


**INTERVENCIONES CLÍNICAS, EDUCATIVAS Y PSICOSOCIALES  
PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Clinical, educational and psychosocial interventions for the prevention of suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review


**Alexis Soto**

University Mayor, Temuco, Chile.  
alexis.soto@umayor.cl

 <https://orcid.org/0000-0002-1304-4438>


**Patricia Villarroel-Gruner**

University Mayor, Temuco, Chile

 <https://orcid.org/0000-0003-2650-9772>


**Bernardino Fernández-Calvo**

Universidad de Córdoba, Córdoba,  
España  
bfc Calvo@uco.es

 <https://orcid.org/0000-0001-8080-5578>

**Juan Antonio Moriana**

Universidad de Córdoba,  
Córdoba, España  
jamoriana@uco.es

 <https://orcid.org/0000-0003-0577-821X>

Este trabajo está depositado en Zenodo:

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.7901607>

**RESUMEN**

El suicidio se presenta como uno de los problemas de salud pública más importantes en la población joven y adolescente. Las dificultades para su estudio han provocado que no existan muchas revisiones e investigaciones sobre sus posibles formas de abordaje. Este trabajo tiene como objetivo realizar una revisión sistemática de las intervenciones clínicas, psicosociales y educativas para la prevención de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. Se realizó una búsqueda en tres bases de datos especializadas (PubMed, Scopus y Web of Sciences) que examinan la evidencia científica de acuerdo con los principios establecidos en el protocolo de la revisión sistemática registrado en PROSPERO (CRD42021242348). Se incluyeron 34 estudios que muestran la influencia de los tratamientos clínicos basados en el modelo cognitivo, la capacitación y el acompañamiento motivacional en la intervención educativa para aumentar el alcance de las intervenciones y su seguimiento. Se discuten algunos aspectos sobre la calidad de estos programas, la diferencia de acciones de prevención en diferentes regiones geográficas, y los programas más usados.

**Palabras claves:** Suicidio; Prevención; Intervención; Educación

**ABSTRACT**

Suicide is presented as one of the most important public health problems in the young and adolescent population, with few reviews. The objective is to carry out a systematic review of clinical, psychosocial and educational interventions for the prevention of suicide in adolescents and adults. A search was performed in three journal search and indexing databases (PubMed, Scopus and Web of Sciences) that examine the scientific evidence according to the principles established in the protocol of the systematic review registered in PROSPERO (CRD42021242348). As results, 34 studies were included that show the influence of clinical treatments based on the cognitive model, training and motivational support in the educational intervention to increase the scope of the interventions and their follow-up. Some aspects of the quality of these programs, the difference in prevention actions in different geographical regions, and the most used programs are discussed.

**Keywords:** Suicide; Prevention; Intervention; Programs; Education

## INTRODUCCIÓN

La conducta suicida (CS) hace referencia a una preocupación o acción intencional que se inflige una persona causándose daño o la propia muerte. Actualmente, se entiende como un continuo que engloba la ideación y el intento, ambas en todas sus expresiones, así como el suicidio consumado (Pedreira-Massa, 2019).

Si bien el suicidio es un fenómeno complejo y multicausal (Soto et al., 2020; Ministerio de Salud, 2013) y se considera un problema grave de salud pública a nivel mundial (Messiah et al., 2019; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021), es transversal a todas las edades y aumenta en grupos de riesgo, como la adolescencia en donde alcanza altas tasas de mortalidad (Fonseca & de Albéniz, 2020; Robinson et al., 2014). Según datos de la OMS (2021), el suicidio es la cuarta causa mundial de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 19 años, en donde gravitan mayores dificultades y eventos importantes de estrés (Amaral et al., 2020) y tiene implicaciones en el sistema familiar, social, y educativo (Bahamón et al., 2019).

Es necesario identificar con prontitud a jóvenes en riesgo (King et al., 2015a), para reducir la pérdida de vidas por suicidio, meta prioritaria de la atención en salud mental (Val & Míguez, 2021). Por ello, un análisis funcional de la conducta suicida es nuclear para detectar el riesgo suicida para implementar medidas de intervención eficaces y de calidad para las personas y sus familias (Fonseca & de Albéniz, 2020).

Aunque el riesgo potencial de suicidio en adolescentes está asociado a factores que podrían aumentar la letalidad, la CS constituye probablemente uno de los fenómenos en donde resulta complejo realizar un estudio preciso sobre causas, síntomas o señales que alerten de su manifestación

(Soto et al., 2020). Por ejemplo, se ha visto que el riesgo futuro de intento de suicidio en personas de 16 años de edad con pensamiento suicida se asocia con autolesiones no suicidas, consumo de cannabis, y consumo de otras drogas ilícitas, aun cuando no hay diferencias entre los predictores de personas con pensamiento suicida y con autolesiones no suicidas (Mars et al., 2019).

Aun así, distintas revisiones sistemáticas y metaanálisis muestran la importancia de tomar conciencia del suicidio, pero no necesariamente las formas de su abordaje que mejoren la angustia y malestar psicológico (Brann et al., 2021), aunque se resalta en estos trabajos que existen más estudios en entornos clínicos que educativos (Robinson et al., 2018). En cambio, otros señalan que el uso de fármacos y programas dirigidos a preparar a personal médico son eficaces en prevenir así como otras intervenciones psicosociales, inicialmente diseñadas para la depresión, a pesar de que no todos los jóvenes con comportamientos suicidas experimentan síntomas de depresión (Mann et al., 2021).

Por otro lado, la principal barrera para la prevención de la CS puede ser de tipo cultural por el estigma y desconocimiento que rodea al fenómeno (Gabilondo, 2020), lo que requiere intervenciones con enfoque integral de la prevención del suicidio que abarquen diferentes niveles de actuación (Robinson et al., 2014).

Por tanto, el objetivo del presente trabajo fue realizar una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales de programas de intervención clínica (tratamientos psicológicos), educativos (acciones de capacitación y educación formalizadas) y psicosociales (intervenciones comunitarias o masivas) de prevención de suicidio ejecutados con jóvenes y adolescentes en contextos clínicos y educativos.

## MÉTODO

Este estudio se realizó de acuerdo con *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA; Moher et al., 2009; Page et al., 2020) y el protocolo de la revisión se registró en PROSPERO (Booth et al., 2012; registro: CRD42021242348). La pregunta de investigación (¿Qué intervenciones clínicas, educativas y psicosociales son las más usadas y eficaces en la prevención de la conducta suicida en adolescentes y jóvenes adultos?), y los criterios de elegibilidad se definieron considerando la estrategia PICO (daCosta-Santos, et al., 2007).

Las publicaciones elegibles cumplieron los siguientes criterios de inclusión: (a) estudios basados en ensayos clínicos aleatorizados y ensayos cuasi experimentales con participantes adolescentes y jóvenes adultos entre 13 y 24 años, siguiendo el criterio de adolescente y jóvenes adultos de la OMS (2021); (b) artículos que evaluaron programas de prevención de la CS en el ámbito clínico y/o educativo, en los últimos 20 años (2000-2021). Por el contrario, fueron excluidos: (a) estudios cualitativos, revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre prevención de suicidio; (b) estudios que combinaban adolescentes con otros grupos de edad, sin incluir efectos del tratamiento en grupos separados; (c) estudios dirigidos exclusivamente a padres o profesores y estudios con poblaciones clínicas y/o específicas, como bipolaridad, jóvenes transgénero, psicosis, entre otras; (d) estudios con intervenciones con el objetivo exclusivo de probar la eficacia de determinados medicamentos. Todos los artículos que cumplieron con los criterios de elegibilidad se incluyeron en la síntesis cualitativa.

Se usó una estrategia de búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scopus y Web of Science, con los siguientes términos: ("*suicide adolescent*" OR "*attempted suicide*" OR sui-

*cid*\*) AND ("*intervention programs*" OR "*prevention*" OR "*reduction*" OR "*intervention*" OR "*Psychosocial Intervention*" OR "*non-pharmacological*" OR "*Preven*"\* OR "*interven*"\*) AND ("*adolescent*", "*adolescents teenagers*", "*Young adults*", "*child*\*).

El procedimiento de recogida de datos se inició el 11 de marzo y finalizó el 17 de abril del 2021. Se revisó la literatura derivada de artículos principales para verificar aquellos artículos que no hubiesen sido detectados en el proceso de búsqueda.

La evaluación de la elegibilidad consideró dos revisores independientemente de una manera estandarizada no cegada, resolviendo desacuerdos por consenso. Se usó Kappa-Cohen para el acuerdo interjueces mostrando un acuerdo fuerte (Landis & Koch, 1977) con índice superior a 0,66. El proceso de recolección de datos utilizó una matriz de evidencia que registró artículos que cumplían con criterios de elegibilidad y razones de exclusión de los que no cumplían con los criterios.

Se encontraron 1625 artículos, en la fase de identificación, tras la lectura de los títulos y palabras claves se eliminaron artículos que evaluaban otros aspectos psicosocioemocionales, o de salud, costos de suicidio, diseños o protocolos de prevención o tratamientos no ejecutados, otras poblaciones (p. ej., militares, población adulta) y un artículo fuera del rango de años buscado, sumando así 1530 artículos suprimidos antes de pasar a la fase de screening.

En la etapa de screening, se realizó el segundo filtro con la lectura de los abstract de cada artículo (95) de ellos, se eliminaron 38 artículos de acuerdo a criterios de exclusión quedando 57 artículos evaluados para su elegibilidad. De esta forma, se inició el tercer proceso de revisión y filtro, con lectura en profundidad de los 57 artículos, de ellos, se eliminaron 22 estudios, algunos repetidos, fuera del rango de edad o protocolos no eje-

cutados, llegando así, a 34 artículos incluidos en esta revisión.

## RESULTADOS

La Tabla 1 resume las características de 34 estudios que se incluyeron en la revisión y su nivel de evidencia.

Al analizar los resultados se distinguen diferencias del tipo de estudio, tipo de intervención, existencia y medición de seguimiento y eficacia declarada.

**TABLA 1.**

Estudios incorporados en la revisión sistemática

Referencia/ País	Tipo de estudio	Programa y comparación	Instrumentos	Participantes	Seguimiento	Resultado	Riesgo de sesgo
Asarnow et al. (2015); EEUU	Observacional (antes-después)	SAFETY <sup>a</sup> v/s DBT: Dialectical Behavior Therapy	Interview Schedule for Children & Adolescents (NIMH DISC IV) Columbia Suicide History Form, Self-report on the 17-item Harkavy-Asnis Suicide Survey, Active Suicidal Behavior and Ideation (ASBI), Passive Suicidal Ideation (PSI), y SA Behavior subscale (from the ASBI Scale) Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) Beck Hopelessness Scale	35	3-6 meses	Eficaz	No es serio
Asarnow et al. (2017) EEUU	ECA	SAFETY v/s Tratamiento usual	Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) Suicide History Interview Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescents (NIMH DISC IV), Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D), The Drug Use Screening Inventory (DUSI) Youth Self-Report (YSR)	42	3-6 -12 meses.	Eficaz	No es serio
Aseltine & DeMartino (2004) EEUU	Observacional (caso control)	SOS <sup>b</sup>	Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) Youth Risk Behavior Survey	2100	3 meses	Eficaz	No es serio <sup>b</sup>
Aseltine et al. (2007) EEUU	Observacional (caso control)	SOS	Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) Youth Risk Behavior Survey	4133	3 meses	Eficaz	No es serio <sup>b</sup>

Czyz et al. (2020) EEUU	Observacional (antes-después)	Text Messages	Preguntas tipo Likert sobre la percepción de los mensajes Positive and Negative Affect Schedule for Children (PANAS-C) Hopelessness Scale for Children	40	1 mes	Eficaz	Serio <sub>b, c</sub>
Czyz, King & Bierman (2019) EEUU	ECA	MI-SafeCope <sup>c</sup> v/s Tratamiento Usual	Parent-Family Connectedness scale Self-Assessed Expectations of Suicide Risk Scale; The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	36	2-4 - 12 semanas	Eficaz	No es serio <sup>e</sup>
Czyz et al. (2021) EEUU	ECA	MI-SP + Texts <sup>d</sup>	The Efficacy to Cope with Suicidal Thoughts and Urges Scale Parental Self-Efficacy Scale The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (CSSRS)	80	13- meses	Eficaz	No es serio <sup>e</sup>
Diamond et al. (2019) EEUU	ECA	ABFT <sup>e</sup> y FE-NST <sup>f</sup>	The Suicidal Ideation Questionnaire-Junior (SIQ-JR Monthly); The Beck Depression Inventory-II (BDI-II); The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS); The Self-Report of Family Functioning (SRFF); The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)	129	4,-8,-12 16 semanas	No mostró diferencias	No es serio
Diamond et al. (2010) EEUU	ECA	ABFT	The self-report SIQ-JR, Scale for Suicidal Ideation (SSI) The Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	66	6-12 - 24 semanas.	No mostró diferencia	No es serio
Donalson, Spirito & Esposito-Smythers (2005) EEUU	ECA	SBT <sup>g</sup>	Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) Suicide Ideation Questionnaire (SIQ) The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D). The State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)	31	3-6 meses	No mostró diferencias	No es serio

Esposito-Smythers et al. (2019) EEUU	ECA	F-CBT <sup>h</sup> v/s Tratamiento usual	Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS) Suicidal ideation questionnaire-junior (SIQ-Jr.); Self-injurious thoughts and behavior interview (SITBI) Children's depression inventory 2 (CDI-2)	147	6-12-18 meses.	No mostró diferencias	No es serio <sup>g</sup>
Hassanian-Moghaddam et al. (2011) Irán	ECA	Postcards	Cuestionario con preguntas directas	2300	12 semanas	Eficaz	No es serio
Hom, Davis & Joiner (2018) EEUU	Observacional (Cohorte)	SOSA <sup>i</sup>	Beck Scale for Suicide Ideation Beck Hopelessness Scale Resilience Appraisals Scale (RAS)	92	no declara	Eficaz	Muy serio <sup>b,c</sup>
Högberg & Hällström (2018) Suiza	ECA	MR-CBT <sup>i</sup> v/s Tratamiento Usual	Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ); World Health Organization 5 Well-being Index (WHO-5); Columbia Suicide; Severity Rating Scale (C-SSRS)	27	No	Eficaz	Serio <sup>i</sup>
Huey et al. (2004) EEUU	Observacional (Cohorte)	MST <sup>k</sup>	Family, Friends, and Self Scale (FFS) Brief Symptom Inventory (BSI) Child Behavior Checklist (CBCL) Hopelessness Scale for Children Youth Risk Behavior Survey (YRBS)	156	4-12 meses	Eficaz	Serio <sup>c</sup>
Kahn et al. (2020) Europa	ECA	YAM <sup>l</sup> v/s Minimal Intervention	Paykel Suicide Scale's (PSS) SEYLE questionnaire	5654	3-12 meses	No mostró diferencia	No es serio
Keller & Wilkinson (2017) EEUU	Observacional (antes-después)	Actividad Teatral	Let's Talk Suicide Prevention survey	224	6 meses	Eficaz	Serio <sup>b,c</sup>

Kennard et al. (2018) EEUU	ECA	ASAP <sup>m</sup> v/s tratamiento usual	Youth Self-Report scale Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders scale Patient Health Questionnaire CRAFFT Regulation of Emotions Questionnaire Distress Tolerance Scale Multidimensional Scale of Perceived Social Support	66	1-3- 6 meses	No mostró diferencias	No es serio
King et al. (2015) EEUU	ECA	TOC <sup>n</sup> v/s tratamiento usual	Suicidal Ideation Questionnaire–Junior (SIQ-JR) Reynolds Adolescent Depression Scale–2, Short Form (RADS-2: SF) Beck Hopelessness Scale (BHS) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) CRAFFT	49	2 meses	Eficaz	No es serio
King et al. (2009) EEUU	ECA	YST-II <sup>o</sup> v/s tratamiento usual	Suicidal Ideation Questionnaire–Junior (SIQ-JR) Children's Depression Rating Scale–Revised (CDRS-R) Beck Hopelessness Scale Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS)	448	3-12 meses	Eficaz	No es serio
King et al. (2006) EEUU	ECA	YST-I v/s tratamiento usual	Spectrum of Suicide Behavior Scale Youth Self-Report (YSR) Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS)	289	6 meses	No mostró diferencias	No es serio <sup>c,i</sup>

McCauley (2018) EEUU	ECA	DBT <sup>®</sup> v/s (IGST) <sup>a</sup>	Suicide Attempt Self Injury Inter- view (SASII) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School- Aged Children (KSADS) Suicidal Ide- ation Question- naire-Junior (SIQ-JR)	173	12 meses	Eficaz	No es serio
Morthorst et al. (2012) Dinamarca	ECA	AID <sup>r</sup> v/s in- tervención localizada	Recopilado en la intervención	243	12 meses	No mos- tró dife- rencias	Serio <sup>c</sup>
Pisani et al. (2018) EEUU	Observa- cional (an- tes-des- pués)	Text4Stren- gth	Short Mood and Feelings Questionnaire Psychological Distress Scale Generalized Anxiety Disor- der 7-item scale Difficulties in Emotion Regu- lation Scale	175	9 semanas	No mos- tró dife- rencias	Serio <sup>b, c</sup>
Silverstone et al. (2015) Canadá	ECA	EMPATHY <sup>®</sup>	Patient health questionnaire (PHQ-9) Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) Rosenberg Self-Esteem Scale KIDSCREEN CRAFFT	503	12 semanas	Eficaz	No es serio
Slee et al. (2008) Paí- ses Bajos	ECA	CBT <sup>+</sup> v/s Tratamiento Usual	Beck Depres- sion Inventory II (BDI-II) Symptom Checklist-90 Robson Self-Concept Questionnaire Suicide Cogni- tion Scale Coping Invento- ry for Stressful Situations (CISS)	82	3-6-9 meses	Eficaz	No es serio
Stanley, et al. (2009) EEUU	Observa- cional (an- tes-des- pués)	CBT-SP <sup>u</sup>	Children's Dep- ression Rating Scale Beck Depres- sion Inventory II	110	6 meses	Eficaz	Serio <sup>k</sup>
Tang et al. (2009) China	Observa- cional (an- tes-des- pués)	IPT-A-IN <sup>v</sup> v/s Tra- tamiento Usual	Beck Depres- sion Inventory-II (BDI-II) Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) Beck Anxiety Inventory (BAI) Beck Hope- lessness Scale (BHS)	73	No	Eficaz	No es serio



Thompson et al. (2001) EEUU	Observacional (Control-Otros combinados)	C-CARE <sup>v</sup> y CAST <sup>x</sup>	Suicide Risk Screen The High School Questionnaire Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	460	9 meses	Eficaz	No es serio
Wasserman et al. (2015) EEUU	ECA	SEYLE <sup>z</sup>	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Paykel Hierarchical Suicidal Ladder	1110	3-12 meses	No mostró diferencia	No es serio
Wijana et al. (2018) Suecia	Observacional (antes-después)	ICT <sup>z</sup>	Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI-9r) The Youth Self-Report (YSR) The Perceived Stress Scale Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) Hospital Anxiety and Depression Survey (HADS)	49	6 -12 meses	Eficaz	Muy serio <sup>o</sup>
Wharff et al. (2019) EEUU	ECA	FBCI <sup>g</sup> v/s Tratamiento usual	Reasons for Living Inventory for Adolescents Family Empowerment Scale (FES) Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)	139	3-7 -30 días.	Eficaz,	No es serio
Xavier et al. (2019) Brasil	ECA	Intervención de resolución de problemas v/s tratamiento usual	ISO-30 CES-D The Social Problem-Solving Inventory-Revised	100	1-3 -6 meses	Eficaz	No es serio
Zisk et al. (2019) EEUU	ECA	ABFT <sup>v</sup> v/s FE-NST <sup>z</sup>	Beck Depression Inventory-II (BDI-II) Suicidal Ideation Questionnaire-Junior (SIQ-JR)	129	4-8-12- 16 semanas.	No mostró diferencia	No es serio

Nota. ECA = Ensayo clínico aleatorizado. <sup>a</sup> Safe Alternatives for Teens and Youths (SAFETY). <sup>b</sup> Signs of Suicide (SOS) <sup>c</sup> motivational interview (MI)-enhanced safety planning (MI-SafeCope), <sup>d</sup> Motivational Interview-Enhanced Safety Plan (MI-SP). <sup>e</sup> Attachment-based Family Therapy (ABFT) <sup>f</sup> Family Enhanced Non-Directive Supportive Therapy (FE-NST)

<sup>g</sup> Skills-based treatment (SBT), <sup>h</sup> family-focused outpatient cognitive behavioral treatment (F-CBT), Survivors of Suicide Attempts (SOSA), <sup>i</sup> systematized mood-regulation focused cognitive behavioral therapy (MR-CBT) <sup>k</sup> Multisystemic therapy (MST), <sup>l</sup> Youth Aware of Mental Health (YAM) <sup>m</sup> As Safe as Possible (ASAP), <sup>n</sup> Teen Options for Change <sup>o</sup> Youth-Nominated Support Team-Version II, <sup>p</sup> dialectical behavior therapy (DBT), <sup>q</sup> Individual and group supportive therapy (IGST), <sup>r</sup> Assertive intervention for deliberate self-harm (AID), <sup>s</sup> Empowering a Multimodal Pathway Towards Healthy Youth (EMPATHY) <sup>t</sup> Cognitive-behavioral therapy (CBT), <sup>u</sup> Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP), <sup>v</sup> interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk (IPT-A-IN), <sup>w</sup> Counselors CARE (C-CARE), <sup>x</sup> Coping and Support Training (CAST), <sup>y</sup> Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE), <sup>z</sup> Intensive Contextual Treatment (ICT) <sup>aa</sup> family-based crisis intervention (FBCI), <sup>ab</sup> Attachment-based Family Therapy (ABFT) <sup>ac</sup> Family Enhanced Non-Directive Supportive Therapy (FE-NST)

<sup>a</sup> Muestra pequeña, <sup>b</sup> Sin evidencia de aleatorización, <sup>c</sup> No declara cegamiento de participantes, <sup>d</sup> Sin diferencia en grupos de tratamiento, <sup>e</sup> Algunos participantes se enteraron de la asignación de grupos, no se declaran pérdidas en el seguimiento, <sup>f</sup> La muestra reclutó en una unidad de hospitalización psiquiátrica, se presentan niveles muy altos de psicopatología y dificultades familiares complejas, <sup>g</sup> No hay seguimiento

Los tipos de estudios reportados en esta revisión contemplan ensayos clínicos aleatorios (ECA) y estudios observacionales (EO), estudio caso control, estudios de cohorte y estudios antes después, todos ellos ejecutados y con resultados disponibles, entre los programas analizados están: Programa de prevención Signos de Suicidio (SOS; Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007), programa educativo que incorpora materiales didácticos, dramatizaciones de signos de suicidio y depresión, formas de reaccionar ante alguien deprimido y suicida, así como entrevistas con personas que han sido afectadas por el suicidio; Plan de Seguridad Mejorado por Entrevista Motivacional (MI-SP; Cxyz et al., 2021) y *Motivational Interviewing-Enhanced Safety Planning for Adolescents* (MI-SAFECOPE; Cxyz et al., 2019), que trabajan a través de monitores que aumentan la motivación de adolescentes que presentan conducta suicida para adherirse a un plan de seguridad y afrontamiento, resolver la ambivalencia, y apoyar la autoeficacia después del alta. MI-SafeCope incluye (a) plan de seguridad mejorado (MI-SP) entregado durante la hospitalización, (b) llamadas de refuerzo posteriores al alta y (c) mensajes de texto después del alta.

*Survivors of Suicide Attempts* (SOSA; Hom et al., 2018), programa estructurado como grupo de apoyo que enfatiza la conversación impulsada por los compañeros, el intercambio de información y la psicoeducación, así como las necesidades emocionales y prácticas de los miembros (Hom et al., 2018). *Youth Aware of Mental Health* (YAM; Kahn et al., 2020), es un programa de intervención para aumentar la conciencia de los adolescentes sobre factores de riesgo y protección asociados con suicidio aumentando la reflexión sobre sus diferentes estrategias de afrontamiento, basado en juegos de roles y debates interactivos, centrados en dilemas cotidianos, estrés, crisis, depresión y tendencias suicidas.

*As Safe as Possible* (ASAP; Kennard et al., 2018), se centra en la regulación de las emociones y la planificación de la seguridad. Se imparte en la unidad de hospitalización, y continúa después del alta hospitalaria para revisar el uso del plan de seguridad, y el cumplimiento de los acuerdos establecidos.

*Teen Options for change* (TOC; King et al., 2015b), intervención breve que usa el entorno de emergencia, en el que un adolescente, padre o tutor suele estar frente a una conducta suicida, se basa en la teoría de la autoterminación de la autorregulación y el cambio, a través de entrevistas motivacionales y un plan de acción personalizado con tareas.

*Youth-Nominated Support Team-Version I* (YST I; King et al., 2006) *Youth-Nominated Support Team-Version II* (YST II; King et al., 2009), proporcionan apoyo emocional a través de personas (adultos o adolescentes capacitados) quienes abordan los problemas de salud mental y oportunidades de asistencia informal para la resolución de problemas. El YST II actualiza los recursos de psicoeducación, e incluye solo adultos como personas de apoyo e intervenciones más acotadas.

*Assertive Intervention for Deliberate Self Harm* (AID; Morthorst et al., 2012), programa fundamentado en la asistencia activa de enfermeras especialistas que brindan intervención en crisis y resolución flexible de problemas, incorporando apoyo motivacional.

Intervención de apoyo social y desarrollo de habilidades en grupos pequeños (C-CARE) y programa de entrenamiento de afrontamiento y apoyo (CAST) (Thompson et al., 2001), consisten en una breve intervención, el primero diseñado para brindar empatía y apoyo, desarrollar conexiones de redes sociales de jóvenes con adultos en la escuela y el hogar, y desarrollar sus propios recursos personales, por ejemplo, habilidades de afrontamiento positivas

y comportamientos de búsqueda de ayuda. El segundo programa, CAST, trabaja a través de las capacitaciones en habilidades para la vida en grupos pequeños de estudiantes.

*Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE; Wasserman et al., 2015), es una iniciativa europea que evalúa la eficacia de tres intervenciones sobre la conducta suicida: entrenamiento a gatekeepers, psicoeducación (*awareness*), y screening por parte de profesionales.

Los tipos de intervención usadas en los estudios revisados fueron muy variadas, pero se pueden agrupar en torno a tres categorías: las intervenciones psicológica, educativas y psicosociales y las que usan medios tecnológicos. Los tratamientos e intervenciones psicológicas de corte individual, familiar y mixto usaron diferentes tipos de técnicas: terapia cognitivo conductual (Högberg & Hallström, 2018; McCauley, 2018; Silverstone et al., 2015; Slee et al., 2008; Stanley et al., 2009), tratamiento cognitivo conductual ambulatorio (Espósito-Smythers et al., 2019), psicoterapia interpersonal intensiva (Tang et al., 2009), intervención asertiva para autolesiones deliberadas (Morthorst et al., 2012), intervención psicológica en resolución de problemas (Xavier et al., 2019) y tratamiento basado en habilidades (Donalson et al., 2005). Las intervenciones familiares implementadas fueron: terapia familiar basada en apego (Diamond et al., 2010; Diamond et al., 2019; Zisk et al., 2019), terapia familiar cognitivo conductual (Asarnow et al., 2015; Asarnow et al., 2017), terapia multisistémica (Huey et al., 2004), e intervención de crisis basada en la familia (Wharff et al., 2019); mientras que de manera mixta se usó la terapia integral individual y familiar (Wijana et al., 2018).

Las intervenciones educativas y psicosociales usadas fueron: talleres preventivos (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007), capaci-

taciones de apoyo (Thompson et al., 2001), y entrevistas motivacionales (Czyz et al., 2019; King et al., 2015b), mientras que las intervenciones psicosociales se centraron en acciones de acompañamiento grupal, capacitación y acompañamiento para intervenciones psicosociales (Kahn et al., 2020; Wasserman et al., 2015), además de modelos y grupos de apoyo social (Hom, Davis & Joiner, 2009; King et al., 2006; King et al., 2009). Finalmente, las intervenciones con medios tecnológicos implementaron la mensajería de texto (Czyz et al., 2020), llamadas telefónicas y aplicaciones descargables en el móvil (Kennard et al., 2018) que sirvieron para reportar síntomas y mantener contacto con unidades de salud (Czyz et al., 2021; Pisani et al., 2018).

El seguimiento se relaciona con llamadas telefónicas, entrevistas y en algunos casos aplicaciones de pruebas. Tres estudios (8,6 %) no indican seguimiento (Hom et al., 2018; Högberg & Hällström, 2018; Tang et al., 2009), mientras los estudios restantes, realizaron seguimientos en periodos de una semana hasta un año posterior a la intervención. Respecto a la eficacia, 23 estudios (67,6%) mostraron información de sus intervenciones, reduciendo la intención suicida y/o la sintomatología asociada, o mejorando la comunicación o solicitud de ayuda (Asarnow et al., 2015; Asarnow et al., 2017; Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Czyz et al., 2020; Czyz et al., 2019; Czyz et al., 2021; Hassanian-Moghaddam et al., 2011; Hom et al., 2018; Högberg & Hällström, 2018; Huey et al., 2004; Keller & Wilkinson, 2017; King et al., 2009; King et al., 2015b; McCauley, 2018; Silverstone et al., 2015; Slee et al., 2008; Stanley, et al., 2009; Tang et al., 2009; Thompson et al., 2001; Wijana et al., 2018; Wharff et al., 2019; Xavier et al., 2019).

Los once estudios restantes (32, 3%) no mostraron diferencias entre tratamientos probados, o entre grupo

experimental y grupo control, lo que dificulta establecer eficacia del programa (Diamond et al., 2010; Diamond et al., 2019; Donalson et al., 2005; Esposito-Smythers et al., 2019; Kahn et al., 2020; Kennard et al., 2018; King et al., 2006; Morthorst et al., 2012; Pisani et al., 2018; Wasserman et al., 2015; Zisk et al., 2019).

## DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue revisar sistemáticamente los ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales asociados a programas de intervención clínica, psicosocial y educativa de prevención de suicidio implementados con jóvenes y adolescentes durante los últimos 20 años. Si bien el suicidio es un tema de preocupación universal, es posible evidenciar que este esfuerzo está localizado en zonas específicas y no en todos los países, por lo que existiría una necesidad de nuevos estudios debido a la baja calidad general de la evidencia en países de ingresos medios y bajos (Harrod et al., 2014).

La mayoría de las intervenciones psicológicas usan modelos cognitivos conductuales, y entrevistas motivacionales, centradas en la formación de educadores y monitores, destinadas a sensibilizar a la población adolescente respecto del suicidio.

Algunos resultados se basan en autoinformes realizados por efecto de la intervención, y se desconoce si posterior al seguimiento estos efectos cambian. Por esta misma razón se presentaron análisis de pruebas psicológicas mostrando diferencias de grupos, o mediciones pre-post, que, en algunos casos, son mencionadas como limitaciones del estudio, debido a un probable sesgo por el conocimiento y habituación que el adolescente puede tener de la prueba aplicada. En otros casos el resultado de la intervención fue medida por preguntas relacionadas con la hospitalización, reducción de síntomas, informes de intentos de suicidio o registros de fallecimientos.

En la eficacia de la intervención realizada existió un número importante de estudios que no obtuvieron buenos resultados, dicha evaluación se realizó comparando tratamientos habituales de prevención del suicidio, con programas nuevos, por lo que en muchas ocasiones el cambio de estrategia puede ser muy sutil y no necesariamente logró generar un cambio notable en su comportamiento.

Frente a esto se plantea la necesidad de realizar ECAs de todas las categorías de intervención para abordar la heterogeneidad clínica y etiológica de la conducta suicida en adolescentes, específicamente la ideación suicida y los síntomas depresivos (Clarke et al., 2019).

SEYLE, YAM, CARE y SOS son programas que apuntan a capacitaciones, clases y talleres desarrollados en ambientes escolares lo que es coherente con Bahamón et al (2019) que indica que los centros educativos tienen una notable preocupación al ser contextos vulnerables con riesgo de suicidio en sus estudiantes, por lo mismo, este tipo de programas resulta fundamental para abordar y prevenir suicidio, en la medida que estas acciones sean repetidas a través del tiempo (Mann et al., 2021). Las instituciones educativas pueden trabajar para reducir el suicidio de jóvenes (Pickering et al., 2018) adoptando políticas que se alineen con las recomendaciones de mejores prácticas relacionadas con la prevención y la intervención del suicidio (Breux & Boccio, 2019).

Como perspectivas futuras, los resultados sugieren explorar la efectividad de programas como CAMS (Evaluación y gestión colaborativa de las tendencias suicidas) u otros asociados a estrategias basadas en la evidencia (Jobes et al., 2019) o de otros tipos de programa que integren información y educación psicosocial sobre suicidio, terapias psicológicas y plataformas digitales que acompañen un proceso de seguimiento efectivo.

Así también incorporar vínculos de los programas de prevención con otras estrategias de probado reconocimiento de bienestar psíquico adolescente como el programa de aprendizaje socioemocional (SEL) que opera como mecanismo de prevención temprana (Zamora et al., 2019), estrategias de mentalización que han mostrado un factor importante de resiliencia frente a factores de estrés (Bateman & Fonagy, 2018) u otras experiencias específicas con poca evidencia científica vinculada a esta temática.

## CONCLUSIÓN

Se identificaron 34 intervenciones clínicas, educativas y psicosociales para prevenir CS en adolescentes y adultos jóvenes que presentan de forma clara resultados en torno a los efectos de diversos programas orientados a influir en dicha conducta. Del análisis de los estudios revisados fue posible señalar que los programas que cuentan con efectividad declarada e indicadores altos de calidad de la certeza fueron principalmente los clínicos, que operan con tratamientos psicológicos, por lo que estos resultaron los más relevantes a la hora de elegir construir o planificar un programa de prevención de suicidio.

Aun cuando existen intervenciones directas que son efectivas en la prevención de la conducta suicida, como se demostró en la presente revisión sistemática, no parecen suficientes. Se necesita aumentar el conocimiento y evidencia científica sobre nuevos programas para reducir aún más, tanto las muertes por suicidio como las tentativas. Estos programas deben estar respaldados por estudios empíricos, preferentemente a través de ECAs, que permitan transformar las experiencias profesionales en evidencia científica relevante para la toma de decisiones, una vez que la conducta suicida a cualquier edad es un hecho humano de gran complejidad que debe ser abordado desde perspectivas diferentes de conocimiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, A. P., Sampaio, J. U., Matos, F. R. N., Pocinho, M. T. S., de Mesquita, R. F., & Sousa, L. R. M. (2020). Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção. *Enfermería Global*, 19(3), 1-35. <https://doi.org/10.6018/eglobal.402951>.

Asarnow, J. R., Berk, M., Hughes, J. L., & 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: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*. American Psychological Association, Division, 53, 44(1), 194-203. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.940624>

Asarnow, J. R., Hughes, J. L., Babeva, K. N., & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 506-514. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015>

Aseltine, R. H., Jr, & DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American journal of public health*, 94(3), 446-451. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.3.446>

Aseltine, R. H., Jr, James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC public health*, 7, 161. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-161>

Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos-Herrera, A. M., Vinaccia, S., Cabezas Corcione, A., & Sepúlveda-Aravena, J. (2019). Efectos del programa CIPRES sobre el riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2), 83-91. <https://doi.org/10.5944/rppc.23667>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2018). Tratamiento basado en la mentalización. *Aperturas Psicoanalíticas*, 59(31), 1-22. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>

Booth, A., Clarke, M., Dooley, G., Gher-



si, D., Moher, D., Petticrew, M., & Stewart, L. (2012). The nuts and bolts of PROSPERO: an international prospective register of systematic reviews. *Systematic reviews*, 1(2), 1-9. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-2>

Brann, K. L., Baker, D., Smith-Millman, M. K., Watt, S. J., & DiOrío, C. (2021). A meta-analysis of suicide prevention programs for school-aged youth. *Children and Youth Services Review*, 121, 105826. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105826>

Breux, P., & Boccio, D. E. (2019). Improving Schools' Readiness for Involvement in Suicide Prevention: An Evaluation of the Creating Suicide Safety in Schools (CSSS) Workshop. *International journal of environmental research and public health*, 16(12), 2165. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122165>

Clarke, S., Allerhand, L. A., & Berk, M. S. (2019). Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-1794. <https://doi.org/10.12688/f1000research.19868.1>

Czyz, E. K., Arango, A., Healy, N., King, C. A., & Walton, M. (2020). Augmenting Safety Planning with Text Messaging Support for Adolescents at Elevated Suicide Risk: Development and Acceptability Study. *JMIR mental health*, 7(5). <https://doi.org/10.2196/17345>

Czyz, E.K., King, C.A. & Biermann, B.J. (2019). Motivational Interviewing-Enhanced Safety Planning for Adolescents at High Suicide Risk: A Pilot Randomized Controlled Trial. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 48(2), 250-262. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1496442>

Czyz, E. K., King, C. A., Prouty, D., Micol, V. J., Walton, M., & Nahum-Shani, I. (2021). Adaptive intervention for prevention of adolescent suicidal behavior after hospitalization: a pilot sequential multiple assignment randomized trial. *Journal of child psychology and psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13383>

da Costa-Santos, C.M., de Mattos-Pimenta, C.A., & Nobre, M.R. (2007). The PICO strategy for the research question

construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem*. 15(3), 508-11. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>. PMID: 17653438.

Diamond, G. S., Kobak, R. R., Krauthamer Ewing, E. S., Levy, S. A., Herres, J. L., Russon, J. M., & 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 and Adolescent Psychiatry*, 58(7), 721-731. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.006>

Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122-131. <https://doi.org/10.1097/00004583-201002000-00006>

Donaldson, D., Spirito, A., Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 44(2),113-20. <https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00003>.

Esposito-Smythers, C., Wolff, J. C., Liu, R. T., Hunt, J. I., Adams, L., Kim, K., Frazier, E. A., Yen, S., Dickstein, D. P., & Spirito, A. (2019). Family-focused cognitive behavioral treatment for depressed adolescents in suicidal crisis with co-occurring risk factors: a randomized trial. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(10), 1133-1141. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13095>

Fonseca-Pedrero, E., & de Albéniz, A. P. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>

Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>

Harrod, C. S., Goss, C. W., Stallones,

L., & DiGiuseppi, C. (2014). Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings. The Cochrane database of systematic reviews, (10), CD009439. [10.1002/14651858.CD009439.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009439.pub2)

Hassanian-Moghaddam, H., Sarjami, S., Kolahi, A. A., & Carter, G. L. (2011). Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *The British Journal of Psychiatry*, 198(4), 309-316. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.067199>.

Högberg, G., & Hällström, T. (2018). Mood Regulation Focused CBT Based on Memory Reconsolidation, Reduced Suicidal Ideation and Depression in Youth in a Randomised Controlled Study. *International journal of environmental research and public health*, 15(5), 921. <https://doi.org/10.3390/ijerph15050921>

Hom, M. A., Davis, L., & Joiner, T. E. (2018). Survivors of suicide attempts (SOSA) support group: Preliminary findings from an open-label trial. *Psychological Services*, 15(3), 289-297. <https://doi.org/10.1037/ser0000195>

Huey, Jr. S. J., Henggeler, S.W., Rowland, M.D., Halliday-Boykins, C.A., Cunningham, P.B., Pickrel, S.G. & Edwards, J. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(2):183-90. <https://doi.org/10.1097/00004583-200402000-00014>

Jobes, D. A., Vergara, G. A., Lanzillo, E. C., & Ridge-Anderson, A. (2019). The potential use of CAMS for suicidal youth: building on epidemiology and clinical interventions. *Children's Health Care*, 48(4), 444-468. <https://doi.org/10.1080/02739615.2019.1630279>

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*, 29(12), 1671. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01476-w>.

Keller, S. N., & Wilkinson, T. (2017). Preventing suicide in Montana: a community-based theatre intervention. *Journal of social marketing*, 7(4), 423-440. <https://doi.org/10.1108/JSOCM-12-2016-0086>

Kennard, B. D., Goldstein, T., Foxwell, A. A., McMakin, D. L., Wolfe, K., Biernesser, C., Moorehead, A., Douaihy, A., Zullo, L., Wentroble, E., Owen, V., Zelazny, J., Iyengar, S., Porta, G., & Brent, D. (2018). As Safe as Possible (ASAP): A Brief App-Supported Inpatient Intervention to Prevent Postdischarge Suicidal Behavior in Hospitalized, Suicidal Adolescents. *The American journal of psychiatry*, 175(9), 864-872. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101151>

King, C. A., Eisenberg, D., Zheng, K., Czyz, E., Kramer, A., Horwitz, A., & Chermack, S. (2015a). Online suicide risk screening and intervention with college students: a pilot randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(3), 630-636. <https://doi.org/10.1037/a0038805>

King, C. A., Gipson, P. Y., Horwitz, A. G., & Opperman, K. J. (2015b). Teen options for change: an intervention for young emergency patients who screen positive for suicide risk. *Psychiatric services*, 66(1), 97-100. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300347>

King, C. A., Klaus, N., Kramer, A., Venkataraman, S., Quinlan, P., & 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. <https://doi.org/10.1037/a0016552>

King, C.A., Kramer, A., Preuss, L., Kerr, D.C., Weisse, L. & Venkataraman, S. (2006). Youth-Nominated Support Team for Suicidal Adolescents (Version 1): a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 74(1):199-206. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.199>. PMID: 16551158.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 159-174.

Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving suicide prevention

through evidence-based strategies: a systematic review. *American journal of psychiatry*, 178(7), 611-624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>

Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(4), 327-337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)

McCauley, (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777-785. <https://doi.org/10.1001/jama-psychiatry.2018.1109>

Messiah, A., Notredame, C. E., Demarty, A. L., Duhem, S., Vaiva, G., & AlgoS investigators (2019). Combining green cards, telephone calls and post-cards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. *PloS one*, 14(2), e0210778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210778>

Ministerio de Salud (2013). Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones: Orientaciones para su implementación. Santiago de Chile. [https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa\\_Nacional\\_Prevencion.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf)

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>

Morthorst, B., Krogh, J., Erlangsen, A., Alberdi, F., & Nordentoft, M. (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self-harm) trial: randomised controlled trial. *BMJ*, 345. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4972>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, 17 de junio). Suicidio: datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Page, M. J., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Meta-ArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31222/osf.io/v7gm2>

Pedreira-Massa, J. L. (2019). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 217-237. <https://doi.org/10.5944/rppc.26280>

Pickering, T. A., Wyman, P. A., Schmeelk-Cone, K., Hartley, C., Valente, T. W., Pisaní, A. R., ... & LoMurray, M. (2018). Diffusion of a peer-led suicide preventive intervention through school-based student peer and adult networks. *Frontiers in psychiatry*, 9, 598. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00598>

Pisaní, A. R., Wyman, P. A., Gurditta, K., Schmeelk-Cone, K., Anderson, C. L., & Judd, E. (2018). Mobile phone intervention to reduce youth suicide in rural communities: field test. *JMIR mental health*, 5(2). <https://doi.org/10.2196/10425>

Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Yung, A., Yuen, H. P., Templer, K., & Pirkis, J. (2014). The development of a randomised controlled trial testing the effects of an online intervention among school students at risk of suicide. *BMC psychiatry*, 14, 155. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-155>

Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., ... & Hetrick, S. (2018). What works in youth suicide prevention? A systematic review and meta-analysis. *EclinicalMedicine*, 28(4-5), 52-91. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.10.004>

Silverstone, P. H., Bercov, M., Suen, V. Y., Allen, A., Cribben, I., Goodrick, J., Henry, S., Pryce, C., Langstraat, P., Rit-



tenbach, K., Chakraborty, S., Engels, R. C., & McCabe, C. (2015). Initial Findings from a Novel School-Based Program, EMPATHY, Which May Help Reduce Depression and Suicidality in Youth. *PLoS one*, 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125527>

Slee, N., Garnefski, N., van der Leeden, R., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2008). Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 202-211. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.037564>

Soto, A., Villarroel, P., & Véliz A. (2020). Factores que intervienen en riesgo suicida y parasuicida en jóvenes chilenos. *Propósitos y Representaciones*, 8(3), 672. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3.672>

Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., & Hughes, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005-1013. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e-3181b5dbfe>

Tang, T. C., Jou, S. H., Ko, C. H., Huang, S. 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. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01991.x>

Thompson, E. A., Eggert, L. L., Randall, 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. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.5.742>

Val, A., & Míguez, M. C. (2021). La prevención de la conducta suicida en

adolescentes en el ámbito escolar: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 39(1), 145-162. <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/372>

Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet (London, England)*, 385(9977), 1536-1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)

Wharff, E.A., Ginnis, K.B., Ross, A.M., White, E.M., White, M.T. & Forbes, P.W. (2019). Family-Based Crisis Intervention with Suicidal Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *Pediatr Emerg Care*.35(3):170-175. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001076>

Wijana, M. B., Enebrink, P., Liljedahl, S. I., & Ghaderi, A. (2018). Preliminary evaluation of an intensive integrated individual and family therapy model for self-harming adolescents. *BMC psychiatry*, 18(1), 371. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1947-9>

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

Zamora, E., del Valle, M., & Andrés, M. L. (2019). Educar en emociones: los programas de aprendizaje socioemocional (SEL). *La ciencia de enseñar. Aportes desde la psicología cognitiva a la educación*, 126.

Zisk, A., Abbott, C.H., Bounoua, N., Diamond, G.S. & Kobak, R. (2019). Parent-teen communication predicts treatment benefit for depressed and suicidal adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 87(12),1137-1148. <https://doi.org/10.1037/ccp0000457>