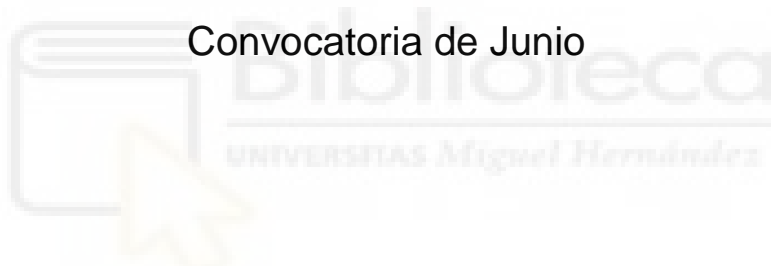




Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2016/2017
Convocatoria de Junio



Modalidad: Revisión Bibliográfica

Título: Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio dirigidos a niños y adolescentes

Autor: David Ivorra González

Tutor: José Antonio Piqueras Rodríguez

Elche a 16 de Junio del 2017

Índice

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	2
3. Objetivo general.....	6
4. Método.....	6
5. Resultados.....	8
6. Discusión.....	22
7. Bibliografía.....	24
Figura 1.....	7
Tabla 1.....	10



1. RESUMEN:

Actualmente se considera el suicidio infantil como uno de los principales problemas de salud pública en nuestra sociedad y un fenómeno que se encuentra en alza. Concretamente se sitúa como la segunda causa de muerte para edades comprendidas entre 15 y 25 años y el 2% de los niños de entre 5 y 14 años presentan ideación suicida. Dado que la prevención es actualmente la intervención más eficaz contra el suicidio, este artículo presenta una revisión de los programas de prevención del suicidio dirigidos a niños y adolescentes que se han puesto en práctica hasta la fecha a nivel internacional. Después de una exhaustiva búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, se han recogido los resultados de 33 artículos. Dichos artículos presentan programas de prevención primaria del suicidio dirigidos a jóvenes de 11 a 20 años desde 1991 hasta el 2016. Se incluyen artículos tanto en inglés como en castellano y, además, se presentan programas de prevención universal, selectiva o indicada. Se discute la importancia de actuar en edades tempranas del desarrollo desde la escuela y con la participación directa de los padres. Esta revisión puede servir como base para tomar conciencia del problema y fomentar la implementación de las diferentes estrategias de prevención del suicidio.

Palabras clave: Suicidio, Prevención, Intervención, Niños, Adolescentes, Revisión

2. INTRODUCCIÓN:

El suicidio se define, según la OMS (1986), como aquellos actos autolesivos de un individuo que tienen una intencionalidad variable de acabar con su propia vida y que conllevan un resultado letal. Son conductas que incluyen tanto variables cognitivas, como la ideación suicida y su planificación, como variables conductuales, como la tentativa suicida o el suicidio consumado (Soler & Gascón, 2005).

Hoy en día, se considera el suicidio como uno de los principales problemas de salud pública en nuestra sociedad y un fenómeno que se encuentra en alza. Según los últimos datos recogidos, cerca de 800.000 personas se suicidan al año en el mundo, lo que representa una muerte cada 40 segundos y, además, por cada persona que se suicida hay otras 20 con tentativas de suicidio que no llegan a consumarse (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Concretamente en España, el suicidio es considerado como la primera causa de muerte externa (no natural) con un

total de 3.602 fallecidos al año, lo que equivale a 10 suicidios al día (INE, 2016), si bien es cierto que España es el cuarto país europeo con una menor tasa de suicidios (OMS, 2012).

Más preocupantes son los elevados índices de suicidio en adolescentes, ya que actualmente sitúan a ésta como la segunda causa de muerte para edades comprendidas entre 15 y 25 años (OMS, 2014). A pesar de ello, la tasa de suicidio en niños de 5 a 14 años es muy baja, aproximadamente el 2% de ellos han presentado tentativa suicida. Es un fenómeno cuya incidencia aumenta con la edad, siendo tres veces más frecuente en personas mayores de 75 que en los adolescentes. En cuanto a la distribución por sexos, la proporción del suicidio es de 2.7 niños por cada niña entre los 10 y 14 años, y de 4.9 entre los 15 y 19 años. Asimismo, las tentativas de suicidio son más frecuentes en chicos durante la infancia (hasta los 12 años), pero luego las cifras se invierten durante la adolescencia incidiendo más en las chicas (OMS, 2012).

El suicidio es un constructo multifactorial y son múltiples las causas que pueden predisponer a una persona a cometer dicho acto (Cabra, Infante y Sossa, 2010). Por un lado, nos encontramos con la influencia de variables individuales, como la presencia de trastornos mentales (principalmente depresión) o enfermedades físicas, abuso de alcohol y/o drogas, factores genéticos o biológicos, o ciertos rasgos de personalidad, como la impulsividad, el perfeccionismo, la desesperanza o la rigidez cognitiva, entre otros. Asimismo, influyen factores contextuales, como tener antecedentes familiares de suicidio, disponer de un acceso fácil a medios para cometerlo (por ejemplo, tener armas de fuego en casa), o las diferentes situaciones estresantes que pueden darse en la vida, como conflictos con la pareja, tener problemas económicos, la muerte de un ser querido o el desempleo. Uno solo de estos factores no lleva a una persona a suicidarse, es la interacción de diferentes variables individuales y ambientales lo que lo desencadenan (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

A simple vista, podríamos pensar que un menor no tiene problemas tan graves como los adultos como para tomar la decisión de suicidarse ante una situación estresante. No obstante, como hemos podido comprobar, los datos sobre el suicidio en la juventud son alarmantes. Un fenómeno en alza que cabe destacar debido a su grave repercusión en los niños y que conlleva un gran número de los suicidios en esta

población es el *Bullying*, esto es, el acoso físico, psicológico o verbal que sufren los menores en la escuela durante un periodo prolongado (Barja, 2017). Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2016), dos de cada 10 alumnos lo sufren, es decir, alrededor de 246 millones de jóvenes. Concretamente en España, la incidencia se incrementó en 2015 un 75% respecto al año anterior, lo que equivale a un 4% del alumnado (Fundaciones ANAR y Mutua Madrileña, 2016). Además, según el último informe de la OMS con la colaboración de la ONU (2017), de los 600 mil suicidios que se producen al año entre jóvenes de 14 a 28 años, alrededor de la mitad tienen de base un problema de bullying.

El suicidio, dado que suele ser un acontecimiento violento y totalmente inesperado para las familias, es considerado como una de las muertes más difíciles de sobrellevar y de las que más consecuencias negativas a largo plazo puede acarrear (Ruiz, s.f.). No obstante, el grado de su impacto va a depender en gran medida de la importancia funcional que tenía la persona para su entorno (su cercanía emocional) y del modo en que éste realiza el acto (si va dejando señales o es algo inesperado para ellos). Entre las consecuencias a corto plazo para las familias se encuentra una intensa reacción emocional (principalmente tristeza, rabia, ira y miedo), sentimientos de culpa, traición y abandono, un pensamiento distorsionado del suceso, sentimientos de vergüenza dado el gran estigma que conlleva el suceso y un fracaso de rol, principalmente cuando la muerte es de un menor, ya que la figura de los padres va asociada a un rol de protección y seguridad (Piña, 2014). Además, a largo plazo, la intensa reacción emocional puede derivar en trastornos mentales graves, un distanciamiento afectivo de los miembros de la familia con su consecutivo aislamiento social, y un aumento del riesgo de suicidio en la familia. Y el suicidio no solo conlleva consecuencias para la familia, sino también para el entorno profesional del afectado (el colegio o instituto en el caso de los menores) y demás organismos públicos (Villagómez, 2010).

Dado que el suicidio es un acto difícil de abordar, y más tratándose de niños que cuentan con menos estrategias de afrontamiento al estrés y recursos psicológicos, los esfuerzos para la lucha contra el suicidio en la actualidad se están dirigiendo hacia el ámbito preventivo, principalmente fomentando la investigación, detección e intervención de personas que presentan factores de riesgo para el suicidio (Zalsman et al, 2016).

Existen actualmente diversas clasificaciones y diferenciaciones en los programas de prevención. Una de las más aceptadas es la que realiza la OMS en su Glosario sobre Promoción de la Salud (1998), según el cual la prevención puede ser primaria si está dirigida a evitar la adquisición e incidencia de una enfermedad en población general sana, secundaria para detectar y frenar la evolución y prevalencia de una enfermedad en estadios precoces, y terciaria orientada al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad para reducir la invalidez funcional de las personas. Según la clasificación de Mrazek y Haggerty (1994), podemos subdividir la prevención en tres tipos: universal si está dirigida a una población general, selectiva si se dirige a un subgrupo de la población que tiene un riesgo mayor que el promedio de contraer una enfermedad, o indicada si está centrada en aquellas personas de alto riesgo a las que se le han detectado síntomas o signos que pronostican o predisponen a contraer una enfermedad. Asimismo, Katz y colaboradores, en una revisión reciente sobre el suicidio (2013), distinguen cinco tipos diferentes de prevención: programas de educación o toma de conciencia del problema, entrenamiento a gatekeepers (principalmente profesores y personal de la escuela), entrenamiento de liderazgo entre compañeros, programas de entrenamiento en habilidades, y programas de detección y evaluación de sujetos en riesgo.

Formar a los profesionales para la detección de las señales de advertencia, bloquear el acceso a los medios para suicidarse, la intervención temprana de los trastornos mentales asociados (como la depresión o el alcoholismo) o sensibilizar a la población sobre el problema para reducir el estigma son, según la OMS (2012), algunas de las principales medidas de prevención del suicidio a implementar a nivel global. No obstante, países como España, todavía no cuentan con un plan a nivel nacional para prevenir este problema, si bien es cierto que algunas de sus comunidades están llevando a cabo programas aislados de prevención (Rejón, 2015).

En el presente artículo se realiza una revisión sistemática de los programas de prevención del suicidio dirigidos a niños y a adolescentes que se están implementando en diferentes países del mundo. A pesar de que ya se han realizado revisiones similares, entre las que cabe destacar la realizada por Callear y colaboradores (2016), éstas presentan una serie de limitaciones que se pretenden abordar en este artículo. Una de ellas es que se centran en revisar solamente artículos en inglés y, dado el español es la segunda lengua más hablada del mundo, surge la necesidad de reunir,

en un mismo documento, los programas de prevención del suicidio de artículos tanto en inglés como en castellano. Además, dichas revisiones se centran casi exclusivamente en población adolescente, por lo que aquí optamos por incluir programas dirigidos tanto a niños pequeños como adolescentes.

Otra ventaja de esta revisión es que no se acota la búsqueda en un año determinado, sino que se recogen todos los programas de prevención documentados que han sido empleados a lo largo de la historia y una actualización con los estudios más recientes. Asimismo, se recogen todo tipo de programas de prevención primaria (universal, selectiva e indicada), excluyendo la prevención secundaria y terciaria por tratarse de actuaciones centradas en sujetos que ya presentan ideación y actuación suicida, y en cuyos casos la actuación preventiva iría encaminada a la consecución de otro tipo de objetivos.

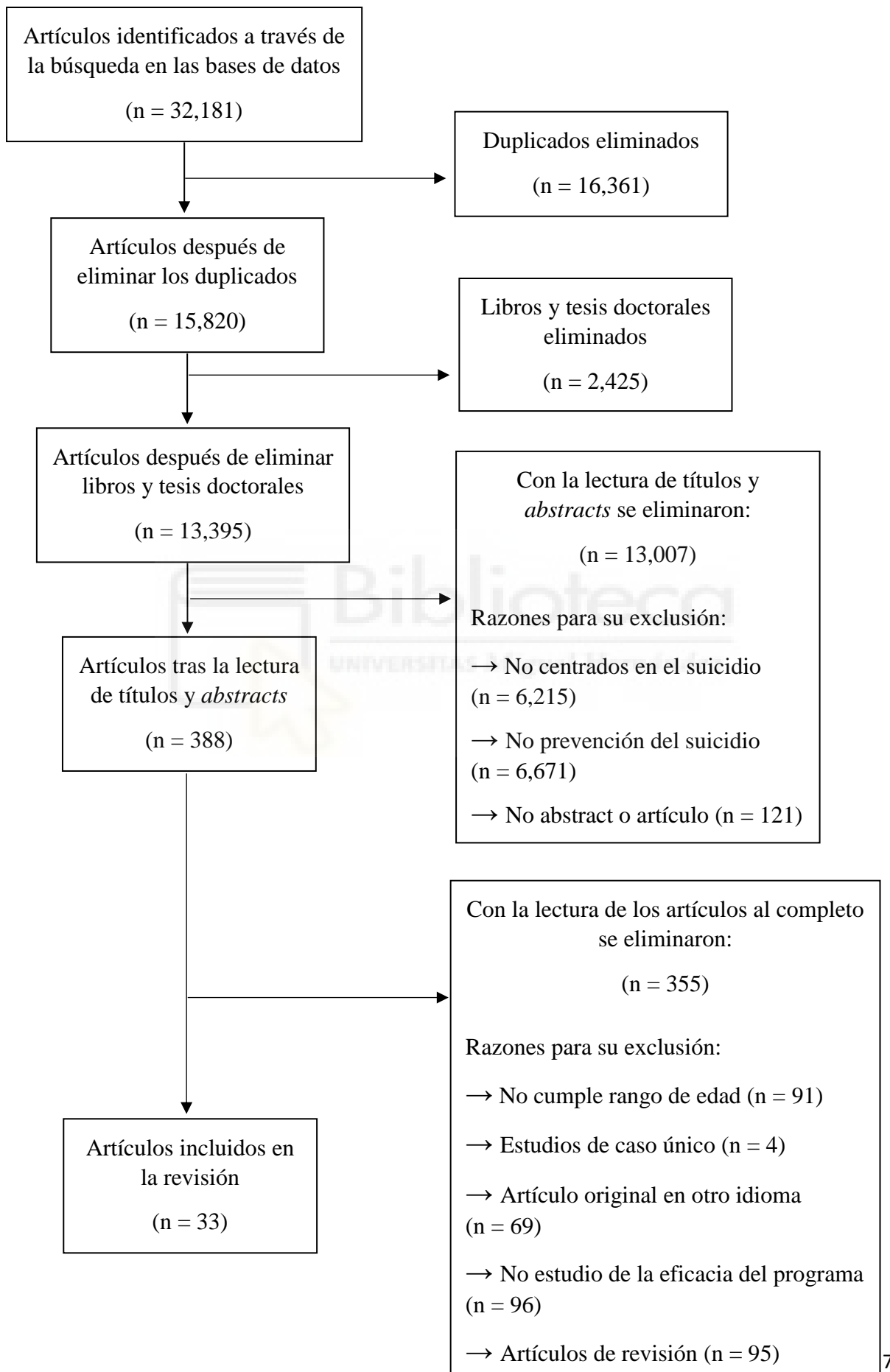
3. OBJETIVO GENERAL:

Hacer una revisión de los programas de prevención del suicidio en niños y adolescentes que se han puesto en práctica hasta la fecha a nivel internacional.

4. MÉTODO:

Los artículos seleccionados para la realización de la presente revisión han sido recopilados a través de una exhaustiva búsqueda bibliográfica en diciembre del 2016 en las siguientes bases de datos: Ovid MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Cochrane, PubMed y Psycodoc. Para ello, se introdujeron los términos de búsqueda clave “suicid* AND (preven* OR interven*) AND (child* OR adolescen* OR niños OR adolescentes)” que, como se detalla en el diagrama PRISMA de la *Figura 1*, dieron un total de 32.181 artículos. Tras la importación de dichos artículos al gestor bibliográfico Mendeley se procedió a la eliminación de los duplicados, tras lo cual se obtuvieron 15.820 documentos diferentes. Posteriormente se eliminaron los libros y las tesis doctorales, dejándonos con un total de 13.395 artículos. Tras esto, y con la colaboración de dos profesionales de la psicología que se dedican a la investigación del suicidio, se llevaron a cabo una serie de cribados para determinar la inclusión de los artículos en la base de datos final.

Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA de la revisión



Los criterios de inclusión fueron: (a) artículos científicos que midan la eficacia de programas de cualquier tipo de prevención primaria del suicidio (directa vs indirecta y universal vs selectiva vs indicada), dejando de lado aquellos ajenos al ámbito preventivo (p.ej. factores de riesgo, postvención, etc.); (b) dirigidos a niños y adolescentes con un rango de edad de 0 a 18 años; (c) que incluyan ideación y/o tentativas de suicidio derivadas de cualquier tipo de situación o problemática, excluyendo artículos que son irrelevantes cuyo foco principal no es el suicidio (p.ej. depresión, abusos y traumas infantiles, etc.); (d) artículos en inglés o castellano; (e) artículos que tengan una muestra de sujetos, eliminando por tanto los estudios de caso único (n=1) y (f) programas de prevención diseñados en cualquier ámbito de actuación (p.ej. colegios, hospitales, ayuntamientos, comunidades, etc.).

Se hizo un primer cribado con la lectura de los títulos y *abstracts* de los artículos, tras lo cual se eliminaron: (1) aquellos artículos que no se centraban en el suicidio o cualquiera de sus parámetros, (2) los que no se centraban en el ámbito preventivo del suicidio, y (3) aquellos artículos que no contenían *abstract* o no era posible obtener el artículo al completo. Esto nos dejó con un total de 388 artículos. A continuación, se realizó un segundo cribado con la lectura al completo de los artículos eliminando aquellos que no cumplían con todos los criterios de inclusión anteriormente mencionados. Con ello finalmente obtuvimos un total de 33 artículos válidos para la revisión.

5. RESULTADOS:

La *Tabla 1* muestra un resumen de los programas de prevención que se implementan en los 33 artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica. Dichos programas se han puesto en práctica entre 1991 y 2016 principalmente sobre estudiantes de secundaria, con un rango de edad que va desde los 11 hasta los 20 años. Se ha optado por alargar la franja de edad previamente establecida (0-18 años) para no dejar de lado artículos que pueden ser realmente relevantes en el estudio de los programas de prevención del suicidio. Solo uno de los artículos alarga la edad hasta los 20 años y siete de ellos hasta los 19. Además, la gran parte de los estudios (concretamente 24 de ellos) se han llevado a cabo en Estados Unidos y solo 2 de ellos se han implementado en población de habla hispana (en México).

En cuanto al tipo de prevención que se realiza en los estudios, 28 de ellos son de prevención directa, es decir, están dirigidos a los niños y adolescentes, y 5 de indirecta, que se centran principalmente en el entrenamiento del personal adulto de los colegios o familiares para la detección de ideación suicida en los niños y en habilidades de afrontamiento. Desde la otra perspectiva de clasificación, vemos que 27 de los artículos son de prevención universal, 5 de prevención selectiva y solo 1 de ellos de prevención indicada. Los artículos de prevención selectiva son: Eggert, Thompson, Herting & Nicholas (1995), Eggert, Thompson, Randell & Pike (2002), Hooven, Walsh, Pike & Herting (2012), Randell, Eggert & Pike (2001), y Thompson, Eggert, Randell & Pike (2001); el artículo de prevención indicada es el de Tang, Jou, Ko, Huang & Yen (2009); y el resto son los considerados como prevención universal.

Como también queda reflejado en la tabla, hay algunos programas de prevención que se repiten en varios artículos. Concretamente el más predominante es el *Counselors Care, Assess, Respond, Empower* [C-CARE], que se aplica en 4 de los artículos, seguido del *Coping and Support Training* [CAST] y el *Yellow Ribbon Suicide Prevention Program* [YRSPP] que se aplican en 3, y el *Elluam Tungiinum* [ET] en 2. Además, hay dos programas, el *South Elgin High School Suicide Prevention Program* [SEHS] y el *Signs of Suicide* [SOS] que aparecen en 2 artículos como resultado de una actualización de los resultados por los propios autores con muestras diferentes. También cabe destacar que 6 de los artículos implementaban un programa de prevención del suicidio pero sin mencionar ni hacer referencia en ningún momento a su nombre.

Finalmente, en cuanto a la eficacia de los programas revisados, 24 de los 33 estudios han dado resultados significativos en la reducción de las diferentes variables implicadas en el suicidio. Los 9 restantes indican resultados poco significativos y aluden principalmente a un bajo tamaño muestral como principal limitación de los estudios.

Tabla 1: Programas de prevención del suicidio en niños y adolescentes incluidos en la revisión.

Autores (Año)	Programa (País)	N	Rango Edad \bar{X} (DT)	Muestra	Contenido	Medidas de evaluación	Resultados
Allen, Mohatt, Ching Fok & Henry (2009)	<i>Elluam Tungiinun</i> [ET] ("Hacia el bienestar") (EEUU)	55	12-17 14.29 (1.75)	Adolescentes de una comunidad y sus familias (Intervención comunitaria)	Actividades lúdico-educativas para potenciar los lazos familiares y las redes de apoyo en casos de crisis	Entrevistas previas a informantes clave de la comunidad (adultos) y Evaluación pre y post-test de los factores de protección a través de diferentes escalas e instrumentos	Incremento poco significativo en factores de protección. Necesidad de un tamaño muestral mayor
Bean & Baber (2011)	<i>Connect</i> (EEUU)	204	NI*	Estudiantes de educación secundaria y adultos de dos comunidades (Intervención comunitaria)	Actividades psicoeducativas para: en adultos incrementar conocimientos generales y saber reconocer el riesgo de suicidio; y en los jóvenes entrenar en la búsqueda de ayuda	Evaluación pre y post-test de las variables <i>Conocimientos generales, Actitudes y Creencias</i> sobre el suicidio a través de diferentes escalas e instrumentos	Incremento significativo en las variables estudiadas
Ciffone (1993)	<i>South Elgin High School</i> [SEHS] Suicide Prevention Program (EEUU)	324	NI*	Estudiantes de educación secundaria	Documental sobre experiencias de adolescentes con el suicidio, Psicoeducación y Entrenamiento en habilidades de afrontamiento y ayuda a compañeros	Evaluación pre y post-test de las variables mediante un cuestionario sobre <i>Conocimientos generales</i> del suicidio	Datos no concluyentes, evaluación poco eficaz. Sugiere un impacto positivo

Tabla 1: Continuación

Autores (Año)	Programa (País)	N	Rango Edad \bar{X} (DT)	Muestra	Contenido	Medidas de evaluación	Resultados
Ciffone (2007)	SEHS Suicide Prevention Program (EEUU)	421	NI*	Estudiantes de educación secundaria	Documental sobre experiencias de adolescentes con el suicidio, Psicoeducación y Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento y ayuda a compañeros	Evaluación pre y post- test de las variables mediante un cuestionario sobre <i>Conocimientos generales</i> del suicidio	Diferencias significativas respecto al grupo control. Cambio en <i>Actitudes</i> y <i>Conocimientos generales</i> sobre el suicidio
Cigularov, Chen, Thurber & Stallones (2008)	<i>Raising Awareness of Personal Power</i> [RAPP] (EEUU)	779	13-19 15.2	Estudiantes de educación secundaria	Charlas y actividades psicoeducativas sobre depresión, suicidio y trastorno bipolar. Incluye material teórico y didáctico del programa <i>Yellow Ribbon</i>	Evaluación pre y post- test de las variables <i>Conocimiento,</i> <i>Actitudes</i> y <i>Autoeficacia</i> a través de 3 enfoques: RGD*, IRS* y MC*	Los 3 enfoques indican mejoras significativas en las variables respecto al grupo control
Córdova, Cubillas & Román (2011)	NI* (México)	81	14-19	Estudiantes de educación secundaria y familiares	Enfoque de democratización familiar a través de talleres de reflexión-acción: charlas y actividades sobre empatía, asertividad, dinámica familiar y resolución de conflictos familiares cotidianos entre otras	Evaluación pre y post- test de las variables <i>Depresión, Ideación suicida, Ansiedad- Estado, Ansiedad- Rasgo</i> y <i>Relación con los padres</i> a través de diferentes escalas e instrumentos	Solo se encuentran diferencias significativas en la escala de <i>Ansiedad-Rasgo</i>

Tabla 1: Continuación

Autores (Año)	Programa (País)	N	Rango Edad \bar{X} (DT)	Muestra	Contenido	Medidas de evaluación	Resultados
Eggert, Thompson, Herting & Nicholas (1995)	<i>Personal Growth Class</i> [PGC] (EEUU)	105	15.9 (1.01)	Estudiantes de educación secundaria en riesgo de suicidio	Talleres de Crecimiento Personal: charlas y actividades psicoeducativas y entrenamiento en HHSS* y de manejo de la ira, depresión y estrés	Compara resultados de 3 grupos: con 1 semestre de PGC, con 2 semestres y el grupo control. Evaluación de las variables <i>Comportamientos de riesgo suicida, Ira, Depresión, Estrés y Desesperanza, y Factores de protección</i> mediante diferentes escalas e instrumentos	Diferencias significativas al incrementar los <i>Factores de protección</i> y reducir el resto de variables estudiadas
Eggert, Thompson, Randell & Pike (2002)	<i>Counselors Care, Assess, Respond, Empower</i> [C-CARE] y <i>Coping and Support Training</i> [CAST] (EEUU)	341	14-19 15.8 (1.2)	Estudiantes de educación secundaria en riesgo de suicidio	C-CARE: Individual. Evaluar, Dar apoyo, Motivar, Aumentar comportamientos de búsqueda de ayuda y reforzar conductas de afrontamiento positivas CAST: Grupal. Entrenamiento en habilidades y apoyo social mediante actividades interactivas	Compara resultados de 3 grupos: C-CARE, C-CARE+CAST y el grupo control. Evaluación de las variables <i>Riesgo suicida, Depresión e Implicación con drogas</i> mediante diferentes escalas e instrumentos	C-CARE y CAST redujeron significativamente las variables estudiadas

Tabla 1: Continuación

Autores (Año)	Programa (País)	N	Rango Edad \bar{X} (DT)	Muestra	Contenido	Medidas de evaluación	Resultados
Flynn, Zackula, Klaus, McGinness, Carr & Macaluso (2016)	<i>Yellow Ribbon Suidice Prevention Program</i> [YRSPP] (EEUU)	3257	11-18	Estudiantes de educación primaria y secundaria	Psicoeducación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y en búsqueda y petición de ayuda	Evaluación pre y post- test de las variables <i>Conocimiento sobre el suicidio, Recursos personales, HH comunicativas y de afrontamiento e Identificación de factores de riesgo de suicidio entre sus compañeros</i> a través de diferentes escalas e instrumentos	Mejora significativa en las variables de evaluación
Freedenthal (2010)	<i>YRSPP</i> (EEUU)	146	15.8 (1.2)	Estudiantes de educación secundaria y personal adulto del colegio	Psicoeducación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y en búsqueda y petición de ayuda	Evaluación pre y post- test de las variables <i>Conocimiento sobre el suicidio, Identificación de factores de riesgo de suicidio entre sus compañeros y Búsqueda de ayuda</i> a través de diferentes escalas e instrumentos	No hay incremento significativo en <i>Conductas de búsqueda de ayuda.</i> Necesidad de un tamaño muestral mayor

Tabla 1: Continuación

Autores (Año)	Programa (País)	N	Rango Edad \bar{X} (DT)	Muestra	Contenido	Medidas de evaluación	Resultados
Hill & Pettit (2016)	<i>Learn, Explore, Assess your options and Plan</i> [LEAP] (EEUU)	80	13-19 16.9 (1.7)	Adolescentes	Psicoeducación, Explorar con ejemplos sus propias experiencias negativas, Identificar y modificar distorsiones cognitivas y Programación de actividades	Evaluación pre y post-test de las variables <i>Percepción de ser una carga para los demás, Depresión, Ideación suicida y Satisfacción personal</i> a través de diferentes escalas	Incremento significativo en <i>Satisfacción personal</i> . Reducción poco significativa en el resto de variables
Hooven, Walsh, Pike & Herting (2012)	<i>C-CARE (Counselors)</i> y <i>P-CARE (Parents)</i> (EEUU)	615	14-19 16	Estudiantes de educación secundaria con factores de riesgo de suicidio y familiares	C-CARE: Evaluar, Dar apoyo, Motivar, Aumentar búsqueda de ayuda y reforzar conductas positivas P-CARE: Pautas de manejo conductual y entrenamiento en HH*	Compara resultados de 4 grupos: C-CARE, P-CARE, C+P-CARE y el grupo control. Evaluación de <i>Factores de Riesgo y Protección</i> del suicidio mediante diferentes escalas e instrumentos	Reducción significativa de los <i>Factores de Riesgo</i> y aumento de los de <i>Protección</i> . Mejores resultados en C+P-CARE
Klingman & Hochdorf (1993)	NI* (Israel)	237	12-14	Estudiantes de educación secundaria	Actividades psicoeducativas y entrenamiento en HH de afrontamiento. Orientación cognitivo-conductual	Evaluación pre y post-test de las variables a través de diferentes escalas	Reducción significativa del <i>Riesgo de suicidio</i> e incremento en las <i>HH de afrontamiento</i>

Tabla 1: Continuación

Autores (Año)	Programa (País)	N	Rango Edad \bar{X} (DT)	Muestra	Contenido	Medidas de evaluación	Resultados
LaFromboise & Howard-Pitney (1995)	<i>Zuni Life Skills Development</i> [ZLSD] (EEUU)	128	14-19 15.9	Estudiantes de educación secundaria	Psicoeducación sobre el suicidio, Entrenamiento en HH de afrontamiento y comunicación, Charla sobre autoestima e Identificación de emociones y acciones autodestructivas	Evaluación pre y post-test de variables psicológicas y HH entrenadas a través de diferentes escalas e instrumentos	Mejora significativa en las variables de <i>Desesperanza</i> y <i>Suicidio</i> , pero no en <i>Depresión</i> . Aumento en las HH entrenadas
Le & Gobert (2015)	<i>Restoring the Native American Spirit</i> (EEUU)	8	15-20 17	Estudiantes de educación secundaria	Técnicas de Mindfulness: Meditación, Talleres manuales, Senderismo, Pesca, Lectura y Charlas motivacionales, para focalizar la atención	Evaluación pre y post-test de las variables <i>Suicidio</i> , <i>Impulsividad</i> y <i>Autoregulación emocional</i> a través de diferentes escalas	Mejora cualitativa pero es necesario un tamaño muestral mayor para obtener unos resultados significativos
Lucio, Linage, Pérez & Arenas (2009)	NI* (México)	21	16 (0.83)	Estudiantes de educación secundaria y superior	Psicoeducación sobre tres ámbitos: sexualidad, consumo de sustancias y riesgo suicida	Evaluación pre y post-test de las variables <i>Abuso de sustancias</i> y <i>Riesgo suicida</i> a través de diferentes escalas e instrumentos	Diferencias poco significativas. Necesidad de más sesiones de intervención

Tabla 1: Continuación

Autores (Año)	Programa (País)	N	Rango Edad \bar{X} (DT)	Muestra	Contenido	Medidas de evaluación	Resultados
Mohatt, Fok, Henry & Allen (2014)	[ET] y <i>Yupiucimta Asvairtuumallerkaa</i> [YA] ("Fortalecer nuestra identidad Yup'ik") (EEUU)	54 y 52	12-17 ET: 14.24 (1.72) YA: 14.62 (1.96)	Adolescentes de una comunidad y sus familias (Intervención comunitaria)	Ambas intervenciones se basan en actividades lúdico-educativas para potenciar los lazos familiares y las redes de apoyo con la comunidad en casos de crisis	Evaluación cualitativa y cuantitativa pre y post-test de las variables a través de diferentes escalas	Mejora poco significativa de las variables. ET mejores resultados que YA
Orbach & Bar-Joseph (1993)	NI* (Israel)	393	NI*	Estudiantes de educación secundaria	Charlas para discutir experiencias personales sobre diferentes aspectos (depresión, felicidad, familia, estrés, etc.) y entrenar HH de afrontamiento	Evaluación pre y post-test de las variables <i>Suicidio, Autocontrol, Desesperanza e Identidad del yo</i> a través de diferentes escalas e instrumentos	Reducción poco significativa en la variable <i>Desesperanza</i> pero mejora significativa en el resto de variables
Petrova, Wyman, Schmeelk-Cone & Pisani (2015)	<i>Sources of Strength</i> (EEUU)	706	NI*	Estudiantes de educación secundaria	Entreno líderes de pares en HH de afrontamiento positivas para potenciar sus recursos personales de ayuda (familia, vida sana, amigos, etc.) y enseñar a transmitirlo al resto de compañeros	Evaluación pre y post-test de los recursos y HH aprendidas, y de las percepciones de los adultos, a través de diferentes escalas e instrumentos	Impacto positivo de los líderes sobre el resto de compañeros. Mayor mejora en aquellos que han tenido antes ideación suicida

Tabla 1: Continuación

Autores (Año)	Programa (País)	N	Rango Edad \bar{X} (DT)	Muestra	Contenido	Medidas de evaluación	Resultados
Portzky & van-Heering (2006)	NI* (Bélgica)	172	14-18 15.6	Estudiantes de educación secundaria	Psicoeducación y Entrenamiento en identificación de signos suicidas y HH de afrontamiento para ayudar a sus compañeros	Evaluación pre y post-test de las variables <i>Conocimiento, Actitudes, Desesperanza y Afrontamiento</i> a través de diferentes escalas e instrumentos	Mejora significativa en <i>Conocimiento</i> y <i>Actitudes</i> sobre el suicidio, pero no de <i>Desesperanza</i> y <i>Afrontamiento</i>
Randell, Eggert & Pike (2001)	C-CARE y CAST (EEUU)	341	14-19	Estudiantes de educación secundaria en riesgo de suicidio	Mismo contenido que en Eggert, Thompson, Randell & Pike (2002)	Evaluación de las variables <i>Riesgo suicida, Depresión, Ira y Factores de protección personal y familiar</i> mediante diferentes escalas	Mayor aumento significativo de los <i>Factores de protección</i> y reducción significativa del resto de variables en el grupo C-CARE+CAST
Robinson, Hetrick, Cox, Bendall, Yuen, Yung & Pirkis (2016)	<i>Reframe IT</i> (Australia)	21	14-18 15.6	Estudiantes de educación secundaria	Intervención online (página web). Visionado de video-diarios, guías y actividades sobre pensamientos negativos, estrés, búsqueda de ayuda, etc.	Evaluación pre y post-test de las variables <i>Ideación suicida, Depresión y Desesperanza</i> mediante diferentes escalas e instrumentos	Reducción significativa de las variables estudiadas. Necesidad de mayor muestra y un grupo control

Tabla 1: Continuación

Autores (Año)	Programa (País)	N	Rango Edad \bar{X} (DT)	Muestra	Contenido	Medidas de evaluación	Resultados
Robinson, Case, Jason, Whipple, Gooden, Lopez-Tamayo & Lambert (2016)	<i>Adapted-Coping with Stress Course [A-CWS]</i> (EEUU)	758	14- (+17)	Estudiantes de educación secundaria	Sesiones grupales para: identificar expresiones del estrés y los factores de riesgo del suicidio, y entrenamiento en HH de afrontamiento	Evaluación pre y post-test de la variable <i>Ideación e intentos de suicidio</i> mediante diferentes escalas e instrumentos	La reducción del estrés conlleva reducción significativa del suicidio
Schilling, Lawless, Buchanan & Aseltine (2014)	<i>Signs of Suicide [SOS]</i> (EEUU)	87	NI*	Estudiantes de educación secundaria	Psicoeducación sobre depresión, suicidio, bullying, autolesiones y búsqueda de ayuda a través de charlas, discusiones y visionado de documentales	Evaluación pre y post-test de las variables <i>Conocimientos generales, Ideación e intentos de suicidio y Búsqueda de ayuda</i> mediante diferentes escalas e instrumentos	Mejora significativa respecto al grupo control en todas las variables menos en <i>Búsqueda de ayuda</i>
Schilling, Aseltine & James (2016)	SOS (EEUU)	1284	NI*	Estudiantes de educación secundaria	Psicoeducación sobre depresión, suicidio, bullying, autolesiones y búsqueda de ayuda a través de charlas, discusiones y visionado de documentales	Evaluación pre y post-test de las variables <i>Conocimientos generales, Ideación e intentos de suicidio y depresión</i> mediante diferentes escalas e instrumentos	Mejora significativa respecto al grupo control en todas las variables

Tabla 1: Continuación

Autores (Año)	Programa (País)	N	Rango Edad \bar{X} (DT)	Muestra	Contenido	Medidas de evaluación	Resultados
Schmidt, Iachini, George, Koller & Weist (2015)	YRSPP (EEUU)	5949	NI*	Estudiantes de educación primaria y secundaria	Psicoeducación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y en búsqueda y petición de ayuda	Evaluación pre y post-test de las variables <i>Conocimiento sobre el suicidio, Búsqueda de ayuda e Ideación suicida</i> a través de diferentes escalas e instrumentos	Mejora significativa en las variables de evaluación
Silverstone, et. al. (2015)	<i>Empowering a Multimodal Pathway Towards Healthy Youth [EMPATHY]</i> (Canadá)	3244	11-18	Estudiantes de educación primaria y secundaria	Terapia Cognitivo-Conductual a través de una app o presencial a aquellos alumnos identificados de alto riesgo en las variables estudiadas	Evaluación pre y post-test de las variables <i>Depresión, Suicidio, Ansiedad, Calidad de vida, Autoestima y consumo de drogas, alcohol o tabaco</i> a través de diferentes escalas e instrumentos	Reducción significativa de <i>Depresión y suicidio</i> , pero no del resto de variables estudiadas
Strunk, King, Vidourek & Sorter (2014)	<i>Surviving the Teens</i> (EEUU)	1547	13-18	Estudiantes de educación secundaria	Psicoeducación sobre factores de riesgo contra la salud en general, y Entrenamiento en HH de comunicación, resolución de problemas y control de la ira	Evaluación pre y post-test de diferentes variables a través de diferentes escalas e instrumentos	Mejora significativa en las variables estudiadas. Reducción del riesgo al suicidio y depresión

Tabla 1: Continuación

Autores (Año)	Programa (País)	N	Rango Edad \bar{X} (DT)	Muestra	Contenido	Medidas de evaluación	Resultados
Tang, Jou, Ko, Huang & Yen (2009)	<i>Intensive Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents with Suicidal risk [IPT-A-IN]</i> (Taiwan)	73	12-18 15.25 (1.6)	Estudiantes de educación secundaria con depresión y riesgo de suicidio y familiares	Terapia interpersonal para reducción del estrés y de los factores de riesgo mediante entrenamiento en resolución de problemas	Evaluación pre y post-test de las variables <i>Depresión, Ideación suicida, Ansiedad y Desesperanza</i> a través de diferentes escalas e instrumentos	Reducción significativa en todas las variables estudiadas respecto al grupo control
Thompson, Eggert, Randell & Pike (2001)	<i>C-CARE</i> y <i>CAST</i> (EEUU)	460	14-19	Estudiantes de educación secundaria en riesgo de suicidio	Mismo contenido que en Eggert, Thompson, Randell & Pike (2002)	Evaluación de las variables <i>Riesgo suicida, otros Factores de riesgo (p.ej. Ira, Depresión o Ansiedad) y Factores de protección</i> mediante diferentes escalas	Mayor aumento significativo de los <i>Factores de protección</i> y reducción significativa del resto de variables en el grupo C-CARE+CAST
Vidot, Huang, Poma, Estrada, Lee & Prado (2016)	<i>Familias Unidas</i> (EEUU)	746	13.9 (0.67)	Estudiantes hispanos de educación secundaria y familiares	Psicoeducación y entrenamiento con role-playing de HH de comunicación y manejo conductual (Intervención familiar)	Evaluación de las variables <i>Suicidio, Consumo de alcohol y HH de comunicación</i> mediante diferentes escalas e instrumentos	Solo reducción significativa de <i>Ideación Suicida</i> en casos con baja línea base en HH de comunicación

Tabla 1: Continuación

Autores (Año)	Programa (País)	N	Rango Edad \bar{X} (DT)	Muestra	Contenido	Medidas de evaluación	Resultados
Vieland, Whittle, Garland, Hicks & Shaffer (1991)	NI* (EEUU)	381	15.8 (0.62)	Estudiantes de educación secundaria	Psicoeducación y entrenamiento en HH de afrontamiento y control	Evaluación pre y post-test de las variables <i>Ideación suicida</i> y <i>Búsqueda de ayuda</i> a través de diferentes escalas e instrumentos	No hay reducciones significativas en las variables estudiadas
Wasserman, et. al. (2015)	<i>Saving and Empowering Young Lives in Europe [SEYLE]</i> (Diferentes países de Europa)	11110	14-16 14.8 (0.84)	Estudiantes de educación secundaria	3 intervenciones: QPR*: Entrenamiento a personal adulto del colegio para saber identificar riesgo de suicidio y ofrecer ayuda YAM*: Psicoeducación sobre Salud Mental y entrenamiento en HH de afrontamiento ProfScreen*: Tto* mental clínico a alumnos que puntúan alto en problemas mentales	Comparación de los resultados pre y post-test de los 3 grupos de intervenciones. Evaluación de las variables <i>Ideación e Intentos de Suicidio</i> , y <i>Otros rasgos psicopatológicos</i> a través de diferentes escalas e instrumentos	Reducción significativa de <i>ideación</i> y <i>casos de suicidio</i> solo en el YAM. En QPR y ProfScreen buenos resultados respecto al grupo control pero no son significativos

*NI = No indicado, HH= Habilidades, HHSS = Habilidades Sociales, Tto = Tratamiento, RGD= Rolling Group Design, IRS= Internal Referencing Strategy, MC= Minimum Competency, QPR= Question, Persuade and Refer, YAM= Youth Aware of Mental Health Programme, ProfScreen= Screening by Professionals Programme

6. DISCUSIÓN:

Analizando los resultados alcanzados en esta revisión de pueden sacar muchas conclusiones acerca de la situación actual de los programas de prevención en niños y adolescentes. Destacar, en primer lugar, la poca cantidad de programas ampliamente evaluados y con efectos positivos para dicha variable. Si bien es cierto que hemos encontrado 15 programas diferentes (dejando de lado los que no tienen nombre), se trata de una cantidad muy baja si consideramos que estamos hablando de una revisión de programas prácticamente a nivel mundial y sin límites de tiempo. Además, muchos de éstos han dado resultados poco significativos en reducción del suicidio y variables relacionadas. El bajo número de programas de prevención del suicidio en niños y adolescentes seguramente se deba, además de a la baja conciencia social sobre el problema y al gran estigma que este tema conlleva, a los costes económicos que requiere su implementación para los organismos públicos. Dado que el suicidio es un tema tabú en nuestra sociedad, los gobiernos optan por conceder mayor importancia a temas de mayor envergadura en la actualidad (como puede ser el terrorismo, la corrupción política o el paro), dejando de lado la inversión en investigación de programas de prevención.

Otro dato llamativo de nuestra revisión es la carencia de programas de prevención dirigidos a menores de 11 años. Dotar a un niño desde sus primeros años de vida de las herramientas necesarias para afrontar situaciones tan estresantes, como por ejemplo el divorcio de sus padres, un problema de acoso escolar o una simple discusión con los amigos, es muy necesario para evitar consecuencias fatales como el suicidio. Como hemos visto a lo largo de la revisión, el suicidio es un fenómeno que aumenta con la edad, y la escuela puede ser un buen lugar para atajar el problema desde el principio. La falta de programas en estas edades quizás pueda deberse a la poca conciencia de la vulnerabilidad que corren los menores o al gran estigma social que rodea al suicidio. Nadie quiere pensar que esta situación tan grave pueda ocurrir en un niño tan pequeño, y por ello se cree que es mejor evitar el tema y no incidir en ello. Pero los datos están ahí y, como hemos visto, sí que hay menores que se suicidan y existen fenómenos como el bullying están que en alza, por lo que no es un tema para dejar de lado.

Si nos fijamos en el diagrama PRISMA nos damos cuenta de que quizás hay muchos más programas de prevención que darían resultados positivos en la reducción del suicidio infanto-juvenil, no obstante 96 de ellos se han descartado por no incluir en el artículo una evaluación de su eficacia. Evaluar la eficacia de un programa es casi tan importante como su implementación, pues poner en marcha un programa en el que se desconoce si a la larga genera resultados positivos o no conllevaría un gasto importante de tiempo y dinero, así como exponerse a los posibles efectos iatrogénicos que puede tener también un programa de tipo psicosocial o no farmacológico.

Casi todos los programas de prevención seleccionados para la revisión cuentan con características similares. En base a los resultados obtenidos de todos ellos podemos inferir que los contenidos fundamentales con los que debe contar un programa de prevención del suicidio en niños y adolescentes son: psicoeducación para reducir el estigma y aumentar los conocimientos generales sobre el suicidio, y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, búsqueda de ayuda y resolución de problemas para reducir el estrés y los factores de riesgo del suicidio. Además, en la mayoría de programas predomina la escuela como lugar clave para su implementación y recalcan la importancia de los padres durante el proceso, algo a tener en cuenta en futuras líneas de actuación.

Uno de los objetivos de esta revisión era incluir artículos tanto en inglés como en castellano pero, como se ha comprobado, solo se han encontrado dos en castellano que cumplan los criterios de inclusión. Esto, unido a que España de por sí no cuenta con un Plan Nacional de prevención contra el suicidio (algo que va en contra de las directrices de la OMS), crea la necesidad de abrir futuras líneas de investigación al respecto y de impulsar los programas de prevención a nivel nacional. Cabe recordar que en España el suicidio todavía sigue siendo la primera causa de muerte externa, por lo que no es algo que se deba de dejar de lado, y la mejor forma de hacerle frente actualmente es reduciendo el estigma social y fomentando los programas de prevención.

Si comparamos lo obtenido en el presente artículo con otras revisiones de referencia como la de Callear y colaboradores (2016) muchos de los programas coinciden, sobre todo los que han demostrado unos mejores resultados, como el SOS, el C-CARE o el Yellow Ribbon. No obstante también hay muchos otros que difieren,

principalmente por el hecho de contar con diferentes criterios de inclusión. Por ejemplo, las otras revisiones no incluyen artículos en castellano, parten con una franja de edad mayor (se centran en población adolescente y/o jóvenes adultos) e incluyen programas de prevención secundaria y terciaria.

A pesar de todas estas diferencias con revisiones predecesoras al presente estudio, la conclusión es la misma, falta mucho que investigar en el plano de la prevención del suicidio y en las diferentes formas para abordar el problema y evaluar su eficacia. Esta revisión pretende ser una base para tomar conciencia del problema a nivel internacional y poder tomar decisiones al respecto de la implementación de los diferentes programas de prevención. Concretamente en España, todavía falta mucho por lo que luchar, empezando por establecer un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Además, hay que tener en cuenta que la mejor forma para hacer frente al problema y reducir su prevalencia es entrenando a los niños desde muy pequeños para la detección y el afrontamiento directo del suicidio, siendo con ello clave la intervención de los colegios desde temprana edad y la participación de los padres en el manejo de los hijos.

7. BIBLIOGRAFÍA:

- Allen, J., Mohatt, G., Ching Fok, C., Henry, D., & People Awakening Team. (2009). Suicide prevention as a community development process: understanding circumpolar youth suicide prevention through Community level outcomes. *International Journal of Circumpolar Health*, 68 (3), 274-291.
- Barja, M. A. (2017). Bullying o acoso escolar: Estadísticas, detección y prevención. *Depsicología.com*. Recuperado el 28 de mayo de 2017 desde <http://depsicologia.com/bullying-o-acoso-escolar/>
- Bean, G., & Baber, K. (2011). Connect: An effective Community-based youth suicide prevention program. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 41 (1), 87-97.
- Cabra, O., Infante, D., y Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*, 13 (2), 28-35.

- Calear, A., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Busby, J., van Spijker, B., y Donker, T. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 467-482.
- Ciffone, J. (1993). Suicide prevention: A classroom presentation to adolescents. *Journal of Social Work*, 38 (2), 197-203.
- Ciffone, J. (2007). Suicide prevention: An analysis and replication of a curriculum-based high school program. *Journal of Social Work*, 52 (1), 41-49.
- Cigularov, K., Chen, P., Thurber, B., & Stallones, L. (2008). Investigation of the effectiveness of a school-based suicide education program using three methodological approaches. *Psychological Services*, 5 (3), 262-274.
- Córdova, M. A., Cubillas, M. J., & Román, R. (2011). ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Pensamiento psicológico*, 9 (17), 21-32.
- Deykin, E., Hsieh, C., Joshi, N., & McNamarra, J. (1986). Adolescent suicidal and self-destructive behavior: Results of an intervention study. *Journal of Adolescent Health Care*, 7 (2), 88-95.
- Diamond, G., Wintersteen, M., Brown, G., Diamond, G., 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.
- Eggert, L., Thompson, E., Herting, J., & Nicholas, L. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention program. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25 (2), 276-296.
- Eggert, L., Thompson, E., Randell, B., & Pike, K. (2002). Preliminary effects of brief school-based prevention approaches for reducing youth suicide: Risk behaviors, depression, and drug involvement. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 15 (2), 48-64.
- Flynn, A., Zackula, R., Klaus, N., McGinness, L., Carr, S., & Macaluso, M. (2016). Student Evaluation of the Yellow Ribbon Suicide Prevention Program in midwest schools. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 18 (3).

- Freedenthal, S. (2010). Adolescent help-seeking and the Yellow Ribbon Suicide Prevention Program: An evaluation. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40 (6), 628-639.
- Fundaciones ANAR y Mutua Madrileña. (2016). *Acoso Escolar: I Estudio sobre el "bullying" según los afectados y líneas de actuación*. Recuperado el 28 de mayo de 2017 desde <http://www.anar.org/wp-content/uploads/2016/04/Estudio-Bullying-Seg%C3%BAAn-los-Afectados-Abril-2016.pdf>
- Gámez, C. (2014). España, el cuarto país europeo con menor tasa de suicidios. *20 minutos*. Recuperado el 26 de mayo de 2017 desde <http://www.20minutos.es/graficos/espana-el-cuarto-pais-europeo-con-menor-tasa-de-suicidios-82/0/>
- Hill, R., & Pettit, J. (2016). Pilot randomized controlled trial of LEAP: A selective preventive intervention to reduce adolescents' perceived burdensomeness. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 00 (00), 1-12.
- Hooven, C., Walsh, E., Pike, K., & Herting, J. (2012). Promoting CARE: Including parents in youth suicide prevention. *Family & Community Health*, 35 (3), 225-235.
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2016). Notas de prensa: *Defunciones según causa de muerte: Año 2014*. Recuperado el 27 de mayo de 2017 desde <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
- Kalafat, J., & Ryerson, D. (1999). The implementation and institutionalization of a school-based youth suicide prevention program. *The Journal of Primary Prevention*, 19 (3), 157-175.
- Katz, C., Bolton, S., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., & Sareen, J. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programas. *Depression and Anxiety*, 30 (10), 1030-1045.
- King, C., Kramer, A., Preuss, L., Kerr, D., Weisse, L., & Venkataraman, S. (2006). Youth-Nominated Support Team for suicidal adolescents (Version 1): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74 (1), 199-206.

- King, C., 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 & Clinical Psychology, 77* (5), 880-893.
- Klingman, A., & Hochdorf, Z. (1993). Coping with distress and self-harm: The impact of a primary prevention program among adolescents. *Journal of Adolescence, 16*, 121-140.
- LaFromboise, T., & Howard-Pitney, B. (1995). The Zuni Life Skills Development Curriculum: Description and evaluation of a suicide prevention program. *Journal of Counseling Psychology, 42* (4), 479-486.
- Le, T., & Gobert, J. (2015). Translating and implementing a Mindfulness-Based Youth Suicide Prevention Intervention in a Native American Community. *Journal of Child & Family Studies, 24* (1), 12-23.
- Lucio, E., Linage, M., Pérez, M., y Arenas, P. (2009). Una estrategia preventiva para adolescentes con riesgo suicida y consumo de sustancias en el escenario escolar. *Revista Española de Drogodependencias, 34* (3), 323-330.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t).
- Mohatt, G., Fok, C., Henry, D., & Allen, J. (2014). Feasibility of a community intervention for the prevention of suicide and alcohol abuse with Yup'ik Alaska native youth: The *Elluam Tungiinun* and *Yupicimta Asvairtuumallerkaa* studies. *American Journal of Community Psychology, 54* (1-2), 153-169.
- Mrazek, P. & Haggerty, R. (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud, 28* (1), 25-31.
- Orbach, I., & Bar-Joseph, H. (1993). The impact of a suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity, and coping. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 23* (2), 120-129.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1986). *Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide 1986 York, UK*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado el 15 de enero de 2017 desde [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017\(S\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_PSF_017(S).pdf)
- OMS. (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. Recuperado el 28 de mayo de 2017 desde <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- OMS. (2012). *Salud mental: Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado el 27 de mayo de 2017 desde http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- OMS. (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo mundial*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- OMS. (2017). Nota descriptiva: *Suicidio*. Recuperado el 27 de mayo de 2017 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2016). *Ending the torment: Tackling bullying from the schoolyard to cyberspace*. New York, USA: United Nations Publications.
- Petrova, M., Wyman, P., Schmeelk-Cone, K., & Pisani, A. (2015). Positive-Themed suicide prevention messages delivered by adolescent peers leaders: Proximal impact on classmates' coping attitudes and perceptions of adult support. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 45 (6), 651-663.
- Piña, N. (2014). *El suicidio y sus consecuencias en la familia* (tesis doctoral). Asociación Mexicana de Tanatología, México, D.F.
- Portzky, G., & van Heering, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: A controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (9), 910-918.
- Randell, B., Eggert, L., & Pike, K. (2001). Immediate post-intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31 (1), 41-61.

- Rejón, R. (2015). España ignora a la OMS y sigue sin plan nacional para atajar los suicidios, que suben un 10%. *eldiario.es*. Recuperado el 26 de mayo de 2017 desde http://www.eldiario.es/sociedad/Espana-nacional-prevencion-crecer-suicidio_0_428707822.html
- Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Yuen, H. P., Yung, A., & Pirkis, J. (2016). Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students?: Results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 10 (1), 28-35.
- Robinson, W., Case, M., Whipple, C., Gooden, A., Lopez-Tamayo, R., Lambert, S., & Jason, L. (2016). Culturally grounded stress reduction and suicide prevention for african american adolescents. *Practice Innovations (Washington, D. C.)*, 1 (2), 117-128.
- Ruiz, J. (s.f.). Consecuencias psicológicas del suicidio para la familia. *Cuida tu Salud Emocional*. Recuperado el 27 de mayo de 2017 desde <http://www.cuidatusaludemocional.com/consecuencias-del-suicidio.html>
- Schilling, E., Lawless, M., Buchanan, L., & Aseltine, R. (2014). "Signs of Suicide" shows promise as a Middle School Prevention Program. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44 (6), 653-667.
- Schilling, E., Aseltine, R., & James, A. (2016). The SOS suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention Science*, 17 (2), 157-166.
- Schmidt, R., Iachini, A., George, M., Koller, J., & Weist, M. (2015). Integrating a suicide prevention program into a School Mental Health System: A case example from a rural school district. *Children & Schools*, 37 (1), 18-26.
- Silverstone, P., Bercov, M., Suen, V., Allen, A., Cribben, I., Goodrick, J., ...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).
- Soler, P. A. & Gascón, J. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*, Barcelona, España: Ars Medica.

- Strunk, C., King, K., Vidourek, R., & Sorter, M. (2014). Effectiveness of the Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program: An impact evaluation utilizing a comparison group. *Health Education & Behavior, 41* (6), 605-613.
- 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.
- Thompson, E., Eggert, L., Randell, B., & Pike, K. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *American Journal of Public Health, 91* (5), 742-752.
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica, 135* (11), 507-511.
- Vidot, D., Huang, S., Poma, S., Estrada, Y., Lee, T. K., & Prado, G. (2016). Familias Unidas´ crossover effects on suicidal behaviors among Hispanic adolescents: Results from an effectiveness trial. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 46* (Suppl. 1), S8-S14.
- Vieland, V., Whittle, B., Garland, A., Hicks, R., & 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 and Adolescent Psychiatry, 30* (5), 811-815.
- Villagómez, C. (2010). Efectos y consecuencias del suicidio en el entorno. *CCM-Salud y bienestar*. Recuperado el 26 de mayo de 2017 desde <http://salud.ccm.net/faq/3912-efectos-y-consecuencias-del-suicidio-en-el-entorno>
- Wasserman, D., Hoven, C., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., ...Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet, 385* (9977), 1536-1544.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van-Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ...Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10 year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3 (7), 646-659.

