

Revisión

Intervenciones en cognición social para adultos con trastornos del estado de ánimo y suicidalidad: una revisión sistemática¹

Social cognition interventions for adults with mood disorders and suicidality: a systematic review

María-Lizbeth Murillo-Ramírez²

Natalia Trujillo-Orrego³

Juan-Pablo Sánchez-Escudero⁴

Sandra-Patricia Trujillo-Orrego⁵

Para citar este artículo:

Murillo-Ramírez, María L., Trujillo-Orrego, Natalia, Sánchez-Escudero, Juan P., Trujillo-Orrego, Sandra P. (2024). Intervenciones en cognición social para adultos con trastornos del estado de ánimo y suicidalidad: una revisión sistemática. *Journal of Applied Cognitive Neuroscience*, 15(2), e6228. <https://doi.org/10.17981/JACN.5.2.2024.6228>

Recibido: 15-10-2024

Aceptado: 18-12-2024

Resumen

El suicidio constituye un problema de salud pública mundial y las personas adultas con trastornos del estado de ánimo son susceptibles de presentar mayor riesgo. Objetivo: sintetizar las publicaciones sobre intervenciones en cognición social (CS) para adultos con trastornos del estado de ánimo y riesgo de suicidalidad. Método: se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, Scopus, Cochrane Library, ScienceDirect y Embase, de publicaciones en inglés y español, durante el período comprendido entre 2013 y 2023. Se evaluó la calidad metodológica de los artículos seleccionados, las características de las intervenciones y su efecto sobre la conducta suicida. Resultados: cinco artículos cumplieron los criterios de elegibilidad, que incluyeron 1508 participantes entre los 18 y 65 años. Los hallazgos destacan el potencial de las intervenciones en CS para esta población. No obstante, el reducido número de estudios sobre intervenciones con este enfoque, junto con su variabilidad metodológica, limitó la comparación exhaustiva de los resultados. Conclusión: estos hallazgos proporcionan evidencia para respaldar a los responsables de toma de decisiones en diferentes escenarios de la salud para reducir el riesgo de suicidalidad. Se sugiere que en futuras investigaciones se establezcan protocolos de medición comunes para facilitar la comparación entre las intervenciones.

Palabras clave: cognición social; intervención psicosocial; revisión sistemática; trastornos del estado de ánimo; suicidalidad; riesgo de suicidio.

Abstract

Suicide is a global public health problem and adults with mood disorders are likely to be at increased risk. Objective: to synthesize publications on social cognition (SC) interventions for adults with mood disorders and suicide risk. Methods: a systematic search was conducted in PubMed, Scopus, Cochrane Library, ScienceDirect and Embase databases, for publications in English and Spanish, during the period from 2013 to 2023. The methodological quality of the selected articles, the characteristics of the interventions and their effect on suicidal behavior were evaluated. Results: five articles met the eligibility criteria, which included 1508 participants between the ages of 18 and 65 years. The findings highlight the potential of SC interventions for this population. However, the small number of studies on interventions with this approach, together with their methodological variability, limited the comprehensive comparison of results. Conclusion: these findings provide evidence to support decision-makers in different health care settings to reduce the risk of suicidality. It is suggested that future research establish common measurement protocols to facilitate comparison between interventions.

Keywords: social cognition; psychosocial intervention; systematic review; mood disorders; suicidality; suicide risk.

1 Esta revisión deriva del trabajo de investigación del doctorado en psicología con énfasis en neurociencia aplicada de la Universidad Maimónides (Argentina). Este artículo no recibió ayuda o auxilio de ninguna agencia de financiación.

2 Universidad Maimónides. Buenos Aires, Argentina. Grupo de Investigación en Salud Mental, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Autor de correspondencia lizbeth.murillo@udea.edu.co. <https://orcid.org/0000-0003-3583-1683>.

3 Stempel College of Public Health and Social Work, Florida International University, Miami, Florida, USA. Grupo de Investigación en Salud Mental, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Atlantic Fellowship in Equity in Brain Health, Global Brain Health Institute, University of California, San Francisco, San Francisco, California, USA. <https://orcid.org/0000-0001-7507-1856>.

4 Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-43752865>.

5 Grupo de Investigación en Salud Mental, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-3100-0102>.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un acto voluntario y deliberado para terminar con la propia vida (Joiner, et al., 2009) y constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Se estima que más de 726.000 personas mueren por suicidio cada año en el mundo, mientras que un número aún mayor lo intenta (World Health Organization [WHO], 2024). Se ha reportado que, en la región de las Américas entre 2010 y 2014, el suicidio representó la tercera causa de muerte en personas de 20 a 24 años con mayor prevalencia en el grupo de 45 a 59 años (Pan American Health Organization [PAHO/WHO], 2020). Asimismo, en Estados Unidos durante el 2019, la tasa de suicidios fue más alta en el grupo de personas mayores de 18 años con una cifra de 18 por cada 100.000 habitantes (Ivey-Stephenson et al., 2022).

En este contexto, es clave comprender el concepto de suicidalidad que abarca la ideación suicida, referida a los pensamientos o planes para terminar con la propia vida; el comportamiento suicida, que son los actos deliberados hacia sí mismo con la intención de acabar con la propia vida y el suicidio consumado (Posner et al., 2007). El concepto se entiende como un continuo que varía de menor a mayor severidad y constituye un factor de riesgo para futuros intentos de suicidio o un intento consumado (Koivumaa-Honkanen, et al., 2001). Se estima que un intento previo incrementa hasta 30 veces el riesgo de muerte por suicidio y que la mitad de los suicidios se presentan en quienes lo habían intentado (Cooper et al., 2005). Dentro de los factores de riesgo asociados a la suicidalidad, un metanálisis (Franklin et al., 2017) examinó las categorías más estudiadas que representaron el 66% de los análisis, entre las que se encuentran: la psicopatología internalizante (trastornos del estado de ánimo; ansiedad, desregulación emocional); demográficos (edad, sexo); psicopatología externalizante (impulsividad, conductas antisociales) y factores sociales (problemas con los pares, acontecimientos vitales estresantes). Asimismo, una revisión sistemática (Isometsä, 2020), reportó que entre el 4% y el 8% de los suicidios ocurrieron en personas con trastorno bipolar y en quienes presentaban depresión.

Una revisión sistemática (Parrish, et al., 2024) evidenció la relación entre la suicidalidad y los déficits de cognición social (CS) en personas con enfermedad mental como el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar. La CS es un constructo multidimensional referida a los procesos involucrados en la comprensión, interpretación y respuesta a las señales sociales y emocionales propias y de los demás, que es clave para el establecimiento de las relaciones sociales (Adolphs, 2009; Beer & Ochsner, 2006; Ochsner, 2008). La CS abarca dominios como: la teoría de la mente (ToM), el procesamiento emocional, la percepción social, la empatía y el sesgo atribucional (Green et al., 2008; Pinkham et al., 2016). Se ha sugerido que los déficits en algunos de estos dominios podrían ayudar a explicar la suicidalidad (Parrish, et al., 2024; Szanto et al., 2012). Por ejemplo, un metanálisis (Nestor & Sutherland, 2021) reportó la asociación entre los déficits en ToM y un mayor riesgo de suicidio

con un TE medio (g de Hedges = -0,475, IC95% [0,686 – 0,264]). Por su parte, el metanálisis de [De Siqueira et al. \(2020\)](#) evidenció un deterioro estadísticamente significativo de la ToM en pacientes con trastorno bipolar en comparación con los controles (g de Hedges = -0,589, IC95% [-0,764 a -0,414]; $Z = -6,594$; $p < 0,001$).

En esta vía, los esfuerzos investigativos se enfocan en desarrollar e implementar intervenciones basadas en la evidencia para mejorar estos déficits y, consecuentemente, disminuir el riesgo de suicidalidad ([Greiner et al., 2022](#); [Rossouw et al., 2012](#)). Por ejemplo, el entrenamiento socio cognitivo (ESC), mantiene los elementos de la terapia cognitiva; engloba una o más dominios de la CS (i.e. ToM y procesamiento emocional) e incluye estrategias para mejorar el repertorio de habilidades cognitivas y sociales que intervienen en el reconocimiento de emociones, intenciones y percepción de claves sociales ([Haut et al., 2019](#); [Trujillo et al., 2017](#)). Además, contribuye a restaurar mecanismos neurales disfuncionales y proporciona beneficios funcionales duraderos ([Haut et al., 2019](#); [Hooker et al., 2013](#); [Trujillo et al., 2017](#); [Valencia et al., 2020](#)).

También, la terapia basada en la mentalización (TBM). La mentalización, referida a la capacidad de percibir e interpretar el comportamiento propio y de los demás en términos de estados mentales subyacentes. Por ejemplo, intenciones, pensamientos, creencias, propósitos y razones ([Bateman & Fonagy, 2008](#)). Se ha sugerido que la TBM, resulta prometedora para el tratamiento de pensamientos y conductas suicidas ([Bateman & Fonagy, 2008](#); [Griffiths et al., 2019](#); [Rossouw et al., 2012](#)) en comparación con el tratamiento habitual (TH) utilizado en la práctica clínica para el riesgo de suicidio. El TH puede consistir en una combinación de atención psiquiátrica general ambulatoria con medicación, periodos de hospitalización parcial, terapia individual y trabajo familiar o sólo revisión psiquiátrica ([Griffiths et al., 2019](#); [Rossouw et al., 2012](#)). Por ejemplo, en un grupo tratado con TBM, sólo el 23% cometió un intento de suicidio en comparación con el 74% del grupo de TH ([Bateman & Fonagy, 2008](#)). De manera similar, se ha observado una reducción del 44% de autolesiones no suicidas (ANS) en un grupo que recibió TBM, frente al 17% del grupo de TH ([Rossouw et al., 2012](#)).

Otra de las intervenciones, es el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas (EHRP) enfocado en áreas específicas del funcionamiento interpersonal y en la mejora del procesamiento emocional, mostró una reducción en la ideación suicida del 60,4%, frente al 44,6% del grupo comparación. Incluso luego del tratamiento a las 12 semanas ($OR = 0,50$; $Z = 2,16$; $p = 0,031$) y 36 semanas ($OR = 0,5$; $Z = 1,96$; $p = 0,05$) ([Gustavson et al., 2016](#)). Asimismo, otras intervenciones psicosociales que no se dirigen específicamente a la CS, como la terapia centrada en la compasión, al integrar componentes como la empatía y la autocrítica, que implica una tendencia a autoevaluarse, generalmente con juicios severos y despectivos ([Gilbert et al., 2010](#)), han demostrado un impacto positivo sobre la suicidalidad. Por ejemplo, [Mohamadpour \(2023\)](#), reportó un efecto estadísticamente significativo $F(1,27) = 20,249$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,424$ sobre la reducción de los pensamientos suicidas, en comparación con el grupo de control.

En este sentido, un mapeo sistemático (Fernández-Sotos et al., 2018) informó un aumento progresivo en el número de publicaciones sobre intervenciones en CS, pasando de 9 artículos en el 2006 a 45 en el 2016, dirigidas principalmente a personas con autismo, depresión, trastorno bipolar, trastornos alimenticios y esquizofrenia. Los dominios de la CS más estudiados fueron la ToM, el procesamiento emocional, el sesgo atribucional y la percepción social con 146, 131, 60 y 33 publicaciones, respectivamente. Por la naturaleza de este tipo de estudios, las intervenciones no se clasificaron explícitamente para el riesgo de suicidio, ni reportaron datos sobre sus efectos. Asimismo, se ha documentado un creciente interés en desarrollar intervenciones para el riesgo de suicidalidad con mayor énfasis en adolescentes que en adultos (Beer & Ochsner, 2006; Okolie et al., 2017). En síntesis, se identifica un vacío en la literatura sobre la necesidad de contar con evidencia sistemática actualizada sobre intervenciones en CS para el riesgo de suicidio (Chang et al., 2017; Ougrin et al., 2015; Szanto et al., 2012), particularmente para adultos con trastornos del estado de ánimo. Así, el objetivo general de esta revisión sistemática es sintetizar las publicaciones sobre intervenciones en CS para adultos con trastornos del estado de ánimo y riesgo de suicidalidad. Con este fin se busca: 1. describir las características de las intervenciones. 2. Evaluar la calidad metodológica de los estudios. 3. Sintetizar la evidencia disponible sobre el efecto de los tratamientos en CS sobre la suicidalidad.

Los resultados de este estudio buscan facilitar a investigadores, tomadores de decisiones de los diferentes escenarios de la salud y al público en general evidencia sistemática sobre intervenciones en CS que han mostrado efectividad en la reducción del riesgo de suicidalidad. Además, favorecer la toma de decisiones informadas como respaldo en la formulación de políticas de salud y la actualización de guías clínicas. Por ejemplo, en Colombia, la guía práctica clínica #60 para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017), así como contribuir al alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en la meta de reducir la tasa mundial de suicidios para el 2030 (United Nations, 2022).

DESARROLLO

Método

Esta revisión sistemática se desarrolló de acuerdo con los lineamientos de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) (Liberati et al., 2009; Moher et al., 2016), cuenta con registro número CRD42023407150 en PROSPERO (International prospective register of systematic reviews) de conformidad con las recomendaciones para el área (National Institute for Health Research, 2022). La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos: PubMed, Scopus, Cochrane Library, ScienceDirect y Embase. También se revisaron fuentes de literatura gris como tesis de grado de doctorado disponibles en

Open Access Theses and Dissertations (OATD) (<https://oatd.org/>) y DART-Europe E-Theses portal (<https://www.dart-europe.org/basic-search.php>) y Google Scholar. Adicionalmente, se contactó por correo electrónico a los autores de dos artículos para aclarar los datos estadísticos, pero no hubo respuesta.

Estrategia de Búsqueda

La estrategia de búsqueda incluyó una ecuación con los términos MeSH (Medical Subject Headings), DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y palabras claves con los operadores AND, OR y NOT para la población, la intervención y el desenlace, de acuerdo con las recomendaciones metodológicas para el rastreo de las intervenciones disponibles (Higgins & Green, 2011). Esta estrategia fue adaptada para su uso en cada una de las bases de datos.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: 1) publicaciones entre 2013 y 2023; 2) ensayos clínicos aleatorios (ECA) y no aleatorios (ECNA) para pacientes con trastornos del estado de ánimo; 3) artículos escritos en inglés y español. El idioma inglés porque es predominante en la investigación y comunicación científica global e incluso desplaza a idiomas como el alemán, francés, ruso, portugués, español, italiano, japonés y chino. Cerca del 80% de las revistas especializadas indexadas son publicadas en este idioma (Jeyaraj, 2014; van Weijen, 2012). Se ha sugerido, que los ECA publicados en idiomas diferentes al inglés, presentan deficiencias metodológicas y tienen poco impacto en las revisiones sistemáticas (Dobrescu et al., 2021; Plaza et al., 2018). Mientras que la relevancia del español se demuestra en áreas como las Ciencias de la Salud, que representa el 62 % de las publicaciones en español en Scopus. 4) Estudios con mínimo, un dominio de la CS y al menos, un componente de la suicidalidad; 5) estudios en los que el riesgo de suicidio no constituyó el único objetivo terapéutico, es decir, cuando la intervención también abarcó otro tratamiento dirigido a diferentes resultados, como la rehabilitación neuropsicológica, se requería que el estudio informara la evaluación específica de suicidalidad, aunque esta no fuera el desenlace principal.

Se excluyeron estudios con muestras de pacientes con depresión prenatal y postnatal para evitar sesgos de diagnóstico, de selección y de información. Además, la etiología de la depresión prenatal y postnatal se asocia con factores genéticos, neuronales, hormonales y epigenéticos, distintos del trastorno depresivo (Batt et al., 2020).

Selección de Estudios y Extracción de Datos

Los artículos obtenidos fueron descargados y exportados a la plataforma Rayyan (<https://rayyan.qcri.org/welcome>) (Ouzzani et al., 2016). La selección de los estudios potencialmente elegibles la realizaron dos evaluadores (A y B), de manera independiente, en dos fases: 1) análisis del cumplimiento de los criterios de elegibilidad mediante la lectura del título y el abstract en Rayyan (Ouzzani et al., 2016); identificación y exclusión de los estudios duplicados y la búsqueda de los

artículos completos. 2) Lectura del texto completo de los artículos seleccionados. Para arbitrar los desacuerdos no resueltos sobre la pertinencia de un artículo, la extracción de los datos y para las aclaraciones pertinentes, se consultó con un tercer evaluador.

Los datos extraídos se registraron en un archivo de Microsoft Excel. Tras eliminar los artículos duplicados y los que no cumplían con los criterios de elegibilidad, se realizó una búsqueda avanzada en las referencias bibliográficas de los seleccionados. Aunque se identificaron dos estudios adicionales, se descartaron porque no cumplieron con los criterios de inclusión. En total, cinco estudios fueron seleccionados para su revisión completa. Para reducir el sesgo de selección, se definieron explícitamente los criterios de inclusión y exclusión. Adicionalmente, dos evaluadores (A y B), participaron de manera independiente en la extracción y clasificación de los datos para minimizar errores. El diagrama de flujo PRISMA (Fig. 1) ilustra el proceso de selección de los artículos incluidos en esta revisión sistemática.

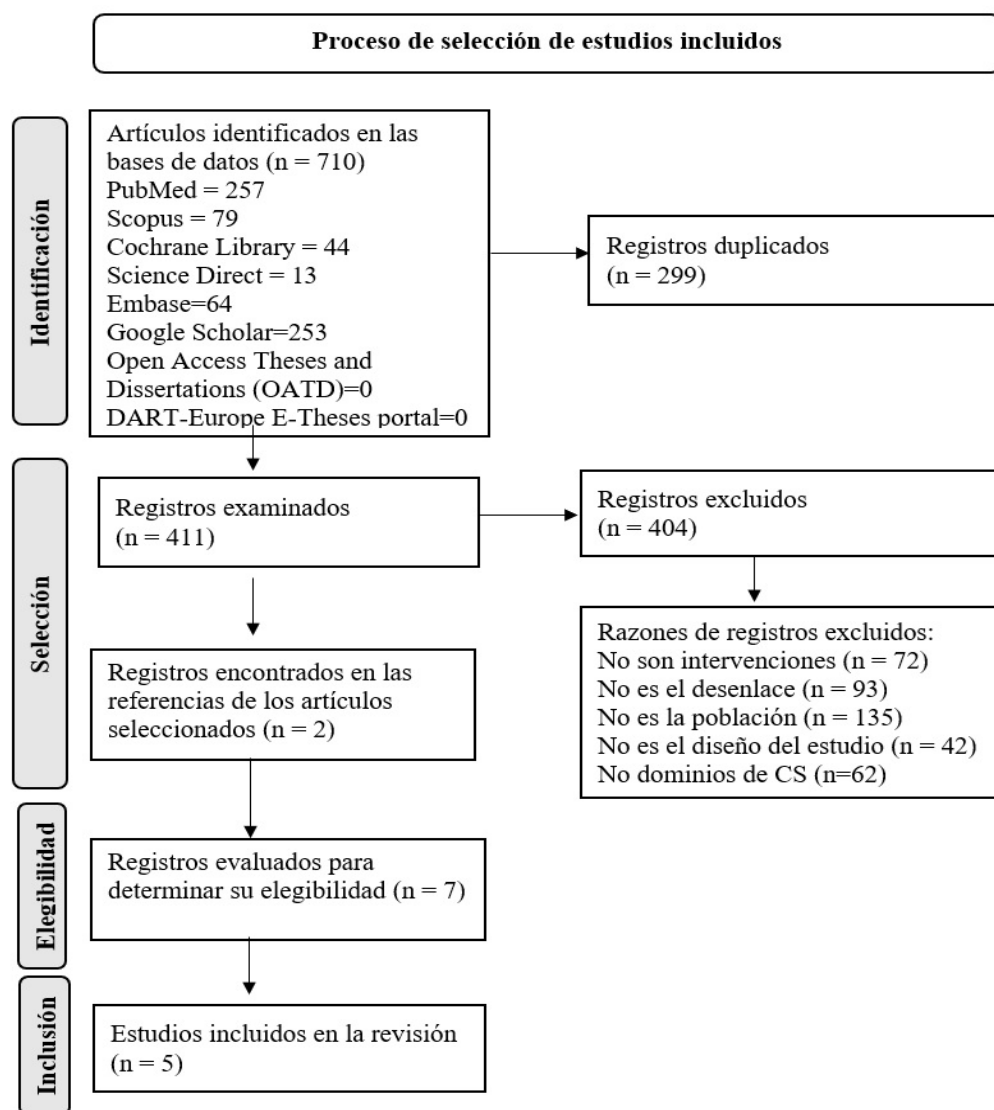


Figura 1. Flujograma del proceso de selección de estudios.

Nota: Adaptado de acuerdo con la guía PRISMA (Moher et al., 2016).

RESULTADOS

Los cinco artículos seleccionados incluyeron un total de 1508 participantes con edades comprendidas entre 18 y 65 años, de los cuales 1365 (90,5%), finalizaron todas las etapas del estudio. La duración de las intervenciones osciló entre 4 semanas (Kim et al., 2020) y 72 semanas (Norimoto et al., 2020), con períodos de seguimiento entre uno (Kim et al., 2020) y 18 meses (Norimoto et al., 2020), llevadas a cabo en entornos clínicos de instituciones de salud por psicólogos clínicos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeras y estudiantes de doctorado, entrenados en las terapias respectivas. La Tabla 1 presenta una descripción de los estudios seleccionados.

Todos los estudios informaron presencia de síntomas o trastornos depresivos en los participantes. En tres artículos (Johnson et al., 2018; McAuliffe et al., 2014; Norimoto et al., 2020), la ideación suicida y el intento de suicidio, constituyeron criterios de inclusión. Uno de ellos (Norimoto et al., 2020), conformaron dos grupos, según la clasificación del DSM-V, en: 1) grupo Eje I + II, participantes con diagnósticos comórbidos del Eje I y II; 2) grupo Eje I, participantes con diagnóstico del Eje I sin comorbilidad del Eje II. Un estudio (Johnson et al., 2018), reportó que los participantes recibieron una compensación económica por su participación en la investigación. Tres de los artículos (Jakobsen et al., 2014; Johnson et al., 2018; Kim et al., 2020) señalaron como limitación el tamaño reducido de la muestra porque impide la generalización de los resultados.

Tabla 1. Descripción de los estudios incluidos en la revisión sistemática

Referencia	País	Diseño	Entorno	n	Edad M (DS)	Hombres	Mujeres
Jakobsen et al., 2014	Dinamarca	Ensayo clínico aleatorizado, cegado	Clínica psiquiátrica ambulatoria	44	18 a 65 38,5 (8,9) = int. 40,3 (6,8) = control	6 (13,5%)	18 (41%) = int. 20 (45,5%) = control
Johnson et al., 2018	USA	Ensayo controlado aleatorizado	Hospitales	59	44,4 (10,1) = control 42,8 (9,02) = int.	12 (50%) = control 16 (47,5%) = int.	12 (50%) = control 19 (54,3%) = int.
Kim et al., 2020	Korea	Ensayo controlado aleatorizado	Hospitales	58	33,07 (±9,74) = int. 31,86 (±7,35) = control 32,05 (±8,01) = control	1 (6,7%) = int. 4 (28,6%) = control 1 (5%) = control	14 (93,3%) = int. 10 (71,4%) = control 19 (95,0%) = control
McAuliffe et al., 2014	Irlanda	Ensayo controlado aleatorizado, cegado	Hospitales	433	18 a 64	80 (36%) = int. 74 (35%) = control	142 (64%) = int. 137 (65%) = control
Norimoto et al., 2020	Japón	Ensayo controlado aleatorizado, cegado	Hospitales	914	20 años en adelante	400 (43,8%)	514 (56,2%)

DS: desviación estándar, int.: intervención.

Nota: Elaboración de autores.

Intervenciones

Las intervenciones analizadas en los artículos de esta revisión sistemática incluyeron: tratamiento basado en la mentalización (TBM) (Jakobsen et al., 2014), entrenamiento de meditación compasiva (MC) (Johnson et al., 2018), terapia basada en la mentalización mediante un programa de realidad virtual (TBM-RV) (Kim et al., 2020), el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas (EHRP) (McAuliffe et al., 2014) y la terapia de gestión asertiva de casos (TGAC) (Norimoto et al., 2020). En cuanto a los dominios de CS contenidos en las intervenciones, se encontró la empatía, el procesamiento emocional, la ToM, la regulación emocional, así como estrategias para la interacción social. Además, Johnson et al (2018) incorporaron dimensiones de la empatía como la apreciación, referida al establecimiento de vínculos empáticos con los otros (Gilbert et al., 2010); la compasión hacia los demás; la autocompasión, enfocada en las emociones propias y la autocrítica. Además, fue el único estudio que reportó los efectos de la intervención en la variable autocrítica. Los resultados específicos para cada intervención y estudio se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2. Intervenciones en cognición social para el riesgo de suicidalidad

Referencia	Intervención	Controles	Tiempo Intervención (semanas/sesiones)	Dominios de la Cognición Social	Instrumentos para medición de suicidalidad	Resultados
Jakobsen et al., 2014	Terapia cognitiva de tercera ola (TCTO)	Tratamiento basado en la mentalización (TBM)	18 semanas.	Regulación emocional, exploración de pensamientos, sentimientos, comportamientos y sensaciones físicas, trabajo sobre aceptación de sentimientos y circunstancias vitales difíciles.	Escala de calificación de la depresión de Hamilton (HDRS)	A las 18 semanas, 22,7% del grupo TCTO obtuvo HDRS <8 vs 0% del grupo TBM (p = 0,049). Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la puntuación HDRS a las 18 semanas (12,9 vs 17,0, DM -4,14, IC95% [-8,30 - 0,03]; p = 0,051).
			18 sesiones de psicoterapia individual (45 min.) y 18 sesiones grupales (1,5 horas). Total: 40,5 horas.		Inventario de Depresión de Beck (IDB)	No discriminaron el efecto sobre la suicidalidad. Reportaron 0 intentos de suicidio y 0 suicidios durante el periodo de intervención en n = 44. Reducción de la suicidalidad de 1,40 (DE 0,88) a 0,53 (DE 0,81) vs GA de 1,23 (DE 1,23) a 0,65 (DE 0,88). Reducción de 4,24 puntos mayor en los síntomas depresivos vs GA (b= -4,24, SE = 2,01, IC _{95%} [-9,98, - 0,08]).
Johnson et al., 2018	Meditación basada en la compasión (MC)	Grupo de apoyo (GA)	6 semanas. 6 sesiones de entrenamiento. 1 sesión semanal individual (90 min.)	Empatía, regulación emocional, compasión, autocompasión, autocrítica,	Inventario de Depresión de Beck versión II (IDB-II).	Efecto estadísticamente significativo del cambio en la autocrítica sobre el cambio en los síntomas depresivos (b = 0,24, SE= 0,11, p = 0,03). Efecto estadísticamente significativo de reducción de 17,9 puntos más en la autocrítica vs GA (b = -17,9, SE = 5,45; p < 0,01).

Referencia	Intervención	Controles	Tiempo Intervención (semanas/sesiones)	Dominios de la Cognición Social	Instrumentos para medición de suicidalidad	Resultados
Kim et al., 2020	Tratamiento basado en la mentalización mediante realidad virtual (TBM-RV)	Controles sanos y tratamiento farmacológico (TG)	4 semanas 4 sesiones, una semanal (30 min. de formación en RV y 20 min. de feedback y asesoramiento).	Mentalización, conciencia emocional, emociones básicas y emociones propias, control emocional, comunicación eficaz.	Inventario rápido de Sintomatología Depresiva, versión coreana (QIDS- SR-K). Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión coreana (MINI-K).	El grupo TBM-RV, disminuyó niveles de suicidalidad desde la línea base 2,93 (3,27) hasta las 4 semanas de seguimiento 1,17 (2,21); $z = -2,04$; $p = 0,041$. Pero no en el TF base 3,20 (2,94) hasta las 4 semanas de seguimiento 2,80 (4,37); $z = 0,27$; $p = 0,793$. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos TBM-RV y TF (-0,35; $p = 0,752$).

Referencia	Intervención	Controles	Tiempo Intervención (semanas/sesiones)	Dominios de la Cognición Social	Instrumentos para medición de suicidalidad	Resultados
McAuliffe et al., 2014	Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas (EHRP)	Tratamiento habitual (TH)	18 semanas 6 sesiones grupales semanales (2 horas).	Funcionamiento social, procesamiento emocional (reducir los niveles de impulsividad).		No hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos EHRP vs TAU en tasas de ANS repetidas en el seguimiento a: 6 semanas $M = 0,71$, $IC_{95\%} [0,43 - 1,18]$; $p = 0,19$ 6 meses $M = 1,23$, $IC_{95\%} [0,81 - 1,87]$; $p = 0,33$ 12 meses $M = 1,02$, $IC_{95\%} [0,73 - 1,42]$; $p = 0,92$.
					Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS).	Diferencias estadísticamente significativas en la ideación suicida durante seguimiento a 6 semanas $M = -8,4$, $IC_{95\%} [-10,1 - -6,7]$; $p = <0,001$ y a 6 meses $M = -8,3$, $IC_{95\%} [-9,9 - -6,6]$; $p = <0,001$.
					Escala de Beck para ideación suicida (BSS).	No hubo diferencias estadísticamente significativas en ideación suicida EHRP vs TAU ($M = -2,1$, $IC_{95\%} [-4,5 - 0,4]$; $p = 0,09$).
					Inventario de Depresión de Beck (IDB).	Hubo diferencias estadísticamente significativas en la variable “necesitar y recibir ayuda” durante el seguimiento a 6 semanas $M = 0,8$, $IC_{95\%} [0,3 - 1,3]$; $p = 0,004$ y a 6 meses $M = 0,7$, $IC_{95\%} [0,2 - 1,3]$; $p = 0,01$.

Referencia	Intervención	Controles	Tiempo Intervención (semanas/sesiones)	Dominios de la Cognición Social	Instrumentos para medición de suicidalidad	Resultados
Norimoto et al., 2020	Terapia de gestión asertiva de casos (TGAC)	Tratamiento habitual mejorado (THM)	72 semanas. 18 meses después de la aleatorización (en la semana 1 y en los meses 1, 2, 3, 6, 12 y 18).	Empatía y estrategias basadas en las relaciones a lo largo del tiempo.	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS)	A 6 meses de la aleatorización, hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos Eje I/TGAC y Eje I/THM (RR 0,51; IC _{95%} [0,31 a 0,84]). No hubo diferencias claras, con un RR similar entre el grupo Eje I + II/TGAC y el grupo Eje I + II/THM (RR 0,44; IC _{95%} [0,14 a 1,40]). El primer intento de suicidio recurrente a los 12 meses de la aleatorización, sin diferencias entre los dos grupos. Los valores de RR entre los grupos Eje I + II/TGAC y Eje I + II/THM (RR 0,61; IC _{95%} [0,26 a 1,42]) fueron similares a los del grupo Eje I/TGAC y el grupo Eje I/THM (RR 0,73; IC _{95%} [0,49 a 1,10]).

Min: minuto, DM: diferencia de medias, ANS: autolesiones no suicidas, DE: desviación estándar, EE: error estándar, CI: intervalo de confianza, RR: riesgo relativo, I/TGAC: trastorno mental del eje I+ terapia de gestión asertiva de casos, I/THM: trastorno mental del eje I + tratamiento habitual mejorado, II/TGAC: trastorno mental del eje II + terapia de gestión asertiva de casos, II/THM: trastorno mental del eje II + tratamiento habitual mejorado.

Nota: Elaboración de autores.

Medición de la Suicidalidad

Los estudios elegibles utilizaron diferentes instrumentos para evaluar la suicidalidad, con mediciones pre y post intervención. [Jakobsen et al. \(2014\)](#), señalaron que, tras 18 semanas de tratamiento, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones para la depresión entre el grupo intervención y el control ($M = 12,9$, $IC95\% [9,81 - 15,9]$ vs $M = 17,0$, $IC95\% [14,0 - 20,0]$; $p = 0,051$). Sin embargo, posterior al ajuste en el puntaje basal para depresión, según la HDRS, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (d de Cohen = $-0,62$; $IC95\% [-8,30 - 0,03]$, $p = 0,039$). El estudio no presentó datos sobre el efecto de la intervención para el riesgo de suicidalidad. Señala que no registraron intentos de suicidio ni suicidios durante la intervención y reportan como una limitación del estudio, la escala utilizada para medir el riesgo de suicidio, porque no predice los intentos de suicidio ([Jakobsen et al., 2014](#)).

Por su parte Johnson et al. (2018), documentaron una disminución de la ideación y de los pensamientos de suicidio de 22,9% al 2,8% y de 51,4% al 30,6%, respectivamente y una reducción de 4,24 puntos en los síntomas depresivos en comparación con el grupo de apoyo ($b = 0,24$, $ES = 0,11$; $p = 0,03$). Utilizaron un análisis de trayectoria de los datos y observaron un efecto directo significativo de la intervención MC en el cambio de la autocrítica ($b = -17,9$, $SE = 5,45$; $p < 0,01$). Es decir, este grupo presentó una reducción mayor (17,9 puntos menos) en la autocrítica en comparación con el grupo de apoyo. En el estudio de [Kim et al. \(2020\)](#), disminuyó el riesgo de suicidio en el grupo TBM-RV, después de 4 semanas de tratamiento en comparación con su estado inicial ($z = -2,04$, $p = 0,041$), así como en el seguimiento del tratamiento a 4 meses (de 2,93 a 1,17; $p = 0,041$) en comparación con el grupo de farmacoterapia (de 3,20 a 2,80; $p = 0,793$).

En los hallazgos de [McAuliffe et al. \(2014\)](#), no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las tasas de repetición de ANS a las 6 semanas, ni a los 6 y 12 meses de inicio del tratamiento. En el seguimiento a 12 meses, ambos grupos mostraron tasas similares de reingreso hospitalario por ANS tras la presentación inicial. En el grupo EHRP, el 24,3% de los participantes presentó reingresos: el 70,4% acudió una vez; el 16,7% dos; el 3,7% tres; el 5,6% cuatro y el 1,9% ingresó entre ocho y trece veces. Mientras en el grupo TAU, el 23,7%, de los participantes, tuvieron reingresos de: el 60% una vez; el 20% dos; el 6% tres o cuatro; otro 6% cinco y el 2%, 18 veces. Además, tres participantes (dos del grupo TH y uno del grupo EHRP), cometieron suicidio durante el periodo de seguimiento de 12 meses.

El estudio de [Norimoto et al. \(2020\)](#), mostró una diferencia estadística significativa entre los grupos del Eje I ($RR 0,51$, $IC95\% [0,31 - 0,84]$) en la incidencia del primer episodio de conducta suicida recurrente a los seis meses de la asignación a los grupos de tratamiento mientras que, entre los grupos con comorbilidad del Eje I y Eje II, no hubo diferencias claras, con un RR similar entre ambos grupos ($RR 0,44$, $IC95\% [0,14 - 1,40]$). En las curvas de supervivencia, tampoco encontraron diferencias entre

los grupos con comorbilidades. Esto sugiere que, ante posibles intentos de suicidio recurrentes, no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a lo largo del tiempo. En cuanto al primer intento de suicidio recurrente a los 12 meses de la aleatorización, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Sin embargo, los valores de RR entre el grupo Eje I y II que recibió TGAC y el grupo Eje I y II que recibió AHM (RR 0,61, IC95% [0,26 - 1,42]), fueron similares a los del grupo Eje I/ TGAC y el grupo Eje I/ AHM (RR 0,73, IC95% [0,49 - 1,10]).

Calidad Metodológica

La calidad metodológica de los estudios seleccionados se evaluó con la escala de Jadad ([Jadad et al., 1996](#)), ampliamente utilizada para evaluar los ensayos clínicos en el área de la salud ([Berger & Alperson, 2009](#); [Cascaes da Silva et al., 2013](#)). La puntuación global de 0 a 5, se otorga en función del cumplimiento de cinco ítems. Una puntuación ≤ 2 , indica una pobre calidad metodológica y ≥ 3 una buena calidad ([Jadad et al., 1996](#)). De acuerdo con esta escala, cuatro artículos obtuvieron una puntuación de 3 y uno, de 2 puntos (Tabla 3).

Tabla 3. Calidad metodológica según la escala de Jadad

Autores y año	Aleatorio	Doble ciego	Pérdidas y retiradas	Método de aleatorización	Método doble ciego	Puntuación Total
Jakobsen et al., 2014	1	0	1	1	0	3
Johnson et al., 2018	1	0	0	1	0	2
Kim et al., 2020	1	0	1	1	0	3
McAuliffe et al., 2014	1	0	1	1	0	3
Norimoto et al., 2020	1	0	1	1	0	3

Puntuación total: 0 = muy baja, 1 a 2 = baja, 3 = moderada, 4 a 5 = alta.

Nota: Elaboración de autores.

Por otro lado, el 80% de los trabajos reportó el cálculo del tamaño de la muestra: [Jakobsen et al. \(2014\)](#), estimaron una diferencia media mínima relevante entre las dos intervenciones de 5 puntos, con una significancia del 5%, una potencia del 90% y DE equivalente a 7 puntos en la HDRS, con un cálculo de 84 participantes. Sin embargo, la muestra la conformaron 44, lo que supone un bajo poder estadístico, de acuerdo con los cálculos de los autores. [McAuliffe et al. \(2014\)](#), estimaron una $n = 219$ para cada grupo, con una significancia del 5%, una potencia del 80% para obtener una reducción del 20% al 10% en las ANS repetidas.

Por su parte, [Norimoto et al. \(2020\)](#), señalaron una limitación del tamaño muestral, respecto al número del grupo con trastornos comórbidos del Eje I y Eje II ($n = 120$), en comparación con el grupo sin comorbilidad del Eje II ($n = 794$). Mientras que, [Johnson et al. \(2018\)](#), consideraron que una $n = 59$ era insuficiente y utilizaron un

remuestreo Bootstrap de 5.000 muestras. Contrariamente, Kim et al. (2020), contó con una $n = 10$ por cada grupo de tratamiento. Norimoto et al. (2020) trabajó con intervalos de confianza amplios, en comparación con el valor del riesgo relativo (RR 0,73, IC95% [0,49 - 1,10] y RR 0,73, IC95% [0,49 - 1,10]). Dos estudios (Jakobsen et al., 2014; Kim et al., 2020), realizaron la comparación de grupos a través del análisis de varianza (ANOVA). Sólo Jakobsen et al. (2014), reportaron la distribución normal ($p = 0,064$) de ambos grupos, el análisis de covarianza (ANCOVA) y los análisis post-hoc.

Discusión

Esta revisión sistemática tuvo como objetivo sintetizar la evidencia sobre intervenciones en CS para adultos con trastornos del estado de ánimo y riesgo de suicidalidad. Los estudios seleccionados informaron efectos estadísticamente significativos en la reducción de la ideación suicida y los intentos de suicidio en el seguimiento postintervención. Los participantes que recibieron estas terapias presentaron un menor riesgo de intentos de suicidio y una reducción en el número de ingresos por hospitalización (McAuliffe et al., 2014). Aunque la investigación sobre las intervenciones en CS para la suicidalidad es aún limitada, los datos disponibles sugieren que estos tratamientos podrían ser más efectivos que los TH para la reducción del riesgo de conductas suicidas. Estos hallazgos son respaldados por estudios previos que han demostrado, por ejemplo, que mejorar la ToM o el procesamiento emocional, contribuye a disminuir la sintomatología asociada con la suicidalidad y a prevenir nuevos intentos de suicidio (Griffiths et al., 2019; Kiosses et al., 2017; Rossouw et al., 2012).

Con respecto a las características de los estudios, se encontraron dos formas de implementación de las terapias: a) cara a cara (Jakobsen et al., 2014; Johnson et al., 2018; McAuliffe et al., 2014; Norimoto et al., 2020). b) Con uso de realidad virtual (Kim et al., 2020), que mostró su potencial para el entrenamiento de habilidades sociales y mejoras en el funcionamiento social, como lo han informado estudios previos (Tan et al., 2018). Además, la intervención implementada por Johnson et al. (2018), aunque no se enmarca estrictamente dentro de las terapias de CS, incorporó principios de la Terapia Centrada en la Compasión, un enfoque de tercera generación que integra elementos de la TCC y constructos como la empatía y la autocrítica (Gilbert et al., 2010). Similar a la intervención de Johnson et al. (2018), Mohamadpour (2023), reportó un efecto estadísticamente significativo en la reducción de la ideación suicida tras la intervención en comparación con el grupo control.

Otras de las características identificadas en los artículos seleccionados, incluyen la falta de una descripción amplia de las intervenciones y de consenso en los protocolos utilizados. Por ejemplo, difieren en la duración del tratamiento, número de sesiones, contenido temático, dominios de la CS, instrumentos de evaluación, medición del desenlace del riesgo de suicidio y tiempo de seguimiento postintervención. Elementos claves para su replicabilidad y la comparación de resultados entre los grupos

(Friedman et al., 2015). Estos hallazgos son consistentes con (Parrish et al., 2024; Tan et al., 2018) sobre la necesidad de utilizar una batería común de mediciones para favorecer la replicabilidad y comparación de las intervenciones, determinar la frecuencia y duración de los tratamientos para los dominios específicos de la CS.

Con relación a la calidad metodológica de los estudios, los tamaños de la muestra no superan los 35 por cada grupo, señalado por los autores como una limitación (Jakobsen et al., 2014; Johnson et al., 2018; Kim et al., 2020). Esto es consistente con Friedman et al. (2015) y Wright et al. (2011), quienes sugieren utilizar tamaños mínimos de $n = 50$ para mayor confiabilidad, garantizar la potencia estadística e identificar, cuando existan, las diferencias estadísticamente significativas entre grupos (Higgins & Green, 2011). Igualmente, los IC amplios (0,50 a 1,10), asociados a n pequeñas, implican una mayor incertidumbre en el cálculo del RR y en la magnitud del efecto de la intervención (Higgins & Green, 2011).

Los análisis de este trabajo coinciden con lo observado por Parrish et al. (2024) respecto a la variabilidad en el uso de instrumentos para evaluar CS. Esta coincidencia resalta la necesidad de considerar este aspecto en el diseño de estudios futuros. De igual forma, ante el limitado número de estudios sobre este tipo de intervenciones como lo señalaron (Fernández-Sotos et al., 2018), se recurrió a un rastreo exhaustivo con ecuaciones de búsqueda específicas para abarcar los diferentes dominios de la CS y los trastornos del estado del ánimo, tanto en las bases de datos como en la literatura gris, de acuerdo con los términos MeSH y DeCs (archivo suplementario). También, en las exploraciones previas al registro de esta revisión sistemática en PROSPERO, no se restringió el idioma de las publicaciones. No obstante, se observó que esos estudios en otros idiomas (por ejemplo, en francés) presentaban sus resúmenes en inglés. Aunque fueron descartados porque no correspondían a la población objetivo.

Los análisis de resultados de esta revisión se alinean con la investigación existente en asuntos como: a) la ausencia del uso del doble ciego en los ensayos clínicos dificulta una evaluación precisa de la eficacia y seguridad del tratamiento. Esto se sustenta en que los resultados sean influenciados por las expectativas de los participantes o los investigadores y ocasionen estimaciones exageradas del efecto de la intervención (Higgins & Green, 2011). b) La descripción de pérdidas y retiradas de los participantes de los estudios, resulta clave para evitar sesgos de selección, de información, de respuesta y de tiempo, que podrían afectar la validez de los resultados (Friedman et al., 2015). c) La participación consistente de los sujetos al grupo asignado es crucial para la obtención de datos confiables y la evaluación de los efectos del tratamiento (Higgins & Green, 2011).

Además, los hallazgos de esta revisión sistemática alientan futuras investigaciones para allanar necesidades reportadas en estudios previos como: a) alto riesgo de suicidio en población no clínica. Por ejemplo, en personas expuestas a conflictos armados o entornos de guerra (Morina et al., 2013, 2018; Trujillo et al., 2021). b) Los dominios de la CS como posibles marcadores clínicos de suicidalidad y como objetivo clave en las intervenciones (Senna et al., 2022). c) Identificación de variables mediadoras

y moderadores del riesgo de suicidalidad (Parrish et al., 2024). d) Reportar los desenlaces específicos de los componentes de la CS incluidos en la intervención (Parrish et al., 2024). e) El uso de una prueba con validez conceptual y psicométrica para caracterizar el espectro completo de la ideación y la conducta suicida, como la escala Columbia (Posner et al., 2011), considerada una prueba estándar de oro en el ámbito clínico y de investigación.

CONCLUSIONES

Hasta donde se tiene conocimiento, esta es la primera revisión sistemática enfocada en sintetizar las intervenciones en CS para adultos con trastornos del estado de ánimo y riesgo de suicidalidad. Los hallazgos sugieren que estas intervenciones son prometedoras tanto para mejorar los repertorios de la CS como para reducir el riesgo de suicidalidad en esta población. No obstante, se recomienda desarrollar estudios con protocolos estandarizados y muestras más representativas que permitan realizar comparaciones entre las diferentes intervenciones. Los resultados de esta revisión sistemática constituyen una evidencia valiosa para guiar la implementación de este tipo de intervenciones con población no clínica, por ejemplo, en contextos de conflicto armado o entornos de guerra.

Limitaciones

Las principales limitaciones de esta revisión sistemática se relacionan con a) la variabilidad metodológica de los estudios, en cuanto a las medidas de resultados, tamaños de muestra, ausencia de protocolos comunes y medidas del efecto observadas (RR, diferencia de medias, curvas de supervivencia) y, por consiguiente, la robustez de la medida final obtenida y el nivel de significación estadística impidió sintetizar la evidencia para un metaanálisis. b) Los estudios no especificaron las definiciones operacionales de los dominios de la CS utilizadas. c) El número limitado de estudios que discriminan y comparan los dominios de la CS y el desenlace de riesgo de suicidalidad.

Conflicto de Intereses

Los autores no registran conflicto de intereses en este artículo.

Contribución de Autores

María Lizbeth Murillo-Ramírez: conceptualización, conservación de datos, análisis formal, metodología, análisis e interpretación de resultados, redacción y edición del texto. Natalia Trujillo Orrego: conceptualización, metodología, redacción y revisión crítica del texto. Juan Pablo Sánchez Escudero: conceptualización, metodología, análisis de resultados, redacción y revisión crítica del texto. Sandra Patricia Trujillo Orrego: redacción y revisión crítica del texto.

Archivo Suplementario

Las ecuaciones de búsqueda para cada base de datos están disponibles en este archivo: https://drive.google.com/file/d/1UtfjLMlrUO9DMqRRFcWT449cUyYV_wp/view?usp=sharing

REFERENCIAS

- Adolphs, R. (2009). The social brain: Neural basis of social knowledge. *Annual Review of Psychology*, 60, 693–716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163514>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631–638. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2007.07040636>
- Batt, M. M., Duffy, K. A., Novick, A. M., Metcalf, C. A., & Epperson, C. N. (2020). Is Postpartum Depression Different from Depression Occurring Outside of the Perinatal Period? A Review of the Evidence. *FOCUS*, 18(2), 106–119. <https://doi.org/10.1176/APPI.FOCUS.20190045>
- Beer, J. S., & Ochsner, K. N. (2006). Social cognition: A multi level analysis. *Brain Research*, 1079(1), 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2006.01.002>
- Berger, V., & Alperson, S. (2009). A General Framework for the Evaluation of Clinical Trial Quality. *Reviews on Recent Clinical Trials*, 4(2), 79–88. <https://doi.org/10.2174/157488709788186021>
- Cascaes da Silva, F., Valdivia Arancibia, B. A., da Rosa Iop, R., Barbosa Gutierrez Filho, P. J., & da Silva, R. (2013). Evaluation lists and scales for the quality of scientific studies. *Revista Cubana de Información En Ciencias de La Salud*, 24(3), 295–312. <http://scielo.sld.cu>
- Chang, Q., Chan, Ch., & Yip, P. (2017). A meta-analytic review on social relationships and suicidal ideation among older adults. *Social Science and Medicine*, 191, 65–76. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.003>
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297–303. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.297>
- De Siqueira, L., Beraldi, G. H., Okawa Belizario, G., & Lafer, B. (2020). Impaired social cognition in bipolar disorder: A meta-analysis of Theory of Mind in euthymic patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(8), 783–796. https://doi.org/10.1177/0004867420924109/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_0004867420924109-FIG2.JPEG

- Dobrescu, A. I., Nussbaumer-Streit, B., Klerings, I., Wagner, G., Persad, E., Sommer, I., Herkner, H., & Gartlehner, G. (2021). Restricting evidence syntheses of interventions to English-language publications is a viable methodological shortcut for most medical topics: a systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 137, 209–217. <https://doi.org/10.1016/J.JCLINEPI.2021.04.012>
- Fernández-Sotos, P., Torio, I., Fernández-Caballero, A., Navarro, E., González, P., Dompablo, M., & Rodríguez-Jiménez, R. (2018). Social cognition remediation interventions: A systematic mapping review. *PLoS ONE*, 14(6), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218720>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Friedman, L. M., Furberg, C. D., DeMets, D. L., Reboussin, D. M., & Granger, C. B. (2015). Fundamentals of clinical trials. In *Fundamentals of Clinical Trials*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-18539-2>
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: the roles of self-criticism, shame, and social rank. *The British Journal of Clinical Psychology*, 49(Pt 4), 563–576. <https://doi.org/10.1348/014466509X479771>
- Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., Kring, A. M., Park, S., Silverstein, S. M., & Heinssen, R. (2008). Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment, and Research Opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211–1220. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm145>
- Greiner, C., Debbané, M., Besch, V., & Prada, P. (2022). Crisis-MBT: Mentalization-based brief hospitalization intervention. *Sante Mentale Au Quebec*, 47(2), 221–233. <https://doi.org/10.7202/1098902ar>
- Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., Graham, J., Smith, J., Thomson, A., & Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: The results of a pilot randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2158-8>
- Gustavson, K. A., Alexopoulos, G. S., Niu, G. C., McCulloch, C., Meade, T., & Areán, P. A. (2016). Problem-Solving Therapy Reduces Suicidal Ideation in Depressed Older Adults with Executive Dysfunction. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2015.07.010>
- Haut, K. M., Dodell-Feder, D., Guty, E., Nahum, M., & Hooker, C. I. (2019). Change in Objective Measure of Empathic Accuracy Following Social Cognitive

- Training. *Frontiers in Psychiatry*, 10(December), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00894>
- Higgins, J., & Green, S. (2011). Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones Versión 5.1.0 (G. S. Higgins JPT, Ed.). www.cochrane-handbook.org.
- Hooker, C. I., Bruce, L., Fisher, M., Verosky, S. C., Miyakawa, A., D'Esposito, M., & Vinogradov, S. (2013). The influence of combined cognitive plus social-cognitive training on amygdala response during face emotion recognition in schizophrenia. *Psychiatry Research - Neuroimaging*, 213(2), 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2013.04.001>
- Isometsä, E. (2020). Suicides in Mood Disorders in Psychiatric Settings in Nordic National Register-Based Studies. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00721>
- Ivey-Stephenson, A. Z., Crosby, A. E., Hoenig, J. M., Gyawali, S., Park-Lee, E., & Hedden, S. L. (2022). Suicidal Thoughts and Behaviors Among Adults Aged ≥18 Years — United States, 2015–2019. In Surveillance Summaries (Vol. 71, Issue 1). <https://doi.org/10.15585/MMWR.SS7101A1>
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J. M., Gavaghan, D. J., & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17(1), 1–12. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(95\)00134-4](https://doi.org/10.1016/0197-2456(95)00134-4)
- Jakobsen, J., Gluud, C., Kongerslev, M., Larsen, K. A., Sørensen, P., Winkel, P., Lange, T., Sogaard, U., & Simonsen, E. (2014). Third-wave cognitive therapy versus mentalisation-based treatment for major depressive disorder: a randomised clinical trial. *BMJ Open*, 4(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014>
- Jeyaraj, J. S. (2014). English as the Publication Language of Science Research: Problems & Prospects (Sathyabama University, Ed.; pp. 4–7). Trends in English for Science & Technology: Technical Writing. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3486800
- Johnson, S. B., Goodnight, B. L., Zhang, H., Daboin, I., Patterson, B., & Kaslow, N. J. (2018). Compassion-Based Meditation in African Americans: Self-Criticism Mediates Changes in Depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(2), 160–168. <https://doi.org/10.1111/sltb.12347>
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main Predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior: Empirical Tests in Two Samples of Young Adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 634–646. <https://doi.org/10.1037/a0016500>

- Kim, M., Choi, S.-W., Moon, S., Park, H.-I., Hwang, H., Kim, M.-K., & Seok, J.-H. (2020). Treatment Effect of Psychoeducation and Training Program Using Virtual Reality Technique in the Patients with Depressive Symptoms. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 59(1), 51. <https://doi.org/10.4306/jknpa.2020.59.1.51>
- Kiosses, D. N., Gross, J. J., Banerjee, S., Duberstein, P. R., Putrino, D., & Alexopoulos, G. S. (2017). Negative Emotions and Suicidal Ideation During Psychosocial Treatments in Older Adults with Major Depression and Cognitive Impairment. *Am J Geriatr Psychiatry*, 25(6), 620–629. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.01.011>
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: A 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 433–439. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.433>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 339. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
- McAuliffe, C., McLeavey, B. C., Fitzgerald, T., Corcoran, P., Carroll, B., Ryan, L., Keeffe, B. O., Fitzgerald, E., Hickey, P., Regan, M. O., Mulqueen, J., & Arensman, E. (2014). Group problem-solving skills training for self-harm: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 383–390. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.101816>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ideación y/o Conducta Suicida. In Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (Ed.), Ministerio de Salud y Protección Social (1st ed., Issue 60). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>
- Mohamadpour, F. (2023). Effectiveness of compassion-based online therapy on suicidal thoughts and pain catastrophizing in female patients with multiple sclerosis in the relapsing–remitting phase. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1128308>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Gherzi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., Group, P., Barrera, A. E., Agüero, D. S., Estarli, M., Aguilar Barrera, E. S., Martínez-Rodríguez, R., Baladia, E., Duran Agüero, S., Camacho, S., Buhning, K., Herrero-López, A., & Maria Gil-González, D. (2016). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis

- protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Rev Esp Nutr Hum Diet*, 20(2), 148–160. <https://doi.org/10.14306/renhyd.20.2.223>
- Morina, N., Ajdukovic, D., Bogic, M., Franciskovic, T., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, L., Popovski, M., & Priebe, S. (2013). Co-occurrence of major depressive episode and posttraumatic stress disorder among survivors of war: how is it different from either condition alone? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(3). <https://doi.org/10.4088/JCP.12M07844>
- Morina, N., Akhtar, A., Barth, J., & Schnyder, U. (2018). Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: A systematic review. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 9, Issue SEP). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00433>
- National Institute for Health Research, [NIHR]. (2022). PROSPERO. <https://www.crd.york.ac.uk/prospéro/>
- Nestor, B. A., & Sutherland, S. (2021). Theory of Mind and Suicidality: A Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research*, 0(0), 1–22. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1939209>
- Norimoto, K., Ikeshita, K., Kishimoto, T., Okuchi, K., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Chida, F., Shimoda, S., Hirayasu, Y., & Kawanishi, C. (2020). Effect of assertive case management intervention on suicide attempters with comorbid Axis I and II psychiatric diagnoses: Secondary analysis of a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02723-9>
- Ochsner, K. N. (2008). The Social-Emotional Processing Stream: Five Core Constructs and Their Translational Potential for Schizophrenia and Beyond. *Biological Psychiatry*, 64(1), 48–61. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.04.024>
- Okolie, C., Dennis, M., Simon Thomas, E., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1801–1824. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001430>
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S13643-016-0384-4/FIGURES/6>
- Pan American Health Organization [PAHO/WHO]. (2020). Suicide Prevention - PAHO/WHO | Pan American Health Organization. PAHO. <https://www.paho.org/en/topics/suicide-prevention>

- Parrish, E. M., Steenkamp, L., Chalker, S. A., Moore, R. C., Pinkham, A., & Depp, C. A. (2024). Systematic Review of the Link Between Social Cognition and Suicidal Ideation and Behavior in People with Serious Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin Open*, 5(1). <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgae007>
- Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., & Harvey, P. D. (2016). Social cognition psychometric evaluation: Results of the initial psychometric study. *Schizophrenia Bulletin*, 42(2), 494–504. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv056>
- Plaza, L. M., Granadino, B., Garcíá-Carpintero, E., Albornoz, M., Barrere, R., & Matas, L. (2018). The value of the Spanish Language in Science and Technology. *RILCE*, 34(2), 716–745. <https://doi.org/10.15581/008.34.2.716-45>
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035–1043. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>
- Rossouw, T. I., Psych, M. R. C., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 51(12), 1304–1313. www.jaacap.org
- Senna, S., Schwab, B., Melo, H. M., Diaz, A. P., & Schwarzbald, M. L. (2022). Social cognition and suicide-related behaviors in depression: a cross-sectional, exploratory study. *Braz J Psychiatry*, 44, 639–643. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2021-2407>
- Szanto, K., Dombrowski, A. Y., Sahakian, B. J., Mulsant, B. H., Houck, P. R., Reynolds, C. F., & Clark, L. (2012). Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(3), 257–265. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31820eea0c>
- Tan, B., Lee, S., & Lee, J. (2018). Social cognitive interventions for people with schizophrenia: A systematic review. In *Asian Journal of Psychiatry* (Vol. 35, pp. 115–131). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.06.013>
- Trujillo, S., Giraldo, L., López, J., Acosta, A., & Trujillo, N. (2021). Mental health outcomes in communities exposed to armed conflict experiences. *BMC Psychology*, 9(127), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00626-2>

- Trujillo, S., Trujillo, N., López, J.D., Gómez, D., Valencia, S., Rendón, J., Pineda, D.A., & Parra, M.A. (2017). Social cognitive training improves emotional processing and reduces aggressive attitudes in ex-combatants. *Frontiers in Psychology*, 8(MAR). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00510>
- United Nations. (2022). Home - United Nations Sustainable Development. United Nations. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>
- Valencia, S., Trujillo, N., Trujillo, S., Acosta, A., Rodríguez, M., Ugarriza, J. E., López, J. D., García, A. M., & Parra, M. A. (2020). Neurocognitive reorganization of emotional processing following a socio-cognitive intervention in Colombian ex-combatants. *Social Neuroscience*, 15(4), 398–407. <https://doi.org/10.1080/17470919.2020.1735511>
- van Weijen, D. (2012). The language of (future) scientific communication. *Research Trends*, 1(31), 7–8. <https://doi.org/10.1002/asi.22642>
- World Health Organization [WHO]. (2024, August 29). World Health Organization [WHO]. Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Wright, D. B., London, K., & Field, A. P. (2011). Using Bootstrap Estimation and the Plug-in Principle for Clinical Psychology Data. *Journal of Experimental Psychopathology JEP*, 2, 252–270. <https://doi.org/10.5127/jep.013611>