



Facultad de Psicología

**Trabajo Fin de Máster**

**Modalidad 1: Revisión sistemática  
con propuesta aplicada**

Autora del TFM

**Suicidio e  
Intervenciones  
Basadas en la  
Terapia Cognitivo  
Conductual: una  
revisión sistemática**

Miriam López Sánchez

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**

**Año 2024 - 2025**

Trabajo Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

## Índice

<b>Resumen</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Introducción</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1 Contextualización e importancia de las conductas suicidas</b> .....	<b>6</b>
<b>1.2 Conductas suicidas y variables clínicas asociadas</b> .....	<b>7</b>
<b>1.3 Trastornos mentales como factores de riesgo para las conductas suicidas</b> ..	<b>8</b>
<b>1.4 Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual</b> .....	<b>10</b>
<i>1.4.1 Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual para el</i> <i>suicidio</i> .....	<i>11</i>
<b>1.5 Objetivos e hipótesis</b> .....	<b>12</b>
<i>1.5.1 Objetivo principal</i> .....	<i>12</i>
<i>1.5.2 Objetivos específicos</i> .....	<i>12</i>
<i>1.5.3 Hipótesis de inicio</i> .....	<i>13</i>
<b>2. Método</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 Pregunta de investigación</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2 Estrategia de Búsqueda y Criterios de Selección</b> .....	<b>14</b>
<b>2.3 Elegibilidad del estudio: criterios de inclusión y exclusión</b> .....	<b>14</b>
<b>2.4 Extracción y codificación de datos</b> .....	<b>15</b>
<b>2.5 Evaluación del riesgo de sesgo</b> .....	<b>15</b>
<b>2.6 Evaluación de la calidad de la evidencia</b> .....	<b>15</b>
<b>3. Resultados</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1 Selección de estudios</b> .....	<b>16</b>
<b>3.2 Características descriptivas de los estudios y participantes</b> .....	<b>17</b>
<b>3.3 Características de las intervenciones</b> .....	<b>22</b>
<b>3.4 Evaluación y resultados</b> .....	<b>31</b>
<i>3.4.1 Mediciones del proceso de valoración, variables de resultado e</i> <i>instrumentos de evaluación</i> .....	<i>31</i>
<i>3.4.2 Resultados sobre la eficacia de las intervenciones</i> .....	<i>33</i>
<b>3.5 Valoración del riesgo de sesgo</b> .....	<b>40</b>
<b>3.6 Evaluación de la calidad de la evidencia</b> .....	<b>41</b>
<b>4. Discusión</b> .....	<b>43</b>
<b>4.1 Implicaciones para la práctica</b> .....	<b>45</b>
<b>4.2 Limitaciones</b> .....	<b>46</b>
<b>4.3 Propuestas para futuras investigaciones</b> .....	<b>47</b>
<b>Propuesta Aplicada</b> .....	<b>47</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>57</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>58</b>

<b>Índice de Tablas.....</b>	<b>69</b>
<b>Índice de Figuras .....</b>	<b>70</b>
<b>Apéndice: Listado de Acrónimos .....</b>	<b>71</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>73</b>

## Resumen

El suicidio se sitúa como una de las principales causas de muerte a nivel mundial, siendo necesarias estrategias de intervención eficaces para evitarlo. La terapia Cognitivo conductual se ha mostrado útil para trabajar sobre las cogniciones y comportamientos de pacientes con riesgo de suicidio. El propósito de esta investigación es analizar la eficacia de las intervenciones basadas en la terapia Cognitivo Conductual implementadas en personas que se encuentren en riesgo de suicidio. Para ello se llevó a cabo una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados publicados en los últimos 20 años, siguiendo los criterios de la declaración PRISM. Se realizó una búsqueda exhaustiva donde se seleccionaron 13 estudios de los obtenidos en las bases de Web of Science, PubMed, PsycInfo y Scopus. Los resultados mostraron efectos positivos de las intervenciones basadas en la terapia Cognitivo Conductual en la reducción de los intentos de suicidio, la ideación suicida, los síntomas depresivos y la desesperanza. Se destaca la necesidad de investigaciones adicionales para poder corroborar y extrapolar dichos resultados. Por último, se realiza una propuesta de intervención destinada a disminuir el riesgo de suicidio en población universitaria vulnerable.

**Palabras clave:** Suicidio, Terapia Cognitivo-Conductual, Revisión Sistemática.

## **Abstract**

Suicide is one of the leading causes of death worldwide, and effective intervention strategies are needed to prevent it. Cognitive Behavioural therapy has been proven useful in addressing the cognitions and behaviours of patients at risk of suicide. The aim of this research is to analyse the effectiveness of interventions based on Cognitive Behavioural Therapy applied to people at risk of suicide. To this end, a systematic review of randomised clinical trials published in the last 20 years was carried out, following the criteria of the PRISMA statement criteria. An exhaustive search was conducted in which 13 studies were selected from those obtained from the Web of Science, PubMed, PsycInfo and Scopus databases. The results found a positive relationship between interventions based on Cognitive Behavioural Therapy and the reduction of future suicide attempts, suicidal ideation, depressive symptoms and hopelessness. It highlights the need for further research in order to be able to corroborate and extrapolate these results. Thus, a proposal is made for an intervention aimed at reducing the risk of suicide in vulnerable university population.

**Keywords:** Suicide, Cognitive-Behavioral Therapy, Systematic Review.

# 1. Introducción

## 1.1 Contextualización e importancia de las conductas suicidas

El suicidio es un problema de importancia capital para la salud pública a nivel global. Entendido como el acto de quitarse deliberadamente la propia vida (Masango et al., 2008), autores como Wreen (1988) proponen que debe entenderse como un suceso intencional, que puede implicar tanto el "matarse a uno mismo" como el "dejarse morir". Establece así cinco condiciones necesarias para que un acto se considere suicidio. Primeramente, *intención* de matarse, siendo este el *resultado* final. Además, implica *causalidad*, a través de una cadena de acciones generadas por el propio individuo que conlleve dicho resultado, y *conformidad con el plan* (la cadena causal debe estar en línea con el plan de acción). Por último, la persona debe actuar *voluntariamente*.

El suicidio consumado suele estar precedido por otros fenómenos.

Según Turecki et al. (2019), previamente a él son frecuentes otras conductas suicidas, que incluyen ideación suicida e intentos de suicidio. La ideación suicida hace referencia a pensamientos sobre acabar con la propia vida, ya sea de forma activa (a través de un plan) o pasiva (deseo sin plan). Jiménez et al. (2024), por su parte, definen los comportamientos suicidas como un constructo multidimensional que se manifiesta desde la ideación suicida como forma de poner fin al sufrimiento, hasta los intentos de suicidio y la consumación, pasando por la comunicación y planificación del suicidio.

En 2024, las estadísticas globales reportaron más de 700.000 suicidios consumados anuales en todo el mundo (Riera-Serra et al., 2024), estimándose una tasa media de 9,0 suicidios por 100.000 habitantes a nivel global (Zimmermann et al., 2024). De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística (2024), la cifra más alta se registra en Europa, con 15,4 personas por 100.000 habitantes, manteniéndose como la principal causa de muerte externa en los hombres. Específicamente, en nuestro país, 2021 se convirtió en el año con más suicidios reportados desde que se dispone de datos (Instituto Nacional de Estadística, 2022a). Durante este año, la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2022) recoge la pérdida de una media de 11 personas al día, duplicando además el suicidio en menores de 15 años. El número de tentativas es entre diez y treinta veces mayor (Bachmann, 2018; Gvion y Levi-Belz, 2018).

## 1.2 Conductas suicidas y variables clínicas asociadas

La evidencia indica que tanto la presencia de intentos de suicidio como la ideación suicida son los principales factores de riesgo de muerte por suicidio, destacando los intentos de suicidio como la variable predictiva más estrechamente vinculada con el suicidio consumado (Jiménez et al., 2024; Torres et al., 2024).

El 50% de los que murieron por suicidio habían realizado al menos un intento previo, siendo el riesgo mayor si las tentativas son múltiples, si son planificadas, con escasa posibilidad de rescate y graves complicaciones médicas, o si existe alta intención de morir (Masango et al., 2008). Por su parte, Cornaggia et al. (2013) encontraron que un intento anterior y una edad avanzada eran predictores del suicidio consumado; y Ribeiro et al. (2016) describieron en su meta-análisis cómo un historial de planificación suicida se asociaba con un aumento significativo de las probabilidades de muerte por suicidio. En relación con el curso, Bostwick et al. (2016) encontraron que más del 80% de las muertes por suicidio ocurrieron dentro del primer año del intento inicial y todas menos dos dentro de los 5 años.

Con respecto a los factores de riesgo para un intento de suicidio, diversas revisiones concluyen que cualquier historial de tentativa de suicidio es un factor de riesgo para un intento posterior, siendo esta variable el predictor más fuerte para la repetición de intentos de suicidio (Bostwick et al., 2016; Cornaggia et al., 2013). Asimismo, también la depresión, el abuso sexual infantil y algunos trastornos de la personalidad han demostrado ser predictores de futuras tentativas de suicidio (Cornaggia et al., 2013).

La ideación suicida sigue líneas similares, aunque presenta una correlación menos acusada, dado que alrededor de una cuarta parte de los adultos estadounidenses con ideación suicida pasan a un intento planificado o no planificado de suicidio, especialmente si la ideación es elevada (Cornaggia et al., 2013). La transición de la ideación a un intento de suicidio se ve facilitada por factores como exposición a suicidios, acceso a métodos letales, capacidad para llevar a cabo el acto, o comorbilidades psiquiátricas (que se describirán de manera detallada en una sección aparte). Las probabilidades de evolución de la cognición a la conducta suicida varían ligeramente según la edad, si bien se destaca una fuerte relación entre el inicio de la ideación suicida y un aumento en los intentos de suicidio dentro del primer año desde el comienzo de la

ideación, independientemente de dicha variable (Silverman y Berman, 2014).

Por último, dos variables clínicas han encontrado gran apoyo empírico en la literatura como factores de riesgo asociados a las conductas suicidas: la sintomatología depresiva y la desesperanza. De acuerdo con Bagge et al. (2014) y en relación con la sintomatología depresiva, la tristeza profunda, la pérdida de interés y la sensación de inutilidad están directamente vinculadas con el riesgo de suicidio y la combinación de estos factores amplifica significativamente el riesgo de que las ideas suicidas se traduzcan en intentos concretos. Lamis et al. (2016) explicita que la relación entre los síntomas depresivos y la ideación suicida es sólida y bien documentada, asociándose los síntomas depresivos con la aparición de ideación suicida, pero siendo la desesperanza un factor clave que media esta conexión, intensificando los pensamientos suicidas.

La desesperanza es un componente cognitivo de la sintomatología depresiva, que conduce a percibir el futuro como negativo o sin solución, lo que puede llevar a quienes la sufren a considerar el suicidio como una salida viable a sus problemas. En esta línea, la teoría de los *tres pasos del suicidio* (Klonsky y May, 2015) sugiere que los síntomas depresivos, como dolor emocional o psicológico, son el primer elemento para que pueda desarrollarse la ideación suicida. Sin embargo, este dolor solo conduce a pensamientos suicidas si está acompañado de desesperanza, es decir, la creencia de que la situación no mejorará. Bagge et al. (2014) también expresan que la desesperanza es un predictor básico de la ideación suicida, al implicar una falta de expectativas positivas sobre uno mismo y contribuir a que las personas perciban sus dificultades como insuperables, lo que aumenta la probabilidad de tener pensamientos suicidas o de realizar intentos. Cuando la sintomatología depresiva y la desesperanza coexisten, es menos probable que la persona encuentre recursos internos o externos para evitar pensamientos suicidas, aumentando así la probabilidad de considerar el suicidio, más aún si se ha recurrido a intentos de suicidio con anterioridad (Bagge et al., 2014; Lamis et al., 2016).

### **1.3 Trastornos mentales como factores de riesgo para las conductas suicidas**

Asimismo, la presencia de trastornos mentales se ha descrito de manera recurrente como factor de riesgo para los comportamientos suicidas.

Recientemente, Sigler (2024), describió asociaciones de las conductas suicidas con trastornos mentales como la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo, los

trastornos de ansiedad, los trastornos de la personalidad, y el abuso o dependencia de alcohol y sustancias. De manera similar, Basto y Yomaira (2021) respaldaron la evidencia que vinculaba los intentos suicidas con trastornos mentales, reportando que casi el 50% de la población que había intentado suicidarse refirió antecedentes de alguna enfermedad mental, lo cual se asoció con más de un intento de suicidio. Otras revisiones sistemáticas y meta-análisis reportaron cifras más preocupantes, refiriendo que sobre el 90% de las víctimas de suicidio evaluadas cursaban un trastorno psiquiátrico al momento de su muerte (Arsenault-Lapierre et al., 2004). Entre ellos, cabe destacar la depresión y los trastornos relacionados con el uso de sustancias (Bachmann, 2018).

En relación con la depresión, entre el 50 y el 66% de las víctimas de suicidio contaban con un diagnóstico de depresión previo a su fallecimiento (Arsenault-Lapierre et al., 2004). En concreto, el trastorno depresivo mayor es la principal causa de suicidio a nivel mundial y es el diagnóstico más frecuente encontrado en la evaluación clínica o reportado como antecedente psiquiátrico en cuanto a las tentativas (Bachmann, 2018). Salvo et al. (2019) en su trabajo en población chilena encontraron que cerca del 76,7% de quienes habían cometido suicidio presentaban un episodio depresivo mayor concurrente, y que el 76,8% de pacientes que habían hecho una tentativa de suicidio habían sido diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor y presentaban simultáneamente ideación suicida. De igual forma, la gravedad de la depresión también se ha identificado como un predictor significativo para futuros intentos de suicidio y muerte por suicidio (Riera-Serra et al., 2024). Los pacientes con trastornos bipolares también tienen un riesgo alto, especialmente si tienen antecedentes familiares de suicidio, aunque se observa que la combinación de depresión y ansiedad incrementa en mayor medida el riesgo de conducta suicida (Bachmann, 2018; Basto y Yomaira, 2021).

En cuanto al abuso o dependencia de sustancias, se ha encontrado un incremento significativo del riesgo de intentos de suicidio en personas que presentan tanto consumo de sustancias como de alcohol. Un meta-análisis con más de 420,000 participantes (Darvishi et al., 2015) destaca que el trastorno por consumo de alcohol, tanto crónico como agudo, aumenta el riesgo de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidio consumado. De igual forma, el abuso de alcohol muestra una estrecha relación con la depresión. A ello se suma la evidencia encontrada entre los países con mayores tasas de consumo de alcohol, quienes suelen tener también tasas más altas de suicidio. (Basto y Yomaira, 2021; Darvishi et al., 2015). Así mismo, los consumidores de heroína tienen

una tasa de suicidio 14 veces mayor a la población general, y las tentativas son muy comunes entre los usuarios de cocaína e inhalantes. Entre las personas dependientes de sustancias que buscan tratamiento, el 40% tiene un historial de al menos un intento de suicidio (Bachmann, 2018).

La comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias con trastornos psiquiátricos, en particular los trastornos del estado de ánimo, aumenta el riesgo de suicidio y la desesperanza debido a la impulsividad, la hostilidad y la agresión (Vijayakumar et al., 2011). Así, la depresión, a menudo acompañada de sentimientos de inutilidad y un intenso dolor emocional, aumenta el riesgo de desarrollar ideas suicidas o llevar a cabo tentativas de suicidio (Wanyoike, 2014).

Tras analizar las conductas suicidas y sus principales comorbilidades, es de vital importancia abordar su tratamiento. Dada la gravedad del suicidio como problema de salud pública, se enfatiza la necesidad de intervenciones efectivas para las personas en riesgo de llevarlo a cabo, siendo clave la evaluación de eficacia de las mismas. En el siguiente apartado, se examinarán intervenciones diseñadas para abordar las conductas suicidas y disminuir su incidencia.

#### **1.4 Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual**

Los orígenes de este enfoque psicoterapéutico comienzan en las décadas de 1950 y 1960, con la integración de componentes cognitivos en el modelo conductual tradicional (Hupp et al., 2008). Este modelo identifica tres principios fundamentales: la actividad cognitiva influye en el comportamiento, la actividad cognitiva puede ser monitoreada y modificada y el cambio conductual se puede lograr mediante el cambio cognitivo (Hupp et al., 2008). Esto sienta las bases para que autores como Beck y Ellis abordaran la sintomatología depresiva mediante la identificación y reestructuración de pensamientos automáticos negativos (Korman, 2013). Dichas estrategias han mostrado su efectividad en una gran cantidad de investigaciones, tanto a corto como a largo plazo (López-López et al., 2019).

En años recientes han comenzado a surgir intervenciones basadas en la TCC que, si bien tratan con la cognición y la conducta, difieren en sus estrategias utilizadas para su modificación. Mediante el desarrollo en profundidad de distintos componentes de la TCC emerge la Terapia de Resolución de Problemas (PST), que se centra en entrenar a los

pacientes en actitudes y habilidades adaptativas para abordar los problemas cotidianos. Un meta-análisis que evaluaba su eficacia frente a la depresión mostró que la PST era igualmente efectiva que otras terapias psicosociales y tratamientos farmacológicos, y significativamente más efectiva que no recibir tratamiento o grupos de control de apoyo (Bell y D'Zurilla, 2009).

En los años 90 surgieron otros enfoques que integraron principios de ramas humanistas en modelos como la aceptación y compromiso, el mindfulness y la dialéctica conductual en los enfoques tradicionales de la TCC (Benjamin et al., 2011). La aceptación se basa en la ciencia conductual contextual, trabajando sobre la negatividad que conlleva la evitación experiencial; el mindfulness se enfoca en la atención plena y la meditación y la terapia dialéctica conductual se focaliza en la gestión emocional en pacientes con trastornos de la personalidad (Thoma et al., 2015). A lo largo de los años, estas nuevas formas de intervención han ido avanzando, a su vez, dando lugar a enfoques cada vez más específicos y completos, como es el caso del Mindfulness Basado en Terapia Cognitiva (MBCT).

El MBCT es un enfoque terapéutico que combina elementos de la TCC con técnicas para la reducción del estrés. Inicialmente fue concebida como una intervención para prevenir recaídas en personas con depresión recurrente, y en la actualidad se ha demostrado ser útil para tratar diversos trastornos psiquiátricos. En lugar de centrarse en cambiar o desafiar pensamientos específicos, el MBCT alienta a los pacientes a adoptar una nueva forma de relacionarse con sus pensamientos y emociones, lo que implica estar presente y aceptar los pensamientos y emociones sin juzgarlos. En investigaciones recientes, se ha encontrado que el MBCT no solo es eficaz, sino que sus resultados pueden ser comparables a los tratamientos farmacológicos, alcanzando mejoras sobre la regulación emocional y el control de la atención (Sipe y Eisendrath, 2012).

#### *1.4.1 Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual para el suicidio*

Desde este enfoque psicoterapéutico, se han desarrollado tratamientos específicos orientados a la prevención del suicidio. Entre ellos se encuentran la TCC para la prevención del Suicidio, el Mindfulness Basado en Terapia Cognitiva y Seguridad (MBCT-S) o la Terapia Cognitiva Basada en el Ensayo (TBCT) (De Oliveira et al., 2012; Interian et al., 2021; Stanley et al., 2009).

Varias revisiones y meta-análisis ya han abordado la eficacia de la IBTCC para la prevención y el abordaje del suicidio (p.ej., D´Anci et al., 2019; Gøtzsche y Gøtzsche, 2017; Tarrier et al., 2008) que evidencian su utilidad para reducir los comportamientos suicidas y la desesperanza en comparación con la atención habitual (AH) e incluso con otros tratamientos farmacológicos o terapéuticos. Sin embargo, estos trabajos presentan limitaciones. Así, por ejemplo, el trabajo de Gøtzsche y Gøtzsche (2017) analizó la eficacia de las IBTCC sobre los intentos de suicidio, pero no aportó datos relativos a su utilidad para prevenir otras conductas suicidas; y la revisión sistemática de D´Anci et al. (2019) incluyó entre los estudios analizados otros trabajos de revisión, confiando en los resultados de las mismas, y presentando únicamente los hallazgos informados en esos trabajos de revisión, pero sin incluir en su análisis los resultados de los correspondientes ensayos controlados aleatorizados individuales. Ni Tarrier et al. (2008) y Gøtzsche y Gøtzsche (2017) acotaron criterios de edad, y ninguna de las revisiones atiende a la presencia de los diversos trastornos mentales encontrados de forma diferencial (D´Anci et al., 2019), presentando grandes niveles de heterogeneidad de la muestra.

Es necesario realizar nueva investigación que supere dichas limitaciones, y presente datos actualizados sobre la eficacia de las Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual (IBTCC) sobre distintas conductas suicidas y sus variables clínicas asociadas, empleando ensayos individuales con mayor homogeneidad, a fin de informar de los resultados de las intervenciones sobre todas las conductas suicidas.

## **1.5 Objetivos e hipótesis**

### *1.5.1 Objetivo principal*

Analizar la eficacia de las intervenciones basadas en la terapia cognitivo conductual en personas en riesgo de suicidio sobre las conductas suicidas y las variables clínicas relacionadas con las mismas.

### *1.5.2 Objetivos específicos*

Analizar la eficacia de las Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual sobre la **intencionalidad suicida** en personas en riesgo de suicidio.

Analizar la eficacia de las Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo

Conductual sobre la **ideación suicida** en personas en riesgo de suicidio.

Analizar el efecto de las Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual sobre la **sintomatología depresiva** en personas en riesgo de suicidio.

Analizar el efecto de las Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual sobre los sentimientos de **desesperanza** en personas en riesgo de suicidio.

### 1.5.3 Hipótesis de inicio

Las Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual producirán una reducción significativa en las conductas suicidas y las variables clínicas asociadas.

## 2. Método

El siguiente apartado recoge los criterios metodológicos empleados en esta revisión sistemática acerca de la eficacia las IBTCC en el abordaje de las conductas suicidas y las variables clínicas asociadas a las mismas. Para la elaboración de esta se siguieron las instrucciones establecidas en la declaración PRISMA (Page et al., 2021).

### 2.1 Pregunta de investigación

Para llevar a cabo la revisión, se definieron los puntos clave de la pregunta de investigación mediante la estrategia PIO (Patient, Intervention, Outcome), siendo esta la siguiente: “¿Son eficaces las intervenciones Cognitivo Conductuales en pacientes con riesgo de suicidio?” (Tabla 1).

**Tabla 1.**  
*Pregunta PIO.*

<b>Paciente</b>	Persona en riesgo de suicidio
<b>Intervención</b>	Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual
<b>Resultados</b>	Intentos de suicidio, ideación suicida, síntomas depresivos y desesperanza

Fuente: Elaboración propia.

## **2.2 Estrategia de Búsqueda y Criterios de Selección**

Para la identificación de los registros que componen esta revisión se seleccionaron 4 plataformas de investigación especializadas, siendo estas Web of Science (WoS), PubMed, PsycInfo y Scopus, a razón de contar tanto con herramientas analíticas multidisciplinarias, como de un corte más inherente al campo de la Psicología. Mediante las mismas se recogieron los estudios empíricos publicados en dichas bases de datos hasta el 17 de octubre de 2024. La totalidad del proceso de realización de esta revisión fue llevada a cabo por un único revisor.

Dentro de estos motores de búsqueda, se seleccionó la opción “All Databases” en WoS para asegurar cubrir una mayor superficie en el análisis, lo que acabaría por incluir las bases de datos Web of Science Core Collection, Current Contents Connect, Derwent Innovations Index, KCI-Korean Journal Database, Medline y SciELO Citation Index.

Para una mayor precisión de los resultados obtenidos en la exploración, se emplearon sinónimos extraídos de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), obtenidos a partir de Medical Subject Headings (MeSH). La búsqueda se llevó a cabo bajo los términos y operadores booleanos: [(Prevent\*)] AND [(Recent suicide)] OR [(Attempted Suicide)] OR [(relapse)] AND [(suicid\*)] AND [(Cognitive-Behavioral\*)], estableciendo el examen por Tittle (TI), Abstract (AB) y Temática de artículos científicos. Además, se utilizaron especificadores de idioma (inglés, francés y castellano) así como referentes a la fecha para abarcar las investigaciones realizadas durante los últimos 20 años (de 2004-2024).

## **2.3 Elegibilidad del estudio: criterios de inclusión y exclusión**

La presente revisión sistemática contempla el análisis de información procedente de: (a) Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs), (b) publicados en idioma español, inglés o francés, (c) publicados en revistas científicas, evaluadas por pares (d) que empleasen como muestra sujetos mayores de 16 años, (e) que incluyesen en sus muestras al menos dos grupos y (f) que incluyesen al menos un grupo de pacientes que presentasen o hubiesen presentado en un pasado inferior a 2 años ideación suicida o intentos de suicidio.

Por su parte, se descartaron artículos que: (a) evaluaran comportamientos autolesivos cuya única finalidad fuera parasuicida, así como (b) describiesen estudios

cuya población presentara sintomatología ansioso-depresiva de intensidad leve o moderada sin relación, de nuevo, con el suicidio, (c) incluyesen en sus muestras de pacientes con condiciones psiquiátricas severas, en referencia concretamente trastornos psicóticos, al igual que se descarta población que conste con un diagnóstico previo de trastornos de la personalidad, y (d) administrasen la intervención a través de Internet (portales virtuales, aplicaciones, o programas en línea...).

## **2.4 Extracción y codificación de datos**

Para la extracción de datos, se diseñó un Protocolo de Registro (mediante una hoja Excel), en el cual se recogió la información de los documentos sometidos al análisis de acuerdo con el Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Cumpston et al., 2024). Esta información incluyó las características descriptivas de los estudios y los participantes (autor, año de publicación, tamaño muestral, país de procedencia, presencia de conductas suicidas y variables clínicas asociadas, edad, sexo, diagnósticos psiquiátricos, herramientas diagnósticas empleadas para determinar la presencia de psicopatología); las características de las intervenciones (número de sesiones, duración de las sesiones, tipo de intervención administrada en cada grupo experimental o control, descripción del tratamiento, estrategias para promover la seguridad de los participantes); y la evaluación y resultados (momentos de evaluación, instrumentos de valoración empleados, variables de resultado y principales resultados).

## **2.5 Evaluación del riesgo de sesgo**

La evaluación del riesgo de sesgo de los artículos incluidos se llevó a cabo mediante la herramienta del Manual Cochrane para ECAs, RoB 2 (Sterne et al., 2019). Esta es una herramienta de valoración compuesta por 5 dominios (proceso de aleatorización, desviación de la intervención prevista, falta de datos sobre resultados, medida del resultado, selección de los resultados reportados) con sus correspondientes subescalas, a los que se les asigna una categoría de tres posibles: “alto riesgo”, “bajo riesgo” o “algún riesgo”. Los 5 dominios se integran de manera combinada, culminando en la generación de una puntuación global que refleja el nivel de riesgo de sesgo.

## **2.6 Evaluación de la calidad de la evidencia**

Se utilizó el Sistema GRADE (Sanabria et al., 2015), para evaluar la calidad de

la literatura científica en revisiones sistemáticas y guías clínicas. Para determinar la evaluación calidad metodológica final se tuvieron en cuenta las limitaciones potenciales del estudio en el diseño y ejecución, los resultados inconsistentes e imprecisos, la ausencia de evidencia directa y el sesgo de publicación.

## **3. Resultados**

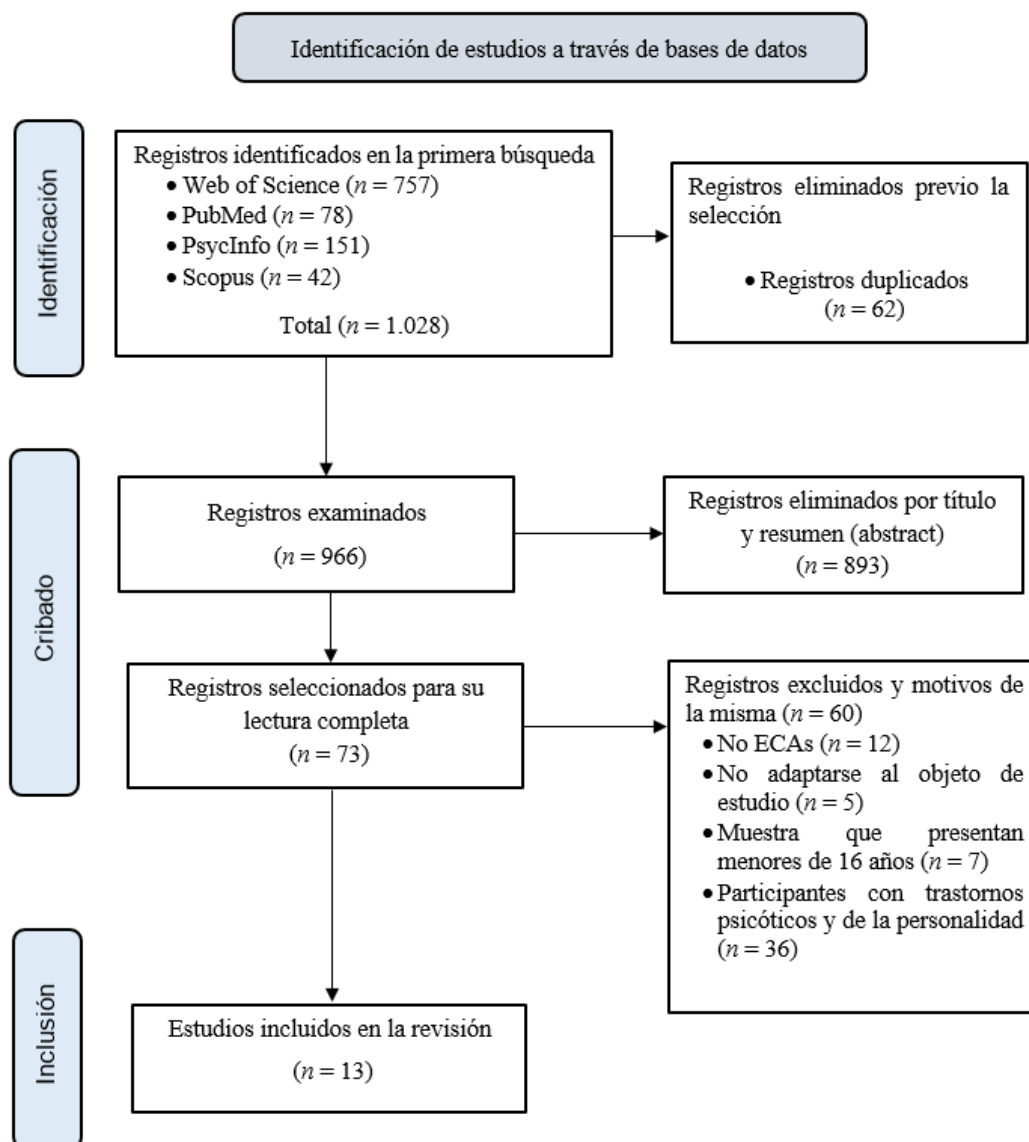
### **3.1 Selección de estudios**

Se identificaron en el buscador de WoS 757 resultados, 78 en PubMed, 151 en PsycInfo y 42 en Scopus, haciendo un total de 1.028 registros publicados entre 2004 y octubre del 2024, que cumplían los criterios de lenguaje y tipo de estudio. Se comenzó así con la inclusión de artículos, de los que se seleccionaron 966 después de retirar los duplicados (ver Figura 1). Tras el cribado por título y abstract, se descartaron 893, y se seleccionaron 73 artículos para ser leídos a texto completo. De ellos, se excluyeron 60 registros por diversas razones: 12 de ellos por no ser ECAs, 5 por no adaptarse el objeto de estudio, 7 por incluir población de menor de edad a la seleccionada en esta revisión y 36 por presentar un historial psiquiátrico incompatible (diagnóstico de trastornos psicóticos o de la personalidad).

Finalmente, se seleccionaron 13 ECAs. A continuación, en la Figura 1, se muestra el diagrama de flujo en el que se representa de manera visual el proceso de selección de artículos.

**Figura 1.**

Diagrama de flujo PRISMA.



Nota. Fuente: Elaboración propia.

### 3.2 Características descriptivas de los estudios y participantes

Las características de los estudios y participantes quedan recogidas en la Tabla 2.

Los artículos que forman parte de esta revisión sistemática comprenden 13 ECAs de diseño longitudinal. Los estudios seleccionados durante esta revisión se publicaron entre el 2005 y el 2023, la mayoría de ellos a partir del 2013 (concretamente 11 de 13). Se incluyó una muestra total de 2.014 pacientes, presentando el estudio con menor tamaño muestral 16 participantes (Tapolaa et al., 2010) y 684 el mayor (Hatcher et al., 2015).

En relación al con el país de procedencia, se encontraron ECAs de diez países distintos: Reino Unido (Barnhofer et al., 2015), Estados Unidos (Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020), Bélgica (De Jaegere et al., 2023), Nueva Zelanda (Hatcher et al., 2015), Brasil (Hemanny et al., 2019); Pakistán (Husain et al., 2014); Australia (Morley et al., 2013; Stewart et al., 2009), Finlandia (Tapolaa et al., 2010), Taiwán (Wang et al., 2016) y Países Bajos (Weitz et al., 2014).

En lo referido a la presencia de conductas suicidas, Barnhofer et al. (2015) fueron los únicos cuya muestra debía haber presentado en el pasado intentos de suicidio o ideación suicida de forma recurrente, habiéndose mitigado la sintomatología en el momento del estudio (por lo que su muestra presentó únicamente ideación suicida). Los trabajos de Brown et al. (2005), Stewart et al. (2009) y Wang et al. (2016) evaluaron poblaciones que acudieron a servicios de urgencias en sus respectivos países tras intentos de suicidio. De forma adicional, los estudios de De Jaegere et al. (2023), Hemanny et al. (2019) y Weitz et al. (2014) se enfocaron en participantes cuya sintomatología circunscribía únicamente a ideación suicida. Por otro lado, los trabajos de Hatcher et al. (2015), Husain et al. (2014) y Tapolaa et al. (2010) investigaban personas que fueron ingresadas por conductas autolesivas y que, aun no clasificadas como intentos suicidas, describieron y reportaron una relación con el suicidio. Los estudios de Celano et al. (2017), Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020) y Morley et al. (2013) incluyeron tanto pacientes con intentos de suicidio como aquellos con ideación suicida predominante.

Prácticamente la totalidad de los estudios analizados presentaron un predominio de la participación de mujeres en sus muestras, con las excepciones de los estudios de Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020), realizado con población militar, y Morley et al. (2013), que abordó individuos con trastornos por consumo de sustancias. Por otro lado, el estudio de Tapolaa et al. (2010) se caracterizó por incluir exclusivamente participantes mujeres.

La media de edad fue de 36,48 años (teniendo en cuenta 12 de los 13 artículos, dado que Stewart et al. [2009] no aportaron información acerca la media de edad de sus participantes, refiriendo presentar una muestra de entre 20 y 58 años). A lo largo de los estudios, la edad mínima fue de 16 años (Husain et al., 2014) y la máxima 84 años (Celano et al., 2017), si bien los ECAs de De Jaegere et al. (2023), Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020) y Hatcher et al. (2015) no recogen la edad máxima de sus participantes.

En relación con la psicopatología observada en las muestras analizadas, los trastornos más destacados fueron el Trastorno Depresivo Mayor y los Trastornos relacionados con el Consumo de Sustancias, estando presente también los Trastornos de Ansiedad. El Trastorno Depresivo Mayor ocupó un lugar central, ya que estuvo presente en 8 de los 13 estudios revisados, equivalente al 61,54% de las investigaciones. El Trastorno por Consumo de Sustancias o Alcohol se identificó en 4 estudios (Barnhofer et al., 2015; Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; Morley et al., 2013), sin distinguir entre el consumo de sustancias y de alcohol. Los Trastornos de Ansiedad estuvieron en los estudios de Barnhofer et al. (2015), De Jaegere et al. (2023) y Hemanny et al. (2019). Este último especificó entre los diagnósticos de Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico, Agorafobia y Fobia Social.

Por otro lado, 4 investigaciones (28,57% del total) no detallaron información sobre la psicopatología. De ellas, 3 reconocieron esta omisión como una limitación en sus respectivos análisis (Hatcher et al., 2015; Stewart et al., 2009; Wang et al., 2016). En particular, Wang et al. (2016) señaló haber recopilado datos sobre antecedentes psiquiátricos, aunque no proporciona descripciones sobre los mismos. De Jaegere et al. (2023) mencionó la presencia de "otros trastornos psiquiátricos", además de trastornos de índole ansioso-depresiva. Sin embargo, no ofreció información adicional que permita clarificar el carácter de dichas patologías.

Respecto a las herramientas diagnósticas empleadas, los estudios de Barnhofer et al. (2015) y Brown et al. (2005) utilizaron la "Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)". Otros, como Celano et al. (2017), Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020) y Hemanny et al. (2019), también se basaron en el DSM-IV, pero a través de la "Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)". En tanto, Weitz et al. (2014) recurrió a los Research Diagnostic Criteria (RDC). Algunos estudios, como los de De Jaegere et al. (2023), Husain et al. (2014) y Morley et al. (2013), no especificaron los instrumentos empleados para el diagnóstico.

**Tabla 2.***Características descriptivas de los estudios y sus participantes.*

Autores (año)	Estudios		Presencia de conductas suicidas	Participantes		
	N (Muestra)	País		Sexo	Edad	Presencia de psicopatología
Barnhofer et al. (2015)	194	Reino Unido	Ideación o Intentos de suicidio recurrentes	74% M	18 a 70	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historial de Trastorno Depresivo Mayor (GE-GC: 100%)</li> <li>• Trastornos de Ansiedad presentes o pasados (GE1: 36% GE2: 39% GC: 38%)</li> <li>• Trastorno de Abuso/Dependencia de alcohol o drogas presentes o pasados (GE1: 16% GE2: 15% GC: 20%)</li> </ul>
Brown et al. (2005)	120	Estados Unidos	Intentos de suicidio	61% M	18 a 66	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno Depresivo Mayor (GE: 78,3% GC: 75%)</li> <li>• Trastorno de Abuso de Sustancias (GE: 73,3% GC: 61,7%)</li> </ul>
Celano et al. (2017)	65	Estados Unidos	Ideación o Intentos de suicidio	69% M	19 a 84	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno Depresivo Mayor (GE-GC: 100%)</li> <li>• Trastorno de Abuso de Sustancias presentes o pasados (GE: 43,8% GC: 51,5%)</li> </ul>
De Jaegere et al. (2023)	93	Bélgica	Ideación suicida	72% M	18 a X	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno Depresivo (GE: 66,2% GC: 57,9%)</li> <li>• Trastorno de Ansiedad (GE: 31,6% GC: 31,1%)</li> <li>• Otro (GE: 35,1% GC: 47,4%)</li> </ul>
Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020)	24	Estados Unidos	Ideación o Intentos de suicidio	58% V	18 a X	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno Depresivo Mayor (GE-GC: 67%)</li> </ul>
Hatcher et al. (2015)	684	Nueva Zelanda	Autolesión e intencionalidad suicida	67% M	17 a X	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No especificado</li> </ul>
Hemanny et al. (2019)	76	Brasil	Ideación suicida	86,8% M	18 a 60	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno Depresivo Mayor (GE1-GE2-GC: 100%)</li> <li>• Trastorno de Ansiedad Generalizada (GE1: 53,8% GE2: 25% GC: 34,6%)</li> <li>• Trastorno de Pánico: (GE1: 19,2% GE2: 8,3% GC: 15,3%)</li> <li>• Trastorno Obsesivo Compulsivo: (GE1: 19,2% GE2: 4,1% GC: 7,6%)</li> <li>• Agorafobia: (GE1: 7,6% GE2: 8,3 GC: 3,8%)</li> <li>• Fobia Social: (GE1: 7,6% GE2: 0% GC: 3,8%)</li> <li>• TDAH: (GE1: 11,5% GE2: 0% GC: 3,8%)</li> </ul>

Suicidio e Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual: una revisión sistemática

						<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno Disfórico Premenstrual: (GE1: 7,6% GE2: 4,1% GC: 0%)</li> <li>• Otros*: (GE1: 11,5% GE2: 25% GC: 11,5%)</li> </ul>
Husain et al. (2014)	221	Pakistán	Autolesión e ideación suicida	69% M	16 a 64	• Trastorno Depresivo Mayor (GE-GC: 100%)
Morley et al. (2013)	185	Australia	Ideación o Intentos de suicidio	59% V	18 a 65	• Trastorno de abuso de sustancias presentes (GE-GC: 100%)
Stewart et al. (2009)	32	Australia	Intentos de suicidio	53,1% M	20 a 58	• No especificado
Tapolaa et al. (2010)	16	Finlandia	Autolesión e intencionalidad suicida	100% M	18 a 65	• No especificado
Wang et al. (2016)	64	Taiwán	Intentos de suicidio	73,4% M	18 a 64	• No especificado
Weitz et al. (2014)	239	Países Bajos	Ideación suicida	70% M	21 a 60	• Trastorno Depresivo Mayor (GE1-GE2-GE3-GC: 100%)

*Nota:* GE: Grupo experimental; GE1: Grupo experimental 1; GE2: Grupo experimental 2; GC: Grupo control; V: Varón; M: Mujer; Otros\*: Trastorno Dismórfico Corporal, Hipocondría, Ansiedad no especificada, Distimia.

Fuente: Elaboración propia.

### 3.3 Características de las intervenciones

En la Tabla 3 se recogen las características de las intervenciones, que incluyen el número de sesiones y su duración, el tipo de intervención administrada en cada grupo experimental o control y las descripciones de las mismas, así como las medidas de seguridad implementadas en las investigaciones.

El número de sesiones osciló entre 4 (Tapolaa et al., 2010) y 96, (Barnhofer et al., (2015), situándose para la mayoría de los trabajos entre 6 (Celano et al., 2017; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Hatcher et al., 2015; Husain et al. 2014) y 12 sesiones (Hemanny et al., 2019; Wang et al., 2016).

En cuanto a su duración, Celano et al. (2017) se situaron en el extremo inferior, implementando sesiones de tan solo 30 minutos, mientras que Barnhofer et al. (2015) y De Jaegere et al. (2023) desarrollaron tratamientos con sesiones más largas, de 120 minutos cada una. Estudios como Husain et al. (2014), Tapolaa et al. (2010) y Weitz et al. (2014) trabajaron con sesiones de 45 a 50 minutos y la mayoría utilizaron una duración media de 60 a 90 minutos (Brown et al., 2005; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Hemanny et al., 2019; Morley et al., 2013; Stewart et al., 2009). Las únicas investigaciones que no registraron la duración de las sesiones fueron las de Hatcher et al. (2015) y Wang et al. (2016).

En cuanto a las estrategias utilizadas, todas las intervenciones estuvieron basadas en la TCC, adaptándose según el contexto de la investigación. Barnhofer et al. (2015) empleó el enfoque de MBCT introduciendo un programa estructurado diseñado para reducir el riesgo de recaída en la depresión mediante la desvinculación de patrones cognitivos disfuncionales, acentuando la atención plena mediante la meditación y en énfasis en pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados con la planificación suicida e identificación de crisis. Este estudio contaba también con un grupo experimental cuya intervención se basaba en la Psicoeducación Cognitiva, similar en formato pero que excluyó la meditación, centrándose únicamente en el reconocimiento de señales de alarma, procesos como la rumiación y estrategias para la prevención de recaídas.

Brown et al. (2005), por su parte, trataron de identificar pensamientos, imágenes y creencias activadas antes del intento de suicidio a través de una intervención basada en

la TCC. Integraron estrategias cognitivas y conductuales para promover el afrontamiento adaptativo de factores como la desesperanza, el aislamiento social, la adherencia al tratamiento y el control de impulsos, así como una tarea de prevención de recaídas. El grupo control recibió la AH de los clínicos de la comunidad, así como servicios de seguimiento y derivación a centros de salud mental, adicción y servicios sociales.

Adicionalmente, Celano et al. (2017) exploraron una intervención basada la psicología positiva, dirigida a fomentar constructos positivos, en comparación con la terapia Enfocada en la Cognición (CF), diseñada para trabajar con acontecimientos específicos de la semana anterior, evitando asignarles emociones negativas. De esta forma, la intervención de psicología positiva utilizó la gratitud o los actos de amabilidad para trabajar las conductas suicidas y sus variables clínicas asociadas, mientras que en el grupo de terapia CF se le proporcionó un manual de ayuda a la vez que se intervenía con la concentración y la reflexión sobre sus experiencias de manera organizada.

En relación con De Jaegere et al. (2023), integraron el MBCT-S con estrategias específicas de reducción del riesgo de suicidio. Su programa promovía la desvinculación de patrones cognitivos desadaptativos y el desarrollo de habilidades metacognitivas y de afrontamiento para gestionar crisis suicidas. Combinaron prácticas meditativas y técnicas cognitivo-conductuales adaptadas con un enfoque en la psicoeducación sobre factores de vulnerabilidad y señales de alerta. Mientras, en el grupo control se implementó la AH, que incluía la remisión a los servicios de salud mental generales y la posibilidad de intervenciones de autoayuda en línea.

Por su parte, Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020) emplearon la TCC para enseñar estrategias de regulación emocional y resolución de problemas. Su programa se estructuró en 3 fases, enfocándose primeramente en el compromiso inicial y la realización del plan de seguridad, posteriormente la enseñanza de habilidades cognitivas y, finalmente, la prevención de recaídas. Se buscó reducir intentos suicidas mediante estrategias preventivas, manejo de crisis y disminución de riesgos, fomentando el apoyo social y habilidades de afrontamiento. En el grupo control se implementó la AH mejorada (también aplicada en el grupo el grupo experimental). Esta intervención incluyó, además del protocolo habitual a seguir tras una hospitalización de estas características, terapia individual y de grupo, terapia artística, terapia recreativa y gestión de la medicación.

Hatcher et al. (2015) se basaron en el modelo de D’Zurilla y Goldfried (1971) para establecer su intervención basada en la PST, haciendo hincapié en la enseñanza de estrategias estructuradas de afrontamiento. Su protocolo de actuación constaba de apoyo personalizado durante 2 semanas tras el alta (posterior a un ingreso hospitalario por conductas autolesivas), con sesiones presenciales o telefónicas para revisar y superar barreras en el plan de alta. Además, se enviaron ocho postales en un año para mantener contacto y apoyo y se implementó una estrategia de gestión de situaciones de riesgo mediante reuniones semanales para analizar eventos adversos. El grupo control, por su parte, recibió AH mediante la derivación a equipos multidisciplinares para evaluación e intervención psiquiátrica o psicológica.

Por otro lado, Hemanny et al. (2019) presentaron 2 grupos experimentales en su investigación, integrando la TBCT en el primer grupo y la activación conductual en su segundo grupo. La TBCT se dividía en 3 fases, y abordaba los pensamientos automáticos disfuncionales y las suposiciones subyacentes, realizando una reestructuración de creencias centrales negativas y sustituyéndolas por creencias positivas. Finalmente, se trabajaba con las tendencias críticas o juiciosas de la personalidad para consolidar una conciencia metacognitiva que lograra mayor control sobre sus cogniciones y pudiendo aceptar emociones desagradables. En cuanto a la activación conductual, incluía una psicoeducación sobre el modelo contextual de la depresión, la implementación de autorregistros y planificación de actividades gratificantes, así como la deconstrucción de patrones de evitación y la prevención de recaídas. Por su parte, el grupo recibía la AH mediante la atención psiquiátrica y el control farmacológico de antidepresivos.

En la misma línea, Husain et al. (2014) aplica una intervención breve basada en la PST, que comenzó con la evaluación del intento de autolesión, tras lo que se trabajó la gestión emocional, las habilidades de manejo de crisis, el pensamiento negativo, las relaciones interpersonales y prevención de recaídas. También promovieron la educación e involucramiento familiar, mientras que el grupo control se limitó a la prestación de servicios locales de atención médica, psiquiátrica y primaria como parte de la AH.

Morley et al. (2013) implementaron un protocolo de intervención compuesto por estrategias de autocontrol para las tendencias suicidas y el consumo de sustancias. El programa incluía retroalimentación personalizada sobre el consumo de alcohol/sustancias, estrategias para reducir el consumo o abstenerse, y autoseguimiento

de riesgos. También abordaba factores psicosociales como la depresión, las creencias irracionales y el estrés relacionados con intentos de suicidio previos, fomentaba el apoyo social y la adherencia al tratamiento médico. Por último, incluía el diseño de planes personalizados de prevención de recaídas, monitoreo de avances y distribución de materiales para reforzar lo impartido. La condición de control consistía en la AH del servicio clínico disponible en el centro de tratamiento del alcoholismo y la drogadicción al que fueron asignados tras el alta hospitalaria. Recibieron recomendaciones para buscar tratamiento de salud mental y el asesoramiento de su médico de cabecera, que podía, en su caso, remitir a los pacientes a psicoterapia o asistencia psiquiátrica.

Otros estudios, como Stewart et al. (2009) siguieron manuales específicos para garantizar un enfoque estandarizado. Esta investigación constó de 2 grupos experimentales y un grupo control comparando la eficacia de la TCC, la PST y la AH entre pacientes hospitalizados por intentos suicidas. El primer grupo experimental hizo uso de una combinación de los manuales de Beck et al. (1979b) y Ellis (Ellis y Grieger, 1986; Ellis y Newman, 1996) para las sesiones de la TCC. La intervención en PST, por su parte, siguió el modelo de 6 pasos D’Zurilla y Goldfried (1971), que abarca desde la definición precisa del problema hasta la generación de diversas soluciones, su evaluación según criterios definidos y la implementación de la mejor alternativa y su puesta en práctica. Por último, el grupo control recibió el tratamiento hospitalario.

Por otra parte, Tapolaa et al. (2010) implementaron un tratamiento multimodal que combina la PST, la terapia de aceptación y compromiso y la AH. En las primeras sesiones, se establecía un marco terapéutico, se definían metas realistas y se utilizaban ejercicios como la respiración consciente para fomentar la atención plena. También se introdujeron tareas como la identificación de patrones emocionales, el manejo de la frustración y el desarrollo de herramientas para tolerar emociones negativas. En sesiones posteriores, se trabajó en la exploración de estrategias alternativas, el refuerzo de cambios positivos y la clarificación entre evitación y acción. En cuanto al grupo control, la AH estableció la posibilidad de que los participantes buscaran diversos tratamientos adyacentes (medicación, hospitalización psiquiátrica y sesiones ambulatorias con un trabajador de salud mental que no fueran un psicoterapeuta cualificado).

Wang et al. (2016) utilizaron como estrategia fundamental las tarjetas de afrontamiento para identificar pensamientos disfuncionales y regular el estado de ánimo,

e implementaron una línea telefónica de ayuda disponible 24 horas para garantizar la seguridad de los participantes. Trabajaron la autoconciencia e ideación suicida, y utilizaron dichas tarjetas para estimular la regulación de las emociones, incluyendo, además, el desvío atencional y la realización de actividades placenteras. A este grupo se suman los recursos proporcionados en la AH presente en el grupo control, que recogían evaluación psiquiátrica, y tratamiento de crisis, apoyo emocional o psicológico y derivación a especialistas.

Para finalizar, Weitz et al. (2014) compararon 3 grupos experimentales también siguieron manuales específicos elaborados por los pioneros de cada enfoque. Así, se utilizó el modelo de Beck et al. (1979b) para el grupo experimental sometido a TCC y el manual de Klerman et al. (1984) para el grupo en el que se implementó la terapia interpersonal. En el tercer grupo experimental se añadió un antidepresivo a las sesiones de manejo clínico, presentes en todos los grupos (incluido el grupo control, donde además se suministraba un placebo). Sus sesiones incluían entrenamiento sobre manejo de la medicación y los efectos secundarios, revisiones sobre el estado clínico del paciente, así como sesiones de apoyo, ánimo y consejo según fuera necesario.

En lo respecta a la seguridad de las intervenciones, aproximadamente la mitad de los estudios seleccionados (Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Hatcher et al., 2015; Hemanny et al., 2019; Husain et al., 2014; Wang et al., 2016) incluyeron recursos específicos para proteger la integridad de los participantes.

Brown et al. (2005), describieron un protocolo en el cual, en cualquier momento del estudio, los participantes sospechosos de estar en riesgo de volver a realizar un intento de suicidio eran evaluados de forma externa y remitidos a hospitalización si necesario. De Jaegere et al. (2023) implementaron un procedimiento de seguridad basado en un protocolo ya desarrollado. Ante la presencia de indicios según las pruebas psicométricas, se realizaba una evaluación de riesgo por teléfono con un psicólogo clínico y en caso de riesgo agudo, se contactaba al médico general o psiquiatra del participante para asegurar un seguimiento adecuado. Wang et al. (2016) refirieron haber puesto a disponibilidad de los participantes una línea telefónica de atención 24 horas. Por su parte, otros estudios implementaron el seguimiento de riesgos en las propias sesiones, como es el caso de Celano et al. (2017), quienes monitoreaban la ideación suicida mediante una evaluación durante todas las sesiones. En caso de que los participantes informaran ideación suicida,

se realizaba una evaluación detallada del riesgo de suicidio y se les proporcionaba la asistencia necesaria. En el estudio de Hatcher et al. (2015) se presentaba una evaluación de riesgo en cada sesión durante las dos semanas primeras semanas, siguiendo un protocolo de gestión de riesgos en caso de identificar algún caso que lo requiriera. Además, el equipo de investigación se reunía semanalmente para discutir los eventos adversos, definidos como episodios repetidos de autolesión, reingresos hospitalarios por cualquier motivo y suicidios. De igual forma, Hemanny et al. (2019) menciona que los participantes con un riesgo demasiado alto de suicidio, según el MINI-plus, fueron directamente excluidos del estudio. Por último, Husain et al. (2014), refieren que el riesgo suicida era evaluado en cada sesión por los terapeutas, quienes se comunicaban con el médico tratante en caso de preocupación.

El resto de estudios no recogen mediciones ni protocolos externos a los propios de los objetivos de las investigaciones.

**Tabla 3.***Características generales de las intervenciones incluidas en la revisión.*

Autores (año)	Nº de sesiones	Duración de las sesiones	Especificidad de la intervención	Características de la intervención	Medidas de seguridad
Barnhofer et al. (2015)	96	120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GE1: MBCT</li> <li>• GE2: CPE</li> <li>• GC: AH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MBCT:</b> Componentes estructurales de la TCC y meditación para la reducción del estrés, basada en la atención plena.</li> <li>• <b>CPE:</b> Psicoeducación básica en TCC.</li> <li>• <b>AH:</b> Entrevista para insistir la búsqueda de tratamiento adicional.</li> </ul>	-----
Brown et al. (2005)	10	60 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GE: TCC</li> <li>• GC: AH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TCC:</b> Identifica pensamientos y creencias centrales relacionadas con el suicidio e incorpora de estrategias adaptativas.</li> <li>• <b>AH:</b> Remisión a centros de salud mental, adicciones y servicios sociales.</li> </ul>	Protocolo de evaluación externa en casos de riesgo de suicidio y remisión a hospitalización si necesario.
Celano et al. (2017)	6	30 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GE: PP</li> <li>• GC: CF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PP:</b> Trabajo con constructos positivos, la gratitud y su papel en la recuperación.</li> <li>• <b>CF:</b> Trabajo con el orden, concentración, las emociones y el ámbito relacional.</li> </ul>	Monitoreo de ideación suicida en todas las sesiones, con evaluación detallada del riesgo y asistencia inmediata si se detecta ideación suicida.
De Jaegere et al. (2023)	9	120 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GE: MBCT-S+AH</li> <li>• GC: AH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MBCT-S:</b> Reconoce patrones de pensamiento desadaptativos e identifica crisis suicidas a través de la meditación.</li> <li>• <b>AH:</b> Asistencia a servicios de salud mental y posible autoayuda online.</li> </ul>	Procedimiento basado en un protocolo previo que incluía evaluación telefónica por un psicólogo clínico y contacto con médico/psiquiatra en caso de riesgo agudo.
Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020)	6	60-90 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GE: TCC+ AHM</li> <li>• GC: AHM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TCC:</b> Enseña resolución de problemas, regulación emocional y estrategias de afrontamiento e identificación de crisis suicidas.</li> <li>• <b>AHM:</b> Puede incluir terapia individual, en grupo, arte-terapia, terapia recreacional y gestión farmacológica.</li> </ul>	-----

Hatcher et al. (2015)	6	---	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GE: PST</li> <li>• GC: AH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PST:</b> Apoyo telefónico, contacto postal, estrategia de gestión de riesgos y generación de alternativas a las autolesiones.</li> <li>• <b>AH:</b> Remisión a centros de atención psicológica, crisis o adicciones.</li> </ul>	Evaluaciones de riesgo durante las primeras 2 semanas. Reuniones semanales del equipo para discutir eventos adversos de los participantes y protocolo de gestión para los que requerían intervención urgente.
Hemanny et al. (2019)	12	60 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GE1: TBCT</li> <li>• GE2: AC</li> <li>• GC: AH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TBCT:</b> Identifica pensamientos disfuncionales, reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales y desarrollo de metacognición.</li> <li>• <b>AC:</b> Establece la relación entre comportamiento y estado de ánimo, planificación de actividades agradables, trabajo de la pasividad.</li> <li>• <b>AH:</b> Tratamiento farmacológico y recomendación para recibir terapia externa.</li> </ul>	Exclusión de participantes con una puntuación demasiado elevada en el MINI-plus, para evitar un riesgo excesivamente alto de suicidio.
Husain et al. (2014)	6	50 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GE: PST</li> <li>• GC: AH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PST:</b> Identifica y resuelve problemas que causan o empeoran el estrés y educación del apoyo familiar.</li> <li>• <b>AH:</b> Evaluación inicial y remisión los servicios determinados por su médico.</li> </ul>	Evaluación de riesgo en cada sesión por terapeutas y contacto con médico tratante ante preocupación.
Morley et al. (2013)	8	60-75 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GE: TCC</li> <li>• GC: AH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TCC:</b> Regula el estado de ánimo, autocontrol para evitar el consumo, resolución de creencias irracionales y tendencias suicidas.</li> <li>• <b>AH:</b> Atención en su unidad médica y recomendación sobre tratamiento.</li> </ul>	-----
Stewart et al. (2009)	≈9* ≈5*	60 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GE1: TCC</li> <li>• GE2: PST</li> <li>• GC: AH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TCC:</b> Terapia cognitiva de Beck y racional emotiva de Ellis.</li> <li>• <b>PST:</b> Genera alternativas, ajusta la conducta y sus consecuencias emocionales.</li> <li>• <b>AH:</b> Tratamiento hospitalario.</li> </ul>	-----

Tapolaa et al. (2010)	4	45 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GE:PST+ACT+AH</li> <li>• GC: AH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PST+ACT+AH:</b> Establece metas alcanzables, expectativas positivas, manejo emocional, tolerancia, conciencia y control impulsos.</li> <li>• <b>AH:</b> Posibilidad de tratamiento psicotrópico, medicación, hospitalización y sesiones ambulatorias.</li> </ul>	-----
Wang et al. (2016)	12	---	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GE: TCC+AH</li> <li>• GC: AH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TCC:</b> Basada en tarjetas de afrontamiento, regula la atención, participación en actividades agradables y ayuda telefónica 24 horas.</li> <li>• <b>AH:</b> Evaluación psiquiátrica, apoyo emocional y remisión a servicios de crisis.</li> </ul>	Disponibilidad de una línea telefónica 24 horas de atención a crisis y prevención de riesgos suicidas.
Weitz et al. (2014)	16-20	50 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GE1: TCC</li> <li>• GE2: TIP</li> <li>• GE3: Fármaco+MC</li> <li>• GC: Placebo+MC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TCC:</b> Sigue el manual desarrollado por Beck de Terapia Cognitiva.</li> <li>• <b>TIP:</b> Sigue el manual elaborado por Klerman de terapia Interpersonal.</li> <li>• <b>Fármaco+MC/Placebo+MC:</b> Gestión de medicación y efectos secundarios, apoyo y ánimo según necesario.</li> </ul>	-----

*Nota:* GE: Grupo experimental; GE1: Grupo experimental 1; GE2: Grupo experimental 2; GC: Grupo control ; MC: Manejo de Caso; AH: Atención Habitual; AHM: Atención Habitual Mejorada; MBCT: Mindfulness basado en Terapia Cognitiva; CPE: Psicoeducación Cognitiva, TCC: Terapia Cognitivo-Conductual; PP: Psicología Positiva; CF: Enfocada en la Cognición; MBCT-S: Mindfulness basado en Terapia Cognitiva y Seguridad; PST: Terapia de Resolución de Problemas; TBCT: Terapia Cognitiva Basada en el Ensayo; AC: Activación Conductual; ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso TIP: Terapia Interpersonal; ≈9\*: Entre 7 y 10 sesiones; ≈5\*: Entre 3 y 7 sesiones.

Fuente: Elaboración propia.

### 3.4 Evaluación y resultados

#### *3.4.1 Mediciones del proceso de valoración, variables de resultado e instrumentos de evaluación*

Previo a la exposición de resultados, es relevante abordar los momentos de evaluación registrados por cada artículo. Todos los trabajos analizados incluyeron al menos dos mediciones, es decir, una de línea base, y otra en la post-intervención. En este sentido, 4 trabajos llevaron a cabo una única medición de seguimiento: de Barnhofer et al. (2015) mide a las 6 semanas, Morley et al. (2013) a los 6 meses, Stewart et al. (2009) mide al segundo mes, Wang et al. (2016) al tercero y Weitz et al. (2014) al cuarto. Por su parte, 6 estudios realizaron 2 mediciones post-intervención: Celano et al. (2017) y Hemanny et al. (2019) a las 6 semanas y 3 meses (aunque este último únicamente reporta cálculos estadísticos de la última evaluación), De Jaegere et al. (2023) a los 2 y 5 meses, Hatcher et al. (2015) a los 3 meses y 1 año, Husain et al. (2014) a los 3 y 6 meses y Tapolaa et al. (2010) a los 4 y 6 meses. Cabe destacar que únicamente las investigaciones de Brown et al. (2005) y Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020) efectuaron tres o más mediciones. Brown et al. (2005) fueron quienes incluyeron el mayor número de mediciones, con evaluaciones a los meses 1, 3, 6, 12 y 18, mientras que Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020) mide a los meses 1, 2 y 3.

En relación con las variables de resultado, las más importantes fueron los **intentos de suicidio** (Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Hatcher et al., 2015; Morley et al., 2013; Stewart et al., 2009; Tapolaa et al., 2010; Wang et al., 2016) y la **ideación suicida** (Barnhofer et al., 2015; Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Husain et al., 2014; Stewart et al., 2009; Morley et al., 2013; Wang et al., 2016; Weitz et al., 2014), así como los **síntomas depresivos** (Barnhofer et al., 2015; Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Hatcher et al., 2015; Hemanny et al., 2019; Husain et al., 2014; Morley et al., 2013; Tapolaa et al., 2010; Wang et al., 2016; Weitz et al., 2014) y la **desesperanza** (Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Hatcher et al., 2015; Husain et al., 2014; Stewart et al., 2009; Wang et al., 2016), aunque también se añade la sintomatología ansiosa (Hatcher et al., 2015; Hemanny et al., 2019; Morley et al., 2013; Tapolaa et al., 2010;

Wang et al., 2016) al ir evaluada, en ocasiones, de manera simultánea a la depresiva.

Comenzando con la evaluación de los intentos de suicidio, Hatcher et al. (2015) utilizaron la Escala de Intención Suicida de Beck (BSIS; Beck et al., 1974), Tapolaa et al. (2010) se decantaron por la Entrevista para Intentos de Suicidio y Autolesiones (SASII; Linehan et al., 2006), mientras que Wang et al. (2016) recurrieron al Inventario de Riesgo de Suicidio (SRI; Hsu y Chung, 1997). Los intentos de suicidio no han sido medidos mediante pruebas psicométricas con la misma frecuencia que la ideación suicida, probablemente porque representan una variable más dicotómica: se perpetra una tentativa de suicidio o no. Tiende a tener un carácter más atributivo y es de fácil registro, lo que explica que ciertos estudios aporten información de manera descriptiva, en lugar de a través de test y cuestionarios (Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Morley et al., 2013; Stewart et al., 2009).

Por su parte, los trabajos analizados emplearon distintos instrumentos de medida para valorar la ideación suicida. En concreto Brown et al. (2005) y Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020) emplearon la Escala de Ideación Suicida (SSI; Beck et al., 1979a) y Husain et al. (2014), Morley et al. (2013), y Stewart et al. (2009) la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSI; Beck et al., 1988b). Desarrolladas por el mismo autor, evalúan la frecuencia, duración e intensidad de los pensamientos suicidas en el pasado y el presente. Así mismo, Celano et al. (2017) utilizaron el Seguimiento Conciso de Riesgos Sanitarios (CHRT; Trivedi et al., 2011), Barnhofer et al. (2015) la Escala de Cogniciones Suicidas (SCS; Rudd et al., 2001) y Wang et al. (2016) la Escala de Ideación Suicida de la Escala de Evaluación de Síntomas Breves (BSRS-5; Lee et al., 1990). Por último, Weitz et al. (2014) sustrae el ítem 3 de la Escala de Evaluación de Depresión de Hamilton (HRSD o HAM-D; Hamilton, 1960) y el 9 del Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, 1961).

Con respecto a los instrumentos de evaluación utilizados, para evaluar los síntomas depresivos la herramienta más ampliamente empleada fue el BDI (Beck, 1961), bien en su primera o su segunda edición, presente en 8 de las 13 investigaciones (Barnhofer et al., 2015; Brown et al., 2005; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Hemanny et al., 2019; Husain et al., 2014; Tapolaa et al., 2010; Weitz et al., 2014). Este instrumento de autoinforme, evalúa síntomas emocionales, cognitivos, y somáticos asociados con la depresión. Otros instrumentos incluyeron la HRSD (Hamilton, 1960), en las investigaciones de Brown et al. (2005), Hemanny et al.

(2019) y Weitz et al. (2014) y el Inventario Rápido de 16 ítems para la Sintomatología Depresiva (QIDS-SR<sub>16</sub>; Rush et al., 2003), utilizado por Celano et al. (2017).

Por su parte, otros estudios evaluaron, en conjunto con la sintomatología depresiva, la ansiedad. En este sentido, Wang et al. (2016) emplearon la BSRS-5 (Lee et al., 1990), para valorar la depresión, la irritabilidad, el insomnio, la hostilidad, y la ansiedad. Otros como Hatcher et al. (2015) y Morley et al. (2013) emplearon la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS; Bjelland et al., 2002) para medir la sintomatología ansioso-depresiva. Por último, Hemanny et al. (2019) y Tapolaa et al. (2010) utilizaron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988a) para valorar en particular la sintomatología ansiosa.

En cuanto a la desesperanza, se midió en 8 estudios (Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Hatcher et al., 2015; Husain et al., 2014; Tapolaa et al., 2010; Stewart et al., 2009; Wang et al., 2016) a través de la Escala de Desesperanza de Beck (BHS; Beck et al., 1974), y permitió evaluar la percepción negativa del futuro, así como la pérdida de motivación y el pesimismo.

Finalmente se incluyeron algunos instrumentos menos recurrentes, como ocurrió con Celano et al. (2017), quienes utilizaron el Calendario de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson et al., 1988) para evaluar la valencia afectiva experimentada en un período específico; De Jaegere et al. (2023), que recurrieron al Cuestionario de Preocupación de Penn State (PSWQ; Stöber y Bittencourt, 1998) para medir la tendencia generalizada a preocuparse y la Escala de Derrota (DS; Gilbert y Allan, 1998) diseñada para valorar los sentimientos de derrota y percepción de fracaso persona; o Hemanny et al. (2019), que utilizaron la Escala de Discapacidad de Sheehan (SDS; Sheehan, 1983) para examinar el impacto que su situación mental suponía a nivel funcional en la vida diaria.

#### *3.4.2 Resultados sobre la eficacia de las intervenciones*

Con respecto a los resultados de las intervenciones, Barnhofer et al. (2015) encontraron una reducción estadísticamente significativa de cogniciones suicidas en el grupo sometido a MBCT en comparación con el grupo experimental de psicoducción o al grupo control. Sin embargo, no se encontró una disminución de la sintomatología depresiva en ninguno de los dos grupos de intervención con respecto al control.

Por otro lado, Brown et al. (2005) encontraron mejoras significativas en los síntomas depresivos a los 6, 12 y 18 meses según el BDI-II, lo que sugiere beneficios a largo plazo. También se observó una reducción en los niveles de desesperanza a los 6 meses. Asimismo, los participantes en el grupo de intervención presentaron un 50% menos de probabilidad de padecer un intento de suicidio durante el seguimiento. Sin embargo, no se encontraron efectos de intervención sobre la ideación suicida.

De igual manera Celano et al. (2017), informaron que el grupo de CF mostró reducciones tanto en síntomas depresivos como en ideación suicida en las mediciones realizadas a las 6 semanas y a los 3 meses. Asimismo, se encontró una reducción de la desesperanza a las 6 semanas. Además, los participantes del grupo de CF mostraron menos autolesiones y ningún intento de suicidio a los 3 meses, en comparación con el grupo experimental tratado a través de psicología positiva, además de revelar una reducción en la rumiación. No se encontraron efectos significativos de las intervenciones sobre el afecto positivo y negativo, ni tampoco de los reintentos de suicidio.

En relación a las investigaciones más recientes, De Jaegere et al. (2023) mostraron reducciones significativas en síntomas depresivos, sentimientos de fracaso y derrota a los 2 y 5 meses, así como en la ideación suicida a los 5 meses. Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en los niveles de desesperanza ni en las preocupaciones. Los análisis de sensibilidad indicaron que el MBCT tenía un efecto beneficioso y duradero en personas con mayor riesgo de suicidio, sugiriendo que estos beneficios podrían deberse a la disminución en la ocurrencia de ideación suicida y en la gravedad de los síntomas depresivos. Además, ninguno de los participantes declaró haber intentado quitarse la vida durante el estudio o el periodo de seguimiento.

En contraposición, Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020) llevaron a cabo análisis clínicos y de sensibilidad que evidenciaron una reducción de los síntomas depresivos del 18% al 10% y de la ideación suicida del 45% al 30% en el grupo experimental de TCC. No obstante, se observó un incremento en los niveles de desesperanza, que aumentaron del 18% al 30%. Sin embargo, en pacientes con sintomatología severa se identificaron disminuciones significativas en la sintomatología depresiva (40% frente a 25%), desesperanza (67% frente a 50%) e ideación suicida (45% frente a 33%). No hubo diferencias estadísticamente significativas en relación a los reintentos de suicidio entre ambos los grupos.

De igual forma, Hatcher et al. (2015), informaron de que los participantes que recibieron PST mostraron, de manera consistente, una menor frecuencia de reintentos en comparación con aquellos del grupo control. Además, sugirieron la existencia de una relación entre el número de sesiones de PST recibidas y la proporción de individuos que reincidieron en conductas autolesivas. Asimismo, los participantes con un mayor riesgo inicial de suicidio presentaron una menor proporción de recaídas en comparación con los del grupo de tratamiento habitual.

El estudio realizado por Hemanny et al. (2019), encontró que tanto el grupo TCC como el de activación conductual presentaron diferencias significativas en síntomas depresivos, así como en la escala de incapacidad funcional con respecto al grupo control a los 3 meses. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los síntomas ansiosos.

Por su parte, Husain et al. (2014) documentaron que la PST redujo de forma significativa la desesperanza y la ideación suicida a los 3 y 6 meses. Los síntomas depresivos también mostraron mejoras estadísticamente significativas a los 6 meses. En este seguimiento, en el grupo de intervención, se evidenció una reducción superior al 50% en los casos de depresión moderada y severa.

Por su parte, Morley et al. (2013), encontraron diferencias significativas en síntomas depresivos, ideación suicida y síntomas ansiosos, tanto en la intervención TCC como en la AH. Además, se encontró que el consumo de cannabis y la sintomatología psiquiátrica en la pre-intervención se relacionaron con la ideación suicida a los 6 meses. Por otro lado, el estudio identificó que los casos de intentos de suicidio no fueron significativos.

Así mismo, Stewart et al. (2009) observaron mejoras en la desesperanza y la ideación suicida tanto en la intervención la TCC como en la PST en la post-intervención, con respecto al grupo control. Los participantes del grupo TCC revelaron mayor satisfacción con la intervención, atribuida al apoyo percibido y a la continuidad en el cuidado, factores que podrían reducir la probabilidad de intentos suicidas futuros (aunque no se encontraron diferencias significativas para la repetición de intentos de suicidio en ninguna de las comparaciones de los tres grupos).

Tapolaa et al. (2010), encontraron reducciones significativas en los síntomas

depresivos a los 4 meses y en intencionalidad suicida a los 4 y 6 meses entre el grupo de intervención y el grupo control, pero no en los síntomas ansiosos. Los participantes del grupo experimental demostraron mejor manejo emocional, mientras que los del grupo control experimentaron un deterioro en dicho ámbito.

Wang et al. (2016), observaron una reducción clínicamente significativa en el riesgo de suicidio, los síntomas de depresión y ansiedad, la ideación suicida y la desesperanza en el grupo de TCC con respecto al control en el seguimiento a los 3 meses. Asimismo, ninguno de los participantes del grupo de tarjetas de afrontamiento realizó un intento de suicidio durante el período de intervención, frente a 5 participantes del grupo control de AH. Igualmente se recoge en a los 2 meses como los participantes del grupo experimental presentaron un tiempo significativamente mayor hasta un realizar un reintento de suicidio.

Unido a ello, Weitz et al. (2014) informaron de una reducción de la sintomatología depresiva en el grupo de TCC con respecto al control, mientras que la ideación suicida mostró diferencias significativas en todos los grupos de intervención, con respecto al control placebo. Los grupos de terapia interpersonal y medicación presentaron mayores reducciones en síntomas suicidas en comparación con el placebo y estas diferencias desaparecieron al ajustar los resultados por cambios generales en los niveles de depresión, lo que parece indicar una relación mediadora entre la depresión y la ideación suicida.

Por último, y a pesar de los planes de seguridad implementados, se produjeron varios suicidios consumados. En estudios como Hatcher et al. (2015) se informa de seis muertes, y Husain et al. (2014) comunica cuatro, aunque no se especifica en ninguno la causa de las mismas (si bien previamente se recoge la presencia de suicidios en el estudio de Hatcher et al., 2015). Brown et al. (2005), por su parte revela tres muertes, una de ellas por suicidio en el grupo de AH.

Todos los resultados se encuentran recogidos en la Tabla 4.

**Tabla 4.**

*Características de las medidas de resultado, instrumentos de evaluación y resultados de las intervenciones.*

Autores (año)	Medidas de resultado	Instrumentos de evaluación	Resultados
Barnhofer et al. (2015)	• Síntomas depresivos	BDI-II	<b>MBCT:</b> No hallan SE. <b>CPE:</b> No hallan SE. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Cogniciones suicidas	SCS	<b>MBCT:</b> Hallan SE ( $p = .001$ ). <b>CPE:</b> No hallan SE. <b>AH:</b> No hallan SE.
Brown et al. (2005)	• Síntomas depresivos	BDI-II	<b>TCC:</b> Hallan SE 6 ( $p = .02$ ), 12 ( $p = .009$ ) y 18 ( $p = .046$ ) meses. No hallan SE los meses 1 y 3. <b>AH:</b> No hallan SE.
		HRSD	<b>TCC:</b> No hallan SE en ninguna medición. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Ideación suicida	SSI	<b>TCC:</b> No hallan SE en ninguna medición. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Desesperanza	BHS	<b>TCC:</b> Hallan SE 6 meses ( $p = .045$ ). No hallan SE en el resto. <b>AH:</b> No hallan SE.
Celano et al. (2017)	• Síntomas depresivos	QIDS-SR <sub>16</sub>	<b>CF:</b> Hallan SE a las 6 semanas ( $p = .02$ ) y 3 meses ( $p = .004$ ). <b>PP:</b> No hallan SE.
	• Ideación suicida	CHRT	<b>CF:</b> Hallan SE a las 6 semanas ( $p = .001$ ) y 3 meses ( $p = .008$ ). <b>PP:</b> No hallan SE.
	• Desesperanza	BHS	<b>CF:</b> Hallan SE a las 6 semanas ( $p = .04$ ). No hallan SE a los 3 meses. <b>PP:</b> No hallan SE.
	• Afecto positivo	PANAS	<b>CF:</b> No hallan SE en ninguna medición. <b>PP:</b> No hallan SE.
De Jaegere et al. (2023)	• Síntomas depresivos	BDI-II	<b>MBCT-S:</b> Hallan SE a los 2 ( $p = .045$ ) y 5 meses ( $p = .019$ ). <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Ideación suicida	BSS	<b>MBCT-S:</b> Hallan SE a los 5 meses ( $p = .006$ ), no a los 2 meses. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Desesperanza	BHS	<b>MBCT-S:</b> No hallan SE en ninguna medición. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Preocupación	PSWQ	<b>MBCT-S:</b> No hallan SE en ninguna medición. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Derrota	DS	<b>MBCT-S:</b> Hallan SE a los 2 ( $p = .043$ ) y 5 meses ( $p = .041$ ). <b>AH:</b> No hallan SE.
Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020)	• Síntomas depresivos	BDI-II	<b>TCC:</b> No hallan SE en ninguna medición. <b>AHM:</b> No hallan SE.
	• Ideación suicida	SSI	<b>TCC:</b> No hallan SE en ninguna medición. <b>AHM:</b> No hallan SE.
	• Desesperanza	BHS	<b>TCC:</b> No hallan SE en ninguna medición. <b>AHM:</b> No hallan SE.

Hatcher et al. (2015)	• Síntomas depresivos	HADS	<b>PST:</b> No hallan SE en ninguna medición. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Síntomas ansiosos	HADS	<b>PST:</b> No hallan SE en ninguna medición. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Intentos suicidas	BSIS	<b>PST:</b> No hallan SE en ninguna medición. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Desesperanza	BHS	<b>PST:</b> No hallan SE en ninguna medición. <b>AH:</b> No hallan SE.
Hemanny et al. (2019)	• Síntomas depresivos	HAM-D BDI-II	<b>TBCT:</b> Hallan SE ( $p = .0005$ ). <b>AC:</b> Hallan SE ( $p = .01$ ). <b>AH:</b> No hallan SE. <b>TBCT:</b> Hallan SE ( $p = .003$ ). <b>AC:</b> Hallan SE ( $p = .009$ ). <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Síntomas ansiosos	BAI	<b>TBCT:</b> No hallan SE. <b>AC:</b> No hallan SE. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Incapacidad	SDS	<b>TBCT:</b> Hallan SE ( $p = .04$ ). <b>AC:</b> Hallan SE ( $p = .002$ ). <b>AH:</b> No hallan SE.
Husain et al. (2014)	• Síntomas depresivos	BDI	<b>PST:</b> Hallan SE a los 6 meses ( $p = .044$ ). No hallan SE a los 3 meses. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Ideación suicida	BSI	<b>PST:</b> Hallan SE a los 3 ( $p = .01$ ) y a los 6 meses ( $p = .019$ ). <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Desesperanza	BHS	<b>PST:</b> Hallan SE a los 3 ( $p = .004$ ) y a los 6 meses ( $p = .003$ ). <b>AH:</b> No hallan SE.
Morley et al. (2013)	• Síntomas depresivos	HADS	<b>TCC:</b> Hallan SE ( $p < .001$ ). <b>AH:</b> Hallan SE ( $p < .001$ ).
	• Síntomas ansiosos	HADS	<b>TCC:</b> Hallan SE ( $p < .001$ ). <b>AH:</b> Hallan SE ( $p < .001$ ).
	• Ideación suicida	BSI	<b>TCC:</b> Hallan SE ( $p < .001$ ). <b>AH:</b> Hallan SE ( $p < .001$ ).
Stewart et al. (2009)	• Ideación suicida	BSI	<b>TCC:</b> Hallan SE ( $p < .05$ ). <b>PST:</b> Hallan SE ( $p < .05$ ). <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Desesperanza	BHS	<b>TCC:</b> Hallan SE ( $p < .05$ ). <b>PST:</b> Hallan SE ( $p < .05$ ). <b>AH:</b> No hallan SE.

Tapolaa et al. (2010)	• Síntomas depresivos	BDI	<b>PST +ACT+ AH:</b> Hallan SE a los 4 meses ( $p = .03$ ). <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Síntomas ansiosos	BAI	<b>PST +ACT+ AH:</b> No hallan SE. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Autolesión con intencionalidad suicida	SASII	<b>PST +ACT+ AH:</b> Hallan SE a los 4 ( $p = .03$ ) y 6 meses ( $p = .02$ ). <b>AH:</b> Hallan SE a los 4 ( $p = .04$ ) y 6 meses ( $p = .03$ ).
Wang et al. (2016)	• Síntomas ansioso-depresivos	BSRS-5	<b>TCC:</b> No hallan SE. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Ideación suicida	BSRS Ideación suicida	<b>TCC:</b> No hallan SE. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Intentos suicidas	SRI	<b>TCC:</b> No hallan SE. <b>AH:</b> No hallan SE.
	• Desesperanza	BHS	<b>TCC:</b> No hallan SE. <b>AH:</b> No hallan SE.
Weitz et al. (2014)	• Síntomas depresivos	HRSD	<b>TCC:</b> Hallan SE ( $p \leq .001$ ). <b>TIP:</b> No hallan SE. <b>Fármaco+MC:</b> No hallan SE. <b>Placebo+MC:</b> No hallan SE.
		BDI	<b>TCC:</b> Hallan SE ( $p \leq .001$ ). <b>TIP:</b> No hallan SE. <b>Fármaco+MC:</b> No hallan SE. <b>Placebo+MC:</b> No hallan SE.
	• Ideación suicida	HRSD (3)*	<b>TCC:</b> Hallan SE ( $p < .001$ ). <b>TIP:</b> Hallan SE ( $p < .001$ ). <b>Fármaco+MC:</b> Hallan SE ( $p < .001$ ). <b>Placebo+MC:</b> Hallan SE ( $p < .001$ ).
		BDI (9)*	<b>TCC:</b> Hallan SE ( $p < .001$ ). <b>TIP:</b> Hallan SE ( $p < .001$ ). <b>Fármaco+MC:</b> Hallan SE ( $p < .01$ ). <b>Placebo+MC:</b> Hallan SE ( $p < .001$ ).

*Nota:* SE: Significación estadística; BDI: Inventario de Depresión de Beck; BDI-II: Inventario de Depresión de Beck–II; SCS: Escala de Cogniciones Suicidas; HRSD o HAM-D: Escala de Evaluación de Depresión de Hamilton; SSI: Escala de Ideación Suicida; BHS: Escala de Desesperanza de Beck; QIDS-SR<sub>16</sub>: Inventario Rápido de 16 ítems para la Sintomatología Depresiva; CHRT: Seguimiento Conciso de Riesgos Sanitarios; PANAS: Calendario de Afecto Positivo y Negativo; PSWQ: Cuestionario de Preocupación de Penn State; DS: Escala de Derrota; HADS: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; BSIS: Escala de Intención Suicida de Beck; BAI: Inventario Ansiedad de Beck; SDS: Escala de Discapacidad de Sheehan; BSI: Escala de Ideación Suicida de Beck; SASII: Entrevista para Intentos de Suicidio y Autolesiones; BSRS-5: Escala de Evaluación de Síntomas Breves; SRI: Inventario de Riesgo de Suicidio; MC: Manejo de Caso; MBCT: Mindfulness basado en Terapia Cognitiva; CPE: Psicoeducación Cognitiva, TCC: Terapia Cognitivo-Conductual; PP: Psicología Positiva; CF: Enfocada en la Cognición; MBCT-S: Mindfulness basado en Terapia Cognitiva y Seguridad; PST: Terapia de Resolución de Problemas; TBCT: Terapia Cognitiva Basada en el Ensayo; AC: Activación Conductual; TIP: Terapia Interpersonal; HRSD (3)\*: Ítem 3 del HRSD; BDI (9)\*: Ítem 9 del BDI.

Fuente: Elaboración propia.

### 3.5 Valoración del riesgo de sesgo

Como se recoge en la Figura 2, el riesgo de sesgo global fue alto en cuatro estudios (Barnhofer et al., 2015; Hemanny et al., 2019; Stewart et al., 2009; Tapolaa et al., 2010); se encontró algún riesgo en otros cuatro (Hatcher et al., 2015; Husain et al., 2014; Wang et al., 2016; Weitz et al., 2014) y bajo riesgo en los cinco restantes (Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Morley et al., 2013).

En concreto, en el dominio 1 (relativo al proceso de aleatorización), se encontró algún riesgo en cuatro trabajos (Barnhofer et al., 2015; Husain et al., 2014; Stewart et al., 2009; Tapolaa et al., 2010), y riesgo bajo en el resto (Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Hatcher et al., 2015; Hemanny et al., 2019; Morley et al., 2013; Wang et al., 2016; Weitz et al., 2014).

Así mismo, el dominio 2 alude a las desviaciones sobre la intervención prevista, registrándose un artículo con alto riesgo (Barnhofer et al., 2015) tres artículos con algún riesgo (Stewart et al., 2009; Tapolaa et al., 2010; Wang et al., 2016) y bajo riesgo en los nueve restantes (Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Hatcher et al., 2015; Hemanny et al., 2019; Husain et al., 2014; Morley et al., 2013; Weitz et al., 2014).

El dominio 3 (referido a falta de datos sobre resultados) presenta mayor homogeneidad, dado que únicamente el artículo de Weitz et al. (2014) presenta algún riesgo, frente a los 12 artículos que presentan bajo riesgo (Barnhofer et al., 2015; Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Hatcher et al., 2015; Hemanny et al., 2019; Husain et al., 2014; Morley et al., 2013; Stewart et al., 2009; Tapolaa et al., 2010; Wang et al., 2016).

Lo mismo sucede con el dominio 4, que hace referencia a las medidas del resultado. En este caso, solo Barnhofer et al. (2015) presentaron algún riesgo, mientras que el resto de artículos se mantuvieron con bajo riesgo (Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Hatcher et al., 2015; Hemanny et al., 2019; Husain et al., 2014; Morley et al., 2013; Stewart et al., 2009; Tapolaa et al., 2010; Wang et al., 2016; Weitz et al., 2014).

Por último, el dominio 5 (sobre la selección de los resultados reportados), se observó una investigación con alto riesgo (Hemanny et al., 2019), tres presentaron algún riesgo (Hatcher et al., 2015; Stewart et al., 2009; Tapolaa et al., 2010) y nueve bajo riesgo (Barnhofer et al., 2015; Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Husain et al., 2014; Morley et al., 2013; Wang et al., 2016; Weitz et al., 2014) siguiendo la misma distribución del primer dominio.

**Figura 2.**

*Riesgo de sesgo metodológico según la herramienta RoB 2.*

<u>Estudio</u>	<u>D1</u>	<u>D2</u>	<u>D3</u>	<u>D4</u>	<u>D5</u>	<u>Global</u>	
Barnhofer et al. (2015)	!	-	+	!	+	-	+
Brown et al. (2005)	+	+	+	+	+	+	!
Celano et al. (2017)	+	+	+	+	+	+	-
De Jaegere et al. (2023)	+	+	+	+	+	+	
Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020)	+	+	+	+	+	+	D1 Proceso de aleatorización
Hatcher et al. (2015)	+	+	+	+	!	!	D2 Desviaciones de las intervenciones previstas
Hemanny et al. (2019)	+	+	+	+	-	-	D3 Falta de datos sobre los resultados
Husain et al. (2014)	!	+	+	+	+	!	D4 Medida del resultado
Morley et al. (2013)	+	+	+	+	+	+	D5 Selección de los resultados reportados
Stewart et al. (2009)	!	!	+	+	!	-	
Tapolaa et al. (2010)	!	!	+	+	!	-	
Wang et al. (2016)	+	!	+	+	+	!	
Weitz et al. (2014)	+	+	!	+	+	!	

*Nota.* Modelo de semáforo sobre el riesgo de sesgo metodológico de los estudios seleccionados.

Fuente: Elaboración propia.

### 3.6 Evaluación de la calidad de la evidencia

Para determinar la calidad metodológica de la evidencia se tuvieron en cuenta el diseño de los estudios, las limitaciones potenciales del estudio en el diseño y ejecución, los resultados inconsistentes e imprecisos, la ausencia de evidencia directa y el sesgo de publicación.

La calidad del conjunto de la evidencia fue moderada para 12 estudios (Barnhofer et al., 2015; Brown et al., 2005; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al.,

2020; Hatcher et al., 2015; Hemanny et al., 2019; Husain et al., 2014; Morley et al., 2013; Stewart et al., 2009; Tapolaa et al., 2010; Wang et al., 2016; Weitz et al., 2014) y alta para Celano et al. (2017). Dado que todos los estudios incluidos en esta revisión fueron ECAs, todos partieron de una valoración inicial de alta calidad de evidencia.

En relación limitación en diseño o ejecución, ocho investigaciones presentaron condiciones que reducían su calidad, bien por un problema con el proceso de aleatorización (Barnhofer et al., 2015; Husain et al., 2014; Stewart et al., 2009; Tapolaa et al., 2010; Wang et al., 2016) o en relación al proceso de enmascaramiento, dada la ausencia de ciego (De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Hatcher et al., 2015).

Por otro lado, Brown et al. (2005) presentaron inconsistencias a la hora de reportar los resultados relativos a los síntomas depresivos, medrando también su calidad y siendo la única investigación que presentó inexactitudes en esta categoría.

Así mismo sucede con la ausencia de evidencia directa, donde solamente Morley et al. (2013) refirieron presentar diferencias estadísticamente significativas en diversas variables de resultado desde las mediciones iniciales, constituyendo este desequilibrio una falla en la posibilidad de evidencia directa.

En cuanto a la imprecisión, siete artículos presentaron problemas, algunos debido al tamaño de sus muestras (Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Stewart et al., 2009; Tapolaa et al., 2010) y otros por la amplitud de sus intervalos de confianza (Hemanny et al., 2019; Husain et al., 2014; Wang et al., 2016; Weitz et al., 2014).

Finalmente, las trece investigaciones mantuvieron su calidad metodológica en cuanto al sesgo de publicación (Barnhofer et al., 2015; Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Hatcher et al., 2015; Hemanny et al., 2019; Husain et al., 2014; Morley et al., 2013; Stewart et al., 2009; Tapolaa et al., 2010; Wang et al., 2016; Weitz et al., 2014).

En la Tabla 5 se observa la valoración de la calidad de la evidencia.

**Tabla 5.**  
Evaluación de la calidad de la evidencia mediante el sistema GRADE.

Autores (año)	Diseño de estudio	Calidad evidencia inicial	Limitación en diseño o ejecución	Inconsistencia de resultados	Ausencia de evidencia directa	Imprecisión	Sesgo de publicación	Calidad del conjunto de la evidencia
Barnhofer et al. (2015)	ECA	Alta	X	✓	✓	X	✓	Moderada
Brown et al. (2005)	ECA	Alta	✓	X	✓	✓	✓	Moderada
Celano et al. (2017)	ECA	Alta	✓	✓	✓	✓	✓	Alta
De Jaegere et al. (2023)	ECA	Alta	X	✓	✓	✓	✓	Moderada
Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020)	ECA	Alta	X	✓	✓	X	✓	Moderada
Hatcher et al. (2015)	ECA	Alta	X	✓	✓	✓	✓	Moderada
Hemanny et al. (2019)	ECA	Alta	✓	✓	✓	X	✓	Moderada
Husain et al. (2014)	ECA	Alta	X	✓	✓	X	✓	Moderada
Morley et al. (2013)	ECA	Alta	✓	✓	X	✓	✓	Moderada
Stewart et al. (2009)	ECA	Alta	X	✓	✓	X	✓	Moderada
Tapolaa et al. (2010)	ECA	Alta	X	✓	✓	X	✓	Moderada
Wang et al. (2016)	ECA	Alta	X	✓	✓	X	✓	Moderada
Weitz et al. (2014)	ECA	Alta	✓	✓	✓	X	✓	Moderada

Nota: X: Baja la calidad; ✓: No baja la calidad; ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado.

Fuente: Elaboración propia.

## 4. Discusión

Esta revisión sistemática analizó la eficacia de las IBTCC en la mejora de las conductas suicidas y sus variables clínicas asociadas. Se localizaron 13 ECAs que implementaron intervenciones cognitivo-conductuales en personas en riesgo de suicidio, y mostraron resultados dispares en las distintas variables de resultado analizadas: los intentos de suicidio, la ideación suicida, la sintomatología depresiva y la desesperanza.

Primeramente, en lo relativo a la intencionalidad suicida o intentos de suicidio, únicamente 3 de las intervenciones evaluaron esta variable con mediciones psicométricas (Hatcher et al., 2015; Tapolaa et al., 2010; Wang et al., 2016). Tapolaa et al. (2010) reportaron significación estadística en sus mediciones, mostrando una reducción en la intencionalidad suicida. Además, otros estudios incluidos en esta revisión recogieron información descriptiva acerca de disminuciones en intentos de suicidio, autolesiones de intencionalidad suicida y recaídas (Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; Hatcher et al., 2015; Husain et al., 2014; Stewart et al., 2009; Wang et al., 2016). Estos hallazgos coinciden con lo expuesto en la revisión sistemática realizada por Mewton y Andrews

(2016), quienes expresan que, en 14 comparaciones sobre las tentativas de suicidio, 5 de ellas tenían un tamaño insignificante, 6 mostraron tamaños de efecto pequeños y 3 tamaños de efecto medianos a favor de la TCC. Ello lo secundarían Gøtzsche y Gøtzsche (2017), quienes focalizaron su revisión únicamente en pacientes con un intento de suicidio reciente previo, reportando cómo en muestras amplias, la TCC redujo a la mitad el riesgo de una nueva tentativa. El hecho de que esta variable haya sido evaluada en un número escaso de investigaciones parece justificarse debido a que los intentos de suicidio tienden a constituir un fenómeno mucho más infrecuente que el resto de conductas, por lo que analizarlo requeriría tamaños muestrales mucho mayores.

En relación con los resultados de estas intervenciones sobre la ideación suicida, el 90% de los estudios que la incluyen en sus valoraciones reportaron mejorías significativas, bien de forma estadística o clínica (Barnhofer et al., 2015; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Husain et al., 2014; Stewart et al., 2009; Morley et al., 2013; Wang et al., 2016; Weitz et al., 2014). Además, Hemanny et al. (2022) encontraron que ambos grupos experimentales (TCC basada en el ensayo y activación conductual) redujeron la ideación suicida en comparación con el grupo control. Estos resultados prometedores llegan a superar los encontrados en otras revisiones, como la de Mewton y Andrews (2016) y meta-análisis como el de Tarrier et al. (2008), quienes expusieron que más de la mitad de sus resultados avalaban reducciones significativas a favor de la TCC. Siendo la variable con mayor acuerdo entre las evaluadas, sugiere que estas intervenciones son útiles para la prevención de las cogniciones suicidas.

En cuanto a la eficacia de las intervenciones sobre la sintomatología depresiva, fue la variable más evaluada, estando presente en 92,35% de los estudios y encontrándose eficacia a corto plazo de las IBTCC para la disminución de los síntomas en 76,95% de ellos (Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; De Jaegere et al., 2023; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Hemanny et al., 2019; Husain et al., 2014; Morley et al., 2013; Tapolaa et al., 2010; Wang et al., 2016; Weitz et al., 2014). Además, Brown et al. (2005) realizaron mediciones a largo plazo que apoyaron la existencia de una reducción de los síntomas depresivos mediante la utilización de las IBTCC. Estos hallazgos mostraron mejores resultados en pacientes con mayor sintomatología en la preintervención (Brown et al., 2005; Ghahramanlou-Hollowaya et al., 2020; Husain et al., 2014). Así, numerosas revisiones han reportado como la TCC ayuda a mejorar síntomas como cogniciones

negativas, sentimientos de culpa o inutilidad (Chen et al., 2022; Hofmann et al., 2017; Mewton y Andrews, 2016), concordando con los resultados obtenidos durante este trabajo, lo que podría sugerir una reducción del riesgo de recaída.

Por último, con respecto a la desesperanza, si bien el artículo de Ghahramanlou-Hollowaya et al. (2020) sólo encontró reducciones en pacientes con sintomatología severa, el 62,5% de los trabajos que miden esta variable hallaron una disminución en los grupos IBTCC (Brown et al., 2005; Celano et al., 2017; Husain et al., 2014; Stewart et al., 2009; Wang et al., 2016). Ello concuerda con la revisión realizada por Cuijpers et al. (2013), quienes encontraron un efecto importante y significativo de la psicoterapia cognitivo conductual sobre la desesperanza, que, a su vez se asoció significativamente con los efectos sobre la depresión. La combinación de estos hallazgos parece indicar que las psicoterapias que son eficaces para la depresión también reducen la desesperanza, aspecto que no es sorprendente, pues dentro de los cuadros depresivos, la desesperanza es uno de los síntomas principales.

#### **4.1 Implicaciones para la práctica**

Este trabajo presenta importantes implicaciones prácticas. Los hallazgos de esta revisión refuerzan la importancia de diseñar y administrar intervenciones basadas en la TCC para reducir la conducta suicida y sus variables clínicas asociadas (la sintomatología depresiva y la desesperanza) en personas en riesgo de suicidio. El psicólogo desempeña un papel crucial en el tratamiento de esta problemática, y la intervención psicoterapéutica es fundamental en pacientes con riesgo de suicidio para llevar a cabo una atención efectiva, abordándolo desde las etapas iniciales.

Esta revisión proporciona información útil para el diseño de ensayos futuros, abordando dos limitaciones clave de estudios previos: la ausencia de criterios definidos por grupo etario y la falta de atención a los distintos trastornos mentales. Considerar estos factores es esencial, ya que los trastornos mentales presentan variaciones en factores de riesgo, sintomatología y respuesta al tratamiento, al igual que sucede con la edad. Incluir todos los rangos de edad y todo el constructo de trastornos podría impactar directamente en la efectividad de las intervenciones y, por tanto, limitar la claridad de los resultados de ensayos y revisiones. Al proponer una mayor homogeneidad en las muestras, esta revisión favorece la obtención de resultados más precisos y aplicables en la práctica clínica.

Además, el suicidio es una problemática social que afecta a cientos de miles de personas al año a nivel mundial, que ha mostrado una línea ascendente de prevalencia en los últimos años, por lo que la implementación de estas intervenciones podría ahorrar costes significativos a nivel familiar, comunitario, económico, social y sobre todo personal, al contrastar estrategias que puedan, no solo producir una mejora sintomatológica, si no actuar como un mecanismo de prevención para futuras recaídas.

#### **4.2 Limitaciones**

Una de las limitaciones principales de este estudio recae en la presencia de un único revisor para la exploración, análisis e interpretación de datos de los estudios incluidos. Este aspecto puede haber influido en la objetividad y exhaustividad del proceso de selección.

Otra limitación relevante es la cantidad de artículos incluidos en la revisión, ya que solo se consideraron 13 estudios. Aunque existía una amplia literatura científica sobre el tema, la heterogeneidad de los artículos que evaluaban el objeto de estudio hizo necesario un filtro estricto en los criterios de inclusión y exclusión. Estos criterios fueron implementados con el fin de garantizar una mayor homogeneidad entre los estudios seleccionados, lo que a su vez buscaba asegurar que los resultados fueran lo más fiables posible.

La calidad metodológica de los ensayos seleccionados es otro factor a considerar, dado que 4 de los artículos presentaron un alto riesgo de sesgo y otros 4 artículos presentaron un riesgo moderado, comprometiendo en parte la calidad metodológica de los estudios. En cuanto a las limitaciones más relevantes de las investigaciones se incluía no proporcionar información sobre el cálculo del tamaño muestral, pudiendo comprometer generalización y la validez de los resultados.

También se observó que algunos estudios hacían referencia a "otros diagnósticos no especificados" así como otros no recogían los instrumentos utilizados para su valoración. Esta falta de precisión podría haber influido negativamente en la interpretación de los efectos de las intervenciones.

Finalmente es necesario considerar como limitaciones aspectos relativos a los criterios de inclusión o exclusión de los estudios. Varias investigaciones incluyeron

criterios de exclusión que impedían la participación de personas que hubieran recibido previamente TCC, mientras que otros no especificaron este requerimiento. Esta falta de uniformidad en los criterios de inclusión y exclusión puede haber afectado la validez interna de los estudios y su capacidad para ser comparados entre sí.

### **4.3 Propuestas para futuras investigaciones**

En base a los resultados obtenidos en esta revisión sistemática, se han identificado varias orientaciones que podrían ser ventajosas para las investigaciones futuras, a razón de mejorar la comprensión acerca de la TCC y su papel en las conductas suicidas y sus variables clínicas asociadas.

Primeramente, en futuros estudios sobre la eficacia de las IBTCC para las conductas suicidas se recomienda aumentar el rigor metodológico, prestando atención a cuestiones como la selección de muestras homogéneas el cálculo del tamaño muestral previo, que es fundamental para garantizar la validez y la aplicabilidad de los resultados. Para que un estudio acopie conclusiones sean extrapolables a la población general o a subgrupos específicos, es necesario implementar criterios de inclusión y exclusión detallados que tengan en cuenta los procedimientos de evaluación y una corroboración de diagnóstico exhaustiva.

Seguido a ello, sería de gran ayuda contar con una definición más clara del protocolo de intervención para ensayos venideros. Un protocolo bien definido para TCC garantiza la consistencia en su aplicación, minimiza el riesgo de variabilidad y facilita la replicación y validación de los resultados, en otros contextos o con otros grupos.

De igual forma, sería interesante realizar una evaluación más exhaustiva de los efectos a largo plazo de la TCC, dado que hasta ahora pocos estudios han abordado esta dimensión de manera consistente. Profundizar en este aspecto permitiría esclarecer las dudas sobre su eficacia sostenida en el tiempo, proporcionando una base más sólida para entender su impacto en la prevención y tratamiento de las conductas suicidas.

## **Propuesta Aplicada**

En base a los hallazgos anteriores, se presenta una propuesta aplicada que permita

sortear las barreras detectadas en investigaciones previas. Esta propuesta aplicada consiste en un proyecto de Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) diseñado para evaluar la eficacia de la TCC en el tratamiento de las conductas suicidas y sus variables clínicas asociadas con población universitaria en riesgo de suicidio.

## **1. Introducción**

El suicidio es la primera causa de mortalidad en la Unión Europea en personas de entre 15 y 29 años, siendo la población universitaria un grupo especialmente vulnerable debido a factores como el estrés académico, la presión social, dificultades económicas y los desafíos emocionales propios de esta etapa (Ministerio de Sanidad, 2024; Vázquez et al., 2012). Estudios recientes indican que los niveles de riesgo suicida en esta población han aumentado de manera preocupante respecto a lo recogido en investigaciones previas (Torres et al., 2017). De igual forma, investigaciones españolas señalan que la población universitaria no solo presentaría mayores prevalencias en cuanto sintomatología depresiva, sino también el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor y episodio depresivo mayor, lo que subraya la necesidad urgente de intervenciones efectivas y accesibles (Vázquez y Blanco, 2008; Vázquez et al., 2011).

Si bien los datos sobre los intentos de suicidio son relevantes, es importante destacar que existen diferencias significativas entre la presencia de ideación suicida y la concreción de un intento de suicidio (Vázquez y Blanco, 2008; Wilcox et al., 2010). Además, aproximadamente el 60% de los individuos que cometen suicidio mueren en sus intentos iniciales, lo que implica que la intervención psicológica que comienza después de ese momento es demasiado tardía para casi dos tercios que mueren en el primer intento (Bostwick et al., 2016).

Los ensayos disponibles sobre la eficacia de la TCC en esta población son insuficientes y presentan tamaños muestrales limitados, si bien sus resultados indican que la TCC ha sido eficaz para reducir la ideación suicida, la depresión, la ansiedad y las autolesiones, además de mejorar el ajuste social, especialmente en estudiantes con menor funcionamiento previo (Farabaugh et al., 2019; Nyer et al., 2015). La evidencia disponible es limitada, por lo que se requieren ensayos a mayor escala para confirmar su viabilidad y eficacia en el contexto universitario. Por tanto, esta iniciativa se enfocará en la ideación suicida, con el objetivo de determinar si la TCC, al ser una de las estrategias

más respaldadas empíricamente para abordar el riesgo de suicidio, puede reducir la ideación suicida y, de este modo, prevenir tanto los intentos de suicidio como el suicidio consumado. Se analizará no solo su impacto en la ideación suicida, sino también sus factores de riesgo asociados como la desesperanza y los síntomas depresivos tanto a corto como a largo plazo, todo en población universitaria.

El objetivo general es analizar la eficacia de la TCC para reducir la ideación suicida y sus variables clínicas asociadas en universitarios con riesgo de suicidio mediante la TCC. Por su parte, los objetivos específicos son:

- Determinar qué beneficios genera la TCC en la ideación suicida.
- Determinar si la TCC produce mejoras en la sintomatología depresiva.
- Determinar si la TCC ocasiona reducciones en los sentimientos de desesperanza.
- Determinar si la TCC produce beneficios significativos a largo plazo.

La hipótesis de inicio recoge que la TCC producirá una reducción significativa en la ideación suicida y sus variables clínicas asociadas.

## **2. Métodos**

### 2.1 Diseño

El diseño de estudio seleccionado es un ECA longitudinal y prospectivo con dos condiciones: una experimental con tratamiento TCC y otra de grupo control de AH. las directrices CONSORT para intervenciones psicológicas y sociales (Grant et al., 2018). El estudio se llevará a cabo durante los años 2025/2028, realizando una valoración pre-intervención y otra post-intervención. Se volverá a evaluar a los 3, 6 y 12 meses, determinando así los efectos se a largo plazo. Los plazos de valoración serán distintos para cada grupo de sujetos.

### 2.2 Participantes

#### 2.2.1 Reclutamiento

El estudio se realizará en la Universidad de Santiago de Compostela (USC), siendo los participantes reclutados por el Grupo de Investigación Psicológica de la USC. Se llevará a cabo en la comunidad autónoma de Galicia, la segunda comunidad española con mayor tasa de suicidios según el Instituto Nacional de Estadística (2022b). Se

realizará una primera evaluación presencial en las instalaciones de la USC, en la que se proporcionará a los participantes información detallada sobre el proyecto, y se solicitará su firma en las hojas informativas donde vendrán incluidos los consentimientos y acuerdos de confidencialidad si deciden continuar (**Anexo I, II, III**). Posteriormente, se realizará una entrevista clínica exhaustiva en la que se explorarán aspectos relativos a la ideación suicida y la presencia de psicopatología, con el fin de asegurar que los participantes cumplan con los criterios de elegibilidad.

### 2.2.2 Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión circunscriben (a) tener más de 18 años (b) presentar una puntuación  $> 6$  en el BSI (Beck et al., 1988b), mientras que los criterios de exclusión comprometen (a) presentar un trastorno mental grave, de la personalidad, bipolaridad o consumo de sustancias (b) haber realizado intentos de suicidio en el año anterior (c) estudiantes que vayan a realizar intercambios universitarios de fuera de la comunidad, bien durante el periodo de tratamiento o de seguimiento (d) haber empezado un tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico en los últimos 3 meses.

### 2.2.3 Aleatorización

Los participantes serán aleatorizados con igual probabilidad (1:1; asignación aleatoria) en los grupos experimental y control mediante la herramienta REDCap Randomization Module. Los investigadores recibirán los resultados mediante sobres opacos sellados, numerados por participante, con instrucciones de uso en orden numérico. Debido a la naturaleza de las intervenciones, no será posible enmascarar a los participantes respecto al grupo asignado.

### 2.2.4 Tamaño muestral

Para realizar el cálculo del tamaño muestral se seguirán las referencias de Xavier et al. (2019) en su ensayo sobre población la eficacia de la PST en joven de Brasil. Tomando un tamaño del efecto  $d$  de Cohen  $=0.40$ , asumiendo una prueba bilateral, un  $\alpha$  de 0.05 y una potencia  $(1-\beta)$  de 0.80 se requerirían 100 participantes por condición (**Anexo IV**). Se anticipa una pérdida de sujetos de entorno al 25%, al igual que Fox et al. (2020) y Xavier et al. (2019), por lo que finalmente se reclutarán 250 participantes, 125 en cada grupo.

### **3. Intervención: procedimiento y desarrollo del programa**

Tras el reclutamiento de los participantes se llevará a cabo una entrevista individual en la que se expondrá toda la información relativa al estudio, consentimientos informados y acuerdos de confidencialidad. Posteriormente, se realizará una valoración individual pre-intervención de cada participante, donde se realizará una anamnesis sobre salud mental para establecer posibles episodios depresivos previos, así como se recogerán datos personales (edad, sexo, curso y carrera). En caso de que el participante no presente historial de intentos suicidas en el último año, se realizará la medición pre-intervención.

El tratamiento se realizará de manera grupal en 25 grupos con un máximo de 5 participantes por grupo, que acudirán a las instalaciones de la USC una vez a la semana durante 12 semanas, teniendo una sesión de 90 minutos de duración. Estas directrices temporales se tomaron teniendo en cuenta las características de los estudios incluidos en la revisión previa. De esta forma la intervención se extenderá durante 3 meses.

Tanto las evaluaciones como los tratamientos serán llevados a cabo por psicólogos clínicos o sanitarios, quienes recibirán una formación de 40 horas en TCC impartida por especialistas en este campo de acción de la salud mental. La intervención será administrada por cinco terapeutas ajenos a la investigación, quienes asumirán la responsabilidad del tratamiento durante todo el proceso.

#### **3.1 Terapia Cognitivo Conductual (TCC) + Terapia de Resolución de Problemas (SPT)**

El grupo experimental será sometido a un protocolo de TCC que combine el modelo de intervención de Beck et al. (1979b) y D’Zurilla y Goldfried (1971).

El protocolo constará de 7 módulos a desarrollar durante las 12 sesiones. En el primer módulo del programa (sesión 1), se llevará a cabo la presentación de los participantes y la explicación de las normas del grupo. Se introducirán los conceptos básicos de la TCC y la PST a modo de prólogo del programa, destacando la relación entre pensamientos, emociones y conductas. En el segundo módulo (sesión 2), los participantes identificarán y clasificarán sus problemas actuales, diferenciando entre aquellos que pueden controlar y los que no. Se introducirá el “*kit de emergencia*”, así como se instruirá en autoobservación, utilizándose para ello el termómetro de las emociones.

Durante el tercer módulo (sesiones 3-4), se revisará lo aprendido previamente y se introducirá la Tríada Cognitiva. Se identificarán pensamientos automáticos negativos y sus disparadores, proponiendo estrategias adaptativas para su control, por lo que se instruirá en técnicas de respiración diafragmática y se sugerirá la incorporación de actividades gratificantes. Se abordarán distorsiones cognitivas y se fomentará el uso de autoregistros para monitorear pensamientos negativos. En el cuarto módulo (sesión 5), se trabajará el modelo estructurado de resolución de problemas en 6 pasos, así como se realizará la revisión de los autorregistros previos para la exploración de pensamientos negativos.

En el quinto módulo (sesiones 6-9), se profundizará en la reestructuración cognitiva, identificando pensamientos disfuncionales y creencias nucleares asociadas a las conductas suicidas. Se utilizará el Role-play para representar el diálogo socrático. Paralelamente se implementarán las estrategias aprendidas en el cuarto módulo para generar alternativas realistas y equilibradas sobre pensamientos automáticos negativos. Para ello se hará uso de tarjetas con afirmaciones positivas. Durante el sexto módulo (sesiones 10-11), se consolidan las habilidades aprendidas mediante ejercicios para ensayar lo puesto en práctica y se analizarán los resultados, proponiendo ajustes y mejoras. Finalmente, en el séptimo módulo (sesión 12), se trabajará la prevención de recaídas. Los pacientes identificarán factores de riesgo, señales de alerta tempranas y estrategias que han demostrado ser efectivas durante la intervención, así como se realizará un plan de prevención de recaídas mediante un *manual personalizado*.

El contenido concreto de las sesiones y los materiales necesarios se reflejan en la Tabla 6, ubicada en el **Anexo V**.

### 3.2 Atención Habitual (AH)

En el grupo control se administrará AH, que incluirá según derivación a los servicios de salud (públicos o privados) utilizados por los participantes en el momento del estudio, pudiendo disponer de psicoterapia individual, grupal y/o medicación psiquiátrica según lo determinado por sus médicos.

### 3.3 Protocolo de seguridad

Existirá un protocolo de seguridad tanto para el grupo TCC como el de AH, con

el objetivo de monitorear el riesgo suicida de los participantes. Este protocolo de actuación consistirá en poner a disposición un teléfono de atención al que podrán llamar o mandar mensajes (mediante la aplicación WhatsApp) en caso de que sientan que su sintomatología empeora con respecto al comienzo del estudio. Estas instrucciones serán explicadas en conjunto con la medición pre-intervención. En todas las mediciones de ambos grupos se explorará sobre la mejora o empeoramiento de las conductas suicidas, más allá de los cuestionarios, y en el grupo TCC se llevarán a cabo sondeos constantes en las sesiones.

#### **4. Variables de resultado e Instrumentos de evaluación.**

Los participantes serán evaluados en cinco momentos: (1) medición pre-intervención, (2) medición post-intervención, (3) medición post- 3 meses, (4) medición post- 6 meses, (5) medición post- 12 meses. Las evaluaciones se llevarán a cabo de manera presencial por psicólogos independientes a la intervención y cegados a los objetivos, hipótesis, intervenciones y asignaciones de grupo del estudio.

Durante el proceso selección de la muestra se administrará el M.I.N.I (Sheehan et al., 2016) para garantizar que los participantes no presenten ningún trastorno que interfiera con lo anteriormente expuesto. Se utilizará la versión 7.0.2, la cual contiene 120 preguntas que exploran los principales trastornos mentales del DSM-5, mostrando una fiabilidad adecuada ( $k=0.50-0.90$ ), una sensibilidad entre el 17% y el 92% y una especificidad entre el 75% y el 100%.

La información personal y características sociodemográficas se recogerán mediante la anamnesis generada en la entrevista y quedará almacenada en una base de datos de forma individualizada el tiempo establecido para poder generar el estudio.

Para llevar a cabo la valoración, se emplearán escalas de evaluación específicas para la **ideación suicida**, la **sintomatología depresiva** y la **desesperanza**.

Se hará uso de la de BSI (Beck et al., 1988b) por ser un cuestionario validado, breve y adaptable para abordar pensamientos suicidas que proporciona información directa sobre la frecuencia, intensidad y características de la ideación suicida. Este instrumento se compone de 19 ítems y ha mostrado una elevada consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0.94). Se empleará el BDI-II (Beck, 1961) para medir la severidad

de la sintomatología depresiva en diversas poblaciones. Siendo un cuestionario autoinformado de 21 ítems, es altamente sensible y su alfa de Cronbach varía entre 0.89-0.94, evaluando síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos de la depresión. Para la valoración de la desesperanza se hará uso de la BHS (Beck et al., 1974), un instrumento de 20 preguntas en formato de autoinforme con una consistencia interna (KR-20) de 0.93 que evalúa la visión negativa presente y la actitud derrotada hacia el futuro.

Estas evaluaciones han sido seleccionadas principalmente por ser breves y versátiles, a fin de facilitar su cumplimentación y proteger el proceso de seguimiento.

### 3.6 Plan de trabajo y cronograma

El estudio constará de 12 fases que se llevarán a cabo a lo largo de 3 años. Primeramente, se llevará a cabo la preparación de las intervenciones durante los 3 meses iniciales. A continuación, se destinará un mes adicional para el entrenamiento de los evaluadores y terapeutas involucrados en el proceso de intervención. Posteriormente, se dedicarán 2 meses a la preparación de los cuestionarios, el equipo y las entrevistas. El reclutamiento de la muestra se realizará en un período de 4 meses.

Una vez concluido, se llevará a cabo la medición pre-intervención en el mismo mes en que iniciará el tratamiento, el cual tendrá una duración de 3 meses. En este último mes también se realizará la medición post-intervención, seguida de evaluaciones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

Finalmente, se reservarán 4 meses para la evaluación de resultados y 3 meses adicionales para la redacción y difusión del trabajo. Esta información se encuentra recogida en el cronograma detallado en el **Anexo VI**. En el mismo se encuentra el plan de trabajo, que refleja cómo el estudio comenzará en septiembre de 2025 y concluirá en julio de 2028. Sin embargo, debido al alto número de participantes, no todos seguirán estrictamente este cronograma, ya que el reclutamiento se realizará de manera progresiva y no todos comenzarán en septiembre.

### 3.7: Análisis Estadístico.

Para el proceso de análisis de los resultados se creará una base de datos en Excel (Microsoft Office 2016) para el almacenamiento y el filtrado de los resultados de las

mediciones. Posteriormente, los correspondientes análisis estadísticos serán llevados a cabo empleando el software Jamovi para Windows (v. 2.3.28).

Primero, se llevará a cabo un análisis descriptivo para recabar las características de la población incluida. En el caso de las variables cuantitativas, se calcularán medidas de tendencia central, como la media y la moda, junto con medidas de dispersión, como la desviación estándar (DE) y el rango. Para las variables cualitativas, se expresarán como porcentajes (%). La significación estadística será evaluada mediante la prueba *Chi-cuadrado*.

La normalidad de la distribución de los datos se verificará utilizando el *test de Kolmogorov-Smirnov*, dado que la muestra supera los 100 participantes. La homogeneidad de las varianzas será comprobada con el *test de Levene*.

Para evaluar el impacto del programa de intervención, se compararán las medias entre los grupos experimental y control utilizando la prueba *t-Student* para muestras independientes, analizando los valores obtenidos en la evaluación pre-intervención y post-intervención. Además, se examinarán los valores post-intervención en comparación con las evaluaciones realizadas a largo plazo (3, 6 y 12 meses).

Se utilizará la prueba *ANOVA de un factor* para comparar los resultados de los grupos experimental y control obtenidos en las escalas de valoración BDI-II, BHS y BSI (Beck, 1961; Beck et al., 1974; Beck et al., 1988b). Además, se empleará la *d* de Cohen para calcular la magnitud del tamaño del efecto, interpretando los valores  $d < 0.5$  como baja,  $d = 0.5-0.79$  media y  $d \geq 0.8$  como alta (Cohen, 1988).

## **5. Discusión de los resultados esperados.**

El objetivo principal de este estudio es analizar si la TCC genera mejoras significativas en la ideación suicida, sintomatología depresiva y desesperanza de los universitarios y evaluar si dichas mejoras se mantienen a largo plazo. Basándonos en estudios previos (Farabaugh et al., 2019; Nyer et al., 2015), se espera que la TCC reduzca la ideación suicida y, en consecuencia, disminuya el riesgo de suicidio.

Asimismo, se anticipa una reducción en los síntomas depresivos, lo que podría mejorar el estado de ánimo y el equilibrio general de la salud mental de los participantes. También se prevén efectos positivos sobre la desesperanza, ya que esta intervención

promueve la generación de alternativas que contrarrestan los sentimientos de inutilidad y falta de optimismo hacia el futuro.

Por último, se espera que los cambios logrados tras la terapia sean duraderos, manteniéndose estables a largo plazo. Se prevé que no existan diferencias estadísticamente significativas entre los resultados obtenidos al finalizar la intervención y los registrados en los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses posteriores.

Este estudio presenta ciertas limitaciones que deben considerarse. La principal radica en la exclusión de personas que hayan realizado un intento de suicidio reciente, ya que este es el mayor predictor conocido del suicidio. Esta decisión se tomó para priorizar la seguridad de los participantes, evitando admitir en el estudio a personas con un riesgo elevado de suicidio que podrían empeorar durante el proceso y cuya condición de salud mental no podría ser controlada adecuadamente desde la investigación.

Por otro lado, el estudio cuenta con importantes fortalezas. Una de ellas es la adherencia a las directrices CONSORT (Grant et al., 2018), lo que garantiza una mayor transparencia, rigor metodológico y calidad de la realización del ECA. También debe destacarse la homogeneidad de la muestra, lograda tanto a través del cálculo muestral previo como de la selección rigurosa de participantes. La exclusión de diagnósticos que no incluyan el Trastorno Depresivo Mayor o un episodio depresivo asegura mayor consistencia y facilita obtener conclusiones más fiables y precisas.

Otro aspecto destacado es la inclusión de mediciones a largo plazo para evaluar el impacto de la TCC en diversas conductas suicidas. Este enfoque es poco frecuente en otros estudios a pesar de su relevancia, y representa un aporte valioso para futuras investigaciones sobre este tópico.

En conclusión, esta investigación pretende implementar una intervención breve y eficaz, adaptada específicamente a la población universitaria. Las fortalezas del diseño y las implicaciones prácticas de los hallazgos potenciales posicionan este estudio como una contribución significativa al tratamiento y la prevención del riesgo suicida en esta población.

## Conclusiones

- Las intervenciones psicológicas basadas en la Terapia Cognitivo Conductual produjeron una reducción significativa en las conductas suicidas y sus variables clínicas asociadas.
- En concreto, se encontró una reducción de los intentos de suicidio a favor de los grupos sometidos a IBTCC.
- La ideación suicida mostró disminuciones significativas en el 90% de los estudios analizados, siendo la variable que mayor mejoría presentó. Ello sugiere la existencia de una relación sólida entre las IBTCC y la reducción de la ideación suicida, reforzando su eficacia para la prevención de las cogniciones suicidas.
- Se observaron mejoras significativas en la sintomatología depresiva en los grupos IBTCC para el 76,95% de las investigaciones.
- La sintomatología depresiva fue la única variable que mostró consistencia en sus reducciones a corto y largo plazo en las IBTCC.
- En pacientes con sintomatología severa se recogen mejorías más acusadas para la ideación suicida, la sintomatología depresiva y la desesperanza.
- El 62,5% de los estudios que evaluaron la desesperanza informaron de una mejoría en su sintomatología en los grupos que recibieron IBTCC.
- Se precisan estudios con mayor calidad metodológica; como homogeneidad a nivel diagnóstico y de cálculo muestral, para poder contar con conclusiones más robustas y extrapolables.
- Se requiere evidencia adicional para determinar si los beneficios de las IBTCC se mantienen con el tiempo y en diferentes contextos clínicos.

## Referencias Bibliográficas

- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Bagge, C. L., Lamis, D. A., Nadorff, M., & Osman, A. (2014). Relations between hopelessness, depressive symptoms and suicidality: Mediation by reasons for living. *Journal of Clinical Psychology*, 70(1), 18-31. <https://doi.org/10.1002/jclp.22005>
- \*Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., Radford, S., Silvertown, S., Fennell, M. J. V., & 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. <https://doi.org/10.1037/ccp0000027>
- Basto, P., & Yomaira, A. (2021). Intentos de suicidio y trastornos mentales. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(4).
- Beck, A. T. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979a). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979b). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988a). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988b). Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology, 44*, 499–505.
- Beck, R. W., Morris, J. B., & Beck, A. T. (1974). Cross-Validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychological Reports, 34*(2), 445-446. <https://doi.org/10.2466/pr0.1974.34.2.445>
- Bell, A. C., & D’Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*(4), 348-353. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.003>
- Benjamin, C. L., Puleo, C. M., Settipani, C. A., Brodman, D. M., Edmunds, J. M., Cummings, C. M., & Kendall, P. C. (2011). History of cognitive-behavioral therapy in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 20*(2), 179-189. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.011>
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 52*(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
- Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *American Journal of Psychiatry, 173*(11), 1094-1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
- \*Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial. *JAMA, 294*(5), 563. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563>
- \*Celano, C. M., Beale, E. E., Mastromauro, C. A., Stewart, J. G., Millstein, R. A., Auerbach, R. P., Bedoya, C. A., & Huffman, J. C. (2017). Psychological interventions to reduce suicidality in high-risk patients with major depression: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 47*(5), 810-821. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002798>
- Chen, H., He, Q., Wang, M., Wang, X., Pu, C., Li, S., & Li, M. (2022). Effectiveness of CBT and its modifications for prevention of relapse/recurrence in depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders, 319*, 469-481. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.027>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cornaggia, C., Beghi, Rosenbaum, & Cerri. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition

of suicide attempts: A literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1725–1736. <https://doi.org/10.2147/NDT.S40213>

Cuijpers, P., de Beurs, D. P., van Spijker, B. A., Berking, M., Andersson, G., & Kerkhof, A. J. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 183-190. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.025>

Cumpston, M., Lasserson, T., Flemyng, E., & Page, M. J. (2024). Chapter III: Reporting the review. En J. P. T. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. J. Page, & V. A. Welch (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (versión 6.5). Cochrane.

D’Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G., & Martin, C. (2019). Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 171(5), 334-342. <https://doi.org/10.7326/M19-0869>

D’Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126. <https://doi.org/10.1037/h0031360>

Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(5), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126870>

\*De Jaegere, E., Dumon, E., Van Heeringen, K., Van Landschoot, R., Stas, P., & Portzky, G. (2024). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Individuals Who Are Suicidal: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Suicide Research*, 28(4), 1228-1248. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2282663>

De Oliveira, I. R., Powell, V. B., Wenzel, A., Caldas, M., Seixas, C., Almeida, C., ... & Sudak, D. (2012). Efficacy of the trial-based thought record, a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs, in social phobia. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 37(3), 328-334. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2011.01299.x>

Ellis, A., & Grieger, R. M. (Eds.). (1986). *Handbook of rational-emotive therapy*. Springer.

Ellis, T. E., & Newman, C. F. (1996). *Choosing to live: How to defeat suicide through cognitive therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Farabaugh, A., Nyer, M. B., Holt, D. J., Fisher, L. B., Cheung, J. C., Anton, J., Petrie, S. R.,

- Pedrelli, P., Bentley, K., Shapero, B. G., Baer, L., Fava, M., & Mischoulon, D. (2019). CBT Delivered in a Specialized Depression Clinic for College Students with Depressive Symptoms. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37(1), 52-61.
- Fox, K. R., Huang, X., Guzmán, E. M., Funsch, K. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2020). Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 146(12), 1117–1145. <https://doi.org/10.1037/bu10000305>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2022). *Observatorio del Suicidio en España 2021*. FSME. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021>.
- \*Ghahramanlou-Holloway, M., LaCroix, J. M., Perera, K. U., Neely, L., Grammer, G., Weaver, J., Novak, L. A., Colborn, V., & Lee-Tauler, S. Y. (2020). Inpatient psychiatric care following a suicide-related hospitalization: A pilot trial of Post-Admission Cognitive Therapy in a military medical center. *General Hospital Psychiatry*, 63, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.11.006>
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28(3), 585–598. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006710>
- Gøtzsche, P. C., & Gøtzsche, P. K. (2017). Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: Systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(10), 404-410. <https://doi.org/10.1177/0141076817731904>
- Grant, S., Mayo-Wilson, E., Montgomery, P., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S., Moher, D., & on behalf of the CONSORT-SPI Group (2018). CONSORT-SPI 2018 Explanation and Elaboration: guidance for reporting social and psychological intervention trials. *Trials*, 19(1), 406. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2735-z>
- Gvion, Y., & Levi-Belz, Y. (2018). Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9(56), 1-17. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00056>
- \*Hatcher, S., Sharon, C., House, A., Collins, N., Collings, S., & Pillai, A. (2015). The ACCESS study: Zelen randomised controlled trial of a package of care for people presenting to hospital after self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 206(3), 229-236. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135780>

\*Hemanny, C., Carvalho, C., Maia, N., Reis, D., Botelho, A. C., Bonavides, D., Seixas, C., & De Oliveira, I. R. (2019). Efficacy of trial-based cognitive therapy, behavioral activation and treatment as usual in the treatment of major depressive disorder: Preliminary findings from a randomized clinical trial. *CNS Spectrums*, 25(4), 535-544. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001457>

Hemanny, C., Sena, E. P. D., & de Oliveira, I. R. (2022). Behavioural activation and trial-based cognitive therapy may be beneficial to reduce suicidal ideation in major depressive disorder: A post hoc study from a clinical trial. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 47(1), 46-54. <https://doi.org/10.1111/jcpt.13535>

Hofmann, S. G., Curtiss, J., Carpenter, J. K., & Kind, S. (2017). Effect of treatments for depression on quality of life: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(4), 265-286. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1304445>

Hsu, W. Y., & Chung, J. M. (1997). Constructing a scale of suicide risk and testing its reliability and validity. *Formosa Journal of Mental Health*, 10, 1-17.

Hupp, S. D. A., Reitman, D., & Jewell, J. D. (2008). Cognitive-behavioral theory. In M. Hersen & A. M. Gross (Eds.), *Handbook of clinical psychology, Vol. 2. Children and adolescents* (pp. 263-287). John Wiley & Sons, Inc.

\*Husain, N., Afsar, S., Ara, J., Fayyaz, H., Rahman, R. U., Tomenson, B., Hamirani, M., Chaudhry, N., Fatima, B., Husain, M., Naeem, F., & Chaudhry, I. B. (2014). Brief psychological intervention after self-harm: Randomised controlled trial from Pakistan. *British Journal of Psychiatry*, 204(6), 462-470. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.138370>

Instituto Nacional de Estadística (2022a). *Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2021*. INE. <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es>

Instituto Nacional de Estadística (2022b). *Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo*. INE. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=46688>

Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte*. INE. <https://www.ine.es/uc/h1mqp07D>

Interian, A., Chesin, M. S., Stanley, B., Latorre, M., Hill, L. M. St., Miller, R. B., King, A. R., Boschulte, D. R., Rodriguez, K. M., & Kline, A. (2021). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Preventing Suicide in Military Veterans: A Randomized Clinical Trial. *The*

*Journal of Clinical Psychiatry*, 82(5). <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13791>

Jiménez, T. I., Estévez-García, F., & Estévez, E. (2024). Suicidal behavior in adolescents: An ecological-relational study. *Psicothema*, 36(4), 389-402. <https://doi.org/10.7334/psicothema2023.258>

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books.

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>

Korman, G. P. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(3), 470-486.

Lamis, D. A., Ballard, E. D., May, A. M., & Dvorak, R. D. (2016). Depressive symptoms and suicidal ideation in college students: The mediating and moderating roles of hopelessness, alcohol problems, and social support. *Journal of clinical psychology*, 72(9), 919-932. <https://doi.org/10.1002/jclp.22295>

Lee, M. B., Lee, Y. J., Yen, L. L., Lin, M. H., & Lue, B. H. (1990). Reliability and validity of using a Brief Psychiatric Symptom Rating Scale in clinical practice. *Journal of the Formosan Medical Association*, 89, 1081–1087.

Linehan M.M., Comtois K.A., Brown M.Z., Heard H.L. & Wagner A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, Reliability, and Validity of a Scale To Assess Suicide Attempts And Intentional Self-Injury. *Psychological Assessment*, 18(3), 303-312.

López-López, J. A., Davies, S. R., Caldwell, D. M., Churchill, R., Peters, T. J., Tallon, D., Dawson, S., Wu, Q., Li, J., Taylor, A., Lewis, G., Kessler, D. S., Wiles, N., & Welton, N. J. (2019). The process and delivery of CBT for depression in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(12), 1937-1947. <https://doi.org/10.1017/S003329171900120X>

Masango, S., Rataemane, S., & Motojesi, A. (2008). Suicide and suicide risk factors: A literature review. *South African Family Practice*, 50(6), 25-29. <https://doi.org/10.1080/20786204.2008.10873774>

- Mewton, L., & Andrews, G. (2016). Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. *Psychology research and behavior management*, 21-29. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S84589>
- Ministerio de Sanidad. (2024). *INFORME MENSUAL MAYO 2024. Línea 024. Llama a la vida*. Gobierno de España. [https://www.sanidad.gob.es/linea024/docs/Informe\\_mayo\\_2024.pdf](https://www.sanidad.gob.es/linea024/docs/Informe_mayo_2024.pdf)
- \*Morley, K. C., Sitharthan, G., Haber, P. S., Tucker, P., & Sitharthan, T. (2014). The efficacy of an opportunistic cognitive behavioral intervention package (OCB) on substance use and comorbid suicide risk: A multisite randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 130-140. <https://doi.org/10.1037/a0035310>
- Nyer, M. B., Cassiello-Robbins, C., Nock, M. K., Petrie, S. R., Holt, D. J., Fisher, L. B., Jaeger, A., Pedrelli, P., Baer, L., & Farabaugh, A. (2015). A Case Series of Individual Six-Week Cognitive Behavioral Therapy With Individually Tailored Manual-Based Treatment Delivery for Depressed College Students With or Without Suicidal Ideation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 33(2), 134-147. <https://doi.org/10.1007/s10942-015-0206-y>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2021.07.010>
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46(2), 225-236. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
- Riera-Serra, P., Navarra-Ventura, G., Castro, A., Gili, M., Salazar-Cedillo, A., Ricci-Cabello, I., Roldán-Espínola, L., Coronado-Simsic, V., García-Toro, M., Gómez-Juanes, R., & Roca, M. (2024). Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 274(7), 1543-1563. <https://doi.org/10.1007/s00406-023-01716-5>

- Rudd, M. D., Joiner, T. E., & Rajab, M. H. (2001). *Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Ninan, P. T., Kornstein, S., Manber, R., Thase, M. E., Kocsis, J. H., & Keller, M. B. (2003). The 16-Item quick inventory of depressive symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry*, *54*(5), 573-583. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01866-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01866-8)
- Salvo, L., Ramírez, J., & Castro, A. (2019). Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. *Revista Médica de Chile*, *147*(2), 181-189. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000200181>
- Sanabria, A. J., Rigau, D., Rotaecche, R., Selva, A., Marzo-Castillejo, M., & Alonso-Coello, P. (2015). Sistema GRADE: Metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. *Atención Primaria*, *47*(1), 48-55. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.013>
- Sheehan, D. V. (1983). *The anxiety disease*. Scribner's.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (2016). *The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) version 7.0.2 for DSM-5*. Medical Outcomes Systems.
- Sigler, L. G. (2024). Conducta suicida. *Revista para profesionales de la salud. NPunto*, *7*(73), 4-28.
- Silverman, M. M., & Berman, A. L. (2014). Suicide Risk Assessment and Risk Formulation Part I: A Focus on Suicide Ideation in Assessing Suicide Risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*(4), 420-431. <https://doi.org/10.1111/sltb.12065>
- Sipe, W. E. B., & Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(2), 63-69. <https://doi.org/10.1177/070674371205700202>
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., & Hughes, J. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility, and Acceptability. *Journal of the American Academy of*

*Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005-1013.  
<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>

Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmj.14898>

\*Stewart, C. D., Quinn, A., Plevier, S., & Emmerson, B. (2009). Comparing Cognitive Behavior Therapy, Problem Solving Therapy, and Treatment as Usual in a High Risk Population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(5), 538-547. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.5.538>

Stöber, J., & Bittencourt, J. (1998). Weekly assessment of worry: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire for monitoring changes during treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 36(6), 645-656. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00031](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00031)

\*Tapolaa, V., Lappalainen, R., & Wahlström, J. (2010). Brief intervention for deliberate selfharm: An exploratory study. *Suicidology Online*, 1, 95-108.

Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-Behavioral Interventions to Reduce Suicide Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavior Modification*, 32(1), 77-108. <https://doi.org/10.1177/0145445507304728>

Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(3), 423-461. <https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423>

Torres, C., Otero, P., Bustamante, B., Blanco, V., Díaz, O., & Vázquez, F. (2017). Mental Health Problems and Related Factors in Ecuadorian College Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5), 530. <https://doi.org/10.3390/ijerph14050530>

Torres, Z., Martínez-Gregorio, S., Fernández, I., Tomás, J. M., & Oliver, A. (2024). Suicidal ideation, social participation, loneliness, and mobility limitations: Longitudinal evidence in older european adults. *Psicothema*, 36(4), 341-350. <https://doi.org/10.7334/psicothema2023.261>

Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Morris, D. W., Fava, M., Gollan, J. K., Warden, D.,

- Nierenberg, A. A., Gaynes, B. N., Husain, M. M., Luther, J. F., Zisook, S., & Rush, A. J. (2011). Concise Health Risk Tracking Scale: A Brief Self-Report and Clinician Rating of Suicidal Risk. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(06), 757-764. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m06837>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Vázquez, F. L., & Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV Major Depression Among Spanish University Students. *Journal of American College Health*, 57(2), 165-172. <https://doi.org/10.3200/JACH.57.2.165-172>
- Vázquez, F. L., Torres, Á., Otero, P., & Díaz, O. (2011). Prevalence, Comorbidity, and Correlates of DSM-IV Axis I Mental Disorders Among Female University Students. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 199(6), 379-383. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd29c>
- Vázquez, F. L., Otero, P., & Díaz, O. (2012). Psychological Distress and Related Factors in Female College Students. *Journal of American College Health*, 60(3), 219-225. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.587485>
- Vázquez, F. L., Torres, Á. J., Blanco, V., Bouza, Q., Otero, P., Andrade, E., Simón, M. Á., Bueno, A. M., Arrojo, M., Páramo, M., & Fernández, A. (2024). Brief psychological intervention for suicide prevention based on problem-solving applied in different formats to people over 50 years old: Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 24(1), 628. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06076-5>
- Vijayakumar, L., Kumar, M. S., & Vijayakumar, V. (2011). Substance use and suicide: *Current Opinion in Psychiatry*, 24(3), 197-202. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283459242>
- \*Wang, Y., Hsieh, L., Wang, M., Chou, C., Huang, M., & Ko, H. (2016). Coping Card Usage can Further Reduce Suicide Reattempt in Suicide Attempter Case Management Within 3-Month Intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(1), 106-120. <https://doi.org/10.1111/sltb.12177>
- Wanyoike, B. W. (2014). Depression as a cause of suicide. *Journal of Language, Technology & Entrepreneurship in Africa*, 5(2), 58-68.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

\*Weitz, E., Hollon, S. D., Kerkhof, A., & Cuijpers, P. (2014). Do depression treatments reduce suicidal ideation? The effects of CBT, IPT, pharmacotherapy, and placebo on suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 167, 98-103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.036>

Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O'Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 287-294. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.017>

Wreen, M. (1988). The definition of suicide. *Social theory and practice*, 14(1), 1-23.

Xavier, A., Otero, P., Blanco, V., & Vázquez, F. L. (2019). Efficacy of a problem-solving intervention for the indicated prevention of suicidal risk in young Brazilians: Randomized controlled trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(6), 1746-1761. <https://doi.org/10.1111/sltb.12568>

Zimmermann, C., Strohmaier, S., Herkner, H., Niederkrotenthaler, T., & Schernhammer, E. (2024). Suicide rates among physicians compared with the general population in studies from 20 countries: Gender stratified systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 386. 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-078964>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> <i>Pregunta PIO.....</i>	<b>13</b>
<b>Tabla 2.</b> <i>Características descriptivas de los estudios y sus participantes.....</i>	<b>21</b>
<b>Tabla 3.</b> <i>Características generales de las intervenciones incluidas en la revisión.....</i>	<b>28</b>
<b>Tabla 4.</b> <i>Características de las medidas de resultado, instrumentos de evaluación y resultados de las intervenciones.....</i>	<b>37</b>
<b>Tabla 5.</b> <i>Evaluación de la calidad de la evidencia mediante el sistema GRADE .....</i>	<b>43</b>
<b>Tabla 6.</b> <i>Programación completa de sesiones .....</i>	<b>79</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> <i>Diagrama de flujo PRISMA</i> .....	<b>17</b>
<b>Figura 2.</b> <i>Riesgo de sesgo metodológico según la herramienta RoB 2</i> .....	<b>41</b>

## **Apéndice: Listado de Acrónimos**

- AH- Atención Habitual.
- BAI- Inventario Ansiedad de Beck.
- BDI- Inventario de Depresión de Beck.
- BHS- Escala de Desesperanza de Beck.
- BSRS-5- Escala de Evaluación de Síntomas Breves.
- BSI- Escala de Ideación Suicida de Beck.
- BSIS- Escala de Intención Suicida de Beck.
- CHRT- Seguimiento Conciso de Riesgos Sanitarios.
- CF- Enfocada en la Cognición.
- ECA- Ensayo Clínico Aleatorizado
- ECAs- Ensayos Clínicos Aleatorizados.
- DS- Escala de Derrota.
- HADS- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.
- HRSD- Escala de Evaluación de Depresión de Hamilton.
- IBTCC- Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual.
- MBCT- Mindfulness Basado en Terapia Cognitiva.
- MBCT-S- Mindfulness Basado en Terapia Cognitiva y Seguridad.
- M.I.N.I- Mini-International Neuropsychiatric Interview.
- PANAS- Calendario de Afecto Positivo y Negativo.
- PST- Terapia de Resolución de Problemas.
- PSWQ- Cuestionario de Preocupación de Penn State.
- QIDS-SR<sub>16</sub>- Inventario Rápido de 16 ítems para la Sintomatología Depresiva.
- RDC- Research Diagnostic Criteria.
- SASII- Entrevista para Intentos de Suicidio y Autolesiones.
- SCID-I- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders.
- SCS- Escala de Cogniciones Suicidas.
- SDS- Escala de Discapacidad de Sheehan.
- SRI- Inventario de Riesgo de Suicidio.
- SSI- Escala de Ideación Suicida.
- TBCT- Terapia Cognitiva Basada en el Ensayo.
- TCC- Terapia Cognitivo Conductual.
- USC- Universidad de Santiago de Compostela.

WoS- Web Of Science.

## Anexos

### ANEXO I.

*Hoja de información para los participantes.*

#### HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES.

Hoja informativa del Trabajo Fin de Máster: **“Suicidio e Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual: un proyecto de intervención”**.

Estimado Sr./Sra.: Le invitamos participar en un estudio Trabajo Fin de Máster con el objetivo de determinar los efectos de la terapia de cognitivo conductual en personas con riesgo suicida. Para que pueda valorar la pertinencia o interés de dicha participación, le facilitamos toda una serie de información detallada al respecto. El propósito es que tras su lectura –y en el caso de estar conforme con su participación–, pueda darnos su consentimiento –con su firma– en el otro documento que –junto a este– se le hace entrega (denominado Declaración de consentimiento informado).

Como responsable del equipo investigador que llevará a cabo este estudio, confío en que resulte de su interés y pueda –finalmente– contar con su consentimiento a esta participación. En cualquier caso, reciba anticipadamente mi agradecimiento por su dedicación a la lectura de esta información.

#### TÍTULO DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER.

Suicidio e Intervenciones Basadas en la Terapia Cognitivo Conductual: un proyecto de intervención.

#### LUGAR DONDE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO.

Facultad de psicología de la Universidad de Santiago de Compostela (USC).

#### OBJETIVOS Y FINALIDAD DEL ESTUDIO.

- Analizar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para reducir las manifestaciones suicidas en universitarios.
- Determinar qué beneficios genera la TCC en la ideación suicida
- Determinar si la TCC produce mejoras en la sintomatología depresiva.
- Determinar si la TCC ocasiona reducciones en los sentimientos de desesperanza.
- Determinar si la TCC produce beneficios significativos a largo plazo.

## DATOS REFERENTES AL PARTICIPANTE.

### **Naturaleza voluntaria de la participación**

- La participación en esta actividad es libre y totalmente voluntaria.
- En cualquier momento, tanto su representado legal como usted pueden negarse a seguir participando del estudio sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción (y en tal caso, todos los datos facilitados podrán ser borrados si así lo solicita).

### **Requerimientos de la participación**

- Si usted da su consentimiento para participar en este estudio, debe saber que su participación consistirá en una valoración inicial y una intervención Cognitivo Conductual para la prevención del suicidio.

### **Duración del estudio**

- El estudio tendrá una duración total de 16 meses.
- Si existe la posibilidad de que los datos que nos facilite puedan ser utilizados (en el futuro) en nuevos estudios.

### **Tipo de participación del sujeto**

- Los datos obtenidos tendrán carácter confidencial, asegurándose el anonimato.
- Estos datos serán codificados con un número asignado a cada participante, y su correspondencia solo estará a disposición del investigador principal del proyecto a los efectos de poder establecer correlaciones, manteniéndose este aspecto de forma completamente confidencial.
- Los datos recogidos no serán cedidos a terceros. Los datos estarán a cargo del investigador principal para el posterior desarrollo de informes parciales y finales (de modo anonimizado en cuanto a participantes), así como para divulgación científica en revistas y publicaciones.
- Finalizado el proceso de investigación, los participantes podrán recibir un informe con los resultados globales (igualmente sin posibilidad alguna de identificar a los participantes).

### **Beneficios para los participantes**

Los beneficios (directos o indirectos) que recibirá a través de su participación, se traducen en los siguientes aspectos:

- Posible reducción de la ideación suicida, sintomatología depresiva y desesperanza.

### **Contraprestaciones para los participantes**

Las contraprestaciones previstas para los participantes, son las siguientes:

- Los participantes no contarán con un seguro vinculado a dicha participación.
- En el caso de que el equipo investigador transformase los hallazgos de esta investigación en resultados de interés comercial, con la participación en la investigación el informante clave expresa su conformidad en la renuncia –como participante– a cualquier derecho de naturaleza económica, patrimonial o potestativa sobre los resultados o potenciales beneficios que puedan derivarse de manera directa o indirecta de las investigaciones que se lleven a cabo con la muestra cuya información cede para investigación.

## **DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES.**

Los participantes tienen derecho a la plena revocación del consentimiento y sus efectos, incluida la posibilidad de la destrucción o de la anonimización de la muestra y de que tales efectos no se extenderán a los datos resultantes de las investigaciones que ya se hayan llevado a cabo.

Para ejercer ese derecho de revocación del consentimiento, para atender cualquier efecto adverso derivado de la participación, para responder cualquier pregunta que los participantes deseen formular durante el proceso de investigación, o para resolver cualquier duda, los participantes deben contactar con cualquiera de los investigadores del GRUPO DE INVESTIGACION PSICOLOGICA DE LA USC, formulando su solicitud por correo electrónico ([grupodeinvestigacionpsicologica@rai.usc.es](mailto:grupodeinvestigacionpsicologica@rai.usc.es)). En un plazo no superior a 12 horas recibirán su respuesta y –en su caso– la confirmación de revocación del consentimiento.

Los participantes tienen derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento, sin que eso les afecte de ningún modo (personal, profesional o socialmente).

En el caso de que los datos facilitados por los participantes de este estudio volviesen a ser utilizados en estudios posteriores (para el avance del conocimiento científico en este campo), no volvería a pedirse el consentimiento informado a tales participantes.

Muchísimas gracias por su valiosa contribución.

**ANEXO II.**

*Declaración de Consentimiento informado.*

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña. ...., de ..... años de edad y con DNI nº .....

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación para la Facultad de Psicología de la USC.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Santiago de Compostela, a      de Septiembre    de 2025

**ANEXO III.**

*Contrato de confidencialidad.*

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

De una parte, el GRUPO DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA DE LA USC, y de otra parte D/Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, declaran:

- Que el paciente ha decidido transmitir información confidencial y personal dentro del marco de la intervención terapéutica.
- Que el paciente acepta llevar a cabo la terapia vía on-line y que entiende el carácter privado de la información que del profesional reciba.

El paciente manifiesta su conformidad con los términos siguientes:

Las partes se obligan a no divulgar a terceros la “información confidencial” que reciban dentro del marco terapéutico de forma oral, visual, escrita o grabada. De lo que se desprende que el paciente se compromete a no grabar, ni divulgar en cualquiera de los formatos existentes ni futuros, ninguna información contenida en las sesiones que para la intervención son necesarias.

El paciente se obliga a tomar las precauciones necesarias y apropiadas para mantener la confidencialidad de la información intercambiada en la sesión.

El paciente está de acuerdo en que la información que reciba del profesional es y seguirá siendo propiedad del GRUPO DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA DE LA USC y, por tanto, se compromete a usarla únicamente en el marco de la investigación. Acepta además que este acuerdo tendrá duración hasta que se complete el estudio desde su firma.

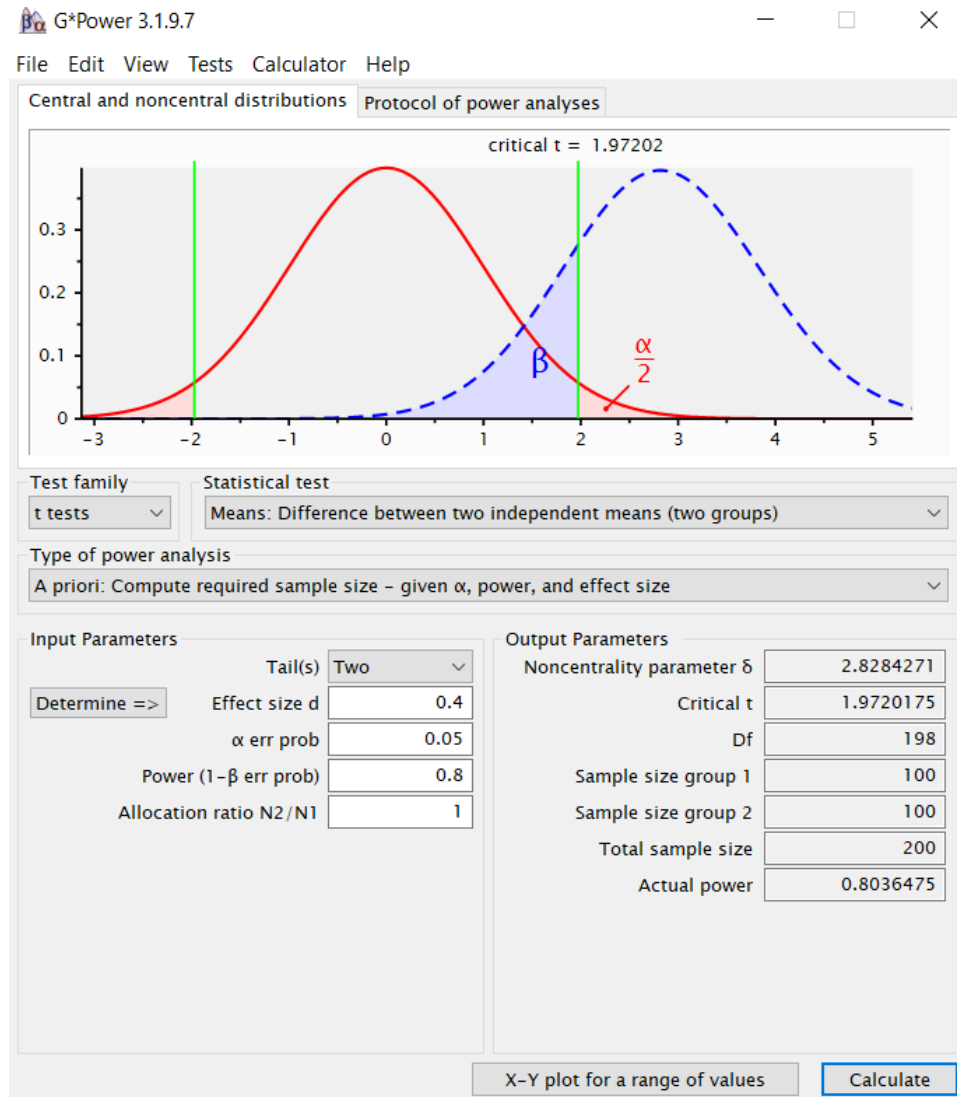
El paciente se compromete a asistir a la sesión solo.

Y en prueba de conformidad, firman el presente acuerdo en el lugar y fecha citados.

En Santiago de Compostela, a \_\_\_\_ de Septiembre de 2025.

**ANEXO IV.**

*Cálculo muestral.*



**ANEXO V.**

**Tabla 6.**

*Programación completa de sesiones.*

Módulo - Sesión	Objetivos	Contenidos y técnicas a aplicar	Materiales necesarios
<b>MÓDULO 1 - Sesión 1</b> Presentación e introducción a la Psicoeducación	Presentar a los participantes. Explicar las normas de grupo. Introducir los conceptos básicos de la TCC y la resolución de problemas.	Explicación sobre los conceptos de confidencialidad y cómo se llevará a cabo el desarrollo del programa. Psicoeducación sobre la relación entre pensamientos, emociones y conductas. Mapa cognitivo de los pensamientos asociados a la desesperanza. Explicación del enfoque estructurado de resolución de problemas.	Sillas, pizarra digital, diapositivas con el contenido de la sesión.
<b>MÓDULO 2 - Sesión 2</b> Generación de una lista de problemas y generación de kit de emergencia	Identificar y clasificar los problemas actuales del paciente. Diferenciar problemas controlables e incontrolables. Crear el kit de emergencia	Entrenamiento en autoobservación e introducción del termómetro de las emociones. Uso de diagramas para clasificar problemas y generar una lista priorizada. Exploración de los recursos internos y externos y redes de apoyo para el <i>kit de emergencia</i> .	Mesas, sillas, papel con el termómetro impreso, colores, pizarra digital, diapositivas con el contenido de la sesión, papel cartón, rotuladores.
<b>MÓDULO 3 - Sesión 3-4</b> Identificación de Pensamientos Disfuncionales	Revisión de lo aprendido en Módulo 2 Explicar la Triada Cognitiva. Identificar pensamientos automáticos negativos y sus respectivos disparadores. Proponer estrategias de control adaptativas.	Implementación del termómetro de las emociones e instrucción en respiración diafragmática. Explicación de los pensamientos negativos sobre uno mismo, sobre el mundo y sobre el futuro. Identificación de distorsiones cognitivas Uso de autoregistros para la monitorización de pensamientos negativos. Propuesta de actividades gratificantes	Sillas, pizarra digital, diapositivas con el contenido de la sesión, termómetro de las emociones.
<b>MÓDULO 4 - Sesión 5</b> Desarrollo de Soluciones Prácticas	Introducir el modelo de resolución de problemas en 6 pasos. Revisión de autorregistros para exploración de pensamientos negativos	(1) Identificar el problema, (2) generar posibles soluciones, (3) evaluar ventajas y desventajas, (4) elegir la solución más viable, (5) implementar la solución, (6) evaluar y reajustar según los resultados obtenidos. Lluvia de ideas para generar soluciones y lista de pros y contras.	Mesas, sillas, pizarra digital, autorregistros previos.
<b>MÓDULO 5 - Sesión 6-9</b>	Identificar de pensamientos disfuncionales, creencias nucleares subyacentes relacionadas con las	Entrenamiento del diálogo socrático. Role-play entre el "abogado defensor" y el "acusado"	Mesas, sillas, pizarra digital, cartulinas,

Reestructuración Cognitiva y Aplicación de PST	conductas suicidas y sus variables asociadas. Implementación en grupo de las habilidades aprendidas en el módulo 4. Introducir de tarjetas con reafirmaciones positivas.	para escenificar el diálogo interno. Búsqueda en grupo de alternativas más realistas y equilibradas para el reemplazo de pensamientos automáticos negativos mediante los pasos 2,3 y 4 del módulo 4. Énfasis en la importancia del autodiálogo positivo. Realización de tarjetas con autoafirmaciones positivas que sirvan como anclaje contra los pensamientos sobre las conductas suicidas.	rotuladores.
<b>MÓDULO 6 - Sesión 10-11</b> Consecuencias de la Puesta en Práctica	Consolidar las habilidades de resolución de problemas aprendidas. Aplicar estrategias cognitivas y conductuales a situaciones reales.	Role-play para ensayar y resolver los problemas propuestos. Resolución y reajuste de las habilidades puestas en práctica fuera de sesión. Evaluación de resultados y relación de costes-beneficios, propuestas de mejora.	Pizarra digital y sillas.
<b>MÓDULO 7 - Sesión 12</b> Prevención de Recaídas y Cierre	Identificar factores de riesgo y señales de alerta tempranas. Crear un plan de prevención de recaídas.	Desarrollo y elaboración creativa de un <i>manual personal</i> con estrategias efectivas para el futuro. Identificar factores de protección. Revisión del progreso y logros obtenidos durante la intervención.	Mesas, sillas, cuaderno, pegatinas, rotuladores.

*Nota.* PST: Terapia de Resolución de Problemas

Fuente: Elaboración propia.

**ANEXO VI.**

*Cronograma sobre el plan de trabajo a desarrollar durante el estudio.*

2025												
Fase	01/25	02/25	03/25	04/25	05/25	06/25	07/25	08/25	09/25	10/25	11/25	12/25
1									X	X	X	
2												X
2026												
	01/26	02/26	03/26	04/26	05/26	06/26	07/26	08/26	09/26	10/26	11/26	12/26
3	X	X										
4			X	X	X	X						
5							X					
6							X	X	X			
7									X			
8												X
2027												
	01/27	02/27	03/27	04/27	05/27	06/27	07/27	08/27	09/27	10/27	11/27	12/27
9						X						
10												X
2028												
	01/28	02/28	03/28	04/28	05/28	06/28	07/28	08/28	09/28	10/28	11/28	12/28
11	X	X	X	X								
12					X	X	X					

*Nota.* **1:** Manualizar las intervenciones; **2:** Entrenamiento de los evaluadores/terapeutas; **3:** Preparación de cuestionarios, equipo y entrevistas; **4:** Contacto y reclutamiento de la muestra; **5:** Medición pre-intervención; **6:** Intervención; **7:** Medición post-intervención; **8:** Medición post- 3 meses; **9:** Medición post- 6 meses; **10:** Medición post- 12 meses; **11:** Evaluación de resultados; **12:** Redacción y difusión del trabajo.

Fuente: Elaboración propia.