



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Revisión de estrategias para la prevención del suicidio aplicadas a adolescentes.

Alumno/a: María Aranda Ceacero

Tutor/a: Prof. D. Luis Joaquín García López
Dpto.: Departamento de Psicología

Julio, 2020

Índice

Resumen y palabras clave.....	3
1. Introducción.....	4
2. Metodología.....	6
2.1 Diseño.....	6
2.2 Estrategia de búsqueda.....	6
2.3 Criterios de inclusión.....	6
2.4 Extracción de datos.....	6
3. Resultados.....	8
4. Discusión.....	21
5. Conclusión.....	25
6. Referencias bibliográficas.....	25

Resumen.

El objetivo fue analizar los últimos tratamientos realizados con adolescentes, centrándose en su efectividad. Esto es debido a que la ideación suicida, puede dar lugar a la autolesión, y esta, al intento de suicidio. La búsqueda se realizó en 3 bases de datos con los criterios “suicidio” y “adolescente”. Se analizaron 29 estudios, y se encontró que a pesar de haber una alta variedad de tratamientos, casi todos eran efectivos, o potenciales, destacando en ideación e intentos suicidas, que son las medidas más comunes. Estos estudios se han comparado en función de si el apoyo social que se pretende mejorar se focaliza en las familias, en otros adultos, en compañeros o se busca a través del terapeuta; si se centra en la adquisición de habilidades; o si se focaliza en un factor de riesgo concreto. Como conclusión, se señala la importancia de elegir el tratamiento en función de la población sujeto.

Palabras clave: tratamientos; adolescentes; suicidio; intento de suicidio; ideación suicida.

Abstract.

The aim was to analyze the latest treatments carried out with adolescent population. It was focused on their effectiveness. This is due to the fact that suicidal ideation can result in self harm, and it can result in suicide attempt. The search was carried out in the 3 online databases with “suicide” and “adolescent” criteria. 29 studies were analyzed, and it was found that despite a high variety of treatments, they were almost effective, or potentially effective, standing out the effectiveness in ideation and suicide attempts, which are the most usual measures. These studies have been compared based on whether the social support to be improved is focused on families, other adults, peers, or is getting through the therapist; if it focused on acquiring skills; or if it focused on a specific risk factor. In conclusion, the importance of choosing the treatment according to the target population is pointed out.

Keywords: treatments; adolescents; suicide; suicide attempt; suicidal ideation

1. Introducción.

En el año 2016 en todo el mundo aproximadamente hubo 800.000 muertes por suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). Llegando, en el caso de los jóvenes de 15 a 19 años, a convertirse en tercera causa de muerte. Aunque no hay que perder de vista que el 79% se encuentran en los países con menos ingresos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019), en Estados Unidos se encuentra que el suicidio ha pasado a ser segunda causa de muerte en los rangos de edad “10 a 14” y “15 a 24” (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2018). E incluso en España se encuentra una alta tasa de comportamientos suicidas en los estudiantes universitarios (Blasco et al., 2018a)

También se deben tener en cuenta las autolesiones, ya que se encuentra que 1 de cada 10 chicos y 1 de cada 4 chicas las realizan (Monto, McRee y Deryck, 2018). Aunque sin perder de vista que cuando hablamos de "*autolesión*" nos podemos referir a diferentes realidades, desde una consecuencia al dolor emocional hasta prácticamente un suicidio (Skegg, 2005), Estas autolesiones siguen a la aparición de ideas suicidas o autolesivas, que también pueden resultar en intentos de suicidio (Glenn et al., 2016, Castellví et al., 2017), y no se debe olvidar que según Brown y Plener (2017) los adolescentes que se autolesionaron a menudo, acaban teniendo mayor riesgo de sufrir tendencias suicidas, conductas de riesgo y/o problemas de salud mental en el futuro.

Todo esto nos pone de relieve la importancia de seguir investigando sobre la conducta suicida para prevenirla en esta población, teniendo en cuenta las diferencias por sexo, o por otras cuestiones, como trastornos mentales asociados o abusos de sustancias (Ferrari et al., 2014) o incluso rasgos de personalidad, ya que según Lucio-Gómez y Hernández-Cervantes (2009) algunos se relacionan con un mayor riesgo suicida.

Teniendo en cuenta esto, entonces, ¿cuál sería la causa, o causas, que llevan a pensar en el suicidio? Para responder a esto, se tiene que entender que estos jóvenes se encuentran en una etapa de cambios. Cambios cognitivos, ya que su cerebro continúa madurando (Blakemore, 2012), pero también con cambios de naturaleza sexual, moral, psicológica, o psicosocial (Christie y Viner, 2005; Frisén, 2007; Gaete, 2015). Algunos ejemplos serían el crecimiento físico (Johnson et al., 2018), o la formación de su identidad (Topolewska-Siedzik y Ciecuch, 2018), como se puede apreciar, muy

diferentes y variados. A pesar de todos estos cambios, esta etapa no difiere de la normalidad, se supera sin problemas para la mayoría de los jóvenes teniendo de guía y/o apoyo a la familia más cercana, los progenitores en muchos casos (Horwitz, Florenzano y Ringeling, 1985; Efrati y Gola, 2019, Blasco et al., 2018b). Centrándose en las posibles causas de un suicidio, para obtenerlas, tarea nada sencilla, se pueden seguir diferentes métodos. El método que más se utiliza ante el fallecimiento de la persona, es la autopsia psicológica (Andrews y Lewinsohn, 1992). Esta recopilación de información se puede hacer de diferentes formas, preguntando a los allegados, investigando sus efectos personales, y en el caso de que la hubiese, mediante la nota de suicidio (Acinas, Robles y Peláez-Fernández, 2015). Aunque esta información puede contener importantes sesgos de memoria, además del hecho de que a los padres les cuesta aceptar o percibir que sus hijos son suicidas (Lewis et al., 2014), o incluso, puede verse comprometida por el hecho de que en estos casos el suicidio se habría completado (Florentine y Crane, 2010). Esta información retrospectiva se usa en investigación para conocer los posibles factores de riesgo, y haciéndolo de una u otra manera se encuentra una gran variedad. Se encuentran factores individuales, como las psicopatologías (Berona, Horwitz, Czyz y King, 2017, Soto-Sanz et al., 2019) o la orientación sexual (Diamond et al., 2012), también son factores algunas características de la familia, como su psicopatología o su falta de apoyo (Gromatsky et al., 2017), también algunos eventos vitales, como la pérdida de un progenitor (Flórez, 2002) o haber sufrido abusos sexuales (Dworkin, Menon, Bystrynski y Allen, 2017), o bullying (Kim, Leventhal, Koh y Boyce, 2009).

El hecho de haber tantos posibles factores de riesgo, y tantas posibles causas para la conducta suicida, dificulta el realizar un tratamiento que aborde todas las problemáticas a la vez. Por lo que se encuentran tratamientos centrados en la familia, en los adolescentes o en ambos, basados en el apoyo social o en adquirir habilidades, pero también centrados en algunas problemáticas concretas.

Por todos estos motivos, esta revisión busca analizar los estudios que se han estado realizando, buscando dar una visión globalizadora de los diferentes tratamientos encontrados, analizando su efectividad y destacando las estrategias en las que se focalizan.

2. METODOLOGÍA.

2.1 Diseño.

En este proyecto se ha realizado una revisión sistemática sobre “*Estrategias para la prevención del suicidio aplicadas a adolescentes*” con el objetivo de comprobar su efectividad.

2.2 Estrategia de búsqueda.

La búsqueda se ha llevado a cabo en las bases de datos de Medline EBSCOhost, PsycINFO y PubMed. Las palabras clave introducidas en la cadena de búsqueda han sido “*suicide*” and “*adolescent*”. Se utilizaron los términos Mesh y otros términos parecidos para acotar hacia el campo de la prevención del suicidio. Los años de publicación de los estudios se han limitado desde el año 1999 hasta el año 2019.

Las búsquedas exactas fueron:

Medline EBSCOhost:

```
(MH "Suicide/PC") and adolescent
```

PsycINFO:

```
MAINSUBJECT.EXACT("Suicide") AND adolescent
```

PubMed:

```
(("Suicide/psychology"[Mesh]) and adolescent
```

2.3 Criterios de inclusión.

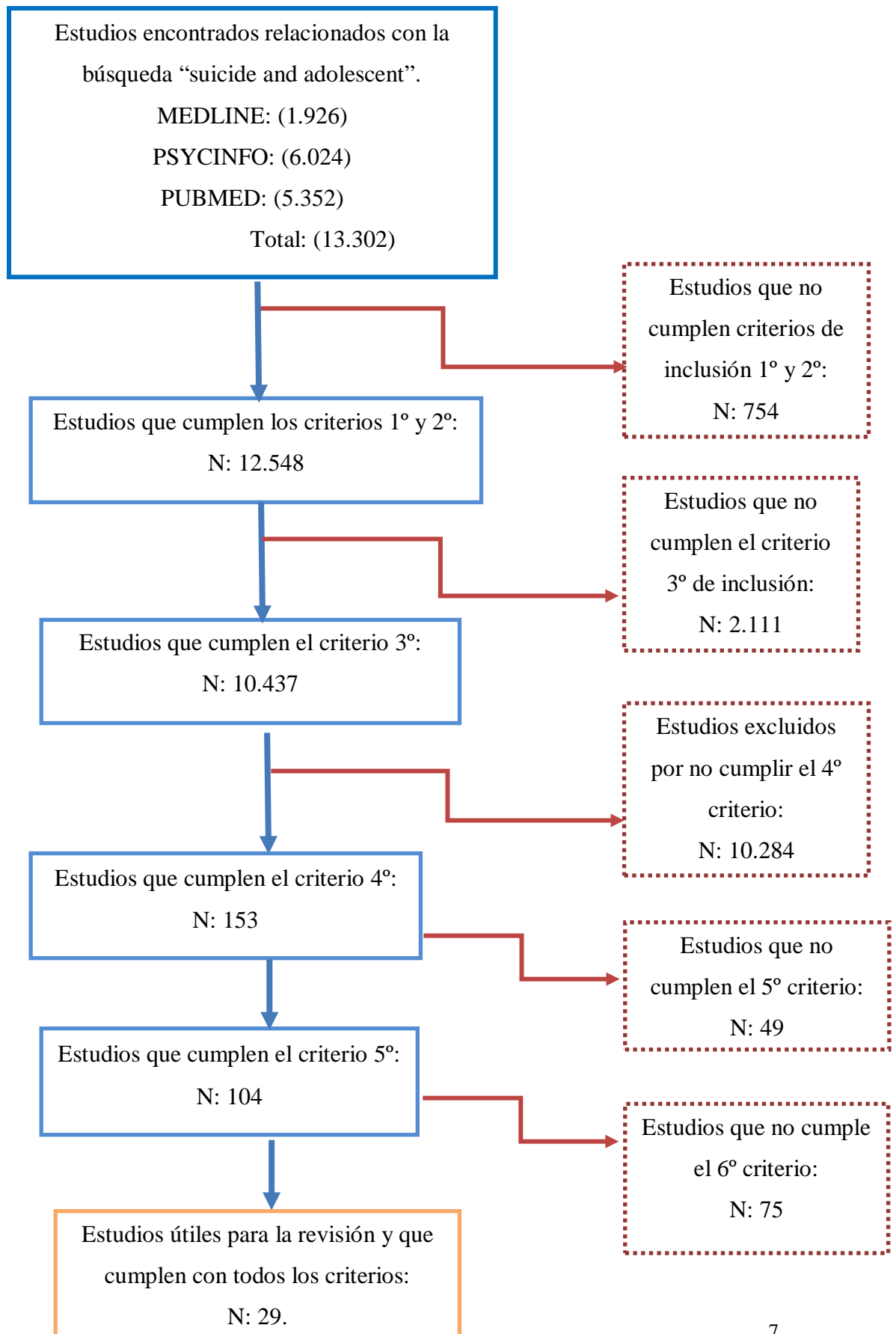
Para incluirse en esta revisión sistemática los estudios han tenido que cumplir los siguientes criterios:

1. Estar escritos en inglés y/o español.
2. Contar con la presencia de al menos una palabra clave en el título y/o resumen del artículo.
3. No tener duplicidad (el estudio no ha de estar presente en otra base de datos donde se ha realizado la búsqueda)
4. Ser de carácter experimental.
5. El suicidio tiene que ser el problema principal del estudio, y no secundario a otra sintomatología.
6. El rango de edad de la población tiene que ser de 12 a 19 años.

2.4 Extracción de datos.

Tras la búsqueda inicial se han obtenido 13.302 artículos, pero 13.273 han sido rechazados tras no cumplir con los criterios de inclusión o no tener relevancia para el objetivo de esta revisión. Finalmente, los artículos seleccionados han sido 29.

Diagrama de flujo.



3. Resultados.

Como se ha señalado anteriormente, los estudios seleccionados por cumplir los criterios de inclusión son 29. Los resultados de estos se encuentran detallados en la siguiente tabla.

Tabla 1. Resumen detallado de los estudios seleccionados.

Nombre primer autor/año	Muestra	Variabes Analizadas	Resultados	Conclusiones
Randell, B. P. (2001).	N= 341 -H: 46% -M: 54 % Rango de edad= 14 -19 Lugar: Estados Unidos.	C-CARE (117), CAST (103) y TAU (121). Se mide al principio y a las 4 y 10 semanas. Se miden la depresión, el comportamiento suicida, el control de la ira y otros factores protectores.	Se encuentra que la intervención reduce el comportamiento suicida en todos los participantes (P=.001).	Se observa que todas son efectivas , aunque habría que investigar más a largo plazo.
Eggert, L. L. (2002).	N= 341 -H: 48% -M: 52 % Rango de edad= 14 -19 Lugar: Estados Unidos.	C-CARE (117), CAST (103) y TAU (121). Se mide al principio y a las 4 y 10 semanas. Se miden el comportamiento y el riesgo de suicidio la depresión, los factores protectores y el consumo de drogas.	Se encuentra que la intervención reduce el comportamiento suicida en todos los participantes.	No hay diferencias entre grupos, solo en el caso de la depresión, por lo que todas las intervenciones son efectivas , aunque habría que observar un seguimiento mayor.
Aseltine, R. H. (2004).	N= 2100 -H: 49% -M: 51 % Rango de edad= 12 -18	SOS (1027) y TAU (1073). Se mide al principio y a los 3 meses. Se miden el comportamiento	Se encuentra una mejora significativa en intentos en el grupo SOS. En ideación suicida, la mejora no llega a	La mejora del grupo SOS nos habla de la efectividad de esta intervención, aunque habría que repetir con un seguimiento

	Lugar: Estados Unidos.	suicida, las actitudes ante este o la depresión, y la búsqueda de ayuda.	ser una diferencia significativa.	mayor.
Donaldson, D. (2005).	N= 39 -H: 18% -M: 82 % Rango de edad= 12 -17 Lugar: Estados Unidos.	SBT y SRT. Se mide al principio, y a los 3 y 6 meses. Se miden la depresión y otros trastornos, la capacidad y habilidades en resolución de problemas, y el comportamiento suicida.	Aunque sin diferencias entre grupos, se encuentran mejoras en el seguimiento en ideación suicida (P<.1/ .5) y en los intentos .	En ambas intervenciones se observan mejoras significativas, ambas son efectivas . Habría que seguir investigando con una muestra más amplia.
King, C. A. (2006).	N= 289 -H: 31.8% -M: 68.2 % Rango de edad= 12 -17 Lugar: Estados Unidos.	YST-I (151) y TAU (138). Se mide antes y después de la intervención (6 meses). Se miden el comportamiento y la ideación suicida, los síntomas externalizantes e internalizantes y el funcionamiento.	No se encuentran diferencias significativas en ideación o en el comportamiento suicida, en el grupo YST-I.	A pesar de no haber en el grupo YST-I una mejora significativa, si se aprecia una <i>mejora en mujeres</i> en ideación suicida autoinformada.
Aseltine, R. H. (2007).	N= 4.133 -H: 27.6 % -M: 52.4 % Rango de edad=	SOS (2.039) y TAU (2.094). Se mide antes y después de la intervención (3	Se encuentra que en el grupo de intervención hay menos intentos . No se encuentra una	Confirma su efectividad en una muestra más variada.

	12 -18 Lugar: Estados Unidos.	meses). Se miden la ideación e intentos suicidas, la actitud ante la depresión y el suicidio, y la búsqueda de ayuda.	diferencia significativa en ideación suicida.	
Hazzel, P. L. (2009)	N= 72 -H: 9% -M: 91 % Rango de edad= 12 -16 Lugar: Australia.	CBT (35) y TAU (37). Se mide al principio, a las 8 semanas, y a los 6 y 12 meses. Se miden la ideación suicida, los síntomas depresivos, y otros trastornos, las dificultades y fortalezas, los servicios usados, y el funcionamiento global.	A los 6 meses , las autolesiones fueron significativamente mayores en el CBT (P=.04). La ideación suicida, disminuyó aunque sin ser significativa entre grupos. No hay diferencias entre los servicios usados, ni en medicación.	No se encuentran los datos esperados. Esto podría deberse a que a los 6 meses, la sobredosis es mejor predictor, que el grupo, de las autolesiones. Y en el grupo CBT, al inicio hay una mayor frecuencia de sobredosis.
King, C. A. (2009).	N= 448 -H: 29% -M: 71 % Rango de edad= 13 -17 Lugar: Estados Unidos.	YST-II (223) y TAU (225). Se mide al principio, a las 6 semanas, y a los 3, 6 y 12 meses. Se miden la ideación e intentos suicidas, la depresión, la desesperanza, los problemas de conducta, el abuso de sustancias, el funcionamiento y los	A las 6 semanas, en el grupo de intervención, se observa una mejora significativa (P=.04) en ideación, y en los intentos múltiples se encuentra que se reduce la frecuencia (P=.01). No hay diferencias en los intentos.	Aunque no duradera, se aprecia en el grupo YST-II una mejora más rápida en ideación suicida, y en los intentos múltiples. Siendo una intervención complementaria y de bajo coste , podemos decir que es positiva .

		servicios usados.		
Tang, T-C. (2009).	N= 73 -H:34.3 x% -M: 65.7 % Rango de edad= 12 -18 Lugar: China.	IPT-A-IN (35) y TAU (38). Se mide antes y después de la evaluación (6 semanas). Se miden la depresión, la ideación suicida, la ansiedad y la desesperanza.	Se encuentra que en el grupo IPT-A-IN se reduce la ideación suicida (P<.01).	Se comprueba que la intervención es efectiva .
Diamond, G. S. (2010).	N= 66 -H: 17% -M: 83 % Rango de edad= 12 -17 Lugar: Estados Unidos.	ABFT (35) y E-TAU (31). Se mide al principio y a las 6, 12 y 24 semanas. Se miden la ideación suicida, la depresión, y si existen otros diagnósticos.	Hay una mejora significativa (P=.001) en ideación suicida en ABFT , aunque esta diferencia entre grupos no se observan en el seguimiento (P=.91).	En ambas intervenciones hay mejora, aunque destaca el tratamiento ABFT . Hay que tener en cuenta que <i>este tuvo una mayor adherencia</i> .
Wyman, P. A. (2010).	N= 2.675 -H: 35.32% -M: 64.68% Rango de edad= 12 -18 Lugar: Estados Unidos.	“ <i>Sources of Strength</i> ” y control. Se mide al principio y a los 4 meses. Se miden la ideación suicida, y los comportamientos entre pares (rechazar códigos de silencio, búsqueda de ayuda...)	Se encuentra una <i>leve mejora</i> en ideación suicida en el grupo de intervención, aunque no llega a ser significativa frente al grupo control.	A pesar de no encontrar una diferencia significativa, si se puede ver una <i>leve mejora</i> , por lo que habría que seguir investigando.
Pineda, J. (2013).	N= 48 -H: 24.5% -M: 75.5 %	RAP-P y RC. Se mide al principio y a los 3 y 6 meses.	Se encuentra una mejora significativa en la	Se reafirma la utilidad del tratamiento basado en

	Rango de edad= 12 -17 Lugar: Australia.	Se mide toda conducta suicida, el ajuste, la salud mental, las interacciones familiares, y la satisfacción con el tratamiento.	tendencia suicida en el grupo RAP-P, a lo largo de todo el tratamiento y seguimiento.	las familias.
Latimer, E. A. (2014).	N= 286 H: 33.33% M: 66.67% Rango de edad= 12 -17 Lugar: Canadá.	RRT (158) y TAU (128). Se mide al inicio y a los 6 meses. Se miden el funcionamiento, y el comportamiento suicida.	No se encuentran mejoras clínicas entre grupos (P=.97).	No se observa una mejora significativa, aunque <i>parece ser más rentable</i> .
Swart, J. (2014).	N= 40 -H: 100% -M: 0 % Rango de edad= 15-17 Lugar: Estados Unidos.	MDT (20) y TAU(20). Se mide a los 30 días de la asignación y a los 30 días de finalizar. Se mide la depresión, los problemas de conducta, el control de la ira, y la ideación e intentos suicidas.	El grupo MDT muestra mejoras significativas en ideación suicida . (MDT: 87.8% vs. TAU: 39.3%). En cuanto a los intentos se cuentan en TAU: 29 y en MDT: 2).	Se ve una mejora clara, y <i>a pesar de que la muestra es muy pequeña</i> , reafirmaría la utilidad de este tratamiento.
King, C. A. (2015).	N= 49 -H: 20% -M: 80% Rango de edad= 14 -19 Lugar: Estados	TOC y E-TAU. Se mide al principio y a los 2 meses. Se miden el grado de depresión, de desesperanza, de ideación e intentos suicidas, y el consumo	Se observa una reducción de la ideación suicida durante el estudio aunque no se observa ningún tratamiento o efecto de grupo	A pesar de no ser significativa, si se aprecia una mejora, por lo que es prometedora .

	Unidos	de alcohol u otras sustancias.	significativo.	
Wasserman, D. (2015).	N= 11.110 -H: 41% -M: 59% Rango de edad= 14-16 Lugar: Europa.	QPR (2.692), YAM (2.721), ProfScreen (2.764) y control (2933). Se mide al principio y a los 3 y 12 meses. Se miden el riesgo, los intentos y la ideación suicida, y la existencia de trastornos mentales o de conducta.	Se destaca una mejora significativa en el grupo YAM a los 12 meses , en comparación al control, en intentos e ideación suicida .	El tratamiento YAM es útil y resalta la importancia de la prevención a gran escala en las escuelas .
Carli, V. (2016)	N= 2286 Rango de edad= 14 -18 Lugar: Europa.	SUPREME y TAU. Se mide al principio, a los 2 y 4 meses. Se miden la depresión, la ansiedad, el estrés, la ideación y conducta suicida, los hábitos en internet, las conductas de riesgo y la búsqueda de ayuda.	Se observa una mejora significativa en pensamientos e ideación suicida . Sin embargo, esa diferencia significativa no se da en el efecto entre los grupos.	Es útil para poner en contacto a los jóvenes con la ayuda profesional que puedan necesitar.
Mehlum, L. (2016)	N= 77 -H: 11.7% -M: 88.3% Rango de edad= 12 -18 Lugar: Noruega.	DBT-A (29) y EUC (27). Se mide al principio y en el seguimiento de 1 año (a las 19 y 71 semanas). Se miden las autolesiones, las ideaciones suicidas, los síntomas	Hay una reducción significativa(55.9%) de autolesiones en el grupo DBT-A . En la ideación suicida la mejora significativa (19 semanas), se pierde. Hospitalizaciones psiquiátricas se	En el caso de las autolesiones si se mantiene la mejora en DBT-A y de manera general, muestra una mejora más rápida . Sin embargo, al <i>no haber controlado otros tratamientos en</i>

		depresivos y del trastorno límite de la personalidad, la desesperanza, el funcionamiento global y las hospitalizaciones u otros servicios derivados.	encuentran lvs1, y en tratamiento ambulatorio D:10.8% vs E:38.9%. En el resto de servicios, la diferencia no fue significativa, y no se observan suicidios.	<i>el seguimiento</i> , no sabemos a qué se debe la mejora en el grupo EUC.
Vidot, D. C. (2016)	N= 746 -H: 52% -M: 48% Rango de edad= 13-14 Lugar: Estados Unidos.	Familias Unidas (376) y TAU (370). Se mide al principio, y a los 6, 18 y 30 meses. Se miden la ideación y los intentos suicidas, la interacción familiar y el uso de drogas	No se observan diferencias entre las condiciones en el caso de la ideación suicida o los intentos.	Se considera que <i>puede reducir el comportamiento suicida al mejorar la relación familiar cuando esta no es buena</i> en un principio.
Asarnow, J. R. (2017).	N= 42 -H:11.9 % -M: .88.1 % Rango de edad= 12 -18 Lugar: Estados Unidos.	SAFETY (20) y E-TAU (22). Se mide antes y después (12 meses). Se miden la gravedad del comportamiento suicida, las autolesiones, la historia clínica, la intención de morir, las visitas a urgencias y hospitalizaciones, los síntomas depresivos y el consumo de drogas.	Hay diferencias significativas (P=.01) (S<E) en intentos a los 3meses. También en supervivencia general (P=.02/.04). No hay (P=.07/.09) en supervivencia, ni en autolesiones (P=.524/.797/.846), ni (P=.135/.086) en hospitalizaciones. Hay una reducción significativa en	Encontramos que SAFETY redujo los intentos de suicidio y amplió el tiempo de supervivencia , por lo tanto es un tratamiento efectivo .

			SAFETY (P=.045) en visitas a urgencias.	
Hetrick, S. E. (2017).	N= 50 -H: 18% -M: 82% Rango de edad= 13 -19 Lugar: Australia.	TAU + “ <i>Reframe-IT</i> ” y TAU solo. Se mide antes y después, y a las 12 semanas. Se miden los comportamientos y la ideación suicida, los síntomas depresivos y de ansiedad, la desesperanza, la orientación negativa al problema y la adquisición de habilidades.	Se informó de una reducción en la ideación suicida en el grupo de intervención, pero esta no fue significativa (P=.593). Esta reducción no significativa también ocurre en el caso de los intentos de suicidio en el seguimiento.	Sí se pudo apreciar un incremento de la <i>mejora en el grupo de intervención, en ideación suicida y en la frecuencia de intentos de suicidio.</i> Lo que nos sugiere que la intervención es potencialmente útil además de segura de administrar.
Czyz, E. K. (2018).	N= 36 -H: 21.2% -M: 78.8% Rango de edad= 13 -17 Lugar: Estados Unidos.	MI-SafeCope (18) y TAU (18). Se mide al principio, al mes y a los 3 meses. Se mide la motivación y uso del plan futuro u otras estrategias, la autoeficacia, la interacción familiar, los intentos, la ideación suicida, y la satisfacción.	Hay una mayor frecuencia diaria de ideaciones suicidas (P=.024), aunque de igual gravedad. A los 3 meses, hubo 4vs5 (1menor x2) de intentos, 6vs3 (1menor x2) de rehospitalizados y 7vs5 (1menor x2) de visitas a urgencias.	Aunque las ideaciones suicidas no muestran un cambio significativo, y la <i>muestra es insuficiente</i> , si se aprecia un indicio a futuro positivo por lo que podría ser prometedor en un estudio más prolongado.
Kennard, B. D.	N= 66 -H: 10.6% -M: 89.4%	TAU + ASAP (34) y TAU solo (32). Se mide al principio y	No hay cambios significativos (P=.17) en intentos	Aunque en este ensayo no se detecta un efecto clínico

(2018).	Rango de edad= 12 -18 Lugar: Estados Unidos.	a las semanas 4, 12 y 24. Se miden la historia clínica, los intentos de suicidio e ideas, y la satisfacción con el tratamiento.	posteriores al alta, (A: 16.1vs T: 31 %), ni en visitas a urgencias (A: 13.3% vs. T: 10.3%) y hay una reducción similar de la ideación suicida.	importante, si se aprecia la dirección que podría tomar en el caso de ser una muestra más grande. Por lo que esta intervención es prometedora.
McCauley, E. (2018).	N= 173 -H: 56.4% -M: 94.8% Rango de edad= 12 -18 Lugar: Estados Unidos.	DBT (86) e IGST (control) (87) Se mide al principio y a los 3, 6, 9 y 12 meses. Se mide la frecuencia, la intención y la gravedad de los intentos de suicidio, las autolesiones, y la ideación suicida.	A partir de los 6 meses, hay en DBT una reducción significativa en suicidios (9.7% < 21.5%), en autolesiones (46.5% > 27,6% *ausencia), y en ideación suicida (P=.03). Aunque a los 12 meses no (P=.46).	Según este estudio, DBT es efectivo , aunque el grupo <i>estuvo más presente</i> en las terapias. Habría que seguir investigando pero es un principio prometedor.
McManama O'Brien, K. H. (2018).	N= 50 -H: 20% -M: 80% Rango de edad= 14 -17 Lugar: Estados Unidos.	ASIST (25) y TAU (25). Se mide antes del tratamiento y después (3 meses). Se miden el uso de drogas, y su opinión, los intentos o ideas suicidas y la satisfacción.	No hubo un efecto significativo en el caso de la gravedad de la ideación suicida, después de controlar la gravedad de la ideación suicida basal (P=.37).	A pesar de no haber cambios significativos, en este estudio piloto, ASIST puede ser prometedor.
Diamond, G. S.	N= 129 -H: 18.1% -M: 81.9%	ABFT (66) y FE-NST (63). Se mide al principio y	Hay una reducción significativa en (P=.0001)	En ambas intervenciones se encontraron

(2019).	Rango de edad= 12 -18 Lugar: Estados Unidos.	a las semanas 4, 8, 12 y 16. Se miden la frecuencia de pensamientos suicidas, los intentos y autolesiones, los diagnósticos, los síntomas depresivos y el funcionamiento familiar.	ideación , aunque sin diferencia significativa entre grupos (P=.18), al igual que ocurre en los intentos (P=.37), aunque estos hayan tenido un intento reciente (P=.77)	reducciones significativas de los intentos suicidas y de la ideación , por lo que ambos tratamientos parecen ser prometedores .
Wharff, E. (2019).	N= 139 -H: 28% -M: 72% Rango de edad= 13 -18 Lugar: Estados Unidos.	FBCI (68)y TAU (71). Se mide antes y después, y a los 3 días, a la semana y al mes. Se miden la satisfacción, los factores de protección, las cualidades adaptativas, el empoderamiento y los intentos de suicidio.	En FBCI fueron significativamente menos propensos a ser hospitalizados (P <.001). TAU 68% (n = 48) > FBCI 38% (n = 26) (P<.005)	Reducciones significativas en hospitalización en FBCI , por lo que se muestra como una alternativa viable a TAU.
Xavier, A. (2019)	N= 100 -H: 40% -M: 60% Rango de edad= 15 -19 Lugar: Brasil.	“ <i>Problem-solving intervention</i> ” (50) y TAU (50). Se mide antes y después, y a los meses 1, 3 y 6. Se mide la orientación, el riesgo, los planes, y los intentos suicidas. También los síntomas depresivos, y si ocurre	Mejora significativa (P<.001) y mayor, en ideación suicida, en intervención , en todos las medidas. En TAU , la mejora se da en el seguimiento . Hay una diferencia significativa (p>.001) en el riesgo en el post	Hay mejoría ante el riesgo de suicidio, y en ideación . Aunque se requiere de un seguimiento mayor en futuras investigaciones.

		algún evento adverso, y solo antes y después de la intervención, las habilidades para resolver problemas.	tratamiento y en el seguimiento, en intervención (96% vs 0%). No la hubo (P=.495) en planes o intentos.	
Zisk, A. (2019).	N= 129 -H: 17.1% -M: 82.9% Rango de edad= 12 -18 Lugar: Puerto Rico.	ABFT (61) y FE-NST (59). Se mide al principio y a las semanas 4, 8, 12 y 16. Se miden los síntomas depresivos, la ideación suicida y se analiza la relación entre padres e hijos.	Hay una disminución significativa (P <.001) en ideación suicida en ambos tratamientos.	En ambas intervenciones hay reducciones significativas de los síntomas suicidas.

Como se puede ver en la tabla 1. Se han encontrado 29 artículos desde el año 1999 hasta el año 2019. Concretamente se han encontrado cuatro en los años 2018 y 2019, tres en los años 2009 y 2016, dos en los años 2010, 2014, 2015 y 2017, y uno en los años 2001, 2002, 2004, 2005, 2006, 2007 y 2013. La muestra integra a 26.133 sujetos, en su mayoría, estudiantes de secundaria con un rango de edad desde los 12 hasta los 19 años (M: 15'34), mujeres (M: 70'25%, a pesar de que la muestra en un artículo sea 100% de hombres), de clase media – alta (aunque existe variedad) y de etnia caucásica (seguida de la afroamericana y con un estudio 100% hispano).

Se habla de una población clínica en un 79'31%, puesto que los criterios de inclusión especifican que los sujetos hayan presentado intentos de suicidio anteriormente, o en el caso de que no, que presenten altas puntuaciones en ideación suicida y/o autolesiones. Examinando, se encuentra que esta muestra se compone de sujetos que presentan o han presentado síntomas de depresión u otro tipo de trastorno del estado de ánimo, que comúnmente es comórbido con ansiedad. Además también se encuentran algunos sujetos que presentan trastornos del comportamiento o de la personalidad, trastorno por estrés postraumático, desórdenes alimenticios, abuso de sustancias, o incluso que han sufrido abusos (físicos y sexuales).

Estas poblaciones difieren en la localización dónde se llevaron a cabo los estudios. Encontramos que el 65'52% se sitúan en Estados Unidos, seguido por Australia en un 10'34%, este, seguido por estudios realizados conjuntamente en varios países europeos (España, Estonia, Hungría e Italia, entre otros) en un 6'89%, y en un 3'45% encontramos a Brasil, Canadá, China, Noruega y Puerto Rico. Y de estos estudios, el 100% se publicaron en inglés.

Respecto a las principales variables medidas en resultados, se encuentran las autolesiones, la ideación suicida, los intentos de suicidio, y las visitas a urgencias u hospitalizaciones, además del comportamiento suicida, que suele englobar a cualquiera de las tres variables primeras. Las autolesiones se han medido usando la escala C-SSRS y algunas entrevistas como LPC o SASII, y el cuestionario ASQ-R. La ideación suicida se ha medido usando sobretodo el cuestionario SIQ, con sus adaptaciones JR y SH; aunque también con el cuestionario ASQ-R, el autoinforme ISO-30, encuestas como la YRBS, y las escalas BBS, C-SSRS, DISC, Paykel y SSI. Los intentos de suicidio se han medido usando generalmente la escala C-SSRS, aunque también autoinformes como ISO-30, cuestionarios como el ASQ-R, las escalas DISC y Paykel, encuestas como la YRBS, el inventario STAXI y entrevistas como SASII o NIMH DISC-IV. En el caso de las visitas a urgencias y/o ingresos hospitalarios durante el tratamiento y/o seguimiento se han usado la Evaluación de servicios para niños y adolescentes (SACA), autoinformes, encuestas y la entrevista SARR. Para medir el comportamiento suicida se han usado la escala C-SSRS, cuestionarios como el ASQ-R, AUDIT-C o HSQ y la escala SSBS.

En cuanto a la selección de las muestras, es decir, el tipo de muestreo empleado, se encuentra que la mayoría de los sujetos han sido derivados desde los departamentos de emergencias, hospitales, urgencias y ambulatorios, además de escuelas secundarias. Otros vienen desde los servicios comunitarios o autorreferidos. Observando las muestras se encuentra que hay una amplia variedad de participantes. Teniendo en cuenta esto, se encuentra una muestra máxima de 11.110 y una mínima de 36 sujetos. La media sería de 901'14 participantes.

Analizando detalladamente los tratamientos se observan 28 diferentes, el habitual y variantes mejoradas del habitual. Estos se pueden agrupar en tratamientos centrados en habilidades, centrados en el apoyo social, dentro y fuera de la familia (otros adultos o compañeros), y centrados en un factor de riesgo concreto, en este caso, el alcohol.

En cuanto a los tratamientos centrados en el apoyo social (15), se encuentra que 9 lo hacen basándose en el apoyo de los tutores. Forman parte de este tipo los tratamientos: “*Attachment-based Family Therapy*” (ABFT), “*Dialectical Behavior Therapy*” (DBT), “*Dialectical Behavior Therapy - Adolescents*” (DBT-A), “*Familias Unidas*”, “*Family Enhanced Non-Directive Supportive Therapy*” (FE-NST), “*Family-Based Crisis Intervention*” (FBCI), “*Individual and Group Supportive Therapy*” (IGST), “*Resourceful Adolescent Parent Program*” (RAP-P), “*Safe Alternatives for Teens and Youths*” (SAFETY). Estos buscan mejorar la relación entre padres e hijos, valiéndose de recursos, habilidades, estrategias, o la relación con el terapeuta, existiendo sesiones individuales y grupales. Además, se encuentra que “*Youth-Nominated Support Team – Version I/II*” (YST-I/II) y “*Counselors CARE*” (C-CARE) se basan en el apoyo de otros adultos (familiares, escuela...); mientras “*Signs of suicide*” (SOS) y “*Sources of Strength*” se basan en el apoyo en los compañeros; y “*Coping and Support Training*” (CAST) en el apoyo de cualquiera de ambos.

De los tratamientos basados en habilidades se encuentran 12. Estos son “*As Safe as Possible*” (ASAP), “*Cognitive Behavioral therapy*” (CBT), “*Intensive Interpersonal Psychotherapy for depressed Adolescents with suicidal risk*” (IPT-A-IN), “*Mode Deactivation Therapy*” (MDT), “*MI-SafeCope*”, “*Problem-solving intervention*”, “*Reframe-IT*” (R-IT), “*Skills-Based Treatment*” (SBT), “*Supportive Relationship Treatment.*” (SRT), “*Suicide Prevention by Internet and Media-Based Mental Health Promotion*” (SUPREME), “*Teen Options for Change*” (TOC) y “*Youth Aware of Mental Health Programme*” (YAM).

También se encuentra “*Alcohol and Suicide Intervention for Suicidal Teens*” (ASIST) específico de un factor de riesgo, el alcohol.

Se obtiene que casi todos los tratamientos basados en el apoyo familiar son efectivos, exceptuando “*Familias Unidas*” que es prometedor en el caso de familias que al principio no cuentan con una buena relación, e IGST que comparándolo con DBT este último lo opaca. En los tratamientos basados en el apoyo con otros adultos, se encuentra C- CARE es efectivo, que YST-I solo provoca una mejora leve en el caso de las mujeres, y que YST-II es efectivo, aunque solo a corto plazo. En el caso del apoyo basado en otros compañeros se encuentra que SOS es efectivo, y que “*Sources of Strength*” sin llegar a ser significativa, provoca una mejora. En el caso de CAST se encuentra que es efectiva.

En los tratamientos basados en habilidades se encuentra que 7 son efectivos, 4 son prometedores y CBT es ineficaz, aunque este resultado puede deberse a la alta tasa de sobredosis que se encuentra en el grupo de intervención.

En cuanto al tratamiento específico del factor de riesgo alcohol, ASIST, se encuentra que es prometedor, ya que aunque no se observa un cambio en la ideación suicida, si se encuentra una alta consciencia de la relación entre el uso de alcohol y los pensamientos suicidas, siendo esto una motivación para llevar a cabo el cambio futuro.

En resumen, en este estudio se encuentra una gran heterogeneidad, no solo de tratamientos, también de su duración, incluso del número de sesiones que lo componen, en si participan o no las familias, si se toma o no medicación... sin olvidar la heterogeneidad que se encuentra respecto a las muestras y las técnicas que se han usado para medir los resultados. Esto nos dificulta el análisis estadístico cuantitativo.

A pesar de que no siempre se encuentran diferencias significativas, por lo general, se encuentra en los estudios en los que se refiere, una alta satisfacción con el tratamiento, en parte provocada por ofrecer una ayuda, cualquiera, en un momento complicado tanto para el menor, como para su familia. Aunque no se puede olvidar, que la frecuencia de repetición que se encuentra en esta selección es prácticamente inexistente. Sí se encuentra por lo general, que la adherencia a los diferentes tratamientos fue buena o muy alta. El nivel de cegamiento, por lo general también fue bueno, salvo en alguna excepción en que no se pudo cegar completamente a todo el personal que colaboraba (asesores, coordinador, personal de la escuela y médicos psicólogos o psiquiatras que controlaban el estado del participante) y destaca un caso, donde no hubo cegamiento con una sola familia.

4. Discusión.

Empezando por los tratamientos de apoyo familiar centrados en la familia se encuentra ABFT. Este tratamiento es efectivo en el caso de la ideación suicida, y de los intentos, cuando se miden. Esta mejoría referida a la ideación suicida se ve reflejada en el caso de Sara (Krauthamer, Levy, Boamah-Wiafe, Kobak y Diamond, 2016), y también se encuentra según Diamond, Creed, Gillham, Gallop y Hamilton (2012). En cuanto al tratamiento DBT, este se asocia con una reducción en suicidios y en autolesiones, y en ideación suicida a corto plazo. Mientras DBT-A lo hace con la reducción en autolesiones y en ideación a corto plazo. Resultados similares son

encontrados en el estudio de Courtney y Flament (2015) con el tratamiento “*Adapted DBT-A*” (A-DBT-A) en una población con trastorno límite de la personalidad (TLP). Por otro lado, en una población formada por mujeres con una edad media de 30.3 años, con TLP, se encuentra que DBT, DBT-S y DBT-I, dan lugar a mejoras similares en ideación, intentos suicidas y en las visitas a servicios de urgencias (Linehan et al., 2015). Sin embargo, según Goodman et al. (2016), en una población formada mayoritariamente por hombres veteranos, se encuentra una mejora en ideación suicida, pero ningún cambio en los intentos de suicidio u hospitalizaciones. En el caso del tratamiento FE-NST se observa que es efectivo en reducir la ideación suicida, y solo en un estudio, se mide y se encuentra, una reducción en los intentos suicidas. Además, se encuentra que según Brent et al. (1997) el tratamiento NST sería eficaz ante la conducta suicida. En cuanto a FBCI, se encuentra una reducción significativa de las hospitalizaciones. Esto se encuentra anteriormente según Wharff, Ginnis y Ross (2012), ya que se observa una reducción en las rehospitalizaciones. En el caso de SAFETY, se encuentra una mejora significativa referida a los intentos de suicidio y a las visitas a urgencias, a los 3 meses, pero esta mejoría no se encontró ni en las hospitalizaciones, ni en las autolesiones. Resultados similares se encuentran según Asarnow, Berk, Hughes, y Anderson (2015), ya que a los 3 meses se observa una reducción en la conducta suicida y ningún cambio significativo en autolesiones. Además se encuentra que “*Familias Unidas*” es potencialmente útil en ideación e intentos suicidas, destacando en familias sin una buena relación. También se observa que RAP-P es útil ante el comportamiento suicida, aunque ese no fuera su objetivo original. Además de IGST que es una opción de control segura para los participantes. Todos estos tratamientos y sus resultados, nos hablan de la importancia de las relaciones familiares para esta población adolescente con riesgo suicida.

En cuanto a los tratamientos basados en los apoyos con otros adultos se encuentra que mientras YST-I, solo provoca una leve mejora en ideación en mujeres; YST-II, provoca una mejora significativa y más rápida en ideación además de una mejora en los intentos múltiples, por lo que en principio sería más completo que su predecesor. Por otro lado, el tratamiento C-CARE se muestra efectivo para reducir el comportamiento suicida. Esto corresponde a los resultados obtenidos según Hooven, Walsh, Pike y Herting (2012).

En los tratamientos basados en el apoyo de otros compañeros, se encuentra que SOS es efectivo para reducir los intentos, aunque la ideación, cuando se mide, no sufre un cambio significativo. Esto se ve respaldado por Schilling, Aseltine y James (2015), quienes encuentran que SOS reduce los intentos y la planificación. Mientras que con el tratamiento “*Sources of Strength*”, solo se encuentra una leve mejora en ideación.

Todo esto concuerda con el hecho de que el tratamiento basado en el apoyo de adultos no familiares o compañeros, según elección del menor, CAST, sea efectivo para reducir la conducta suicida. Destacando el uso de estos tratamientos en los casos dónde el apoyo basado en la relación con los tutores no sea la mejor opción, o en los casos de intervención escolar.

Por otro lado, en los tratamientos basados en habilidades encontramos que en ASAP no se observan cambios significativos, ni en los intentos suicidas, ni en visitas a urgencias, ni tampoco en ideación suicida, aunque si se indica una leve mejora, que podría ser significativa con un seguimiento mayor. Incluso el tratamiento CBT, a pesar de provocar una leve mejora en ideación, destaca por un incremento en autolesiones, hecho que puede deberse al alto porcentaje de sobredosis en el grupo de intervención, convirtiendo a este estudio en nulo más que negativo. Este resultado es contrario al hallado por Wittouck, Van Autreve, Portzky y van Heeringen (2014), dónde solo se encuentra una reducción en ideación suicida. Este otro resultado coincide con el hallado con el tratamiento IPT-A-IN. Aunque no lo hace, con el estudio de Mufson y Fairbanks (1996), donde se observa que IPT-A provoca la reducción de los intentos. Por lo que podría destacarse el tratamiento MDT que reduce ambos, resultados encontrados también en el caso de Charles (Apsche, y Siv, 2005).

Contrario a estos, “*MI-SafeCope*” no muestra mejoras significativas ni en ideación, ni en intentos, por lo que habría que seguir investigando más a largo plazo. Por otro lado, se encuentra que “*Problem-solving intervention*” reduce la ideación y el riesgo suicida, hecho que corresponde con lo encontrado según Dixon, Heppner y Rudd (1994). Además se encuentra que “*Reframe-IT*” reduce los intentos y la ideación suicida. Resultados que irían a favor de la utilidad de iCBT, es decir, la terapia cognitiva-conductual a través de las TICs para pacientes con depresión en la prevención del suicidio, hecho que comentan Mewton, y Andrews (2015). Esto también ocurre con SUPREME aunque sin diferencias significativas frente a TAU. También se encuentra que SBT es efectivo con la ideación suicida, al igual que SRT, resultado que ya había

sido mencionado como potencial por Ward-Ciesielski (2013). Esta mención de potencial efectividad se encuentra también con el tratamiento TOC, ya que podría ser potencialmente efectivo frente a la ideación suicida. Por último encontramos el tratamiento YAM que es efectivo al reducir los intentos y la ideación, lo que corresponde con lo encontrado por Kahn et al. (2020), donde YAM reduce el riesgo suicida. Todos estos tratamientos nos hablan de la importancia de enseñar y practicar lo aprendido, ya sea de manera presencial, de manera online, o incluso por teléfono.

Sin olvidar el tratamiento específico ASIST, que busca concienciar sobre la relación entre el abuso de alcohol y los pensamientos suicidas. Este no muestra cambios significativos en la ideación suicida, aunque sí se concreta un plan que ayudaría en un futuro a cambiarlo. Esto es lo que se empieza a observar en el caso de Stephanie, donde, según McManama, Aguinaldo, White, Sellers y Spirito (2018), se aprecia una ligera reducción en la ideación suicida. Este tratamiento destacaría claramente en el caso de adolescentes con una relación inadecuada con el alcohol.

Respecto a la falta de heterogeneidad de la muestra, como ya se ha comentado, la mayoría se compone de mujeres. Hay que tener en cuenta que son ellas más propensas a las autolesiones (Bresin y Schoenleber, 2015), siendo estas por lo general cortes, a diferencia de los hombres que suelen optar más por golpear paredes (Barrocas, Hankin, Young, y Abela, 2012). Esto ocurre al revés en los suicidios, se suicidan más los hombres, y mientras estos optan más por las armas de fuego, las mujeres optan por la intoxicación (Rhodes et al., 2012). Esto podría explicar el porqué de esta diferencia en esta revisión, ya que la mayoría de los sujetos vienen derivados de los servicios de urgencias. También se deben analizar las diferencias en cuanto a la etnia. Según Heron (2017) en el año 2015, en las etnias, nativa americana y de Alaska, y en la blanca no hispana, destaca el suicidio como una de las causas de muerte más importante.

Pero lo que más se observa es la variedad de trastornos, o síntomas asociados, que se presentan en las diferentes muestras. Destacando los trastornos del estado de ánimo, en muchos casos, comórbidos con ansiedad y señalando dentro de estos, la depresión mayor, que según Bernal et al. (2007) es uno de los factores de riesgo que más se encuentra, junto a los problemas con el alcohol. Aunque según Erić et al. (2017), además del tener o no el trastorno, se deberían de tener en cuenta los rasgos de personalidad, puesto que algunos rasgos se han visto asociados con la conducta suicida.

5. Conclusión.

Se encuentra que la mayoría de las intervenciones son eficaces o prometedoras en cuanto a su eficacia, teniendo en cuenta que hay que seguir investigando, mejorando la heterogeneidad de la muestra y ampliándola. Además, adaptándose de manera más individualizada a los sujetos, siempre que sea posible. Aunque de manera general parecer ser una buena opción centrar la atención en mejorar los vínculos sociales, destacando los familiares; o en el caso de que esto fuese un problema, que esta relación de apoyo se diera con otros adultos, con compañeros, o con un terapeuta; además de en adquirir habilidades y recursos protectores, pudiendo complementarse según la población específica con recursos relacionados con la problemática (un ejemplo sería la problemática con el alcohol). Por lo que se observa que aunque hay diferentes tratamientos posibles, al ser potencialmente efectivos todos, a la hora de implementarse, lo más destacado sería tener en cuenta la situación contextual e individual del adolescente.

6. Referencias bibliográficas.

Acinas, M. P., Robles, J. I., y Peláez-Fernández, M. A. (2015). Suicide Note and the Psychological Autopsy: Associated Behavioral Aspects. *Actas Esp Psiquiatr*, 43(3), 69-79. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/17/95/ENG/17-95-ENG-69-79-888309.pdf>

Andrews, J. A., y Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal Attempts among Older Adolescents: Prevalence and Co-occurrence with Psychiatric Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), 655-662. doi: 10.1097/00004583-199207000-00012

Apsche, J. A., y Siv, A. M. (2005). Mode deactivation therapy (MDT): A theoretical case analysis on a suicidal adolescent. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 130-144. doi:10.1037/h0100741

Asarnow, J. R., Berk, M., Hughes, J. L., y Anderson, N. L. (2015). The SAFETY Program: A Treatment-Development trial of a Cognitive-Behavioral Family Treatment for Adolescent Suicide Attempters. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 44(1), 194-203. doi: 10.1080/15374416.2014.940624.

Asarnow, J. R., Hughes, J. L., Babeva, K. N. y Sugar, C. A. (2017). Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 56(6) 506-514. doi:10.1016/j.jaac.2017.03.015

Aseltine, R. H., y DeMartino, R. (2004). An Outcome Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*, 94(3), 446-451. doi: 10.2105/ajph.94.3.446

Aseltine, R. H., James, A., Schilling, E. A., y Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOSsuicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7(1), 161. doi:10.1186/1471-2458-7-161

Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., y Abela, J. R. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, 130(1), 39-45. doi:10.1542/peds.2011-2094

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 27-34. doi:10.1016/j.jad.2006.09.018

Berona, J., Horwitz, A. G., Czyz, E. K., y King, C. A. (2017). Psychopathology profiles of acutely suicidal adolescents: Associations with post-discharge suicide attempts and rehospitalization. *Journal of Affective Disorders*, 209, 97-104. doi:10.1016/j.jad.2016.10.036

Blakemore, S-J. (2012). Imaging brain development: The adolescent brain. *NeuroImage*, 61(2), 397-406. doi:10.1016/j.neuroimage.2011.11.080

Blasco, M. J., Vilagut, G., Almenara, J., Roca, M., Piqueras, J. A., ... Alonso, J. (2018). Suicidal Thoughts and Behaviors: Prevalence and Association with Distal and Proximal Factors in Spanish University Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 881-898. doi: 10.1111/sltb.12491

Bresin, K., y Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55–64. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.009

Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., ... y Johnson, B. A. (1997). A Clinical Psychotherapy Trial for Adolescent Depression Comparing Cognitive, Family, and Supportive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54(9), 877-885. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830210125017

Brown, R. C., y Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*, 19(20). doi: 10.1007/s11920-017-0767-9

Carli V. (2016) *Preventing Suicidality Through Online Tools: The SUPREME Project*. En Courtet P. (eds) *Understanding Suicide*. EEUU: Springer

Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., ... Alonso, J. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, 37-48. doi:10.1016/j.jad.2017.03.035

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)*. Recuperado de: <https://webappa.cdc.gov/cgi-bin/broker.exe>

Christie, D., y Viner, R. (2005). Adolescent development. *British Medical Journal*, 330(7486), 301-330. doi:10.1136/bmj.330.7486.301

Courtney, D. B., y Flament, M. F. (2015). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Self-injurious Thoughts and Behaviors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(7), 537-544. doi:10.1097/nmd.0000000000000324

Czyz, E. K., King, C. A., y Biermann, B. J. (2018). Motivational Interviewing-

Enhanced Safety Planning for Adolescents at High Suicide Risk: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-13. doi: 10.1080/15374416.2018.1496442

Diamond, G., Creed, T., Gillham, J., Gallop, R., y Hamilton, J. L. (2012). Sexual Trauma History Does Not Moderate Treatment Outcome In Attachment-Based Family Therapy (ABFT) For Adolescents With Suicide Ideation. *Journal Of Family Psychology*, 26(4), 595-605. doi: 10.1037/a0028414

Diamond, G. M., Diamond, G. S., Levy, S., Closs, C., Ladipo, T., y Siqueland, L. (2012). Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: A treatment development study and open trial with preliminary findings. *Psychotherapy*, 49(1), 62-71. doi:10.1037/a0026247

Diamond, G. S., Kobak, R. R., Krauthamer, E. S., Levy, S. A., Herres, J. L., Russon, J. M. y Gallop, R. J. (2019). A Randomized Controlled Trial: Attachment-Based Family and Nondirective Supportive Treatments for Youth Who Are Suicidal. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(7), 721-731. doi: 10.1016/j.jaac.2018.10.006

Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., y Levy, S. (2010). Attachment-Based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation:A Randomized Controlled Trial. *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 49(2), 122-131. doi:10.1016/j.jaac.2009.11.002

Dixon, W. A., Heppner, P. P., y Rudd, M. D. (1994). Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: Evidence for a mediational model. *Journal of Counseling Psychology*, 41(1), 91–98. doi: 10.1037/0022-0167.41.1.91

Donaldson, D., Spirito, A., y Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for Adolescents Following a Suicide Attempt: Results of a Pilot Trial. *J. AM. ACAD.*

CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY, 44(2), 113-120. doi: 10.1097/00004583-200502000-00003

Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J., y Allen, N. E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 65-81. doi:10.1016/j.cpr.2017.06.002

Efrati, Y., y Gola, M. (2019). Adolescents' Compulsive Sexual Behavior: The Role of Parental Competence, Parents' Psychopathology, and Quality of Parent-Child Communication About Sex. *J Behav Addict*, 8(3), 420-431. doi: 10.1556/2006.8.2019.33.

Eggert, L. L., Thompson, E. A., Randell, B. P., y Pike, K. C. (2002). Preliminary Effects of Brief School-Based Prevention Approaches for Reducing Youth Suicide-Risk Behaviors, Depression, and Drug Involvement. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 15(2), 48-64. doi: 10.1111/j.1744-6171.2002.tb00326.x

Erić, A. P., Erić, I., Ćurković, M., Dodig-Ćurković, K., Kralik, K., Kovač, V., y Filaković, P. (2017). The temperament and character traits in patients with major depressive disorder and bipolar affective disorder with and without suicide attempt. *Psychiatr Danub*, 29(2), 171-178. Recuperado de: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol29_no2/dnb_vol29_no2_171.pdf

Ferrari, A. J., Norman, R. E., Freedman, G., Baxter, A. J., Pirkis, J. E., Harris, M. G., Page, A., Carnahan, E., Degenhardt, L., Vos, T., y Whiteford, H. A. (2014). The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders as Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*, 9(4). doi: 10.1371/journal.pone.0091936

Florentine, J. B., y Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *Social Science & Medicine*, 70(10), 1626–1632. doi:10.1016/j.socscimed.2010.01.029

Flórez, S. D. (2002). Duelo. *ANALES Sis San Navarra*, 25(3), 77-85. doi: 10.23938/ASSN.0843.

Frisén, A. (2007). Measuring health-related quality of life in adolescence. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 96(7), 963–968. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00333.x

Gromatsky, M. A., Waszczuk, M. A., Perlman, G., Salis, K. L., Klein, D. N., y Kotov, R. (2017). The role of parental psychopathology and personality in adolescent non-suicidal self-injury. *Journal of Psychiatric Research*, 85, 15-23. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.10.013

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443. doi:10.1016/j.rchipe.2015.07.005

Glenn, C. R., Lanzillo, E. C., Esposito, E. C., Santee, A. C., Nock, M. K., y Auerbach, R. P. (2016). Examining the Course of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Outpatient and Inpatient Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 971–983. doi:10.1007/s10802-016-0214-0

Goodman, M., Banthin, D., Blair, N. J., Mascitelli, K. A., Wilsnack, J., Chen, J., ... New, A. S. (2016). A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy in High-Risk Suicidal Veterans, *J Clin Psychiatry*, 77(12), e1591-e1600. doi: 10.4088/JCP.15m10235.

Hazell, P. L., Martin, G., McGill, K., Kay, T., Wood, A., Trainor, G., y Harrington, R. (2009). Group Therapy for Repeated Deliberate Self-Harm in Adolescents: Failure of Replication of a Randomized Trial. *Journal of the American*

Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48(6), 662–670. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181a0acec

Heron, M. (2017). Deaths: Leading Causes for 2015. *Natl Vital Stat Rep*, 66(5), 1-76. Recuperado de: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr66/nvsr66_05.pdf

Hetrick, S. E., Yuen, H. P., Bailey, E., Cox, G. R., Templer, K., Rice, S. M., Bendall, S. y Robinson, J. (2017). Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with suicide-related behaviour (Reframe-IT): a randomised controlled trial. *Evidence-Based Mental Health*, 20(3), 76-82. doi: 10.1136/eb-2017-102719

Hooven, C., Walsh, E., Pike, K. C., y Herting, J. R. (2012). Promoting CARE: Including Parents in Youth Suicide Prevention. *Fam Community Health*, 35(3), 225-235. doi:10.1097/FCH.0b013e318250bcf9.

Horwitz, N., Florenzano, R., y Ringeling, I. (1985). FAMILIA Y SALUD FAMILIAR. UN ENFOQUE PARA LA ATENCION PRIMARIA. *Bol de Sanit Panam*, 98(2), 144-155. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16959/v98n2p144.pdf?sequence>

Johnson, D. E., Tang, A., Almas, A. N., Degnan, K. A., McLaughlin, K. A., Nelson, C. A., ... Drury, S. S. (2018). Caregiving Disruptions Affect Growth and Pubertal Development in Early Adolescence in Institutionalized and Fostered Romanian Children: A Randomized Clinical Trial. *The Journal of Pediatrics*, 203, 345-353. doi:10.1016/j.jpeds.2018.07.027

Kahn, J.-P., Cohen, R. F., Tubiana, A., Legrand, K., Wasserman, C., Carli, V., ... Wasserman, D. (2020). Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-020-01476-w

Kennard, B. D., Goldstein, T., Foxwell, A. A., McMaking, D. L., Wolfe, K., Biernesser, C., ... Brent, D. (2018). As Safe as Possible (ASAP): A Brief App-Supported Inpatient Intervention to Prevent Postdischarge Suicidal Behavior in

Hospitalized, Suicidal Adolescents. *Am J Psychiatry*, 175(9), 864-872. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17101151

Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y-J., y Boyce, W. T. (2009). Bullying Increased Suicide Risk: Prospective Study of Korean Adolescents. *Archives of Suicide Research*, 13(1), 15–30. doi:10.1080/13811110802572098

King, C. A., Gipson, P. Y., Horwitz, A. G., y Opperman, K. J. (2015). (2015). Teen Options for Change: An Intervention for Young Emergency Patients Who Screen Positive for Suicide Risk. *Psychiatric Services*, 66(1), 97-100. doi:10.1176/appi.ps.201300347

King, C. A., Klaus, N., Kramer, A., Venkataraman, S., Quinlan, P., y Gillespie, B. (2009). The Youth-Nominated Support Team–Version II for suicidal adolescents: A randomized controlled intervention trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 880–893. doi:10.1037/a0016552.

King, C. A., Kramer, A., Preuss, L., Kerr, D. C. R., Weisse, L., y Venkataraman, S. (2006). Youth-Nominated Support Team for suicidal adolescents (Version 1): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 199–206. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.199

Krauthamer, E. S., Levy, S. A., Boamah-Wiafe, L., Kobak, R., y Diamond, G. (2016). Attachment-Based Family Therapy With a 13-Year-Old Girl Presenting With High Risk for Suicide. *J Marital Fam Ther*, 42(1), 91-105. doi: 10.1111/jmft.12102

Latimer, E. A., Gariépy, G., y Greenfield, B. (2014). Cost-Effectiveness of a Rapid Response Team Intervention for Suicidal Youth Presenting at an Emergency Department. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 59(6), 310-318. doi: 10.1177/070674371405900604

Lewis, A. J., Bertino, M. D., Bailey, C. M., Skewes, J., Lubman, D. I., y Toumbourou, J. W. (2014). Depression and suicidal behavior in adolescents: a multi-

informant and multi-methods approach to diagnostic classification. *Frontiers in Psychology*, 5. doi:10.3389/fpsyg.2014.00766

Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475-482. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039

Lucio-Gómez, E. y Hernández-Cervantes, Q. (2009). Personalidad y riesgo suicida en adolescentes estudiantes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(1), S33-40. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745518007>

McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., y Linehan, M. M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777-785. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1109

McManama, K. H., Aguinaldo, L. D., White, E., Sellers, C. M., y Spirito, A. (2018). A Brief Alcohol Intervention During Inpatient Psychiatric Hospitalization for Suicidal Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(1), 22–31. doi:10.1016/j.cbpra.2017.04.002

McManama-O'Brien, K. H., Sellers, C. M., Battalen, A. W., Ryan, C. A., Maneta, E. K., Aguinaldo, L. D., ... Spirito, A. (2018). Feasibility, acceptability, and preliminary effects of a brief alcohol intervention for suicidal adolescents in inpatient psychiatric treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 94, 105-112. doi: 10.1016/j.jsat.2018.08.013

Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., y Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *JOURNAL OF THE*

AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY, 55(4), 295-300.
doi: 10.1016/j.jaac.2016.01.005

Mewton, L., y Andrews, G. (2015). Cognitive behaviour therapy via the internet for depression: A useful strategy to reduce suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*, 170, 78–84. doi:10.1016/j.jad.2014.08.038

Monto, M. A., McRee, N., y Deryck, F. S. (2018). Nonsuicidal Self-Injury Among a Representative Sample of US Adolescents, 2015. *American Journal of Public Health*, 108(8), 1042–1048. doi: 10.2105/ajph.2018.304470

Mufson, L., y Fairbanks, J. (1996). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents: A One-Year Naturalistic Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1145-1155. doi: 10.1097/00004583-199609000-00012

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Global Health Observatory (GHO) data*. Recuperado de: https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2 de septiembre de 2019). *Notas descriptivas*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Pineda, J., y Dadds, M. R. (2013). Family Intervention for Adolescents With Suicidal Behavior: A Randomized Controlled Trial and Mediation Analysis. *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY*, 52(8), 851-862. doi: 10.1016/j.jaac.2013.05.015

RANDELL, B. P., EGGERT, L. L., y Pike, K. C. (2001). Immediate Post Intervention Effects of Two Brief Youth Suicide Prevention Interventions. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31(1), 41-61. Recuperado de: <https://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/suli.31.1.41.21308>

Rhodes, A. E., Khan, S., Boyle, M. H., Wekerle, C., Goodman, D., Tonmyr, L., ... Manion, I. (2012). Sex Differences in Suicides Among Children and Youth: The Potential Impact of Misclassification. *Can J Public Health*, 103(3), 213-217. doi:10.1007/BF03403815

Skegg, K. (2005). Self harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483. doi:10.1016/S0140-6736(05)67600-3

Schilling, E. A., Aseltine, R. H., y James, A. (2015). The SOS Suicide Prevention Program: Further Evidence of Efficacy and Effectiveness. *Prevention Science*, 17(2), 157-166. doi:10.1007/s11121-015-0594-3

Soto-Sanz, V., Castellví, P., Piqueras, J. A., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jiménez, T., Miranda-Mendizábal, A., ... Alonso, J. (2019). Internalizing and externalizing symptoms and suicidal behavior in young people: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140, 5-19. doi:10.1111/acps.13036

Swart, J., y Apsche, J. (2014). A comparative study of mode deactivation therapy (MDT) as an effective treatment of adolescents with suicidal and non-suicidal self-injury behaviors. *INTERNATIONAL JOURNAL OF BEHAVIORAL CONSULTATION AND THERAPY*, 9(3), 47-52. doi: doi.org/10.1037/h0101640

Tang, T-C., Jou, S-H., Ko, C-H., Huang, S-Y., y Yen, C-F. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(4), 463-470. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.01991.x

Topolewska-Siedzik, E., y Ciecuch, J. (2018). Trajectories of Identity Formation Modes and Their Personality Context in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(4), 775-792. doi:10.1007/s10964-018-0824-7

Vidot, D. C., Huang, S., Poma, S., Estrada, Y., Kyoung, T., y Prado, G. (2016). Familias Unidas' Crossover Effects on Suicidal Behaviors among Hispanic Adolescents: Results from an Effectiveness Trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(1), S8-S14. doi: 10.1111/sltb.12253

Ward-Ciesielski, E. F. (2013). An Open Pilot Feasibility Study of a Brief Dialectical Behavior Therapy Skills-Based Intervention for Suicidal Individuals. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(3), 324–335. doi:10.1111/sltb.12019

Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61213-7

Wharff, E. A., Ginnis, K. M., y Ross, A. M. (2012). Family-based Crisis Intervention with Suicidal Adolescents in the Emergency Room: A Pilot Study. *Social Work*, 57(2), 133–143. doi:10.1093/sw/sws017

Wharff, E. A., Ginnis, K. B., Ross, A. M., White, E. M., White, M. T., y Forbes, P. W. (2019). Family-Based Crisis Intervention With Suicidal Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *Pediatric Emergency Care*, 35(3), 170-175. doi: 10.1097/pec.0000000000001076

Wittouck, C., Van Autreve, S., Portzky, G., y van Heeringen, K. (2014). A CBT-based psychoeducational intervention for suicide survivors: A cluster randomized controlled study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 35(3), 193–201. doi: 10.1027/0227-5910/a000252

Wyman, P. A., Brown, H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., ... Wang, W. (2010). An Outcome Evaluation of the Sources of Strength Suicide Prevention Program Delivered by Adolescent Peer Leaders in High Schools. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1653-1661. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920978/pdf/1653.pdf>

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

Zisk, A., Abbott, C. H., Bounoua, N., Diamond, G. S. y Kobak, R. (2019). Parent–Teen Communication Predicts Treatment Benefit for Depressed and Suicidal Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1137-1148. doi: 10.1037/ccp0000457