



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2022/2023

Convocatoria de Junio

Modalidad: Revisión Bibliográfica

Título: Programas de Prevención del Suicidio y las Autolesiones en Población Adolescente:
Una Revisión Sistemática.

Autora: Pilar Tendero Bernal

Tutora: Mireia Orgilés Amorós

Cotutora: Teresa Galán Luque

COIR: TFG.GPS.MOA.PTB.230517

Elche a 1 de junio de 2023

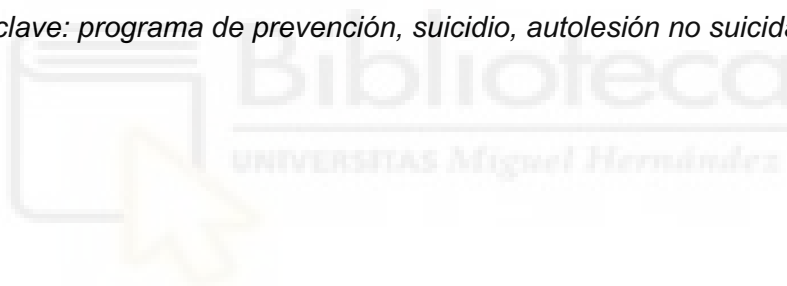
Índice

1. Resumen	3
2. Abstract	4
3. Introducción	5
4. Método	6
4.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica	6
4.2. Criterios de elección de artículos	6
4.3. Extracción de la información	7
5. Resultados	7
5.1. Muestra	8
5.2. Características de las intervenciones	8
5.3. Resultados de Eficacia de los Estudios en las Variables Medidas.....	10
6. Discusión	14
7. Conclusión	16
8. Referencias Bibliográficas	17
9. Anexos	21
Anexo 1	21
Figura 1	22
Tabla 1	23
Tabla 2	25

1. Resumen

El suicidio se ha convertido en un creciente problema de salud pública. En el año 2019 fue la cuarta causa de defunción en jóvenes de entre 15 y 29 años. Es por ello por lo que el objetivo de la presente revisión sistemática ha sido recoger programas de prevención del suicidio y las autolesiones no suicidas en adolescentes, con el fin de conocer las variables implicadas en la prevención de ambos problemas. Para ello, el 28 de febrero de 2023 se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en la base de datos *Web of Science*. Siguiendo el método PRISMA, se revisaron 249 artículos, de los cuales finalmente 19 fueron los seleccionados para analizar. Tras su análisis se encontró que es importante para el desarrollo de futuros programas que contengan un bloque educativo en el que se informe sobre el suicidio, las autolesiones y los problemas de salud mental, así como de sus signos y cómo pedir ayuda. Un bloque práctico en el que se enseñen estrategias del manejo de estrés, resolución de problemas, comunicación y autoestima. Y un componente de screening en el que se midan la ideación, la planificación y los intentos de suicidio.

Palabras clave: programa de prevención, suicidio, autolesión no suicida y adolescente.



2. Abstract

Suicide has become an increasing health problem. In 2019, it was the fourth leading cause of death in young people between 15 and 29 years old. Therefore, the aim of this systematic review has been to collect programs for the prevention of suicide and non-suicide self-harm in adolescents, to recognize the variables involved in suicide and non-suicidal self-injury prevention. To this end, the review of the literature was carried out in the Web of Science database on February 28, 2023. Following the PRISMA method, 249 articles were reviewed and finally 19 were selected for their analysis. After their examination, it can be claimed that they are important for the development of future programs containing an educational part in which information is given about suicide, non-suicidal self-injuries, and mental health issues, as well as their signs and how to ask for help. Furthermore, it should also be included a practical part in which stress management, problem solving, communication and self-esteem strategies are taught, as well as a screening part in which ideation, planning and suicide attempts are measured.

Key word: prevention program, suicide, non-suicidal self-injur and adolescent.



3. Introducción

El suicidio se ha convertido en los últimos años en un creciente problema de salud pública. En el año 2019 fue la cuarta causa de defunción en jóvenes de entre 15 y 29 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Los motivos para cometer este acto son variados, pero a pesar de esto, hay algunos factores que se consideran desencadenantes o de riesgo, como es el caso de los problemas de salud mental o la falta de recursos de afrontamiento ante los problemas y el estrés (OMS, 2021). Gracias al estudio y conocimiento de estos factores el suicidio se puede prevenir, y por este motivo es fundamental la implementación de programas de prevención basados en la evidencia (OMS, 2021).

Esta prevención se puede llevar a cabo desde tres niveles de actuación (Bustamante y Florenzano, 2013). En primer lugar, el nivel indicado; este nivel de prevención está dirigido a las personas que presentan un riesgo elevado o muy elevado de cometer el suicidio (Bustamante y Florenzano, 2013). Las intervenciones que se realizan en este nivel están muy especializadas y se llevan a cabo, usualmente, a nivel individual (Bustamante y Florenzano, 2013). Por otro lado, el nivel selectivo, es aquel en el que las intervenciones se dirigen a grupos poblacionales completos que por sus características se consideran de riesgo, como es el caso de los adolescentes. Estas intervenciones se llevan a cabo en el entorno escolar (Bustamante y Florenzano, 2013). Por último, el nivel universal, es aquel en el que las medidas se dirigen a toda la población por igual (Bustamante y Florenzano, 2013).

La prevención del suicidio es algo necesario y que está suscitando interés por parte de la sociedad en estos últimos años. La Organización Mundial de la Salud en su guía LIVE LIFE afirma que existen algunas acciones fundamentales que se pueden llevar a cabo para evitar que cada día más personas se quiten la vida (OMS, 2021). Fundamentalmente afirma que acciones como la detección precoz, la evaluación y tratamiento a las personas que presentan signos del suicidio, el desarrollo en los adolescentes de aptitudes socioemocionales para la vida, así como la eliminación del estigma en torno al suicidio o los problemas de salud mental, son acciones muy necesarias para la prevención de este suceso (OMS, 2021).

Por otro lado, y relacionadas con el problema anterior, las autolesiones no suicidas se han convertido en un problema de salud con cifras en aumento año tras año y con gran prevalencia entre los adolescentes, ya que su pico de prevalencia se produce entre los 10 y los 17 años, es decir, en la etapa evolutiva de la adolescencia (Swannell et al., 2014). Este es un dato que se debe tener muy en cuenta debido a la estrecha relación que presentan las autolesiones no suicidas con el suicidio (Whitlock et al., 2006). La investigación ha determinado que los principales factores de riesgo que predicen la aparición de autolesiones en la población

son algunos sentimientos como la desesperanza, así como, la ideación suicida, la exposición a autolesiones de los pares, la depresión, entre otros (Fox et al., 2015; Valencia-Agudo et al., 2018). Por otro lado, y según afirma la teoría interpersonal del suicidio, las autolesiones podrían aumentar la probabilidad de cometer un suicidio posteriormente, aunque también pueden ser utilizadas como conducta de evitación del suicidio (Joiner et al., 2012; Klonsky y Lewis, 2014; Kraus et al., 2020; Suyemoto, 1998).

En definitiva, las autolesiones no suicidas y el suicidio se encuentran estrechamente relacionados hasta el punto de ser causa y consecuencia el uno del otro de forma bidireccional (Joiner et al., 2012). Es por este motivo, por el que en la presente revisión sistemática se han recogido artículos referentes a programas tanto de prevención del suicidio como de autolesiones no suicidas, ya que se han considerado estas últimas un importante signo que puede estar indicando una mayor probabilidad de que un adolescente pueda cometer el acto del suicidio (Joiner et al., 2012).

Teniendo en cuenta estos aspectos, el objetivo de la presente revisión sistemática ha sido recoger distintos programas de prevención tanto del suicidio como de las autolesiones no suicidas, con el fin de conocer las variables implicadas en su prevención, y de esta forma, poder utilizarlas en el desarrollo de futuros programas de prevención del suicidio y las autolesiones no suicidas en adolescentes.

4. Método

4.1. Estrategia de Búsqueda Bibliográfica

La presente revisión se realizó siguiendo el método PRISMA (Page et al., 2021). Para poder llevar a cabo la revisión sistemática, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica a fecha de 28 de febrero de 2023. Para ella se utilizó la base de datos *Web of Science*, en la que se introdujeron las siguientes palabras clave: *Adolescen** OR *teen** AND *suicid** OR *NSSI* AND *“prevention program”* OR *“preventive program”*. La búsqueda detallada se muestra en el Anexo 1. A continuación, se procedió a la selección de los artículos que cumplían con los criterios de inclusión para añadirlos a la revisión.

4.2. Criterios de Elección de Artículos

Los criterios de inclusión que se siguieron para seleccionar los artículos que serían incluidos en la revisión fueron los siguientes: (1) que la población a la que se dirigía fueran adolescentes cuyas edades estuvieran comprendidas entre los 11 y los 18 años, (2) que el objetivo de los artículos fuese evaluar la eficacia de un programa para la prevención del suicidio o autolesiones no suicidas con sesiones estructuradas y aplicado en institutos, (3) que los

programas tuviesen un grupo control con el que comparar los resultados y, por último, (4) que estuvieran publicados en inglés o español.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron los siguientes: (1) que los participantes fueran niños o adultos que no se encontraran entre las edades establecidas, (2) que los artículos no presentaran programas sino otros aspectos como factores asociados, causas, características, prevalencia, o que su objetivo no fuese la prevención del suicidio o las autolesiones no suicidas, (3) que los estudios mostrasen programas en los que no se utilizara grupo control, y por último, (4) que no estuvieran escritos en inglés o español.

4.3. Extracción de la Información

Para la extracción de la información de los distintos artículos seleccionados, se elaboraron dos tablas: una tabla con información sobre la muestra y otra con información sobre los programas.

En la primera de ellas se extrajeron los datos referentes al nombre de los autores, la edad de los participantes, el número de centros participantes en el estudio, el número de muestra total, el número de participantes en el grupo control y en el experimental, así como la distribución por sexo de estos mismos.

En la segunda tabla se extrajo información referente al título del estudio, su método de aleatorización, el número de sesiones y duración de estas, los aplicadores del programa, sus medidas de eficacia y resultados, el seguimiento de estos mismos resultados y la descripción del programa.

5. Resultados

En la búsqueda inicial se obtuvieron un total de 249 artículos los cuales fueron cribados en base a los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos (La Figura 1 muestra el diagrama PRISMA).

De los 249 iniciales, 124 fueron excluidos por su título. A continuación, de los 125 analizados, 33 no fueron encontrados, lo cual generó un número total de 92 artículos a analizar. Tras el cribado de estos artículos en función de los criterios de inclusión y exclusión, 29 fueron eliminados por el criterio uno, 38 por el dos, y 13 por el tres. Tras finalizar este proceso, 80 artículos fueron eliminados por estos criterios, dejando disponibles para la revisión 12 de ellos.

Por otro lado, 50 artículos fueron seleccionados para analizar a partir de su identificación en citas bibliográficas de algunos de los artículos encontrados en la base de datos anteriormente mencionada. De ellos, cinco no fueron encontrados, por lo que se analizaron 45. De estos 45, 19 fueron eliminados por el criterio uno, seis por el dos, y cuatro por el tres. Esto dejó un total de 15

artículos para incluir, aunque finalmente, eliminando duplicados, el número total de artículos recogidos a partir de bibliografía que se incluyó fue de siete.

Es por ello por lo que finalmente fueron analizados 19 artículos científicos, 12 de ellos obtenidos a partir de la base de datos *Web of Science* y siete encontrados a través de la bibliografía de algunos de los artículos anteriores.

En esta revisión sistemática se muestran distintos programas aplicados a adolescentes de entre 11 y 18 años en institutos para la prevención del suicidio y las autolesiones no suicidas. Cinco de los artículos incluidos eran estudios aplicados en distintas muestras y poblaciones sobre el programa para la prevención del suicidio Signs of Suicide (SOS) (Aseltine et al., 2007; Aseltine y DeMartino, 2004; Ogawa et al., 2022; Schilling et al., 2014, 2016). El resto de los programas para la prevención del suicidio incluidos, un total de 12, fueron programas en los que se emplearon otras metodologías distintas (Ciffone, 1993, 2007; Gijzen et al., 2018; Hooven, 2010; Kalafat y Elias, 1994; Eggert et al., 1995; Shaffer, 1990, 1991; Strunk et al., 2014; Vieland et al., 1991; Wasserman et al., 2015; Wyman et al., 2010). Por último, dos de los artículos incluidos mostraban programas para la prevención de cualquier tipo de actividad autodestructiva presente en el alumnado, contemplando las autolesiones no suicidas (Buerger et al., 2022; Klingman y Hochdorf, 1993).

5.1. Muestra

Toda la información referente a la muestra de las investigaciones se muestra en la Tabla 1. Las muestras empleadas en los estudios fueron desde los 105 estudiantes hasta los 21000. Asimismo, y como se ha especificado previamente, los estudiantes tenían entre 11 y 18 años, edades comprendidas entre el 6º grado y el 12º grado del sistema educativo de Estados Unidos (Subdirección General de Ordenación Académica, 2018). Por lo que respecta al número de centros participantes, el mínimo fue de uno y el máximo de 168. Por último, la información sobre la distribución por sexos en el grupo control y el experimental solo estaba disponible en seis de los artículos incluidos en la revisión (Ciffone, 1993, 2007; Klingman y Hochdorf, 2016; Schilling et al., 2016; Strunk et al., 2014; Wasserman et al., 2015).

5.2. Características de las Intervenciones

Los programas siguieron distintos sistemas de aleatorización de la muestra. 12 de los 19 programas utilizaron la asignación aleatoria al grupo control y el experimental (Aseltine et al., 2007; Aseltine y DeMartino, 2004; Buerger et al., 2022; Ciffone, 1993, 2007; Gijzen et al., 2018; Klingman y Hochdorf, 1993; Ogawa et al., 2022; Schilling et al., 2014, 2016; Strunk et al., 2014; Wyman et al., 2010). Uno utilizó la asignación aleatoria con dos grupos experimentales y uno control (Eggert et al., 1995). De forma parecida, otros dos utilizaron esta misma técnica, pero

con tres grupos experimentales y uno control (Hooven, 2010; Wasserman et al., 2015). Por otro lado, dos estudios eligieron al grupo control en función de su semejanza con la muestra del grupo experimental (Shaffer et al., 1991; Vieland et al., 1991). En otro de ellos, se seleccionó el grupo experimental en base a las características específicas de la muestra, debían ser adolescentes con alto riesgo de suicidio (Shaffer, 1990). Por último, otro de los programas empleó un diseño de cuatro grupos de Solomon (Kalafat y Elias, 1994). En referencia a la duración de las sesiones de los programas seleccionados fue de entre diez minutos y dos horas. No todos los programas definieron la duración de sus sesiones concretas, algunos indicaron la duración total del programa en horas. De la misma forma, no en todos los programas se especificó la distribución concreta de las sesiones.

Por lo que respecta a la implementación de los programas, seis de ellos fueron implementados por profesionales de la salud mental, entre ellos psicólogos (Buerger et al., 2022; Gijzen et al., 2018; Klingman y Hochdorf, 1993; Schaffer et al., 1991; Schilling et al., 2014; Strunk et al., 2014). En otros seis, también intervinieron orientadores escolares (Buerger et al., 2022; Gijzen et al., 2018; Hooven, 2010; Klingman y Hochdorf, 1993; Schilling et al., 2014; Strunk et al., 2014). En 12 de los programas los aplicadores fueron profesores (Aseltine et al., 2007; Aseltine y DeMartino, 2004; Buerger et al., 2022; Ciffone, 1993, 2007; Kalafat y Elias, 1994; Ogawa et al., 2022; Shaffer, 1990, 1991; Strunk et al., 2014; Vieland et al., 1991; Wasserman et al., 2015). En otros tres, personal del colegio (Aseltine y DeMartino, 2004; Eggert et al., 1995; Wasserman et al., 2015). En uno de ellos los aplicadores fueron los propios padres (Hooven, 2010). En otro, personal del gobierno local y voluntarios (Ogawa et al., 2022). Y, por último, en otro de ellos, no se definió la categoría de las personas que lo aplicaron, únicamente que fueron adecuadamente formadas para ello (Wyman et al., 2010). Cabe destacar, que la aplicación de todos los programas fue llevada a cabo por personas con distintas formaciones, en ninguno hubo un único aplicador.

En cuanto a las medidas de eficacia empleadas, 11 de los 19 programas aquí recogidos emplearon cuestionarios estandarizados (Aseltine et al., 2007; Buerger et al., 2022; Ciffone, 1993; Gijzen et al., 2018; Hooven, 2010; Klingman y Hochdorf, 1993; Eggert et al., 1995; Schilling et al., 2014, 2016; Strunk et al., 2014; Wasserman et al., 2015). Cinco de ellos emplearon cuestionarios ad-hoc (Ciffone, 2007; Kalafat y Elias, 1994; Vieland et al., 1991; Wyman et al., 2010). Uno no definió los instrumentos empleados para tomar las medidas (Shaffer et al., 1991). Por último, dos de ellos utilizaron ambos tipos de cuestionarios (Aseltine y DeMartino, 2004; Ogawa et al., 2022).

Por otro lado, siete de los programas recogidos llevaron a cabo un seguimiento longitudinal de sus resultados (Buerger et al., 2022; Eggert et al., 1995; Gijzen et al., 2018; Hooven, 2010; Ogawa et al., 2022; Vieland et al., 1991; Wasserman et al., 2015). Sin embargo, los otros 12 no, sus resultados se basaron en las medidas a corto plazo tomadas en el post-test de la intervención (Aseltine et al., 2007; Aseltine y DeMartino, 2004; Ciffone, 1993; Kalafat y Elias, 1994; Klingman y Hochdorf, 1993; Schilling et al., 2014, 2016; Shaffer, 1990, 1991; Strunk et al., 2014; Wyman et al., 2010).

Por último, los objetivos de las intervenciones fueron distintos en cada uno de los programas. En cuatro de ellos el objetivo fue educar a alumnos consejeros que pudieran identificar los signos del suicidio en sus compañeros y ayudarles a pedir ayuda (Gijzen et al., 2018; Kalafat y Elias, 1994; Klingman y Hochdorf, 1993; Wyman et al., 2010). En 12 de ellos el objetivo fue educar directamente al alumnado sobre cómo prevenir el suicidio (Aseltine et al., 2007; Aseltine y DeMartino, 2004; Buerger et al., 2022; Eggert et al., 1995; Hooven, 2010; Ogawa et al., 2022; Schilling et al., 2014, 2016; Shaffer, 1990, 1991; Strunk et al., 2014; Wasserman et al., 2015). En dos de ellos se utilizaron ambos tipos de estrategias (Ciffone, 1993, 2007). Por último, en uno de los artículos no se definió el objetivo en este sentido de la intervención (Vieland et al., 1991).

5.3. Resultados de Eficacia de los Estudios en las Variables Medidas

Toda la información referente a los resultados se muestra en la Tabla 2. En los programas recogidos en la presente revisión bibliográfica, los autores se centraron en el estudio y análisis de determinadas variables para reducir el riesgo de suicidio o de autolesiones no suicidas en el alumnado. Es por ello, que en este apartado se presentan los resultados observados en cada uno de los estudios para las distintas categorías.

Conocimientos, Actitudes y Fuentes de Ayuda

La información que se les proporciona a los adolescentes sobre el suicidio y la salud mental, así como de las posibles soluciones existentes, conforman los conocimientos. De esta forma, ante la aparición de alguno de estos problemas podrán tener más opciones y no recurrir al suicidio o las autolesiones (Schilling et al., 2014). Esta información que reciben los adolescentes será la que les haga tener una actitud determinada hacia los problemas de salud mental y el suicidio (Schilling et al., 2014). Por último, el conocimiento sobre las fuentes de ayuda proviene de la información que se les proporciona sobre cómo y dónde ofrecer u obtener ayuda ante la aparición de alguno de los problemas anteriormente mencionados (Schilling et al., 2014).

12 de los programas recogidos midieron los conocimientos acerca del suicidio, sus factores de riesgo y otros problemas de salud mental. Diez de ellos encontraron diferencias

estadísticamente significativas entre los resultados obtenidos en la línea base y los del post-test. Uno de los programas en los que se observó una mejora fue en el SOS, aplicado por Aseltine y deMartino (2004) y únicamente por Aseltine (2007), así como por Schilling et al. (2016). Por otro lado, también se observó un aumento en los conocimientos en los programas aplicados por Ciffone (1993, 2007); Kalafat y Elias (1994); Klingman y Hochdorf (1993); Shaffer (1990, 1991); y en el programa *Surviving the Teens* aplicado por Strunk et al. (2014). En estos casos, se produjo un aumento de los conocimientos sobre el tema en los grupos sobre los que se implementó el programa. Por otro lado, en dos de los estudios se obtuvo como resultado el mantenimiento en el nivel de conocimientos entre el grupo control y el experimental tras la implementación del programa. Esto se produjo en el programa SOS aplicado por Schilling et al. (2014) y en el programa aplicado por Vieland et al. (1991).

Cuatro de los programas recogidos midieron las actitudes hacia el suicidio o los problemas de salud mental. Tres de ellos encontraron diferencias estadísticamente significativas en las actitudes de los alumnos tras la implementación del programa, es decir, los alumnos mostraron actitudes más positivas y de aceptación hacia los problemas de salud mental y el suicidio (Ciffone, 2007; Shaffer et al., 1990, 1991). Por el contrario, en uno de ellos se produjo el mantenimiento de las actitudes a pesar de su implementación (Vieland et al., 1991).

Por último, por lo que respecta a las fuentes de ayuda, ocho programas midieron el conocimiento de los alumnos sobre la existencia de fuentes de ayuda ante la aparición de signos del suicidio por su parte o por la de algún compañero. Seis de ellos obtuvieron cambios estadísticamente significativos en esta variable, es decir, aumentaron los conocimientos o la cantidad de fuentes de ayuda a las que los alumnos podían recurrir en caso de encontrarse en alguna de las situaciones anteriormente mencionadas. Esto ocurrió en el programa SOS aplicado por Schilling et al. (2014), en el *Surviving the Teens* aplicado por Strunk et al. (2014) y en el programa *Sources of Strength* aplicado por Wyman et al. (2010), además de en los aplicados por Ciffone (1993); Eggert et al. (1995) y Klingman y Hochdorf (1993). Sin embargo, en dos de ellos no se observaron cambios en los conocimientos sobre las fuentes de ayuda (Ogawa et al., 2022; Shaffer et al., 1991).

Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son mecanismos cognitivos y/o conductuales que utiliza la persona y que le permiten responder a las demandas del entorno, como pueden ser situaciones de estrés o problemas (Cornejo-Ortega et al., 2018). Estas estrategias pueden orientarse al problema, a la emoción o ser evitativas (Cornejo-Ortega et al., 2018). A pesar de esto, puede que los alumnos utilicen estrategias de afrontamiento desadaptativas, como pueden ser el

suicidio o las autolesiones, para enfrenarse a los problemas de la vida (Gratz, 2003). Las estrategias de afrontamiento contempladas por los programas recogidos son las siguientes: estrategias de manejo del estrés, habilidades de resolución de problemas y la autoestima. No todos los estudios reflejaron en sus medidas el subtipo concreto de estrategia de afrontamiento empleada, en cinco de ellos únicamente se indicaba que se había producido un cambio en las estrategias de afrontamiento, pero sin definir en cuáles en concreto. De estos cinco, en dos de ellos, su aplicación supuso un mantenimiento en las estrategias empleadas respecto a las medidas de las líneas base. Es lo que ha ocurrido en el programa SOS aplicado por Schilling et al. (2014) y en el aplicado por Asetline et al. (2007). En los otros tres, se produjo un aumento estadísticamente significativo del uso de estrategias adaptativas, lo cual quiere decir que tras la implementación de los programas los alumnos poseían mejores estrategias de afrontamiento para resolver sus problemas. Estos programas en los que se produjo un aumento fueron, el programa aplicado por Eggert et al. (1995), el programa Promoting Care aplicado por Hooven et al (2016) y el programa Sources of Strength aplicado por Wymam et al. (2010). Por otro lado, en otros de los artículos analizados sí que se especificó la estrategia de afrontamiento con la que trabajaban. Uno de los programas midió el uso de estrategias adecuadas para el manejo del estrés y en él se reflejó un aumento estadísticamente significativo de las mismas en sus muestras (Klingman y Hochdorf, 1993). Por último, dos programas midieron el uso conjunto de habilidades de manejo del estrés y de resolución de problemas y en ellos se encontró un aumento del manejo de estas tras la implementación de los programas. Estos fueron el programa Surviving the Teens aplicado por Strunk et al. (2014) y el programa SEYLE aplicado por Wasserman et al. (2015).

Por último, tres programas midieron la autoestima, en el programa SOS aplicado por Ogawa et al. (2022), se mantuvieron los resultados obtenidos en las líneas base, mientras que en los otros dos, se encontró un aumento estadísticamente significativo en las medidas post-test de su muestra, lo cual refleja que mejoró la autoestima de los alumnos tras la implementación de los programas Surviving the Teens aplicado por Strunk et al. (2014) y el programa aplicado por Eggert et al. (1995).

Factores Emocionales

Las emociones desagradables o la negatividad se consideran como factores de riesgo en los adolescentes (Sánchez-Teruel et al., 2017). Por ello, en algunos de los programas se ha llevado a cabo la medición de distintas emociones presentes en el alumnado, como son la depresión, ansiedad, desesperanza o enfado, ya que pueden ser indicadores de algún problema de salud mental que pueda vincularse a las autolesiones o el suicidio (Sánchez-Teruel et al., 2017). Cuatro de los artículos recogidos midieron los factores emocionales en sus muestras. Uno

de ellos utilizó la escala de soledad, en la cual no se encontraron resultados estadísticamente significativos entre el pretest y el post-test (Klingman y Hochdorf, 1993). El otro estudio midió la depresión, ansiedad, desesperanza y el enfado, emociones cuya presencia en la muestra disminuyó de forma estadísticamente significativa en la muestra tras la implementación del programa (Eggert et al., 1995). El programa SOS aplicado por Aeltine y deMartino (2004), midió la gestión emocional, sin más especificación, y encontró que tras la implementación del programa las medidas se habían mantenido. Y el último, el programa SOS aplicado por Ogawa et al. (2022), midió las preocupaciones, que se mantuvieron sin cambios tras la aplicación del programa.

Ideación, Planificación e Intentos de Suicidio

La ideación suicida hace referencia a la presencia de pensamientos cuyo contenido hace referencia a quitarse la vida (Cañón y Carmona, 2018). La planificación, contempla el desarrollo de un método concreto y un plan a seguir para cometer el acto suicida (Cañón y Carmona, 2018). El intento de suicidio es el acto en el que la persona lleva a cabo el suicidio planificado, este intento puede terminar con un suicidio consumado (cuando se quita la vida) o no (Cañón y Carmona, 2018). Ocho de los 19 artículos recogidos, midieron la ideación, planificación e intentos de suicidio en sus programas. De esos ocho, siete programas midieron la ideación suicida. Cuatro de ellos observaron una disminución estadísticamente significativa de la misma al comparar las medidas obtenidas por la muestra en la línea base y las obtenidas en el post-test. Estos fueron el programa SOS aplicado por Aeltine y deMartino (2004) y el aplicado por Schilling et al. (2016), así como el programa Promoting CARE aplicado por Hooven et al. (2016) y el programa SEYLE aplicado por Wasserman et al. (2015). Los otros tres programas restantes, no mostraron cambios en los resultados obtenidos en ambas medidas tras la aplicación de los programas. Estos fueron el programa SOS aplicado por Aeltine et al. (2007), el aplicado por Schilling et al. (2016) y el programa Sources of Strength aplicado por Wyman et al. (2010). Por otro lado, tres estudios midieron la planificación llevada a cabo por el alumnado. Dos de ellos reflejaron una disminución estadísticamente significativa de la misma en su muestra tras la implementación de los programas, estos fueron el programa SOS aplicado por Schilling et al. (2014) y el programa SEYLE aplicado por Wasserman et al. (2015). Por otro lado, en el programa SOS aplicado por Schilling et al. (2016), los resultados se mantuvieron sin cambios. Por último, seis de los programas midieron los intentos de suicidio por parte del alumnado tras su implementación. En cinco de ellos se observó una disminución estadísticamente significativa de las cifras en el post-test. Esto ocurrió en el programa SOS aplicado por Aeltine et al. (2007), Aeltine y deMartino (2007), Schilling et al. (2016) y en el programa SEYLE aplicado por Wasserman et al. (2015), así como en el programa aplicado por Klingman y Hochdorf (1993). Por

el contrario, en el programa SOS aplicado por Schilling et al. (2014), las cifras se mantuvieron sin cambios respecto a las medidas iniciales.

6. Discusión

El objetivo de la presente revisión fue conocer cuáles eran las variables que, tras la implementación de los distintos programas, sufrían mayores cambios en las direcciones esperadas por los investigadores, y que, por tanto, se considerarían como las idóneas a incluir en futuros programas de prevención del suicidio y las autolesiones no suicidas en población adolescente. Para ello, siguiendo el método PRISMA, se revisaron 249 artículos, de los cuales finalmente 19 fueron los seleccionados para analizar.

De estos 19 artículos, dos de ellos eran programas de prevención de las autolesiones no suicidas y los restantes 17, eran programas de prevención del suicidio en adolescentes. El incluir las autolesiones no suicidas en una revisión sistemática sobre programas de prevención del suicidio es algo novedoso, ya que las revisiones previas únicamente contemplaban como planes de prevención del suicidio aquellos programas que hablaban estrictamente de él o de la concienciación sobre los problemas de salud mental. Sin embargo, se decidió incluir estos dos programas de prevención de las autolesiones siguiendo la hipótesis que afirma la estrecha relación que tienen estas con el suicidio, no solo como consecuencia de la ideación suicida sino también como causa o signo visible del suicidio (Joiner et al., 2012; Klonsky Lewis, 2014; Kraus et al., 2020; Suyemoto, 1998). Por este motivo se ha considerado fundamental la inclusión de todos los programas contemplados en estos 19 artículos.

Los artículos incluidos muestran programas que se implementaron en institutos a muestras de adolescentes de entre 11 y 18 años. Además, todos los estudios escogidos para la presente investigación contaban con un grupo control con el que comparar los resultados obtenidos y un post-test para comprobar la eficacia de los resultados. Sin embargo, no todos ellos hicieron un seguimiento longitudinal de los resultados, únicamente lo hicieron siete de ellos. Aquellos que lo hicieron, demostraron que sus resultados se mantenían con el paso del tiempo, lo cual es un resultado muy esperanzador.

Por lo que respecta a los programas, a pesar de tener el mismo objetivo no utilizaron las mismas técnicas ni midieron las mismas variables. Algunos de ellos midieron los conocimientos, actitudes y fuentes de ayuda; otros las estrategias de afrontamiento empleadas por los adolescentes; otros los factores emocionales; o la ideación, planificación e intentos de suicidio.

Comparando la información y los factores medidos por estos 19 artículos, se ha llegado a la conclusión de un posible formato que podrían contener los futuros programas de prevención del suicidio y las autolesiones para que sus resultados sean favorables. Se observa la

importancia de que los programas de prevención del suicidio en adolescentes contengan un bloque educativo en el que se proporcione información sobre el suicidio, las autolesiones y los problemas de salud mental. De esta forma, los adolescentes tendrían una imagen adecuada de este problema de salud pública y podrían desarrollar actitudes acordes al tema y que sean adaptativas. En este bloque también se deberían dar a conocer las posibles fuentes de ayuda y cómo acceder a ellas en caso de que ellos o alguno de sus amigos se encontrara en esta situación. De la misma forma, deberían aprender cuáles son los signos más significativos del suicidio, como pueden serlo las autolesiones, para en el momento los detectaran, contactar con alguna de las fuentes de ayuda.

Por otro lado, también es importante que los programas posean un bloque práctico en el que se trabajen las estrategias de afrontamiento de forma específica. Estrategias de manejo de estrés, de resolución de problemas, de comunicación y la autoestima, ya que serían fundamentales para su buena gestión ante la aparición de una situación complicada, y así evitarían la utilización de las autolesiones o el suicidio como solución definitiva a los problemas que se les presentan en sus vidas.

Por último, sería fundamental que contuviesen un componente de screening en el que se midiera la ideación, los intentos de suicidio y la planificación suicida. Para antes de iniciar los programas en los institutos, ser conocedores de la situación de la que se parte y poder comenzar a poner en marcha estrategias de ayuda en caso de que se detecte algún alumno en riesgo grave y, además, poder comparar las medidas pre y post intervención para observar los cambios que produce trabajar las variables anteriores sobre estos factores.

Finalmente, en la presente revisión no se han encontrado demasiados programas que trabajen los factores emocionales, pero quizá esto sería interesante incluirlo en futuras investigaciones, porque la regulación emocional podría estar estrechamente ligada a la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento (Swannell et al., 2008).

Esta investigación ha contado con algunas limitaciones en su realización, como el hecho de que algunos de los estudios recogidos aplicaron el mismo programa a distintas poblaciones y, a pesar de esto, los resultados variaban. Esto pudo deberse a que, aunque las edades de los alumnos a los que se les aplicaban los programas eran las mismas, las muestras y sus cantidades variaban, lo cual podría tenerse en cuenta para futuras investigaciones, ya que sería interesante averiguar cuál es el motivo por el que unos programas son efectivos en unos centros educativos y en otros no.

De la misma forma, otra de las limitaciones con la que se ha contado es el hecho de que se haya utilizado una única base de datos para la búsqueda. Con la utilización de más de una base de datos se podría haber obtenido una información más amplia sobre el tema. Sin embargo, a pesar de haberse utilizado únicamente la base de datos, *Web Of Science*, la búsqueda se realizó de forma rigurosa siguiendo el diagrama PRISMA y completando la información obtenida de dicha fuente con las referencias bibliográficas de los artículos en ella encontrados. Esto ha hecho que, a pesar de ser una búsqueda en un inicio pequeña, la información presente en ella finalmente fuera suficiente para poder llevar a cabo una revisión bibliográfica rigurosa.

7. Conclusión

En conclusión, cabe destacar que la motivación de esta revisión bibliográfica fue el hecho de que el suicidio y las autolesiones no suicidas se hubieran convertido en un problema de salud pública en los últimos años, por ello, su prevención se convierte en algo fundamental (OMS, 2021; Swannell et al., 2008). Partiendo de esta motivación, se recogieron distintos programas de prevención del suicidio y las autolesiones no suicidas aplicados a adolescentes en institutos, con el fin de conocer qué variables estaban mayormente implicadas en su prevención. Finalmente, tras el análisis de los 19 artículos se encontró que había algunas de las variables que en la mayoría de los programas obtenían resultados positivos en la prevención del suicidio y las autolesiones no suicidas. Atendiendo a esta información, se recogió en el apartado anterior una propuesta sobre el formato que podrían tener los futuros programas de prevención del suicidio para que sean efectivos, especificándose algunos bloques temáticos que deberían contener para asegurarse de que se trabaja la prevención del suicidio y las autolesiones no suicidas atendiendo a todos los factores relacionados con ellas.

Esto es algo esperanzador, ya que, si se unifican los programas de prevención del suicidio y se trabajan con los adolescentes aquellos factores en los que las intervenciones previas han demostrado ser eficaces, quizá podría comenzar a universalizarse la aplicación de estos programas en los centros educativos a una edad determinada y de esta forma se podría ayudar a los adolescentes en esa época de cambios que están viviendo y que, en ocasiones, resulta tan complicada.

8. Referencias Bibliográficas

- Cornejo-Ortega, A. C., Rojas-Omaña, A. M., Bonilla- Cruz, N. J., y Rivera-Porras, D. (2018). Estrategias de afrontamiento como elemento terapéutico en la orientación suicida de adolescentes de un colegio de la comuna 7 en Cúcuta. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(5).
- Aseltine, R. H., y DeMartino, R. (2004). An Outcome Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*, 94(3), 446-451. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.3.446>
- Aseltine, R. H., James, A., Schilling, E. A., y Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7(1), 161. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-161>
- Buerger, A., Emser, T., Seidel, A., Scheiner, C., von Schoenfeld, C., Ruecker, V., Heuschmann, P. U., y Romanos, M. (2022). DUDE - a universal prevention program for non-suicidal self-injurious behavior in adolescence based on effective emotion regulation: study protocol of a cluster-randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05973-4>
- Bustamante V, F., y Florenzano U, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 51(2), 126-136. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272013000200006>
- Ciffone, J. (1993). Suicide Prevention: A Classroom Presentation to Adolescents. *Social Work*. <https://doi.org/10.1093/sw/38.2.197>
- Ciffone, J. (2007). Suicide Prevention: An Analysis and Replication of a Curriculum-Based High School Program. *Social Work*, 52(1), 41-49. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.41>
- Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., y Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42, 156-167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>
- Gijzen, M. W. M., Creemers, D. H. M., Rasing, S. P. A., Smit, F., y Engels, R. C. M. E. (2018). Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among Dutch adolescents: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1710-2>
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>

- Hooven, C. (2010). Long-term Outcomes for the Promoting CARE Suicide Prevention Program. *American Journal of Health Behavior*, 34(6). <https://doi.org/10.5993/AJHB.34.6.8>
- Kalafat, J., y Elias, M. (1994). An Evaluation of a School-Based Suicide Awareness Intervention. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 24(3), 224-233.
- Joiner, T. E., Ribeiro, J. D., y Silva, C. (2012). Nonsuicidal Self-Injury, Suicidal Behavior, and Their Co-occurrence as Viewed Through the Lens of the Interpersonal Theory of Suicide. *Current Directions in Psychological Science*, 21(5), 342-347. <https://doi.org/10.1177/0963721412454873>
- Klingman, A., y Hochdorf, Z. (1993). Coping with distress and self harm: The impact of a primary prevention program among adolescents. *Journal of Adolescence*, 16(2), 121-140. <https://doi.org/10.1006/jado.1993.1012>
- Klonsky, E. D., y Lewis, S. P. (2014). *Assesment of Nonsuicidal Self-injury*. (M.K. Nock (Ed.)). Oxford University Press.
- Kraus, L., Schmid, M., y In-Albon, T. (2020). Anti-Suicide Function of Nonsuicidal Self-Injury in Female Inpatient Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00490>
- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., y Nicholas, L. J. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: Tests of a school-based prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(2), 276-296.
- Ogawa, S., Suzuki, H., Takahashi, T., Fujita, K., Murayama, Y., Sato, K., Matsunaga, H., Motohashi, Y., y Fujiwara, Y. (2022). Suicide Prevention Program with Cooperation from Senior Volunteers, Governments, and Schools: A Study of the Intervention Effects of “Educational Lessons Regarding SOS Output” Focusing on Junior High School Students. *Children*, 9(4), 541. <https://doi.org/10.3390/children9040541>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2021). *Suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... y Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Sánchez-Teruel, D., García-León, A., y Muela-Martínez, J. A. (2017). Relación entre Alta Ideación Suicida y Variables Psicosociales en Estudiantes Universitarios. *Electronic Journal of*

- Research in Education Psychology*, 11(30), 429-450.
<https://doi.org/10.14204/ejrep.30.13013>
- Cañón Buitrago, S. C., y Carmona Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., y James, A. (2016). The SOS Suicide Prevention Program: Further Evidence of Efficacy and Effectiveness. *Prevention Science*, 17(2), 157-166.
<https://doi.org/10.1007/s11121-015-0594-3>
- Schilling, E. A., Lawless, M., Buchanan, L., y Aseltine, R. H. (2014a). "Signs of Suicide" Shows Promise as a Middle School Suicide Prevention Program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(6), 653-667. <https://doi.org/10.1111/sltb.12097>
- Schilling, E. A., Lawless, M., Buchanan, L., y Aseltine, R. H. (2014b). "Signs of Suicide" Shows Promise as a Middle School Suicide Prevention Program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(6), 653-667. <https://doi.org/10.1111/sltb.12097>
- Shaffer, D. (1990). Adolescent suicide attempters. Response to suicide-prevention programs. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 264(24), 3151-3155.
<https://doi.org/10.1001/jama.264.24.3151>
- Shaffer, D., Garland, A. N. N., Vieland, V., Underwood, M., & Busner, C. (1991). The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(4), 588-596.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199109000-00018>
- Strunk, C. M., King, K. A., Vidourek, R. A., y Sorter, M. T. (2014). Effectiveness of the Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program. *Health Education & Behavior*, 41(6), 605-613. <https://doi.org/10.1177/1090198114531774>
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00105-0)
- Swannell, S., Martin, G., Scott, J., Gibbons, M., y Gifford, S. (2008). Motivations for Self-Injury in an Adolescent Inpatient Population: Development of a Self-Report Measure. *Australasian Psychiatry*, 16(2), 98-103. <https://doi.org/10.1080/10398560701636955>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., y St John, N. J. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Valencia-Agudo, F., Burcher, G. C., Ezpeleta, L., y Kramer, T. (2018). Nonsuicidal self-injury in community adolescents: A systematic review of prospective predictors, mediators and

moderators. *Journal of Adolescence*, 65(1), 25-38.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.02.012>

Vieland, V., Whittle, B., Garland, A., Hicks, R., y Shaffer, D. (1991). The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: An 18-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(5), 811-815.
[https://doi.org/10.1016/S0890-8567\(10\)80021-8](https://doi.org/10.1016/S0890-8567(10)80021-8)

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., ... y Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)

Whitlock, J., Eckenrode, J., y Silverman, D. (2006). Self-injurious Behaviors in a College Population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>

Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., Walsh, E., Tu, X., 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. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.190025>

9. Anexos

Anexo 1

Descripción detallada de la ecuación de búsqueda empleada para la revisión bibliográfica.

Adolescen* OR teen* OR youth OR young* AND suicid* OR nonsuicid* OR "non-suicid*" OR
 NSSI OR selfharm* OR "self-harm*" OR "self hamr" OR selfinjur* OR"self injur*" OR
 "self-injur*" AND "prevention program" OR "preventive program".

Figura 1

Figura en la que se muestra el método PRISMA utilizado para seleccionar los artículos en base a los criterios de inclusión (Page et al.,2021).

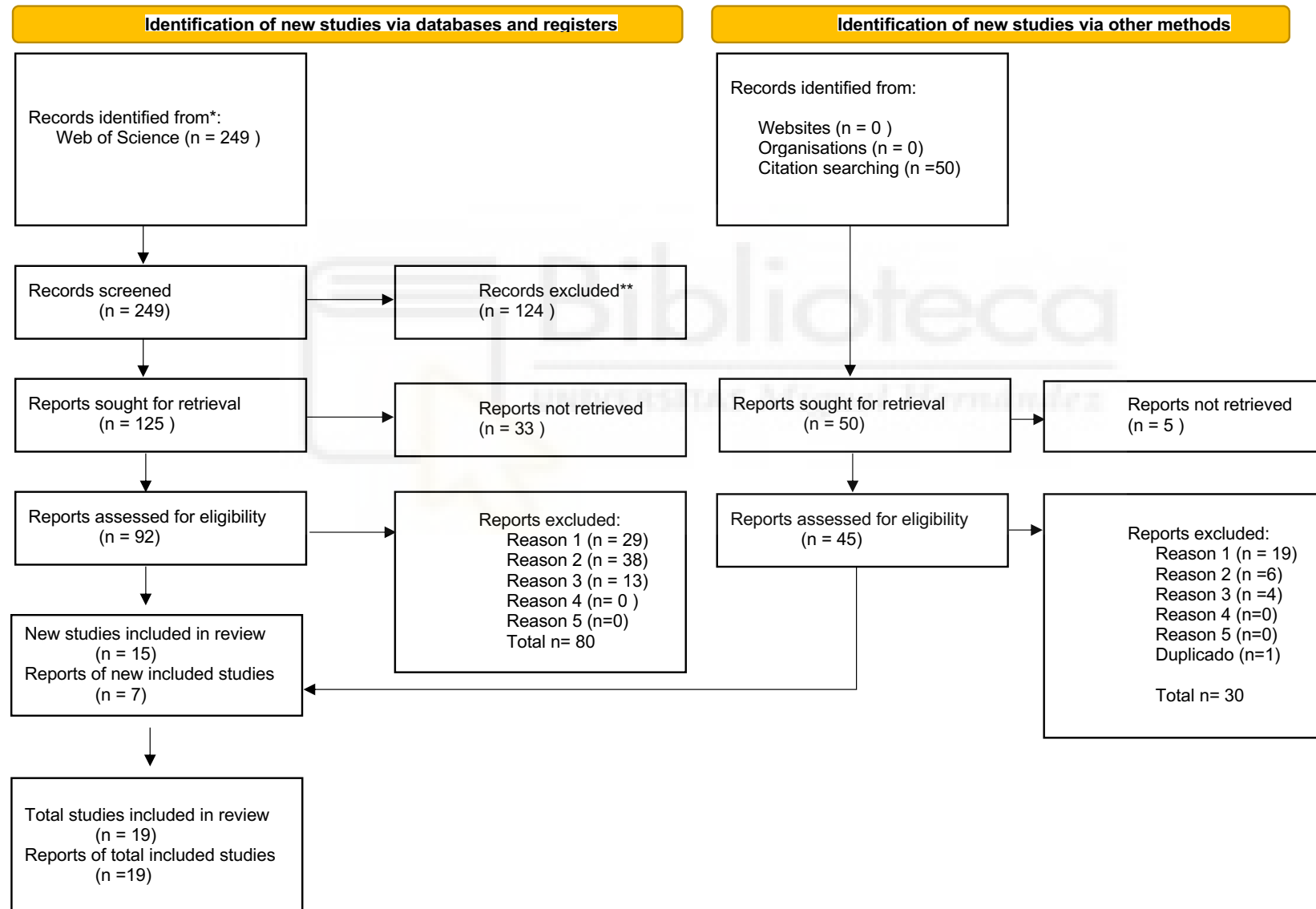


Tabla 1

Resumen de datos socio-demográficos de los programas sobre la prevención del suicidio y las autolesiones no suicidas llevados a cabo en el contexto escolar.

Referencia	Edad	Número de centros que participan	N			Distribución por sexo	
			Total	Grupo control	Grupo experimental	Grupo control	Grupo experimental
Klingman y Hochdorf (1993)	12,5 – 13,5 años	1	237	121	116	56 chicos / 65 chicas	56 chicos / 60 chicas
Buerger et.al. (2022)	11- 14 años	16	3200	1600	1600	-	-
Gijzen et. al. (2018)	11-15 años	83	5697	2933	2764	-	-
Schilling et. al. (2014)	9º grado	8	386	87	299	-	-
Hooven et. al (2016)	9º-12º grado	20					
Aseltine et. al. (2007)	9º y 10º grado	9	4133	2094	2039	-	-
Wyman et. al. (2010)	14-17 años	18	16961	7295	9666	-	-
Schilling et.al. (2016)	9º grado	17	1284	555	729	342 chicos / 213 chicas	407 chicos / 322 chicas
Ciffone (2007)	10º grado	2	421	200	221	92 chicos / 108 chicas	106 chicos / 115 chicas
Ogawa et. al. (2022)	14 años	1	188	75	113	-	-
Strunk et. al. (2014)	13-18 años	9	1532	566	966	286 chicos 280 chicas	424 chicos 542 chicas
Eggert et. al. (1995)	9º-12º grado	5	105	36+34	35	-	-

Referencia	Edad	Número de centros que participan	N		Distribución por sexo		
			Total	Grupo control	Grupo experimental	Grupo control	Grupo experimental
Vieland et. al. (1991)		2	381	207	174	-	-
Shaffer et. al. (1990)	9º-10º grado	7	1438	524	449	-	-
Aseltine y DeMartino (2004)	9º.12º grado	5	2100	1073	1027	-	-
Cliffone (1993)	Sophomore, 10º grado	3	324	121	203	53 chicos 68 chicas	119 chicos 84 chicas
Shaffer et. al. (1991)	10º grado		1438	680	758	-	-
Kalafat y Elias (1994)	10º grado	2	253	117	136	-	-
Wasserman et. al. (2015)	14-16 años	168	11110	2692+2721+2764	2933	1017 chicos 1675 chicas + 1084 chicos 1637 chicas + 1157 chicos 1607 chicas	1286 chicos 1647 chicas

Tabla 2

Resumen de los contenidos y resultados de los programas sobre la prevención del suicidio y las autolesiones no suicidas llevados a cabo en el entorno escolar.

Autores y programa	Control	Número de sesiones y duración	Aplicadores	Eficacia del programa		Seguimiento	Descripción programa
				Medidas	Resultados		
Klingman y Hochdorf, (1993)	Asignación aleatoria	12 semanas 50 minutos/ sesión	Orientador escolar/ psicólogos	IIPS, UCLA, Index of Empathy for Children and Adolescents, Story Completion, SD, Knowledge assessment instrument y cuestionario de feedback	↓Riesgo suicidio = Soledad ↑Estrategias positivas manejo del estrés ↑Conocimiento sobre suicidio y fuentes de ayuda	2 semanas	3 fases: educacional, práctica e implementación. Dirigido a la adecuada gestión del estrés y la preparación para ayudar a sus compañeros
Buerger et.al. (2022) Programa DUDE	Asignación aleatoria	5 sesiones de 90 minutos aplicadas semanalmente	2 psicólogos en el grupo experimental y 2 profesores en el control.	DSHI-9, DESRS-SF, PSS, KIDSCREEN-27, RESE-R, SDQ, PHQ-9 y SEED.	Los resultados saldrán próximamente.	6 y 12 meses	Estrategias de gestión y regulación emocional, del estrés y de control de impulsos.

Autores y programa	Control	Número de sesiones y duración	Aplicadores	Eficacia del programa		Seguimiento	Descripción programa
				Medidas	Resultados		
Gijzen et. al. (2018)	Asignación aleatoria	4 módulos. 1º y 2º nº de sesiones no especificado. El 3º consta de 5 sesiones de 10-15 minutos. El 4º, 8 sesiones de 60 minutos.	El investigador, el orientador y profesionales de la salud mental.	VOZZ, CDI-2, ADIS-C, DSS, ítem único de pertenencia al grupo, PMS, PSWQ-C, FMPS, TP e información académica.	Los resultados saldrán próximamente.	6, 12 y 24 meses	Entrenamiento a adolescentes que actuarán como mentores y aprenderán a identificar los signos del suicidio y la depresión en sus compañeros. Incluye screening. Pone el foco sobre los síntomas de la depresión y los signos del suicidio, mostrando las posibles soluciones. Su metodología consiste en un DVD y debates guiados por los profesionales.
Schilling et. al. (2014) Programa SOS	Asignación aleatoria	-	Psicólogos escolares y orientadores	YRBS, ítems para el conocimiento sobre la depresión y el suicidio y petición de ayuda	↓ Ideación y planificación suicida = Intentos de suicidio = Conocimientos y petición de ayuda = Estrategias de afrontamiento	3 meses (pre-test)	

Autores y programa	Control	Número de sesiones y duración	Aplicadores	Eficacia del programa		Seguimiento	Descripción programa
				Medidas	Resultados		
Hooven et al (2016) Programa Promoting CARE	Hay 4 grupos. Al primero de ellos se le aplica P-CARE, al segundo C-CARE, al tercero una combinación de ambos y el último es el grupo control.	Condición 1: 1.5-2 h Condición 2: 1.5-2 h Condición 4: 15-30 minutos.	Padres y orientadores previamente formados.	HSQ, SRS, SYSR y Young adult Questionnaire.	<p>↓ Ideación y las amenazas de suicidio</p> <p>↓ Emociones desagradables</p> <p>↑ Estrategias de afrontamiento.</p> <p>La mejor opción es el programa combinado.</p>	9 y 72 meses	Tres condiciones experimentales en las que los padres, orientadores o ambos implementan el programa basado en el acceso al apoyo social, la motivación al cambio, la autoeficacia y la adquisición de herramientas de manejo de estrés
Aseltine et al. (2007) Programa SOS	Asignación aleatoria	-	Profesores y orientadores	CDS, Diagnostic Interview Schedule for Children IV y BSAD	<p>↓ Intentos de suicidio</p> <p>↑ Conocimientos sobre suicidio y depresión</p> <p>= Ideación suicida y estrategias de afrontamiento</p>	3 meses (pre-test)	Componente educativo en el que se muestra información sobre el suicidio. Y componente de <i>screening</i> en el que se analizan los problemas en el alumnado.

Autores y programa	Control	Número de sesiones y duración	Aplicadores	Eficacia del programa		Seguimiento	Descripción programa
				Medidas	Resultados		
Wyman et al. (2010) Programa Sources of Strength	Asignación aleatoria. El grupo control queda en lista de espera para la intervención.	Los "Peer leaders" reciben 4 horas de entrenamiento.	Entrenadores cualificados	Cuestionario ad-hoc.	↑ Conexión con adultos y confianza en que pueden ayudar ↑ Rechazo al código del silencio ↑ Estrategias de afrontamiento ↑ Percepción de ayuda por parte de los adultos = Ideación suicida	4 meses	Primero se les enseña a confiar en los adultos para la petición de ayuda ante el suicidio y a identificar a los adultos de confianza; y más tarde, ellos mismos son los que enseñan a sus compañeros estos mismos valores. Mediante vídeos, debates entre profesionales y alumnado y las herramientas de screening se aumenta el conocimiento sobre la depresión y el suicidio, y se les enseña a pedir ayuda.
Schilling et al. (2016) Programa SOS	Asignación aleatoria. El grupo control queda en lista de espera para la intervención.	-	Trabajadores sociales y orientadores	Ítems adaptados de la YRBS e instrumentos adaptados de otros programas de prevención del suicidio.	↓ Intentos de suicidio = Planificación e ideación ↑ Conocimientos sobre depresión y suicidio	3 meses (pre-test)	Mediante vídeos, debates entre profesionales y alumnado y las herramientas de screening se aumenta el conocimiento sobre la depresión y el suicidio, y se les enseña a pedir ayuda.

Autores y programa	Control	Número de sesiones y duración	Aplicadores	Eficacia del programa		Seguimiento	Descripción programa
				Medidas	Resultados		
Ciffone (2007)	Asignación aleatoria.	3 sesiones. La primera y segunda de 50 minutos y la tercera no se especifica.	Profesores y trabajadores sociales.	Cuestionario ad-hoc.	↑ Conocimientos y cambio de actitudes hacia el suicidio.	21 días (pre-test)	Mediante vídeos y sesiones de debate con el profesorado acerca del suicidio el alumnado aprende las respuestas adecuadas de petición de ayuda tanto para ellos mismos como para sus compañeros.
Ogawa et al. (2022) Programa SOS	Asignación aleatoria y el grupo control queda en lista de espera.	Sesiones de 50 minutos.	Personal del gobierno local, profesores y voluntarios (mayores de 65 años).	Cuestionarios de preocupaciones y el apoyo recibido. Subescala de autoestima de la edición japonesa de la Harter's Percieved Competence Scale for Children.	↑ Preocupaciones entre el tiempo 1 y el 2 pero = entre el 1 y el 3. = Fuentes de ayuda y la autoestima	3 y 7 semanas	Fomenta la confianza con los adultos como clave de la petición de ayuda cuando aparecen los signos del suicidio.

Autores y programa	Control	Número de sesiones y duración	Aplicadores	Eficacia del programa		Seguimiento	Descripción programa
				Medidas	Resultados		
Strunk et al. (2014) Programa Surviving the teens	Asignación aleatoria y el grupo control queda en lista de espera.	Sesiones de 50 minutos durante 4 días consecutivos.	Profesionales de la salud mental y profesores.	Cuestionario ad-hoc	↑ Conocimientos sobre suicidio y depresión ↑ Prestación de ayuda a los compañeros ↑ Autoestima ↑ Estrategias adaptativas de afrontamiento del estrés y los problemas.	4 días	Trata los factores de riesgo asociados al suicidio (depresión, abuso de sustancias, trastorno bipolar o esquizofrenia) Se enseña a reconocer los primeros síntomas de estos problemas de salud mental, cómo lidiar con ellos y cómo pedir ayuda, fortaleciendo los vínculos entre los alumnos y sus familiares a través de las experiencias de otros adolescentes que han lidiado con estos problemas.

Autores y programa	Control	Número de sesiones y duración	Aplicadores	Eficacia del programa		Seguimiento	Descripción programa
				Medidas	Resultados		
Eggert et al. (1995)	Estudio de medidas repetidas. Hay 3 grupos: Grupo PGC I, Grupo PGC II y grupo control. Grupo control elegido por su semejanza con el de tratamiento.	90 días de clase a lo largo de 5 meses o 180 días de clase a lo largo de 10 meses. Duración de 55 mins.	Personal del colegio previamente entrenado.	HSQ, Brief Suicide Risk Behaviour Scale, CES-D y Self Steem Scale.	↓ Emociones desagradables ↑ Estrategias de afrontamiento ↑ Autoestima ↑ Fuentes de ayuda percibidas.	5 y 10 meses	Las unidades que contiene son: la de desarrollo de herramientas de resolución de problemas y mejora de la comunicación interpersonal. Se han aplicado 3 programas de prevención del suicidio para comprobar su efectividad a largo plazo. Se les da información sobre el suicidio en la adolescencia y sobre las fuentes adecuadas de petición de ayuda. Se les enseña a comunicar sus preocupaciones.
Vieland et al. (1991)		1 h y 30 min. De duración	Profesores previamente formados.	Cuestionario ad-hoc	= Conocimientos y actitudes hacia el suicidio	4, 6 semanas y 18 meses	
Shaffer et al. (1990)	Grupo experimental seleccionado por ser población de alto riesgo.	Duración de entre 1h y 30 min. Y 3 h.	Profesores formados.	Cuestionario ad-hoc sobre actitudes hacia el suicidio y formas de gestión del estrés.	↑ Pequeño de los conocimientos y actitudes	1 mes	

Autores y programa	Control	Número de sesiones y duración	Aplicadores	Eficacia del programa		Seguimiento	Descripción programa
				Medidas	Resultados		
Aseltine y DeMartino (2004) Programa SOS	Asignación aleatoria.	La duración del programa es de 2 días.	Profesores y demás personal del colegio previamente entrenado para ello.	CDS, cuestionario ad-hoc para las medidas de los conocimientos y actitudes hacia la depresión y el suicidio.	↓ Intentos de suicidio ↓ Ideación ↑ Conocimientos sobre depresión y suicidio. = Gestión emocional	3 meses	Pone el foco en el reconocimiento de los signos de la depresión o el estrés y cómo responder ante ellos, Con un componente de <i>screening</i> de depresión y otros factores asociados al suicidio. Aporta información sobre el suicidio y las estrategias de afrontamiento en caso de aparecer sus signos (tanto a nivel individual como si se ve en compañeros).
Cliffone (1993)	Asignación aleatoria.	Sesiones de 55 minutos de duración.	Trabajador social y profesores.	Cuestionario ad-hoc basado en el de otros planes de prevención del suicidio.	↑ Conocimientos sobre suicidio ↑ Petición de ayuda	30 días	

Autores y programa	Control	Número de sesiones y duración	Aplicadores	Eficacia del programa		Seguimiento	Descripción programa
				Medidas	Resultados		
Shaffer et al. (1991)	Seleccionadas por sus características similares al grupo de estudio.	Duración de entre 3 y 4 horas en función del programa.	Profesores y profesionales .	·	↑ Actitudes hacia el suicidio y conocimientos = Petición de ayuda	1 mes	Aplicación de 3 programas distintos para la prevención del suicidio, el primero de ellos centrado en los aspectos clínicos del suicidio, el segundo en las redes de apoyo frente al estrés y el tercero en las técnicas de resolución del problemas. Hace énfasis en la ayuda de los compañeros ante la aparición de signos de suicidio.
Kalafat y Elias (1994)	Diseño de cuatro grupos de Solomon	3 sesiones de entre 40 y 45 minutos.	Profesores que se han formado en este programa.	Cuestionarios ad-hoc para los conocimientos sobre el suicidio, las actitudes hacia él y el reconocimiento de peligro en los compañeros.	↑ Conocimientos sobre el suicidio ↑ Respuestas ante la percepción de signos en sus compañeros	3 semanas	Incrementa los conocimientos sobre los signos del suicidio y cómo pedir ayuda.

Autores y programa	Control	Número de sesiones y duración	Aplicadores	Eficacia del programa		Seguimiento	Descripción programa
				Medidas	Resultados		
Wasserman et al. (2015) Programa SEYLE	3 grupos de intervención y un grupo control.	Duración total de 5h en 4 semanas.	Profesores y personal del colegio entrenado.	Paykel Hierarchical Suicidal Ladder y SDQ.	↓ Nuevos casos de intentos de suicidio y la ideación suicida severa, incluyendo la planificación ↑ Manejo adecuado del estrés y problemas	3 y 12 meses	A través de roleplayings y un manual para los alumnos, se ofrece información sobre el suicidio, la salud mental y estrategias para manejar el estrés. Contiene un componente de screening.

Note. IIPS = Israeli Index of Potential Suicide; UCLA = University of California at Los Angeles Loneliness Scale; SD = Semantic Differential; DSHI-9 = Deliberate Self-Harm Inventory; DERS-SF = Difficulties in Emotion Regulation Scale; PSS = Paikel Suicide Scale; RESE-R = Regulatory Emotional Self-Efficacy Scale; SDQ = Difficulties Questionnaire; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire; SEED = Short Evaluation of Eating Disorders questionnaire; VOZZ = Vragenlijst over Zelfdoding en Zelfbeschadiging; CDI-2 = Childhood Depression Inventory 2; ADIS-C = Disorder Interview Schedule for Children; DSS = Depression Stigma Scale; PMS = Pearlman Mastery Scale; PSWQ-C = Penn State Worry Questionnaire for children; FMPS = Frost Multidimensional Perfectionism Scale; TP = The Top Problems; YRBS = Youth Risk Behavior Survey; HSQ = High School Questionnaire; SRS = Suicide-Risk Screen; SYRS = Screen for Youth Suicide Risk; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CDS = Columbia Depression Scale.