

PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN DESDE 1997

SUICIDE BEHAVIOUR PREVENTION IN YOUTH AND ADOLESCENTS: A REVIEW SINCE 1997

María Paz Mora Encinas

Psicóloga General Sanitaria

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Mora Encinas, M.P. (2018). Prevención de la Conducta Suicida en Jóvenes y Adolescentes: Una revisión desde 1997. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 203-226.

Resumen

A pesar de que el suicidio constituye la tercera causa de muerte en jóvenes de entre 10 y 29 años, España carece de una guía de prevención específica para esa población, y la investigación realizada en nuestro país es muy escasa. Con el objetivo de proponer unas bases para el desarrollo de un modelo de prevención se realiza la presente revisión sistemática. Utilizando las bases de datos de PsycINFO, PsycArticles, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection y Web Of Science, se hallan 38 ensayos. Los estudios localizados muestran resultados prometedores de la Terapia de Solución de Problemas y las terapias familiares para la población indicada y selectiva; mientras que las intervenciones universales con mejores resultados son aquellas que inciden en el desarrollo de habilidades sociales y de afrontamiento desde un enfoque práctico. Los estudios sobre formación de personas capaces de reconocer un caso de riesgo arrojan datos contradictorios. Se demanda más investigación.

Palabras clave: jóvenes, adolescentes, conducta suicida, prevención, intervención.

Abstract

Although suicide ranks as the third leading cause of death in young people aged 10-29 years, Spain lacks a specific prevention guide for this population, and research in our country is very scarce. In order to propose a basis for the development of a prevention model, the present systematic review was conducted. Using the databases of PsycINFO, PsycArticles, MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection and Web of Science, 38 trials were identified. These studies show promising outcomes from Problem Solving Therapy and family therapies as indicated and selected interventions. For universal interventions, the best results are those that impact on the development of social and coping skills. Studies on gatekeeper training yield contradictory data. More research is demanded.

Keywords: young, adolescents, suicidal behavior, prevention, intervention.

Fecha de recepción: 8 de noviembre de 2017. Fecha de aceptación: 24 de enero de 2018.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mariapaxm@gmail.com

Dirección postal: San Fermín 32, 3º. 31003 Pamplona (NAVARRA). España

© 2018 Revista de Psicoterapia



1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la salud (OMS, 2017), el suicidio origina unas 800.000 muertes en el mundo cada año y es la segunda causa de defunción en jóvenes de entre 15 y 29 años. En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2015 (últimos datos registrados), el suicidio fue la segunda causa de muerte en la población de entre 20 y 29 años, produciendo aproximadamente el mismo número de muertes que los tumores. En poblaciones más jóvenes (15-19 años) el suicidio constituye la tercera causa de muerte, por debajo de los tumores y de los accidentes de tráfico, mientras que en edades más tempranas ocupa un séptimo puesto. A pesar de la gravedad que revisten estas cifras, pueden estar subestimadas, ya que se considera que parte de los accidentes de tráfico son suicidios encubiertos. Por otro lado, hay que tener en cuenta que estos datos contabilizan los suicidios exitosos. Se calcula que por cada suicidio consumado hay entre diez y veinte intentos (OMS, 2004).

El suicidio en la adolescencia se ha vinculado fuertemente con la presencia o historia de situaciones estresantes o traumáticas, como trastorno mental, enfermedad crónica dolorosa, historia de abuso, acoso escolar o problemas familiares (Navarro-Gómez, 2017), y con una carencia de recursos para hacerles frente, debida tanto a factores personales (desesperanza, hostilidad, impulsividad, escasa capacidad de resolución de problemas) como familiares o sociales.

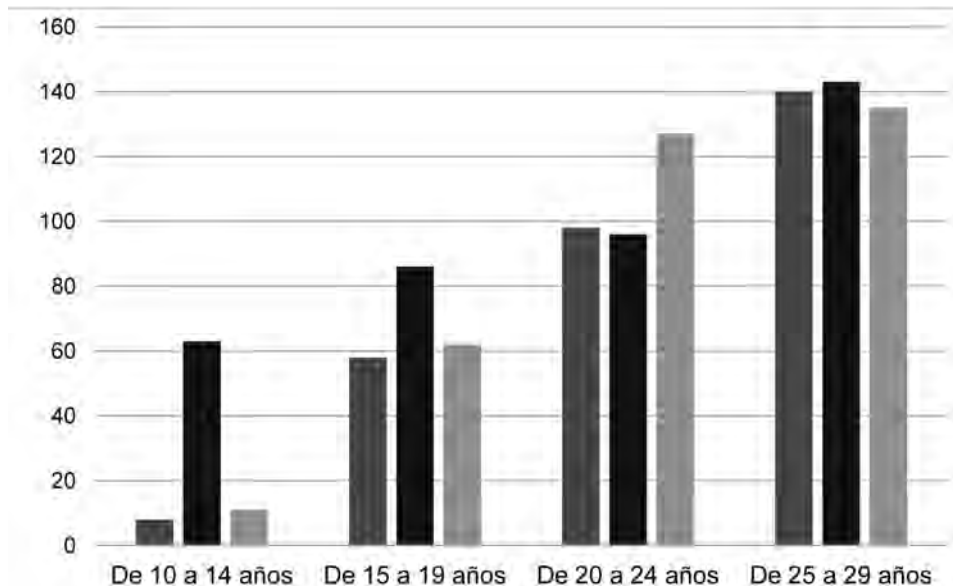
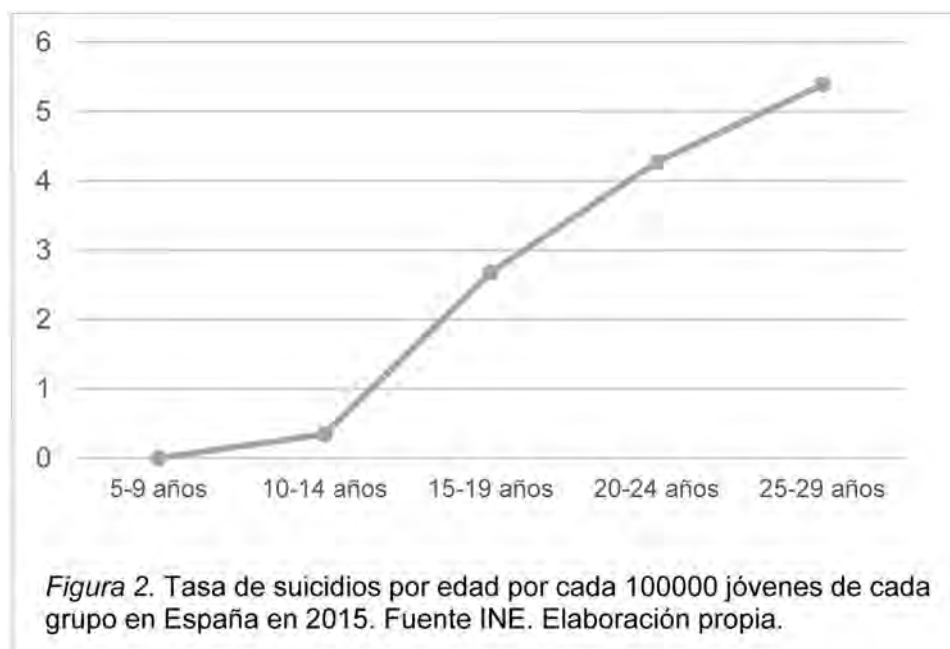


Figura 1. Frecuencia de las principales causas de muerte en España en 2015. Fuente INE. Elaboración propia

■ Suicidios ■ Tumores ■ Accidentes de tráfico

La adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la adultez en el que los jóvenes deben adaptarse a los cambios psico-biológicos que experimentan y satisfacer con éxito las tareas vitales que son propias de ese momento, como pueden ser la consecución de la propia identidad y el inicio de las relaciones de pareja. Estos procesos, junto a las distorsiones cognitivas características de esta etapa (por ejemplo, la *audiencia imaginaria* o la *fábula personal*) y la gran importancia que cobran los pares y el sentirse aceptados por ellos, influyen en la autoestima y el autoconcepto. Es por esto una población vulnerable con recursos psicológicos todavía por desarrollar que, ante los desafíos que se pueda encontrar en la vida, puede sentirse sobrepasada y llegar a pensar en el suicidio como única solución. La fragilidad de esta etapa evolutiva queda reflejada en la tasa de suicidio, que se multiplica por cuatro en diez años (ver figura 2), de ahí la importancia de desarrollar un plan de prevención integral. Por otro lado, si se consigue que los jóvenes incorporen a su bagaje personal recursos, capacidad de solución de problemas y habilidades de afrontamiento frente a situación de estrés, a largo plazo, se conseguirá disminuir la tasa de suicidios en la población general.



A pesar de estas particularidades de la población adolescente y de que la OMS alerte sobre la situación del suicidio en los jóvenes, no existe en España una guía específica para esta población. La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (GPC, Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2012) de España califica a esta población de riesgo y le dedica un apartado. Sin embargo, esto no parece suficiente. Resulta llamativo que, mientras

existen guías de práctica clínica especializadas en esta población en el tratamiento de la obesidad, los trastornos del sueño o la Depresión Mayor, no lo haya ante la tercera causa de muerte en población juvenil.

En 2008 el Consejo de Europa publicó una resolución en la que demanda una mayor implicación de la investigación científica para prevenir el suicidio en niños y adolescentes. Sin embargo, la investigación sobre el suicidio en España es bastante escasa, más aún si hablamos de prevención en jóvenes. Las pocas publicaciones que se pueden encontrar suelen ser revisiones que contemplan la conducta suicida en adolescentes en su totalidad: epidemiología, factores de riesgo, de protección, etc., dedicando muy poco espacio a la prevención en sí. Existen estudios sobre programas preventivos en población adulta con resultados muy prometedores realizados desde el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Tejedor, Díaz, Faus, Pérez y Solà, 2011; Farré et al., 2016), pero no se encuentra nada parecido realizado con población más joven.

Ante estas necesidades detectadas, se realiza la presente revisión bibliográfica con el fin de aportar unas bases desde las que se pueda articular una guía para la prevención del suicidio en jóvenes y de promover la investigación sobre la prevención del suicidio en este grupo etario en España.

2. MÉTODO

A la hora de localizar los artículos para esta revisión se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- deben tratar sobre la evaluación de intervenciones psicosociales (programas psicoterapéuticos, de psicoeducación, intervenciones en la comunidad, de apoyo, etc.) para el tratamiento o la prevención de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes de entre 10 y 29 años.
- tipo diseños admitidos: experimentales y cuasi-experimentales
- tamaño muestral igual o mayor de 30.
- año de publicación: entre 1997 y 2016 ambos inclusive.
- los resultados pueden ser sobre: la conducta suicida, factores de riesgo, factores protectores, conocimientos, actitudes o competencias de «guardián».

Criterios de exclusión:

- estudios sobre aceptabilidad, viabilidad o niveles de implantación de las intervenciones
- estudios epidemiológicos sobre factores de riesgo o de protección
- reseñas de libros, revisiones, meta-análisis, descripciones o desarrollos de programas o protocolos
- estudios sin resultados
- estudios que tratan exclusiva o principalmente de conductas auto-lesivas sin intención suicida
- estudios referidos a intervenciones adaptadas a etnias específicas (por

ejemplo: indios apaches de una reserva), cuyos resultados son difícilmente extrapolables a la población general española

- idiomas de publicación diferentes a: español, inglés, francés, italiano o portugués.

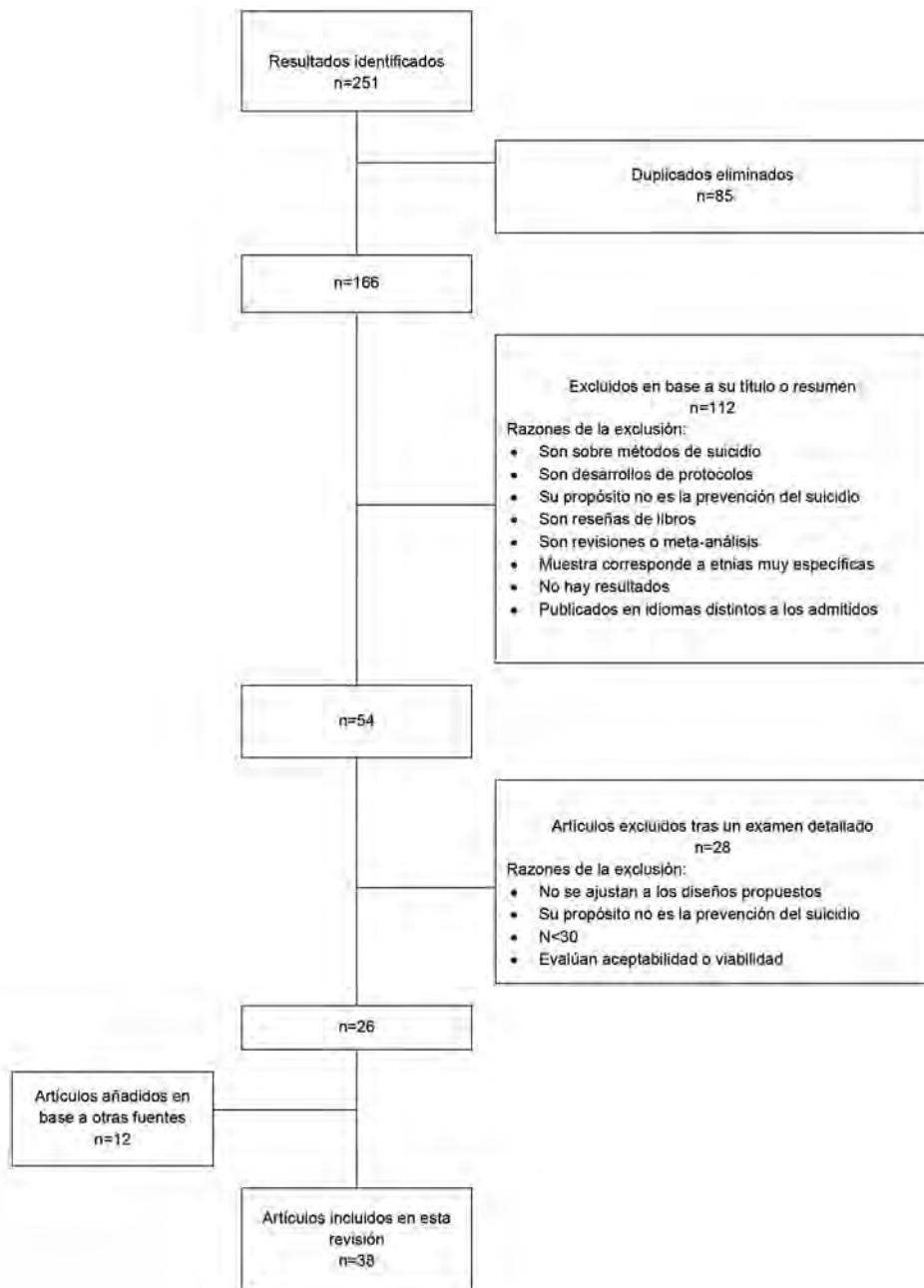


Figura3. Diagrama del proceso de identificación de los estudios

El proceso de búsqueda se realizó utilizando las siguientes bases de datos: *PsycINFO*, *PsycArticles*, *MEDLINE*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* y *Web Of Science*.

Las palabras clave utilizadas fueron: *suicid** AND (*preven** OR *intervention* OR *treatment* OR *program* OR *therapy*) AND (*youth* OR *young* OR *adolescenc** OR *school* OR *college*) estableciendo las siguientes restricciones:

- Texto completo en línea
- Publicado de 1997 a 2016

3. RESULTADOS

Se encontraron 251 resultados. Se quitaron 85 que estaban duplicados. De los 166 restantes 112 fueron eliminadas en base a su título o resumen según los criterios de inclusión y exclusión y, más adelante, tras un examen más detallado, se descartaron otros 28. Por último se añadieron 12 artículos identificados a través de revisiones previas o a través de algunos de los artículos descartados. De esta manera, finalmente 38 artículos forman parte de esta revisión.

Para su análisis se han examinado los estudios según su: estrategia de intervención, población diana, tamaño muestral, tipo de diseño, duración de la intervención, variables que se evalúan y resultados obtenidos. Para facilitar su lectura, cuando se haga mención a un estudio, aparecerá entre corchetes el número que tiene asignado en la Tabla 1 para su correcta identificación.

Tabla 1.

Descripción de los estudios identificados

Ref.	Año	Autores	Muestra	Diseño	Características de la intervención	Variables
1	1998	Harrington et al.	Jóvenes menores de 16 años con intentos previos de suicidio por sobredosis N=162	ECA	4 sesiones de Terapia de Solución de Problemas (TSP) basada en la familia realizadas en el hogar. Grupo de control: cuidados usuales.	CS FFR FFP
2	1999	Davidson & Range	Estudiante de Magisterio que finalizaban sus estudios N=75	Medidas repetidas	Formación en prevención del suicidio de 1 hora	Actitudes CG
3	1999	Wiegersma, Hofman & Zielhuis	Jóvenes (15-19 años) N=1361793	Casos y controles	Acceso libre y gratuito a consulta de salud mental en las instalaciones del colegio de 1988 a 1993 Grupo de control: quienes no lo tentan	CS
4	2000	Rotheram-Borus, Piacentini, Cantwell, Berlin, & Song	Jóvenes en riesgo (12-18 años) N=140; M=100%	Cuasi-experimental de dos grupos	1 sesión de Intervención familiar en el ámbito de urgencias Grupo de control: cuidados usuales	CS FFR
5	2001	Joiner, Voelz & Rudd	Jóvenes con conducta suicida comórbida con Depresión Mayor y/o trastorno de ansiedad (19-25 años) N=44; M=61%	ECA	Terapia de Solución de problemas intensiva (9 h al día) de tiempo limitado (10 días) y de tipo ambulatorio en grupo (8-14 pers). Grupo de control: cuidados usuales	CS
6	2001	Thompson, Eggert, Randell & Pike	Jóvenes en riesgo (14-19 años) N=460; M=52%	ECA	Intervención basada en la escuela Grupos experimentales: C-CARE ¹ o C-CARE + CAST ² Grupo de control: cuidados usuales	CS FFR FFP Actitudes

Nota: M= % de mujeres; N=tamaño muestral; ECA=Ensayo con grupo de Control Aleatorizado; CS=Conducta Suicida; FFR=Factores de Riesgo; FFP=Factores de Protección; CG=Competencias de Guardián.

Ref.	Año	Autores	Muestra	Diseño	Características de la intervención	Variables
7	2002	Eggert, Thompson, Randell & Plk	Jóvenes (14-19 años) en riesgo de abandono escolar N=341; M=40%	ECA	Intervención basada en la escuela Grupos experimentales: C-CARE o C-CARE + CAST Grupo de control: cuidados usuales	CS FFR
8	2003	Stuart, Waalen & Haestromm	Jóvenes (12-14 años) N=37	Medidas repetidas	Intervención basada en la escuela: Many Helping Heart: capacitación en guardianes entre compañeros en 2 sesiones de medio día y una sesión de refresco 3 meses más tarde.	CG Conocimiento Actitudes
9	2004	Huey et al.	Jóvenes (10-17 años) en riesgo N=156; M=35%	ECA	Terapia Multisistémica basada en el hogar intensiva (diaria si es necesario) de tiempo limitado (3-6 meses)	CS FFR
10	2006	Portzky & van Heeringen	Jóvenes (14-18 años) N=172; M=63%	Diseño Solomon	Intervención basada en la escuela. Sesión psicoeducativa de 2 horas. Grupo de control: no recibió nada.	FFR FFP Conocimiento Actitudes
11	2007	Ciffone	Jóvenes (15-16 años) N=421	ECA	Intervención de psicoeducación basado en la escuela Grupo de control: lista de espera	Actitudes
12	2008	Cigularov, Chen, Thurber & Stallones	Jóvenes (13-19 años) N=779; M=50%	ECA	Programa RAPP ³ de 50-75 minutos insertado en el currículo escolar	Conocimiento Actitudes CG
13	2008	Eskin, Ertekin & Demir	Jóvenes (15-23 años) con Depresión Mayor N=46; M=32%	ECA	TSP en 6 sesiones semanales individuales de 30 a 60 min. Grupo de control: lista de espera	CS FFP
14	2008	Wyman et al.	Personal escolar N=249	ECA	Formación en guardianes (QPR) Grupo de control: lista de espera	Conocimiento Actitudes CG
15	2009	Baber & Bean	Jóvenes (14-15 años) y adultos N=300	Medidas repetidas	Entrenamiento en guardianes	Conocimiento Actitudes CG

Nota: M= % de mujeres; N=tamaño muestral; ECA=Ensayo con grupo de Control Aleatorizado; CS=Conducta Suicida; FFR=Factores de Riesgo; FFP=Factores de Protección; CG=Competencias de Guardián.

Ref.	Año	Autores	Muestra	Diseño	Características de la intervención	Variables
16	2009	Keller et al.	Adultos N=416; M=83,8%	Medidas repetidas	Formación en guardianes QPR	Conocimiento Actitudes
17	2009	Kinget al.	Jóvenes (13-17 años) en riesgo N=448	ECA	YNST - II* (apoyo social) durante 3 meses Grupo de control: cuidados usuales	CS FFR
18	2009	Klimes-Dougan, Yuan, Lee, & Hourl	Jóvenes (14-18 años) N=426	ECA	Visualizar anuncios televisados o ver carteles con información sobre el suicidio Grupo de control: sin recibir información	Conocimiento Actitudes CG
19	2010	Diamond et al.	Jóvenes (12-17 años) en riesgo y sus padres N(jóvenes)=66; M(jóvenes)=83%	ECA	Terapia Familiar Basada en el Apego (TFBA) durante 3 meses	CS FFR
20	2010	Hooven, Herting, & Snedker	Jóvenes (14-19 años) en riesgo y sus padres N(jóvenes)=593	ECA	Grupos experimentales: C-CARE o P-CARE ² o C-CARE+P-CARE Grupo de control: intervención mínima	CS FFP FFR
21	2010	Klimes-Dougan & Lee	Jóvenes (18-35 años) N=279	ECA	Visualizar anuncios televisados o ver carteles con información sobre el suicidio Grupo de control: sin recibir información	Conocimiento Actitudes CG
22	2010	Wyman et al.	Jóvenes (14-18 años) N=3128; M=54%	ECA	Intervención basada en la escuela: Sources of Strength	CS Actitudes CG
23	2011	Asarnow et al.	Jóvenes (14-18 años) en riesgo y sus padres N=181; M=69%	ECA	Intervención familiar en el ámbito de urgencias: Family Intervention for Suicide Prevention (FISP) basada en la TCC en 1 sola sesión más contactos telefónicos durante un mes. Grupo de control: cuidados usuales	FFP
24	2011	Cross et al.	Personal escolar y padres N=147; M=87%	ECA	Formación QPR más ensayos. Grupo de control: Formación QPR.	Conocimiento CG

Nota: M= % de mujeres; N=tamaño muestral; ECA=Ensayo con grupo de Control Aleatorizado; CS=Conducta Suicida; FFR=Factores de Riesgo; FFP=Factores de Protección; CG=Competencias de Guardián.

Ref.	Año	Autores	Muestra	Diseño	Características de la intervención	Variables
25	2011	Esposito-Smythers, Spirito, Kahler, Hunt & Monti	Jóvenes (13-17 años) con conducta suicida y abuso de cannabis o alcohol N=40; M=67%	ECA	Intervención familiar basada en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Sesiones semanales durante 6 meses, más sesiones quincenales durante 3 meses, más 3 sesiones mensuales	CS FFR
26	2011	King, Strunk & Sorter	Jóvenes (14-18 años) N=966; M=56%	Medidas repetidas	Intervención basada en la escuela para la prevención del suicidio y la depresión; Surviving the Teens ^(®) de 4 sesiones de 50 min.	CS FFR Actitudes CG
27	2012	Diamond, Creed, Gillham, Gallop & Hamilton	Jóvenes (13-17 años) en riesgo y sus padres N(jóvenes)=66	ECA	TFBA durante 12 semanas	CS FFR
28	2012	Hooven, Heriting, & Snedker	Jóvenes (14-19 años) intentos suicidas y elevada ideación o depresión, o 2 de estas 3 características: moderada depresión e ideación consumo de alcohol y drogas; y sus padres N=615	ECA	Grupos experimentales C-CARE o P-CARE o C+P-CARE C-CARE: 2 sesiones de 2 horas P-CARE: 2 sesiones de 2 horas Grupo de control: Intervención usual	CS, FFR FFP
29	2012	Pasco, Wallack, Sartin, & Dayton	Jóvenes (18-20 años) N=65; M=54%	2 grupos con medidas pretest y postest	Formación en guardianes <i>Campus Connect</i> de 3 horas con psicoeducación y ejercicios prácticos	CG
30	2012	Wharff, Ginnis, & Ross	Jóvenes (años) en riesgo suicida y sus padres N=217	Cuasi-experimental de cohorte	Intervención de crisis basada en la familia (ICBF) en una sola sesión en el ámbito de Urgencias (basado en la TCC, TFM y TN) Grupo de control: cuidados usuales	CS

Nota: M= % de mujeres; N=tamaño muestral, ECA=Ensayo con grupo de Control Aleatorizado; CS=Conducta Suicida; FFR=Factores de Riesgo; FFP=Factores de Protección; CG=Competencias de Guardián.

Ref.	Año	Autores	Muestra	Diseño	Características de la intervención	Variables
31	2013	Pineda & Dadds	Jóvenes (12-17 años) en riesgo y sus padres N(jóvenes)=48; M(jóvenes)=75%	ECA	Intervención familiar; RAP-PT. 4 sesiones semanales de 2 horas sumado al tratamiento con el joven. Grupo de control: cuidados usuales	CS FFR
32	2014	Cimini et al.	Jóvenes universitarios y personal de la universidad N=335; M=51%	Medidas repetidas	Capacitación de guardianes de 1,5 horas	Conocimiento CG
33	2015	Asarnow, Berk, Hughes, & Anderson	Jóvenes (11-18 años) en riesgo y sus padres N=35; M=86%	Medidas repetidas	Programa SAFETY®: intervención familiar basada en la TCC de 12 semanas de duración.	CS FFR
34	2015	King et al.	Jóvenes (18-28 años) que cumplen 2 criterios de: ideación suicida, 2 intentos de suicidio, depresión y abuso de alcohol. N=60; M=59%	ECA	Programa online <i>eBridge</i> basado en la entrevista motivacional durante 2 meses y <i>feedback</i> del cribado. Grupo de control: <i>feedback</i> del cribado.	CS FFP
35	2015	Silverstone et al.	Jóvenes (11-19 años) con y sin riesgo N=2790; M=48%	2 diseños: con grupo de control sin aleatorización y medidas repetidas	Intervención en la escuela basada en la TCC: Programa EMPATHY®	CS FFR FFP
36	2015	Walrath, Garrara, Reid, Goldston & McKeon	(No aparece información sobre las personas que recibieron la intervención) Evaluación: Jóvenes (10-24 años). N>500.000	cuasi-experimental con grupo de control	Entrenamiento en guardián (de 1 hora a pocos días) en varias poblaciones. Grupo de control: poblaciones sin entrenamiento.	CS

Nota: M= % de mujeres; N=tamaño muestral; ECA=Ensayo con grupo de Control Aleatorizado; CS=Conducta Suicida; FFR=Factores de Riesgo; FFP=Factores de Protección; CG=Competencias de Guardián.

Ref.	Año	Autores	Muestra	Diseño	Características de la intervención	Variables
37	2015	Wasserman	Jóvenes (14-15 años) N=11111	ECA	Proyecto SEYLE: se comparan 4 intervenciones en la escuela: concienciación ¹⁰ , formación de guardianes para el profesorado, cribado de adolescentes en riesgo e intervención mínima, durante 4 semanas	CS
38	2016	Ghoncheh., Gould, Twisk, Kerkhof. & Koot	Adultos (21-62 años) N=190; M=8,6%	ECA	Formación de guardianes online: <i>Mental Health Online</i> Grupo de control: lista de espera	Conocimiento CG

Nota: M= % de mujeres; N=tamaño muestral; ECA=Ensayo con grupo de Control Aleatorizado; CS=Conducta Suicida; FFR=Factores de Riesgo; FFP=Factores de Protección; CG=Competencias de Guardián.

- ¹ C-CARE (Counselor-CARE): programa basado en el aprendizaje social. Realizado de manera individual (3.5-4 horas), consta de los siguientes elementos: información, evaluación, feedback, apoyo y motivación, fortalecimiento de habilidades sociales y de afrontamiento, promoción de la conducta de búsqueda de ayuda y coordinación con padres y colegio.
- ² CAST (Coping And Support Training): programa de *reforzamiento del C-CARE*. Son 12 sesiones bisemanales de una hora.
- ³ RAPP (Raising Awareness of Personal Power): programa psicoeducativo sobre la depresión, el trastorno bipolar y las señales de alarma del suicidio, pautas de acción ante un caso de riesgo y lugares de ayuda. El método se basa en lecturas, juegos interactivos, role-play y análisis de historias.
- ⁴ YNST-II (Youth Nominated Support Team Version II): programa basado en el apoyo social. Un adulto elegido por el joven (con la aceptación de los padres) proveerá apoyo emocional, feedback e información durante los tres meses posteriores a su hospitalización.
- ⁵ P-CARE (Parent-CARE): Programa complementario al C-CARE dirigido a padres, cuyos objetivos son mejorar el manejo y resolución de conflictos, aumentar la escucha activa y las muestras de apoyo, y aprender a guiar a sus hijos en la adquisición de habilidades de automanejo.
- ⁶ *Surviving the Teens*[®], programa basado en el modelo de autoeficacia de Bandura, provee a los jóvenes de: información sobre suicidio y depresión, y estrategias efectivas de afrontamiento frente a los estresores de la vida.
- ⁷ RAP-P (Resourceful Adolescent Parent Program): programa complementario al tratamiento usual del adolescente que involucra a los padres facilitándoles información sobre los servicios adecuados de ayuda y el desarrollo normal del adolescente a la vez que les proporciona estrategias para ayudar a sus hijos a manejar el conflicto y las situaciones de estrés, identificando las fortalezas de los padres.
- ⁸ SAFETY (Safe Alternatives for Teens & Youth): intervención familiar que parte de un análisis cognitivo-conductual de la conducta suicida desde una perspectiva ecológica y con la implicación de toda la familia en el desarrollo de un plan "de seguridad". Basado en la TCC y la TMS.
- ⁹ EMPATHY (Empowering a Multimodal Pathway Towards Healthy Youth): programa a varios niveles que incluye: cribado general, TCC a población universal para incrementar la resiliencia a la depresión, y una entrevista seguida TCC on-line para la población en riesgo.
- ¹⁰ Programa de Concienciación del SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe): Programa cognitivo-emocional-experiencial. A través de lecturas, debates y role-plays se plantean a los jóvenes problemas relacionados con la salud mental y se les enseña a desarrollar habilidades sociales y de solución de problemas y a identificar cuándo deben ser utilizadas.

Tipos de estrategias

- **Tratamientos individuales** [5, 13, 17 y 34] ya sea a través de un formato individual, en grupo o vía internet. Tipos de intervención: Terapia de Solución de problemas, terapias basadas en el apoyo social y en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).
- **Intervenciones familiares** [1, 4, 9, 19, 20, 23, 25, 27, 28, 30, 31 y 33]: se interviene de una manera integrada sobre el joven, sus padres y el funcionamiento familiar. Las intervenciones encontradas están basadas en: la TCC, la Terapia Familiar Sistémica (TFS), Terapia Familiar Basada en el Apego (TFBA), en el desarrollo de habilidades sociales y autoeficacia, o en la psicoeducación.
- **Intervenciones en el ámbito escolar** [3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 22, 26, 29, 32, 35 y 37] engloban un conjunto variado de propuestas que se desarrollan en la escuela. Pueden ser intervenciones universales o indicadas. Se identifican tres grupos: enfocados a aumentar los factores de protección y disminuir los de riesgo; formación de los propios jóvenes como «guardianes» de sus compañeros (psicoeducación, adquisición de habilidades de guardián, etc.); e intervenciones en el ambiente.
- **Capacitación** [2, 14, 15, 16, 29, 36 y 38]: Dirigidos a adultos de distintos ámbitos, son programas psicoeducativos sobre el suicidio (tasas de suicidio, signos de alarma, etc.) y de consecución de habilidades (mejorar la comunicación con los jóvenes, aprender a abordar el tema del suicidio con ellos, reconocer señales de alarma, etc). Algunos de ellos utilizan el entrenamiento *Question Persuade Refer* (QPR, Quinnett, 1995). Muchos de estas intervenciones reciben el nombre de «formación de guardianes» (*gatekeeper training*).
- **Basadas en la publicidad** [18 y 21]: buscan hallar la eficacia de anuncios televisados o carteles informativos sobre el suicidio.

Población diana y tamaño muestral

La edad de los jóvenes sobre los que se realizan estos estudios oscila entre los 10 y los 25 años, aunque en un estudio realizado sobre universitarios se llega a alcanzar los 35 [21].

Tanto **las intervenciones de carácter individual** como las **familiares** son de tipo indicado o selectivo con presencia de intentos previos de suicidios, significativa ideación suicida, alta puntuación en síntomas depresivos, abuso de sustancias, etc. Los criterios de exclusión más habituales suelen ser: síntomas psicóticos o bipolares y estados que limiten la función cognitiva. Se observa una distribución por sexos con una presencia de mujeres superior al 55%, excepto en dos estudios, en los que se presenta en torno al 35% [9, 13].

Las estrategias en el **ámbito escolar**, **basadas en la publicidad** y de **capacitación** realizan intervenciones universales (excepto dos de las realizadas en la

escuela [6, 7]). Esto concuerda con un tamaño muestral mayor y con una distribución de la participación por sexos más igualada (proporción de chicas de un 48-63%). De este modo, mientras que la mediana de los tamaños muestrales de las estrategias individuales y familiares es 61 y 148 respectivamente, la del resto de estrategias es superior a 215, llegando a los 460 en el caso de las intervenciones en la escuela.

Por otro lado, es importante señalar que, aunque las **intervenciones basadas en la capacitación** se intervenga principalmente sobre los adultos, las evaluaciones pueden estar realizadas sobre ellos o sobre los jóvenes sobre los que aquellos puedan entrar en contacto [36].

Tipo de diseño

La investigación de Silverstone et al. [35] está proyectada de un modo complejo en el que un subgrupo de la muestra participa en un diseño cuasi-experimental con grupo de control a la vez que todo el conjunto de la muestra forma parte de un diseño de medidas repetidas. Pasco et al. [29] no especifica si la asignación al grupo experimental o al grupo de control se ha realizado experimentalmente. De los estudios restantes, siete son de medidas repetidas [2, 8, 15, 16, 26, 32 y 33], cinco cuasi-experimentales con grupo de control [3, 4, 30 y 36] y el resto son ensayos con grupo de control aleatorizado.

Duración de la intervención

Atendiendo a su mediana, las intervenciones que muestran mayor duración en el tiempo son las basadas en una estrategia basada en la familia (alrededor de 3 meses), seguidas de las estrategias basadas en el individuo (cerca de los dos meses).

Las intervenciones en el ámbito **escolar** tienen una duración variada. Así, si la intervención se basa en cambios ambientales (por ejemplo, existencia de una consulta de acceso libre), la intervención puede extenderse hasta los dos años. En el caso de tratarse de sesiones o cursos psicoeducativos la duración oscila entre una y cuatro sesiones de entre una y dos.

Por otro lado, las intervenciones en **capacitación** suelen ser breves, desde una hora a pocos días. Aunque las más rápidas son aquellas que estudian el impacto de la publicidad (minutos).

Variables

Las variables dependientes están en función del sujeto evaluado:

- **Jóvenes:** conducta suicida, síntomas depresivos, consumo de sustancias, estilo de afrontamiento, conocimiento sobre el suicidio, actitud hacia el suicidio, actitud de ayuda, autoeficacia.
- **Padres:** conocimiento sobre el suicidio, actitud hacia el suicidio, actitud de ayuda, autoeficacia en sus competencias para distinguir un caso de riesgo y afrontarlo, conducta promotora de apego, estrés y depresión

parental y funcionamiento familiar.

- **Adultos «guardianes»:** conocimiento sobre el suicidio, actitud hacia el suicidio, actitud de ayuda, autoeficacia.

Mientras que las intervenciones sobre poblaciones selectivas o indicadas sí evalúan la conducta suicida, las universales casi nunca tienen en cuenta el efecto sobre esta variable. De hecho, de los veinte estudios de enfoque universal, solamente seis la incluyen [3, 22, 26, 36, 35 y 37].

Los estudios centrados en el individuo y en la familia examinan principalmente la conducta suicida, y, en menor medida, factores de riesgos y factores de protección.

De los 13 ensayos que investigan programas basados en la escuela, sólo siete (dos de ellos en población indicada [6 y 7]) valoran el efecto sobre la conducta suicida [3, 22, 26, 35 y 37]; cinco evalúan factores de riesgo [5, 7, 10, 26 y 35]; tres, factores de protección [5, 10, 35]; siete, las actitudes sobre el suicidio [5, 8, 10, 11, 12, 22 y 26]; cinco, el conocimiento [8, 10, 12 y 32]; y seis, la conducta de guardián o las competencias para ayudar [8, 12, 22, 26, 29 y 32].

Los programas de capacitación tienen como objetivo la mejora en las competencias para ayudar, el conocimiento y las actitudes sobre el suicidio; excepto en el caso de Walrath et al. [36], que mide el impacto de los guardianes en la tasa de suicidio entre los jóvenes.

En los estudios sobre el impacto de la publicidad se estudia el cambio de actitud, el conocimiento y la intención de búsqueda de ayuda.

Resultados de las intervenciones

Conducta suicida

El suicidio consumado sólo se evalúa en estudios de carácter epidemiológico, como el de Walrath et al. [36] y el de Wieggersma et al. [3]. En el primer caso se halló que disminuía significativamente la tasa de suicidios en jóvenes de entre 10 y 24 años en aquellas poblaciones donde se había entrenado a guardianes. Sin embargo, al cabo de dos años esas diferencias desaparecían. Por su parte el estudio epidemiológico de Wieggersma et al. no obtuvo diferencias entre los lugares con acceso a consulta de salud gratuita frente a los que no lo tenían.

La TSP [5, 13] resulta eficaz tanto en reducir la ideación, como los planes, escritos y amenazas suicidas. Las tentativas suicidas no fueron evaluadas en estos trabajos.

Las intervenciones familiares en general resultan más eficaces en reducir las tentativas y las amenazas planes y escritos que la ideación [9 y 25]. Destacan, con resultados significativamente mejores sobre todas las variables de la conducta suicida, los programas: C-CARE, P-C-CARE [20, 28], RAP-P [31] y el SAFETY [33]. El TFBA [19 y 27] arroja resultados prometedores, pero sólo evalúan ideación.

En el ámbito escolar muy pocas intervenciones evalúan su efecto sobre la

conducta suicida. Destacan la investigación de King et al. [26] y, sobre todo, el proyecto SEYLE [37] en su variante de «concienciación», consiguiendo una reducción de los intentos en más de un 50% con un tamaño muestral de más de 11000 jóvenes y un seguimiento de 12 meses.

Factores de riesgo

Según los estudios examinados, los programas C-CARE, P-C-CARE [20, 28], TCC familiar [25], RAP-P [31] y SAFETY [33]; los basados en la TSP [13]; los escolares *Surviving the Teens*® [26] y EMPATHY [35] destacan al reducir los factores de riesgo como depresión, desesperanza, ansiedad, ira, consumo de sustancias y/o depresión parental.

Factores de protección

El programa C-CARE+CAST resultó beneficioso en el ámbito escolar con un seguimiento de seis meses en el aumento de la **capacidad de solución de problemas** [6 y 7].

Los programas C-CARE y P-C-CARE incrementaron significativamente la **autoeficacia** de los jóvenes y que los resultados se mantenían durante seis años [20 y 28].

La TSP fue superior a la lista de espera en jóvenes con depresión mayor para aumentar los niveles de **asertividad y autoestima** con un seguimiento de 12 meses [13].

Tanto la plataforma *on-line* eBridge [34], como el programa escolar *Sources of Strength* [22] consiguieron un significativo aumento de la **conducta de búsqueda de ayuda** frente al grupo de control. Un anuncio televisado sobre la prevención del suicidio aumenta la intención de buscar ayuda entre universitarios frente a los que vieron un cartel o no recibieron información [21]. Sin embargo, entre adolescentes de alto riesgo, aquellos que vieron el anuncio televisado o los carteles mostraron peor afrontamiento [18].

Competencias de guardián

A pesar de encontrarse mejoras en su autoeficacia como «guardianes» tras realizar el programa QPR (Quinnett, 1995) [14, 16 y 38], no se encontraron diferencias significativas en un cambio de conducta (preguntar a jóvenes, etc.) con respecto a la lista de espera, o entre el programa QPR y QPR+ensayos [12 y 18 respectivamente].

Conocimiento sobre el suicidio

El programa QPR demostró que incrementaba significativamente tanto el conocimiento real como el percibido [12 y 38].

El anuncio televisado aumentó significativamente el conocimiento en jóvenes adolescentes frente a las condiciones de cartel o no información. En universitarios no se halló ningún efecto [18 y 21].

Actitudes sobre el suicidio

Tanto los programas de capacitación [2, 12 y 16], como los escolares [8, 11, 12, 22 y 26] pueden mejorar significativamente las actitudes sobre el suicidio.

4. DISCUSIÓN

Tras el repaso de la bibliografía que se ha expuesto, se pueden distinguir tres tipos fundamentales de estrategias en función del tipo de población a las que van dirigidas: las intervenciones indicadas o selectivas, las universales y la estrategia dirigida a la identificación de casos de riesgo: la formación de «guardianes».

Respecto al primer caso, se pueden hallar intervenciones focalizadas en el joven o en el conjunto familiar. Los resultados en general son positivos, sobre todo si se tiene en cuenta que el grupo de control suele recibir los «cuidados usuales» y que la mayoría consigue mejoras significativas en la disminución de la ideación suicida y/o de las tentativas. Por ese motivo, una fuente de información importante puede ser examinar qué hay de diferente en las que no han mostrado esos resultados.

Una de las intervenciones en las que no se ha evidenciado una mejora con respecto al grupo de control ha sido la basada en el apoyo social [17]. Los autores justifican su programa aduciendo que se han encontrado diferencias en los niveles de apoyo familiar encontrado entre jóvenes suicidas y no suicidas. Pero, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este ensayo (y en otro anterior realizado por los mismo autores) y los obtenidos en las intervenciones familiares, parece que lo que realmente es significativo para los jóvenes es percibir el apoyo por parte de sus propios familiares, de su grupo de apoyo natural y primario; y no de otro adulto, aunque lo hayan elegido ellos mismos. De hecho, las intervenciones familiares que han conseguido resultados positivos tienen en común la reconstrucción o el fortalecimiento del tejido de las relaciones familiares, la identificación de sus fortalezas como familia, el desarrollo de habilidades de comunicación y la adquisición de estrategias para afrontar conflictos y problemas.

En esta revisión han aparecido dos intervenciones familiares que, aun persiguiendo los mismo objetivos que las otras, no han conseguido buenos resultados. Son aquellas realizadas en una sesión en el ámbito de la atención en urgencias [4 y 23]. Por lo que queda claro que una sola sesión para toda la familia es insuficiente, a pesar de que haya contactos telefónicos durante un mes.

Las intervenciones individuales que han obtenido buenos resultados en la disminución de la conducta suicida estaban basadas en la TSP [5 y 13], con un seguimiento de un año. Otras revisiones, como la de Callear et al. (2015), que consiguió localizar cuatro ensayos sobre TSP (no familiar), encuentran resultados contradictorios.

En el estudio que acabamos de mencionar, Callear et al. sacan algunas conclusiones interesantes, como que, mientras las intervenciones individuales disminuyen la ideación suicida, las familiares y grupales rebajan la frecuencia de los intentos suicidas. Sin embargo, la presente revisión no puede confirmar esas

afirmaciones, ni tampoco otras que hacían referidas a la variación en la ideación o las tentativas en función de si se medían las variables tras un seguimiento corto o largo (superior a los 18 meses).

Mención aparte merece la entrevista motivacional *on-line* eBridge [34], que sólo buscaba promover la búsqueda de ayuda y obtuvo resultados positivos en ese sentido, aun a pesar de no lograr una alta adherencia. Tampoco es baladí este efecto, puesto que, aunque algunos programas producen un impacto positiva sobre esta variable, no todos lo hacen e incluso hay evidencia de consecuencias iatrogénicas (Klimes-Dougan, Klingbeil y Melle, 2013). Las investigaciones de Klimes-Dougan y su equipo sobre los efectos de la publicidad dan cuenta de estos efectos negativos, aunque, según muestra, estos están mediados por la edad y la pertenencia al grupo de riesgo suicida o no. Así, mientras que entre los 14 y 18 años, la publicidad puede disminuir la conducta de búsqueda de ayuda en poblaciones en riesgo, este efecto no aparece con un grupo de jóvenes en riesgo también pero más mayores (18-35 años) [18 y 32].

En lo referido a las intervenciones universales y a los programas de capacitación, se echa en falta una evaluación del cambio en la conducta suicida. Algo que también ponen de manifiesto otras revisiones (GPC, 2012; Katz et al., 2013; Miller, Eckert y Mazza, 2009). Al leerlos, surgen las preguntas: ¿es suficiente que haya un aumento significativo en el conocimiento del suicidio o en el cambio de actitudes para que disminuyan los suicidios?, ¿es suficiente tener personas significativamente mejor preparadas para reconocer un caso de riesgo?

Sólo hay un ensayo que examine al mismo tiempo conducta suicida y cambio de actitudes: King et al., en su estudio sobre el programa *Surviving the teens*® [26], evaluó al mismo tiempo la conducta suicida, la depresión y desesperanza, el cambio en las actitudes y la intención de ayuda a un compañero, obteniendo resultados significativamente positivos en todas las variables con respecto a la línea base. Sin embargo, su programa abarcaba diversos puntos (estrategias de afrontamiento y psicoeducación) por lo que no podemos deducir qué es lo que en definitiva baja los índices de ideación y tentativas.

Hay otro artículo que aporta algunas claves al respecto: Walrath et al. [36] comparan los índices de suicidio de las poblaciones donde se ha formado a guardianes con aquellos en los que no (equiparando variables que pudieran desvirtuar los resultados). Los resultados son parcialmente positivos, ya que, aunque un año tras los cursos de formación disminuían los suicidios, y esta disminución correlacionaba con el número de personas capacitadas; al cabo de los dos años estos efectos desaparecían por completo. La tarea que se presenta, por lo tanto, es descubrir a qué se debe esta disminución del efecto. No parece lógico pensar que se deba a una disminución de los conocimientos o la autoeficacia de los guardianes, ya que, con la práctica, estas habilidades suelen aumentar. Habría que investigar si existen diferencias en la motivación que influyan en su conducta, o qué otros factores pueden estar interviniendo.

Por otro lado, los datos aportados por Walrath et al. entran en contradicción con los resultados del proyecto SEYLE [37]. En este último se pusieron en marcha cuatro programas durante cuatro semanas: cribado, formación de guardianes para el profesorado (programa QPR), programa de concienciación para los alumnos y una intervención mínima (consistente en proporcionar información de contacto de servicios de salud y de grupos de vida saludable y en colgar de carteles alertando contra el suicidio). Con un año de seguimiento, los resultados del programa QPR no mostraron diferencias en la conducta suicida. Los autores apuntan como una posible explicación que los guardianes sólo pueden actuar ante conductas accesibles a la observación y muchas veces la ideación suicida es disimulada.

A pesar de la escasez de investigaciones en población universal que evalúen la conducta suicida, se han encontrado tres que han mostrado éxito en esta variable. Los factores comunes de estos tres programas son estar diseñados para enseñar a los alumnos a desarrollar habilidades sociales y de afrontamiento. Una de ellos es el programa de concienciación del proyecto SEYLE. De hecho, el éxito de este programa fue mayor que otros programas de intervención en salud pública sobre prevención de acoso escolar o de consumo de tabaco, ya que se observó un porcentaje de descenso mucho mayor (del 50% con respecto al 14-23% de estos otros programas). Los otros dos programas (con un seguimiento menor, sólo de tres meses), son el *Surviving the Teens*® y el EMPATHY [26 y 35 respectivamente]. Lo interesante del programa EMPATHY es que, tras un cribado inicial, sólo recibieron la TCC un grupo de 151 alumnos considerados de alto riesgo y todos los estudiantes de séptimo y octavo curso (dejando fuera a los alumnos de los grados sexto, noveno, décimo, undécimo y duodécimo), y, sin embargo, se observó un descenso significativo general en depresión y riesgo suicida al volver a evaluar a un total de 2790 alumnos. Lo que sugiere que se haya producido una especie de «contagio positivo» entre los alumnos.

Queda manifiesto que es necesaria una mayor investigación sobre este campo, en particular el ámbito español, que permita comprobar la eficacia tanto de las intervenciones como de sus componentes, a corto y a largo plazo sobre las variables de interés (principalmente conducta suicida). A lo largo de la investigación que ha supuesto este trabajo se han detectados ensayos en los que se daba cuenta de intervenciones adaptadas a las necesidades culturales y sociales de poblaciones muy específicas consideradas de alto riesgo (tribus nativas americanas, comunidad latina americana, comunidad afro-americana urbana, etc.), que se descartaron debido a que se consideró que las muy concretas circunstancias de estos grupos eran difícilmente extrapolables a la población general española. También se ha visto cómo la diferencia de edad influye en los efectos de una intervención (aun dentro de una población joven), y que un criterio de exclusión que aparece repetidamente es presentar síntomas psicóticos (a pesar de que es un factor de riesgo para el suicidio). Todo ello invita a pensar en que, según vaya avanzando al investigación, sea necesario ir desarrollando intervenciones adaptadas a grupos de población con

unas características concretas, más allá de la distinción entre intervención indicada, selectiva o universal.

Limitaciones

La revisión ha partido de artículos que se encontraran en línea, por lo que, aunque por medio de la misma bibliografía analizada se ha intentado localizar otros artículos de interés, es más que seguro que datos valiosos hayan quedado fuera de este trabajo. Por otro lado, por cuestiones de extensión, no se han incluido revisiones sistemáticas y meta-análisis hallados, aunque se han comentado sus hallazgos más sobresalientes en la discusión. Otra limitación está causada por los mismos ensayos, y es que, excepto en la frecuencia de suicidios consumados o en el número de ingresos que contabiliza el hospital, la mayoría de los datos son conseguidos mediante pruebas auto-informe.

5. CONCLUSIONES

Tras lo expuesto, se propone como punto de arranque un modelo de prevención en población juvenil apoyado en tres pilares.

1. Formación de guardianes efectiva que permita detectar un caso de riesgo antes de que se produzca un intento.
2. Intervenciones indicadas y selectivas basada en la TSP y en la terapia familiar
3. Intervenciones universales insertadas en la escuela que provean a los estudiantes de herramientas de afrontamiento y de solución de problemas, con un fuerte componente práctico, y adaptadas a las situaciones en las que se pueda ver envuelta la población adolescente.

Nota del autor

A José María Calés, mi tutor del Trabajo Fin de Máster, quien tan bien me supo guiar y motivar para que este trabajo llegara a buen fin.

Referencias bibliográficas

- *Asarnow, J. R., Baraff, L. J., Berk, M. S., Grob, C., Devich-Navarro, M., Suddath, R., Piacentini, J., Rotheram-Borus, M. J., Cohen, D. y Tang, L. (2011). Effects of an Emergency Department mental health intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv.*, 62(11), 1303-1309. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251923/>
- *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. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1), 194-203. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25255931>
- *Baber, K., y Bean, G. (2009). Frameworks: A community-based approach to preventing youth suicide. *Journal of Community Psychology*, 37(6), 684-696. Recuperado de: www.theconnectprogram.org/sites/default/files/site-content/docs/Frameworks-Acommunitybasedapproachtopreventingyouthsuicide.pdf
- Calear, A. L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Busby Grant, J., van Spijker, B., Donker, T. (2015). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 467-482.
- *Ciffone, J. (2007). Suicide prevention: An analysis and replication of a curriculum-based high school program. *Social Work*, 52(1), 41-49.
- *Cigularov, K., Chen, P., Thurber, B. W., y Stallones, L. (2008). Investigation of the effectiveness of a school-based suicide education program using three methodological approaches. *Psychological Services*, 5(3), 262-274. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Konstantin_Cigularov/publication/232591119_Investigation_of_the_Effectiveness_of_a_School-Based_Suicide_Education_Program_Using_Three_Methodological_Approaches/links/558ab60e08ae48b7b56d8939.pdf
- *Cimini, M. D., Rivero, E. M., Bernier, J. E., Stanley, J. A., Murray, A. D., Anderson, D. A., Wright, H. R. y Bapat, M. (2014). Implementing an audience-specific small-group gatekeeper training program to respond to suicide risk among college students: A case study. *Journal of American College Health*, 62(2), 92-100.
- Consejo de Europa (2008). *Resolución 1608 Child and teenage suicide in Europe: a serious public health issue*. Recuperado de: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17639&lang=en>
- *Cross, W. F., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A. M. y, Caine E. D. (2011). Does Practice Make Perfect? A Randomized Control Trial of Behavioral Rehearsal on Suicide Prevention Gatekeeper Skills. *Journal of Primary Prevention*, 32(3-4), 195-211. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21814869>
- *Davidson, M. W., y Range, L. M. (1999). Are teachers of children and young adolescents responsive to suicide prevention training modules? Yes. *Death Studies*, 23(1), 61-71.
- *Diamond, G. S., 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. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22709259>
- *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. *Department of Psychiatry and Human Behavior Faculty Papers, paper 8*. Recuperado de: <http://jdc.jefferson.edu/phbfp/8>
- *Eggert, L. L., Thompson, E. A., Randell, B. P., y Pik, 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.
- *Eskin, M., Ertekin, K., y Demir, H. (2008). Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 32(2), 227-245. Recuperado de: www.academia.edu/download/46824419/Efficacy_of_a_Problem-Solving_Therapy_fo20160627-27035-eeq9sq.pdf
- *Esposito-Smythers, C., Spirito, A., Kahler, C. W., Hunt, J., y Monti, P. (2011). Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 728-739. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22004303>
- Eurostat. (2015) *Crude death rate by suicide of Young people by sex and age*. Recuperado de: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

- Eurostat. (2015) *Suicide death rate by age group*. Recuperado de: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tsdph240>
- Farré, A., Portella, M. J., De Angel, L., Díaz, A., Diego-Adeliño, J., Vegué J., Durán-Sindreu, S., Faus, G., Tejedor, C., Álvarez, E. y Pérez, V. (2016). Benefits of a secondary prevention program in suicide. A 1-year follow-up experimental study compared with a treatment-as-usual control group. *Crisis*, 37(4), 281–289.
- *Ghoncheh, R., Gould, M. S., Twisk, J. W., Kerkhof, A. J., y Koot, H. M. (2016). Efficacy of adolescent suicide prevention E-learning modules for gatekeepers: A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 3(1), e8. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26825006>
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad*. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2015/10/&file=01001.px&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Tasa de mortalidad por causas (lista reducida), sexo y edad*. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2015/10/&file=01004.px&L=0>
- Hacker, K., Collins, J., Gross-Young, L., Almeida, S., y Burke, N. (2008). Coping with youth suicide and overdose: One community's efforts to investigate, intervene, and prevent suicide contagion. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29(2), 86-95.
- *Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., Harrington, V., Woodham, A. M. y Byford, S. (1998). The home-based family intervention resulted in reduced suicidal ideation only for patients without major depression. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37(5), 512-518. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/8d6f/6e557a770c2fbdd865c84f095a48d46365ad.pdf>
- *Hooven, C., Herting, J. R. y Snedker, K. A. (2010). Long-term outcomes for the Promoting CARE Suicide Prevention Program. *Am J Health Behav*. 34(6), 721–736. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20604697>
- *Hooven, C., Herting, J. R. y Snedker, K. A. (2012). Promoting CARE: including parents in youth suicide prevention. *Fam Community Health*, 35(3), 225–235. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22617413>
- *Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., y Pickrel, S. G. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43(2), 183-190. Recuperado de: http://www-bcf.usc.edu/~hueyjr/MST_effects_on_attempted_suicide.pdf
- *Joiner, T. E. J., Voelz, Z. R., y Rudd, M. D. (2001). For suicidal young adults with comorbid depressive and anxiety disorders, problem-solving treatment may be better than treatment as usual. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(3), 278-282.
- Katz, C., Bolton, S., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., y Sareen, J. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30(10), 1030-1045.
- *Keller, D. P., Schut, L. J., Puddy, R. W., Williams, L., Stephens, R. L., McKeon, R., y Chermack, S. (2009). Tennessee lives count: Statewide gatekeeper training for youth suicide prevention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(2), 126-133. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Robert_Stephens2/publication/224123991_Tennessee_Lives_Count_Statewide_Gatekeeper_Training_for_Youth_Suicide_Prevention/links/54b54dfb0cf26833efd0ace7.pdf
- *King, C. A., Eisenberg, D., Zheng, K., Czyz, E., Kramer, A., Horwitz, A., et al. (2015). Online suicide risk screening and intervention with college students: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 630-636. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25688811>
- *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. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19803568>
- *King, K. A., Strunk, C. M., y Sorter, M. T. (2011). Preliminary effectiveness of surviving the teens® suicide prevention and depression awareness program on adolescents' suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors. *Journal of School Health*, 81(9), 581-590.
- Klimes-Dougan, B., Klingbeil, D. A., y Meller, S. J. (2013). The impact of universal suicide-prevention programs on the help-seeking attitudes and behaviors of youths. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(2), 82-97.

- *Klimes-Dougan, B., y Lee, C. S. (2010). Suicide prevention public service announcements: Perceptions of young adults. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(5), 247-254. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Bonnie_Klimes-Dougan/publication/49661371_Suicide_Prevention_Public_Service_Announcements_Perceptions_of_Young_Adults/links/53f35fe70cf2dd48950cb3af/Suicide-Prevention-Public-Service-Announcements-Perceptions-of-Young-Adults.pdf
- *Klimes-Dougan, B., Yuan, C., Lee, S., y Houry, A. K. (2009). Suicide prevention with adolescents: Considering potential benefits and untoward effects of public service announcements. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30(3), 128-135. Recuperado de: <http://www.save.org/wp-content/uploads/2016/08/ContentServer-2.pdf>
- Miller, D. N., Eckert, T. L., y Mazza, J. J. (2009). Suicide prevention programs in the schools: A review and public health perspective. *School Psychology Review*, 38(2), 168-188. Recuperado de: <http://knoxvillepsychs.pbworks.com/f/Suicide+Prevention+Programs+in+the+Schools-2009.pdf>
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Galicia: Avaliat. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
- Nrugham, L., Herrestad, H., y Mehlum, L. (2010). Suicidality among norwegian youth: Review of research on risk factors and interventions. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(5), 317-326.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Suicidio. Nota descriptiva*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- *Pasco, S., Wallack, C., Sartin, R. M., & Dayton, R. (2012). The impact of experiential exercises on communication and relational skills in a suicide prevention gatekeeper-training program for college resident advisors. *Journal of American College Health*, 60(2), 134-140.
- *Pineda, J., & 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 and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 851-862. doi: 10.1016/j.jaac.2013.05.015.
- *Portzky, G., y van Heeringen, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: A controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(9), 910-918.
- *Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Cantwell, C., Belin, T. R., y Song J. (2000). The 18-month impact of an Emergency Room intervention for adolescent female suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1081-1093. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.386.5127&rep=rep1&type=pdf>
- *Silverstone, P. H., Bercov, M., Suen, V. Y. M., Allen, A., Cribben, I., Goodrick, J., et al. (2015). Initial findings from a novel school-based program, EMPATHY, which may help reduce depression and suicidality in youth. *Plos One*, 10(5), e0125527-e0125527. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431804/>
- Spirito, A., Stanton, C., Donaldson, D., & Boergers, J. (2002). Treatment-as-usual for adolescent suicide attempters: Implications for the choice of comparison groups in psychotherapy research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(1), 41-47. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/11514944_Treatment-as-Usual_for_Adolescent_Suicide_Attempters_Implications_for_the_Choice_of_Comparison_Groups_in_Psychotherapy_Research
- *Stuart, C., Waalen, J. K., y Haestromm, E. (2003). Many helping hearts: an evaluation of peer gatekeeper training in suicide risk assessment. *Death Studies*, 27, 321-333. Recuperado de: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj6nY7XuKzXAhWBKcAKHQD-DfgQFggwMAE&url=https%3A%2F%2Fmsrc.fsu.edu%2Fsystem%2Ffiles%2FStuart%2520et%2520al%2520003%2520Many%2520helping%2520hearts-%2520an%2520evaluation%2520of%2520peer%2520gatekeeper%2520training%2520in%2520suicide%2520risk%2520assessment.pdf&usq=AOvVaw2PK-Tf3VyoqtpbtBvBBDk>
- Tejedor, C., Díaz, A., Faus, G., Pérez, V., y Solà, I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatria*, 39(05), 280-7. Recuperado de: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/73/ESP/13-73-ESP-280-287-385438.pdf>

- *Thompson, E. A., Eggert, L. L., Randell, B. P., & Pike, K. C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health, 91*(5), 742-752. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446664/>
- *Walrath, C., Garraza, L. G., Reid, H., Goldston, D. B., y McKeon, R. (2015). Impact of the garrett lee smith youth suicide prevention program on suicide mortality. *American Journal of Public Health, 105*(5), 986-993. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25790418>
- *Wasserman, D. (2015). Outcomes of the SEYLE project on school-based suicide prevention Mental health of European youth. Meeting of the Group of Governmental Experts on Mental Health and Well-Being. Recuperado de: <http://ec.europa.eu/transparency/regexpert/index.cfm?do=groupDetail.groupDetailDoc&id=17384&no=5>
- *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. Recuperado de: <https://academic.oup.com/sw/article-abstract/57/2/133/1936666?redirectedFrom=PDF>
- *Wiegersma, P. A., Hofman, A., y Zielhuis, G. A. (1999). Prevention of suicide by youth health care. *Public Health, 113*(3), 125-130. Recuperado de: http://www.rug.nl/research/portal/files/3171528/Wiegersma_1999_Public_Health.pdf
- *Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J. y Pena, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 104-115. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18229988>
- *Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., Walsh, E. y 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/pubmed/20634440>