Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD

MINISTERIO DE SANIDAD
RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
guiasalud.es
Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud
acis
AXENCIA DE COÑECEMENTO EN SAÚDE

Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS
MINISTERIO DE SANIDAD

MINISTERIO DE SANIDAD
Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud
guíasalud.es Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud
acis Agencia de Conocimiento en Salud

Autoría: Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. (Ver Anexo I)

Edición: 2020
Editores: Ministerio de Sanidad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS).
NIPO: 133-20-037-9
Depósito legal: C 1042-2020
Maquetación: Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.
https://doi.org/10.46995/gpc_481

Este documento ha sido realizado por la Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t, de la Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS) en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad, para el desarrollo de las actividades del Plan anual de Trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS de 14 de octubre de 2019 (conforme al Acuerdo del Consejo de Ministros de 13 de diciembre de 2019).

Información dirigida a profesionales sanitarios.

Para citar este informe:
Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS. Ministerio de Sanidad. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2020. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

MINISTERIO DE SANIDAD
Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud
guiasalud.es Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud
acis Axencia de Coñecemento en Saúde

Índice

1. Introducción 9

2. Objetivos 11

3. Metodología 13

3.1. Creación del grupo de revisión de la guía 13

3.2. Proceso de revisión de la guía 13

3.3. Decisión 15

4. Resultados 17

4.1. Resultados de la búsqueda bibliográfica 17

4.2. Principales resultados del cuestionario de consulta a expertos 18

4.3. Priorización de áreas clínicas y análisis del impacto de la nueva evidencia 22

4.4. Revisión de otras áreas incluidas en la GPC 25

5. Conclusiones 29

6. Bibliografía 31

Anexos 33

Anexo 1. Grupo de trabajo 35

Anexo 2. Estrategias de búsqueda bibliográfica para la localización de GPC y revisiones sistemáticas sobre conducta suicida 41

Anexo 3. Cuestionario de consulta a expertos para la revisión de la GPC 2012 45

Anexo 4. Estudios excluidos 51

Anexo 5. Tablas de análisis de impacto de la nueva evidencia 61

Anexo 6. Declaración de interés 107

Indice de tablas

Tabla 1: Tasa de respuesta a cada una de las preguntas del cuestionario 18

Tabla 2: Sugerencias de los expertos en los dominios del cuestionario 20

Tabla 3: Referencias seleccionadas y potencial impacto en las recomendaciones 23

Indice de figuras

Figura 1: Diagrama de flujo de selección de estudios. 17

1. Introducción

El suicidio representa un grave problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo y una tendencia ascendente a nivel global (1-3). En España el suicidio se sitúa como la primera causa de muerte no natural desde el año 2008, por encima de los accidentes de tráfico (4), y los datos también sugieren una tendencia ascendente (5). Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2018 se produjeron 3.539 muertes por suicidio (2619 en varones y 920 en mujeres) (6). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada suicidio consumado, hay muchas más personas que intentan suicidarse cada año. Un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en población general (1).

Además de su importancia desde el punto de vista epidemiológico, las implicaciones de la conducta suicida son devastadoras para los propios pacientes y sus familias, que se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico (1).

Es por ello de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución y prevención de la conducta suicida. La OMS destaca la importancia de que desde los sistemas sanitarios se incorpore la prevención del suicido como un aspecto central, y que se pongan en marcha los mecanismos para una identificación temprana y manejo eficaz (1). En España, la Estrategia de Salud Mental elaborada para el periodo 2009-2013 (7), contemplaba entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo. La propuesta de actualización de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (actualmente en elaboración) incluye la prevención del suicidio como una de las líneas estratégicas más relevantes.

Además, en los últimos años, la mayor parte de comunidades autónomas han puesto en marcha planes específicos de prevención del suicidio, han desarrollado programas o procesos, o han incluido acciones de preventivas como líneas enmarcadas en sus planes de salud mental.

La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (8) se publicó en 2012, formando parte del Programa de Guías en el SNS. El propósito de esta guía era contribuir a reducir la variabilidad de la práctica clínica y mejorar la atención y prevención de la conducta suicida, ayudando a la toma de decisiones de los profesionales sanitarios y de los pacientes y familiares.

El tiempo transcurrido desde su publicación, la nueva evidencia publicada y la prioridad del problema, hacen relevante su revisión. El objetivo de este informe es documentar el procedimiento para la revisión de la Guía de Práctica Clínica (GPC) y los principales resultados y conclusiones del grupo de trabajo.

2. Objetivos

El objetivo de este trabajo es determinar si las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida publicada en el año 2012, continúan vigentes y decidir si es necesaria la actualización de alguna de sus partes. Además de las recomendaciones, también se revisan la vigencia de otros contenidos clínicos relevantes como algoritmos diagnóstico-terapéuticos, información para pacientes, indicadores de calidad y recomendaciones de investigación futura.

3. Metodología

La metodología que se ha empleado para la revisión de la GPC es la que se recoge en el documento "Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico" (9).

Las principales fases del procedimiento se describen a continuación.

3.1. Creación del grupo de revisión de la guía

Se seleccionó a profesionales que habían participado en el grupo de trabajo de la GPC 2012, teniendo en cuenta el perfil profesional y las áreas clínicas abordadas (Anexo 1).

Además, se envió un cuestionario de consulta a expertos a las principales sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

3.2. Proceso de revisión de la guía

3.2.1. Mapeo de las preguntas clínicas

Se realizó un documento que relacionaba las preguntas clínicas con las recomendaciones, que fue empleado como herramienta de trabajo para el grupo.

3.2.2. Identificación y selección de nueva evidencia

Para identificar nueva evidencia relevante, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática restrictiva (de GPC y revisiones sistemáticas) (Anexo 2).

Se seleccionaron todas aquellas revisiones sistemáticas con metodología adecuada y con períodos de búsqueda posteriores al 2012, que contestaban a las preguntas de la GPC o que abordaban cuestiones fuera del alcance de la guía, pero relevantes desde el punto de vista del grupo de trabajo. También se incluyeron GPC y documentos de consenso de expertos.

La búsqueda se complementó con referencias bibliográficas obtenidas a través del cuestionario de consulta a expertos. A través de esta estrategia se incluyeron todos los estudios (independientemente de su diseño) y documentos publicados posteriormente a la GPC base y que podían aportar

información en las diferentes áreas clínicas. Se excluyeron revisiones narrativas y estudios no específicos sobre conducta suicida.

3.2.3. Priorización de preguntas

El objetivo de esta etapa fue analizar las preguntas clínicas de la GPC previa y decidir cuáles era necesario priorizar para su revisión y decisión sobre su actualización.

Se emplearon los siguientes criterios explícitos para la priorización:

- Relevancia para la práctica clínica.
- Volumen y patrón de publicaciones incluido en la guía original, así como el volumen y patrón de publicaciones esperado.
- Inclusión de recomendaciones débiles que puedan reflejar implícitamente o explícitamente un carácter de provisionalidad.
- Disponibilidad de recursos.

3.2.4. Evaluación del impacto de la nueva evidencia y opinión de expertos

El objetivo de esta etapa fue valorar la necesidad de modificar las recomendaciones para mantener su vigencia. Para ello se valoró si la nueva evidencia identificada podría conllevar cambios significativos en las preguntas clínicas (pacientes, intervención, comparadores o desenlaces de interés) o en sus recomendaciones debidos a modificaciones de uno o varios de los factores que influyen en la formulación de las mismas (por ejemplo, calidad de la evidencia, balance entre beneficios y daños, importancia de los desenlaces de interés, uso de recursos y costes, equidad, aceptabilidad o factibilidad).

Las referencias bibliográficas identificadas se clasificaron en pertinentes, relevantes o clave:

- Referencias pertinentes: referencias relacionadas con el tema de interés y con un diseño de estudio adecuado para responder a la pregunta clínica.
- Referencias relevantes: referencias pertinentes que se pueden utilizar para actualizar una recomendación pero que no necesariamente desencadenan una modificación por sí mismas.
- Referencias clave: referencias relevantes que potencialmente podrían conllevar una modificación de las recomendaciones por sí mismas.

Se llevó a cabo un análisis basado en criterios cualitativos para la clasificación de las referencias.

También se tuvieron en cuenta las sugerencias de los expertos contactados a través de las principales sociedades científicas y asociaciones de pacientes. Para ello se empleó el cuestionario propuesto para su uso en las guías del programa de GPC en el SNS (Anexo 3). Los expertos designados por las organizaciones contactadas enviaron su valoración de la guía entre los meses de julio y diciembre de 2019. Se realizó un análisis cuantitativo (porcentajes) de las respuestas cerradas y un análisis cualitativo (temático) de las respuestas abiertas.

3.3. Decisión

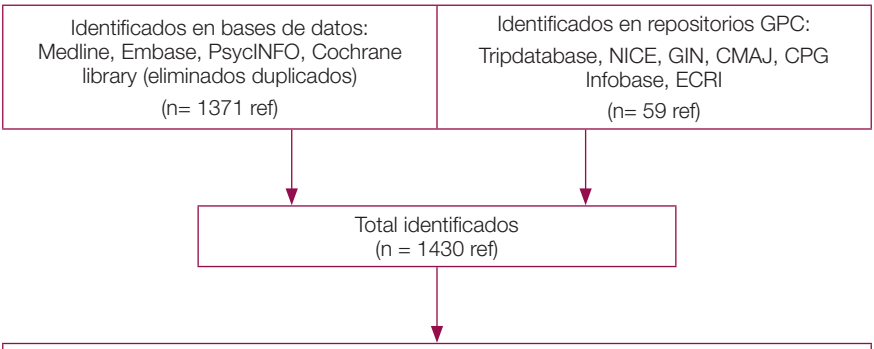
Una vez procesadas y clasificadas las referencias bibliográficas identificadas, el grupo de trabajo consensuó si las recomendaciones de las diferentes áreas clínicas estaban vigentes o necesitaban ser revisadas, teniendo en cuenta también la información obtenida en los cuestionarios de consulta a expertos.

4. Resultados

4.1. Resultados de la búsqueda bibliográfica

Se obtuvieron un total de 1430 referencias bibliográficas que fueron cribadas según título y resumen para valorar su evaluación a texto completo. Se seleccionaron 508 referencias para su valoración a texto completo, que se clasificaron en sus correspondientes áreas clínicas. También se seleccionaron aquellas que podrían ser nuevas áreas clínicas o que pudiesen ser relevantes para la valoración de la vigencia de la GPC.

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios



Total seleccionados (evaluación a texto completo): n= 508 ref	
Factores de riesgo: 218	Formación: 1
Evaluación: 18	Cribado: 1
Atención Primaria: 6	Infancia-adolescencia: 81
Urgencias: 4	Mayores: 22
Especializada generales: 2	Otros grupos de riesgo: 30
Psicoterapia: 21	Postvención: 11
Fármacos: 26	Programas clínicos: 1
Programas de prevención: 7	Nuevas áreas clínicas: 25
Factores protectores: 3	Otra bibliografía relevante: 11
Medios letales: 10	GPC, recomendaciones y documentos de consenso: 6
Medios comunicación: 4	

Las referencias finalmente seleccionadas por área clínica se muestran en el punto 3.3 y en el Anexo 5. Las referencias excluidas y los motivos de exclusión se presentan en el Anexo 4.

4.2. Principales resultados del cuestionario de consulta a expertos

Para la revisión de la GPC 2012, cumplimentaron el cuestionario una serie de expertos propuestos por sociedades científicas (n=15) y asociaciones de pacientes (n=4), con conocimientos y experiencia en el ámbito de la prevención del suicidio. Los participantes completaron un cuestionario con 11 preguntas de tres opciones de respuesta (Sí, No, No sabe/No contesta) y 4 preguntas de respuestas abiertas, cada una de las cuales iba seguida de un apartado para añadir las especificaciones que se estimasen oportunas.

4.2.1. Valoración de la GPC 2012

Las preguntas y la tasa de cada una de las respuestas se presentan en la tabla a continuación. Dos de los expertos no completaron el cuestionario y enviaron un documento con sus aportaciones, por lo tanto, en el análisis de datos se han incluidos las respuestas de 17 participantes (tabla 1).

Tabla 1. Tasa de respuesta a cada una de las preguntas del cuestionario

Pregunta	Respuesta		
	Sí	No	NS/NC
1. ¿Conoce nuevos aspectos que la guía no aborda y que debería incluir?	**70.6%**	29.4%	0%
2. ¿Conoce nuevos estudios relevantes publicados en relación con la eficacia de las intervenciones incluidas en la guía?	**64.7%**	23.5%	11.8%
3. ¿Conoce algún aspecto relevante en relación a la seguridad de las intervenciones incluidas en la guía?	17.6%	**58.8%**	23.5%
4. ¿Sabe si ha habido algún cambio en la forma en que los pacientes o el público general valoran los desenlaces de interés de las intervenciones incluidas en la guía?	**41.2%**	35.3%	23.5%
5. ¿Sabe de nuevos estudios publicados sobre la valoración que los pacientes o el público general asignan a los desenlaces de interés de las intervenciones incluidas en la guía?	17.6%	35.3%	**47.1%**

6. ¿Sabe si ha habido algún cambio en el uso de recursos y costes de las intervenciones incluidas en la guía (por ejemplo, finalización de la patente de un medicamento)?	**58.8%**	17.6%	23.5%
7. ¿Sabe de nuevas evaluaciones económicas publicadas sobre las intervenciones incluidas en la guía (por ejemplo, análisis de coste-efectividad)?	17.6%	35.3%	**47.1%**
8. ¿Sabe si ha habido algún cambio en la equidad debido a la implementación de las intervenciones incluidas en la guía?	17.6%	29.4%	**52.9%**
9. ¿Sabe si ha habido algún cambio en la aceptabilidad de las intervenciones incluidas en la guía entre los grupos de interés?	**35.3%**	29.4%	**35.3%**
10. ¿Sabe si ha habido algún cambio en la factibilidad de la implementación de las intervenciones incluidas en la guía?	41.2%	23.5%	35.3%
11. ¿Sabe de proyectos de investigación que estén en curso —aunque sus resultados no hayan sido publicados— que sean relevantes y que estén relacionados con cualquiera de los aspectos previos incluidos en el cuestionario	23.5%	23.5%	52.9%
Información adicional			
12. ¿Considera que el documento sigue siendo relevante (clínicamente y para el sistema nacional de salud)?	**100%**	0%	0%
13. ¿Las preguntas y las recomendaciones siguen abordando necesidades actuales?	**100%**	0%	0%
14. ¿Le consta la existencia de Guías de Práctica Clínica actuales u otros documentos basados en la evidencia científica a tener en cuenta para esta actualización?	**75%**	12.5%	12.5%
15. ¿Conoce evidencia que contradiga alguna recomendación, de forma que su aplicación pueda causar daños o llevar a un tratamiento innecesario?	**0%**	100%	0%

Abreviaturas: NS/NC: no sabe, no contesta.

En la tabla 2 se recogen las sugerencias de los expertos para cada uno de los dominios evaluados.

Tabla 2. Sugerencias de los expertos en los dominios del cuestionario

Dominio	Sugerencia
Alcance y objetivos	– Actualizar factores de riesgo – Considerar uso de TICS (APP) – Profundizar en hipótesis explicativas del suicidio y relación con implicaciones en el tratamiento. – Incluir actuación por parte de los servicios de emergencias – Profundizar en población adolescente, considerando actuaciones concretas en el ámbito educativo – Grupos de riesgo (personas LGBTI, personas con trastornos psicóticos)
Eficacia de las intervenciones	– Considerar intervenciones recomendadas en marcos generales de prevención (por ejemplo, documentos OMS) – Ampliar información sobre programas en ámbito educativo – Incluir nuevos fármacos (esketamina, ketamina, buprenorfina) – Revisar evidencia sobre intervenciones colaborativas entre niveles asistenciales y modelos organizativos – Considerar nuevas opciones de tratamientos psicológicos, intervenciones psicosociales y de autoayuda. – Revisar evidencia sobre plan de seguridad
Seguridad de las intervenciones	-
Valoración de los desenlaces	-
Uso de recursos y costes	– Valorar coste-efectividad de las intervenciones psicológicas
Equidad	– Valorar la existencia de posible variabilidad en el acceso a las intervenciones psicológicas – Valorar la existencia de posible variabilidad relacionada con la formación a los profesionales
Aceptabilidad	– Mejorar aceptabilidad de los pacientes de las intervenciones psicológicas – Mejorar aceptabilidad de los pacientes de las intervenciones basadas en internet – Demanda por parte de pacientes y profesionales de programas de prevención
Factibilidad	– Importancia de los recursos en los servicios de salud mental – Explorar la factibilidad de la implementación de intervenciones psicosociales y basadas en nuevas tecnologías

Proyectos de investigación en curso	– Intervenciones de autoayuda en Internet para reducir la ideación suicida – Programas de apoyo (de pares) para adultos con alto riesgo de suicidio
Relevancia de la GPC	– Necesidad de implementar la GPC y trabajar en documentos de actuación, implicando a atención primaria – Trabajar en líneas antiestigma – Considerar ampliación del ámbito de aplicación de la GPC – Identificar y mejorar las dificultades de implementación de la GPC
Abordaje de necesidades actuales	– Potenciar las terapias psicológicas – Garantizar la atención a familiares y allegados tras un suicidio – Mejorar la coordinación de niveles asistenciales – Seguir modelos interdisciplinares y comunitarios – Ofrecer información para pacientes más accesible – Mejorar la formación de los profesionales sanitarios
Evidencia que contradiga alguna recomendación	-
Información adicional	– Abordar de forma específica las autolesiones en población infanto-juvenil – Perfilar el rol de enfermería de salud mental – Revisar evidencia sobre intervenciones encaminadas a reducir el estigma y humanización de los servicios – Priorizar la implementación de las estrategias universales de prevención – Considerar programas de prevención que están siendo evaluados en diferentes CCAA

Abreviaturas: APP: Aplicación informática (del inglés application), CCAA: Comunidades Autónomas, GPC: Guía de Práctica Clínica, TICS: Tecnologías de Información y Comunicaciones, OMS: Organización Mundial de la Salud.

4.2.2. Referencias bibliográficas adicionales obtenidas a través del cuestionario de consulta a expertos.

Se obtuvieron un total de 136 referencias bibliográficas adicionales a través del cuestionario de consulta a expertos. Una vez eliminados los duplicados, se revisó el título y resumen de 111 referencias y se excluyeron 15 referencias por no cumplir con los criterios de inclusión predefinidos (ver lista de estudios excluidos en Anexo 4). Los 97 estudios restantes fueron valorados en sus respectivas áreas clínicas junto con las referencias identificadas a través de la búsqueda bibliográfica (ver punto 5.3).

4.3. Priorización de áreas clínicas y análisis del impacto de la nueva evidencia

4.3.1. Priorización de áreas clínicas

Teniendo en cuenta la relevancia para la práctica clínica y la prevención del suicidio en otros ámbitos, y el volumen y patrón de publicaciones, el grupo de trabajo decidió revisar todas las preguntas clínicas de la guía, menos las relacionada con los factores de riesgo, precipitantes y protectores.

Esta decisión fue tomada debido a que las preguntas clínicas relacionadas con los factores de riesgo, precipitantes y protectores no incluían recomendaciones en la guía previa y al importante volumen de evidencia identificado (n=230 referencias en el primer cribado de la búsqueda bibliográfica). Además, en un análisis preliminar (basado en el análisis de títulos y resúmenes) no se identificaron cambios relevantes con respecto a los factores considerados en la GPC de 2012.

4.3.2. Análisis del impacto de la nueva evidencia

Ninguna de las GPC identificadas tenía un alcance y objetivos similares a la guía a revisar, por lo tanto, fueron consideradas en el análisis de las preguntas correspondientes junto con las revisiones sistemáticas.

En la tabla 3 se presentan las referencias identificadas y su clasificación (en referencias pertinentes, relevantes o clave), o procedentes del cuestionario de consultas a expertos (CCE), potencial impacto en las recomendaciones y probabilidad de que nueva evidencia impacte en las recomendaciones. En el Anexo 5 se presentan las tablas en las que se detalla el análisis y valoración del grupo de trabajo.

Tabla 3. **Referencias seleccionadas y potencial impacto en las recomendaciones**

Área clínica	Referencias seleccionadas y clasificación*	Potencial impacto en las recomendaciones		Áreas en las que es más probable que nueva evidencia impacte en las recomendaciones a corto-medio plazo (3-5 años)
		Sí	No	
Evaluación y tratamiento				
Evaluación del riesgo de suicidio	Referencias relevantes: n= 12 CCE: n=3		✓	
Evaluación y manejo en atención primaria	Referencias pertinentes: n=3 Referencias relevantes: n=1 CCE: n=1		✓	
Evaluación y manejo en el servicio de urgencias	Referencias pertinentes: n=3 Referencias relevantes: n=1 CCE: n=1		✓	
Intervenciones psicoterapéuticas	Referencias relevantes: n=12 CEE: 10		✓	✓
Tratamiento farmacológico	Referencias relevantes: n=22 CCE: n=4		✓	✓
Terapia electroconvulsiva	-		✓	
Aspectos preventivos				
Medidas generales de prevención de la conducta suicida	Referencias pertinentes: n=6 Referencias relevantes: n=14 CCE: 9		✓	✓
Cribado de riesgo de suicidio	Referencias relevantes: n=2 CCE: n=1		✓	
Conducta suicida en la infancia y la adolescencia	Referencias relevantes: n=39 CCE: n=2		✓	✓

Conducta suicida en personas mayores	Referencias relevantes: n=11 CCE: n=1		✓	
Conducta suicida en otros grupos de riesgo	Referencias relevantes; n=7 CCE: n=1		✓	
Intervenciones en familiares, allegados y profesionales tras un suicidio	Referencias relevantes: n=3 CCE: n=3		✓	✓
Programas clínicos de intervención en España	CCE: 21		✓	

Abreviaturas: CCE: referencias obtenidas en el cuestionario de consulta a expertos.

*Referencias pertinentes: relacionadas con el tema de interés y con un diseño de estudio adecuado para responder a la pregunta clínica; referencias relevantes: referencias pertinentes que se pueden utilizar para actualizar una recomendación pero que no necesariamente desencadenan una modificación por sí mismas; referencias clave: referencias relevantes que se considera que potencialmente podrían conllevar una modificación de las recomendaciones por sí mismas.

Las referencias identificadas a través de la búsqueda bibliográfica y la consulta a expertos se han clasificado como pertinentes o relevantes (relacionadas con el tema de interés o referencias pertinentes que se pueden utilizar para actualizar una recomendación pero que no necesariamente desencadenan una modificación por sí mismas) y globalmente apoyan las recomendaciones emitidas por el grupo de trabajo en el 2012.

En cuanto al tratamiento farmacológico, están siendo investigadas nuevas alternativas farmacológicas en el contexto de la depresión mayor resistente (ketamina y esketamina), pero desde el punto de vista del grupo de trabajo el estado de la evidencia científica y regulatorio (en el caso de la ketamina sería un uso *off-label,* y la esketamina acaba de ser aprobada recientemente por la *European Medicine Agency* siendo su indicación la depresión mayor resistente (10)) hacen prematuro en este momento su consideración en la GPC. Será preciso disponer de la suficiente evidencia sobre efectividad comparada y seguridad a largo plazo para valorar cuál puede ser el papel de estos fármacos en la prevención del suicidio en la depresión mayor resistente.

En cuanto a los tratamientos psicológicos, también están siendo investigadas nuevas modalidades (por ejemplo, intervenciones breves) que deberán ser consideradas en futuras revisiones de la guía.

En base a la literatura revisada apuntamos que las áreas en las que puede existir mayor probabilidad de que aparezcan nuevas evidencias que puedan modular las recomendaciones o generar cambios son:

- Tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
- Medidas generales de prevención.
- Conducta suicida en la infancia y la adolescencia.
- Intervenciones en familiares y allegados tras un suicidio.

Por tanto, estas áreas deberían ser priorizadas en próximas revisiones de la GPC.

El grupo de trabajo también considera que podría ser relevante complementar las recomendaciones sobre conducta suicida en la infancia y adolescencia con algún producto específico sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia. Las autolesiones en la adolescencia son una entidad clínica de gran relevancia desde el punto de vista clínico y social. Este tipo de conducta es prevalente (prevalencia vida estimada en adolescentes en Europa de 27.6%) y está altamente asociada a muerte por suicidio (11), y específicamente en cuanto a las autolesiones no suicidas se ha observado un aumento de su incidencia tanto en adolescentes como en adultos jóvenes (12, 13).

4.4. Revisión de otras áreas incluidas en la GPC

4.4.1. Aspectos ético-legales

Desde el punto de vista del grupo de trabajo no es necesario realizar ningún cambio en este apartado.

4.4.2. Algoritmos de manejo de la ideación y conducta suicida en atención primaria y urgencias

El grupo de trabajo ha revisado los algoritmos elaborados como parte de la GPC (Manejo de la ideación suicida en atención primaria y Manejo de la conducta suicida en el servicio de urgencias hospitalarias) y considera que no es necesario en este momento realizar ningún cambio relevante en sus contenidos.

4.4.3. Información para pacientes

El grupo de trabajo ha revisado los documentos de información para pacientes elaborados como parte de la GPC (Información para pacientes y familiares sobre la ideación y conducta suicida; e Información para familiares sobre el duelo tras un suicidio) y considera que no es necesario en este momento realizar ningún cambio relevante en sus contenidos.

Sin embargo, se han identificado a través del cuestionario de consulta a expertos documentos de información para pacientes publicados recientemente a nivel nacional que podrían ser de interés para la ciudadanía que podrían ser recomendados:

- Jiménez Pietropaolo J, Martín Ulloa S, Pacheco Tabuenca T, Pérez-Iñigo Gancedo JL, Robles Sánchez JI, Santiago García P, et al. Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental. Madrid: Comunidad de Madrid, Salud Madrid; [Consultado 13 dic 2019]. Disponible en: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017097.pdf.
- Rueda López F. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. Granada: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud; 2010. [Consultado 13 dic 2019]. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf.
- Torras García A [Coord], Jiménez Pietropaolo J, Martín Ulloa S, Pacheco Tabuenca T, Santiago García T. Guía de autoayuda. Prevención del suicidio. ¿Qué puedo hacer?. Madrid: Consejería de Sanidad, D. G. del Proceso Integrado de Salud; 2014. [Consultado 13 dic 2019]. Disponible en: http://www.comunidad.madrid/publicacion/1354307230677

El grupo de trabajo considera que sería relevante facilitar la difusión de estos documentos a través de los canales habituales (por ejemplo, repositorios, páginas web, redes sociales), pero también debería potenciarse que los profesionales sanitarios recomienden y difundan este tipo de información. Para ello podría ser interesante que estuviesen disponibles desde la historia clínica electrónica.

4.4.4. Indicadores de calidad

El grupo de trabajo ha revisado los indicadores de calidad y considera que no es necesario en este momento realizar ningún cambio relevante en sus contenidos, aunque considera que alguno de ellos puede ser difícil de obtener y que su viabilidad dependerá de los sistemas de registro disponibles.

4.4.5. Recomendaciones de investigación futura

El grupo de trabajo ha revisado las recomendaciones de investigación futura y considera que siguen siendo relevantes. Además de las incluidas en la GPC 2012, el grupo considera que sería relevante en este momento recomendar:

- Realizar estudios orientados a diseñar y evaluar planes de seguimiento ambulatorio intensivo después de un intento de suicidio.

- Realizar estudios para mejorar la comprensión de los mecanismos psicobiológicos por los que los fármacos y psicoterapia producen protección frente al suicidio.
- Realizar estudios de tratamientos que puedan mejorar la ideación suicida en pacientes con comorbilidades y riesgo de suicidio alto, e identificar efecto antisuicida en distintas categorías diagnósticas.
- Realizar estudios de nuevos fármacos contra el suicidio que aporten evidencia sobre el tratamiento necesario para alcanzar un mantenimiento de la respuesta terapéutica (dosis óptima/tiempo de tratamiento).
- Impulsar la investigación sobre nuevas tecnologías de análisis de datos y comunicación que puedan favorecer una mejor monitorización de pacientes con riesgo suicida.
- Desarrollar estudios de evaluación de la efectividad de medidas preventivas y de seguimiento como contactos a través de teléfono y nuevas tecnologías.

5. Conclusiones

Tras considerar la nueva evidencia identificada y la valoración de los expertos de las principales sociedades científicas y asociaciones de pacientes, el grupo de revisión ha concluido que no es necesario actualizar la guía en este momento.

El grupo de trabajo considera relevante destacar que la evidencia sobre tratamiento farmacológico debería ser monitorizada para valorar la necesidad de incluir en el alcance de la GPC nuevas alternativas terapéuticas no consideradas en la GPC previa (fundamentalmente ketamina y esketamina) o valorar la realización de otros productos basados en la evidencia que revisen los estudios publicados. Del mismo modo, también habrá que monitorizar las áreas clínicas que desde el punto de vista del grupo de trabajo es más probable que puedan disponer de nuevas evidencias relevantes: el tratamiento psicológico; las medidas generales de prevención; la conducta suicida en la infancia y adolescencia, y las intervenciones en familiares y allegados tras un suicidio.

Respecto a la conducta suicida en la infancia y adolescencia, el grupo de trabajo considera que podría ser de interés el desarrollo de un protocolo basado en la evidencia sobre la identificación, evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia, que complemente la evidencia y recomendaciones consideradas en la GPC publicada en el 2012.

6. Bibliografía

1. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative Geneva: WHO; 2014 [consultado 13 dic 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.

2. World Health Organization. Mental health. Suicide data Geneva: WHO; 2018 [consultado 15 dic 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mentalhealth/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

3. World Health Organization. Suicide in the world. Global Health Estimates Geneva: WHO; 2019 [consultado 14 dic 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf.

4. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte Madrid: INE; 2019 [consultado 13 dic 2019]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175.

5. Cayuela A, Cayuela L, Sánchez-Gayango A, Rodríguez-Domínguez S, Pilo-Uceda FJ, Velasco-Quiles AA. Tendencias de la mortalidad por suicidio en España, 1980-2016. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2018, http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.07.002.

6. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2018. Datos provisionales notas de prensa Madrid: INE; 2019 [consultado 13 dic 2019]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf.

7. Estrategia en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Avalia-t; 2012.

9. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016. [consultado 13 dic 2019]. Disponible en: www.guiasalud.es.

10. European Medicines agency . Spravato. Authorisation details. Amsterdam: European Medicines Agency [Base de datos en internet]. [consultado 13 dic 2019]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/spravato#authorisation-details-section.

11. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. J Child Psychol Psychiatry. 2014 Apr;55(4):337-48. PubMed PMID: 24215434.

12. Vega D, Sintes A, Fernandez M, Punti J, Soler J, Santamarina P, et al. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? Actas Esp Psiquiatr. 2018 Jul;46(4):146-55. PubMed PMID: 30079928.

13. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. Dtsch Arztebl Int. 2018 Jan 19;115(3):23-30. PubMed PMID: 29366448.

Anexos

Anexo 1. Autoría y colaboraciones

Grupo de trabajo de revisión de la GPC 2012 (por orden alfabético)

María Álvarez Ariza. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo). Servizo Galego de Saúde. Coordinadora clínica.

Gerardo Atienza Merino. Coordinador metodológico de la GPC 2012. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

María José Faraldo Vallés. Especialista en Medicina Preventiva. Unidad de Asesoramiento científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega de Conocimiento en Salud (ACIS). Servizo Galego de Saúde.

Amparo González García. Enfermera especialista en salud mental. Complejo Hospitalario de Ourense

Arturo Louro González. Médico de familia. Centro de Saúde San José. A Coruña

José Alfredo Mazaira Castro. Psiquiatra. Jefe de Servicio de la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Susana Cadavid Moreno. Especialista en Medicina Preventiva. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Teresa Reijas Ruiz. Psicóloga Clínica. Complejo Hospitalario de Ourense.

Águeda Rojo Pantoja. Psiquiatra. Coordinadora de la Unidad de Psicogeriatría del Área de Gestión Integrada de Vigo. Complejo Hospitalario de Vigo

Luisa Peleteiro Pensado. Psiquiatra. Técnica del Servicio de Salud Mental y Atención a las Drogodependencias, Dirección de Asistencia Sanitaria. Consellería de Sanidade.

María Tajes Alonso. Psiquiatra. Servicio de Salud Mental y Atención a las Drogodependencias, Dirección de Asistencia Sanitaria. Consellería de Sanidade.

Yolanda Triñanes Pego. Psicóloga. Técnica de la Unidad de Asesoramiento científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega de Conocimiento en Salud (ACIS). Servizo Galego de Saúde. Coordinadora metodológica.

Coordinación

María Álvarez Ariza. Coordinadora clínica. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo). Servizo Galego de Saúde. Coordinadora clínica.

Yolanda Triñanes Pego. Coordinadora metodológica. Psicóloga. Técnica de la Unidad de Asesoramiento científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega de Conocimiento en Salud (ACIS). Servizo Galego de Saúde. Coordinadora metodológica.

Documentación y búsquedas bibliográficas

Beatriz Casal Acción. Documentalista. Unidad de Asesoramiento científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega de Conocimiento en Salud (ACIS). Servizo Galego de Saúde.

Teresa Mejuto Martí. Documentalista. Unidad de Asesoramiento científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega de Conocimiento en Salud (ACIS). Servizo Galego de Saúde.

Apoyo administrativo

Noa Raña Villar. Administrativa. Unidad de Asesoramiento científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega de Conocimiento en Salud (ACIS). Servizo Galego de Saúde.

Cristina Rey Varela. Administrativa. Unidad de Asesoramiento científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega de Conocimiento en Salud (ACIS). Servizo Galego de Saúde.

Colaboración experta

Andrés Suárez Alonso. Coordinador técnico de la Estrategia en Salud Mental. Subdirección General de Calidad e Innovación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Revisores de la GPC 2012 propuestos por Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes

Susana Al-Halabí Díaz. Doctora en Psicología. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. Consejo General de la Psicología en España.

Andoni Anseán Ramos. Licenciado en Psicología. Fundación Española de Prevención del Suicidio. Sociedad Española de Suicidología.

Eva Bilbao. Presidenta de la Asociación de personas afectadas por el suicidio de un ser querido. País Vasco.

Cristina Blanco Fernández de Valderrama. Departamento de Sociología. II Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación Universidad del País Vasco. Asociación de personas afectadas por el suicidio de un ser querido. País Vasco.

Julio Bobes García. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Psiquiatría y Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo y Hospital Universitario Central de Asturias-Centro de Salud Mental I de Oviedo. Sociedad Española de Psiquiatría.

Cecília Borràs. Presidenta de la Asociación de Supervivientes (DSAS). Cataluña.

Eva Cid. Psicóloga. Miembro de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (RedAIPIS-FAeDS).

Vicente Gasull Molinera. Médico de Familia. Centro de Salud Torrent 2. Valencia. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

Lucas Giner Jiménez. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Psiquiatría y Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo y Hospital Universitario Central de Asturias-Centro de Salud Mental I de Oviedo Sociedad Española de Psiquiatría.

Esther González Jiménez. Psicóloga clínica. Miembro de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (RedAIPIS-FAeDS).

Delia Guitián Rodríguez**.** Consejo General de la Psicología en España

Antonia Jiménez Gónzalez. Psicóloga en clínica. Miembro de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (RedAIPIS-FAeDS).

Javier Jiménez Pietropaolo. Licenciado en Psicología. Especialista en Psicología Clínica Expresidente de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (RedAIPIS-FAeDS).

Ana Judith Mesa Suarez. Adjunto de Psiquiatría Interconsulta Área de Gestión Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario 12 de Octubre. Sociedad Española de Psiquiatría Clínica.

José Mínguez Platero. Médico Especialista De Medicina Familiar Y Comunitaria. Hospital General De Ontinyent (Onteniente). Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Montserrat Montés Germán. Psicóloga. Presidenta en funciones de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (RedAIPIS-FAeDS).

Francisco Rodríguez Pulido. Profesor Titular de Psiquiatría. Facultad de Medicina Universidad de La Laguna Asociación Española de Neuropsiquiatría

Belén Uzal Porto. Psicóloga. Federación de Asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de Galicia (FEAFES).

Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes colaboradoras

Miembros designados de estas sociedades y asociaciones han participado en la revisión de la GPC a través del cuestionario de consulta a expertos.

Asociación de Investigación, Prevención e Intervención en suicidio (AIPIS).

Sociedad Española de Suicidología.

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP).

Consejo General de la Psicología en España.

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB).

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

Sociedad Española de Psiquiatría Clínica (SEPC).

Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SEPL).

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC).

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM).

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).

Biziraun. Asociación de personas afectadas por el suicidio de un ser querido. País Vasco.

FEAFES. Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental.

Asociación de Supervivientes (DSAS). Cataluña.

Movemento Galego da Saúde Mental. Galicia.

Declaración de intereses

Declaración de interés. Todos los miembros del grupo de trabajo han realizado la declaración de interés que se presenta en el anexo 6.

Anexo 2. Estrategias de búsqueda bibliográfica para la localización de GPC y revisiones sistemáticas sobre conducta suicida

Fecha de realización de la búsqueda: mayo de 2019

Periodo: 2012-2019

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Bases de datos de Guías de práctica clínica

GIN

Línea	Términos de búsqueda	Nº de items
1	SUICIDE	7

NICE

Línea	Términos de búsqueda	Nº de items
1	suicide	31

TripDatabase

Línea	Términos de búsqueda	Nº de items
1	(title:suicide OR self-harm OR "self-injurious behavior" OR "self injury") (Guidelines)	7

CPG infobase

Línea	Términos de búsqueda	Nº de items
#1	suicide OR self-harm OR "self-injurious behavior"	2

ECRI Guidelines

Línea	Términos de búsqueda	Nº de items
1	suicide	11
2	"self-harm"	11
3	"self-injurious behaviour"	2

CMAJ

Línea	Términos de búsqueda	Nº de items
1	suicide (Guidelines)	1
2	“self-harm” (Guidelines)	0
3	“self-injurious behaviour” (Guidelines)	0

Cochrane Library (Wiley)

Línea	Términos de búsqueda	Nº de items
#1	MeSH descriptor: [Suicide] explode all trees	993
#2	MeSH descriptor: [Suicidal Ideation] explode all trees	347
#3	MeSH descriptor: [Suicide, Attempted] explode all trees	357
#4	MeSH descriptor: [Self-Injurious Behavior] explode all trees	1177
#5	MeSH descriptor: [Drug Overdose] explode all trees	122
#6	(automutilat* OR auto-mutilat* OR overdose OR Self-Destructiv* OR Parasuicid*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1685
#7	(suicid* AND (behavior OR behaviour OR ideation OR attempt*)):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	3777
#8	(self-destruct* OR self-poison* OR self-mutilat* OR (Self-Injurious AND Behavior) OR self-immolat* OR self-cut):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	589
#9	(self AND (harm OR harmful OR destruct* OR poison* OR mutilat* OR immolat* OR cut)):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	2672
#10	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 with Cochrane Library publication date Between Jan 2012 and Apr 2019, in Cochrane Reviews, Cochrane Protocols	215

Bases de datos Generales

Medline (Ovid)

Línea	Términos de búsqueda	Nº de items
1	exp ATTEMPTED SUICIDE/ or exp SUICIDE/	59020
2	exp Self-Destructive Behavior/ or exp Self-Injurious Behavior/ or exp Suicidal Ideation/	66346
3	exp Drug Overdoses/	10231
4	(suicid* adj3 (behavior or behaviour or ideation or attempt*)).ab,ti.	26729

5	(self-destruct* or self-poison* or self-mutilat* or self-immolat* or self-cut).ab,ti.	5513
6	"Self-Injurious Behavior".ab,ti.	1186
7	(self adj2 (harm or harmful or destruct* or poison* or mutilat* or immolat* or cut)).ab,ti.	10266
8	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7	87215
9	limit 8 to (yr="2012 -Current" and (practice guideline or "systematic review" or systematic reviews as topic))	560

Embase (Ovid)

Línea	Términos de búsqueda	Nº de items
1	exp ATTEMPTED SUICIDE/ or exp SUICIDE/	57943
2	exp Self-Destructive Behavior/ or exp Self-Injurious Behavior/ or exp Suicidal Ideation/	29750
3	(suicid* adj2 (behavior* or behaviour* or ideation or attempt*)).ab,ti.	30040
4	(self-destruct* or self-poison* or self-mutilat* or self-immolat* or self-cut).ab,ti.	4741
5	"Self-Injurious Behavior".ab,ti.	1150
6	(self adj1 (harm or harmful or destruct* or poison* or mutilat* or immolat* or cut)).ab,ti.	10278
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	85545
8	limit 7 to (embase and "systematic review" and yr="2012 -Current")	1008

PsycINFO (Ovid)

Línea	Términos de búsqueda	Nº de items
1	exp ATTEMPTED SUICIDE/ or exp SUICIDE/	20414
2	exp Self-Destructive Behavior/ or exp Self-Injurious Behavior/ or exp Suicidal Ideation/	27806
3	(suicid* adj2 (behavior* or behaviour* or ideation or attempt*)).ab,ti.	19099
4	(self-destruct* or self-poison* or self-mutilat* or self-immolat* or self-cut).ab,ti.	2178
5	"Self-Injurious Behavior".ab,ti.	964
6	(self adj1 (harm or harmful or destruct* or poison* or mutilat* or immolat* or cut)).ab,ti.	6006
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	35622
8	limit 7 to ("0830 systematic review" and yr="2012 -Current")	393

Anexo 3. Cuestionario de consulta a expertos para la revisión de la GPC 2012

Cuestionario de consulta a expertos para la revisión de la GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012)

Alcance y objetivos de la guía

1. ¿Conoce nuevos aspectos que la guía no aborda y que debería incluir?

Sí ☐
No ☐
No sabe ☐ No contesta ☐

En caso afirmativo, por favor especifique:

Eficacia de las intervenciones

2. ¿Conoce nuevos estudios relevantes publicados en relación con la eficacia de las intervenciones incluidas en la guía?

Sí ☐
No ☐
No sabe ☐ No contesta ☐

En caso afirmativo, por favor especifique:

Si conoce nuevos estudios relevantes publicados desde la elaboración de la guía (2012), por favor especifique en la medida de lo posible la referencia bibliográfica de cada estudio, idealmente con el siguiente formato:

Ejemplo: Munoz FM. Safety and immunogenicity of tetanus diphtheria and acellular pertussis (Tdap) immunization during pregnancy in mothers and infants: a randomized clinical trial. JAMA. 2014;311(17):1760-9.

Estudio 1:

Estudio 2:

Estudio 3:

Estudio 4:

Estudio 5:

Seguridad de las intervenciones

3. ¿Conoce algún aspecto relevante en relación a la seguridad de las intervenciones incluidas en la guía?

Sí ☐
No ☐
No sabe ☐ No contesta ☐

En caso afirmativo, por favor especifique:

Importancia relativa de los desenlaces

La importancia relativa de los desenlaces se refiere al valor que los pacientes y el público general otorgan a cada uno de los desenlaces o resultados en salud relacionados con una intervención. Es decir, a qué desenlaces dan mayor o menor importancia los pacientes o el público en general.

> **Ejemplo:** En los pacientes con fibrilación auricular de origen no reumático, con un riesgo basal bajo de sufrir un ictus, se puede plantear la posibilidad de realizar o no un tratamiento con anticoagulación oral. La información disponible indica que, por cada 1000 pacientes, el tratamiento anticoagulante, comparado con la ausencia de tratamiento, previene de promedio 5 ictus, pero causa 8 hemorragias extracraneales graves; ninguno de los dos fatales. La literatura existente sobre los valores y preferencias de los pacientes muestra que, de promedio, los pacientes asignan una valoración negativa 3 veces mayor a un ictus que a una hemorragia de este tipo (aunque con una amplia variabilidad en estos valores).

4. ¿Sabe si ha habido algún cambio en la forma en que los pacientes o el público general valoran los desenlaces de interés de las intervenciones incluidas en la guía?

Sí ☐
No ☐
No sabe ☐ No contesta ☐

En caso afirmativo, por favor especifique:

5. ¿Sabe de nuevos estudios publicados sobre la valoración que los pacientes o el público general asignan a los desenlaces de interés de las intervenciones incluidas en la guía?

Sí ☐
No ☐
No sabe ☐ No contesta ☐

En caso afirmativo, por favor especifique:

Diferencias en el uso de recursos y costes de las intervenciones

El uso de recurso y costes se refiere a la cantidad de recursos requeridos para llevar a cabo una intervención (por ejemplo, días de hospitalización, personal sanitario, cantidad de medicamentos, otros insumos) y los costes asociados al uso de estos recursos (por ejemplo, coste por día de hospitalización, coste por hora de médico, coste de medicamentos, coste de insumos). La evaluación de las diferencias en el uso de recursos y costes de las intervenciones se refiere al impacto que estas diferencias pueden llegar a tener en la elaboración de recomendaciones.

> **Ejemplo:** En la presente GPC, el grupo elaborador de la guía realizó una recomendación a favor de la elaboración de una historia clínica estructurada. Estimó que el coste de elaborar una historia clínica estructurada era mínimo en relación al beneficio que esta intervención podría llegar a tener en la población objeto de la guía.

6. ¿Sabe si ha habido algún cambio en aspectos relacionados con el uso de recursos y costes de las intervenciones incluidas en la guía (por ejemplo, finalización de la patente de un medicamento, costes asociados a una intervención, modelos organizativos etc)?

Sí ☐
No ☐
No sabe ☐ No contesta ☐

En caso afirmativo, por favor especifique:

7. ¿Sabe de nuevas evaluaciones económicas publicadas sobre las intervenciones incluidas en la guía (por ejemplo, análisis de coste-efectividad)?

Sí ☐
No ☐
No sabe ☐ No contesta ☐

En caso afirmativo, por favor especifique:

Equidad

En ocasiones, las intervenciones recomendadas pueden generar inequidades en determinados subgrupos de la población. Estas inequidades son consecuencia del impacto de la intervención en una población con individuos que presentan características asociadas a una desventaja (por ejemplo, la situación económica, el tipo de empleo u ocupación, la educación, el lugar de residencia, el sexo o la raza).

> **Ejemplo**: La recomendación de utilizar dabigatrán, en lugar de acenocumarol (que necesita controles periódicos del nivel de anticoagulación) como tratamiento anticoagulante en los pacientes con fibrilación auricular podría disminuir la inequidad, ya que el acceso a este fármaco facilitaría el tratamiento para los pacientes que, por su lugar de residencia, tengan dificultades para poder realizar los controles correspondientes. En cambio, teniendo en cuenta que los pacientes

Ejemplo: La guía de la OMS para la optimización de las funciones de los trabajadores de la salud a fin de mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal se planteó si las comadronas deben realizar vasectomías. Una revisión sistemática de estudios cualitativos determinó que el respaldo, la formación y la supervisión eran a menudo insuficientes en los programas de formación de las comadronas y que la derivación a centros de referencia era poco frecuente. Estos factores pueden tener un impacto sobre la viabilidad de esta intervención dentro de los servicios de salud.

10. ¿Sabe si ha habido algún cambio en la factibilidad de la implementación de las intervenciones incluidas en la guía?

Sí ☐
No ☐
No sabe ☐ No contesta ☐

En caso afirmativo, por favor especifique:

Proyectos de investigación en curso

11. ¿Sabe de proyectos de investigación que estén en curso —aunque sus resultados no hayan sido publicados— que sean relevantes y que estén relacionados con cualquiera de los aspectos previos incluidos en el cuestionario (eficacia, seguridad, valores de los pacientes, uso de recursos y costes, equidad, aceptabilidad o factibilidad)?

Sí ☐
No ☐
No sabe ☐ No contesta ☐

En caso afirmativo, por favor especifique:

Información adicional (por favor justifique en la medida de los posible cada respuesta si es necesario):

- **¿Considera que el documento sigue siendo relevante (clínicamente y para el sistema de salud)?**

- **¿Las preguntas y las recomendaciones siguen abordando las necesidades actuales?**

- **¿Le consta la existencia de Guías de Práctica Clínica actuales u otros documentos basados en la evidencia científica a tener en cuenta para esta actualización?**

- **¿Conoce evidencia que contradiga alguna recomendación, de forma que su aplicación pueda causar daños o llevar a un tratamiento innecesario?**

- **Otras sugerencias:**

Anexo 4. Estudios excluidos

Estudio	Motivo de exclusión
Postvención	
Pompili M, Shrivastava A, Serafini G, Innamorati M, Milelli M, Erbuto D, et al. Bereavement after the suicide of a significant other. Indian Journal of Psychiatry. 2013;55(3):256-63	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Andriessen K. Suicide bereavement and postvention in major suicidology journals: Lessons learned for the future of postvention. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2014;35(5):338-48.	No responde a pregunta clínica
Andriessen K, Draper B, Dudley M, Mitchell PB. Pre- and postloss features of adolescent suicide bereavement: A systematic review. Death Studies. 2016;40(4):229-46.	No responde a pregunta clínica
Harrod CS, Goss CW, Stallones L, DiGuiseppi C. Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 (10):CD009439.	No responde a pregunta clínica
Yonemoto N, Kawashima Y, Endo K, Yamada M. Gatekeeper training for suicidal behaviors: A systematic review. Journal of Affective Disorders. 2019;246:506-14.	No responde a pregunta clínica
Programas clínicos de prevención	
Moeller-Saxone K, Davis E, Herrman H. Promoting mental health in Asia-Pacific: Systematic review focusing on Thailand and China. Asia-Pacific Psychiatry. 2015;7(4):355-65.	No responde a pregunta clínica
Evaluación y manejo de la ideación y conducta suicida en atención primaria	
Monaghan K, Harris M. Not at imminent risk: A systematic literature review. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2015;36(6):459-63.	No responde a pregunta clínica
Tait L, Michail M. Educational interventions for general practitioners to identify and manage depression as a suicide risk factor in young people: A systematic review and meta-analysis protocol. Systematic Reviews. 2014;3 (1).	Protocolo de revisión sistemática
Conducta suicida en grupos de riesgo: infancia y adolescencia	
Vaudreuil CAH, Faraone SV, Di Salvo M, Wozniak JR, Wolenski RA, Carrellas NW, et al. The morbidity of subthreshold pediatric bipolar disorder: A systematic literature review and meta-analysis. Bipolar Disorders. 2019;21(1):16-27.	No responde a pregunta clínica
Kutcher S, Wei Y, Behzadi P. School- and Community-Based Youth Suicide Prevention Interventions: Hot Idea, Hot Air, or Sham? Canadian Journal of Psychiatry. 2017;62(6):381-7.	Revisión narrativa

Estudio	Motivo de exclusión
Wilcox HC, Kharrazi H, Wilson RF, Musci RJ, Susukida R, Gharghabi F, et al. Data Linkage Strategies to Advance Youth Suicide Prevention: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. Annals of Internal Medicine. 2016;165(11):779-85.	No responde a pregunta clínica
Greydanus DE, Bhave S, Apple RW. Childhood suicide. Children, violence and bullying: International perspectives. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers; US; 2014. p. 211-34	No conseguido el texto completo
Evans CBR, Fraser MW, Cotter KL. The effectiveness of school-based bullying prevention programs: A systematic review. Aggression and Violent Behavior. 2014;19(5):532-44.	No responde a pregunta clínica
Kim YS, Leventhal B. Bullying and suicide. Bullying: A public health concern. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers; US; 2013. p. 171-91.	No conseguido el texto completo
Wolke D, Tippett N, Dantchev S. Bullying in the family: Sibling bullying. The Lancet Psychiatry. 2015;2(10):917-29.	Revisión narrativa
Park S, Schepp KG. A systematic review of research on children of alcoholics: Their inherent resilience and vulnerability. Journal of Child and Family Studies. 2015;24(5):1222-31.	No responde a pregunta clínica
Livingstone N, Macdonald G, Williams K, Caldwell DM, Baker LB, Hazell P. Pharmacological intervention for irritability, aggression, and self-injury in Autism Spectrum Disorders (ASD). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;2015 (7)	No responde a pregunta clínica
Rowe SL, French RS, Henderson C, Ougrin D, Slade M, Moran P. Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: A systematic review. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2014;48(12):1083-95	No responde a pregunta clínica
Harris IM, Beese S, Moore D. Predicting repeated self-harm or suicide in adolescents and young adults using risk assessment scales/tools: A systematic review protocol. Systematic Reviews. 2019;8 (1) (no pagination)(87). English.	Protocolo de revision sistemática
Karanikola MNK, Lyberg A, Holm AL, Severinsson E. The Association between Deliberate Self-Harm and School Bullying Victimization and the Mediating Effect of Depressive Symptoms and Self-Stigma: A Systematic Review. BioMed Research International. 2018;2018 (no pagination)(4745791).	No responde a pregunta clínica
Bem D, Connor C, Palmer C, Channa S, Birchwood M. Frequency and preventative interventions for non-suicidal self-injury and suicidal behaviour in primary school-age children: A scoping review protocol. BMJ Open. 2017;7 (7) (no pagination)(e017291).	Protocolo de revision sistemática

Estudio	Motivo de exclusión
Patterson S. Suicide risk screening tools and the youth population. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 2016;29(3):118-26. English	Revisión narrativa
Wesselhoeft R, Sorensen MJ, Heiervang ER, Bilenberg N. Subthreshold depression in children and adolescents-A systematic review. Journal of Affective Disorders. 2013;151(1):7-22.	No responde a pregunta clínica
Michelmore L, Hindley P. Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: A systematic review. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2012;42(5):507-24.	No responde a pregunta clínica
Guerreiro DF, Cruz D, Frasquilho D, Santos JC, Figueira ML, Sampaio D. Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: A critical review of the last 10 years' literature. Archives of Suicide Research. 2013;17(2):91-105.	No responde a pregunta clínica
Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG, et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014 (11):CD008324.	No responde a pregunta clínica
Zych I, Ortega-Ruiz R, Del Rey R. Systematic review of theoretical studies on bullying and cyberbullying: Facts, knowledge, prevention, and intervention. Aggression and Violent Behavior. 2015	No responde a pregunta clínica
Musci RJ, Kharrazi H, Wilson RF, Susukida R, Gharghabi F, Zhang A, et al. The study of effect moderation in youth suicide-prevention studies. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology. 2018;53(12):1303-10.	No responde a pregunta clínica
Katz C, Bolton S-L, Katz LY, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareen J. A systematic review of school-based suicide prevention programs. Depression and Anxiety. 2013;30(10):1030-45.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Robinson J, Cox G, Malone A, Williamson M, Baldwin G, Fletcher K, et al. A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2013;34(3):164-82.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
MacArthur G, Caldwell DM, Redmore J, Watkins SH, Kipping R, White J, et al. Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018;10:CD009927.	No incluyeron ningún estudio que evaluase la intervención para prevención de conducta suicida.
De Silva S, Parker A, Purcell R, Callahan P, Liu P, Hetrick S. Mapping the evidence of prevention and intervention studies for suicidal and self-harming behaviors in young people. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2013;34(4):223-32.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC

Estudio	Motivo de exclusión
Brausch AM, Girresch SK. A review of empirical treatment studies for adolescent nonsuicidal self-injury. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2012;26(1):3-18.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Rowe C, Spelman L, Oziemski M, Ryan A, Manoharan S, Wilson P, et al. Isotretinoin and mental health in adolescents: Australian consensus. Australasian Journal of Dermatology. 2014;55(2):162-7.	No responde a pregunta clínica
Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Biondi M, Siracusano A, Di Giannantonio M, et al. Substance abuse and suicide risk among adolescents. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2012;262(6):469-85.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Mortier P, Cuijpers P, Kiekens G, Auerbach RP, Demyttenaere K, Green JG, et al. The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis. Psychological Medicine. 2018;48(4):554-65	No responde a pregunta clínica
Evans R, White J, Turley R, Slater T, Morgan H, Strange H, et al. Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. Children and Youth Services Review. 2017;82:122-9.	No responde a pregunta clínica
Mortier P, Cuijpers P, Kiekens G, Auerbach RP, Demyttenaere K, Green JG, et al. The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis. Psychological Medicine. 2018;48(4):554-65.	No responde a pregunta clínica
Macleod E, Nada-Raja S, Beautrais A, Shave R, Jordan V. Primary prevention of suicide and suicidal behaviour for adolescents in school settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018 (12). PubMed PMID: CD007322.	Protocolo de revisión sistemática
Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2012;6	No responde a pregunta clínica
Perez-Gonzalez A, Pereda N. Systematic review of the prevalence of suicidal ideation and behavior in minors who have been sexually abused. Actas Espanolas de Psiquiatria. 2015;43(4):149-58.	No responde a pregunta clínica
Hauser M, Galling B, Correll CU. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: A systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. Bipolar Disorders. 2013;15(5):507-23.	No responde a pregunta clínica
Hom MA, Stanley IH, Joiner TE. Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. Clinical Psychology Review. 2015;40:28-	Revisión narrativa

Estudio	Motivo de exclusión
Conducta suicida en grupos de riesgo: mayores	
Fassberg MM, van Orden KA, Duberstein P, Erlangsen A, Lapierre S, Bodner E, et al. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource]. 2012;9(3):722-45.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Dong XQ, Chang ES, Zeng P, Simon MA. Suicide in the global Chinese aging population: A review of risk and protective factors, consequences, and interventions. Aging and Disease. 2015;6(2):121-30.	Solo incluye estudios de China y Taiwan
Simon M, Chang ES, Zeng P, Dong X. Prevalence of suicidal ideation, attempts, and completed suicide rate in Chinese aging populations: A systematic review. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2013;57(3):250-6.	Solo incluye estudios de China
KoKoAung E, Aromataris E. The association between suicidality and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in older people with major depression: A systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2012;10(Supplement 56):S313-S24.	Protocolo de revision sistemática
Wyart M, Abbar M, Courtet P. Preventing late life suicide. Minerva Psichiatrica. 2012;53(2):123-31.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Conducta suicida en grupos de riesgo: otros grupos de riesgo	
Fornaro M, De Berardis D, De Pasquale C, Indelicato L, Pollice R, Valchera A, et al. Prevalence and clinical features associated to bipolar disorder-migraine comorbidity: A systematic review. Comprehensive Psychiatry. 2015;56:1-16.	No responde a pregunta clínica
Langford L, Litts D, Pearson JL. Using science to improve communications about suicide among military and veteran populations: Looking for a few good messages. American Journal of Public Health. 2013;103(1):31-8.	Editorial
Li R, Cooper C, Livingston G. Relationship of coping style to mood and anxiety disorders in dementia carers. Current Opinion in Psychiatry. 2014;27(1):52-6.	No responde a pregunta clínica
Lewiecki E, Miller SA. Suicide, guns, and public policy. American Journal of Public Health. 2013;103(1):27-31.	Editorial
Cutcliffe J, McKenna H, Keeney S, Stevenson C, Jordan J. 'Straight from the horse's mouth': Rethinking and reconfiguring services in Northern Ireland in response to suicidal young men. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2013;20(5):466-72.	No se ajusta al diseño (estudio cualitativo primario)

Estudio	Motivo de exclusión
Tang P-L, Wang H-H, Chou F-H. A systematic review and meta-analysis of demoralization and depression in patients with cancer. Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry. 2015;56(6):634-43.	No responde a pregunta clínica
Pompili M, Venturini P, Montebovi F, Forte A, Palermo M, Lamis DA, et al. Suicide risk in dialysis: Review of current literature. International Journal of Psychiatry in Medicine. 2013;46(1):85-108.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Kuhn CM, Flanagan EM. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. Canadian Journal of Anesthesia. 2017;64(2):158-68.	Revisión narrativa
Conner KR, Simons K. State of innovation in suicide intervention research with military populations. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2015;45(3):281-92.	Revisión narrativa
Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 2013;203(6):409-16.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Ishak W, Nikravesh R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. The clinical teacher. 2013;10(4):242-5.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Barker E, Kolves K, De Leo D. Management of suicidal and self-harming behaviors in prisons: Systematic literature review of evidence-based activities. Archives of Suicide Research. 2014;18(3):227-40.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Anguiano L, Mayer DK, Piven ML, Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. Cancer Nursing. 2012;35(4):E14-E26.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Medidas generales de prevención	
Lewiecki E, Miller SA. Suicide, guns, and public policy. American Journal of Public Health. 2013;103(1):27-31.	Editorial
Intervenciones psicoterapéuticas	
Witt K, de Moraes DP, Salisbury TT, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Treatment as usual (TAU) as a control condition in trials of cognitive behavioural-based psychotherapy for self-harm: Impact of content and quality on outcomes in a systematic review. Journal of Affective Disorders. 2018;235:434-47.	No responde a pregunta clínica
Rummel-Kluge C, Dietrich S, Koburger N. Behavioural and cognitive-behavioural therapy based self-help versus treatment as usual for depression in adults and adolescents.	Protocolo de revisión sistemática
Cuijpers P, de Beurs DP, van Spijker BA, Berking M, Andersson G, Kerkhof AJ. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2013;144(3):183-90.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC

Estudio	Motivo de exclusión
Furniss F, Biswas A. Recent research on aetiology, development and phenomenology of self-injurious behaviour in people with intellectual disabilities: A systematic review and implications for treatment. Journal of Intellectual Disability Research. 2012;56(5):453-75.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Lee NK, Cameron J, Jenner L. A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. Drug and Alcohol Review. 2015;34(6):663-72.	No responde a pregunta clínica
Panos PT, Jackson JW, Hasan O, Panos A. Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). Research on Social Work Practice. 2014;24(2):213-23.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Omar H, Tejerina-Arreal M, Crawford MJ. Are recommendations for psychological treatment of borderline personality disorder in current UK guidelines justified? Systematic review and subgroup analysis. Personality and Mental Health. 2014;8(3):228-37	No responde a pregunta clínica
Tratamiento farmacológico	
Sadkowski M, Dennis B, Clayden RC, ElSheikh W, Rangarajan S, DeJesus J, et al. The role of the serotonergic system in suicidal behavior. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2013;9:1699-716	Revisión narrativa
Mauer S, Vergne D, Ghaemi SN. Standard and trace-dose lithium: a systematic review of dementia prevention and other behavioral benefits. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2014;48(9):809-18.	No responde a pregunta clínica
Fountoulakis KN, Gonda X, Samara M, Siapera M, Karavelas V, Ristic DI, et al. Antiepileptic drugs and suicidality. Journal of Psychopharmacology. 2012;26(11):1401-7.	Mismo rango de búsqueda que GPC
Pompili M, Baldessarini RJ, Forte A, Erbuto D, Serafini G, Fiorillo A, et al. Do atypical antipsychotics have antisuicidal effects? A hypothesis-generating overview. International Journal of Molecular Sciences. 2016;17 (10) (no pagination) (1700).	Revisión narrativa
Factores de riesgo y evaluación	
Roos L, Sareen J, Bolton JM. Suicide risk assessment tools, predictive validity findings and utility today: time for a revamp? Neuropsychiatry 2013;3:483-95	Revisión narrativa
Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, Brewer JL, Mackinnon AJ, Beautrais A, et al. A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. Psychological Assessment. 2015;27(2):501-12	No responde a pregunta clínica

Estudio	Motivo de exclusión
Borschmann R, Hogg J, Phillips R, Moran P. Measuring self-harm in adults: A systematic review. European Psychiatry. 2012;27(3):176-80	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC
Vazquez GH, Gonda X, Lolich M, Tondo L, Baldessarini RJ. Suicidal risk and affective temperaments, evaluated with the TEMPS-A scale: A systematic review. Harvard Review of Psychiatry. 2018;26(1):8-18	No responde a pregunta clínica
Rodriguez-Blanco L, Carballo JJ, Baca-Garcia E. Use of ecological momentary assessment (EMA) in non-suicidal self-injury (NSSI): A systematic review. Psychiatry Research. 2018;263:212-9. English	No responde a la pregunta clínica
Richard-Devantoy S, Gorwood P, Annweiler C, Olie J-P, Le Gall D, Beauchet O. Suicidal behaviours in affective disorders: A deficit of cognitive inhibition? The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie. 2012;57(4):254-62.	No responde a la pregunta clínica
Saunders KE, Hawton K, Fortune S, Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. Journal of Affective Disorders. 2012;139(3):205-16.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC. No contesta a la pregunta clínica
Horgan A. Review: Service user involvement in the evaluation of psycho-social intervention for self-harm: A systematic literature review. Journal of Research in Nursing. 2013;18(2):131-2.	Mismo rango temporal que la búsqueda de la GPC. No contesta a la pregunta clínica
The British Psychological Society: Understanding and preventing suicide. A psychological perspective. 2017.	No revisión sistemática
NICE guideline. Self-harm in ove 8s: long-term management. 2011	No corresponde al período de revisión
Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. PLoS ONE [Electronic Resource]. 2014;9(2):e89944	No responde a pregunta clínica
Woodford R, Spittal MJ, Milner A, McGill K, Kapur N, Pirkis J, et al. Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies. Suicide & Life-Threatening Behavior. 2019;49(1):23-40.	No responde a pregunta clínica
Large M, Myles N, Myles H, Corderoy A, Weiser M, Davidson M, et al. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. Psychological Medicine. 2018;48(7):1119-27. PubMed PMID: 28874218.	No responde a pregunta clínica
Medidas generales de prevención	
De Santis ML, Myrick H, Lamis DA, Pelic CP, Rhue C, York J. Suicide-specific safety in the inpatient psychiatric unit. Issues in Mental Health Nursing. 2015;36(3):190-9	Revisión narrativa

Estudio	Motivo de exclusión
York J, Lamis DA, Friedman L, Berman AL, Joiner TE, McIntosh JL, et al. A systematic review process to evaluate suicide prevention programs: A sample case of community-based programs. Journal of Community Psychology. 2013;41(1):35-51.	Búsqueda hasta el 2002
Bohanna I, Wang X. Media guidelines for the responsible reporting of suicide: A review of effectiveness. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2012;33(4):190-8.	Mismo rango de búsqueda que la GPC
Excluidos de las referencias identificadas a través del cuestionario de consulta a expertos	
Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment Full Version. Brim, C. Halpern, J. Storer, 2012. ENA Emergency Nurses Association-IENR Institute for Emergency Nursing Research 2012.	Año de publicación 2012
Meltzer HY, Baldessarini RJ. Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. J Clin Psychiatry. 2003;64:1122–1129	Año de publicación 2003
Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness od psychotherapy. En M.J. Lambert (Ed.). Bergin and Gardfield´s handbook of psychotherapy and behavior change, 6a Edition (pp.169-218). Hoboken (NJ), Estados Unidos: John Wiley and Sond, Inc	No conseguido el texto completo
Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., & Shirk, S. R. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. Psychotherapy, 55(4), 341-355	No específico suicidio
Flückiger, C., Del, A. R., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55(4), 316-340.	No específico suicidio
Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A. y Prado-Abril, J. (2018). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia. Papeles del Psicólogo, 39 (3), pp. 174-182.	No específico suicidio
O´Connor R.C., Nock M.K. The psychology of Suicidal Behaviour. The Lancet Psychiatry. Vol 1. Issue 1, junne 2014. Pags 73-85	Revisión narrativa
Psychopharmacological Agents and Suicide Risk Reduction: Ketamine and Other Approaches. Al Jurdi RK, Swann A, Mathew SJ. Curr Psychiatry Rep. 2015 Oct;17(10):81. doi: 10.1007/s11920-015-0614-9. Review.PMID: 26307033	Revisión narrativa
The more I got, the less I need? Efficacy of Internet-based guided self-help compared to online psychoeducation for major depressive disorder.	No específico suicidio

Estudio	Motivo de exclusión
A cost-effectiveness analysis of dialectical behaviour therapy for treating individuals with borderline personality disorder in the community. Murphy A, Bourke J, Flynn D, Kells M, Joyce M. Ir J Med Sci. 2019 Sep 3. doi: 10.1007/s11845-019-02091-8. [Epub ahead of print] PMID: 31482522.	No específico suicidio
Ebert DD, Berking M, Cuijpers P, Lehr D, Pörtner M, Baumeister H. Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms.A randomized controlled trial. J Affect Disord 2015 May 01; 176:9-17.	No específico suicidio
Brown GK, & Jager-Hyman S. Evidence-Based Psychotherapies for Suicide Prevention: Future Directions American Journal of Preventive Medicine, 2014; 47(3),186 194. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.008	Revisión narrativa
Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ. 2008;86:703–709. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2649494/	Fecha de publicación 2008
Suicide Assessment Five-step Evaluation and triage. (Jacobs, 2007)	Fecha de publicación 2007
GPC, recomendaciones y documentos de consenso	
Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists. 2012;27(2):129-41.	Mismo periodo temporal de evidencia científica considerada en la GPC
Ayuso-Mateos JL, Baca-Garcia E, Bobes J, Giner J, Giner L, Perez V, et al. [Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour]. Revista de Psiquiatria y Salud Mental. 2012;5(1):8-23.	Mismo periodo temporal de evidencia científica considerada en la GPC
Ross AM, Kelly CM, Jorm AF. Re-development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: A delphi study. BMC Psychiatry. 2014;14 (1)	No responde a pregunta clínica

Anexo 5. Tablas de análisis de impacto de la nueva evidencia

A continuación, se muestra el mapeo de las preguntas clínicas por área clínica. Para cada pregunta clínica se muestran las recomendaciones con la fuerza de la recomendación según el método SIGN (A, B, C, D, D^{GPC}, Q o ✓).

Área clínica: Evaluación del riesgo de suicidio: entrevista clínica y escalas

Pregunta: ¿Cuál es el papel de la entrevista clínica en la valoración del riesgo de suicida?	
D^{GPC}	Tras una conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de conducta suicida.
✓	Los profesionales sanitarios implicados en la asistencia de pacientes con conducta suicida deberán tener una adecuada formación que les permita evaluar la presencia de factores de riesgo de conducta suicida y registrar el perfil de riesgo del paciente.
D^{GPC}	Toda la información recabada a lo largo del proceso de evaluación deberá ser registrada de forma adecuada en la historia clínica
Q	Se recomienda que los profesionales expliquen al paciente y a sus allegados el objetivo de la evaluación y su finalidad, y que traten de implicarlos como parte activa del proceso terapéutico.
✓	Desde el inicio de la entrevista clínica se deberá favorecer la comunicación de la sintomatología, sentimientos y pensamientos del paciente asociados a la conducta suicida y facilitar que el paciente y sus allegados se impliquen en la toma de decisiones.
D^{GPC}	Es recomendable contar con la información del paciente y de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.
D	Se recomienda orientar la entrevista clínica a la recogida de los datos objetivos/descriptivos y subjetivos (narrativa del paciente, pensamientos e ideas) y adecuar la entrevista a los objetivos de la misma: escenario y circunstancias, tiempo disponible, condiciones de la persona entrevistada y preparación del entrevistador.
D^{GPC}	La estimación del riesgo suicida de un paciente deberá hacerse mediante el juicio clínico del profesional, teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo y protectores.
A B C	En la evaluación del riesgo suicida se deberá considerar, principalmente: – Presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias – Presencia de trastornos mentales, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida grave (ideas de muerte recurrentes todos los días, la mayor parte del tiempo), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos – Factores de riesgo asociados a su repetición, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y ambientales y antecedentes de suicidio en el entorno.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica (n=4): – Referencias pertinentes (n=0) – Referencias relevantes (n=4) 1. Woodford R, Spittal MJ, Milner A, McGill K, Kapur N, Pirkis J, et al. Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies. Suicide Life Threat Behav. 2019;49(1):23-40. 2. Large M, Myles N, Myles H, Corderoy A, Weiser M, Davidson M, et al. Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. Psychol Med. 2018;48(7):1119-27. PubMed PMID: 28874218. 3. Hettige NC, Bani-Fatemi A, Sakinofsky I, De Luca V. A biopsychosocial evaluation of the risk for suicide in schizophrenia. CNS Spectrums. 2018;23(4):253-63. 4. Walkup JT, Townsend L, Crystal S, Olfson M. A systematic review of validated methods for identifying suicide or suicidal ideation using administrative or claims data. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2012;21 Suppl 1:174-82. – Referencias clave (n=0)	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. Desde el punto de vista del grupo de revisión de la guía, la entrevista clínica continua siendo el instrumento esencial y único en la valoración del riesgo de suicidio, los instrumentos psicométricos no deben sustituir en ningún caso a la entrevista clínica, aunque podrían ser útiles para mejorar la exhaustividad clínica y la forma en la que se documenta la información.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en las recomendaciones. Vigente

Pregunta: ¿Existe algún instrumento psicométrico que permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida?

Recomendaciones

D	Se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas auto y heteroaplicadas, aunque éstas aportan una información complementaria en la evaluación.
C	Dentro de las diferentes escalas, se recomiendan las escalas de desesperanza, ideación e intencionalidad suicida de Beck. También se recomiendan los ítems de conducta suicida del Inventario de depresión de Beck y de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton.
D	Aunque no validadas en España, también se recomiendan las escalas SAD PERSONS o la IS PATH WARM por su facilidad de aplicación.
C	Al valorar a un paciente con varios intentos de suicidio, se recomienda evaluar las causas o precipitantes de cada uno de ellos de forma independiente.
✓	Se recomienda evitar todo tipo de actitudes negativas hacia las personas con conducta suicida reiterada, favoreciendo una atención profesional basada en el respeto y la comprensión hacia este tipo de pacientes.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: – Referencias pertinentes (n=0) – Referencias relevantes (n=8) 1. Warden S, Spiwak R, Sareen J, Bolton JM. The SAD PERSONS Scale for Suicide Risk Assessment. A systematic review. Arch Suicide Res. 2014;18(4):313-26 2. Chan MK, Bhatti H, Meader N, Stockton S, Evans J, O'Connor RC, et al. Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and risk scales. Br J Psychiatry. 2016;209(4):277-83. 3. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. PLoS ONE. 2017;12(7):e018029 4. Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. Br J Psychiatry. 2017;210(6):387-95.PubMed PMID: 28302700. 5. Bolton JM, Gunnell, Turecki. BMJ 2015. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. 6. Quinlivan L, Cooper J, Meehan D, et al. Predictive accuracy of risk scales following self-harm: multicentre, prospective cohort study. Br J Psychiatry. 2017;210(6):429-36. 7. Quinlivan L, Cooper J, Davies L, et al. Which are the most useful scales for predicting repeatself-harm A systematicreview evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. BMJ Open 2016;6:e009297. 8. Cassidy S, Bradley L, Bowen E, Wigham S, Rodgers J. Measurement properties of tools used to assess suicidality in autistic and general population adults: A systematic review. Clin Psychol Rev. 2018;62:56-70 – Referencias clave (n=0). Referencias identificadas a través de cuestionario de consulta a expertos 1. Kessler RC, Bossarte RM, Luedtke A, Zaslavsky AM, Zubizarreta JR. Suicide prediction models: a critical review of recent research with recommendations for the way forward. Mol Psychiatry. 2019 Sep 30. 2. Zaleski ME, Johnson ML, Valdez AM, Bradford JY, Reeve NE, Horigan A, et al. Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment. J Emerg Nurs. 2018;44(5):505.e1-33. PubMed PMID: 30236294. 3. Obegi JH. Probable Standards of Care for Suicide Risk Assessment. J Am Acad Psychiatry Law. 2017;45(4):452-9.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. La evidencia sobre el poder pronóstico y diagnóstico de las diferentes escalas continúa siendo insuficiente, y por ello no deberían usarse para la predicción del riesgo de suicidio Sin embargo el papel que se les otorga en la guía es complementario y de apoyo a la evaluación, y el grupo de trabajo considera que existen situaciones en las que pueden ser de ayuda.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en las recomendaciones. Vigente

Área clínica: Evaluación y manejo de la ideación y conducta suicida en atención primaria

Pregunta: ¿Cómo abordar la ideación suicida en atención primaria?

Recomendaciones

D Se recomienda la capacitación de los médicos de atención primaria en la evaluación y tratamiento de la ideación y conducta suicidas, implementando, en caso necesario, programas específicos acerca de su abordaje diagnóstico y psicoterapéutico.

✓ Se recomienda explorar pensamientos suicidas en los pacientes en los que se sospeche ideación suicida y presenten factores de riesgo de suicidio. Esto no aumenta el riesgo de suicidio.

D Se recomienda que las preguntas a los pacientes sobre sus ideas de suicidio se formulen de forma gradual: no deberán ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática.

✓ Si se confirma la presencia de ideación suicida será preciso realizar preguntas específicas dirigidas a valorar la posibilidad real de suicidio (frecuencia y gravedad de las ideas, grado de planificación…).

✓ En pacientes con ideación suicida y riesgo de suicidio se recomienda:

– Prescribir fármacos potencialmente seguros en caso de sobredosis.
– Prescribir envases con el menor número de comprimidos posible.
– Explicar a los familiares la necesidad de control y administración de la medicación, así como de su custodia.
– Acompañamiento constante por parte de familiares, así como restricción de acceso a métodos letales.
– Aceptación por parte del paciente y su familia del seguimiento y derivación a servicio de salud mental.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: n=2 – Referencias pertinentes (n=2) 1. Milner A, Witt K, Pirkis J, Hetrick S, Robinson J, Currier D, et al. The effectiveness of suicide prevention delivered by GPs: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2017;210:294-302. 2. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. Scand J Public Health. 2019;47(1):9-17. PubMed PMID: 29207932.	La pregunta y recomendaciones siguen siendo relevantes. Atención primaria continúa siendo un nivel asistencial clave para la prevención de suicidio. Aunque algunos estudios que han analizado la formación de médicos de atención primaria han obtenido resultados contradictorios, el grupo de revisión considera que la capacitación de los médicos de atención primaria en la prevención y manejo de la conducta suicida es relevante.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

– Referencias relevantes (n=0) – Referencias clave (n=0) Bibliografía identificada a través del cuestionario de consulta a expertos 1. Grupo para la prevención del suicidio Castilla-La Mancha. Recomendaciones para la detección, prevención e intervención en conducta suicida en el ámbito de la Atención Primaria. Toledo: Castilla la Mancha; 2019. [Consultado 12 dic 2019]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20190705/guia_preven_suic-ap.pdf		
Pregunta: ¿Cómo realizar la evaluación de la conducta suicida en atención primaria?		
Recomendaciones		
D Tras un intento de suicidio en el ámbito de la atención primaria deberá valorarse, en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones.		
D Tras un intento de suicidio en el ámbito de la atención primaria se recomienda realizar, siempre que sea posible, una valoración que incluya: – Características del intento – Intentos autolíticos previos – Factores sociodemográficos – Trastornos mentales asociados – Antecedentes familiares		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica No se ha localizado nueva evidencia científica	La pregunta y recomendaciones siguen siendo relevantes.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

Pregunta: ¿Cuándo derivar a un paciente con ideación o intento de suicidio desde atención primaria a otro nivel asistencial?
Recomendaciones
D En caso de ideación suicida se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental, si: – Presencia de trastorno mental grave – Conducta autolítica grave reciente – Plan de suicidio elaborado – Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista – Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo – Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.
D En caso de intento de suicidio se recomienda la derivación urgente a un servicio de urgencias hospitalario, si: – Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria – Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente). En caso de intento de suicidio, y en ausencia de los puntos anteriores, se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental, si: – Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado – Presencia de enfermedad mental grave – Conducta autolítica grave reciente – Intentos de suicidio previos – Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo – Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición.
✓ En caso de ideación o conducta suicida se podría considerar la derivación preferente al servicio de salud mental (en el plazo de una semana) cuando no estén presentes ninguno de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan todas las circunstancias siguientes: – Alivio tras la entrevista – Intención de control de impulsos suicidas – Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas – Apoyo sociofamiliar efectivo.
✓ Toda la información del paciente será recogida en la historia clínica, así como la justificación razonada del tipo de derivación.
✓ Se recomienda, una vez producido un episodio de conducta suicida, una adecuada comunicación entre el servicio de salud mental y el médico de atención primaria.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: No se ha localizado nueva evidencia.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

Área Clínica: evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias

Pregunta clínica: ¿Cómo se estratifica el nivel de riesgo de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias por una conducta suicida?
Recomendaciones
✓ Se recomienda que todos los pacientes que acudan a un servicio de urgencias por una conducta suicida sean catalogados en el triaje de tal forma que se asegure su atención dentro de la primera hora desde su llegada.
✓ Se propone la versión breve del cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz para ser empleado por el personal encargado del triaje en el servicio de urgencias con aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica No se ha localizado nueva evidencia.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

Pregunta clínica: En un paciente que acude a un servicio de urgencias por una conducta suicida, ¿qué otros aspectos deberían ser evaluados, además de los físicos, con el fin de tomar decisiones inmediatas?
Recomendaciones
✓ La evaluación del paciente con conducta suicida deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto.
✓ Durante su estancia en el servicio de urgencias deberán adoptarse todas aquellas medidas disponibles de seguridad que impidan la fuga y la auto o heteroagresividad.
✓ El médico de urgencias hospitalarias, además de valorar la alteración de la condición física del paciente con conducta suicida, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básica
D En la valoración de un paciente con conducta suicida se recomienda la evaluación sistemática de la presencia de factores de riesgo y la recogida de las características más relevantes del intento de suicidio, preferiblemente mediante formatos estandarizados, y documentando correctamente toda la información en la historia clínica.
✓ Se recomienda que los pacientes con un intento de suicidio sean valorados por un psiquiatra, cuando así lo considere el médico de urgencias hospitalarias.
✓ La derivación al psiquiatra por parte del médico de urgencias deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.
✓ En ocasiones podrá diferirse la evaluación psiquiátrica del paciente, derivándose con carácter preferente a una consulta de salud mental.
✓ Se recomienda la mejora de las siguientes áreas de atención a las personas con conducta suicida: – Comunicación entre pacientes y profesionales – Actitud empática de los profesionales – Acceso a la asistencia sanitaria especializada – Información sobre la conducta suicida a pacientes, cuidadores y familiares.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: – Referencias pertinentes (n=2) Inagaki M, Kawashima Y, Yonemoto N, Yamada M. Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2019;19 (1) (no pagination)(44) Hill NT, Shand F, Torok M, Halliday L, Reavley NJ. Development of best practice guidelines for suicide-related crisis response and aftercare in the emergency department or other acute settings: A Delphi expert consensus study. BMC Psychiatry Vol 19 2019, ArtID 6. 2019;19. – Referencias relevantes (n=1): McClatchey K, Murray J, Rowat A, Chouliara Z. Risk factors for suicide and suicidal behavior relevant to emergency health care settings: A systematic review of post-2007 reviews. Suicide Life Threat Behav. 2017;47(6):729-45. – Referencias clave (n=0)	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. Los factores de riesgo más importantes son los recogidos como tal en la guía previa, como novedades destacan el uso de Internet y el ciberbulling, pero en personas jóvenes.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.
Pregunta clínica: ¿Cuál debe ser la formación del médico de urgencias en el reconocimiento, evaluación y manejo de personas con conducta suicida?		
D Los profesionales no especializados en salud mental deberían recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida.		
✓ La formación del médico de urgencias en la atención a pacientes con conducta suicida debería incluir aquellos aspectos considerados de su competencia, entre otros: – Evaluación del estado y capacidad mental del paciente y de su estado de ánimo – Habilidades en la detección de riesgo de suicidio inmediato – Conocimiento básico de las condiciones médico-legales de las situaciones de urgencia		

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: No se ha localizado nueva evidencia.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas.	Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.
Pregunta clínica: ¿Cuáles son los criterios de ingreso hospitalario psiquiátrico de un paciente con conducta suicida?		
D[GPC] La decisión de hospitalizar o no a un paciente tras una conducta suicida es habitualmente un proceso complejo. Se recomienda tener en cuenta principalmente los siguientes factores: – Repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida – Riesgo suicida inmediato del paciente – Necesidad de un tratamiento más intensivo del trastorno mental de base – Falta de apoyo social y familiar efectivo.		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: No se ha localizado nueva evidencia.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas.	Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

Área Clínica: Intervenciones psicoterapéuticas

Pregunta: En un paciente con conducta suicida ¿existe alguna técnica psicoterapéutica indicada para su tratamiento?
Recomendaciones
✓ Las técnicas psicoterapéuticas juegan un importante papel en el tratamiento de los pacientes con conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para aquellas personas que las necesiten.
B De modo general, en los pacientes con conducta suicida se recomiendan los tratamientos psicoterapéuticos de corte cognitivo-conductual con una frecuencia semanal, al menos al inicio del tratamiento.
B La psicoterapia empleada debería incidir siempre sobre algún aspecto concreto del espectro suicida (ideación suicida, desesperanza, autolesiones u otras formas de conducta suicida).
B En adultos con ideación o conducta suicida se recomiendan los tratamientos cognitivo-conductuales basados en sesiones individuales, aunque puede valorarse la inclusión de sesiones grupales como complemento del tratamiento individual.
B En adultos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se debe considerar de forma preferente la terapia dialéctico-conductual, aunque también podrían valorarse otras técnicas psicoterapéuticas.
B En adolescentes, se recomienda el tratamiento psicoterapéutico específico (terapia dialéctico-conductual en trastorno límite de la personalidad y terapia cognitivo conductual en depresión mayor).
B La terapia interpersonal se recomienda en adultos con conducta suicida, en mayores de 60 años con depresión e ideación suicida y en adolescentes con riesgo suicida.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica (n=11) – Referencias pertinentes (n=0) – Referencias relevantes (n=11): 1. Soomro GM, Kakhi S. Deliberate self-harm (and attempted suicide). BMJ Clin Evid. 2015;28. 2. Krysinska K, Batterham PJ, Christensen H. Differences in the effectiveness of psychosocial interventions for suicidal ideation and behaviour in women and men: A systematic review of randomised controlled trials. Arch Suicide Res. 2017;21(1):12-32. 3. Mendez-Bustos P, Calati R, Rubio-Ramirez F, Olie E, Courtet P, Lopez-Castroman J. Effectiveness of Psychotherapy on Suicidal Risk: A Systematic Review of Observational Studies. Front Psychol. 2019;10:277. PubMed PMID: 30837920 4. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. BMC Psychiatry. 2018;18(1):120. 5. Leiman M, Garay CJ. Psychological interventions for patients with suicidal risk: A systematic review. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 2017;63(4):261-75. Spanish 6. Leavey K, Hawkins R. Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. Cogn Behav Ther. 2017;46(5):353-74. 7. Gotzsche PC, Gotzsche PK. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. J R Soc Med. 2017;110(10):404-10. 8. Mewton L, Andrews G. Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: Improving patient outcomes. Psychol Res Behav Manag. 2016;9:21-9. 9. Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2016;(6):544-54. 10. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2016 (5):CD012189. PubMed PMID: 27168519. 11. Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. J Psychiatr Res. 2016;79:8-20. 12. Carter G, Page A, Large M, Hetrick S, Milner AJ, Bendit N, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2016;50(10):939-1000. – Referencias clave (n=0).	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. Los tratamientos psicológicos continúan siendo una parte fundamental del tratamiento y prevención de la conducta suicida, se recomienda garantizar la disponibilidad de los mismos a las personas que lo necesiten. Estos deberían incidir en algún aspecto de la conducta suicida. La evidencia continúa apoyando principalmente el uso de los tratamientos de corte cognitivo-conductual en pacientes con conducta suicida, y el uso de la terapia dialéctico conductual en pacientes con conducta suicida con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Vigente, pero en futuras revisiones de la guía será necesario valorar el abordaje de las nuevas modalidades de tratamientos psicológicos investigados.

Referencias identificadas a través del cuestionario de consulta a expertos 1. Briggs S, Netuveli G, Gould N, Gkaravella A, Gluckman NS, Kangogyere P, et al. The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2019;214(6):320-8. 2. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. Behav Ther. 2019;50(1):60-72. 3. Bryan CJ, Peterson AL, Rudd MD. Differential Effects of Brief CBT Versus Treatment as Usual on Posttreatment Suicide Attempts Among Groups of Suicidal Patients. Psychiatr Serv. 2018;69(6):703-709. 4. Rudd MD, Bryan CJ, Wertenberger EG, Peterson AL, Young-McCaughan S, Mintz J, et al. Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. Am J Psychiatry. 2015;172(5):441-9. 5. Briton PC, Conner KR, Chapman BP, & Maisto SA. Motivational Interviewing to Address Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial in Veterans. (2019). Wiley Online Library. https://doi.org/10.1111/sltb.12581. 6. Bryan CJ, May AM, Rozek DC, LSCW W, Clemans TA, Mintz J, Leeson B, & Burch TS. Use of crisis management interventions among suicidal patients: Results of a randomized controlled trial. Wiley Online Library, 2018. https://doi.org/10.1002/da.2275. 7. Stanley, B. & Brown, G. Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. Cognitive and Behavioral Practice, 2011, 19(2), 256-264. 8. Gysin-Maillart, A, Schwab, S, Soravia, L, Megert, M, & Michel, K. A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). PLoS Med, 2016,13(3). Advance online publication. doi:10.1371/journal.pmed.1001968 9. Ellis TE, Green KL, Allen JG, Jobes DA, Nadorff MR. Collaborative assessment and management of suicidality in an inpatient setting: results of a pilot study. Psychotherapy (Chic). 2012 Mar;49(1):72-80. doi: 10.1037/a0026746 10. Jobes DA. The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. Suicide Life Threat Behav. 2012;42(6):640-53. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00119.x. PMID:22971238.	Se ha localizado evidencia que sugiere que la terapia basada en la mentalización fue efectiva en reducir los intentos de suicidio y las autolesiones sin intencionalidad suicida realizada en adultos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, con o sin intentos de suicidio previos y con un abordaje ambulatorio. Algunas intervenciones breves, como el plan de seguridad, intervención en crisis, ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) y la CAMS (Collaborative Assessment and Managemet of Suicidality), también han demostrado cierta eficacia en el abordaje de pacientes con riesgo de suicidio. En este momento el grupo de trabajo considera que no es necesario modificar las recomendaciones, pero en futuras revisiones de la guía será necesario valorar el abordaje de las nuevas modalidades de tratamientos psicológicos investigados,	

Área Clínica: Tratamiento

Pregunta: ¿Existe algún fármaco eficaz en el tratamiento de la conducta suicida?	
Recomendaciones	
Antidepresivos	
A	En adultos con depresión mayor que presentan ideación suicida se recomienda preferentemente el tratamiento con antidepresivos del grupo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
A	En mayores de 60 años con depresión mayor y conducta suicida se recomienda el seguimiento mantenido en el tiempo junto con el empleo de terapia combinada (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina + terapia interpersonal).
A	En adolescentes con depresión mayor e ideación suicida se recomienda el empleo de la terapia combinada (fluoxetina + terapia cognitivo-conductual).
D^{GPC}	Se recomienda el empleo de ansiolíticos al inicio del tratamiento con antidepresivos en pacientes con depresión mayor e ideación suicida que además experimenten ansiedad o agitación
C	En pacientes con trastorno bipolar e ideación suicida no se recomienda el uso de antidepresivos en monoterapia, sino acompañados de un estabilizador del ánimo
Litio	
A	Se recomienda el tratamiento con litio en pacientes adultos con trastorno bipolar que presentan conducta suicida, ya que además de su efecto estabilizador de ánimo añade una potencial acción antisuicida
B	En pacientes adultos con depresión mayor y conducta suicida reciente se recomienda valorar la asociación de litio al tratamiento antidepresivo.
D	Cuando se considere necesario finalizar el tratamiento con litio deberá hacerse de forma gradual, al menos durante dos semanas.

Anticonvulsivantes		
C En el tratamiento con anticonvulsivantes del trastorno límite de la personalidad se recomienda utilizar como fármaco de primera elección la carbamazepina para controlar el riesgo de conducta suicida		
C En pacientes con trastorno bipolar y riesgo de suicidio que precisen tratamiento con anticonvulsivantes, se recomienda el tratamiento con ácido valproico o carbamazepina de forma continuada.		
✓ En pacientes con epilepsia y factores de riesgo de suicidio a tratamiento antiepiléptico se mantendrá especial atención a la presencia de ideación o conducta suicida		
Antipsicóticos		
A Se recomienda el uso de clozapina en el tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos y con alto riesgo de conducta suicida, para reducir el riesgo de comportamientos suicidas.		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: n=14 – Referencias pertinentes (n=0). – Referencias relevantes (n=14): 1. Sharma T, Guski LS, Freund N, Gotzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: Systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. BMJ. 2016;352:i65. 2. Pozzi M, Radice S, Clementi E, Molteni M, Nobile M. Antidepressants and, suicide and self-injury: Causal or casual association? Int J Psychiatry Clin Pract. 2016;20(1):47-51. 3. Fountoulakis KN, Gonda X, Baghai TC, Baldwin DS, Bauer M, Blier P, et al. Report of the WPA section of pharmacopsychiatry on the relationship of antiepileptic drugs with suicidality in epilepsy. Int J Psychiatry Clin Pract. 2015;19(3):158-67. 4. Ferrer P, Ballarin E, Sabate M, Vidal X, Rottenkolber M, Amelio J, et al. Antiepileptic drugs and suicide: A systematic review of adverse effects. Neuroepidemiology. 2014;42(2):107-20.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. Las RS revisadas aportan más evidencia sobre los distintos fármacos eficaces en la prevención y tratamiento de la conducta suicida: la clozapina en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo; y el litio en los trastornos bipolares y trastornos depresivos graves con ideación suicida.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones.

5. Wagner E, Lohrs L, Siskind D, Honer WG, Falkai P, Hasan A. Clozapine augmentation strategies - a systematic meta-review of available evidence. Treatment options for clozapine resistance. J Psychopharmacol. 2019;33(4):423-35.
6. Vermeulen JM, Van Rooijen G, Van De Kerkhof MPJ, Sutterland AL, Correll CU, De Haan L. Clozapine and Long-Term Mortality Risk in Patients with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Studies Lasting 1.1-12.5 Years. Schizophr Bull. 2019;45(2):315-29.
7. Bielefeldt AO, Danborg PB, Gotzsche PC. Precursors to suicidality and violence on antidepressants: systematic review of trials in adult healthy volunteers. J R Soc Med. 2016;109(10):381-92.
8. Serafini G, Adavastro G, Canepa G, De Berardis D, Valchera A, Pompili M, et al. The efficacy of buprenorphine in major depression, treatment-resistant depression and suicidal behavior: A systematic review. Int J Mol Sci. 2018;19(8):2410.
9. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, et al. Pharmacological interventions for self-harm in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015 (7):CD011777.
10. Schaffer A, Isometsa ET, Tondo L, Moreno DH, Sinyor M, Kessing LV, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2015;49(9):785-802.
11. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Suicide in bipolar disorder: A review. Psychiatr Danub. 2014;26(2):108-14.
12. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: Updated Systematic Review and Meta-Analysis. BMJ. 2013;346:f3646
13. Wilkinson ST, Ballard ED, Bloch MH, Mathew SJ, Murrough JW, Feder A, et al. The effect of a single dose of intravenous ketamine on suicidal ideation: A systematic review and individual participant data meta-analysis. Am J Psychiatry. 2018;175(2):150-8.
14. Bartoli F, Riboldi I, Crocamo C, Di Brita C, Clerici M, Carra G. Ketamine as a rapid-acting agent for suicidal ideation: A meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2017;77:232-6.
15. Reinstatler L, Youssef NA. Ketamine as a potential treatment for suicidal ideation: a systematic review of the literature. Drugs R D. 2015;15(1):37-43.
16. Parsaik AK, Singh B, Khosh-chashm D, Mascarenhas SS. Efficacy of ketamine in bipolar depression: Systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Pract. 2015;21(6):427-35.
17. Serafini G, Howland RH, Rovedi F, Girardi P, Amore M. The role of ketamine in treatment-resistant depression: A systematic review. Curr Neuropharmacol. 2014;12(5):444-61.

Con respecto a los antiepilépticos (valproico) hay varias revisiones sistemáticas que concluyen que no aumenta ni disminuye la incidencia de suicidio y eventos relacionados en pacientes con trastorno bipolar. Pero se señala como limitación que muchos de los estudios son heterogéneos, con muestras no similares y metodológicamente frágiles.

Con respecto a fármacos no contemplados en la GPC:

- Sobre la ketamina hay estudios que apuntan a una rápida mejoría de la ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo resistente, pero no hay evidencia suficiente de la eficacia a medio y largo plazo y efectos secundarios de dicho fármaco. Su uso “off-label” podría valorarse en pacientes refractarios con depresión resistente grave e ideación suicida cuando no existan otras opciones terapéuticas con mayor evidencia.

Vigente, aunque será necesario monitorizar evidencia que permita evaluar el papel de nuevas alternativas terapéuticas (ketamina, esketamina, buprenorfina).

18. Naughton M, Clarke G, Oleary OF, Cryan JF, Dinan TG. A review of ketamine in affective disorders: Current evidence of clinical efficacy, limitations of use and pre-clinical evidence on proposed mechanisms of action J Affect Disord. 2014;156:24-35.
19. Fond G, Loundou A, Rabu C, Macgregor A, Lancon C, Brittner M, et al. Ketamine administration in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. Psychopharmacology (Berl). 2014;231(18):3663-76.
20. Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, et al. Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self harm. Cochrane Database Syst Rev. 2015 (10).
21. Rana F, Gormez A, Varghese S. Pharmacological interventions for self-injurious behaviour in adults with intellectual disabilities. Cochrane Database Syst Rev. 2013
22. Carter G, Page A, Large M, Hetrick S, Milner AJ, Bendit N, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2016;50(10):939-1000.

– Referencias clave (n=0).

1. Referencias identificadas a través del cuestionario de consulta a expertos:
2. Mula M, Kanner AM, Schmitz B, Schachter S. Antiepileptic drugs and suicidality: an expert consensus statement from the Task Force on Therapeutic Strategies of the ILAE Commission on Neuropsychobiology. Epilepsia. 2013;54(1):199-203.
3. Lee Y, Syeda K, Maruschak NA, Cha DS, Mansur RB, Wium-Andersen IK, et al. A New Perspective on the Anti-Suicide Effects With Ketamine Treatment: A Procognitive Effect. J Clin Psychopharmacol. 2016;36(1):50-6.
4. Canuso CM, Singh JB, Fedgchin M, Alphs L, Lane R, Lim P, Pinter C, Hough D, Sanacora G, Manji H, Drevets WC. Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine for the Rapid Reduction of Symptoms of Depression and Suicidality in Patients at Imminent Risk for Suicide: Results of a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. Am J Psychiatry. 2018;175(7):620-30
5. Witt K, Potts J, Hubers A, Grunebaum MF, Murrough JW, Loo C, et al. Ketamine for suicidal ideation in adults with psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis of treatment trials. Aust N Z J Psychiatry. 2019:4867419883341.

No hay suficiente evidencia para recomendar incorporarla en la práctica clínica diaria, pero sí suficientes datos para recomendar estudios a medio y largo plazo con la ketamina que repliquen los hallazgos en los estudios hasta ahora publicados.

- En cuanto a la esketamina se trata de un fármaco prometedor por su rapidez y facilidad de administración intranasal. Este medicamento acaba de obtener la autorización de comercialización en Europa. Se precisará de evidencia científica suficiente para establecer su balance riesgo beneficio y su incorporación en los algoritmos de las Guías de Práctica Clínica para el tratamiento de la ideación suicida en el contexto de depresión mayor resistente.

Con respecto a la buprenorfina, desde el punto de vista del grupo de trabajo no existe evidencia científica suficiente en este momento para su incorporación en la práctica clínica de pacientes con ideación suicida. Aunque algún estudio indica una mejora en las puntuaciones relativas a ideación suicida son necesarios más estudios a medio/largo plazo para valorar mantenimiento de respuesta, frecuencia y dosis óptimas, así como indicación en categorías diagnósticas concretas.

Área Clínica: Terapia electroconvulsiva

Pregunta: ¿Cuál es la eficacia y la seguridad de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la conducta suicida?		
Recomendaciones		
✓	La decisión de utilizar terapia electroconvulsiva debería tomarse de forma compartida con el paciente, teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, opciones alternativas y preferencias del paciente. En todos los casos se deberá obtener el consentimiento informado por escrito.	
✓	Se recomienda que la terapia electroconvulsiva sea administrada siempre por un profesional experimentado, tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario	
C	Se recomienda la terapia electroconvulsiva en aquellos pacientes con depresión mayor grave en los que exista la necesidad de una rápida respuesta debido a la presencia de alta intencionalidad suicida.	
D^{GPC}	La terapia electroconvulsiva estaría indicada también en adolescentes con depresión mayor grave y persistente, con conductas que pongan en peligro su vida o que no respondan a otros tratamientos	
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: No se ha localizado nueva evidencia científica.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. El tratamiento con terapia electroconvulsiva a pacientes con alta intencionalidad suicida sigue considerándose de los más rápidos y efectivos.	Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

Área Clínica: Medidas generales de prevención

Pregunta: ¿Qué programas de prevención de la conducta suicida podemos encontrar a nivel internacional?

Recomendaciones

C Se recomienda a las autoridades sanitarias la puesta en marcha de líneas de acción específicas para la prevención de la conducta suicida mediante:

- Desarrollo de programas preventivos en poblaciones de riesgo
- Formación de los profesionales sanitarios en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores
- Educación a la población general y medios de comunicación
- Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y seguimiento de personas en riesgo de suicidio
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con conducta suicida
- Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto en el personal sanitario como en la población general
- Promover la investigación sobre la prevención del suicidio.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica (n=1): – Referencias pertinentes (n=1) National Institute for Health and Care Excellence. Preventing suicide in community and custodial settings. London: NICE; 2018. [Consultado 20 dic 2019]. Informe Nº.: 105. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng105/resources/preventing-suicide-in-community-and-custodial-settings-pdf-66141539632069 – Referencias relevantes (n=0) – Referencias clave (n=0) No se ha localizado nueva evidencia científica Bibliografía identificada a través del cuestionario de consulta a expertos 1. Preventing suicide suicide: A global imperative. Ginebra: World Health Organization; 2014. [Consultado 12 dic 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/585331/retrieve 2. Stone DM, Holland KM, Bartholow B, Crosby AE, Davis S, Wilkins N. Preventing Suicide: A technical Package of Policies, Programs and Practices. 2017. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. [Consultado 12 dic 2019]. Disponible en: https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf 3. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016;3(7):646-59. 4. Hofstra E, van Nieuwenhuizen C, Bakker M, Özgül D, Elfeddali I, de Jong SJ, et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2019. pii: S0163-8343(18)30509-7.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. La recomendación recoge las principales líneas de acción que continúan considerándose en la actualidad como actuaciones clave de la prevención del suicidio.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Vigente, aunque es posible que se genere evidencia científica que permita matizar alguno de los puntos considerados en la recomendación.

5. Ridani R, Torok M, Shand F, Holland C, Murray S, Borrowdale K, et al. An evidence-based systems approach to suicide prevention: guidance on planning, commissioning, and monitoring. Sydney: Black Dog Institute; 2016. 6. Suicide prevention. Quality standard. London: NICE; 2019. [Consultado 12 dic 2019]. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/qs189 7. Labouliere CD, Vasan P, Kramer A, Brown G, Green K, Rahman M, et al. "Zero Suicide" - A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. Suicidologi. 2018;23(1):22–30. 8. OMS Live Life: Preventive suicide. Geneva: World Health Organization; 2018. [Consultado 12 dic 2019]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/suicide/live-life-brochure.pdf?sfvrsn=6ea28a12_2		
Pregunta: ¿Qué intervenciones clínicas son eficaces en la prevención de la conducta suicida mediante la potenciación de los factores protectores y la resiliencia?		
Recomendaciones		
✓ Se recomienda el desarrollo y puesta en marcha de programas de prevención del suicidio basados en la potenciación de factores protectores y factores asociados a la resiliencia.		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica – Referencias pertinentes (n=1): 1. Macedo T, Wilheim L, Goncalves R, Coutinho ESF, Vilete L, Figueira I, et al. Building resilience for future adversity: A systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. BMC Psychiatry Vol 14 2014, ArtID 227. 2014;14. – Relevantes (n=0): – Clave (n=0)	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. La evidencia sobre la efectividad de los programas basados en la potenciación de la resiliencia continúa siendo escasa, sin embargo, existe evidencia que sugiere su efectividad en variables psicológicas y, teniendo en cuenta que la resiliencia puede mejorar el afrontamiento de situaciones adversas, el grupo de trabajo considera que continúa siendo relevante la puesta en marcha de programas de prevención que potencien los factores protectores y la resiliencia.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente

Pregunta: ¿Qué medidas se pueden tomar para la restricción de medios letales?		
Recomendaciones		
B Se recomienda reducir la disponibilidad o limitar el acceso a medios letales de suicidio, principalmente de aquellos más utilizados en cada país: – Restricción de la venta de psicotrópicos – Reducción del tamaño de los envases de fármacos en general. – Uso de antidepresivos de menor toxicidad – Reducción de las emisiones de monóxido de carbono de los vehículos – Menor toxicidad del gas de uso doméstico – Instalación de barreras en lugares elevados – Restricción sobre posesión y control de armas de fuego – Control de plaguicidas.		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica – Referencias pertinentes (n=1) National Institute for Health and Care Excellence. Preventing suicide in community and custodial settings. London: NICE; 2018. [Consultado 20 dic 2019]. Informe Nº.: 105. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng105/resources/preventing-suicide-in-community-and-custodial-settings-pdf-66141539632069 – Referencias relevantes (n=9): 1. Gunnell D, Knipe D, Chang SS, Pearson M, Konradsen F, Lee WJ, et al. Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. The Lancet Global Health. 2017;5(10):e1026-e37. 2. Barker E, Kolves K, De Leo D. Rail-suicide prevention: Systematic literature review of evidence-based activities. Asia Pacific psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists. 2017;9(3). 3. Anglemyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. Annals of Internal Medicine. 2014;160(2):101-10. PubMed PMID: 24592495. 4. Cox GR, Owens C, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13:214. 5. Havarneanu GM, Burkhardt JM, Paran F. A systematic review of the literature on safety measures to prevent railway suicides and trespassing accidents. Accident Analysis & Prevention. 2015;81:30-50. 6. McGinty EE, Webster DW, Barry CL. Gun policy and serious mental illness: Priorities for future research and policy. Psychiatric Services. 2014;65(1):50-8. English.O	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. Las revisiones sistemáticas identificadas apoyan la implementación de medidas orientadas a controlar la posesión de armas de fuego, medidas de seguridad en sitios de riesgo (por ejemplo, puntos elevados), y control y restricción del acceso a pesticidas. Las medidas propuestas por los estudios son contexto-dependientes, pudiendo variar de un país a otro según los medios utilizados más frecuentemente.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente

7. Hemenway D. Guns, suicide, and homicide: Individual-level versus population-level studies. Annals of Internal Medicine. 2014;160(2):134-5. English. 8. Stroebe W. Firearm possession and violent death: A critical review. Aggression and Violent Behavior. 2013;18(6):709-21. 9. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysinska K, Robinson J, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry. 2015;2(11):994-1001. – Referencias clave (n=0).		

Pregunta: ¿Qué medidas pueden adoptar los medios de comunicación para prevenir la conducta suicida?

Recomendaciones

D Se recomienda que los medios de comunicación sigan las directrices de la OMS para la publicación de noticias sobre suicidios, entre las que destacan:
– No tratar las noticias sobre suicidios de forma sensacionalista
– Evitar especificar detalles sobre sus características y circunstancias
– Aportar información precisa, responsable y ética
– Aprovechar la oportunidad para educar a la población
– Ofrecer información sobre los recursos de ayuda disponibles
– Tras un suicidio, tener siempre en cuenta el impacto que la información pueda producir en los familiares y allegados

✓ Se recomiendan acciones, a nivel nacional o autonómico, encaminadas a promover la puesta en marcha de las directrices de la OMS y de otras similares que favorezcan un adecuado tratamiento del suicidio en los medios de comunicación.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica - Referencias pertinentes (n=1) National Institute for Health and Care Excellence. Preventing suicide in community and custodial settings. London: NICE; 2018. [Consultado 20 dic 2019]. Informe Nº.: 105. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng105/resources/preventing-suicide-in-community-and-custodial-settings-pdf-66141539632069 - Referencias relevantes (n=4): 1. Mishara BL, Dargis L. Systematic comparison of recommendations for safe messaging about suicide in public communications. Journal of Affective Disorders. 2019;244:124-54. 2. Torok M, Calear A, Shand F, Christensen H. A systematic review of mass media campaigns for suicide prevention: Understanding their efficacy and the mechanisms needed for successful behavioral and literacy change. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2017;47(6):672-87. 3. Sisask M, Varnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource]. 2012;9(1):123-38. 4. http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v91/1135-5727-resp-91-e201710040.pdf	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. El papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio continúa siendo clave. La implementación de las directrices de la OMS o similares favorece un adecuado tratamiento de la información en la publicación de noticias sobre suicidios que puede ayudar a la prevención de la conducta suicida.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente

Pregunta: ¿Cuál es el papel de Internet en la conducta suicida?

Recomendaciones

D Se recomienda la implantación de medidas dirigidas a favorecer que Internet sea un instrumento que promueva la salud mental y la prevención del suicidio. Entre estas medidas estarían:

– Intentar que las páginas con información útil para los pacientes, encaminadas a la prevención o a ofrecer apoyo, aparezcan situadas en un lugar prioritario cuando se realiza una búsqueda con términos clave

– Regularizar el control de los contenidos de Internet mediante su legislación, implicación de organizaciones o servicios proveedores

– Uso de programas de filtrado para impedir el acceso a determinados foros o blogs.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: - Referencias pertinentes (n=1): 1. Utterson M, Daoud J, Dutta R. Online media reporting of suicides: Analysis of adherence to existing guidelines. BJPsych Bulletin. 2017;41(2):83-6. – Referencias pertinentes (n=0) – Referencias relevantes (n=0)	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. El grupo de trabajo reconoce la dificultad de implementar medidas en Internet, pero teniendo en cuenta su importante papel considera necesario el esfuerzo de desarrollar medidas a este nivel.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente

Pregunta: Los programas formativos de sensibilización, detección y abordaje de la ideación suicida llevados a cabo en profesionales sanitarios ¿se han mostrado efectivos a la hora de reducir las tasas de suicidio consumado?

Recomendaciones

C Se recomienda que todo profesional, tanto sanitario como no sanitario, que pueda estar en contacto con personas en riesgo de suicidio adquiera los conocimientos, actitudes y habilidades adecuados para su manejo

C De forma general, se recomienda que los programas destinados a la formación del personal sanitario sobre conducta suicida incluyan información sobre factores de riesgo y de protección, evaluación y estrategias de intervención en crisis. El formato podrá ser presencial, online o mixto, y basarse en conferencias, discusión de casos o role-playing.

C Se recomienda que los programas de formación incluyan sesiones de refuerzo de forma periódica (al menos cada dos años).		
✓ Se recomienda la evaluación de los programas de formación tras su implementación, sobre todo de su influencia sobre la práctica asistencial.		
C Se recomienda que los programas de formación en atención primaria incluyan, además de contenidos específicos sobre el suicidio, otros referidos a la detección y tratamiento de la depresión.		
C Se recomienda que los programas de formación en los servicios de urgencias aborden aspectos generales de suicidio y potencien el desarrollo de competencias en la entrevista clínica para la detección de patología psiquiátrica comórbida, factores y grupos de riesgo de suicidio.		
C Se recomienda que los programas de formación en los servicios de salud mental aborden, además de los aspectos generales sobre suicidio, la adquisición de habilidades en el manejo y prevención de la conducta suicida.		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: – Referencias pertinentes (n=1). National Institute for Health and Care Excellence. Preventing suicide in community and custodial settings. London: NICE; 2018. [Consultado 20 dic 2019]. Informe Nº.: 105. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng105/resources/preventing-suicide-in-community-and-custodial-settings-pdf-66141539632069 – Referencias relevantes (n=1) 1. Ferguson MS, Reis JA, Rabbetts L, Ashby HJ, Bayes M, McCracken T, et al. The Effectiveness of Suicide Prevention Education Programs for Nurses. Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide. 2018;39(2):96-109. – Referencias clave (n=0) Bibliografía identificada a través del cuestionario de consulta a expertos: 1. de Beurs DP, de Groot MH, de Keijser J, van Duijn E, de Winter RF, Kerkhof AJ. Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial.Br J Psychiatry. 2016 May;208(5):477-83. doi: 10.1192/bjp.bp.114.156208.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. Aunque la evidencia sobre el efecto de la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en la conducta suicida no es concluyente, sí que existe evidencia que señala cambios positivos en la adquisición de conocimientos, actitud y confianza, y por lo tanto se continúa considerando que la formación, tanto en ámbito sanitario como no sanitario es relevante.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente

Pregunta: ¿Desde el punto de vista formativo, qué medidas de prevención de la conducta suicida podrían realizarse en profesionales no sanitarios?		
Recomendaciones		
C Se recomienda que los programas destinados a la formación de personal no sanitario (profesorado, educadores, bomberos, policías…) aborden fundamentalmente factores de riesgo de conducta suicida, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre la búsqueda de ayuda profesional.		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: Referencias pertinentes (n=1) National Institute for Health and Care Excellence. Preventing suicide in community and custodial settings. London: NICE; 2018. [Consultado 20 dic 2019]. Informe Nº.: 105. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng105/resources/preventing-suicide-in-community-and-custodial-settings-pdf-66141539632069	Ver apartado anterior.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente

Área Clínica: Cribado de riesgo de suicidio

Pregunta: ¿El cribado de riesgo de suicidio podría detectar la conducta suicida futura y disminuir la mortalidad por esta causa? ¿Son eficaces los instrumentos de cribado para identificar el riesgo de suicidio?

Recomendaciones

D En población general, no existen pruebas suficientes para recomendar, ni a favor ni en contra, el cribado de riesgo de suicidio en adultos.

C En centros educativos, la evidencia existente sobre la efectividad y el posible impacto en la conducta suicida no permite recomendar la implantación de programas de cribado.

C En atención primaria, se sugiere implementar programas de cribado del riesgo de suicidio en adolescentes con presencia de factores riesgo de suicidio que puedan necesitar ser derivados a un servicio especializado. Como herramienta de cribado puede utilizarse el Cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz, por ser el único validado en castellano.

C En los servicios de urgencias, se recomienda llevar a cabo un cribado del riesgo de suicidio en aquellos adolescentes con presencia de factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol, impulsividad...) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc…), que acudan incluso por otros motivos.

C En personas mayores se recomienda la implementación del cribado de depresión, asociado a un adecuado seguimiento y a programas de educación para la salud ya que esta medida disminuye el riesgo de suicidio. Como instrumentos de cribado podrían utilizarse la 15-item Geriatric Depression Scale (GDS) y la 5-item GDS subscale (GDS-SI).

D En centros penitenciarios se recomienda el cribado de riesgo de suicidio de los reclusos a su ingreso, con posterior observación y seguimiento. No se ha encontrado evidencia para recomendar ninguna escala de cribado en esta población.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: – Referencias pertinentes (n=0). – Referencias relevantes (n=2): 1. LeFevre ML, Force USPST. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2014;160(10):719-26. 2. O'Connor E, Gaynes BN, Burda BU, Soh C, Whitlock EP. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2013;158(10):741-54. – Referencias clave (n=0). Bibliografía identificada a través del cuestionario de consulta a expertos: Dunlap LJ, Orme S, Zarkin GA, Arias SA, Miller IW, Camargo CA, Jr., et al. Screening and Intervention for Suicide Prevention: A Cost-Effectiveness Analysis of the ED-SAFE Interventions. Psychiatr Serv. 2019;70(12):1082-7.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. La evidencia continúa siendo insuficiente para evaluar el riesgo beneficio del cribado en población general (adolescentes, adultos y mayores) en atención primaria. Aunque el grupo de revisión de la GPC 2012, reconoce que las recomendaciones sobre cribado de suicidio y depresión en atención primaria continúan siendo controvertidas, el cribado en adolescentes con factores de riesgo y de depresión en mayores podría estar justificado al tratarse de dos poblaciones de especial riesgo, y en las que existe evidencia de efectividad de intervenciones para reducir el riesgo de suicidio.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

Área Clínica: Grupos de riesgo. Infancia y adolescencia

Pregunta clínica: ¿Cuáles son los factores de riesgo y protectores asociados con la conducta suicida en la infancia y la adolescencia?		
Recomendaciones		
D[GPC] En niños y adolescentes con presencia de factores de riesgo de conducta suicida se recomienda realizar una amplia evaluación psicopatológica y social. La evaluación deberá seguir los mismos principios que en los adultos aunque considerando los aspectos psicopatológicos propios de la infancia y adolescencia y prestando especial atención a la familia y su situación social.		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: – Referencias pertinentes (n=0). – Referencias relevantes (n=26): 1. Abdelraheem M, McAloon J, Shand F. Mediating and moderating variables in the prediction of self-harm in young people: A systematic review of prospective longitudinal studies. J Affect Disord. 2019;246:14-28. 2. Witt K, Milner A, Spittal MJ, Hetrick S, Robinson J, Pirkis J, et al. Population attributable risk of factors associated with the repetition of self-harm behaviour in young people presenting to clinical services: a systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019;28(1):5-18. 3. Gili M, Castellvi P, Vives M, de la Torre-Luque A, Almenara J, Blasco MJ, et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. J Affect Disord. 2019;245:152-62. 4. Valencia-Agudo F, Burcher GC, Ezpeleta L, Kramer T. Nonsuicidal self-injury in community adolescents: A systematic review of prospective predictors, mediators and moderators. J Adolesc. 2018;65:25-38. 5. Di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide among Sexual Minority Youths. JAMA Pediatrics. 2018;172(12):1145-52. 6. Chiu H-Y, Lee H-C, Chen P-Y, Lai Y-F, Tu Y-K. Associations between sleep duration and suicidality in adolescents: A systematic review and dose-response meta-analysis. Sleep Med Rev. 2018;42:119-26. 7. Quigley J, Rasmussen S, McAlaney J. The associations between children's and adolescents' suicidal and self-harming behaviors, and related behaviors within their social networks: A systematic review. Arch Suicide Res. 2017;21(2):185-236.	La pregunta clínica y la recomendación es relevante y no necesita ser actualizada en este momento. Las RS revisadas aportan más evidencia sobre los factores de riesgo ya considerados en la GPC 2012, especialmente en cuanto al papel de los trastornos mentales, especialmente los afectivos, la historia previa de ideación y conducta suicida, y otros como el cyberbullying, exposición a violencia, maltrato y eventos vitales estresantes, homosexualidad y bisexualidad y abuso de internet. Entre las novedades, se ha localizado una RS que aborda la asociación entre las alteraciones del sueño y el suicidio.	

8. Miranda-Mendizabal A, Castellvi P, Pares-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco M, et al. Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2017;211(2):77-87.
9. Chezan LC, Gable RA, McWhorter GZ, White SD. Current perspectives on interventions for self-injurious behavior of children with autism spectrum disorder: A systematic review of the literature. J Behav Educ. 2017;26(3):293-329.
10. Castellvi P, Miranda-Mendizabal A, Pares-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. Acta Psychiatr Scand 2017;135(3):195-211.
11. Castellvi P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizabal A, Pares-Badell O, Almenara J, Alonso I, et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. J Affect Disord. 2017;215:37-48.
12. Marchant A, Hawton K, Stewart A, Montgomery P, Singaravelu V, Lloyd K, et al. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. PLoS ONE Vol 12(8), 2017;12(8).
13. Lockwood J, Daley D, Townsend E, Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: A systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017;26(4):387-402.
14. Panagioti M, Gooding PA, Triantafyllou K, Tarrier N. Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: A systematic review and meta-analysis. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services. 2015;50(4):525-37.
15. Bottino SM, Bottino CM, Regina CG, Correia AV, Ribeiro WS. Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review. Cadernos de Saude Publica. 2015;31(3):463-75.
16. Serafini G, Muzio C, Piccinini G, Flouri E, Ferrigno G, Pompili M, et al. Life adversities and suicidal behavior in young individuals: A systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2015;24(12):1423-46.
17. Shireen F, Janapana H, Rehmatullah S, Temuri H, Azim F. Trauma experience of youngsters and Teens: A key issue in suicidal behavior among victims of bullying? Pak J Med Sci. 2014;30(1):206-10.
18. Hannon G, Taylor EP. Suicidal behaviour in adolescents and young adults with ASD: Findings from a systematic review. Clin Psychol Rev. 2013;33(8):1197-204.
19. Challis S, Nielssen O, Harris A, Large M. Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis. Acta Psychiatr Scand. 2013;127(6):442-54.
20. Pottie K, Dahal G, Georgiades K, Premji K, Hassan G. Do first generation immigrant adolescents face higher rates of bullying, violence and suicidal behaviours than do third generation and native born? J Immigr Minor Health. 2015;17(5):1557-66.
21. Manceaux P, Jacques D, Zdanowicz N. Hormonal and developmental influences on adolescent suicide: a systematic review. Psychiatr Danub. 2015;27 Suppl 1:S300-4.

La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones.

Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación.

Vigente.

22. Soole R, Kolves K, De Leo D. Suicide in children: A systematic review. Arch Suicide Res. 2015;19(3):285-304.
23. Shooshtari MH, Khanipour H. Comparison of self-harm and suicide attempt in adolescents: A systematic review. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2014;20(1):3-13
24. Miller AB, Esposito-Smythers C, Weismoore JT, Renshaw KD. The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. Clin Child Fam Psychol Rev. 2013;16(2):146-72.

– Referencias clave (n=0).

Pregunta clínica: ¿Cómo se realiza la detección y valoración del riesgo suicida en la infancia y la adolescencia?

Recomendaciones

C En la evaluación del riesgo de suicidio en el niño o adolescente se recomienda preguntar directamente sobre la presencia de ideación suicida o planificación, conducta suicida pasada y otros factores de riesgo, así como ampliar la evaluación a personas cercanas (padres o profesores).

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: No se ha localizado nueva evidencia	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas en este momento.	Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

Pregunta clínica: ¿Existe algún instrumento psicométrico adecuado para la valoración del riesgo de suicidio en la infancia y la adolescencia?

Recomendaciones

✓ En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica, en la infancia y adolescencia se recomienda el uso de:
– Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS).
– Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI).
– Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS).
– Children Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R).

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: No se ha localizado nueva evidencia	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. En caso de emplear escalas, siempre deberán ser usadas como un complemento de la evaluación.	Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

Pregunta clínica: ¿Existe alguna intervención preventiva que reduzca el riesgo de suicidio en la infancia y la adolescencia?
Recomendaciones
C Dentro de la formación escolar se recomienda la implementación de programas de prevención universal del suicidio, como por ejemplo el programa Signs of Suicide, una vez adaptado y contextualizado al entorno sociocultural.
C Se recomienda la implementación de programas de prevención selectiva dirigidos a adolescentes con riesgo de suicidio, como el Personal Growth Class o el Counselors Care, una vez adaptados y contextualizados.
C No existen datos suficientes que nos permitan recomendar el uso de herramientas o programas de cribado de suicidio en el ámbito escolar.
D Se recomienda la implementación de programas de entrenamiento de figuras clave (gatekeeper) para el personal de los centros educativos, orientados a la identificación de alumnos con riesgo de suicidio.
D De cara a la prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes con trastornos mentales se recomienda: – Realizar una evaluación rigurosa del riesgo de suicidio de cara a valorar la estrategia de tratamiento más beneficiosa en cada caso. – Prestar especial atención a la presencia de trastornos comórbidos. – Valorar de forma periódica los síntomas de depresión, ideación suicida y la presencia de posibles eventos vitales estresantes. – Favorecer la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales, para realizar un adecuado seguimiento.
✓ Se recomienda valorar como opciones de tratamiento para la conducta suicida en la infancia y la adolescencia el tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, el tratamiento combinado y en ocasiones excepcionales, la terapia electroconvulsiva.
✓ Se recomienda dar pautas a los padres y/o cuidadores sobre el control del acceso directo por parte de niños y adolescentes a fármacos, armas de fuego u otros medios potencialmente letales.
C En la evaluación del riesgo de suicidio se recomienda que los clínicos tengan en cuenta el uso patológico de Internet o su uso inadecuado, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.
D Se recomienda ofrecer en Internet información de fácil acceso sobre la conducta suicida y su prevención elaborada específicamente para adolescentes y sus familiares.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica – Referencias pertinentes (n=0) – Referencias relevantes (n=13) 1. Wei Y, Kutcher S, LeBlanc JC. Hot idea or hot air: A systematic review of evidence for two widely marketed youth suicide prevention programs and recommendations for implementation. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;24(1):5-16. 2. Robinson J, Calear AL. Suicide prevention in educational settings: a review. Australas Psychiatry. 2018;26(2):132-40. 3. Evans R, Hurrell C. The role of schools in children and young people's self-harm and suicide: systematic review and meta-ethnography of qualitative research. BMC Public Health. 2016;16:401. PubMed PMID: 27179765. 4. Calear AL, Christensen H, Freeman A, Fenton K, Busby Grant J, van Spijker B, et al. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2016;25(5):467-82. 5. Yonemoto N, Kawashima Y, Endo K, Yamada M. Gatekeeper training for suicidal behaviors: A systematic review. J Affect Disord. 2019;246:506-14. 6. Mo PKH, Ko TT, Xin MQ. School-based gatekeeper training programmes in enhancing gatekeepers' cognitions and behaviours for adolescent suicide prevention: A systematic review. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2018;12 (1) 7. Ghoncheh R, Koot HM, Kerkhof AJ. Suicide prevention e-learning modules designed for gatekeepers: A descriptive review. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2014;35(3):176-85. 8. Bennett K, Rhodes AE, Duda S, Cheung AH, Manassis K, Links P, et al. A youth suicide prevention plan for Canada: A systematic review of reviews. Can Child Adolesc Psychiatr Rev. 2015;60(6):245-57. 9. Devenish B, Berk L, Lewis AJ. The treatment of suicidality in adolescents by psychosocial interventions for depression: A systematic literature review. Aust N Z J Psychiatry. 2016;50(8):726-40. 10. Cook NE, Gorraiz M. Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: Preliminary meta-analytic evidence. Child Adolesc Ment Health. 2016;21(2):81-9. 11. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;54(2):97-107.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas en este momento. En cuanto a los programas de prevención universal escolares basados en programas curriculares como el Signs of Suicide (SOS), la evidencia sobre su efecto en la prevención de la conducta suicida continúa siendo insuficiente. Sin embargo, se ha asociado a aumentos significativos del nivel de conocimiento sobre el suicidio, actitudes y conductas de autoayuda. Por lo que el grupo de trabajo considera que la recomendación sobre estos programas continúa vigente, aunque antes de valorar su implementación se debería contextualizar y adaptar. En cuanto a los programas de entrenamiento de figuras clave en el ámbito escolar (*gatekeepers*) la evidencia sugiere que son efectivos para mejorar el conocimiento, la habilidad y las posibilidades de intervención. Se están desarrollando módulos de formación online, que requieren mayor estudio para demostrar su eficacia.	La evidencia revisada no modificaría las recomendaciones. Vigente, aunque podría complementarse con la elaboración de un documento específico basado en la evidencia para autolesiones en la adolescencia.

12. Labelle R, Pouliot L, Janelle A. A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents. Can Psychol. 2015;56(4):368-78.
13. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2015 (12):CD012013

Bibliografía identificada a través del cuestionario de consulta a expertos:

1. Dumon E, Portzky G. Prevención de la conducta suicida e intervenciones tras el suicidio: Recomendaciones para el ámbito escolar. Gante: Universidad de Gante. 2014.
2. Haga E, Aas E, Grøholt B, Tørmoen AJ, Mehlum L. Cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy vs. enhanced usual care in the treatment of adolescents with self-harm. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2018;12:22.

En cuanto a la prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes con trastornos mentales, el grupo de trabajo considera relevante incidir en que en estas edades una proporción de pacientes con autolesiones tiene algún trastorno mental asociado, particularmente depresión, por lo que incidir en la identificación y tratamiento de esta patología es de especial importancia. De igual forma, en los casos de autolesiones sin intencionalidad suicida, el adecuado tratamiento conforme a los trastornos mentales comórbidos (por ejemplo, trastorno límite de la personalidad, trastornos de la alimentación) es de especial importancia.

El grupo de trabajo considera que las autolesiones en la adolescencia deberían ser abordadas en un producto específico que aborde la evaluación y las intervenciones terapéuticas más apropiadas.

Área Clínica: Grupos de riesgo. Mayores

Pregunta clínica: ¿Cuáles son los factores de riesgo y protectores asociados con la conducta suicida en personas mayores?		
Recomendaciones		
-		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica (n=10) – Pertinentes (n=0) – Relevantes (n=10) 1. Isabela Troya M, Babatunde O, Polidano K, Bartlam B, McCloskey E, Dikomitis L, et al. Self-harm in older adults: Systematic review. British J Psychiatry. 2019;214(4):186-200. 2. Szucs A, Szanto K, Aubry JM, Dombrovski AY. Personality and suicidal behavior in old age: A systematic literature review. Front Psychiatry. 2018;9:128. 3. Lutz J, Fiske A. Functional disability and suicidal behavior in middle-aged and older adults: A systematic critical review. J Affect Disord. 2018;227:260-71. 4. Diehl-Schmid J, Jox R, Gauthier S, Belleville S, Racine E, Schule C, et al. Suicide and assisted dying in dementia: What we know and what we need to know. A narrative literature review. International Psychogeriatrics. 2017;29(8):1247-59. 5. Chang Q, Chan CH, Yip PSF. A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. Soc Sci Med. 2017;191:65-76. 6. Richard-Devantoy S, Turecki G, Jollant F. Neurobiology of elderly suicide. Arch Suicide Res. 2016;20(3):291-313. 7. Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. Aging Ment Health. 2016;20(2):166-94. 8. Cheung G, Merry S, Sundram F. Medical examiner and coroner reports: Uses and limitations in the epidemiology and prevention of late-life suicide Int J Geriatr Psychiatry. 2015, 30 (8), 781-92. 9. Murphy BJ, Bugeja L, Pilgrim J, Ibrahim JE. Completed suicide among nursing home residents: A systematic review. Int J Geriatr Psychiatry 2015;30(8):802-14. 10. Mezuk B, Rock A, Lohman MC, Choi M. Suicide risk in long-term care facilities: A systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2014;29(12):1198-211. – Referencias clave (n=0).	La evidencia revisada refuerza el papel de los factores de riesgo considerados en la guía, sobre todo antecedentes de autolesiones y trastorno mental (sobre todo depresión), déficit funcional y soledad. Existe evidencia que permitiría matizar la información referente a los trastornos de la personalidad (menor papel de los trastornos tipo B y mayor peso de los trastornos de tipo C). La existencia de déficits cognitivos también podría estar asociado al riesgo de suicidio.	Esta pregunta clínica no incluye recomendaciones específicas, aunque se consideran los factores más relevantes en el apartado de detección y valoración.

Pregunta clínica: ¿Cómo se realiza la detección y valoración del riesgo suicida en mayores?		
Recomendaciones		
D En la evaluación del riesgo de suicidio en mayores se recomienda valorar especialmente la presencia de depresión, otras enfermedades, abuso de alcohol o de alguna medicación.		
D Se recomienda también valorar el entorno, la calidad de vida y las expectativas de la persona: – Con quién vive, presencia de apoyo y relaciones sociofamiliares. – Capacidad de autocuidado y desarrollo de actividades de la vida diaria – Presencia de desesperanza, actitud del paciente hacia la vida y la muerte		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica No se ha localizado nueva evidencia	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. Se han considerado los principales factores de riesgo y precipitantes revisados en la pregunta correspondiente.	Es poco probable que nueva evidencia impacte en las recomendaciones. Vigente
Pregunta clínica: ¿Existe algún instrumento psicométrico adecuado para la valoración del riesgo de suicidio en personas mayores?		
Recomendaciones		
C En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica en la persona mayor, se recomienda la utilización de escalas validadas, como la Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS).		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica No se ha localizado nueva evidencia	La pregunta clínica y la recomendación son relevantes y no necesitan ser actualizadas.	Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

Pregunta clínica: ¿Existe alguna intervención preventiva que reduzca el riesgo de suicidio en personas mayores?		
Recomendaciones		
D	Se recomienda orientar la educación sobre el suicidio a los propios mayores, así como a sus cuidadores y a la población general, incluidos los medios de comunicación, con la finalidad de aumentar la concienciación y reducir el estigma.	
D	En pacientes con factores de riesgo de suicidio se recomienda la prescripción de fármacos en el envase de menor cantidad y hacer un seguimiento de su uso por parte del médico.	
C	En mayores con riesgo de suicidio se recomienda la realización de intervenciones comunitarias de apoyo: líneas telefónicas, actividades grupales y psicoeducación.	
D^{GPC}	Para el manejo y tratamiento de la conducta suicida en mayores, en líneas generales se seguirán las mismas recomendaciones que para los adultos.	
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica (n=1) – Pertinentes (n=0). – Relevantes (n=1): 1. Okolie C, Dennis M, Simon Thomas E, John A. A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. International Psychogeriatrics. 2017;29(11):1801-24. English Clave (n=0). Bibliografía identificada a través del cuestionario de consulta a expertos 1. Butcher HK, Ingram TN. Evidence-Based Practice Guideline: Secondary Prevention of Late-Life Suicide. Journal of gerontological nursing. 2018 Nov 1;44(11):20-32.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. La psicoterapia y la farmacoterapia continúan siendo los pilares básicos del manejo de la conducta suicida en mayores. Entre las actividades preventivas, la evidencia continúa señalando los beneficios del cribado de depresión en atención primaria unido al seguimiento y/o derivación a atención especializada, y las intervenciones comunitarias basadas en psicoeducación y actividades grupales. Todas estas intervenciones se recogen en las recomendaciones emitidas en el 2012.	La evidencia actual no modificaría las recomendaciones actuales. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

Área Clínica: Grupos de riesgo. Otros grupos de riesgo

Pregunta clínica: ¿Qué medidas de prevención se han mostrado efectivas para evitar la conducta suicida en pacientes con gran dependencia, enfermedad somática grave o discapacidad?
Recomendaciones
✓ En personas con enfermedad crónica y dolor o discapacidad física grave se recomienda la realización de programas preventivos y de evaluaciones específicas de riesgo de suicidio.
✓ Se recomienda realizar un seguimiento especial de aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo de suicidio, en el momento de ser diagnosticados de una enfermedad grave, cuando existe un mal pronóstico de la misma o cuando el estadio evolutivo es avanzado.
✓ Las estrategias generales para el manejo de pacientes con enfermedad crónica, discapacidad física o dolor crónico se deben llevar a cabo en tres niveles diferentes: – Universal: - Evaluar la desesperanza y la ideación suicida - Monitorizar los signos de advertencia que pueden aumentar el nivel de riesgo como presencia de síntomas depresivos, abuso de sustancias, antecedentes de conducta suicida… - Reconocer que las personas pueden estar en riesgo sin importar el tiempo después de la lesión - Facilitar a los pacientes la disponibilidad de apoyo a largo plazo. – Selectivo: - Realizar seguimiento de las personas con patologías psiquiátricas comórbidas. – Indicado (presencia de ideación y/o conducta suicida): - Reducir el acceso a métodos potencialmente letales, contemplando la posibilidad de más de un método - Proporcionar tratamiento, apoyo y seguimiento, por lo menos de 12 meses después de un intento de suicidio - Favorecer la participación de amigos y familiares en la planificación y desarrollo del tratamiento.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: No se ha localizado nueva evidencia	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. La pregunta y recomendaciones siguen siendo relevantes. No se ha localizado nueva evidencia científica sobre medidas de prevención en pacientes con gran dependencia, enfermedad somática grave o discapacidad. Se han localizado algunas revisiones sistemáticas que abordan la asociación entre algunas enfermedades e ideación y conducta suicida, que se han clasificado en el área de factores de riesgo.	Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.
Pregunta clínica: ¿Qué medidas de prevención del suicidio deberían llevarse a cabo en cuidadores no profesionales de enfermos con gran dependencia, enfermedad somática grave o discapacidad?		
Recomendaciones		
D Se recomienda una valoración del riesgo de suicidio en cuidadores con síntomas de depresión.		
C En cuidadores con ansiedad, depresión y sobrecarga se recomienda la realización de intervenciones de corte cognitivo-conductual con el fin de disminuir el riesgo de suicidio.		

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica No se ha localizado nueva evidencia	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. La pregunta y recomendaciones siguen siendo relevantes.	Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.
Pregunta clínica: ¿Qué medidas de prevención del suicidio deberían adoptarse en diferentes situaciones laborales consideradas de riesgo?		
Recomendaciones		
C En el ámbito laboral se recomienda realizar programas de promoción de la salud que ofrezcan apoyo y asesoramiento a los trabajadores, así como aumentar el grado de integración y la accesibilidad a los servicios de prevención.		
D Se recomienda evaluar la situación laboral en personas en riesgo de suicidio.		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica (n=5) – Referencias pertinentes (n=0). – Referencias relevantes (n=5): 1. Petrie K, Crawford J, Baker ST, Dean K, Robinson J, Veness BG, et al. Interventions to reduce symptoms of common mental disorders and suicidal ideation in physicians: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry. 2019;6(3):225-34. 2. Milner A, Page K, Spencer-Thomas S, Lamotagne AD. Workplace suicide prevention: a systematic review of published and unpublished activities. Health Promotion International. 2015;30(1):29-37. 3. Conner KR, Simons K. State of innovation in suicide intervention research with military populations. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2015;45(3):281-92.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. Desde el punto de vista del grupo de trabajo la nueva evidencia revisada no modifica las recomendaciones previas.	Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

4. Bryan CJ, Griffith JE, Pace BT, Hinkson K, Bryan AO, Clemans TA, et al. Combat exposure and risk for suicidal thoughts and behaviors among military personnel and veterans: A systematic review and meta-analysis. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2015;45(5):633-49. 5. Bryan CJ, Griffith JE, Pace BT, Hinkson K, Bryan AO, Clemans TA, et al. Combat exposure and risk for suicidal thoughts and behaviors among military personnel and veterans: A systematic review and meta-analysis. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2015;45(5):633-49. – Referencias clave (n=0). Bibliografía recuperada a través del cuestionario de consulta a expertos: 1. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. Jama. 2016 Dec 6;316(21):2214-36.	La prevención del suicidio en ciertas profesiones de especial riesgo pasa por integrar la educación y formación de los trabajadores con la existencia de servicios de apoyo, pudiendo verse favorecida si estas medidas preventivas se llevan a cabo en el propio lugar de trabajo. También es importante la cooperación entre los distintos estamentos de la empresa y la implementación de programas de mejora de la gestión del personal y, en ocasiones, de modificación de factores organizativos.	

Pregunta clínica: ¿Qué medidas de prevención podrían recomendarse para evitar la conducta suicida en personas que sufren violencia doméstica?		
Recomendaciones		
C Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio que conlleven una especial atención a personas víctimas de la violencia doméstica.		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica No se ha localizado nueva evidencia	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. La pregunta y recomendaciones siguen siendo relevantes.	Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

Pregunta clínica: ¿Qué medidas de prevención de la conducta suicida se pueden recomendar en población penitenciaria?		
Recomendaciones		
D Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio en centros penitenciarios que incluyan tanto a funcionarios como a reclusos.		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica (n=1) – Referencias pertinentes (n=0) – Referencias relevantes (n=2) 1. Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Smith E, Piper M, Fazel S. Prevention of suicidal behavior in prisons: An overview of initiatives based on a systematic review of research on near-lethal suicide attempts. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2016;37(5):323-34. 2. National Institute for Health and Care Excellence. Preventing suicide in community and custodial settings. London: NICE; 2018. [Consultado 20 dic 2019]. Informe Nº.: 105. Disponible en: https://www.nice.org. Referencias clave (n=0) Bibliografía recuperada a través del cuestionario de consulta a expertos: 1. Saavedra J, López M. Risk of suicide in male prison inmates. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2015 Oct-Dec;8(4):224-31. 2. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. The lancet Psychiatry. 2017 Dec;4(12):946-52. 3. Programa marco de prevención de suicidios. Secretaría General de instituciones penitenciarias. Ministerio del interior. 2014. Disponible en: www.institucionpenitenciaria.es.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. La nueva evidencia revisada no modifica la recomendación previa de que los programas preventivos pueden disminuir de forma significativa el número de suicidios en prisión. La instauración de medidas preventivas debería comenzar ya desde el momento del ingreso en prisión y llegar hasta más allá de la salida del interno, fundamentalmente en ciertos subgrupos. También es importante que las medidas preventivas tengan un enfoque integral, incorporando tanto estrategias poblacionales como individuales, y siendo sensibles a las necesidades y vulnerabilidad de los diferentes grupos de internos.	La evidencia actual no modificaría las recomendaciones actuales. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

Área clínica: Intervención en familiares, allegados y profesionales después de un suicidio

Pregunta: ¿Cuáles son las necesidades y expectativas de los allegados tras un suicidio?

Recomendaciones

D A la hora de poner en marcha cualquier intervención tras un suicidio dirigida a los familiares y allegados se recomienda:
- Contextualizar la estrategia de intervención
- Tener en cuenta el efecto del estigma en los allegados
- Considerar las necesidades y expectativas de las personas implicadas. (D)

✓ Tan pronto como sea posible después de un suicidio, se recomienda ofrecer una atención flexible y adaptada a las necesidades de cada persona. (GPP)

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: No se ha localizado nueva evidencia Bibliografía recuperada a través del cuestionario de consulta a expertos: 1. Ward-Ciesielski EF, Wielgus MD, Jones CB. Suicide-Bereaved Individuals' Attitudes Toward Therapists. Crisis. 2015 Jun;36(2):135-41.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas.	La evidencia actual no modificaría las recomendaciones actuales. Es poco probable que nueva evidencia impacte en la recomendación. Vigente.

Pregunta: Tras el suicidio de una persona, ¿existe alguna intervención preventiva que reduzca el impacto en sus familiares y allegados?

Recomendaciones

D Tras un suicidio, se recomienda que los profesionales sanitarios ofrezcan apoyo a los allegados y les aporten toda la información necesaria sobre los recursos de ayuda disponibles, incluyendo tratamientos específicos y la posibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo.

B Tras un suicidio se recomienda la terapia cognitivo-conductual en aquellos familiares y allegados con presencia de ideación suicida, ya que reduce el riesgo de duelo patológico en estas personas.

D Se recomienda la implementación de programas de entrenamiento de figuras clave (gatekeeper) en el ámbito escolar, de cara a aumentar los conocimientos de los profesionales de los centros educativos sobre la conducta suicida y el impacto del suicidio en las personas allegadas.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: – Referencias pertinentes (n=0). – Referencias relevantes (n=3). 1. Andriessen K, Krysinska K, Hill NTM, Reifels L, Robinson J, Reavley N, et al. Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: A systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. BMC Psychiatry. 2019;19 (1) (no pagination)(49). 2. Linde K, Treml J, Steinig J, Nagl M, Kersting A. Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. PLoS ONE [Electronic Resource]. 2017;12(6):e0179496. PubMed PMID: 28644859 National Institute for Health and Care Excellence. Preventing suicide in community and custodial settings. London: NICE; 2018. [Consultado 20 dic 2019]. Informe Nº.: 105. Disponible en: https://www.nice.org. – Referencias clave (n=0). Bibliografía identificada a través del cuestionario de consulta a expertos 1. Wittouk C, Van Autreve S, Portzky G, Van Heeringen K. A CBT-based psychoeducational intervention for suicide survivors. Crisis. 2014;35(3):193-201. 2. Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. The Lancet Psychiatry. 2014;1(2):109.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. La posvención o intervenciones tras un suicidio en familiares y allegados con la finalidad de prevenir posibles efectos negativos, son cruciales. La evidencia existente sigue apoyando el uso de la TCC en subpoblación con ideación suicida, y enfoques más generales de apoyo en familiares sin factores de riesgo de duelo complicado o conducta suicida.	La evidencia actual no modificaría las recomendaciones actuales. Vigente, aunque es posible que pueda generarse nueva evidencia sobre efectividad de las intervenciones.

Pregunta: ¿Existe alguna intervención comunitaria para la prevención tras un suicidio?		
Recomendaciones		
-		
Nueva evidencia	**Perspectiva GE/clínica**	**Impacto**
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica (n=1) – Referencias pertinentes (n=0) – Referencias relevantes (n=1): National Institute for Health and Care Excellence. Preventing suicide in community and custodial settings. London: NICE; 2018. [Consultado 20 dic 2019]. Informe Nº.: 105. Disponible en: https://www.nice.org. – Referencias clave (n=0)	La pregunta clínica continúa siendo relevante. El grupo de trabajo en el momento de elaboración de la guía decidió no realizar ninguna recomendación específica asociada a esta pregunta clínica, aunque recomendaba intervenciones de tipo comunitario en otros apartados de la GPC.	-
Pregunta: ¿existe alguna intervención tras el suicidio de un paciente que reduzca el impacto en los profesionales implicados en su manejo?		
Recomendaciones		
C Se recomienda que todos los profesionales reciban formación específica sobre las posibles implicaciones emocionales del suicidio de un paciente y las estrategias de afrontamiento necesarias.		
D Tras el suicidio de un paciente se recomienda garantizar el apoyo necesario a los profesionales directamente implicados y la realización de una revisión del caso y de los factores subyacentes.		
Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: No se ha localizado nueva evidencia	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas.	Es poco probable que nueva evidencia impacte en las recomendaciones. Vigente.

Área Clínica: programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida en España

Pregunta clínica: ¿Son efectivos los programas clínicos de intervención llevados a cabo en España en la reducción de episodios futuros de conducta suicida?

Recomendaciones

C Se recomienda la implementación en los servicios de salud de programas clínicos de prevención de la conducta suicida basados en educación sanitaria y en la puesta en marcha de dispositivos que garanticen una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado.

Nueva evidencia	Perspectiva GE/clínica	Impacto
Referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica: No se ha localizado nueva evidencia Bibliografía identificada a través del cuestionario de consulta a expertos: – Plan de prevención del suicidio en Galicia. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidad y Servicio Gallego de Salud; 2017. https://bit.ly/2MkSaS6 – Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Valencia: Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat Universal y Salut Pública [Consultado 11 dic 2019] Disponible en: http://www.san.gva.es. – Estrategia de prevención del suicidio en el Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Salud; 2019. [Consultado 11 dic 2019] Disponible en: https://www.euskadi.eus. – Plan de prevención del suicidio en La Rioja. Gobierno de La Rioja; 2018. [Consultado 11 dic 2019] Disponible en: https://www.riojasalud.es. – Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención de Suicidio en Castilla-La Mancha. Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas. Castilla la Mancha. Toledo: Castilla la Mancha; 2018. [Consultado 12 dic 2019] Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es. – I Plan de Acción para la Prevención de y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura. Mérida: Servicio Extremeño de Salud; [Consultado 12 dic 2019] Disponible en : https://saludextremadura.ses.es. – Oto Vinués M. [Coord]. Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2014. [Consultado 12 dic 2019] Disponible en: http://www.navarra.es. – Fundación Española para la Prevención del Suicidio[Sede web]. Madrid: fsme; [Consultado 13 dic 2019]. Programa Codi Risc Suïcidi (CRS) de Cataluña. Disponible en: https://bit.ly/33xUxGR. – Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. Oviedo: Consejería de Sanidad, Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental –SESPA; 2018. [Consultado 12 dic 2019] Disponible en: https://www.astursalud.es.	La pregunta clínica y las recomendaciones son relevantes y no necesitan ser actualizadas. Desde la publicación de la guía se han publicado programas de prevención de suicidio en diferentes Comunidades Autónomas (Galicia, Comunidad Valenciana, País Vasco, La Rioja, Castilla-La Mancha, Extremadura, Navarra) o procesos (Cataluña, Asturias, Castilla y León). Otras han desarrollado acciones de preventivas como líneas de prevención enmarcadas dentro de sus planes de salud mental (Comunidad de Madrid, Cantabria, Andalucía, Islas Baleares, Canarias, Región de Murcia).	La evidencia actual no modificaría las recomendaciones actuales. Vigente

– Velasco Velado C, Álvarez López, MA. Proceso de prevención y atención de la conducta suicida. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad; [Consultado 12 dic 2019]. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es. https://bit.ly/2OWV9m0. – Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental [Coord]. Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. 2018-2020. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria; 2018. [Consultado 12 dic 2019] Disponible en: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf. https://bit.ly/2QKzzAU. – Plan de salud mental de Cantabria. 2015-2019. Santander: Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2014. [Consultado 12 dic 2019] Disponible en: https://saludcantabria.es. – Carmona Calvo J, García-Cubillana de la Cruz P, Millán Carrasco A, Huizing E, Fernández Regidor G, Rojo Villalba M, [et al.]. Plan Integral de Salud Mental (3º 2016-2020). Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2016. [Consultado 12 dic 2019]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es. – Tobajas Ruber PA. [Coord]. Pla Estratègic de Salut Mental de les Illes Balears 2016-2022. Palma de Mallorca: Conselleria de Salut - Servei de Salut Illes Balears; 2018. [Consultado 12 dic 2019]. Disponible en: https://www.ibsalut.es. – Gutiérrez León MA: [Coord]. Plan de salud mental de Canarias 2019-2023. Tenerife: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias, Servicio Canario de la Salud; 2019. [Consultado 12 dic 2019]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org. – Programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la CARM 2019-2022. Murcia: Región de Murcia; [Consultado 12 dic 2019]. Disponible en: http://www.murciasalud.es.	También continúan existiendo iniciativas locales como el Programa en Intervención Intensiva de Orense, ya considerado en la guía previa, y otros programas como el Código 100 de Madrid. Estos programas se basan en la puesta en marcha de dispositivos en los que se garantiza una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado a los pacientes que han llevado a cabo un episodio de conducta suicida. Aunque hablamos de prevención terciaria estos programas abordan también la prevención secundaria ya que otro de sus objetivos es la sensibilización, formación y educación sanitaria, para incrementar el diagnóstico de pacientes en riesgo de conducta suicida. Aunque no existen publicaciones sobre los resultados de estas iniciativas, desde el punto de vista del grupo de trabajo es previsible que en lso próximos años puedan surgir publicaciones relevantes sobre el tema.	

Anexo 6. Declaración de intereses

María Tajes Alonso declaró haber recibido financiación para reuniones y congresos (Otsuka-Lundbeck) y financiación para programas educativos o cursos (Otsuka-Lundbeck). El resto de integrantes del grupo de revisión de la GPC declararon ausencia de conflictos de interés.

MINISTERIO
DE SANIDAD