



PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

Una revisión integradora

Memoria presentada para optar al título de Graduada en Enfermería de la Universidad Jaume I
presentada por Eva Sánchez Marco en el curso académico 2022/2023.

Este trabajo se ha realizado bajo la tutela de Rubén Palau Belenguer.

25 de mayo de 2023

Agradecimientos

Han pasado cuatro años desde el día en el que comenzó esta nueva etapa, el inicio del grado de la universidad que me permitiría la formación para ejercer esta profesión tan bonita, la enfermería. Han sido cuatro duros años, en los que la falta de organización, el estrés y la ansiedad han estado siempre presentes. Sin embargo, también he sentido apoyo, gratificación, orgullo y validez propia. Este año, por fin puedo decir que estoy muy agradecida de haber cursado este grado y de poder decir que ya soy enfermera.

Esta etapa no habría sido posible sin la ayuda de muchas personas que me han rodeado durante todo este tiempo, es por ello por lo que este trabajo final de grado voy a empezarlo agradeciendo a toda la gente que ha estado a mi lado en todo momento.

En primer lugar, dar las gracias a mi familia, por la confianza que han tenido en mí incluso cuando yo no la tenía, por su apoyo diario, sus ánimos en mis momentos más duros y por sus esfuerzos.

A mis amigos y amigas, que realmente también son mi familia. Gracias por demostrarme el verdadero significado de la palabra amistad, por darme fuerzas para seguir adelante, por celebrar (y seguir haciéndolo) los logros de cada uno y una de nosotros, y por ayudarme a conseguir uno de mis sueños en la vida, sacarme esta carrera.

A mi tutor de TFG, por su esfuerzo, dedicación, apoyo y paciencia durante estos meses, ya que sin su ayuda no hubiese sido capaz de realizar este trabajo, mil gracias de corazón.

A todo el personal con el que he coincidido a lo largo del grado, tanto de la universidad como de las prácticas clínicas externas. Gracias por transmitirme vuestros conocimientos con los que cada día he ido aprendiendo.

A los pacientes, por confiar y dedicarme ciertas palabras, ya que estos pequeños actos han producido mucha seguridad sobre mí.

A mí, por darme esta oportunidad y haber conseguido una mejor confianza conmigo misma.

Muchas gracias a todos y a cada uno de vosotros.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Justificación	11
1.2. Interés personal.....	11
2. OBJETIVOS	13
2.1. Objetivo general	13
2.2. Objetivos específicos.....	13
3. METODOLOGÍA	14
3.1. Diseño del estudio	14
3.2. Pregunta clínica	14
3.3. Palabras clave y descriptores utilizados en ciencias de la salud.....	15
3.4. Bases de datos empleadas.....	15
3.5. Estrategia de Búsqueda.....	16
3.5.1. Estrategia de búsqueda en PubMed	19
3.5.2. Estrategia de búsqueda en Cochrane Library.....	20
3.5.3. Estrategia de búsqueda en ScienceDirect	21
3.5.4. Estrategia de búsqueda en BVS	22
3.6. Criterios de selección.....	23
3.6.1. Criterios de inclusión	23
3.6.2. Criterios de exclusión	23
3.7. Extracción y análisis de datos.....	24
3.8. Evaluación de la calidad metodológica	24
4. RESULTADOS.....	27

4.1. Resultados de la búsqueda y proceso de selección de los artículos.....	27
4.2. Aspectos generales de los artículos incluidos en el estudio.	33
4.2.1. Base de datos de origen.....	33
4.2.2. Tipo de estudio.....	34
4.2.3. Área geográfica.....	35
4.2.4. Año de publicación.....	36
4.2.5. Relación con los objetivos.....	37
5. DISCUSIÓN.....	44
5.1. Causas del suicidio en pacientes con depresión.....	44
5.2. Factores de riesgo del suicidio en pacientes con depresión.....	44
5.3. Tratamiento para la depresión.....	46
5.4. Herramientas para la identificación de un paciente con riesgo de suicidio.....	48
5.5 Estrategias para la prevención del suicidio en pacientes con depresión.....	50
6. LIMITACIONES.....	54
7. CONCLUSIONES.....	55
8. BIBLIOGRAFÍA.....	57
9. ANEXOS.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Formulación de la pregunta clínica en formato PIO	14
Tabla 2. Relación entre las palabras clave y los descriptores DeCS y MeSH utilizados.....	15
Tabla 3. Estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos, filtros aplicados y artículos encontrados.....	17
Tabla 4. Criterios de evaluación metodológica utilizados en CASPe.....	25
Tabla 5. Criterios de evaluación metodológica utilizados en STROBE.	26
Tabla 6. Artículos descartados según filtro y base de datos.....	29
Tabla 7. Artículos incluidos en la revisión y algunas de sus propiedades.	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Gráfico de porcentaje de depresión en los 12 últimos meses según sexo en la población española de 15 y más años.	6
Figura 2: Gráfico de porcentaje de depresión en los 12 últimos meses según sexo en la población de comunidad valenciana de 15 y más años.....	7
Figura 3: Número de suicidios producidos en España y en la comunidad valenciana según sexo en 2021.	10
Figura 4: Estrategia de búsqueda en Pubmed.....	19
Figura 5: Estrategia de búsqueda en Cochrane Library.	20
Figura 6: Estrategia de búsqueda en ScienceDirect.	21
Figura 7: Estrategia de búsqueda en BVS.....	22
Figura 8. Resultados estrategia de búsqueda sin filtros aplicados según base de datos.....	27
Figura 9. Resultados estrategia de búsqueda con filtros aplicados según base de datos.....	28
Figura 10. Diagrama de flujo del proceso de selección	31
Figura 11. Artículos incluidos en la revisión según base de datos.....	33
Figura 12. Gráfico de clasificación de los artículos incluidos en la revisión según tipo de estudio	34
Figura 13. Artículos incluidos en la revisión según área geográfica estudiada	35
Figura 14. Gráfico de clasificación de los artículos incluidos en la revisión según año de publicación	36
Figura 15. Gráfico de clasificación de los artículos incluidos según la relación con los objetivos	37

ÍNDICE DE ANEXOS

Figura 1: Gráfico de porcentaje de depresión en los 12 últimos meses según sexo en la población española de 15 y más años.	6
Figura 2: Gráfico de porcentaje de depresión en los 12 últimos meses según sexo en la población de comunidad valenciana de 15 y más años.....	7
Figura 3: Número de suicidios producidos en España y en la comunidad valenciana según sexo en 2021.	10
Figura 4: Estrategia de búsqueda en Pubmed.....	19
Figura 5: Estrategia de búsqueda en Cochrane Library.	20
Figura 6: Estrategia de búsqueda en ScienceDirect.	21
Figura 7: Estrategia de búsqueda en BVS.....	22
Figura 8. Resultados estrategia de búsqueda sin filtros aplicados según base de datos.....	27
Figura 9. Resultados estrategia de búsqueda con filtros aplicados según base de datos.....	28
Figura 10. Diagrama de flujo del proceso de selección	31
Figura 11. Artículos incluidos en la revisión según base de datos.....	33
Figura 12. Gráfico de clasificación de los artículos incluidos en la revisión según tipo de estudio	34
Figura 13. Artículos incluidos en la revisión según área geográfica estudiada	35
Figura 14. Gráfico de clasificación de los artículos incluidos en la revisión según año de publicación	36
Figura 15. Gráfico de clasificación de los artículos incluidos según la relación con los objetivos	37

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS

DSM-5: Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

RAE: Real Academia Española.

a. C: antes de Cristo.

d. C: después de Cristo.

EDM: Episodio Depresivo Mayor.

PIO: Patient, Intervention, Outcomes.

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

MeSH: Medical Subject Headings.

BVS: Biblioteca Virtual en Salud.

CASPe: Critical Appraisal Skills Programme Español.

STROBE: Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology.

DAI: Daño autoinfligido.

LMIC: Países de Ingresos Bajos y Medianos.

SH: Autolesión.

DBT: Terapia Conductual Dialéctica.

TCC: Terapia Cognitiva Conductual.

IPT: Terapia Interpersonal.

MBT: Terapia Basada en la Mentalización.

TDM: Trastorno Depresivo Mayor.

SSHADESS: Fortalezas, Escuela, Hogar, Actividades, Uso de drogas/sustancias, Emociones/alimentación/depresión, Sexualidad y Seguridad.

C-SSRS: Escala de Calificación de Gravedad del Suicidio de Columbia.

NSSI: Comportamiento de Autolesión No Suicida.

SLAP: Específico, Letal, Disponibles y Proximidad.

PHQ: Cuestionario de Salud del Paciente.

SBQ-R: Cuestionario de Comportamientos Suicidas-Revisado.

mhGAP: Programa de Acción para la Brecha de Salud Mental.

ASSIP: Programa de Intervención Corta de Intento de Suicidio

TRD: Depresión Resistente al Tratamiento.

RESUMEN

Introducción: La depresión supone un problema de salud con una alta prevalencia en la población. Este trastorno mental puede provocar el suicidio. Es necesario conocer las herramientas que permitan detectar pacientes en riesgo, así como la identificación de los factores de riesgo y las estrategias para su prevención.

Objetivo: Realizar una revisión de la literatura actual con el fin de identificar estrategias para la prevención del suicidio en pacientes con depresión.

Metodología: Este estudio se basa en una revisión integradora llevada a cabo en las bases de datos de PubMed, The Cochrane Library, la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS) y Science direct. Se han utilizado los Medical Subject Headings (MeSH) junto con los operadores booleanos AND y OR. A continuación, se han aplicado los filtros de cada base de datos y se ha realizado una lectura de crítica de los artículos seleccionados. Finalmente, se ha evaluado la calidad metodológica mediante las herramientas CASPe y STROBE.

Resultados: Tras la aplicación de los filtros en cada base de datos, la lectura crítica, la eliminación mediante los criterios de exclusión y la evaluación de la calidad metodológica, se han incluido 12 artículos en la revisión. Los artículos incluidos se han clasificado según base de datos, tipo de estudio, área geográfica, año de publicación y relación con los objetivos.

Conclusión: A pesar de ser necesario investigar más allá sobre el tema expuesto debido a la baja evidencia, los resultados afirman que las intervenciones psicológicas, farmacológicas y la identificación de los factores de riesgo son estrategias para prevenir el suicidio en pacientes con depresión.

Palabras clave: depresión, prevención del suicidio, planificación de la salud.

ABSTRACT

Introduction: Depression is a health problem with a high prevalence in the population. This mental disorder can lead to suicide. It is necessary to know the tools to detect patients at risk, as well as the identification of risk factors and strategies for its prevention.

Objective: To conduct a review of the current literature in order to identify strategies for the prevention of suicide in patients with depression.

Methodology: This study is based on an integrative review carried out in the databases of PubMed, The Cochrane Library, the Virtual Health Library (VHL) and Science direct. Medical Subject Headings (MeSH) together with the Boolean operators AND and OR were used. Next, the filters of each database were applied and a critical reading of the selected articles was carried out. Finally, the methodological quality was assessed using the CASPe and STROBE tools.

Results: After applying the filters in each database, critical reading, elimination using the exclusion criteria and evaluation of the methodological quality, 12 articles were included in the review. The articles included were classified according to database, type of study, geographical area, year of publication and relationship with the objectives.

Conclusion: Despite the need for further research on this topic due to low evidence, the results affirm that psychological and pharmacological interventions and the identification of risk factors are strategies to prevent suicide in patients with depression.

Keywords: depression, suicide prevention, health planning.

1. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental universal, caracterizado por un estado de tristeza persistente o pérdida de interés o de satisfacción en las actividades que anteriormente eran placenteras. Asimismo, puede producir alteración del sueño y/o apetito, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultad para la concentración o toma de decisiones, sensación de cansancio, inquietud somática o agitación, habla o movimientos más lentos de lo habitual, ausencia de esperanza y actos suicidas. Cuando se trata de una depresión de largo plazo, puede desencadenar en el suicidio (1).

La palabra depresión suele utilizarse para identificar cualquier trastorno depresivo. En la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* se clasifican determinados tipos de trastornos según los síntomas específicos o según su etiología. En la primera clasificación, se encuentra el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), el trastorno depresivo persistente u otro trastorno depresivo especificado o no especificado. En la segunda clasificación, se observa el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo debido a otra enfermedad o el trastorno depresivo inducido por sustancias/fármacos (2).

Asimismo, estos trastornos pueden aparecer en cualquier momento, no obstante, su progreso es, en mayor medida, a mediados de la adolescencia (2).

Previamente a la aparición de las especialidades médicas, Hipócrates habló de la depresión con el término ‘melancolía’. Es en el año 1725 cuando Richard Blackmore le asigna el nombre de depresión. Hasta la fecha del origen de la psiquiatría, en el siglo XIX, se decía que el inicio de esta patología se debía a la magia o a una terapia ambientalista de carácter empírico (3).

Hipócrates propuso la teoría de los cuatro humores, teoría que, durante la época griega, explicaba todas las enfermedades y los cambios de temperamento “humor” según la cantidad de cuatro líquidos corporales: la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla, los cuales denominaron “humores”. La teoría de los cuatro humores relacionaba la bilis negra con la tristeza, debido a que una superabundancia de la bilis negra inducía una conducta decaída, desanimada y apática. Tras esta teoría, el concepto bilis negra se hizo equivalente a tristeza (3).

El término depresión procede del enunciado *de y premere*, expresión utilizada en primer lugar en el siglo XVII en Inglaterra, que en latín significa empujar y oprimir hacia abajo. En 1725, Richard Blackmore pronuncia por primera vez la palabra depresión, refiriendo *estar deprimido en profunda tristeza y melancolía*. En 1764, es Robert Whytt quien enlaza depresión mental con espíritu bajo, hipocondría y melancolía. Es en 1808 cuando el vocablo depresión se va expandiendo y haciendo uso junto al término melancolía para denominar a la enfermedad (3).

Con el paso del tiempo la palabra melancolía fue cambiando de expresión hasta acordar el término melancolía como depresión con síntomas leves. En el siglo XX, con el desarrollo de la medicina psiquiátrica, la terminología depresión es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un síndrome orgánico con una clínica que engloba alteraciones del pensamiento e impulsos, tristeza corporalizada y trastornos de los ritmos vitales (3).

En cuanto a la prevalencia actual, según el sexo, todavía no se conoce el motivo por el cual el femenino tiene una mayor predisposición a sufrir un trastorno depresivo. No obstante, existen unos posibles factores: una cifra más elevada de los niveles de la monoaminoxidasa, que es una proteína cuya función consiste en degradar los neurotransmisores, índices más elevados de disfunción tiroidea o cambios endocrinos producidos durante la menstruación y la menopausia, entre otros (2).

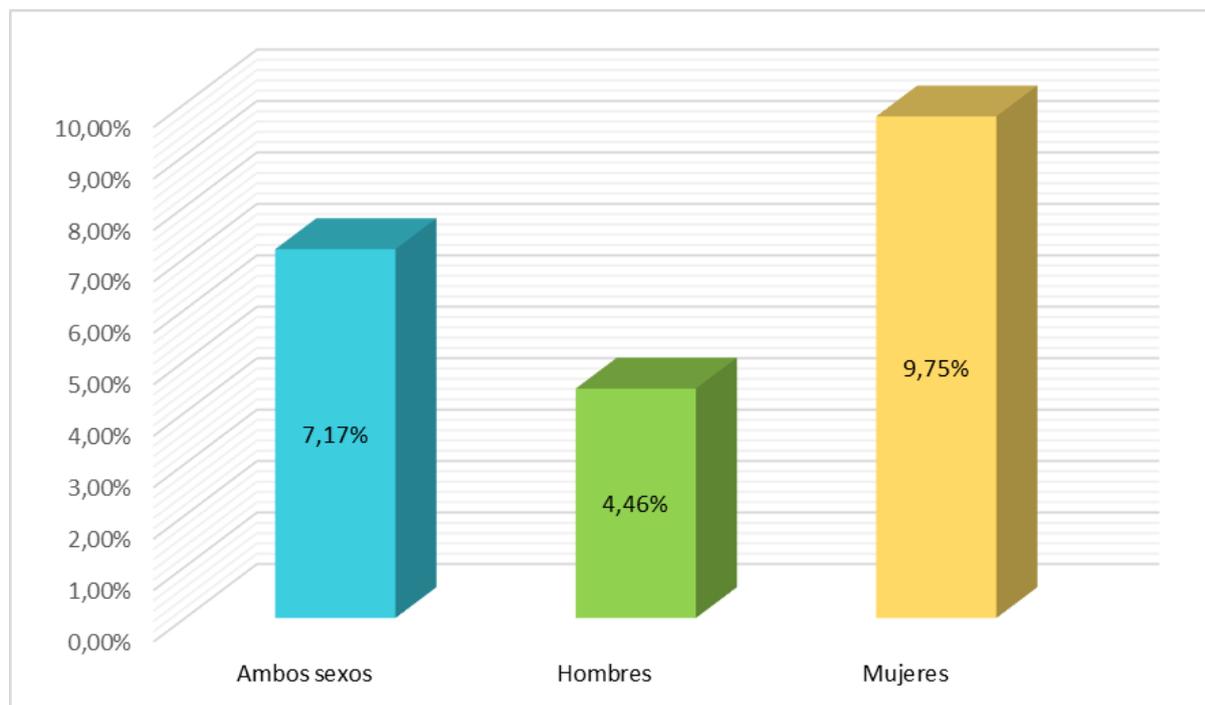
Existen diversos factores de riesgo que pueden contribuir tanto en la aparición del trastorno depresivo como en la recuperación de este. Además del sexo femenino, otros factores de riesgo son los individuos que oscilan entre 18 y 44 años de edad; personas con un estado civil de separación, divorcio o soltería; individuos que consumen sustancias tóxicas; padecer otro tipo de trastorno mental como la ansiedad u otras enfermedades como la diabetes, problemas endocrinos o enfermedades cardíacas. Factores sociales como el estrés, falta de recursos económicos o desempleo y tener una carencia de soporte familiar, así como otros factores psicológicos (vivencias traumáticas en la infancia) también son factores de riesgo de la depresión. En cuanto a los factores genéticos, los familiares de primer grado de los individuos que presentan un TDM, tienen dos veces más de posibilidades que el resto de la población de padecer depresión (4).

No se conoce la causa precisa de los trastornos depresivos, aunque se comprende que están relacionados con factores genéticos y ambientales. El 50% de la etiología está ligada con los factores genéticos, los cuales influyen en el crecimiento de las respuestas depresivas a los acontecimientos adversos. También puede ser debido a una desregulación neuroendocrina, destacando así tres ejes en particular: hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, hipotálamo-hipófisis-tiroides e hipotálamo-hipófisis-hormona de crecimiento. Asimismo, existen numerosos factores psicosociales que pueden evocar en un trastorno depresivo, como las fases de estrés mayor de la vida cotidiana, caracterizadas por evocar en episodios de depresión mayor. Los individuos que han sufrido un episodio de depresión mayor son más susceptibles a padecer otros episodios en el futuro. De igual manera, las personas que sufren ansiedad tienden más a la aparición de un trastorno depresivo, y los sujetos que padecen otro tipo de trastorno mental, son más propensos a incrementar el riesgo de desarrollar un TDM (2).

Según la OMS, dicha enfermedad afecta a un 3,8% de la población mundial. Aproximadamente 280 millones de personas en el mundo sufren depresión. Además, puede conllevar al suicidio, siendo más de 700.000 personas las que se suicidan al año. El suicidio se convierte así, en la cuarta causa de muerte de la población entre 15 y 29 años (5).

De acuerdo con los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en los últimos 12 meses, un 7,17% de la población española de 15 y más años ha sufrido depresión. El 4,46% de los hombres y el 9,75% de todas las mujeres (6) como se puede apreciar en la figura 1.

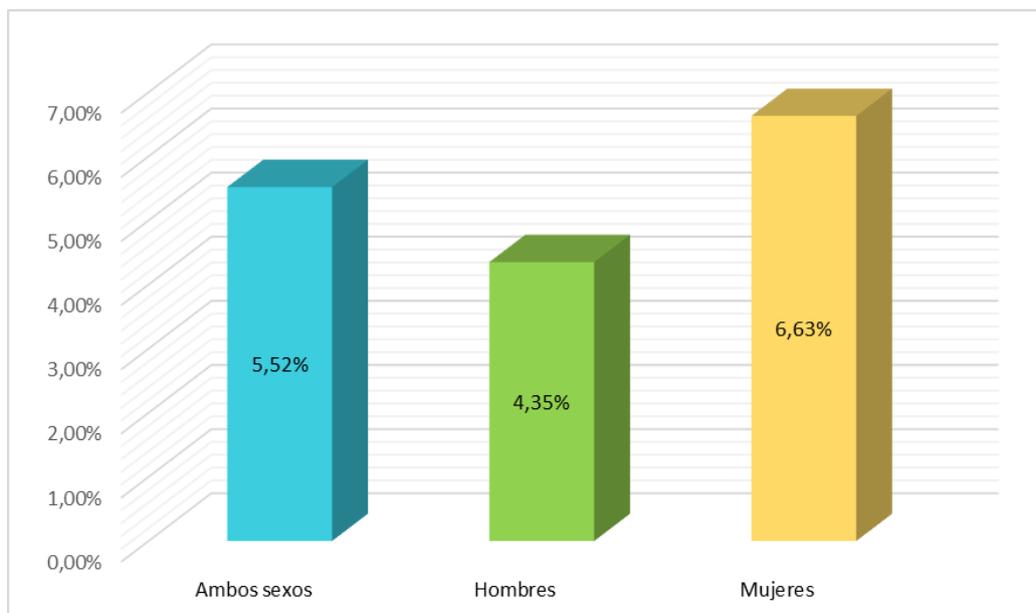
Figura 1: Gráfico de porcentaje de depresión en los 12 últimos meses según sexo en la población española de 15 y más años.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

En correspondencia a las cifras publicadas por el INE, en los últimos 12 meses, un 5.52% de la población de la comunidad valenciana de 15 y más años ha sufrido depresión. El 4,35% de los hombres y el 6,63% de todas las mujeres (7). Estos datos quedan reflejados en la figura 2.

Figura 2: Gráfico de porcentaje de depresión en los 12 últimos meses según sexo en la población de comunidad valenciana de 15 y más años.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Como se ha mencionado anteriormente, en el peor de los casos, la depresión conlleva al suicidio. La palabra suicidio procede del latín *suicidium*, “sui” que significa “de sí mismo”, y “cidium”, que significa “matar”, por lo que equivale a matarse a sí mismo. La Real Academia Española (RAE) define suicidio como acción y efecto de suicidarse, es decir, quitarse voluntariamente la vida (8).

Existe el intento de suicidio real y una conducta autolesiva, pero sin intención de suicidio. Se entiende el suicidio consumado como el acto autoinfligido en que la persona tiene el deseo de morir y obtiene el resultado. Los actos preparatorios hacia una conducta suicida inminente abarcan la acción cuando el individuo se lesiona a sí mismo, sin embargo, es detenido antes de que el potencial de daño haya comenzado. La ideación suicida comprende cuando una persona quiere estar muerta, pero no se acompaña de un comportamiento preoperatorio. En las conductas autolesivas no suicidas, destacan las autolesiones con la ausencia de intención de suicidio, ya que esta conducta se emplea con el fin de calmar la angustia o para provocar cambios en otros individuos (9).

En la cultura greco-romana, la muerte a uno mismo se consideraba una ofensa, una acción inválido, por lo que se condenaba con castigos, debido a que era una infracción contra el Estado. Mediante la mitología se expresa la conducta suicida como una falta de respeto hacia los dioses, además de encontrar su origen a causa de distintas emociones como la desesperación, la culpa, la vergüenza, o la propia locura. En el año 399 antes de Cristo (a.C), Sócrates se suicidó, acción que perjudicó a sus seguidores. Platón razonaba el suicidio como un hecho que agredía contra el Estado y contra los dioses. Asimismo, Aristóteles argumentaba que el acto suicida era acción de los individuos cobardes, que además, evitaban su responsabilidad social (10,11).

En la época romana, existían unos tribunales donde se autorizaba el suicidio según los argumentos de los demandantes, además de haber zonas públicas designadas a llevarlo a cabo. No obstante, las muertes por suicidio sin justificación eran penalizadas con la destrucción de su testamento, la negación de la sepultura y la confiscación de sus bienes (10,11).

Durante el cristianismo, San Agustín de Hipona fue quien pronunció que el suicidio era un incumplimiento del V mandamiento (no matarás), puesto que, comparó el suicidio con un homicidio de sí mismo. La Iglesia explica la vida como una propiedad del señor, así pues, el suicidio es considerado un pecado y la persona suicida un pecador. En el año 314 después de Cristo (d.C)., en el Concilio de Arlés, se condenó seriamente el suicidio por la Iglesia, y se castigaba al suicida con penas desde la excomunión hasta la negación de la sepultura (10,11).

En la cultura de la Edad Media, el suicidio fue visto también, como un acto rechazado por el Estado. Así pues, fueron las leyes eclesiásticas y las civiles las que convertían al suicida como un pecador ante Dios y un delincuente ante la Ley. El suicida era un alto criminal que cumplía castigos físicos y sociales extremos. Los cambios empiezan en el Renacimiento (siglo XV y XVI), etapa en la que la Iglesia mantiene la condena moral contra el suicida, no obstante, emergen humanistas filósofos y son los que discuten abiertamente las posiciones teológicas sobre el suicidio. El precursor en reflexionar sobre el suicidio como una elección personal fue Michel de Montaigne. John Donne, en 1608 redacta la primera obra que defiende el suicidio, *Biathanatos*. Desde este momento, la filosofía tomó el relevo del debate moral sobre la legalidad del suicidio (10,11).

Actualmente, para favorecer un abordaje integral en el ámbito de la salud, es importante entender el suicidio como un fenómeno sociológico e histórico (10,11).

Las causas del comportamiento suicida son debidas a una serie de factores de riesgo, ya sean de origen genético, biológico, familiar o personal. Hay evidencia científica en la que se observa que los factores de riesgo de la conducta suicida son prevenibles, por lo que es fundamental una detección precoz y un adecuado tratamiento con el fin de disminuir la prevalencia de suicidios y mejorar la salud de los individuos que están en riesgo (9).

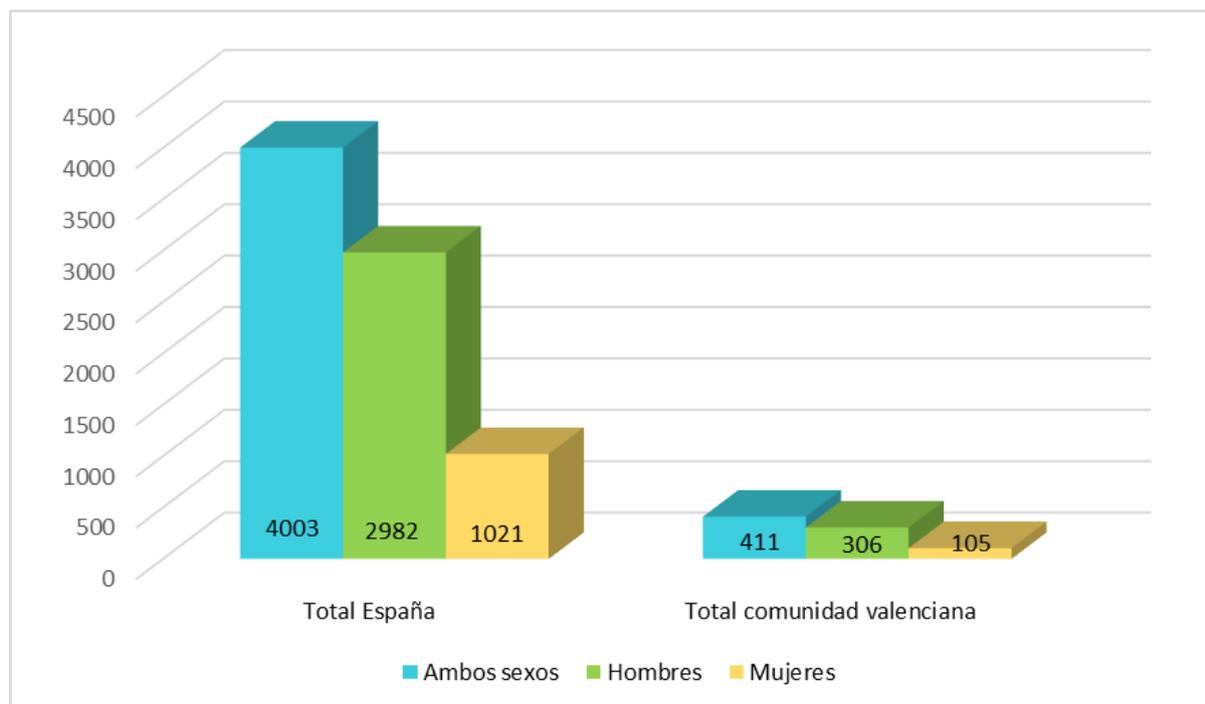
Algunos factores de riesgo de la conducta suicida en los y las jóvenes y adolescentes son: haber sufrido un trastorno afectivo previo, un trastorno relacionado con el consumo de sustancias tóxicas, tener un antecedente familiar de intento de suicidio o con una conducta relacionada con el consumo de sustancias tóxicas, haber presentado un intento de suicidio o ideación suicida previa, ser víctima del maltrato infantil o de acoso escolar, haber renunciado a la escuela, tener un bajo nivel económico, o tener algún progenitor el cual murió por suicidio, entre otros factores (9).

Según la OMS, los jóvenes entre 15 y 29 años de edad son el grupo de edad en los que la cuarta causa principal de muerte es el suicidio. Con relación al sexo, las muertes producidas por suicidio en el sexo masculino duplica más del doble que las del sexo femenino, siendo de cada 100.000 individuos, 12,6 suicidios en varones y 5,4 suicidios en mujeres. Observando la demografía, la media de las muertes producidas por suicidio a nivel mundial es de 9 muertes por cada 100.000 habitantes. África, Europa y Asia Sudoriental superan la media mundial, siendo por cada 100.000 habitantes, 11 '2, 10' 5 y 10 '2 suicidios respectivamente (12).

En 2021, según los datos publicados por el INE, han fallecido por suicidio 4003 personas en España, una media de 11 personas al día; un 75% de ellas varones (2982) y un 25% mujeres (1021). Así, 2021 se convierte en el año con más suicidios registrados en la historia de España desde que se tienen datos (año 1906) (13).

En correspondencia con los datos publicados por el INE, en 2021 han fallecido por suicidio 411 personas en la comunidad valenciana, una media de 1,13 personas al día; un 74% de ellas varones (306) y un 26% mujeres (105) (13). Estas cifras se pueden observar en la figura 3.

Figura 3: Número de suicidios producidos en España y en la comunidad valenciana según sexo en 2021.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Al contemplar los suicidios en relación con la depresión, entre la mitad y dos tercios de todos los suicidios consumados, pertenecen a personas que han padecido trastornos del estado de ánimo, por lo que una detección y tratamiento precoz de estos trastornos puede producir una disminución del número de suicidios. Los actos suicidas suelen producirse cuando el paciente con trastorno del estado de ánimo se encuentra en un Episodio Depresivo Mayor (EDM), con una incidencia de intento de suicidio entre 20 y 40 veces mayor (14).

Conocer los factores de riesgo tanto de las personas que padecen algún trastorno del estado de ánimo, como de la conducta suicida es importante para la prevención del suicidio. Asimismo, las características personales y del entorno del paciente, influyen en el pensamiento y la acción de la idea suicida dado que la impulsividad y la agresividad son rasgos que tienen un alto riesgo (14).

Discernir los pensamientos, ideas, junto la toma de decisiones de una persona con intento suicida es imprescindible para progresar en el tratamiento y la prevención de los suicidios (14).

1.1. Justificación

Hoy en día, existe una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo con ideas suicidas. No obstante, la sociedad no normaliza padecer este tipo de trastornos, por lo que, a pesar de estar más formalizado en comparación con años anteriores, sigue siendo un tema tabú.

Se ha escogido este tema, estrategias de prevención del suicidio en pacientes con depresión, porque se ha contemplado la importancia de conocer los factores de riesgo de la idea suicida para detectar y prevenir estos casos de forma precoz (9).

Enfermería tiene un papel significativo en este ámbito puesto que desempeñan la función de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De este modo, puede emplear las herramientas necesarias para localizar individuos con depresión, y así, evitar el suicidio. Además, como se ha mencionado anteriormente, no todos los pacientes con depresión llegan a tener estas ideas. Sin embargo, es fundamental brindarles ayuda con el objetivo de reducir la clínica y mejorar su estado de ánimo (14).

1.2. Interés personal

El hecho de centrarme en este tema en concreto se debe a que años atrás sufrí este trastorno mental y con el tiempo he reflexionado mucho sobre la salud mental en relación con la sanidad pública. Considero que ha habido muchos avances sociales acerca de este tema, no obstante, mantengo que son insuficientes.

Personalmente, pienso que evitar que la depresión vaya a más, o intentar ayudar a las personas que lo padecen, hoy en día es complicado ya que en la sanidad pública no existen recursos suficientes. Actualmente, considero que la prevención del suicidio en pacientes con depresión es inalcanzable para toda la sociedad ya que no toda la población puede acceder a un diagnóstico y tratamiento precoz puesto que en la sanidad pública hay muchos pacientes en lista de espera. Una persona que no puede alcanzar el pago de intervenciones privadas debido a que económicamente no dispone de recursos, tiene más predisposición a un avance más rápido de esta enfermedad, con escasa ayuda, y con ello, con más riesgo de tener una idea y/o acción suicida.

Por todo lo mencionado anteriormente, opino que la sanidad pública debería tener más recursos en la salud mental, con el fin de extender hábitos y herramientas para promover la salud mental y apoyo psicológico a toda la población.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Realizar una revisión de la literatura actual sobre las estrategias para la prevención del suicidio en pacientes con depresión.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar las principales causas del suicidio en pacientes con depresión.
- Analizar los factores de riesgo del suicidio en pacientes con depresión.
- Estudiar el tratamiento para la depresión.
- Precisar la identificación de un paciente con riesgo de suicidio.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio

La metodología utilizada para realizar este estudio se basa en una revisión integradora de la literatura de carácter descriptivo mediante la búsqueda en diferentes bases de datos, entre los meses de enero a mayo de 2023, con el fin de identificar las estrategias para la prevención del suicidio en pacientes con depresión.

3.2. Pregunta clínica

La estrategia de búsqueda de esta revisión se elaboró a través de una pregunta clínica con el formato PIO, cuyo nombre viene del inglés *Patient, Intervention, Outcome*, escrita con el fin de poder obtener los objetivos establecidos. Los componentes de la pregunta clínica se basan en la población (pacientes que sufren depresión), intervención (estrategias de prevención del suicidio) y resultados (planificación de la salud).

Siguiendo esta estructura, la pregunta resultante fue “**¿Cuáles son las estrategias para la prevención del suicidio en pacientes con depresión?**”, detallada en la tabla 1.

Tabla 1. Formulación de la pregunta clínica en formato PIO.

Pregunta clínica	¿Cuáles son las estrategias para la prevención del suicidio en pacientes con depresión?
P (Patient / Población)	Pacientes con depresión
I (Intervention / Intervención)	Estrategias de prevención del suicidio
O (Outcomes / Resultados)	Planificación de salud

Fuente: elaboración propia.

3.3. Palabras clave y descriptores utilizados en ciencias de la salud

En primer lugar, para realizar la búsqueda de información, se utilizaron una serie de palabras clave relacionadas con el tema del trabajo, las cuales son “depresión”, “prevención del suicidio” y “planificación de la salud”.

A partir de dichas palabras clave se elaboraron a través de la Biblioteca Virtual de Salud, los descriptores del tesoro DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), y, los descriptores tesoro MeSH (Medical Subject Headings) a partir de la Biblioteca Nacional de Estados Unidos.

En la tabla 2 se muestran las palabras clave empleadas en la búsqueda.

Tabla 2. Relación entre las palabras clave y los descriptores DeCS y MeSH utilizados.

Lenguaje Natural	Lenguaje Natural en inglés	Lenguaje estructurado		
		Decs		MeSH
		<u>Castellano</u>	<u>Inglés</u>	
Depresión	Depression	Depresión	Depression	Depression
Prevención del suicidio	Suicide prevention	Prevención de suicidio	Suicide prevention	Suicide prevention
Planificación de la salud	Health plan	Planificación en salud	Health planning	Health plan implementation

Fuente: elaboración propia.

3.4. Bases de datos empleadas

Las bases de datos consultadas fueron las siguientes: Pubmed (Biblioteca Nacional de los Estados Unidos), The Cochrane Library, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS) y Science direct.

3.5. Estrategia de Búsqueda

Para la realización de la búsqueda, se han utilizado las combinaciones de las palabras clave expuestas en la tabla 2, con la combinación de los términos MeSH junto con su lenguaje natural, mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Además, para seleccionar aquellos artículos que se ajustaran a la información deseada, se utilizaron diferentes filtros con la finalidad de aminorar los resultados. Seguidamente, se realizó una lectura del título y resumen, aplicando al mismo tiempo, los criterios de inclusión y exclusión, con el fin de reducir y seleccionar los artículos de las bases de datos comentadas anteriormente. De este modo, se consiguió reducir el número de artículos a 12, adecuándolos a la información deseada.

En la tabla 3, se puede apreciar la estrategia de búsqueda que se ha llevado a cabo en cada base de datos, incluyendo los filtros empleados y el número de artículos obtenidos.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos, filtros aplicados y artículos encontrados.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados sin filtros	Filtros aplicados	Búsqueda general + filtros	Seleccionados tras lectura del título	Artículos seleccionados por criterios de inclusión y exclusión	Artículos excluidos mediante CASPe	Total de artículos seleccionados
Pubmed	((depression) OR (depression[MeSH Terms])) AND ((suicide prevention) OR (suicide prevention[MeSH Terms])) AND ((health plan) OR (health plan implementation[MeSH Terms]))	415	Last 5 years Free full text English/Spanish Humans	54	17	6	0	6
The Cochrane Library	((MeSH descriptor: [Depression] explode all trees) OR (depression)) AND ((MeSH descriptor: [Suicide Prevention] explode all trees) OR (suicide prevention)) AND ((MeSH descriptor: [Health Plan Implementation] explode all trees) OR (health plan))	165	Last 5 years	78	12	3	0	3

ScienceDirect	((depression) AND (suicide prevention) AND (health plan implementation))	6720	Year 2023 Open access & Open archive	77	14	2	0	2
BVS	((depression) AND (suicide prevention) AND (health plan implementation))	38	Year cluster: 2018-2023 Full text	14	6	1	0	1

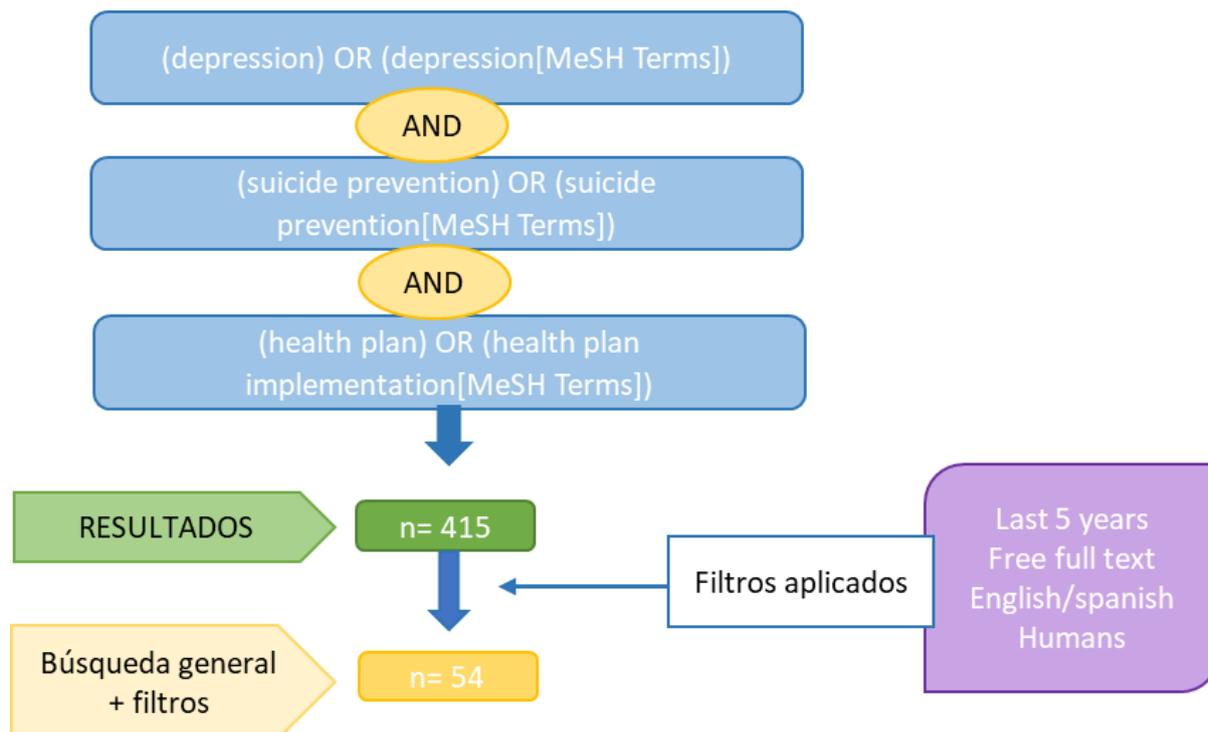
Fuente: elaboración propia.

A continuación, se especifica la estrategia de búsqueda a través de las distintas bases de datos en las que se obtuvo la información.

3.5.1. Estrategia de búsqueda en PubMed

En esta base de datos, se utilizó la opción de búsqueda avanzada, junto a los operadores booleanos “AND” y “OR”. Se combinaron los términos MeSH mediante el operador booleano “OR” de las palabras clave “depression”, “suicide prevention” y “health plan” con su término en lenguaje natural para ampliar la búsqueda y evitar la pérdida de algún estudio que no estuviera designado correctamente con la palabra clave correspondiente. Estos grupos de palabras clave se unieron entre sí mediante el operador booleano “AND”. Además, se emplearon filtros automáticos como “año de publicación (2018-2023)”, “texto completo gratuito”, “idioma (español e inglés)” y “artículos basados en humanos” para acotar la cantidad de artículos encontrados. En la figura 4 se muestra cómo se ha realizado la búsqueda en la base de datos PubMed.

Figura 4: Estrategia de búsqueda en Pubmed.

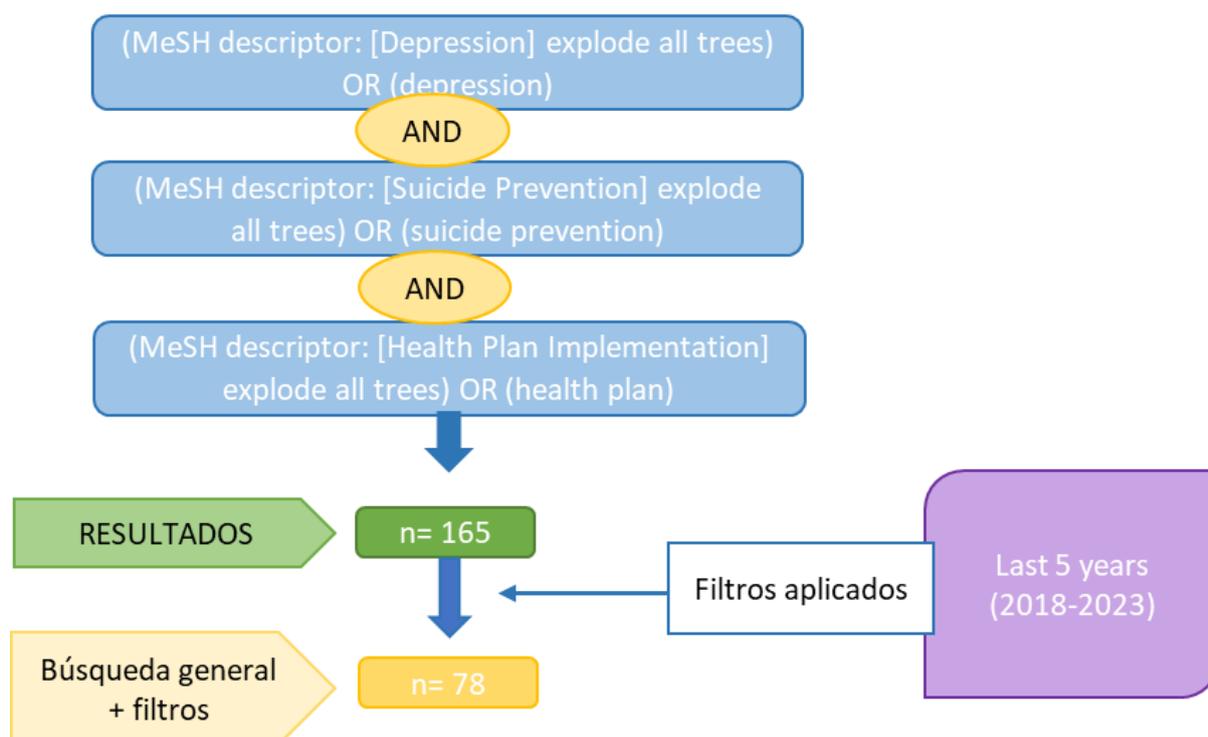


Fuente: elaboración propia.

3.5.2. Estrategia de búsqueda en Cochrane Library

La estrategia de búsqueda empleada en la base de datos Cochrane Library se realizó a través de una búsqueda avanzada combinando los términos MeSH de las palabras clave “depression”, “suicide prevention”, y “health plan” con el operador booleano “AND”. De igual manera que en PubMed, se empleó el operador booleano “OR” para añadir, junto con cada descriptor, su sinónimo en lenguaje no controlado y no perder ningún estudio. Para concluir, con el objetivo de reducir los resultados de la búsqueda se aplicó el filtro temporal “last 5 years (2018-2023)”. En la figura 5 se detalla la estrategia de búsqueda en Cochrane Library.

Figura 5: Estrategia de búsqueda en Cochrane Library.

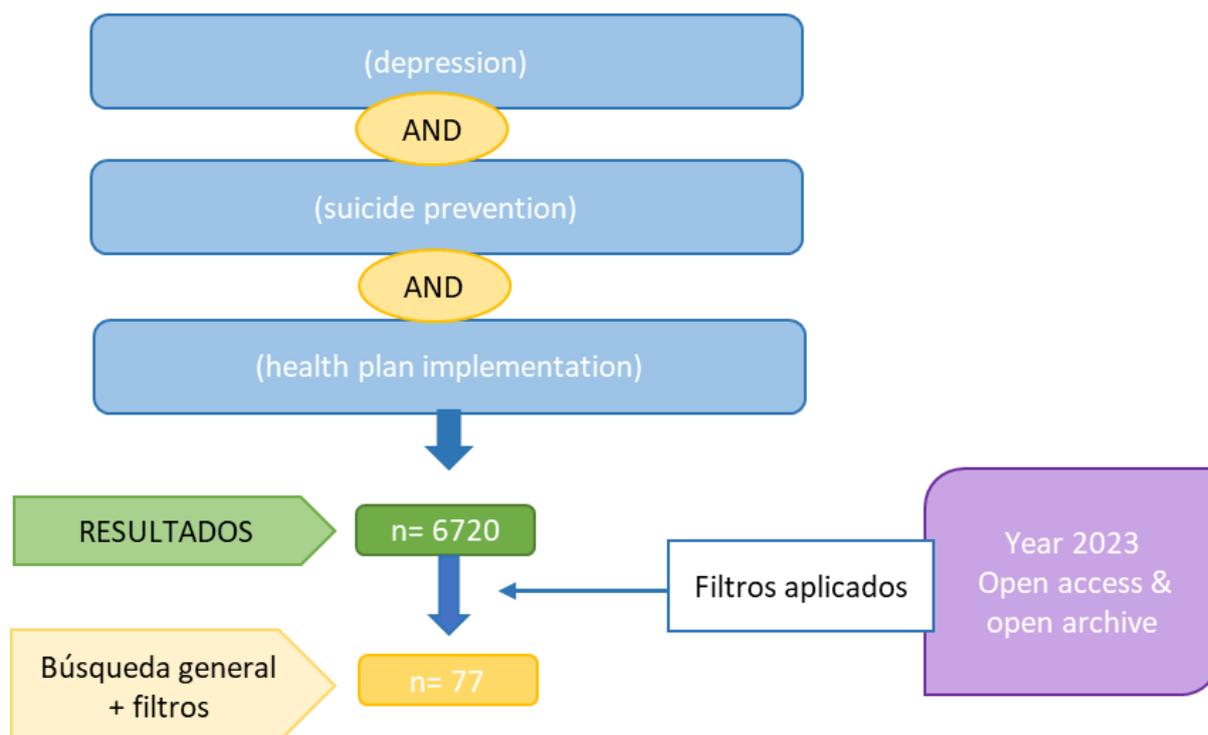


Fuente: elaboración propia.

3.5.3. Estrategia de búsqueda en ScienceDirect

En esta base de datos, se utilizaron los términos MeSH en inglés de las palabras clave “depression”, “suicide prevention” y “health plan” combinándolas con el operador booleano “AND”. También se aplicaron los filtros automáticos para reducir la búsqueda, siendo estos, el “filtro temporal (2023)” y “acceso abierto y archivo abierto”. A continuación, en la figura 6, se observa la estrategia de búsqueda en ScienceDirect.

Figura 6: Estrategia de búsqueda en ScienceDirect.

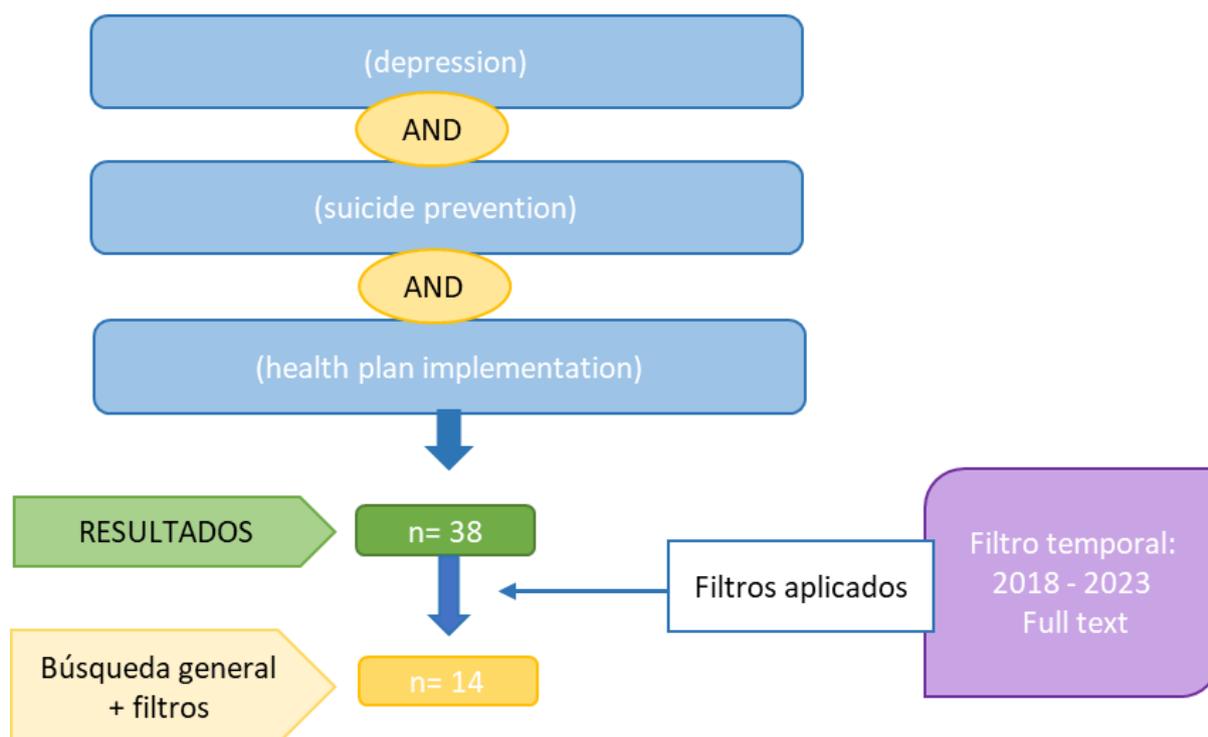


Fuente: elaboración propia.

3.5.4. Estrategia de búsqueda en BVS

La estrategia de búsqueda realizada en esta base de datos se ha llevado a cabo utilizando los términos MeSH en inglés de las palabras clave “depression”, “suicide prevention” y “health plan” combinándolas con el operador booleano “AND”. En este caso, también se aplicaron los filtros automáticos para reducir la búsqueda, siendo estos, el “filtro temporal (2018-2023)” y “texto completo”. Seguidamente, se ha indicado en la figura 7 la estrategia de búsqueda realizada en BVS.

Figura 7: Estrategia de búsqueda en BVS.



Fuente: elaboración propia.

3.6. Criterios de selección

Con el objetivo de acotar la búsqueda de artículos se aplicaron diversos criterios en las distintas bases de datos. Se muestran a continuación:

3.6.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se consideraron adecuados para adecuar la búsqueda de artículos fueron los siguientes:

- Artículos publicados en los últimos 5 años
- Artículos basados en humanos.
- Artículos con acceso al texto completo y gratuito.
- Artículos en español e inglés.
- Artículos que tratan de pacientes con depresión.
- Artículos relacionados con la salud mental.
- Artículos relacionados con pacientes con ideas suicidas.

3.6.2. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión que se consideraron adecuados para restringir la búsqueda fueron los siguientes:

- Artículos que no tienen relación con el tema a tratar.
- Artículos duplicados en las diferentes bases de datos.
- Artículos publicados hace más de 5 años.
- Artículos centrados en especies no humanas.
- Artículos sin acceso al texto completo.
- Artículos cuya población no se centra en pacientes con depresión.
- Artículos con contenido sin relación a los objetivos establecidos.

3.7. Extracción y análisis de datos

En primer lugar, se obtuvieron los artículos tras efectuar una búsqueda detallada, utilizando las palabras clave y los filtros automáticos correspondientes como se describe en la tabla 3.

A continuación, se realizó una lectura de los títulos de los artículos junto con algunos resúmenes con el fin de descartar los estudios que no eran relevantes para el tema a tratar, guiándonos en base a los criterios de inclusión y exclusión previamente expuestos.

La segunda selección se realizó sobre los artículos preseleccionados. Se llevó a cabo una lectura crítica y completa de dichos artículos, lo que dio lugar a la exclusión de aquellos que no se adecuaban al tema.

Para finalizar, una vez seleccionados los artículos, se procedió a realizar la evaluación de la calidad metodológica.

De modo que, para la extracción y análisis de datos, se ha tenido en cuenta el título, el resumen y el año de publicación, los autores, el tipo de estudio, los objetivos del estudio y la conclusión del estudio.

3.8. Evaluación de la calidad metodológica

La evaluación metodológica se realiza mediante una serie de cuestionarios. Para ello, se emplea la herramienta Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) con el fin de evaluar las revisiones sistemáticas, los estudios cualitativos, los estudios de cohortes y los estudios de casos y controles. Asimismo, se emplea la herramienta Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE) para la evaluación de los estudios transversales.

CASPe consiste en una página web que brinda las herramientas necesarias para realizar una correcta lectura crítica y evaluación metodológica de los artículos científicos. Ofrece el acceso a una serie de plantillas diseñadas para distintos tipos de estudios. Estas plantillas contienen las preguntas relevantes para valorar la calidad metodológica de los artículos previamente

seleccionados. Dichas preguntas se responden mediante un “sí”, “no” o “no sé”. Las dos primeras preguntas se responden rápidamente y son de eliminación, es decir, solamente si ambas son afirmativas, se procede a la realización de las siguientes (15) (Anexo I, II, III, IV).

Los artículos finalmente seleccionados han sido aquellos que alcanzan una puntuación igual, o superior a 7 puntos, puesto que no existe una calificación mínima establecida para considerar que los artículos disponen de una buena calidad metodológica.

En la siguiente tabla se reflejan los criterios de evaluación metodológica utilizados en CASPe.

Tabla 4. Criterios de evaluación metodológica utilizados en CASPe.

PUNTUACIÓN DEL ARTÍCULO	NIVEL DE CALIDAD METODOLÓGICA
Por debajo de los 5 puntos	Calidad metodológica baja
Entre los 5-6 puntos	Calidad metodológica moderada
Por encima de los 7 puntos	Calidad metodológica alta

Fuente: elaboración propia.

Solo se han incluido aquellos artículos que se consideran de calidad metodológica alta.

Por otro lado, se ha hecho uso de otra herramienta. STROBE es un recurso similar al CASPe, ya que facilita una serie de plantillas para diversos tipos de estudio. En este caso, se ha seleccionado la lista de verificación para evaluar la calidad metodológica de los estudios transversales. Consiste en la realización de un cuestionario con 22 ítems relacionados con el título, resumen, introducción, método, resultados, discusión y financiación de los artículos analizados por esta herramienta, con el fin de realizar una correcta lectura crítica (16) (Anexo V).

Los criterios de corte establecidos para STROBE se observan en la tabla 5.

Tabla 5. Criterios de evaluación metodológica utilizados en STROBE.

PUNTUACIÓN DEL ARTÍCULO	NIVEL DE CALIDAD METODOLÓGICA
Por debajo de los 17 puntos	Calidad metodológica baja
Por encima de los 17 puntos	Calidad metodológica alta

Fuente: elaboración propia.

Tras realizar la lista de verificación, cuando la puntuación final es inferior a 17, es considerado de calidad baja, y, por tanto, se excluyen. En cambio, cuando la puntuación es superior a 17 puntos, se considera de calidad metodológica alta, y, por ende, se incluyen en la revisión.

Finalmente, una vez realizados ambos cuestionarios, no se ha decidido eliminar ningún artículo de la búsqueda puesto que han sido considerados de calidad metodológica alta.

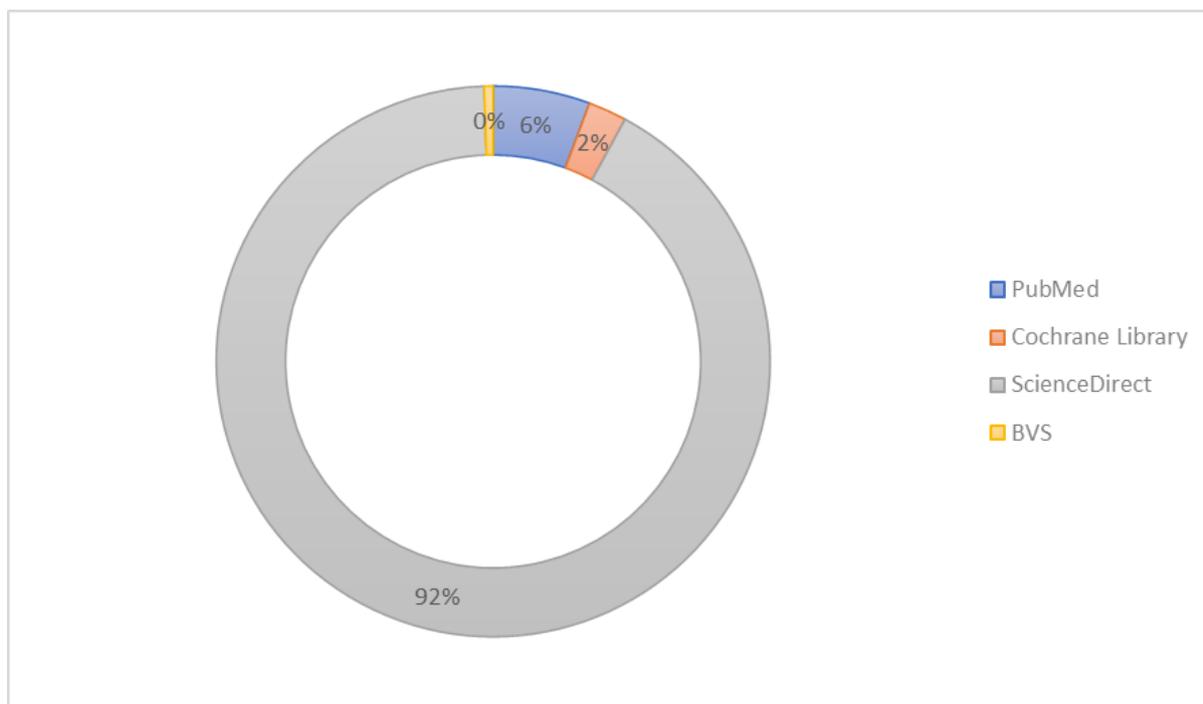
4. RESULTADOS

4.1. Resultados de la búsqueda y proceso de selección de los artículos

La búsqueda bibliográfica se ha realizado a partir de diferentes bases de datos mediante la combinación de distintas palabras clave y, finalmente, se ha seleccionado la estrategia de 4 bases de datos con el fin de obtener los artículos más apropiados para incorporar en la revisión integradora de la literatura.

Siguiendo la estrategia de búsqueda previamente descrita y sin aplicar filtros, se han encontrado un total de N=7338 artículos. El 5,65% (n = 415) fue obtenido de PubMed, el 2,25% (n = 165) de Cochrane Library, el 91,58% (n = 6720) en ScienceDirect y el 0,52% (n = 38) de BVS. En la figura 8, se observa la distribución gráfica de los mismos según la base de datos:

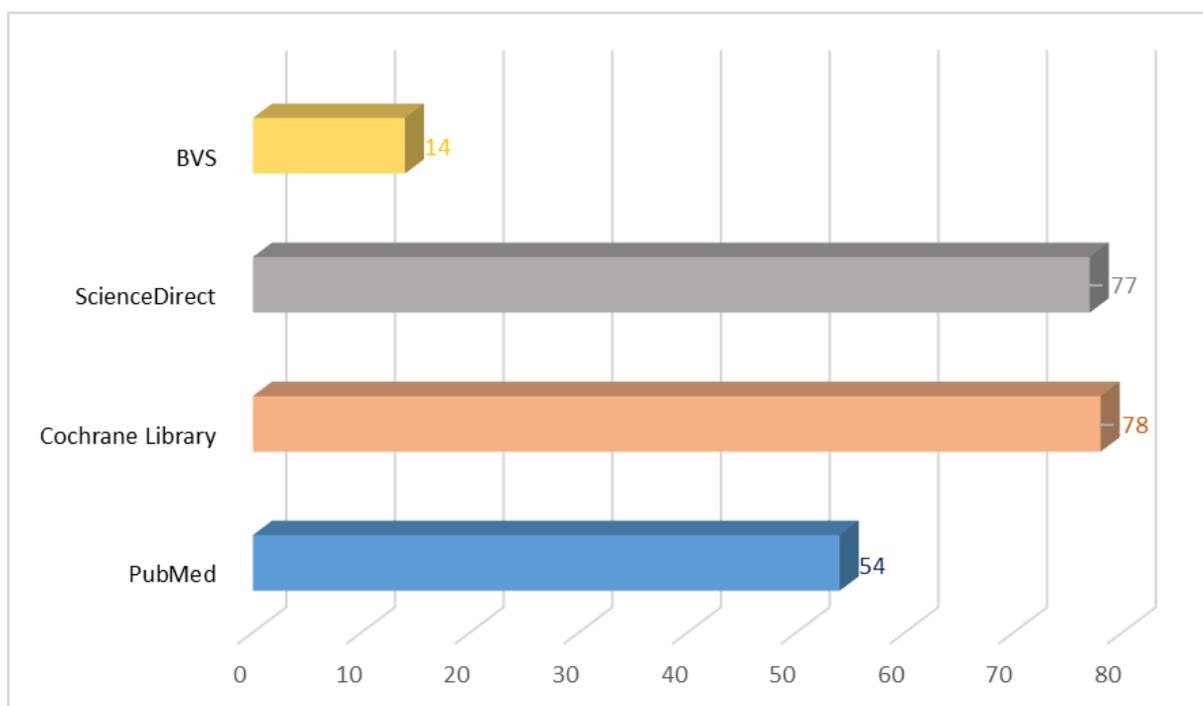
Figura 8. Resultados estrategia de búsqueda sin filtros aplicados según base de datos.



Fuente: elaboración propia.

Seguidamente, se han aplicado los filtros propios de cada base de datos según los criterios de selección establecidos y la suma de artículos fue reducida a $N = 223$. Su distribución es la siguiente: el 24,2% ($n = 54$) se ha encontrado en PubMed, el 35% ($n = 78$) en Cochrane Library, el 34,5% ($n = 77$) en ScienceDirect y el 6,3% ($n = 14$) ha sido adquirido en BVS. En la figura 9 se muestra su representación gráfica.

Figura 9. Resultados estrategia de búsqueda con filtros aplicados según base de datos.



Fuente: elaboración propia.

Una vez seleccionados el total de artículos ($N = 7338$), tras la aplicación de los filtros automáticos de cada base de datos se han descartado $n = 7115$. La cantidad de artículos excluidos según el filtro han sido: por el filtro temporal “Desde 2018” se han descartado $n = 385$ y “en 2018” se han descartado $n = 730$, la aplicación del filtro “Texto completo” ha suprimido $n = 5965$, el filtro idiomático “Idioma inglés o español” ha eliminado $n = 0$ y, por último, el filtro “En humanos” ha suprimido $n = 35$. En la tabla 6, se muestran estos resultados en función de la base de datos utilizada.

Tabla 6. Artículos descartados según filtro y base de datos.

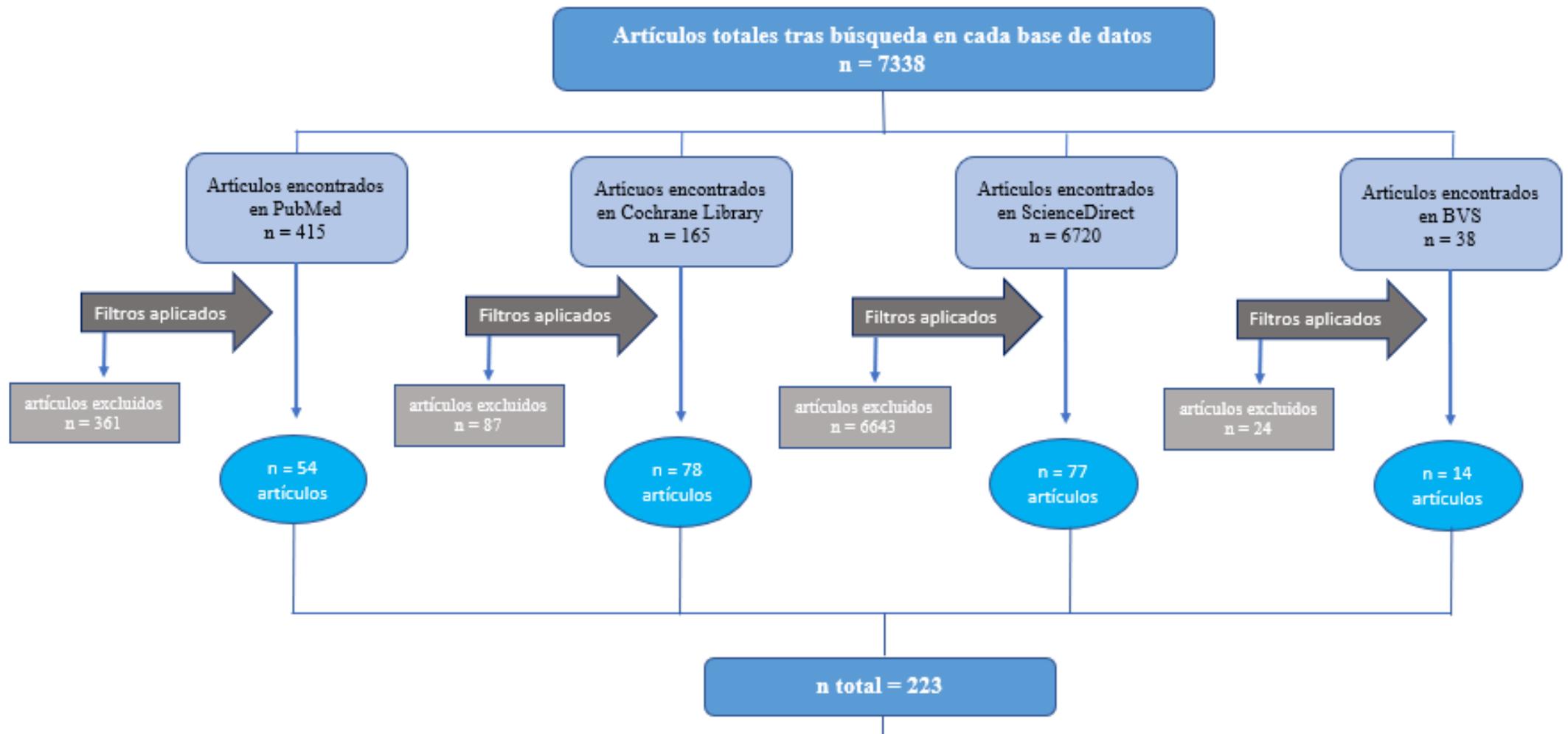
		Filtros aplicados					Total de artículos descartados en cada base de datos
		Año de publicación		Texto completo	Idioma en español o inglés	En humanos	
		Desde 2018	En 2023				
Base de datos	Pubmed	276	-	50	0	35	361
	Cochrane Library	87	-	-	-	-	87
	ScienceDirect	-	730	5193	-	-	6643
	BVS	22	-	2	-	-	24
Total de artículos descartados según filtro aplicado		385	730	5965	0	35	7115

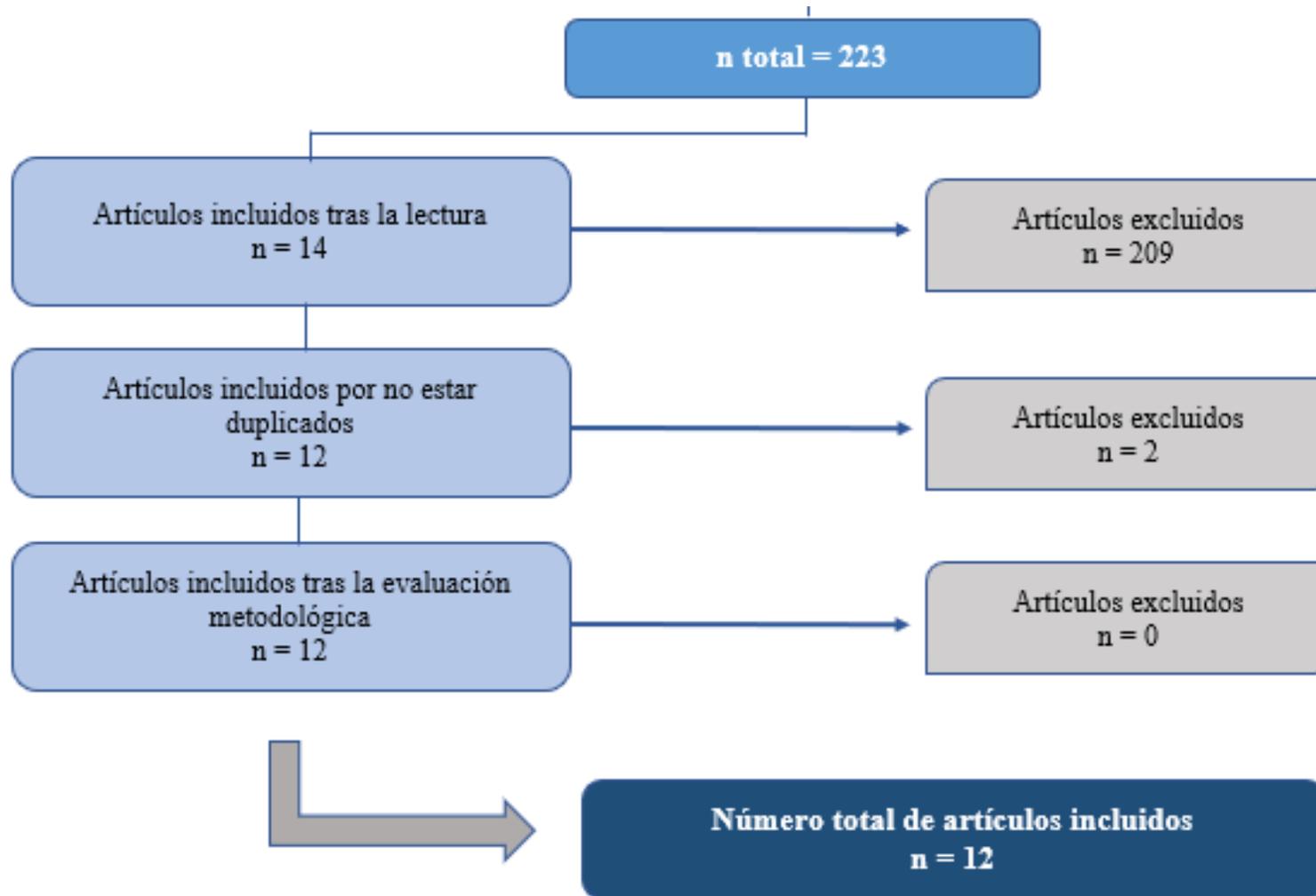
Fuente: elaboración propia.

Posteriormente al proceso de búsqueda y filtrado, se ha realizado la lectura del título y resumen de un total de $N = 223$ artículos, omitiendo de $n = 209$ debido a que no han cumplido con el criterio de exclusión: “Artículos con contenido sin relación a los objetivos establecidos”. Finalmente, de la cantidad remanente $N = 14$ se han exceptuado aquellos artículos que se han encontrado en varias bases de datos, en otras palabras, los artículos duplicados, quedando entonces un total de $N = 12$ artículos en los cuales se han aplicado las herramientas de evaluación de calidad metodológica anteriormente expuestas.

Seguidamente, en la figura 10, se indica de manera más visual, el diagrama de flujo correspondiente a todo este proceso.

Figura 10. Diagrama de flujo del proceso de selección.





Fuente: elaboración propia

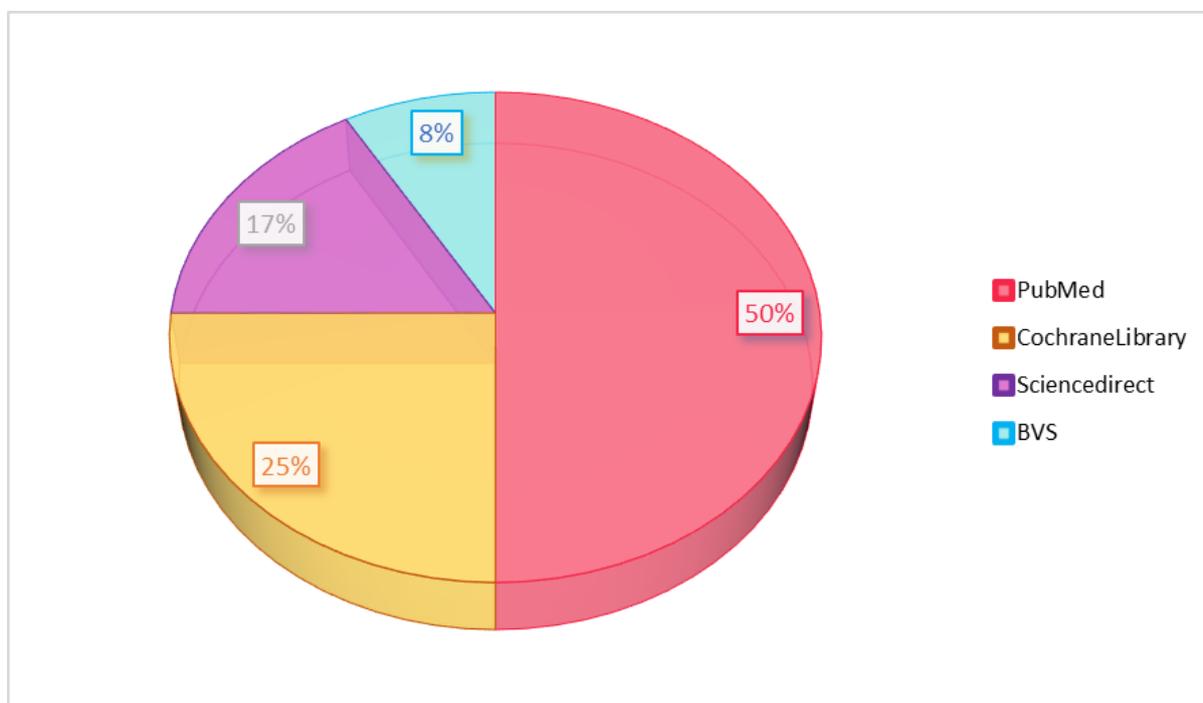
4.2. Aspectos generales de los artículos incluidos en el estudio

Los artículos escogidos en esta revisión una vez aplicados los criterios de selección se han clasificado en función de las siguientes variables: la base de datos de origen del artículo, el tipo de estudio realizado, la localización geográfica abarcada en el estudio, el año de publicación del artículo, el tratamiento descrito en el artículo y la relación con los objetivos.

4.2.1. Base de datos de origen

En relación con las bases de datos, del total de artículos que finalmente se han incluido en la revisión integradora (n=12) el 50% pertenecen a la base de datos Pubmed (n=6), el 25% a Cochrane Library (n=3), el 16,7% (n = 2) corresponden a ScienceDirect y el 8,3% a BVS (n=1). Su representación gráfica se ve reflejada en la figura 11.

Figura 11. Artículos incluidos en la revisión según base de datos.

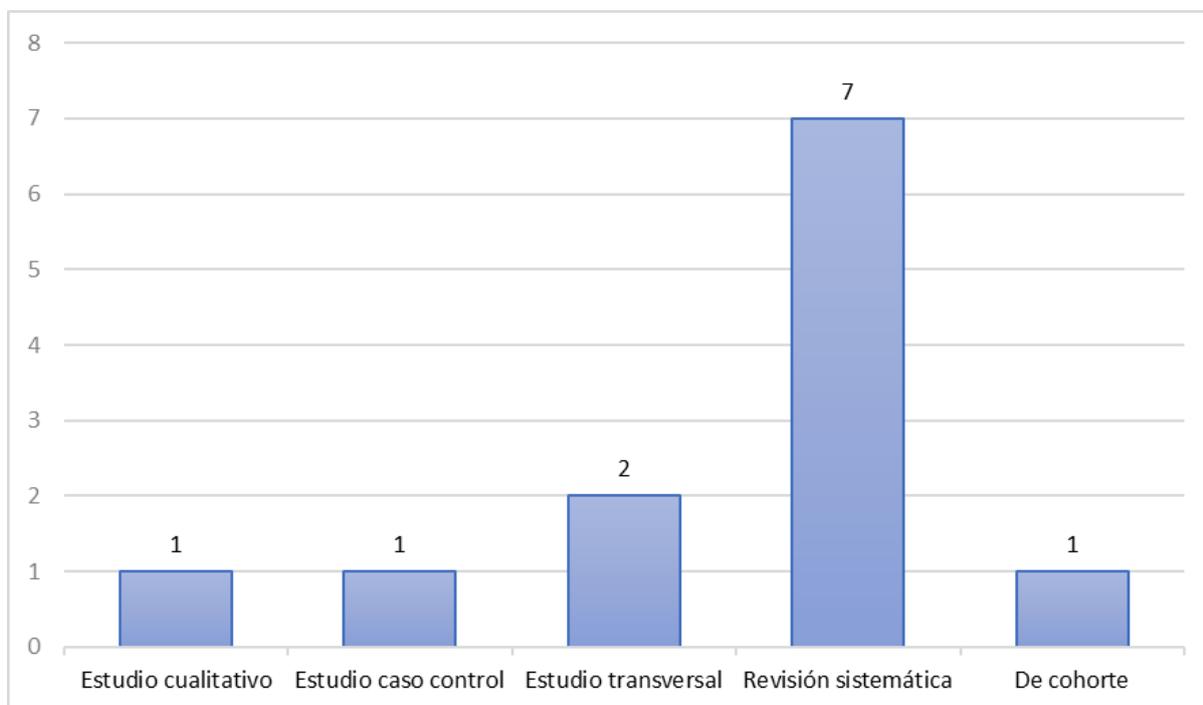


Fuente: elaboración propia.

4.2.2. Tipo de estudio

Según la división de los artículos incluidos (n=12) mediante el tipo de estudio, se hallan cinco tipos de estudio: revisiones sistemáticas, estudios transversales, estudios de casos y controles, estudios de cohortes y estudios cualitativos. La categoría más empleada ha resultado ser la de revisiones sistemáticas con un 58,33% (n = 7) de la totalidad de los artículos. Se ha observado que el 16,68% (n = 2) pertenecen a estudios transversales, y finalmente, el 8,33% (n = 1) corresponden a estudios de casos y controles, el 8,33% (n = 1) a estudios de cohortes y el 8,33% (n = 1) son estudios cualitativos. A continuación, su representación se muestra en la figura 12.

Figura 12. Gráfico de clasificación de los artículos incluidos en la revisión según tipo de estudio.

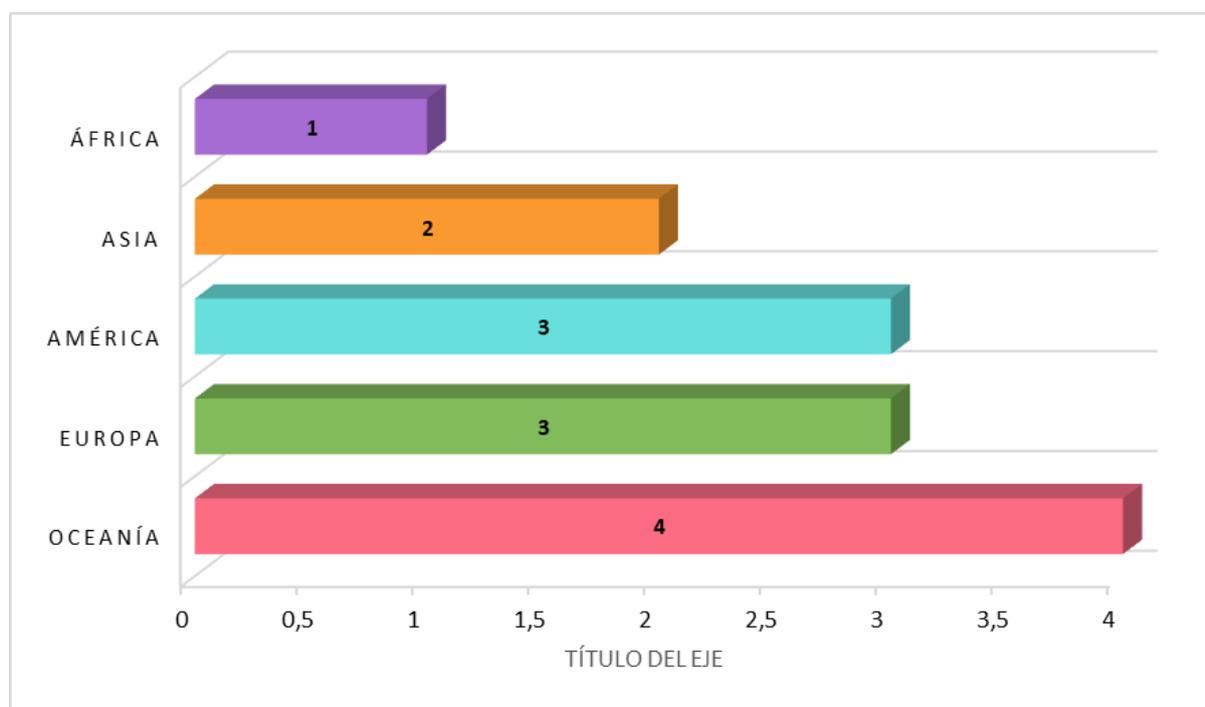


Fuente: elaboración propia.

4.2.3. Área geográfica

Los artículos incluidos (n=12) se han clasificado en función de la zona geográfica estudiada. Se han distinguido 5 continentes, prevalece el 41,7% (n = 5) publicados en Oceanía, el 25% (n = 3) pertenecen a Europa, el 25% (n = 3) se han llevado a cabo en América, el 16,7% (n = 2) han sido publicados en Asia, y el 8,35% (n = 1) en África. Hay un total de 12 artículos incluidos en la revisión sistemática, no obstante, existe uno (n = 1) realizado en dos continentes (Oceanía y África). En la figura 13 se observa cómo se distribuyen los artículos según el área geográfica de publicación.

Figura 13. Artículos incluidos en la revisión según área geográfica estudiada.

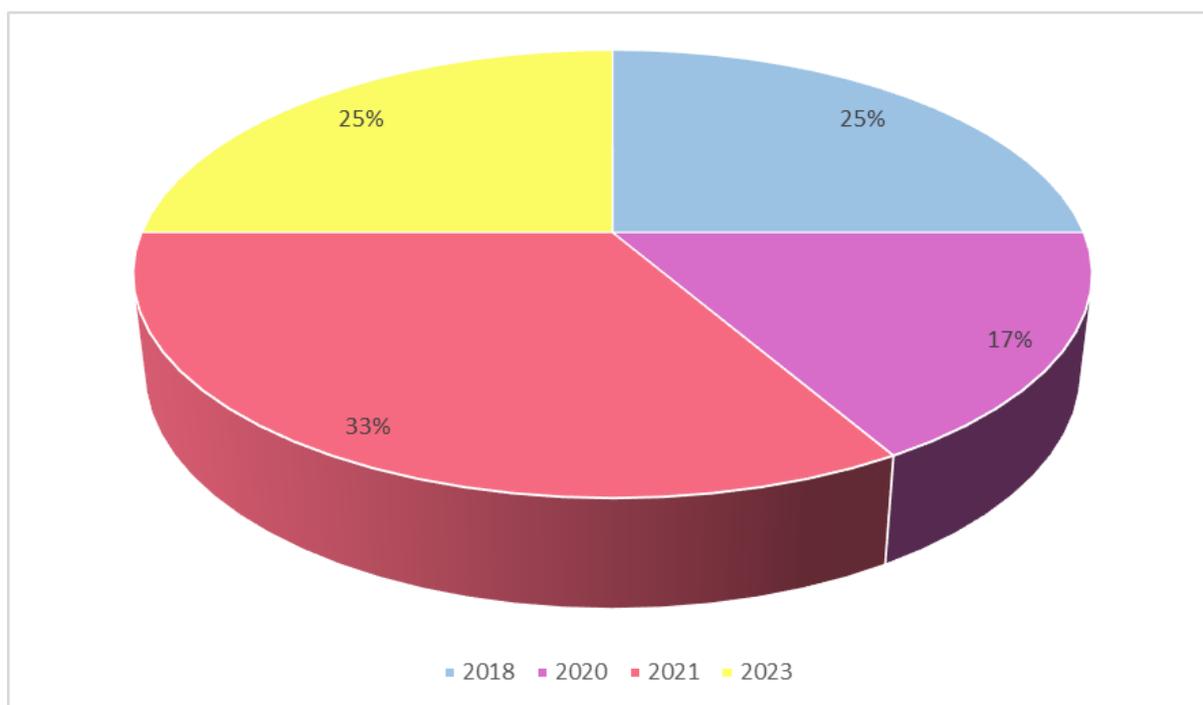


Fuente: elaboración propia.

4.2.4. Año de publicación

En función del año de publicación de la totalidad de los artículos incluidos en la revisión (n=12) encontramos que un 25% (n = 3) pertenecen al año 2018, un 16,7% (n = 2) han sido publicados en 2020. En cambio, un 33.3% (n = 4) se han publicado en 2021 y finalmente, un 25% (n = 3) corresponden al año 2023. Seguidamente en la figura 14 se muestra la distribución de los artículos de acuerdo con el año de publicación.

Figura 14. Gráfico de clasificación de los artículos incluidos en la revisión según año de publicación.

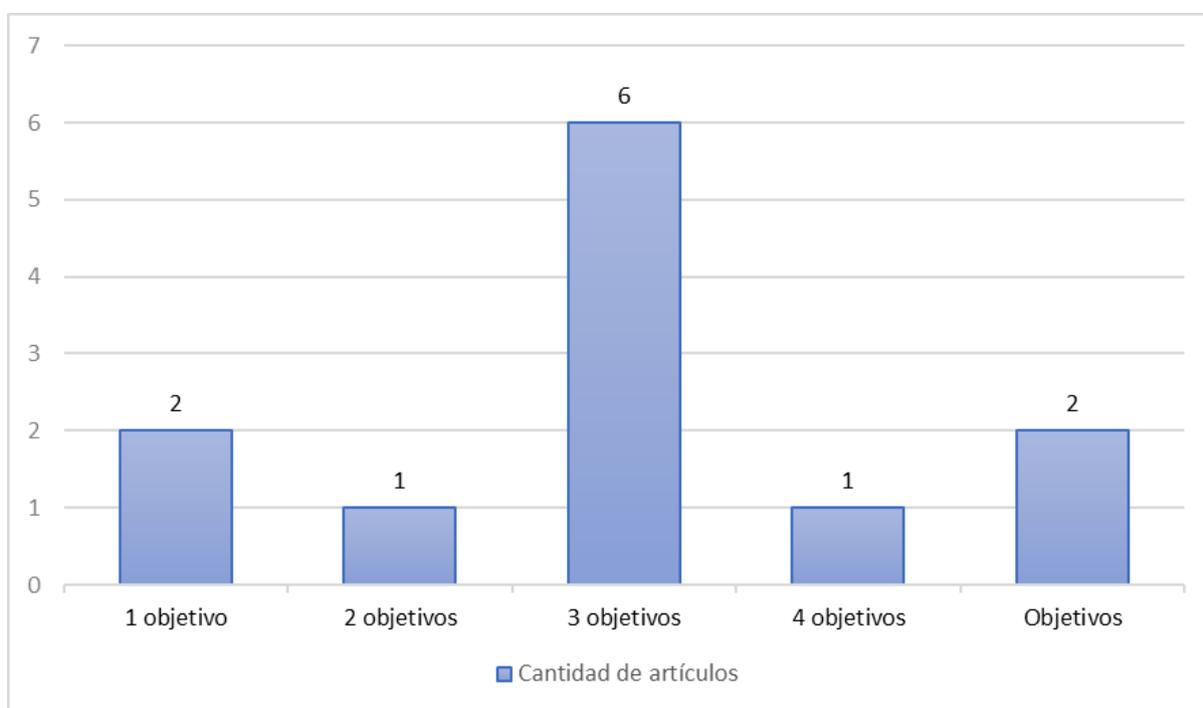


Fuente: elaboración propia.

4.2.5. Relación con los objetivos

Se han creado 5 grupos con el fin de clasificar los artículos incluidos en la revisión (n=12) en función de la cantidad de objetivos abordados en cada uno de ellos. En el grupo “1 objetivo” se han incluido aquellos artículos que solo abordan un objetivo, el grupo “2 objetivos” se incluyen los artículos que hablen sobre dos objetivos, en el grupo “3 objetivos” se han incluido los artículos que se ciñen a 3 objetivos, el grupo “4 objetivos” incorpora aquellos artículos que traten 4 objetivos. Por último, en el grupo “Objetivos” se han incluido todos los artículos que abordan los 5 objetivos. El 16.67% (n=2) se incluyen en el grupo “1 objetivo”, el 8,33% (n=1) pertenecen al grupo “2 objetivos”, el 50% (n=6) corresponden al grupo “3 objetivos”, el 8,33% (n=1) al grupo “4 objetivos” y el 16.67% (n=2) se incluyen en el grupo “Objetivos”. En la figura 15 se observa su distribución gráfica.

Figura 15. Gráfico de clasificación de los artículos incluidos según la relación con los objetivos.



Fuente: elaboración propia.

Para terminar el apartado de resultados, se han indicado algunas de las propiedades más considerables de cada uno de los artículos incluidos en esta revisión bibliográfica. El título, los autores, la base de datos, el tipo de estudio, el año de publicación, el área geográfica, la calidad metodológica y los objetivos. Se exponen a continuación en la tabla 7.

Tabla 7. Artículos incluidos en la revisión y algunas de sus propiedades.

ESTUDIO	AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN	BASE DE DATOS	TIPOS DE ESTUDIO	ÁREA GEOGRÁFICA	EVALUACIÓN DE CALIDAD METODOLÓGICA	OBJETIVOS
Suicide assessment and treatment in pediatric primary care settings	Sisler et al. (2020)	PubMed	Estudio cualitativo	América	CASPe: 9 = alta	Proporcionar a las enfermeras de atención primaria y salud conductual herramientas de detección y evaluación del riesgo de suicidio basadas en pruebas y las mejores prácticas para usarlas en encuentros centrados en el paciente con adolescentes con pensamientos o conductas suicidas.
Motivations for Suicide Attempts amongst Psychiatric Inpatients: Associations with Risk Factors and Recent Suicide Attempt Characteristics	Suzuki et al. (2021)	PubMed	Estudio de casos y controles	América	CASPe: 8 = alta	Informar los procedimientos de planificación de seguridad para prevenir futuras muertes por suicidio.

<p>Suicidal ideation and behaviour among community and health care seeking populations in five low- and middle-income countries: a cross-sectional study</p>	<p>Jordans et al. (2018)</p>	<p>PubMed</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>África y Oceanía</p>	<p>STROBE: 17 = alta</p>	<p>Determinar la prevalencia del comportamiento suicida no fatal dentro de las poblaciones comunitarias y de centros de salud en los países de ingresos bajos y medianos (LMIC)</p>
<p>Impact of a district mental health care plan on suicidality among patients with depression and alcohol use disorder in Nepal</p>	<p>Aldridge et al. (2020)</p>	<p>PubMed</p>	<p>Estudio de cohortes</p>	<p>Asia</p>	<p>CASPe: 9 = alta</p>	<p>Evaluar los servicios de salud mental para trastornos mentales comunes brindados por trabajadores de la salud no especializados ya que existe un vínculo entre los trastornos mentales y el riesgo de mortalidad por suicidio. Se pretende valorar el tratamiento de los trastornos mentales comunes con este enfoque con el fin de determinar si es una estrategia clave para reducir las tendencias suicidas.</p>
<p>Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review</p>	<p>McCabe et al. (2018)</p>	<p>PubMed</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Europa</p>	<p>CASPe: 8 = alta</p>	<p>Realizar una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones psicológicas breves para abordar los pensamientos y comportamientos suicidas en entornos de atención médica</p>

Self-injury and suicidal behavior in children and youth population: Learning from the pandemic	Vázquez et al. (2023)	PubMed	Revisión sistemática	Europa	CASPe: 9 = alta	Revisión narrativa de la situación actual del suicidio y las autolesiones en España. Estudio descriptivo de las conductas suicidas en urgencias pediátricas.
Interventions for self-harm in children and adolescents	Witt et al. (2021)	The Cochrane Library	Revisión sistemática	Oceanía	CASPe: 8 = alta	Evaluar los efectos de las intervenciones psicosociales o los agentes farmacológicos o los productos naturales para la autolesión (SH) en comparación con tipos de atención de comparación (p.ej. tratamiento habitual, atención psiquiátrica habitual, atención habitual mejorada, comparador activo, placebo, tratamiento farmacológico alternativo o una combinación de estos) para niños y adolescentes (hasta 18 años) que practican SH
Intervenciones psicosociales para el daño autoinfligido en adultos	Witt et al. (2021)	The Cochrane Library	Revisión sistemática	Oceanía	CASPe: 8 = alta	Evaluar los efectos de las intervenciones psicosociales para el daño autoinfligido (DAI) frente a tipos de atención de comparación (p.ej., tratamiento habitual, atención psiquiátrica habitual, atención habitual mejorada, comparador activo) en adultos (a partir de 18 años de edad) con DAI

<p>Intervenciones farmacológicas para el daño autoinfligido en adultos</p>	<p>Witt et al. (2021)</p>	<p>The Cochrane Library</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Oceanía</p>	<p>CASPe: 8 = alta</p>	<p>Evaluar los efectos de los agentes farmacológicos o los productos naturales para el DAI en comparación con tipos de tratamiento de comparación (p.ej., placebo o tratamiento farmacológico alternativo) en adultos (de 18 años o más) que se provocan autolesiones.</p>
<p>Suicidality, posttraumatic stress, and depressive reactions after earthquake and maltreatment: A cross-sectional survey of a random sample of 6132 chinese children and adolescents.</p>	<p>Tang, et al. (2018)</p>	<p>BVS</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>Asia</p>	<p>STROBE: 17 = alta</p>	<p>Este estudio tiene como objetivo examinar las relaciones entre diferentes tipos de exposición a terremotos, trauma infantil, psicopatología y tendencias suicidas</p>

<p>How to save a life: From neurobiological underpinnings to psychopharmacotherapies in the prevention of suicide</p>	<p>Gonda et al. (2023)</p>	<p>Science direct</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Europa</p>	<p>CASPe: 9 = alta</p>	<p>Analizar los antecedentes del comportamiento suicida, incluida su epidemiología, las correlaciones de edad y género, y su asociación con trastornos neuropsiquiátricos, así como su valoración clínica. También proporcionar una visión general de los antecedentes etiológicos, una descripción general crítica de las opciones de intervención actualmente disponibles para controlar y reducir el riesgo de suicidio, incluidas las modalidades psicoterapéuticas y las clases de medicamentos con efectos antisuicidas.</p>
<p>Exercise as a therapeutic modality for the prevention and treatment of depression</p>	<p>Blumenthal et al. (2023)</p>	<p>Science direct</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>América</p>	<p>CASPe: 8 = alta</p>	<p>Investigación para determinar si el ejercicio puede servir como una modalidad terapéutica potencial para TDM.</p>

Fuente: elaboración propia.

5. DISCUSIÓN

Con el fin de desarrollar un mejor análisis, se han establecido subapartados para dar respuesta a los objetivos anteriormente planteados.

5.1. Causas del suicidio en pacientes con depresión

Sisler et al. (17) destacan la importancia de conocer que la detección del riesgo de suicidio en un adolescente no aumenta la frecuencia de los pensamientos suicidas en los mismos.

Por otro lado, Vázquez et al. (18) mencionan la mayor frecuencia de los adolescentes y adultos jóvenes en relación con las conductas suicidas. Esto es debido al consumo de alcohol y otras sustancias, además de poseer acceso a armas de fuego.

5.2. Factores de riesgo del suicidio en pacientes con depresión

Sisler et al. (17), Suzuki et al. (19) y Gonda et al. (20) destacan como factor de riesgo el consumo de drogas y alcohol.

De igual modo, Sisler et al. (17) señalan, además, otros factores de riesgo del pensamiento y comportamiento suicida como son la victimización del acoso escolar, la identidad de género y la orientación sexual. Asimismo, Suzuki et al. (19) en su estudio de casos y controles, identifican también los intentos previos de suicidio y las autolesiones no suicidas como factores de riesgo. Gonda et al. (20) en su revisión sistemática, además del intento de suicidio previo, remarcan como factor de riesgo importante, el historial familiar de comportamiento suicida. Existe el factor interpersonal y el intrapersonal. El primero se ha relacionado con menor edad y abuso de alcohol, no obstante, estos pacientes tienen una menor intención de cometer el suicidio. Al contrario, el factor intrapersonal destaca por su mayor idea de morir, así como está vinculado a intentos previos de suicidios, mayor sintomatología depresiva y más eventos vitales negativos en los últimos 12 meses.

Por otro lado, Jordans et al. (21) en su estudio transversal, incluyen la edad joven, el sexo femenino, y un bajo nivel educativo.

En su revisión sistemática, McCabe et al. (22) incluyen también la edad joven como grupo de edad con más probabilidades de morir por suicidio siendo así la segunda causa principal de muerte entre las personas de 15 a 29 años. En cambio, esta autora destaca el sexo masculino como factor de riesgo, así como los países de bajos y medios ingresos.

Vázquez et al. (18) enfatizan en su revisión sistemática la complejidad de la conducta suicida ya que está asociado con factores de carácter biológico, psicológico, cultural y socioeconómico, destacando a su vez, su variación en el tiempo. Witt et al. (23,24) además de destacar también los factores de carácter biológico, psiquiátrico y cultural, añaden el genético y el social. Por otro lado, Gonda et al. (20) explican el desarrollo del suicidio como resultado de interacciones entre factores genéticos, biológicos, psicológicos, ambientales y sociales.

En relación con los niños y adolescentes, es común cuando hay problemas con los miembros de la familia y/o parejas. Antecedentes de abuso emocional, físico o social, así como el ciberacoso, está asociado con un riesgo relevante de la conducta suicida (23). De igual modo, Vázquez et al. (18) incluyen el abuso o violencia como exposición a situaciones de riesgo en estas edades, así como señala la etapa de la adolescencia como una población vulnerable ya que, en este período, los adolescentes se exponen a cambios físicos, emocionales y sociales.

La exposición personal o la representación del comportamiento suicida también puede aumentar el riesgo, así como los factores biológicos que alteran los sistemas serotoninérgicos y de respuesta al estrés (23). En cuanto a la edad adulta, destacan los mismos factores biológicos que en los niños adolescentes. Además, los factores psicológicos que aumentan más la vulnerabilidad en la adultez incluyen la dificultad para resolver problemas, baja autoestima, impulsividad, desesperanza y sensación de atrapamiento. Un historial de autolesión, trastorno del estado de ánimo y ansiedad, se atribuye a una mayor contribución al riesgo. De igual modo, el consumo de alcohol aumenta el riesgo de suicidio (24). Igualmente, Vázquez et al. (18) relacionan las conductas suicidas con la presencia de depresión junto al sexo femenino y antecedentes de intentos de suicidio previos.

Asimismo, Tang et al. (25) en su encuesta transversal, señalan la influencia de manera directa e indirecta en el riesgo del suicidio del abuso y la negligencia emocional a través de la

depresión. Los adolescentes mayores y el sexo femenino son más propensos a tener tendencias suicidas.

Gonda et al. (20) dividen los factores de riesgo en dos categorías, a nivel de población (o ambiental) y a nivel individual. El acceso a medios letales y el deficiente acceso a la atención médica pertenecen a la clasificación ambiental. La evidencia señala como factores de riesgo un reciente diagnóstico de enfermedad somática terminal o crónica, los eventos negativos a lo largo de la infancia, así como padecer algún tipo de enfermedad mental.

5.3. Tratamiento para la depresión

Sisler et al. (17) destacan la importancia de realizar cada año una evaluación formal de la depresión, además de interrogar para conocer la existencia de los factores de riesgo expuestos anteriormente, es decir, los trastornos de ánimos, victimización o perpetración del acoso escolar, consumo de drogas y alcohol orientación sexual y la identidad de género. Existen diversas intervenciones psicoterapéuticas como son la Terapia Conductual Dialéctica (DBT), la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y la Terapia interpersonal (IPT). Aun así, se ha hallado más modalidades: la terapia familiar, las terapias psicodinámicas y las intervenciones psicofarmacológicas. No obstante, hay que tener en cuenta que la sintomatología leve podría tener una respuesta óptima a la terapia, sin embargo, la clínica moderada o graves, precisen de la psicoterapia combinada con un antidepresivo.

Por otro lado, Blumenthal et al. (26) acentúan el valor de recetar el ejercicio como buen tratamiento para la depresión, aunque se recomienda usarlo con otras terapias implantadas como la TCC, la IPT y/o la farmacoterapia. Además, insisten en la importancia de realizar un seguimiento regular con el fin de reforzar las conductas del ejercicio en los pacientes para lograr que estos lo conviertan en un hábito.

Asimismo, Witt et al. (27), en su revisión sistemática, contemplan un claro efecto de la terapia conductual en la depresión, al menos a corto plazo.

Sin embargo, Witt et al. (23), en su revisión sistemática “Intervenciones para las autolesiones en niños y adolescentes” exponen que la Terapia Basada en la Mentalización (MBT) no tiene

ningún efecto aparente sobre la depresión, no obstante, refieren la disminución del nivel de depresión autoevaluada con una diferencia significativa a los 12 meses.

En cuanto a las intervenciones farmacológicas, Witt et al. (24) resaltan la importancia del tratamiento con los antidepresivos que estén relacionados con índices de mortalidad más bajos, sobre todo en individuos que tengan riesgo de suicidio. Aunque son fármacos utilizados para el tratamiento de la depresión mayor, estos pacientes pueden hacer uso de ellos para auto intoxicarse provocando así una sobredosis con su propia medicación. Los pacientes con depresión son predominantes a sufrir, a su vez, trastornos de ansiedad. Los ansiolíticos incluidas las benzodiazepinas y los no benzodiazepínicos también se pueden hacer uso con el fin de disminuir la conducta suicida. En cambio, en personas con riesgo de autolesión, se recomienda un uso cauteloso de las benzodiazepinas ya que tienen otros efectos como el aumento de la agresión y la desinhibición, por lo que están relacionados con un mayor riesgo de comportamiento suicida.

De todos modos, Blumenthal et al. (26) consideran el ejercicio como tratamiento adyuvante para complementar el tratamiento farmacológico.

Mientras que, Vázquez et al. (18) refieren la fomentación de la salud mental y la resiliencia mediante el aprendizaje de estrategias de afrontamiento que permitan a uno mismo enfrentarse a ciertas situaciones, tolerar la frustración, resolver conflictos o buscar y ofrecer ayuda.

A su vez, Blumenthal et al. (26) identifican la nutrición saludable, calidad de sueño, abstinencia tabáquica y actividad física como componentes que ayudan a mejorar la salud mental. La actividad física reduce los síntomas depresivos en las personas que padecen un TDM. Cuando esta actividad se lleva a cabo al aire libre puede todavía, mejorar los beneficios. El entrenamiento de resistencia, es decir, el ejercicio en el que se entrena la fuerza y la resistencia muscular también tiene un impacto beneficioso la salud mental.

Existe una variedad de beneficios psicológicos del ejercicio ya que favorece la autoestima y confianza propia debido a que promueve la autoeficacia y dominio en uno mismo. También proporciona un mayor sentido de esperanza, propósito y significado. La evidencia indica que el ejercicio ayuda a lidiar con el estrés, mejorar la calidad de vida, la neurocognición, la sensación

de bienestar y el sueño. Por todo esto, el ejercicio se considera una modalidad terapéutica eficaz para intervenir en la prevención y tratamiento de la depresión (26).

5.4. Herramientas para la identificación de un paciente con riesgo de suicidio

Sisler et al. (17) mencionan que cuando se realiza una evaluación psicosocial se tiene en cuenta una diversidad de factores de riesgo con ideación suicida. Existen diferentes cuestionarios, como es la *SSHADDESS* (por sus siglas en inglés) (anexo VI), el cual identifica los factores de riesgo y protección de cada individuo mediante ocho dominios. El cuestionario *SSHADDESS* incluye Fortalezas, Escuela, Hogar, Actividades, Uso de drogas/sustancias, Emociones/alimentación/depresión, Sexualidad y Seguridad. Otra herramienta para evaluar el riesgo suicida es la *Escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS)* (anexo VII). El *C-SSRS* valora la gravedad e intensidad de la ideación suicida, así como los intentos previos de suicidios y el comportamiento de autolesión no suicida (NSSI) con el fin de pronosticar posteriores intentos de suicidio en pacientes adolescentes y adultos jóvenes. *Evaluación y triaje de cinco pasos de Suicide Assessment* (anexo VIII) y el método *SLAP* (específico, letal, disponibles y proximidad, por sus siglas en inglés) son otros instrumentos utilizados con el mismo fin.

El *Cuestionario de salud del paciente (PHQ)* (anexo IX) es un formulario común utilizado en los consultorios de atención primaria para detectar el riesgo suicida. El personal de enfermería debe conocer que, para alcanzar una información más precisa en los cuestionarios, es importante llevar a cabo una evaluación individual ya que se creará un ambiente con más confianza al no estar influenciado por el familiar acompañante (17).

A su vez, hallan el papel importante que tiene enfermería en la detección y valoración del riesgo suicida ya que se sitúan en la primera línea de la atención clínica para la gran parte de la población infantil y adolescente. Haciendo uso de estas herramientas, se permite realizar una evaluación sistemática, a la vez que se utilizan estrategias cuyo objetivo es transmitir esperanza y compasión, practicar planes de seguridad y realizar una referencia óptima para la atención especializada. Es por esto por lo que los profesionales de enfermería pueden ayudar a salvar vidas (17).

Además, Vázquez et al. (18), insisten en la importancia del conocimiento que deben tener los profesionales de la salud acerca de los factores de riesgo para identificar las señales de alerta y poder prevenir el suicidio en estos individuos. Asimismo, incluyen el establecimiento de programas de formación para los profesionales de la educación, ya que la escuela es el lugar donde hay más posibilidad de detectar las conductas suicidas de esta población y así conseguir su prevención. Gonda et al. (20) también destacan la importancia de la formación del personal sanitario para detectar las amenazas del comportamiento suicida, sobre todo, en altos períodos de riesgo como puede ser a lo largo de los primeros meses tras el alta hospitalaria.

La evidencia de Suzuki et al. (19) señala la disminución de la muerte por causa suicida mediante la propagación de prevención universales, así como la disminución del acceso de métodos potencialmente mortales. Asimismo, destacan como predictor de muerte por suicidio tener antecedentes de intentos de suicidio, siendo los más vulnerables los pacientes dados de alta en un hospital psiquiátrico, dado que en ellos aumenta el riesgo del comportamiento suicida.

Jordans et al. (21), en su estudio transversal, exponen que una de las barreras que se presentan es la falta de asistencia de las personas con ideas suicidas a los servicios de atención primaria, por lo que se dificulta la detección de dichos casos. Con el fin de conseguir el registro de estos individuos, se puede llevar a cabo la búsqueda de casos a nivel comunitario mediante el contacto con personas cercanas a la persona con ideas suicidas.

McCabe et al. (22) y Witt et al. (24) coinciden en hacer uso de la *Escala para la ideación suicida de Beck* (anexo X) para identificar sujetos con ideación suicida. Esta escala permite valorar la intensidad de la intención suicida mediante el examen de distintos niveles de pensamientos o deseos autodestructivos (22). En cambio, Tang et al. (25), en su encuesta transversal, enfatizan el uso del *Cuestionario de Comportamientos Suicidas-Revisado (SBQ-R)* (anexo XI) para medir la ideación y comportamiento suicida. Este cuestionario tiene una puntuación total de entre 3 y 18 puntos, indicando las mayores o iguales a 7, un riesgo de suicidio clínicamente no significativo.

Por otro lado, Vázquez et al. (18) mencionan la aplicación de un cuestionario con fin de detección de síntomas depresivos que se ha propuesto para los niños de 13-14 años cuando estos

realicen una revisión periódica programada mediante el Programa Niño sano de Atención Primaria.

Mientras que, al contrario, Gonda et al. (20) refieren la inexistencia de herramientas adecuadas para realizar una óptima evaluación del riesgo de suicidio por lo que no se puede predecir el comportamiento suicida. A su vez, afirman que los individuos con pensamientos o intenciones suicidas no suelen manifestar dichos pensamientos en el transcurso de la entrevista clínica. Por este caso, para lograr una mayor eficacia, suscitan combinar dos o más herramientas de evaluación de riesgos con el juicio clínico o entrevista.

5.5 Estrategias para la prevención del suicidio en pacientes con depresión

Sisler et al. (17) enfatizan que enfermería tiene un papel importante en la prevención a nivel mundial y sistémico del suicidio ya que son profesionales que se encuentran en la primera línea de la atención clínica. Es por este motivo por el que el personal de enfermería tiene como importantes habilidades la evaluación y el manejo del suicidio, con el fin de poder evitar este suceso y, con ello, salvar vidas.

Los trastornos del estado de ánimo activos son considerados un factor de riesgo principal durante la adolescencia, por lo que una estrategia de prevención del suicidio es la detección de estos, así como realizar una evaluación acerca de la ideación suicida (17). Suzuki et al. (19) coincide en la detección de los síntomas depresivos como herramienta para prevenir el acto suicida.

Además del tratamiento se deben adjuntar instrucciones de seguridad, tanto para los pacientes como para los cuidadores. Dichas instrucciones incorporan las acciones de retirar armas de fuego y fármacos letales, disponer de planes de apoyo, tener acceso inmediato con la línea directa para la prevención del suicidio, así como el conocimiento por parte de los cuidadores en relación con el manejo de crisis (17). La evidencia de Suzuki et al. (19) y Jordans et al. (21) señalan como medio preventivo del comportamiento suicida el tratamiento de la depresión. Además, Suzuki et al. (19) añade el tratamiento individualizado y medidas de planificación de la seguridad para conseguir una prevención e intervención más efectivas de la conducta suicida.

Por otra parte, la evidencia de Sisler et al. (17) indica el incremento de riesgo a largo plazo de los jóvenes tras la hospitalización a causa del aumento de la estigmatización y aislamiento, la pérdida de autoestima y esperanza para el futuro, impacto negativo en la alianza al tratamiento y mayor riesgo de abandono escolar.

Los hallazgos de Aldridge et al. (28) señalan que los trabajadores de atención primaria, al tratar la depresión de acuerdo con las pautas del programa de Acción para la Brecha de Salud Mental (mhGAP), favorecen a los pacientes ya que aceleran las reducciones en la ideación suicida.

En las personas que sufren depresión, proporcionar un bienestar general mediante la reducción de los síntomas clínicos y la mejora de la funcionalidad, es una estrategia para reducir la tendencia suicida. Intervenciones farmacológicas especialmente para la depresión, intervenciones basadas en la familia y la comunidad, así como la restricción del acceso a medio letales son actuaciones con efecto positivo para la prevención del suicidio (28).

McCabe et al. (22) destacan la eficacia de las intervenciones psicológicas breves para reducir la depresión, el suicidio y los intentos de suicidio. Estas se basan en tres elementos comunes: la información sobre la crisis suicida, la planificación de seguridad y establecer un contacto de seguimiento junto con distintos grados de información psicológica. Los pacientes realizan un número menor de intentos de suicidio, no obstante, todavía pueden tener ideas suicidas.

La evidencia de McCabe et al. (22) señala el objetivo de *El Programa de Intervención Corta de Intento de Suicidio (ASSIP)* que consiste en conseguir una menor tasa de intentos de suicidio debido a una mejor alianza terapéutica en sesiones de contacto cara a cara y la realización de un seguimiento por los mismos profesionales, de tal manera que aumenta la relación paciente-profesional. Gonda et al. (20) consideran, de igual modo, que ASSIP reduce el riesgo de la reincidencia de intento de suicidio.

En los LMIC, la información, los consejos prácticos y la señalización, ya sea realizada por profesionales de medicina, enfermería o psicología, son intervenciones que reducen el número de muertes por suicidio. En cambio, en los países con un servicio de salud mental más desarrollado, las intervenciones que disminuyen estos casos son las técnicas psicológicas en las

cuales los pacientes pueden motivarse para el cambio y establecer estrategias de seguridad facilitadas por médicos o terapeutas formados (22).

Vázquez et al. (18) señalan algunas competencias que se pueden aprender con el fin de prevenir el comportamiento suicida: las habilidades sociales y resolución de problemas, desarrollar y comprender el valor de la empatía, el respeto a la variedad, tolerar la frustración, la regulación emocional y la resiliencia. Asimismo, aminorar los factores de riesgo y desencadenantes, también tiene un gran beneficio en la disminución de las conductas suicidas.

La evidencia de Witt et al. (23) señala la DBT como terapia que disminuye la reiteración de autolesión tras la intervención. A su vez, indican que resultados de la DBT en adolescentes en relación con la mejora de la depresión, la desesperanza y la ideación suicida a corto plazo y añaden, además, la evaluación terapéutica como herramienta que permite mejorar el cumplimiento del tratamiento. En cuanto a los adultos, Witt et al. (23) y Gonda et al. (20) comparten la misma idea en relación con la psicoterapia basada en la TCC individual ya que consideran que es una de las intervenciones con más efectividad para la prevención del suicidio.

Asimismo, Witt et al. (27), en su revisión sistemática “Intervenciones psicosociales para el daño autoinfligido en adultos”, reflejan la psicoterapia en la TCC basada en el individuo, la MBT y la psicoterapia de regulación de emociones como estrategias para aminorar la repetición de autolesión. Del mismo modo, la evidencia de Gonda et al. (20) concuerda con las intervenciones de la TCC individual, DBT y MBT con el propósito de reducir la repetición de autolesiones.

Además, la psicoterapia basada en la TCC está relacionada con el beneficio en la depresión, desesperanza y en la ideación suicida. La MBT y la psicoterapia de regulación de emociones también tienen efectos positivos en la depresión (27).

En cuanto a la reducción de la frecuencia de autolesiones repetidas, encuentran como estrategias la DBT, la MBT y la terapia psicodinámica (27). Gonda et al. (20) coincide con la MBT y su función en relación con la reducción de la frecuencia de autolesiones. A su vez, Gonda et al. (20) indican que la IPT, centrada en las dificultades interpersonales presentes, los conflictos, los déficits y su conexión con la depresión es una estrategia con fin de reducción de la ideación suicida, al igual que las terapias psicodinámicas.

De igual modo, Witt et al. (24), en su revisión sistemática “Intervenciones farmacológicas para el daño autoinfligido en adultos”, encuentran fármacos con efectos positivos en la depresión, los estabilizadores del estado de ánimo. Se trata del litio, un fármaco efectivo para la depresión y la prevención del suicidio. Es utilizado para prevenir la recurrencia de episodios del trastorno de ánimo, además de tener el objetivo de aminorar el riesgo de autolesión, ya que dicho medicamento permite disminuir la impulsividad y la agresión por medio de la serotonina. Gonda et al. (20) coincide de igual modo con el efecto del litio para el manejo y tratamiento del comportamiento y la conducta suicida en pacientes con depresión debido a sus efectos antiagresivos.

Witt et al. (24) y Gonda et al. (20) destacan otro agente farmacológico con efecto antisuicida, la ketamina. Está relacionada con una reducción de la gravedad a corto plazo de la idea suicida en los adultos que padecen Depresión Resistente al Tratamiento (TRD) ya que posee un efecto de disminución de los síntomas depresivos. Asimismo, resaltan el tratamiento de la ketamina intravenosa y la esketamina intranasal como complemento de las intervenciones psicosociales optimizando así la terapia antidepresiva, lo que resulta muy beneficioso para los pacientes que padecen un TDM.

Del mismo modo, Gonda et al. (20) observan como los fármacos psicotrópicos tradicionales tienen características antisuicidas en pacientes con trastornos psiquiátricos que están en relación con el riesgo de suicidio.

Tang et al. (25) reflejan la necesidad de realizar un seguimiento continuo y a largo plazo de la conducta suicida, con fin de detectar el riesgo y prevenir el suicidio. A su vez, destacan la importancia de la implementación de programas de prevención en las escuelas, enfocadas especialmente a los adolescentes y las intervenciones específicas capacitadas según el género y fase del ciclo vital.

Se pudo observar cómo Gonda et al. (20) señalan las intervenciones psicoterapéuticas como estrategias utilizadas para prevenir el suicidio.

6. LIMITACIONES

Tras todo lo comentado hasta el momento, es necesario mencionar las limitaciones que se han detectado en toda revisión integradora, ya que se deben tener en cuenta en relación con la interpretación de los resultados.

Cuando se decidió llevar a cabo esta revisión de la literatura, se aspiraba a identificar estrategias beneficiosas para prevenir el suicidio en pacientes con depresión. Se intentó realizar las búsquedas con todas las palabras clave establecidas a través de distintas estrategias de búsqueda en las diversas bases de datos. Como resultado, se obtuvieron una gran cantidad de artículos, sin embargo, no alcanzaban los objetivos establecidos.

Una de las principales limitaciones ha sido debido a que la mayoría de los artículos no ofrecen la evidencia suficiente en relación con la evaluación y seguimiento a largo plazo tras recibir intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas con objetivo de prevención del suicidio.

En relación con la evaluación de los agentes farmacológicos, existe poca evidencia acerca de los efectos adversos, tanto a corto como a largo plazo que estos pueden ocasionar en el paciente. Asimismo, es necesario indicar la escasa literatura científica en relación con el uso de nuevos fármacos más modernos y menos tóxicos.

También es importante señalar la inexistencia de factores de riesgo de suicidio confiables y específicos, así como de herramientas predictivas de precisión para identificar a las personas en riesgo.

Todos los artículos encontrados e incluidos en la revisión sugieren futuras investigaciones en este ámbito en vista de la insuficiente evidencia. Del mismo modo, tampoco hay evidencia disponible en torno a qué intervención sería la más adecuada. Es por ello por lo que se necesitan más estudios con el propósito de alcanzar de una manera más amplia la relación de los factores de riesgo y las conductas suicidas en los pacientes que padecen depresión, así como las intervenciones que resulten más efectivas en ellos.

7. CONCLUSIONES

Con respecto al primer objetivo específico, se conoce el abuso de alcohol y otras sustancias, además del el acceso a armas de fuego como causas que amenazan el riesgo del suicidio. Hay que tener en cuenta que un adolescente no aumenta su pensamiento suicida cuando se le detecta el riesgo.

En relación con el segundo objetivo específico, se han encontrado muchos factores de riesgo suicida en individuos que padecen depresión. Dichos factores son el consumo de drogas y alcohol, ser víctima de acoso escolar y de abuso emocional ya sea físico o social, la identidad de género y la orientación sexual. Tener antecedentes de intento de suicidio y autolesiones no suicidas también son factores de riesgo a considerar, así como el historial familiar de comportamiento suicida. Los individuos de edad joven, sexo femenino y un bajo nivel educativo son la población más vulnerable, a la vez que los individuos que recientemente han sido diagnosticados de enfermedad terminal o padecen alguna enfermedad mental. Algunos factores psicológicos son la dificultad para resolver problemas, ansiedad, baja autoestima, impulsividad, desesperanza y sensación de fracaso.

Referente al tercer objetivo específico, es fundamental señalar la importancia de la evaluación anual de la depresión y de la realización de entrevistas con el fin de identificar la existencia de los factores de riesgo. Las terapias psicológicas, farmacológicas y el ejercicio, especialmente al aire libre, son tratamientos que ayudan a mejorar la clínica de la depresión. Otros componentes beneficiosos para la salud mental son la nutrición saludable, la calidad de sueño y la abstinencia tabáquica.

Con referencia al cuarto objetivo específico, existe una variedad de cuestionarios para identificar un individuo con riesgo suicida, como la *SSHADESS*, la *C-SSRS*, la *evaluación y triaje de cinco pasos de suicide Assessment*, el método *SLAP*, el *PHQ*, la *Escala para la ideación suicida de Beck*, el *SBQ-R*. Además, para que el paciente no se sienta influenciado por el acompañante y poder realizar una respuesta más precisa, es necesario que la evaluación sea de manera individual. El personal sanitario debe estar formado para identificar los factores de

riesgo, las señales de alerta y las amenazas del comportamiento suicida, con el objetivo de prevenir el acto suicida en estos individuos.

Para finalizar, en cuanto al objetivo principal, hay que destacar el papel que tiene la enfermería para poder localizar individuos en riesgo y prevenir el suicidio. La detección de los factores de riesgo y síntomas depresivos, así como el tratamiento de la depresión son estrategias que favorecen la prevención del suicidio. Hay que establecer instrucciones de seguridad, tanto para los pacientes que lo sufren como para los cuidadores, a la vez que hay que proporcionarles un bienestar general a través de la reducción de los síntomas clínicos y la mejora de la funcionalidad. También hay que tener en cuenta la farmacoterapia, las intervenciones psicológicas y el aprendizaje competencias que permitan prevenir el comportamiento suicida. Los fármacos más utilizados para disminuir la incidencia son el litio, la ketamina intravenosa y la esketamina intranasal.

Aun así, se requiere que futuras líneas de investigación se centren más en la identificación de factores de riesgo confiables, herramientas predictivas para reconocer pacientes en riesgo y en intervenciones óptimas que permitan reducir los sucesos de suicidio por depresión en la población.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. TERAPIA INTERPERSONAL GRUPAL PARA LA DEPRESIÓN. 2016 [citado el 15 de mayo de 2023]; Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55786/OPSNMHHMH220004_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Coryell W. Trastornos depresivos - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2021 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
3. Historia de la depresión [Internet]. [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.quimica.es/enciclopedia/Historia_de_la_depresi%C3%B3n.html
4. SOM Salud Mental 360. Factores de riesgo de la depresión [Internet]. 2023 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.som360.org/es/libro/trastornos-depresivos/factores-riesgo>
5. OMS. Depresión [Internet]. 2023 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. INE. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población adulta según sexo, país de nacimiento y grupo de edad. Población de 15 y más años. [Internet]. [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p04/&file=02010.px>
7. INE. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años. [Internet]. [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=47663>
8. Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. suicidio | Definición | [Internet]. 2022 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/suicidio>
9. Castellvi-Obiols P, Piqueras Rodríguez JA. El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir [Internet]. 2018 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf

10. Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio. El suicidio desde la mirada histórica; orígenes del estigma y el tabú [Internet]. 2021 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://papageno.es/el-suicidio-desde-la-mirada-historica>
11. Legido Gil T, Baca García E, Delgado D, Hilario G, Fontecilla B. CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA UTILIZANDO CUESTIONARIOS PSICOMÉTRICOS TESIS DOCTORAL 2012. 2012 [citado el 15 de mayo de 2023]; Disponible en: https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS_2012_TERESA_LEGIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Alejandra Fuente S. El suicidio en cifras, informe de la OMS [Internet]. 2021 [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.infocop.es/viewarticle/?articleid=18251>
13. INE. Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de defunción, sexo y edad. [Internet]. [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=55327>
14. Isometsä E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why? *Can J Psychiatry* [Internet]. 2014 Mar [citado el 15 de mayo de 2023];59(3):120. Disponible en: [/pmc/articles/PMC4079239/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2479239/)
15. Materiales – Redcaspe [Internet]. [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://redcaspe.org/materiales/>
16. STROBE - Fortalecimiento de la notificación de estudios observacionales en epidemiología [Internet]. [citado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.strobe-statement.org/>
17. Sisler SM, Schapiro NA, Nakaishi M, Steinbuchel P. Suicide assessment and treatment in pediatric primary care settings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* [Internet]. 2020 Nov 1 [citado el 15 de mayo de 2023];33(4):187. Disponible en: [/pmc/articles/PMC7666006/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33466006/)
18. Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García Cruz JM, Bonet de Luna C, Notario Herrero F, et al. Self-injury and suicidal behavior in children and youth population: Learning from the pandemic. *An Pediatr (Engl Ed)* [Internet]. 2023 Mar

- [citado el 15 de mayo de 2023];98(3):204–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36842881/>
19. Suzuki T, Comtois KA, Dickens H, Bagge CL. Motivations for Suicide Attempts amongst Psychiatric Inpatients: Associations with Risk Factors and Recent Suicide Attempt Characteristics. *Psychiatry Res* [Internet]. 2021 Jan 1 [citado el 15 de mayo de 2023];295:113574. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33261921/>
 20. Gonda X, Dome P, Serafini G, Pompili M. How to save a life: From neurobiological underpinnings to psychopharmacotherapies in the prevention of suicide. *Pharmacol Ther* [Internet]. 2023 Apr 1 [citado el 15 de mayo de 2023];244:108390. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163725823000542>
 21. Jordans M, Rathod S, Fekadu A, Medhin G, Kigozi F, Kohrt B, et al. Suicidal ideation and behaviour among community and health care seeking populations in five low- and middle-income countries: a cross-sectional study. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2018 Aug 1 [citado el 15 de mayo de 2023];27(4):393. Disponible en: </pmc/articles/PMC5559346/>
 22. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018 May 3 [citado el 15 de mayo de 2023];18(1). Disponible en: </pmc/articles/PMC5934886/>
 23. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2021 Mar 7 [citado el 15 de mayo de 2023];2021(3). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013667.pub2/full>
 24. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, et al. Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2021 Jan 10 [citado el 15 de mayo de 2023];2021(1). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013669.pub2/full>
 25. Tang W, Zhao J, Lu Y, Zha Y, Liu H, Sun Y, et al. Suicidality, posttraumatic stress, and depressive reactions after earthquake and maltreatment: A cross-sectional survey of a random sample of 6132 chinese children and adolescents. *J Affect Disord* [Internet].

- 2018 May 1 [citado el 15 de mayo de 2023];232:363–9. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-29510354>
26. Blumenthal JA, Rozanski A. Exercise as a therapeutic modality for the prevention and treatment of depression. *Prog Cardiovasc Dis* [Internet]. 2023 Feb 26 [citado el 15 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033062023000142>
27. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2021 Apr 22 [citado el 15 de mayo de 2023];2021(4). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013668.pub2/full>
28. Aldridge LR, Garman EC, Luitel NP, Jordans MJD. Impact of a district mental health care plan on suicidality among patients with depression and alcohol use disorder in Nepal. *PLoS One* [Internet]. 2020 [citado el 15 de mayo de 2023];15(4). Disponible en: [/pmc/articles/PMC7138320/](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233220)

9. ANEXOS

Anexo I. Plantilla CASPe para evaluar una revisión sistemática.



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica

10 preguntas para ayudarte a entender una revisión

Comentarios generales

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace la lectura crítica de una revisión:

¿Son válidos esos resultados?

¿Cuáles son los resultados?

¿Son aplicables en tu medio?

- Las 10 preguntas de las próximas páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos aspectos. Las dos primeras preguntas son preguntas "de eliminación" y se pueden responder rápidamente. Sólo si la respuesta es "sí" en ambas, entonces merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En *itálica* y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las preguntas. Están pensadas para recordarte por que la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!
- Estas 10 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al, Users' Guides to The Medical Literature, VI How to use an overview. (JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371)

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

1

Esta plantilla debería citarse como:
Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados ("outcomes") considerados. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</p> <p><i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se dirige a la pregunta objeto de la revisión. - Tiene un diseño apropiado para la pregunta. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas detalladas

<p>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><i>PISTA: Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué bases de datos bibliográficas se han usado. - Seguimiento de las referencias. - Contacto personal con expertos. - Búsqueda de estudios no publicados. - Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés. 	
<p>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</i></p>	
<p>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados de los estudios eran similares entre sí. - Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados. - Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados. 	

B/ ¿Cuáles son los resultados?

6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?

PISTA: Considera

- Si tienes claro los resultados últimos de la revisión.
- ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado).
- ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).

7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?

PISTA:

Busca los intervalos de confianza de los estimadores.

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</i> - <i>Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</i> 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>

Fuente: Critical Appraisal Skills Programme Español.

Anexo II. Plantilla CASPe para evaluar un estudio cualitativo.



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe
Leyendo críticamente la evidencia clínica

**10 preguntas para ayudarte a entender
un estudio cualitativo**

Comentarios generales

- Esta herramienta ha sido creada para aquéllos que no estén familiarizados con la investigación cualitativa ni sus perspectivas teóricas. Presenta varias preguntas que tratan, en líneas generales, algunos de los principios o supuestos que caracterizan la investigación cualitativa. *No es una guía categórica* y se recomienda una lectura más exhaustiva.
- Se consideran tres aspectos generales para la valoración de la calidad de un estudio cualitativo:
 - Rigor: hace referencia a la congruencia de la metodología utilizada para responder la pregunta de investigación.
 - Credibilidad: hace referencia a la capacidad que tienen los resultados de representar el fenómeno de estudio desde la subjetividad de los participantes.
 - Relevancia: hace referencia a la utilidad de los hallazgos en la práctica (evidencia cualitativa).
- Las dos primeras preguntas se pueden responder rápidamente y son preguntas “de eliminación”. Sólo si la respuesta es “sí” en ambas preguntas, merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- En *itálica* y debajo de las preguntas, encontrarás una serie de pistas para contestar las mismas. Estas indicaciones están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. Anota la justificación de tu respuesta en el espacio indicado. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Esta plantilla debería citarse como:

Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuademo III. p.3-8.

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Es congruente la metodología cualitativa?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio. - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.). 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas “de detalle”

<p>4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio. 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -El ámbito de estudio está justificado. -Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.). -Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación). - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello. 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

<p>6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <p>-Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la formulación de la pregunta de investigación. - En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. <p>- Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.).</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>
<p>7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <p>- Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El consentimiento informado. - La confidencialidad de los datos. - El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia). <p>- Si se ha solicitado aprobación de un comité ético.</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>8 ¿Fue el <i>análisis</i> de datos suficientemente riguroso?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso. - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos. - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos). - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Es clara la exposición de los resultados?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación. - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible. - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas. - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none">-El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica.- Se identifican líneas futuras de investigación.-El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos.			

Fuente: Critical Appraisal Skills Programme Español.

Anexo III. Plantilla CASPe para evaluar un estudio de Casos y Controles.



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe
Leyendo críticamente la evidencia clínica

11 preguntas para ayudarte a entender un estudio de Casos y Controles

Comentarios generales

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace lectura crítica de un estudio de Casos y Controles:

¿Son válidos los resultados del estudio?

¿Cuáles son los resultados?

¿Pueden aplicarse en tu medio?

Las 11 preguntas contenidas en las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos temas.

- Las dos primeras preguntas son “de eliminación” y pueden contestarse rápidamente. Sólo si la respuesta a estas dos preguntas es afirmativa, merece la pena continuar con las restantes.
- Hay un cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En la mayoría de las preguntas se te pide que respondas “sí”, “no” o “no sé”.
- En *itálica* y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las preguntas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

1

Esta plantilla debería citarse como:
Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Estudio de Casos y Controles. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.13-19.

A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

Preguntas de eliminación

<p>1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población estudiada. - Los factores de riesgo estudiados. - Si el estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial. 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </p>
<p>2 ¿Los autores han utilizado un método apropiado para responder a la pregunta?</p> <p><i>PISTA: Considerar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Es el estudio de Casos y Controles una forma adecuada para contestar la pregunta en estas circunstancias? (¿Es el resultado a estudio raro o perjudicial?). - ¿El estudio está dirigido a contestar la pregunta? 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas de detalle

<p>3 ¿Los casos se reclutaron/incluyeron de una forma aceptable?</p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar sesgo de selección que pueda comprometer la validez de los hallazgos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Los casos se han definido de forma precisa? - ¿Los casos son representativos de una población definida (geográfica y/o temporalmente)? - ¿Se estableció un sistema fiable para la selección de todos los casos? - ¿Son incidencia o prevalencia? - ¿Hay algo "especial" que afecta a los casos? - ¿El marco temporal del estudio es relevante en relación a la enfermedad/exposición? - ¿Se seleccionó un número suficiente de casos? - ¿Tiene potencia estadística? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4 ¿Los controles se seleccionaron de una manera aceptable?</p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar sesgo de selección que pueda comprometer la generalizabilidad de los hallazgos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Los controles son representativos de una población definida (geográfica y/o temporalmente)? - ¿Hay algo "especial" que afecta a los controles? - ¿Hay muchos no respondedores? ¿Podrían ser los no respondedores de alguna manera diferentes al resto? - ¿Han sido seleccionados de forma aleatorizada, basados en una población? - ¿Se seleccionó un número suficiente de controles? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

<p>5 ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</p> <p><i>PISTA: Estamos buscando sesgos de medida, retirada o de clasificación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Se definió la exposición claramente y se midió ésta de forma precisa? - ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas? - ¿Las variables reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir? (han sido validadas). - ¿Los métodos de medida fueron similares tanto en los casos como en los controles? - ¿Cuando fue posible, se utilizó en el estudio cegamiento? - ¿La relación temporal es correcta (la exposición de interés precede al resultado/variable de medida)? 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>
<p>6</p> <p>A. ¿Qué factores de confusión han tenido en cuenta los autores?</p> <p><i>Haz una lista de los factores que piensas que son importantes y que los autores han omitido (genéticos, ambientales, socioeconómicos).</i></p> <p>B. ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial de los factores de confusión en el diseño y/o análisis?</p> <p><i>PISTA: Busca restricciones en el diseño y técnica, por ejemplo, análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad para corregir, controlar o ajustar los factores de confusión.</i></p>	<p>Lista:</p> <hr/> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

7 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?

PISTA:

- ¿Cuáles son los resultados netos?
- ¿El análisis es apropiado para su diseño?
- ¿Cuán fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (mira los odds ratio (OR))?
- ¿Los resultados se han ajustado a los posibles factores de confusión y, aun así, podrían estos factores explicar la asociación?
- ¿Los ajustes han modificado de forma sustancial los OR?

8 ¿Cuál es la precisión de los resultados?

¿Cuál es la precisión de la estimación del riesgo?

PISTA:

- Tamaño del valor de P.
- Tamaño de los intervalos de confianza.
- ¿Los autores han considerado todas las variables importantes?
- ¿Cuál fue el efecto de los individuos que rechazaron el participar en la evaluación?

<p>9 ¿Te crees los resultados?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¡Un efecto grande es difícil de ignorar! - ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión? - ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles? - Considera los criterios de Bradford Hills (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica). 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
--	---

¿Merece la pena continuar?

C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

<p>10 ¿Se pueden aplicar los resultados a tu medio?</p> <p>PISTA: Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. - ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>11 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</p> <p>PISTA:</p> <p>Considera toda la evidencia disponible: Ensayos Clínicos aleatorizados, Revisiones Sistemáticas, Estudios de Cohorte y Estudios de Casos y Controles, así como su consistencia.</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

Fuente: Critical Appraisal Skills Programme Español.

Anexo IV. Plantilla CASPe para evaluar un estudio de cohortes.



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe
Leyendo críticamente la evidencia clínica

11 preguntas para ayudarte a entender un estudio de cohortes

Comentarios generales

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace lectura crítica de un estudio de Cohortes:

¿Son válidos los resultados del estudio?

¿Cuáles son los resultados?

¿Pueden aplicarse a tu medio?

Las 11 preguntas contenidas en las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos temas.

- Las dos primeras preguntas son “de eliminación” y pueden contestarse rápidamente. Sólo si la respuesta a estas dos preguntas es afirmativa, merece la pena continuar con las restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En *itálica* y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Esta plantilla debería citarse como:
Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.23-27.

1

A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

Preguntas de eliminación

<p>1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población estudiada. - Los factores de riesgo estudiados. - Los resultados "outcomes" considerados. - ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?</p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿La cohorte es representativa de una población definida? - ¿Hay algo "especial" en la cohorte? - ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte? - ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas de detalle

<p>3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas? - ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir? - ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)? - ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento? - ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos? - ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?</p> <p><i>PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión. <p>Lista:</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

<p>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</i> - <i>Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</i> - <i>En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</i> 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>B/ ¿Cuáles son los resultados?</p>	
<p>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</p> <p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>¿Cuáles son los resultados netos?</i> - <i>¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</i> - <i>¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</i> 	
<p>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</p>	

C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

<p>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión? - ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles? <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </p>
<p>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </p>
<p>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. - ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio? 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO </p>
<p>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</p>	

Fuente: Critical Appraisal Skills Programme Español.

Anexo V. STROBE para evaluar un estudio transversal.

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses

Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Fuente: STROBE.

Anexo VI. Cuestionario SSHADESS.

Examples of key questions you might ask in a SSHADESS screening are included below. Positive or concerning responses will require a deeper level of questioning than the level included here. Strategies to explore each area are discussed in the chapters specific to that area.

- **Strengths.** *What do you like doing? How would you describe yourself? Tell me what you're most proud of? How would your best friends describe you?*
- **School.** *What do you enjoy most about school? Least? How many days have you missed or had to be excused early or arrived late to school? How are your grades? Any different from last year? Do you feel like you are doing your best at school? (If no) Why not? What's getting in the way? Do you feel safe on the way to school and in school? Do you participate in gym class? What would you like to do when you get older?*
- **Home.** *Who do you live with? Any changes in your family? Could you talk with anyone in your family if you were stressed? Who would you go to first?*
- **Activities.** *Are your friends treating you well? Do you have a best friend or adult you can trust outside your family? Are you still involved in the activities you were doing last year? What kind of things do you do just for fun? Are you spending as much time with your friends as you used to?*
- **Drugs and substance use.** *Do any of your friends talk about smoking cigarettes, vaping, taking drugs, or drinking alcohol? Do you smoke cigarettes? Drink alcohol? Have you tried sniffing glue, smoking weed, or using pills or other drugs? If and when you smoke, drink, or get high, how does it make you feel or what does it do for you?*
- **Emotions, eating, and depression.** *Have you been feeling stressed? Do people get on your nerves more than they used to? Are you feeling more bored than usual? Do you feel nervous a lot? Have you been having trouble sleeping lately? (If yes) What kind of trouble? Would you describe yourself as a healthy eater? Have you been trying to gain or lose weight? Tell me why. Have you been feeling down, sad, or depressed? Have you thought of hurting yourself or someone else? Have you ever tried to hurt yourself?*
- **Sexuality.** *Are you attracted to anyone? Tell me about that person. (Using gender-neutral language) Are you comfortable with your sexual feelings? Are you attracted to guys, girls, both, or neither? What kind of things have you done sexually? Kissing? Touching? Oral sex? Have you ever had sexual intercourse? Have you enjoyed it? What kind of steps do you take to protect yourself? Have you ever been worried that you could be pregnant? Have you ever been worried about or had a sexually transmitted infection?*
- **Safety.** *Are there a lot of fights at your school? Do you feel safe at school? Is there bullying? Have you been bullied? Do you carry weapons? What kind of things makes you mad enough to fight? Has anyone ever touched you physically or sexually when you didn't want them to? (Abuse is asked in the context of safety, not sexuality.) Does your boyfriend, girlfriend, or partner get jealous? (Jealousy is an early sign of controlling, potentially abusive relationships.) Do you ever get into fights with your boyfriend, girlfriend, or partner? Physical fights? Have you ever seen people in your family or home hurt each other? Say mean things? Throw things or hit each other?*

Fuente: Ginsburg KR et al.

COMPORTAMIENTO SUICIDA <i>(Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)</i>	Desde la última visita
<p>Intento real: Un acto potencialmente autolesivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir <i>como resultado del mismo</i>. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay <i>cualquier</i> intención o deseo de morirse asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. No es necesario que haya alguna herida o daño, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.</p> <p>¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir? ¿Qué hiciste? ¿Te hiciste daño a propósito? ¿Porqué hiciste eso? ¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida? ¿Querías morirte (aunque fuera un poco) cuando tú _____? ¿Estabas tratando de dejar de vivir cuando tú _____? ¿O pensaste que era posible que podrías haber muerto por _____? ¿O lo hiciste por otras razones puramente, en absoluto no para poner fin a tu vida o matarte (como para sentirte mejor, o para obtener que suceda algo)? (Comportamiento autolesivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describe:</p> <p>¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida?</p> <p>¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo, con intención desconocida?</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos _____</p> <p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Intento interrumpido: Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo (<i>si no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i>). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero le impiden ingerirlas. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntando hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcar: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo o alguien la detiene. ¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero alguien o algo te detuvo antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste? Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos interrumpidos _____</p>
<p>Intento abortado: Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa. ¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero cambiaste de idea (te detuviste) antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste? Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos abortados _____</p>
<p>Actos o comportamiento preparatorios: Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida). ¿Has hecho algo para estar listo/a para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), como regalar cosas, escribir una nota de despedida, obtener las cosas que tú necesitas para matarte? Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Suicidio consumado:</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
	Fecha del intento más letal: _____
<p>Grado de letalidad y lesiones: 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de un vaso sanguíneo importante). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización <i>médica</i> y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización <i>médica</i> con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte</p>	Ingrese código _____
<p>Letalidad potencial: conteste solamente si la letalidad real = 0 Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: puso una pistola dentro de su boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica, se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).</p> <p>0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible</p>	Ingrese código _____

Fuente: Posner et al.

Anexo VIII. Evaluación y triaje de cinco pasos de Suicide Assessment.

- 1 Identifique factores de riesgo**
Tome en cuenta aquellos que pueden ser modificados para reducir el riesgo
- 2 Identifique factores protectores**
Tome en cuenta aquellos que puedan ser potenciados para reducir el riesgo
- 3 Indague sobre conductas suicidas**
Pensamientos suicidas, planes, comportamientos e intentos
- 4 Determine el nivel de riesgo/intervención**
Determine el riesgo. Elija la conducta apropiada para abordar y reducir el riesgo
- 5 Registre**
Valoración del riesgo, justificación, intervención y seguimiento

La valoración del riesgo suicida debe hacerse en el primer contacto, ante cualquier comportamiento suicida subsiguiente, el aumento de la ideación suicida o cualquier cambio clínico que lo amerite. En pacientes internados se debe hacer antes de cualquier cambio en el nivel de cuidados y previo al alta.

1 Factores de riesgo

Comportamiento suicida: historia de intentos previos, intentos de suicidio frustrados o comportamiento autolesivo.

Presencia o antecedentes de trastornos psiquiátricos: especialmente trastornos del humor, trastornos psicóticos, abuso de alcohol/sustancias, trastorno por déficit atencional con hiperactividad, traumatismo intracraneal, trastorno por estrés post traumático, trastornos de personalidad del grupo B (antisocial, límite, narcisista, histriónico), trastornos de conducta (conductas antisociales, agresividad, impulsividad).

La comorbilidad y el reciente comienzo de la enfermedad aumentan el riesgo.

Síntomas clave: anhedonia, impulsividad, desesperanza, ansiedad/pánico, insomnio, comando alucinatorio.

Antecedentes familiares: de suicidio, intentos o trastornos psiquiátricos que hayan requerido hospitalización.

Factores precipitantes/estresores/vínculos: eventos desencadenantes humillantes, vergonzosos o desesperanzadores (por ej.: ruptura de relación, pérdida de estatus financiero o de salud, real o anticipado). Enfermedad médica en curso. Disturbios familiares/caos. Historia de abuso físico o sexual. Aislamiento social.

Cambios en el tratamiento: alta de hospital psiquiátrico, cambio en el proveedor de la atención.

Acceso a armas de fuego u otros métodos potencialmente letales.

2 Factores protectores

Los factores protectores, aún presentes, pueden no contrarrestar el riesgo agudo.

Internos: capacidad de afrontamiento del estrés, creencias religiosas, tolerancia a frustraciones.

Externos: responsabilidad por niños o mascotas queridas, relaciones terapéuticas positivas, soporte social.

3 Indagación de conducta suicida

Interrogatorio específico sobre pensamientos, planes, comportamientos, intencionalidad

Ideación suicida: frecuencia, intensidad, duración en las últimas 48 hs., el último mes y en el peor momento.

Plan: momento, lugar, letalidad, disponibilidad, actos preparatorios.

Comportamientos: intentos anteriores, intentos frustrados, ensayos (como probar nudos, cargar armas) versus conductas auto lesivas, no suicidas.

Intencionalidad: grado en que el paciente: 1) espera llevar a cabo el plan y 2) cree en la potencia del método letalidad versus daño. Explorar ambivalencia: razones para morir versus razones para vivir.

En jóvenes: preguntar a sus referentes socioafectivos sobre evidencias de pensamientos suicidas, planes o conductas, cambios en el humor, comportamiento o disposición.

Indagar ideas homicidas: cuando esté indicado sobre todo en trastornos del carácter o en personalidades paranoides espacialmente en hombres lidiando con pérdidas o humillación. Indague en las 4 áreas listadas arriba.

4 Nivel de riesgo/intervención

- La evaluación del nivel de riesgo está basada en el juicio clínico, una vez completados los pasos 1 a 3.
- Revaloración en la medida que las circunstancias ambientales o del paciente cambien.

NIVEL DE RIESGO	FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES	SUICIDALIDAD	POSIBLES INTERVENCIONES
ALTO	Trastornos psiquiátricos con síntomas severos, o eventos agudos precipitantes; con escasa presencia de factores protectores	Intento de suicidio potencialmente letal, ideación persistente con firme intención o ensayo suicida	La internación está generalmente indicada salvo que un cambio significativo reduzca el riesgo. Tomar medidas de precaución para la conducta suicida.
MODERADO	Múltiples factores de riesgo, pocos factores protectores	Ideación suicida con plan, pero no intento o comportamiento	La internación puede ser necesaria dependiendo de los factores de riesgo. Desarrollar un plan para la crisis. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis
BAJO	Factores de riesgo modificables y fuertes factores protectores	Pensamientos de muerte sin plan, intención o comportamiento	Derivación a tratamiento ambulatorio, reducción de síntomas. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis

(Este cuadro está previsto para representar un rango de niveles de riesgo e intervenciones, no para tomar determinaciones específicas)

5 Registro

Registrar: nivel de riesgo y justificación, plan de tratamiento a implementar para la reducción del riesgo actual (por ej.: restringir el acceso a medios letales, lugar de atención, medicación, psicoterapia, contacto con referentes familiares, consulta). Para jóvenes el plan de tratamiento debe incluir el rol de los padres/cuidadores.

Fuente: Ministerio de salud pública.

Anexo IX. Cuestionario de salud del paciente (PHQ).

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)				
Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un "□" para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING <u>0</u> + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____				
Si marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tanta <u>dificultad</u> le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?				
No ha sido difícil □	Un poco difícil □	Muy difícil □	Extremadamente difícil □	

Fuente: Spitzer et al.

Anexo X. Escala para la ideación suicida de Beck.

I. Circunstancias objetivas	
1. <i>Aislamiento</i>	0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i>	0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i>	0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i>	0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i>	0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i>	0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i>	0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i>	0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)
II. Autoinforme	
9. <i>Propósito supuesto del intento</i>	0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i>	0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i>	0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. <i>Seriedad del intento</i>	0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. <i>Actitud hacia el vivir/morir</i> 0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir
14. <i>Concepción de la capacidad de salvamento médico</i> 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
15. <i>Grado de premeditación</i> 0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento
III. Circunstancias subjetivas
16. <i>Reacción frente al intento</i> 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento
17. <i>Preconcepciones de la muerte</i> 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte
18. <i>Número de intentos de suicidio previos</i> 0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más
19. <i>Relación entre ingesta de alcohol e intento</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
20. <i>Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

Fuente: A. T. Beck, et al.

Anexo XI. Cuestionario de Comportamientos Suicidas-Revisado (SBQ-R).

Versión al castellano del Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised en adolescentes

Instrucciones:

Por favor elija la opción en la hoja de respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

1. ¿Alguna vez has pensado o intentado quitarte la vida?

1. Nunca
2. Fue un pensamiento breve
3. Tuve un plan para matarme pero no lo intenté
4. Tuve un plan para matarme pero realmente no quería morir
5. Intenté suicidarme, pero no quería morir
6. Intenté suicidarme, y realmente esperaba morir

2. ¿Con qué frecuencia pensaste en suicidarte el año pasado?

1. Nunca
2. Raramente (1 vez)
3. Algunas veces (2 veces)
4. A menudo (3-4 veces)
5. Muy a menudo (5 veces o más)

3. ¿Alguna vez has dicho a alguien que podrías suicidarte o que podrías hacerlo?

1. No
2. Sí, una vez, pero realmente no quería morir
3. Sí, una vez, y realmente quería morir
4. Sí, más de una vez, pero no quería hacerlo
5. Sí, más de una vez, y realmente quería hacerlo

4. ¿Cómo de probable es que intentes suicidarte algún día?

0. Nunca
1. Ninguna posibilidad en absoluto
2. Más bien improbable
3. Improbable
4. Probable
5. Bastante probable
6. Muy probable

Intentos en el pasado (int) = el número de la opción seleccionada en el ítem 1

Frecuencia (frec) = el número de la opción seleccionada en el ítem 2

Amenaza (ame) = el número de la opción seleccionada en el ítem 3

Probabilidad (prob) = el número de la opción seleccionada en el ítem 4

Comportamientos suicidas total = int+frec+ame+prob _____

Fuente: L. Rey Peña et al.