



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Eficacia de los programas de prevención del
suicidio en adolescentes basados en el contexto
escolar**

Revisión sistemática

Trabajo de Fin de Máster
Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Autora: Ana Ríos Herrera
Director: José Manuel Caperos Montalbán

Madrid
2021/2022

Resumen

El suicidio ha aumentado en estos últimos años hasta convertirse en 2020 en la primera causa de muerte no natural en España en población infantil y adolescente. Actualmente, supone uno de los principales problemas a los que se enfrenta la salud pública, también a nivel mundial. Sin embargo, España aún no cuenta con un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Por ello, la presente revisión sistemática tiene el objetivo de evaluar la eficacia de los programas de prevención del suicidio en adolescentes basados en el contexto escolar. Se realizó una búsqueda de los artículos en las bases de datos de PsycInfo, PubMed y Cochrane Library. Los criterios de elegibilidad fueron: (a) ensayos clínicos aleatorizados, (b) enfocados en población infantil y adolescente, (c) que estudiaran la conducta suicida, (d) que estudiaran la eficacia de programas de prevención, (e) que se aplicaran en el ámbito escolar y (e) en español o en inglés. Se obtuvo un total de 10 artículos. Los resultados indican que los programas C-CARE, CAST, SOS y YAM muestran resultados favorables en la reducción de la conducta suicida. También son favorables en la reducción de los factores de riesgo (depresión, desesperanza, ira y ansiedad) y en el aumento de los factores de protección asociados (autocontrol y habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas). La eficacia de los programas se ha visto moderada por la duración, el contenido y el tipo de programa, siendo importante el contexto escolar como ámbito de aplicación. Aunque estos resultados sean positivos es necesario seguir estudiando sobre el tema planteado. Se proponen algunas líneas de investigación, como estudiar el abordaje transdiagnóstico de la prevención del suicidio, contribuir en la participación de los padres a través del contexto escolar y aplicar estos programas en edades más tempranas.

Palabras clave: Suicidio, Prevención, Programas, Adolescentes, Contexto escolar.

Abstract

The last years, the suicide rate has increased to become, in 2020, the first no-natural death cause in Spain among children and teenagers. Nowadays, it is one of the main problems that Public Health confronts, not only in Spain but in the world. However, Spain still does not have a National Suicide Prevention Plan. Therefore, the point of the following system revision is to evaluate the effectiveness of the suicide prevention programmes in teenagers based on the school context. The research contains 10 articles

founded in the PsycInfo, PubMed and Cochrane Library base data and they were selected under the following criterion: (a) randomized clinical test, (b) focused on children and teenager population, (c) studies about suicide behavior, (d) studies about the prevention programmes effectiveness, (e) applied on the school context, (f) Spanish and English language. The results indicate that the C-CARE, CAST, SOS and YAM programs have obtained favorable results to decrease the suicidal behavior. They are also favorable to reduce the risk factors (depression, hopelessness, anger and anxiety) and increase the associated protection factors (self-control and problem-solving coping skills). The effectiveness of the programmes has been moderated by the duration, content and kind of programme, and it is important the school context for their application. Although the results may be positive, it is necessary to keep study about the main materia. We propose some lines of research, such to study the transdiagnostic approach to suicide prevention, contributing to the participation of parents through the school context and applying the prevention programmes at earlier ages.

Keywords: Suicide, Prevention, Programs, Adolescents, School context.

Índice

1. Introducción.....	5
2. Método.....	10
2.1. <i>Estrategia de búsqueda</i>	10
2.2. <i>Variables</i>	11
2.3. <i>Análisis de los datos</i>	12
3. Resultados.....	12
4. Discusión	28
Referencias	34
Anexo A.....	39
Anexo B.....	40
Anexo C.....	47

1. Introducción

El suicidio es uno de los principales problemas a los que se enfrenta la salud pública en la sociedad actual. La Organización Mundial de la Salud (2018) estima que cada año se suicidan alrededor de 800.000 personas en el mundo. Por cada uno de estos suicidios consumados muchas otras personas realizan una tentativa de suicidio, pudiendo llegar a ser hasta 20 veces más frecuente. Además, el intento de suicidio es uno de los mayores predictores de la ocurrencia de un suicidio consumado en el futuro (Al-Halabí, 2021; Anseán, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2018). Concretamente, España ha registrado en los últimos años índices muy elevados de suicidio, tanto en la población adulta como en la población infantil y adolescente (Fonseca-Pedrero & Pérez de Albéniz, 2020; Pedreira-Massa, 2019; Soto-Sanz et al., 2019).

Quizá derivado de la reciente crisis sanitaria por la COVID-19, el suicidio ha aumentado hasta convertirse en 2020 en la primera causa de muerte no natural en España para la población joven y adolescente (Instituto Nacional de Estadística, 2021). Los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística reflejaron que en España una media de 11 personas se quitaban la vida cada día (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2021). En general, a lo largo de los últimos 4 años se ha registrado un aumento de las cifras de suicidio no solo en España sino también a nivel mundial (Castillo, 2022).

Con objeto de profundizar en el concepto de suicidio, cabe destacar que cuando se menciona el término de conducta suicida se hace alusión a la ideación, comunicación o acción autolesiva (Anseán, 2014). Sus diferentes manifestaciones difieren en la gravedad desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado (Fonseca-Pedrero & Pérez de Albéniz, 2020).

El suicidio es un fenómeno etiológicamente multifactorial, pudiendo diferenciarse diversos factores de riesgo que influyen en la presencia de la conducta suicida: (1) personales, (2) psicopatológicos y/o clínicos, (3) biológicos y de personalidad y (4) socio-contextuales (Anseán, 2014). Cada factor tiene su propio peso, pero al presentarse cada uno por separado posiblemente no serían suficientes para explicar la conducta suicida (Anseán, 2014; Bobes et al., 1997; Fonseca-Pedrero & Pérez de Albéniz, 2020; Soto-Sanz et al., 2019).

Entre los factores personales, se destaca tener una mayor edad, ser varón y ser de raza blanca (Anseán, 2014). La investigación ha encontrado que la mayoría de las personas

que realizaba un suicidio consumado eran varones ancianos, mientras que la mayoría de las personas con tentativas de suicidio o ideación suicida eran mujeres jóvenes (Anseán, 2014; Mosquera, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2018). Esto también ocurre en la adolescencia (Anseán, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2018). Estos hallazgos pueden deberse a dos aspectos. Por un lado, en la adultez y vejez empiezan a estar presentes algunos miedos (a la muerte, a la enfermedad, al fallecimiento de la pareja sentimental, a la soledad...) (Anseán, 2014). Por otro lado, el género masculino parece estar asociado al uso de métodos más impulsivos, autoagresivos y letales y la búsqueda de ayuda está asociada a la debilidad en casos de desesperanza o sufrimiento (Anseán, 2014; Mosquera, 2016). En el caso de las mujeres, algunos estudios sugieren la influencia de los cambios hormonales propios de la adolescencia en el estado de ánimo y la conducta y, más concretamente del ciclo menstrual (Anseán, 2014; Pérez Barrero, 1999). Otros estudios revelan la orientación sexual como otro factor, donde la población homosexual, y más concretamente en la adolescencia, podría presentar un mayor riesgo debido a las experiencias de acoso y marginación por su orientación sexual, al escaso apoyo social y familiar y a las posibles dificultades de autoidentificación y autoaceptación (Anseán, 2014; Mosquera, 2016; Navarro-Gómez, 2017). También se ha encontrado relación entre un bajo nivel educativo o estudios realizados no vocacionales y un mayor número de intentos de suicidio (Anseán, 2014; Gabilondo et al., 2007; Organización Mundial de la Salud, 2018).

Atendiendo a los factores psicopatológicos y/o clínicos, los factores de riesgo considerados más importantes son los intentos de suicidio previos y la presencia de un trastorno mental (ansiedad, abuso de sustancias, trastorno de personalidad...), concretamente la depresión en la adolescencia (Anseán, 2014; Mosquera, 2016; Gabilondo et al., 2007; Harrod et al., 2014; Organización Mundial de la Salud, 2018; Pedreira-Massa, 2019; Soto-Sanz et al., 2019). También se incluye la ocurrencia de un acontecimiento vital estresante (abusos sexuales, acoso escolar, separaciones, fallecimiento de seres queridos, problemas laborales o financieros, jubilación...), el cual afecta a la capacidad de adaptación y aumenta la vulnerabilidad (Anseán, 2014; Bobes et al., 1997; Mosquera, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2018; Soto-Sanz et al., 2019). Otro factor de riesgo son las enfermedades médicas en cuanto a la posible cronicidad, dolor sufrido o la ansiedad o miedo experimentado (Anseán, 2014).

En cuanto a los factores biológicos y de personalidad, existen características individuales que son estables (genéticas, experiencias vitales tempranas...) y que pueden predisponer a que la persona desarrolle ciertos trastornos asociados a un mayor riesgo de suicidio (Anseán, 2014; Bobes et al., 1997). Entre los factores de personalidad que están relacionados con las conductas suicidas se encuentra la desesperanza, impulsividad, insatisfacción vital, distorsiones cognitivas, rigidez cognitiva, baja capacidad de resolución de problemas, falta de habilidades de afrontamiento y de habilidades sociales, baja tolerancia a la frustración, comportamiento disruptivo, neuroticismo y un bajo autocontrol emocional y cognitivo (Anseán, 2014; Harrod et al., 2014; Pedreira-Massa, 2019).

Por último, entre los factores socio-contextuales se destaca una escasa red de apoyo social y/o aislamiento (las relaciones interpersonales y los grupos de iguales adquieren una gran relevancia en la adolescencia), conflictos en las relaciones familiares, exposición a violencia familiar y/o violencia de género, tener familiares que se hayan suicidado, situación de desempleo o inestabilidad laboral, dificultades académicas, tener acceso a armas de fuego, haber vivido conflictos bélicos y experimentar crisis económicas (Anseán, 2014; Mosquera, 2016; Harrod et al., 2014; Organización Mundial de la Salud, 2018; Pedreira-Massa, 2019).

La conducta suicida es el resultado de un conjunto de factores que llevan a concebir la muerte como la única solución a la situación o sufrimiento actual (Anseán, 2014; Bobes et al., 1997; Casullo et al., 2000; Rocamora, 2012). La persona busca poner fin a situaciones de sufrimiento que se le tornan en insoportables, no buscando la muerte sino el fin del sufrimiento (Anseán, 2014). En la adolescencia, los intentos de suicidio o el suicidio consumado son la opción final que muchos jóvenes adoptan para resolver sus problemas (Anseán, 2014; Navarro-Gómez, 2017). Es una etapa especialmente vulnerable a situaciones estresantes o traumáticas donde los adolescentes pueden reaccionar de forma desadaptativa bajo niveles muy elevados de estrés y ansiedad (Anseán, 2014). En otros casos, la conducta suicida surge de la necesidad de comunicar y/o expresar a través de la ideación o tentativa de suicidio un sentimiento de desesperanza, sufrimiento o desesperación (Anseán, 2014).

En la adolescencia la conducta suicida más frecuente es la ideación autolítica no planificada, seguida de los pensamientos de suicidio planificados, de los intentos de suicidio y del suicidio consumado (Anseán, 2014; Mosquera, 2016). En menores de 15

años las conductas suicidas adquieren un carácter más impulsivo (Anseán, 2014). A medida que los adolescentes crecen y se acercan a la edad adulta, esta prevalencia se invierte y se vuelven más frecuentes los suicidios consumados (Anseán, 2014; Mosquera, 2016).

En la etapa adolescente es especialmente impactante la exposición a casos de suicidio o a comportamientos suicidas de amigos o familiares, así como a determinada información sobre el suicidio en los medios de comunicación (Anseán, 2014). En este sentido, internet se ha convertido en un medio de comunicación entre adolescentes que puede aumentar este riesgo y llegar a instigar a la ideación suicida si no se trata con prudencia este tipo de información (Anseán, 2014; Navarro-Gómez, 2017).

Uno de los mitos que se ha desarrollado en torno al suicidio es la creencia errónea de que hablar del suicidio puede incitar a la población a cometerlo (Rocamora, 2012). Sin embargo, hablar de ello ayuda a que las personas que sufren y que presentan ideación suicida se sientan comprendidas y encuentren apoyo, reduciendo así su riesgo a cometerlo (Rocamora, 2012). Esta falsa creencia es uno de los principales obstáculos de la prevención del suicidio, la cual da lugar a su invisibilización y dificulta que se tome conciencia de la necesidad real de intervención urgente (Castillo 2022; Organización Mundial de la Salud, 2018).

Para el abordaje de la prevención del suicidio en adolescentes el contexto educativo resulta ser un espacio idóneo. Es un contexto que adquiere una gran importancia en la etapa de la adolescencia, donde los jóvenes pasan gran parte de su tiempo y expresan parte de sus dificultades (académicas, emocionales, relacionales...) (Bobes et al., 1997; Casullo et al., 2000; Granello & Zyromski, 2019; Joshi et al., 2015). Más específicamente, muchos de los factores de riesgo anteriormente mencionados tienen lugar en este entorno (dificultades de adaptación, bajo rendimiento escolar, conflictos interpersonales, acoso escolar...), posicionando al contexto educativo no como el factor causante de las conductas suicidas sino como un factor desencadenante pero con múltiples oportunidades de detección y prevención (Pedreira-Massa, 2019).

En los programas de prevención del suicidio en los contextos educativos es muy importante la adecuada formación del profesional que lo imparte. Los objetivos que suelen presentar se centran en (1) detectar de forma precoz factores de riesgo en los adolescentes y reducir la ideación o comportamiento suicida, (2) ampliar y potenciar la red de apoyo, (3) normalizar la conducta de búsqueda y petición de ayuda, (4) conocer

los recursos disponibles, (5) formar al profesorado y (6) ofrecer educación y apoyo a los padres (Bobes et al., 1997).

Estos programas pueden presentar diferentes formas: (1) concienciación y educación sobre el suicidio incluido en el plan de estudios, (2) entrenamiento en liderazgo de pares, (3) entrenamiento del personal docente, (4) detección de alumnos en riesgo y (5) entrenamiento de competencias personales (Al-Halabí, 2021; Joshi et al., 2015; Surgenor et al., 2016). Estos tipos de programas serán analizados posteriormente en el apartado de resultados.

Esta revisión pretende abordar la viabilidad de las posibles medidas ante la situación actual del suicidio y su grave impacto en la sanidad pública. Actualmente, en España no existe un Plan Nacional de Prevención del Suicidio (aunque sí a nivel autonómico). Debido a su naturaleza, el suicidio resulta ser un fenómeno cuyo abordaje precisa tener una naturaleza mayoritariamente preventiva para lograr un mayor alcance. Por ello, ante el escaso número de investigaciones sobre los programas de prevención del suicidio en adolescentes en el contexto escolar, se pretende demostrar la eficacia y viabilidad de dichos programas y su aplicabilidad en el contexto español.

Objetivo

Estudiar la eficacia de los programas de prevención del suicidio basados en el contexto escolar en población adolescente. Específicamente:

- Conocer los tipos y diversidad de programas atendiendo a la perspectiva teórica y el ámbito de realización.
- Analizar la eficacia de los distintos programas.
- Detectar posibles variables que modulen la eficacia de las intervenciones.
- Valorar la aplicabilidad de dichas intervenciones en el marco español.

2. Método

2.1. Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica durante el mes de enero de 2022 en las siguientes bases de datos: PsycInfo, PubMed y Cochrane Library. Los términos que compusieron la ecuación de búsqueda en lenguaje documental fueron *Suicide, Attempted Suicide, Suicidal Ideation, Prevention, Early Intervention, Educational Early Intervention, School Based Intervention, School Health Services, Primary Prevention, Adolescents, Child, Students y Schools*; y en lenguaje libre *School*. Se conectaron mediante los operadores AND y OR (Tabla A1).

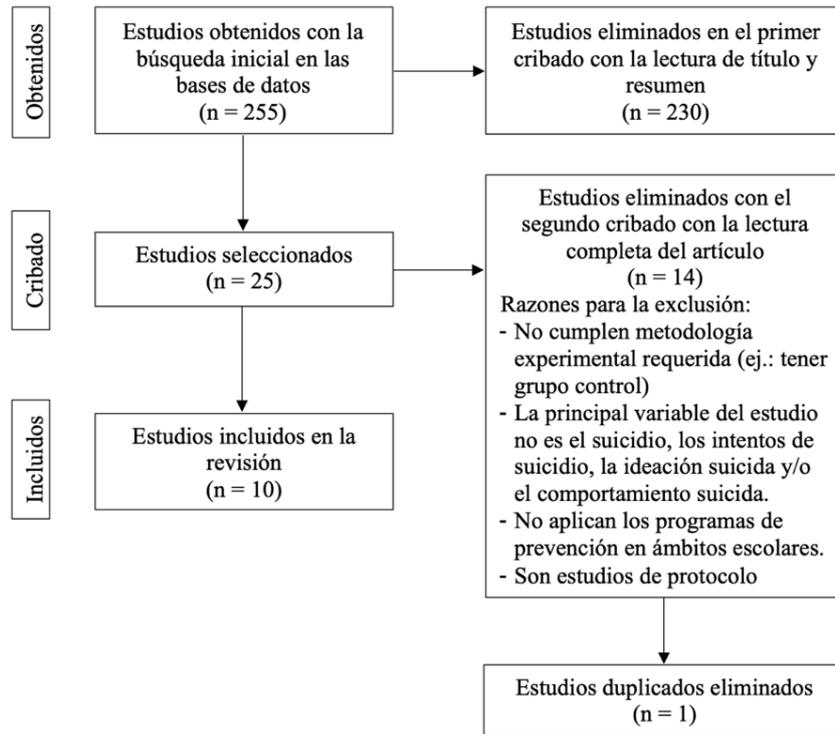
Como criterios de elegibilidad se consideraron: (a) estudios experimentales, concretamente ensayos clínicos aleatorizados, (b) enfocados a población infantil y adolescente, (c) cuya variable de resultados es el suicidio, los intentos de suicidio, la ideación suicida y/o el comportamiento suicida, (d) que estudian la eficacia de programas de prevención o intervenciones preventivas, (e) aplicados en el ámbito escolar y (e) en español o en inglés.

Tras lanzar la ecuación de búsqueda en las bases de datos se obtuvieron un total de 255 publicaciones. Se realizó un primer cribado caracterizado por la lectura de los títulos y el resumen. En este proceso se descartaron aquellos artículos que (1) incluyesen en su muestra población clínica u hospitalizada, (2) estudiaran población adulta, (3) estudiaran la relación entre el suicidio y los trastornos mentales, (4) no cumplieran una metodología experimental y (5) no aplicasen los programas de prevención en el ámbito escolar.

La aplicación de estos criterios de exclusión en el primer cribado permitió reducir el número de artículos inicial a un total de 25 artículos. Posteriormente, se llevó a cabo un segundo cribado mediante la lectura completa de los artículos restantes, con el objetivo de revisar de forma exhaustiva si cumplían con los criterios de inclusión anteriormente mencionados. Tras este segundo cribado, el número final de artículos válidos para la revisión fue de 10 artículos (Figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de los artículos



2.2. Variables

En primer lugar, para evaluar la validez de los artículos primarios se han analizado las variables metodológicas de los estudios. En concreto, se ha evaluado el tipo de diseño utilizado, el tamaño de la muestra, el tipo de medidas de resultado utilizadas, el seguimiento de los resultados, la existencia de cegamiento en los participantes o en los evaluadores y el análisis de las pérdidas de sujetos a lo largo del estudio.

En segundo lugar, se han analizado aquellas variables de las características de la muestra que pueden afectar a la generalizabilidad de los resultados, como el rango de edad, la proporción de sexos, el país de procedencia y el ámbito de reclutamiento (hospitalario o académico, por ejemplo),

En tercer lugar, atendiendo a las características de las intervenciones se ha evaluado el tipo de intervención aplicada, la duración de la intervención, la variable evaluada y los profesionales que han impartido el programa.

Por último, se ha registrado si la ideación suicida, los intentos de suicidio y los planes de suicidio han aumentado o disminuido en los participantes tras la intervención.

Atendiendo al conocimiento y actitudes hacia la depresión y el suicidio, se ha registrado si la intervención ha aumentado o disminuido el conocimiento sobre la depresión y si ha mejorado o empeorado las actitudes hacia el suicidio en los participantes. En cuanto a la búsqueda de ayuda, se ha registrado si la intervención ha aumentado o disminuido este comportamiento. Para evaluar los factores de protección (autocontrol y habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas) y los factores de riesgo (depresión, desesperanza, ira y ansiedad), se ha registrado si la intervención ha aumentado o disminuido dichos factores en los participantes.

2.3. Análisis de los datos

Para analizar los datos obtenidos en relación con la eficacia de las intervenciones, se ha evaluado si la intervención ha obtenido resultados positivos o negativos sobre cada variable analizada en diferentes meses.

Para la síntesis de la eficacia de los distintos programas se han seguido las recomendaciones de la corporación Cochrane cuando no se realiza un metaanálisis (Higgins et al., 2022), teniendo en cuenta la dirección del efecto independientemente de la significación estadística del mismo.

3. Resultados

Características metodológicas y de la muestra

Todos los estudios incluidos en esta revisión presentaban un diseño experimental aleatorizado. Ocho de los estudios presentaban dos grupos (experimental y control) (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Calear et al., 2022; Ciffone, 2007; Klim-Conforti et al., 2021; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015; Wyman et al., 2010), y los dos estudios restantes incluían más de un grupo experimental (Thompson et al., 2001; Wasserman et al., 2015). En cuatro de los estudios el grupo control tenía la condición de lista de espera (Calear et al., 2022; Klim-Conforti et al., 2021; Schilling et al., 2015; Wyman et al., 2010), mientras que en los seis estudios restantes el grupo control no recibía ninguna intervención o condición (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Ciffone, 2007; Schilling et al., 2014; Thompson et al., 2001; Wasserman et al., 2015). Ninguno de los estudios llevó a cabo un cegamiento de los evaluadores o de los

participantes y solo en seis estudios se realizó un análisis de las pérdidas de sujetos durante la investigación (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Klim-Conforti et al., 2021; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015; Wyman et al., 2010) (Tabla B1).

Para medir la ideación suicida y los intentos de suicidio se han utilizado tanto cuestionarios y autoinformes elaborados específicamente para ello (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Calear et al., 2022; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015; Wasserman et al., 2015) como instrumentos ya existentes, como la *Measure of Adolescent Potential for Suicide* (Thompson et al., 2001), el *High School Questionnaire* (Thompson et al., 2001), el *Columbia Depression Scale* (CDS) (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004), el *Brief Screen for Adolescent Depression* (BSAD) (Aseltine et al., 2007) y el *Life Problems Inventory* (LPI) (Klim-Conforti et al., 2021). Para evaluar síntomas depresivos se utilizó el CDS (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004) y el BSAD (Aseltine et al., 2007), y para evaluar la depresión y la ansiedad se empleó la *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS) (Klim-Conforti et al., 2021) (Tabla B1).

Para evaluar el conocimiento y la actitud hacia la depresión y el suicidio, así como los cambios producidos tras la aplicación de la intervención, se han empleado cuestionarios y escalas específicamente elaborados para ello (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, Ciffone, 2007; 2004; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015) (Tabla B1).

En la evaluación del comportamiento de búsqueda de ayuda se han adaptado los cuestionarios de *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) (Aseltine et al., 2007; Schilling et al. 2014), *General Help-Seeking Questionnaire* (GHSQ) (Calear et al., 2022) y *Actual Help-Seeking Questionnaire* (AHSQ) (Calear et al., 2022), así como encuestas y entrevistas elaboradas para conocer el impacto del programa (Calear et al., 2022) (Tabla B1).

En cuanto a los factores de riesgo y de protección, su evaluación se realizó mediante instrumentos ya existentes, como el *High School Questionnaire* (Thompson et al., 2001) y la *Measure of Adolescent Potential for Suicide* (Thompson et al., 2001), y mediante cuestionarios diseñados específicamente para ello (Aseltine & DeMartino, 2004). También se utilizó encuestas para medir el impacto de la intervención sobre los factores de protección (Wyman et al., 2010) (Tabla B1).

En los estudios se realizó un seguimiento de los participantes a las 3 semanas (Ciffone, 2007), a los 3 meses (Calear et al., 2022; Wasserman et al., 2015), a los 4 meses (Wyman et al., 2010), a los 6 meses (Calear et al., 2022), a los 9 meses (Thompson et al., 2001), a los 12 meses (Wasserman et al., 2015) y a los 18 meses (Calear et al., 2022) tras la intervención (Wasserman et al., 2015). Otros estudios no informaron de ningún seguimiento realizado (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Klim-Conforti et al., 2021; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015) (Tabla B3).

La muestra de los estudios ha oscilado entre los 386 y 11110 participantes (Tabla B1). Generalmente la componían población adolescente, con un rango de edad desde los 10 a los 19 años. En una ocasión, un estudio no especificaba el rango de edad de su muestra, indicando solo la edad media (16 años) (Wyman et al., 2010). Todos los estudios presentaban una muestra con una proporción similar de mujeres y hombres, no superando más de un 25% de diferencia entre ambos sexos. Los participantes de los diez estudios fueron reclutados en más de una escuela secundaria. La mayoría de los estudios se han realizado en diferentes estados pertenecientes a los Estados Unidos (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Ciffone, 2007; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015; Thompson et al., 2001; Wyman et al., 2010), a excepción de un estudio realizado en Canadá (Klim-Conforti et al., 2021), otro estudio llevado a cabo en países de Europa (Wasserman et al., 2015) y un tercer estudio realizado en Australia (Calear et al., 2022) (Tabla B2).

Tipos de programas de intervención aplicados

Atendiendo al tipo de intervención aplicada, todos los estudios han impartido programas de prevención basados en el contexto escolar. Los estudios analizados han empleado nueve programas de intervención distintos: *Signs of Suicide* (SOS) en cuatro estudios (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015), *Sources of Strength* en dos estudios (Calear et al., 2022; Wyman et al., 2010), *Counselors CARE* (C-CARE) y *Coping and Support Training* (CAST) en un estudio (Thompson et al., 2001), *Question, Persuade and Refer* (QPR), *Youth Aware of Mental Health Programme* (YAM) y *Screening by professionals* (*ProfScreen*) en un estudio (Wasserman et al., 2015), *South Elgin High School* (SEHS) *Suicide Prevention Program* en un estudio (Ciffone, 2007) y *Harry Potter-Based Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) *Skills* en un estudio (Klim-Conforti et al.; 2021) (Tabla B3).

El programa SOS es un programa de concienciación y educación sobre el suicidio (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015), un entrenamiento en liderazgo de pares (Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling et al., 2014); y un entrenamiento del personal docente (Schilling et al., 2014). En general, el programa SOS pretende la sensibilización de la relación entre el suicidio y la depresión, enfatiza la tendencia de los adolescentes a buscar ayuda en su grupo de iguales y capacita a adultos de confianza para apoyar a los jóvenes (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015). El programa *Sources of Strength* consiste en un entrenamiento en liderazgo de pares, está enfocado en promover y mejorar la comunicación entre adolescentes y adultos y las habilidades de afrontamiento y búsqueda de ayuda de los jóvenes (Calear et al., 2022; Wyman et al., 2010). El C-CARE es un programa de concienciación y educación sobre el suicidio, consiste en una evaluación integral de los factores de riesgo y de protección y en una intervención breve enfocada en mejorar los recursos personales y los apoyos sociales del adolescente (Thompson et al., 2001). El CAST es un programa de entrenamiento de competencias personales y de concienciación y educación sobre el suicidio, está enfocado en capacitar a los adolescentes en habilidades generales de afrontamiento (Thompson et al., 2001). El QPR es un programa de entrenamiento del personal docente, consiste en un módulo de capacitación para reconocer factores de riesgo de la conducta suicida y para mejorar las habilidades de comunicación (Wasserman et al., 2015). El YAM es un programa de concienciación y educación sobre el suicidio y de entrenamiento de competencias personales, el cual tiene como objetivo aumentar la conciencia sobre la salud mental y los factores de riesgo y de protección vinculados al suicidio y entrenar las habilidades de afrontamiento (Wasserman et al., 2015). El *ProfScreen* es un programa de detección de alumnos en riesgo, está basado en una intervención selectiva de puntuaciones indicadoras de riesgo de suicidio a través de un cuestionario (Wasserman et al., 2015). El *SEHS Suicide Prevention Program* es un programa de concienciación y educación sobre el suicidio, pretende enseñar a los adolescentes a reaccionar de forma adaptativa ante las señales de riesgo de suicidio de otros adolescentes y entrenar en habilidades de búsqueda de ayuda (Ciffone, 2007). Por último, el *Harry Potter-Based CBT Skills* es un programa de concienciación y educación sobre el suicidio y de entrenamiento de competencias personales, está desarrollado a través de una unidad de literatura donde se entrena la resiliencia y las habilidades de afrontamiento mediante la lectura y el análisis de los personajes (Klim-Conforti et al., 2021) (Tabla B3). Las características más detalladas de

cada programa, en cuanto a la organización de las sesiones y el contenido que trabajan, se encuentran en la tabla C1.

En la mayoría de los estudios los programas tenían una duración de 2 años (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Calear et al., 2022; Schilling et al., 2015; Wyman et al., 2010), solo un programa duraba 1 año (Schilling et al., 2014), y los programas restantes no superaban los 3 meses de duración (Ciffone, 2007; Klim-Conforti et al., 2021; Thompson et al., 2001; Wasserman et al., 2015). Los profesionales que han impartido los programas han sido en su mayoría el personal docente experimentado (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Calear et al., 2022; Ciffone, 2007; Klim-Conforti et al., 2021; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015; Thompson et al., 2001; Wyman et al., 2010), seguido de trabajadores sociales (Ciffone, 2007) y psicólogos (Calear et al., 2022). También han participado investigadores experimentados (Aseltine et al., 2007; Calear et al., 2022; Schilling et al., 2014; Thompson et al., 2001; Wasserman et al., 2015; Wyman et al., 2010) (Tabla B3).

Las variables estudiadas fueron: la ideación suicida, los intentos de suicidio, los planes de suicidio (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Klim-Conforti et al., 2021; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015; Thompson et al., 2001; Wasserman et al., 2015), el conocimiento y actitudes hacia la depresión y el suicidio (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Ciffone, 2007; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015), la búsqueda de ayuda (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Calear et al., 2022; Schilling et al., 2014), factores de protección (Thompson et al., 2001; Wyman et al., 2010) y factores de riesgo (Thompson et al., 2001) (Tabla B3).

Impacto de las intervenciones

Al analizar el impacto de las distintas intervenciones podemos ver que, los estudios analizados que evaluaron la variable de ideación suicida en diferentes meses tras la aplicación del tratamiento, encontraron una disminución de esta variable en los participantes respecto al grupo control con los programas CAST y C-CARE (al mes, a los 3 meses y a los 9 meses) (Thompson et al., 2001), SOS (a los 3 meses) (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015), QPR, YAM y *ProfScreen* (a los 3 meses y a los 12 meses) (Wasserman et al., 2015) y *Harry Potter-Based CBT Skills* (a los 3 meses) (Klim-Conforti et al., 2021). Respecto al estudio

realizado por Wasserman et al. (2015), los autores hallaron que el programa YAM a los 12 meses alcanzaba una disminución más significativa de la ideación suicida respecto al programa QPR y *ProfScreen*. Atendiendo al programa SOS, Schilling et al. (2014) encontraron que sólo disminuía significativamente esta variable respecto al grupo control en participantes que presentaban ideación suicida previa a la intervención (Tabla 1).

En cuanto a los intentos de suicidio, los programas C-CARE y CAST obtuvieron una disminución de esta variable durante el primer mes y a los 9 meses, no alcanzando esta disminución a los 3 meses (Thompson et al., 2001). Aseltine et al. (2007) y Aseltine y DeMartino (2004) hallaron que el programa SOS disminuía los intentos de suicidio respecto al grupo control a los 3 meses, mientras que Schilling et al. (2014) y Schilling et al. (2015) no hallaron dicha disminución con el mismo programa a los 3 meses. Wasserman et al. (2015) en su estudio encontraron que los programas QPR y YAM disminuyeron los intentos de suicidio a los 3 meses y a los 12 meses, mientras que el programa *ProfScreen* solo logró dicha disminución a los 12 meses y no a los 3 meses (Tabla 2).

Atendiendo a los planes de suicidio, el programa SOS alcanzó una disminución de esta variable a los 3 meses en comparación con el grupo control (Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015) (Tabla 3).

Los estudios que evaluaron el conocimiento sobre la depresión revelaron que el programa SOS aumentaba esta variable respecto al grupo control a los 3 meses (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015) (Tabla 4). En cuanto a la actitud hacia el suicidio, diferentes programas obtuvieron resultados favorables aumentando dicha variable: C-CARE y CAST (al mes, a los 3 meses y a los 6 meses) (Thompson et al. 2001), SOS (a los 3 meses) (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling et al., 2014) y SEHS *Suicide Prevention Program* (al mes) (Ciffone, 2007) (Tabla 5).

Los estudios que evaluaron el efecto de la intervención en la búsqueda de ayuda encontraron que el programa SOS no aumentaba esta variable en los participantes respecto al grupo control a los 3 meses (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling et al., 2015) y que el programa *Sources of Strength* tampoco obtenía resultados favorables a los 3 meses, a los 6 meses y a los 18 meses (Calear et al., 2022; Schilling et al., 2015) (Tabla 6).

Atendiendo a los factores de riesgo (depresión, desesperanza, ira y ansiedad), Thompson et al. (2001) hallaron que el programa C-CARE disminuyó estos factores a los 3 meses y a los 9 meses, pero no al mes, mientras que el programa CAST alcanzó su disminución en los tres tiempos (Tabla 7).

Por último, en cuanto a los factores de protección (autocontrol y habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas), solo el programa CAST obtuvo resultados favorables al mes, a los 3 meses y a los 9 meses, frente al programa C-CARE que no aumentó estos factores en ninguno de los tres tiempos. Wyman et al. (2010) encontraron en su estudio que el programa *Sources of Strength* aumentaba significativamente los factores de protección tanto en los líderes de pares como en los estudiantes en comparación con el grupo control (Tabla 8).

Tabla 1

Resultados de las intervenciones sobre la ideación suicida

Estudio	Programa*	Tipo de intervención	Duración	Evaluación del resultado por meses**					
				1 mes	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	18 meses
Thompson et al. (2001)	C-CARE	Concienciación y educación	1 día	+	+ ^a		+		
	CAST	Competencias personales Concienciación y educación	6 semanas	+	+ ^a		+		
Aseltine & DeMartino (2004)	SOS	Concienciación y educación Liderazgo de pares	2 años		+				
Aseltine et al. (2007)	SOS	Concienciación y educación	2 años		+				
Schilling et al. (2014)	SOS	Concienciación y educación Liderazgo de pares Entrenamiento del personal docente	1 año		+				
Schilling et al. (2015)	SOS	Concienciación y educación	2 años		+				
Wasserman et al. (2015)	QPR	Entrenamiento del personal docente	1 mes		+			+	
	YAM	Concienciación y educación Competencias personales	1 mes		+			+	

	<i>ProfScreen</i>	Detección de alumnos en riesgo	1 mes	+	+
Klim-Conforti et al. (2021)	<i>Harry Potter-CBT</i>	Concienciación y educación Competencias personales	3 meses	+	

Notas. * C-CARE = *Counselors CARE*; CAST = *Coping and Support Training*; SOS = *Signs of Suicide*; QPR = *Question, Persuade and Refer*; YAM = *Youth Aware of Mental Health Programme*; *ProfScreen* = *Screening by professionals*; *Harry Potter-CBT* = *Harry Potter-Based Cognitive Behavioural Therapy (CBT) Skills*.

** Un resultado positivo indica que el grupo experimental presenta menores ideaciones suicidas que el grupo control tras la aplicación del programa. Un resultado negativo indica que el grupo experimental no presenta menores ideaciones suicidas que el grupo control tras la aplicación del programa.

^a El seguimiento es a las 10 semanas específicamente.

Tabla 2

Resultados de las intervenciones sobre los intentos de suicidio

Estudio	Programa*	Tipo de intervención	Duración	Evaluación del resultado por meses**					
				1 mes	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	18 meses
Thompson et al. (2001)	C-CARE	Concienciación y educación	1 día	+	- ^a		+		
	CAST	Competencias personales Concienciación y educación	6 semanas	+	- ^a		+		
Aseltine & DeMartino (2004)	SOS	Concienciación y educación Liderazgo de pares	2 años		+				
Aseltine et al. (2007)	SOS	Concienciación y educación	2 años		+				
Schilling et al. (2014)	SOS	Concienciación y educación Liderazgo de pares Entrenamiento del personal docente	1 año		-				
Schilling et al. (2015)	SOS	Concienciación y educación	2 años		-				
Wasserman et al. (2015)	QPR	Entrenamiento del personal docente	1 mes		+			+	
	YAM	Concienciación y educación Competencias personales	1 mes		+			+	
	<i>ProfScreen</i>	Detección de alumnos en riesgo	1 mes		-			+	

Notas. * C-CARE = *Counselors CARE*; CAST = *Coping and Support Training*; SOS = *Signs of Suicide*; QPR = *Question, Persuade and Refer*; YAM = *Youth Aware of Mental Health Programme*; ProfScreen = *Screening by professionals*.

** Un resultado positivo indica que el grupo experimental presenta menores intentos de suicidio que el grupo control tras la aplicación del programa. Un resultado negativo indica que el grupo experimental no presenta menores intentos de suicidio que el grupo control tras la aplicación del programa.

^a El seguimiento es a las 10 semanas específicamente.

Tabla 3

Resultados de las intervenciones sobre los planes de suicidio

Estudio	Programa*	Tipo de intervención	Duración	Evaluación del resultado por meses**					
				1 mes	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	18 meses
Schilling et al. (2014)	SOS	Concienciación y educación Liderazgo de pares Entrenamiento del personal docente	1 año		+				
Schilling et al. (2015)	SOS	Concienciación y educación	2 años		+				

Notas. * SOS = *Signs of Suicide*.

** Un resultado positivo indica que el grupo experimental presenta menores ideaciones suicidas que el grupo control tras la aplicación del programa. Un resultado negativo indica que el grupo experimental no presenta menores ideaciones suicidas que el grupo control tras la aplicación del programa.

Tabla 4

Resultados de las intervenciones sobre el conocimiento de la depresión

Estudio	Programa*	Tipo de intervención	Duración	Evaluación del resultado por meses**					
				1 mes	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	18 meses
Aseltine & DeMartino (2004)	SOS	Concienciación y educación Liderazgo de pares	2 años		+				
Aseltine et al. (2007)	SOS	Concienciación y educación	2 años		+				
Schilling et al. (2014)	SOS	Concienciación y educación Liderazgo de pares Entrenamiento del personal docente	1 año		+				
Schilling et al. (2015)	SOS	Concienciación y educación	2 años		+				

Notas. * SOS = *Signs of Suicide*.

** Un resultado positivo indica que el grupo experimental presenta un mayor conocimiento de la depresión respecto al grupo control tras la aplicación del programa. Un resultado negativo indica que el grupo experimental no presenta un mayor conocimiento de la depresión respecto al grupo control tras la aplicación del programa.

Tabla 5

Resultados de las intervenciones sobre la actitud hacia el suicidio

Estudio	Programa*	Tipo de intervención	Duración	Evaluación del resultado por meses**					
				1 mes	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	18 meses
Thompson et al. (2001)	C-CARE	Concienciación y educación	1 día	+	+ ^a			+	
	CAST	Competencias personales Concienciación y educación	6 semanas	+	+ ^a			+	
Aseltine & DeMartino (2004)	SOS	Concienciación y educación Liderazgo de pares	2 años		+				
Aseltine et al. (2007)	SOS	Concienciación y educación	2 años		+				
Ciffone (2007)	SEHS	Concienciación y educación	1 mes (aprox.)	+					
Schilling et al. (2014)	SOS	Concienciación y educación	1 año		+				
		Liderazgo de pares Entrenamiento del personal docente							

Notas. * C-CARE = *Counselors CARE*; CAST = *Coping and Support Training*; SOS = *Signs of Suicide*; SEHS = *South Elgin High School Suicide Prevention Program*.

** Un resultado positivo indica que el grupo experimental presenta una mejor actitud hacia el suicidio que el grupo control tras la aplicación del programa. Un resultado negativo indica que el grupo experimental no presenta una mejor actitud hacia suicidio que el grupo control tras la aplicación del programa.

^a El seguimiento es a las 10 semanas específicamente.

Tabla 6

Resultados de las intervenciones sobre la búsqueda de ayuda

Estudio	Programa*	Tipo de intervención	Duración	Evaluación del resultado por meses**					
				1 mes	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	18 meses
Aseltine & DeMartino (2004)	SOS	Concienciación y educación Liderazgo de pares	2 años		-				
Aseltine et al. (2007)	SOS	Concienciación y educación	2 años		-				
Schilling et al. (2014)	SOS	Concienciación y educación Liderazgo de pares Entrenamiento del personal docente	1 año		-				
Calear et al. (2022)	<i>Sources of Strength</i>	Liderazgo de pares	2 años		-	-			-

Notas. * SOS = *Signs of Suicide*.

** Un resultado positivo indica que el grupo experimental presenta un aumento en la búsqueda de ayuda respecto al grupo control tras la aplicación del programa. Un resultado negativo indica que el grupo experimental no presenta un aumento en la búsqueda de ayuda respecto al grupo control tras la aplicación del programa.

Tabla 7

Resultados de las intervenciones sobre los factores de riesgo

Estudio	Programa*	Tipo de intervención	Duración	Evaluación del resultado por meses**					
				1 mes	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	18 meses
Thompson et al. (2001)	C-CARE	Concienciación y educación	1 día	-	+ ^a		+		
	CAST	Competencias personales Concienciación y educación	6 semanas	+	+ ^a		+		

Notas. * C-CARE = *Counselors CARE*; CAST = *Coping and Support Training*.

** Un resultado positivo indica que el grupo experimental presenta menores factores de riesgo que el grupo control tras la aplicación del programa. Un resultado negativo indica que el grupo experimental no presenta menores factores de riesgo que el grupo control tras la aplicación del programa.

^a El seguimiento es a las 10 semanas específicamente.

Tabla 8

Resultados de las intervenciones sobre los factores de protección

Estudio	Programa*	Tipo de intervención	Duración	Evaluación del resultado por meses**					
				1 mes	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	18 meses
Thompson et al. (2001)	C-CARE	Concienciación y educación	1 día	-	- ^a		-		
	CAST	Competencias personales Concienciación y educación	6 semanas	+	+ ^a		+		
Wyman et al. (2010)	<i>Sources of Strenght</i>	Liderazgo de pares	2 años		+ ^b				

Notas. * C-CARE = *Counselors CARE*; CAST = *Coping and Support Training*.

** Un resultado positivo indica que el grupo experimental presenta un aumento de los factores de protección respecto al grupo control tras la aplicación del programa. Un resultado negativo indica que el grupo experimental no presenta un aumento de los factores de protección respecto al grupo control tras la aplicación del programa.

^a El seguimiento es a las 10 semanas específicamente.

^b El seguimiento es a los 4 meses específicamente.

4. Discusión

En la presente revisión se pretendía abordar la eficacia de los programas de prevención del suicidio en adolescentes basados en el contexto escolar. Tras analizar los resultados obtenidos, y dando respuesta a uno de los objetivos planteados, los programas C-CARE y CAST (Thompson et al., 2001), SOS (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015), YAM (Wasserman et al., 2015) y *Harry Potter-Based CBT Skills* (Klim-Conforti et al., 2021) se han mostrado eficaces en la reducción de la ideación suicida. El programa SOS (Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015) también ha obtenido resultados favorables en la reducción de los planes de suicidio. Sin embargo, solo los programas SOS en algunos estudios (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004), QPR y YAM se han mostrado eficaces en la reducción de los intentos de suicidio. En cuanto al conocimiento sobre la depresión, el programa SOS se ha mostrado eficaz para aumentar dicho conocimiento (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015). Atendiendo a la actitud hacia el suicidio, los programas C-CARE y CAST (Thompson et al., 2001), el programa SOS (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling et al., 2014) y el programa SEHS *Suicide Prevention Program* (Ciffone, 2007) también han demostrado su eficacia para mejorar la actitud hacia el suicidio. Los programas C-CARE y CAST se han mostrado también eficaces en la reducción de los factores de riesgo asociados al suicidio y, concretamente, CAST se ha mostrado más eficaz en el aumento de los factores de protección (Thompson et al., 2001). El programa *Sources of Strength* también ha obtenido resultados positivos en el aumento de los factores de protección, tanto en líderes de pares como en los estudiantes (Wyman et al., 2010). Si comparamos estos resultados con los obtenidos en las revisiones de Cusimano y Sameem (2011), Callear et al. (2016) y Soto-Sanz et al. (2019), encontramos que los autores también reportan resultados favorables en los programas C-CARE, CAST, SOS y YAM.

Abordando otro de los objetivos planteados, cabe destacar alguna de las variables que parece influir en la eficacia de los programas. En primer lugar, la duración de los programas parece tener cierto efecto en los resultados. El programa SOS analizado en el estudio de Schilling et al. (2014) tiene una duración de un año, lo cual supone un año menos de duración respecto al programa SOS en el resto de los estudios que lo analizan (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling et al., 2015). El programa SOS de un año de duración sólo resultó ser eficaz en la reducción de la conducta suicida

en aquellos participantes que presentaban ideación suicida previa a la aplicación del programa (Schilling et al., 2014), a diferencia de la eficacia obtenida por el programa SOS de dos años de duración (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Schilling et al., 2015). En la misma línea, este programa sólo resultó eficaz en el aumento del conocimiento sobre la depresión, pero no para la mejora de la actitud hacia el suicidio (Schilling et al., 2014). En segundo lugar, el enfoque del programa también parece influir a la hora de abordar la conducta suicida. Todos los programas que han resultado ser eficaces en la reducción de la ideación suicida, los intentos de suicidio y los planes de suicidio eran programas de concienciación y educación sobre el suicidio (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Klim-Conforti et al., 2021; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015; Thompson et al., 2001; Wasserman et al., 2015). Sin embargo, los programas QPR y *ProfScreen* se trataban únicamente de programas de entrenamiento del personal docente y de detección de alumnos en riesgo, respectivamente, y no resultaron ser eficaces en la reducción de la conducta suicida (Wasserman et al., 2015). Además, los programas que han obtenido resultados positivos en la reducción de la ideación suicida, los intentos de suicidio y los planes de suicidio se focalizaban en trabajar sobre los factores de riesgo anteriormente mencionados. Entre ellos, se encuentra el entrenamiento de las habilidades de afrontamiento ante situaciones de estrés y ansiedad, la promoción de la búsqueda de ayuda, la promoción de redes de apoyo que eviten el aislamiento, la gestión emocional ante la ira y la depresión, la mejora del rendimiento escolar y la prevención del consumo de drogas (Aseltine et al., 2007; Aseltine & DeMartino, 2004; Klim-Conforti et al., 2021; Schilling et al., 2014; Schilling et al., 2015; Thompson et al., 2001; Wasserman et al., 2015; Wyman et al., 2010). Trabajar sobre los factores de riesgo también resulta ser una variable relevante para garantizar una mayor eficacia de los programas de prevención del suicidio. Sin embargo, cabe destacar los resultados menos favorables encontrados en los intentos de suicidio, lo que podría estar relacionado con la presencia de diferentes mecanismos psicológicos subyacentes a la ideación suicida, los planes de suicidio y los intentos de suicidio.

Siguiendo con los resultados obtenidos, se ha podido analizar que la eficacia de los programas SOS y *Sources of Strength* no ha resultado ser favorable en la búsqueda de ayuda. Estos datos son relevantes para la prevención del suicidio. Como se mencionaba anteriormente, Anseán (2014) destaca la tendencia de los adolescentes a reaccionar de forma desadaptativa ante situaciones de estrés o ansiedad, lo que derivaba en numerosas

ocasiones en la aparición de ideación suicida. Esta tendencia está relacionada con la dificultad del adolescente a expresar y comunicar de forma directa el sufrimiento que está experimentando, es decir, a buscar ayuda. Por ello, es importante a la hora de abordar la prevención del suicidio enfatizar en los programas el desarrollo de la capacidad para buscar ayuda en una figura adulta o de confianza, logrando así resultados eficaces en estos factores tan estrechamente relacionados con el suicidio.

En este sentido, uno de los aspectos sobre los que se ha observado que actualmente la evidencia es limitada es el abordaje transdiagnóstico del suicidio sobre los factores comunes que influyen en su aparición. En la presente revisión se ha podido encontrar en la literatura cómo algunos autores mencionaban factores de riesgo coincidentes con los factores comunes del abordaje transdiagnóstico de los trastornos mentales. En un estudio realizado por Frazier et al. (2016), se halló como la irritabilidad se correspondía con un factor general relevante en la ideación suicida en adolescentes. Este factor también se encuentra como síntoma común en otros trastornos, como la depresión o el trastorno de estrés postraumático (Fraizer et al., 2016). Fraizer et al. (2016) sugieren que la relación entre la irritabilidad, la desregulación emocional y el conflicto interpersonal puede derivar en la aparición de ideación suicida. En otro estudio, Harman et al. (2021) investigan la construcción de modelos predictivos para la ideación suicida de niños entre 9 y 10 años. Descubren que el estado de ánimo depresivo, relacionado con la insatisfacción vital, y el comportamiento disruptivo, relacionado con la frustración y el bajo control de impulsos, se corresponden con factores comunes a otros trastornos significativamente implicados en la aparición de ideación suicida (Harman et al., 2021). Ambos factores se vinculan con la respuesta desadaptativa que los jóvenes dan ante acontecimientos vitales estresantes (Harman et al., 2021). En otro estudio más reciente realizado por Galehgirian et al. (2022), encuentran que el tratamiento transdiagnóstico del suicidio enfocado en la regulación emocional obtiene resultados eficaces. Por ello, y en consonancia con estos hallazgos, sería de gran relevancia enfocar las intervenciones preventivas en el abordaje de aquellos factores influyentes en la aparición de ideación suicida y comunes a su vez a otros trastornos mentales. Esto resultaría en intervenciones potencialmente más eficaces para el suicidio en particular y para la salud mental en general.

Otro de los aspectos a destacar es el contexto escolar. Se trata de un ámbito de aplicación para los programas de prevención del suicidio que ofrece grandes oportunidades de abordaje de numerosos conflictos y preocupaciones que aparecen en la

etapa infantil y adolescente. En la revisión de Soto-Sanz et al. (2019), encontraron que la mayoría de los programas que habían analizado se implementaban en las escuelas. En este sentido, los autores destacan este ámbito como un lugar clave para detectar e intervenir en la conducta suicida desde una edad temprana, así como para combatir el estigma social desarrollado en torno al suicidio (Soto-Sanz et al., 2019). Además, Soto-Sanz et al. (2019) también coinciden con la recomendación que Surgenor et al. (2016) comparten en su estudio, donde mencionan la importancia de incluir la participación de los padres en este proceso y mejorar así la comunicación entre padres e hijos. En la presente revisión no se ha encontrado una mención especial a la involucración de los padres. Sin embargo, su participación a través de la escuela en el abordaje del suicidio resultaría de gran ayuda, no solo como un apoyo para los niños y adolescentes desde uno de sus contextos más importantes (el contexto familiar), sino también como figuras de confianza que pueden contribuir a la detección temprana de respuestas relacionadas con la conducta suicida.

La presente revisión ofrece importantes implicaciones a considerar a la hora de abordar la prevención del suicidio en la población adolescente. La investigación sugiere que los programas de prevención del suicidio resultan ser eficaces, sin embargo, actualmente España no cuenta con un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Por este motivo, y dando respuesta al último objetivo planteado, se proponen aspectos claves para la aplicabilidad de esta intervención en el marco español. En primer lugar, se propone el contexto escolar como el ámbito más idóneo para llevar a cabo la intervención preventiva del suicidio. En segundo lugar, se precisa la participación y entrenamiento de los padres y del personal docente para la detección temprana de señales de riesgo y el adecuado desempeño del papel de figuras adultas de apoyo y confianza. En tercer lugar, se recomienda el abordaje del suicidio desde edades tempranas y no sólo en la etapa adolescente, garantizando desde los primeros años un adecuado ajuste psicosocial y reacciones adaptativas a nivel comportamental, emocional y cognitivo ante las situaciones de estrés y ansiedad. En cuarto lugar, se recomienda enfocar el programa de prevención a la concienciación y educación sobre el suicidio, al entrenamiento de competencias personales y al entrenamiento del personal docente desde un abordaje transdiagnóstico, enfatizando la intervención sobre las habilidades de búsqueda de ayuda de los adolescentes. En quinto lugar, se propone incluir este programa en el plan de estudios de las escuelas con una duración de dos años académicos, repitiéndose en dos

periodos de tiempo (dos cursos en la Educación Primaria y dos cursos en la Educación Secundaria) para poder tener alcance tanto en la población infantil como adolescente.

Cabe destacar alguna de las limitaciones que se han encontrado a la hora de realizar la presente revisión. En primer lugar, a la hora de lanzar la búsqueda de los estudios, ha sido complejo reunir un número considerable de artículos que cumpliesen los criterios de elegibilidad. En general, estas dificultades se debían a que la muestra era clínica (hospitalizada o con presencia de trastorno mental) en lugar de población general y a que no aplicaban el programa en un contexto escolar. En segundo lugar, el tamaño de la muestra varía notablemente entre los estudios, lo que puede influir a la hora de analizar y comparar los resultados obtenidos en cada uno de ellos. En tercer lugar, el número de veces que se ha estudiado la eficacia del programa SOS respecto al resto de programas estudiados no es proporcional. Esta diferencia también puede limitar la oportunidad de contrastar los resultados obtenidos en el resto programas entre diferentes estudios que evalúan la misma intervención. Por último, en algunos estudios se ofrece información limitada o discordante sobre los programas, en cuanto al modo de aplicación o los componentes teórico-prácticos que presentan.

Finalmente, a pesar de que los datos hallados ofrecen información relevante sobre el tema estudiado, es necesario continuar investigando. Como líneas de investigación futuras se propone continuar estudiando la eficacia de los programas existentes de prevención del suicidio basados en el contexto escolar, estudiar la eficacia y la aplicabilidad de dichos programas en el contexto español, investigar la eficacia de los programas de prevención del suicidio en la población infantil, estudiar la influencia de los padres a través de las escuelas en la prevención del suicidio infantil y adolescente, investigar el abordaje de la prevención del suicidio desde programas basados en la escuela con un enfoque transdiagnóstico, y contribuir a la investigación, desarrollo y aplicación de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio en España.

Conclusiones

- Los programas de prevención del suicidio en adolescentes basados en el contexto escolar son eficaces para reducir la conducta suicida, reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección asociados.
- El contexto escolar resulta ser un lugar idóneo para prevenir el suicidio en la población adolescente.
- La prevención del suicidio también es eficaz en edades tempranas (población infantil).
- La participación de los padres en los programas de prevención del suicidio contribuye a la detección temprana de señales de riesgo y fomenta la búsqueda de ayuda de los adolescentes.
- El abordaje transdiagnóstico puede ser un acercamiento prometedor para el desarrollo de programas futuros para la prevención del suicidio en adolescentes.
- Es necesario continuar investigando sobre el tema y contribuir a la recopilación de datos que mejoren la evidencia demostrada.

Referencias

- Al-Halabí, S. (2021). A pesar de las dificultades, la prevención del suicidio es posible. *Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 104, 10-13.
- Anseán, A. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España.
- Aseltine, R. H., & DeMartino, R. (2004). An Outcome Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*, 94(3), 446-451. <https://dx.doi.org/10.2105%2Fajph.94.3.446>
- Aseltine, R. H., James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7(161), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-161>
- Bobes, J., González-Seijo, J. C., & Sáiz, P. A. (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. *Psiquiatría Médica*. Masson.
- Calear, A. L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Busby, J., van Spijker, B., & Donker, T. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 467-482. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0783-4>
- Calear, A. L., McCallum, S. M., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Nicolopoulos, A., Brewer, J. L., Werner-Seidler A., Morse, A. R., Kazan, D., Farrer, D. L., Kampel, L., Philip J. Batterham, & Batterham, P. J. (2022). The Sources of Strength Australia project: A cluster randomised controlled trial of a peer-connectedness school-based program to promote help-seeking in adolescents. *Journal of affective disorders*, 299, 435-443. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.043>
- Casullo, M. M., Bonaldi, P. D., & Fernández-Liporace M. (2000). *Comportamiento Suicidas en la Adolescencia. Morir antes de la muerte*. Lugar Editorial S.A.
- Castillo, A. E. (2022). Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 28, 6-26. <https://doi.org/10.24965/gapp.i28.10956>

- 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>
- Cusimano, M. D., & Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Injury Prevention, 17*(1), 43-49. <https://doi.org/10.1136/ip.2009.025502>
- Fonseca-Pedrero, E., & Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del psicólogo, 41*(2), 106-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Frazier, E. A., Liu, R. T., Massing-Schaffer, M., Hunt, J., Wolff, J., & Spirito, A. (2016). Adolescent but Not Parent Report of Irritability Is Related to Suicidal Ideation in Psychiatrically Hospitalized Adolescents. *Archives of Suicide Research, 20*(2), 280-289. <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2015.1004497>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2021). *Observatorio del Suicidio en España 2020*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., ... & Haro, J. M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina clínica, 129*(13), 494-500. <http://dx.doi.org/10.1157/13111370>
- Galeghirian, S., Deyre, E., Ghamarani, A., & Rishchri, A. P. (2022). The Effect of Unified Trans-Diagnostic Treatment on the Experiential Avoidance and Suicidal Ideation in the Girls Victim of Domestic Violence. *Quarterly Journal of Psychological Methods and Models Winter, 12*(46), 69-84. <https://dx.doi.org/10.30495/jpmm.2022.27578.3344>
- Granello, P. F., & Zyromski, B. (2019). Developing a comprehensive school suicide prevention program. *Professional school counseling, 22*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/2156759X18808128>
- Harman, G., Kliamovich, D., Morales, A. M., Gilbert, S., Barch, D. M., Mooney, M. A., Feldstein Ewing, S. W., Fair, D. A., & Nagel, B. J. (2021). Prediction of suicidal

- ideation and attempt in 9 and 10 year-old children using transdiagnostic risk features. *PloS one*, 16(5), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252114>
- Harrod, C. S., Goss, C. W., Stallones, L., & DiGuseppi, C. (2014). Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), 1-64. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009439.pub2>
- Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2022). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. <https://training.cochrane.org/handbook/current>
- Instituto Nacional de Estadística (2021). *Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2020*. Instituto Nacional de Estadística.
- Joshi, S. V., Hartley, S. N., Kessler, M., & Barstead, M. (2015). School-Based Suicide Prevention: Content, Process, and the Role of Trusted Adults and Peers. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 24(2), 353-370. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2014.12.003>
- Klim-Conforti, P., Zaheer, R., Levitt, A. J., Cheung, A. H., Schachar, R., Schaffer, A., Goldstein, B. I., Fefergrad, M., Niederkrotenthaler, T., & Sinyor, M. (2021). The impact of a Harry Potter-based cognitive-behavioral therapy skills curriculum on suicidality and well-being in middle schoolers: a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 286, 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.028>
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 3(1), 9-18.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators*. WHO Press.
- Pedreira-Massa, J. L. (2019). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 217-237. <https://doi.org/10.5944/rppc.26280>

- Pérez Barrero, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general integral*, 15(2), 196-217.
- Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Editorial Descleé de Brouwer, SA.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & James, A. (2015). 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., & Aseltine, R. H. (2014). “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>
- Soto-Sanz, V., Ivorra-González, D., Alonso, J., Castellvi, P., Rodríguez-Marín, J., & Piqueras, J. A. (2019). Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 62-75. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.1>
- Surgenor, P. W. G., Quinn, P., & Hughes, C. (2016). Ten Recommendations for Effective School-Based, Adolescent, Suicide Prevention Programs. *School Mental Health*, 8(4), 413-424. <https://doi.org/10.1007/s12310-016-9189-9>
- Thompson, E. A., Eggert, L. L., Randell, B. P., & Pike, K. C. (2001). Evaluation of Indicated Suicide Risk Prevention Approaches for Potential High School Dropouts. *American Journal of PublicHealth*, 91(5), 742-752. <https://dx.doi.org/10.2105%2Fajph.91.5.742>
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, Brunner, J. R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., ... & 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)
- Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., Walsh, E., Tu, X., & 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>

Anexo A

Tabla A1

Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos

Base de datos	Términos*	Ecuación de búsqueda	Resultados
PsycInfo	#1 DE "Suicide"	#1 OR #2 OR #3 AND #4 OR #5 OR #6 AND #7 OR #8	180
	#2 DE "Attempted Suicide"		
	#3 DE "Suicidal Ideation"		
	#4 DE "Prevention"		
	#5 DE "Early Intervention"		
	#6 DE "School Based Intervention"		
	#7 DE "Students"		
	#8 "School"		
PubMed	#1 "Suicide"[Mesh]	#1 OR #2 OR #3 AND #4 OR #5 AND #6 OR #7 OR #8 OR #9	66
	#2 "Suicide, Attempted"[Mesh]		
	#3 "Suicidal Ideation"[Majr]		
	#4 "Primary Prevention"[Mesh]		
	#5 "Early Intervention, Educational"[Majr]		
	#6 "Schools"[Mesh]		
	#7 "Students"[Mesh]		
	#8 "Adolescent"[Mesh]		
	#9 "Child"[Mesh]		
Cochrane Library	#1 MeSH [Suicide]	#1 OR #2 OR #3 AND #4 AND #5 AND #6	9
	#2 MeSH [Suicide, Attempted]		
	#3 MeSH [Suicidal Ideation]		
	#4 PREVENTION		
	#5 MeSH [Schools]		
	#6 MeSH [Adolescent]		

Notas. * DE = descriptor de lenguaje documental; Mesh/MeSH = descriptor de lenguaje documental; Majr = MeSH Major Topic.

Anexo B

Tabla B1

Variables metodológicas

Estudio	Metodología*	N**	Cegamiento	Medidas de resultado***	Seguimiento de los resultados	Pérdidas de sujetos
Thompson et al. (2001)	Experimental Grupo control vs. 2 Grupos experimentales (C-CARE y CAST)	460	No	Measure of Adolescent Potential for Suicide (en C-CARE) High School Questionnaire: conducta suicida, factores de riesgo y protección.	9 meses	No
Aseltine & DeMartino (2004)	Experimental Grupo control vs. Grupo experimental (SOS)	2100	No	CDS Cuestionario de ideación suicida Instrumento de conocimiento de depresión y suicidio Escala de actitud hacia la depresión y el suicidio	No	Sí
Ciffone (2007)	Experimental Grupo control vs. Grupo experimental (SEHS)	421	No	Encuesta de medida de actitud hacia el suicidio Cuestionario de cambio de actitud hacia el suicidio	3 semanas	No
Aseltine et al. (2007)	Experimental Grupo control vs. Grupo experimental (SOS)	4133	No	CDS (1er año) y BSAD (2º año) Cuestionario: conducta suicida, actitudes y conocimiento, búsqueda de ayuda	No	Sí

Wyman et al. (2010)	Experimental Grupo control (lista de espera) vs. Grupo experimental (<i>Sources of Strength</i>)	2675	No	Formulario de nominación de líderes de pares Encuesta (pre y post intervención) Cuestionario para líderes de pares. Escala ^a	4 meses	Sí
Schilling et al. (2014)	Experimental Grupo control vs. Grupo experimental (SOS)	386	No	Instrumento de detección tendencias suicidas Cuestionario: conducta suicida, conocimiento y actitudes, búsqueda de ayuda	No	Sí
Wasserman et al. (2015)	Experimental Grupo control vs. 3 Grupos experimentales (QPR, YAM, <i>ProfScreen</i>)	11110	No	Autoinforme sobre riesgo de conducta suicida, síntomas psicopatológicos y tendencias suicidas.	3 y 12 meses	No
Schilling et al. (2015)	Experimental Grupo control (lista de espera) vs. Grupo experimental (SOS)	1052	No	Autoinforme de intentos de suicidio Instrumento de conocimiento y actitudes hacia la depresión y el suicidio	No	Sí
Klim-Conforti et al. (2021)	Experimental Grupo control (lista de espera) vs. Grupo experimental (<i>Harry Potter-CBT</i>)	430	No	LPI RCADS	No	Sí

Callear et al. (2022)	Experimental Grupo control (lista de espera) vs. grupo experimental (<i>Sources of Strength</i>)	1633	No	Autoinforme de ideación suicida GHSQ (adaptado) AHSQ (adaptado) Encuesta y entrevista sobre el impacto del programa	3, 6 y 18 meses	No
--------------------------	---	------	----	---	-----------------	----

Notas. * C-CARE = *Counselors CARE*; CAST = *Coping and Support Training*; SOS = *Signs of Suicide*; SEHS = *South Elgin High School Suicide Prevention Program*; QPR = *Question, Persuade, and Refer*; YAM = *Youth Aware of Mental Health Programme*; ProfScreen = *Screening by professionals*; Harry Potter-CBT = *Harry Potter-Based Cognitive Behavioural Therapy (CBT) Skills*

** N = tamaño de la muestra

*** CDS = *Columbia Depression Scale*; BSAD = *Brief Screen for Adolescent Depression*; LPI = *Life Problems Inventory*; RCADS = *Revised Child Anxiety and Depression Scale*; GHSQ = *General Help-Seeking Questionnaire*; AHSQ = *Actual Help-Seeking Questionnaire*.

^a Escala para medir: ayuda para compañeros suicidas, rechazar códigos de silencio, afrontamiento desadaptativo, búsqueda de ayuda de adultos en la escuela, sobre las fuentes.

Tabla B2

Variables de la muestra

Estudio	Sexo (%)*		Edad (años)	País	Ámbito de reclutamiento
	F	M			
Thompson et al. (2001)	52%	48%	14-19	EE.UU. Noroeste del Pacífico	7 escuelas de secundaria
Aseltine & DeMartino (2004)	51%	49%	14-18	EE.UU. Connecticut e Indiana	5 escuelas de secundaria
Ciffone (2007)	53%	47%	15-16	EE.UU. Illinois	2 escuelas de secundaria
Aseltine et al. (2007)	50,12%	49,87%	14-18	EE.UU. Connecticut, Georgia y Massachusetts	9 escuelas de secundaria
Wyman et al. (2010)	52,04%	47,96%	16 ^a	EE.UU. Nueva York, Georgia y Dakota del Norte	18 escuelas de secundaria
Schilling et al. (2014)	52,6%	47,4%	10-15	EE.UU. Connecticut	8 escuelas de secundaria
Wasserman et al. (2015)	59,1%	40,9%	14-16	Austria, Estonia, Francia, Alemania, Hungria, Irlanda, Italia, Rumania, Eslovenia y España	168 escuelas de secundaria
Schilling et al. (2015)	41,7%	58,3%	14-15	EE.UU. Connecticut	17 escuelas de secundaria
Klim-Conforti et al. (2021)	62%	38%	11-14	Canadá	15 escuelas de secundaria
Calejar et al. (2022)	58,2%	41,8%	11-17	Australia	13 escuelas de secundaria

Notas. *F = sexo femenino, M = sexo masculino.

^a Expresado en edad media de la muestra, no especifica rango de edad.

Tabla B3

Variables de la intervención

Estudio	Programa (tipo)*	Duración	Variable evaluada	Profesionales
Thompson et al. (2001)	C-CARE Concienciación y educación	1 día	Ideación suicida e intentos de suicidio Factores de riesgo	C-CARE Investigadores experimentados
	CAST Competencias personales Concienciación y educación	6 semanas	Factores de protección	CAST Personal docente experimentado
Aseltine & DeMartino (2004)	SOS ^a Concienciación y educación Liderazgo de pares	2 años	Ideación suicida e intentos de suicidio Conocimiento y actitudes hacia la depresión y el suicidio Búsqueda de ayuda	Personal docente experimentado
Ciffone (2007)	SEHS Concienciación y educación	1 mes (aprox.)	Actitudes hacia el suicidio	Trabajadores sociales Personal docente experimentado
Aseltine et al. (2007)	SOS ^a Concienciación y educación	2 años	Ideación suicida e intentos de suicidio Conocimiento y actitudes hacia la depresión y el suicidio Búsqueda de ayuda	Investigadores experimentados Personal docente experimentado
Wyman et al. (2010)	<i>Sources of Strength</i> Liderazgo de pares	2 años	Factores de protección (en líderes de pares y en estudiantes)	Investigadores experimentados Personal docente experimentado

Schilling et al. (2014)	SOS ^a Concienciación y educación Liderazgo de pares Entrenamiento del personal docente	1 año	Ideación suicida, intentos de suicidio y los planes de suicidio Conocimiento y actitudes hacia la depresión y el suicidio Búsqueda de ayuda	Investigadores experimentados Personal docente experimentado
Wasserman et al. (2015)	QPR ^b Entrenamiento del personal docente YAM ^b Concienciación y educación Competencias personales <i>ProfScreen</i> ^b Detección de alumnos en riesgo	1 mes	Ideación suicida e intentos de suicidio	Investigadores experimentados
Schilling et al. (2015)	SOS ^a Concienciación y educación	2 años	Ideación suicida, intentos de suicidio y planes de suicidio Conocimiento y actitudes hacia la depresión y el suicidio	Personal docente experimentado
Klim-Conforti et al. (2021)	<i>Harry Potter-CBT</i> Concienciación y educación Competencias personales	3 meses	Ideación suicida	Personal docente experimentado
Calear et al. (2022)	<i>Sources of Strength</i> Liderazgo de pares	2 años	Búsqueda de ayuda	Investigadores experimentados Personal docente experimentado Psicólogo

*Notas. *C-CARE = Counselors CARE; CAST = Coping and Support Training; SOS = Signs of Suicide; SEHS = South Elgin High School Suicide Prevention Program; QPR = Question, Persuade and Refer; YAM = Youth Aware of Mental Health Programme; ProfScreen = Screening by professionals; Harry Potter-CBT = Harry Potter-Based Cognitive Behavioural Therapy (CBT) Skills.*

^a El programa SOS está incluido en el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en Evidencia (NREPP) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

^b Los tres programas pertenecen al estudio *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE), el primer ensayo controlado aleatorizado a gran escala que se realizó en países europeos en 2015 para la prevención escolar del comportamiento suicida en adolescentes.

Anexo C

Tabla C1

Características del programa

Estudio	Programa (tipo)*	Duración	nº sesiones (horas)	Grupos	Contenido **
Thompson et al. (2001)	C-CARE Concienciación y educación	1 día	1 (4 horas aprox.)	No	<i>Measure of Adolescent Potential for Suicide</i> : evaluación del suicidio computarizada Sesión de asesoramiento motivacional para mejorar empatía y apoyo, habilidades de afrontamiento y la búsqueda de ayuda Intervención de conexión con redes sociales de apoyo
	CAST Competencias personales Concienciación y educación	6 semanas	12 (1 hora)	6-7 p/g ^a	Intervención motivacional de apoyo social y entrenamiento de habilidades Manejo del estado de ánimo (depresión e ira), rendimiento escolar y drogas
Aseltine & DeMartino (2004)	SOS ^a Concienciación y educación Liderazgo de pares	2 años	Incluido en el plan de estudios	Por clases y cursos	Componente didáctico: video <i>Friends for Life</i> (sobre señales de conducta suicida y depresión y formas de actuar) y guía de discusión, entrevistas de testimonios reales Componente de autoevaluación: instrumento de detección (CDS) y promoción del comportamiento de búsqueda de ayuda

Ciffone (2007)	SEHS Concienciación y educación	Un mes (aprox.)	3	Por clases y cursos	Una clase de salud Presentación, vídeo <i>Choosing Life: Gail's Story</i> y discusión Vídeo <i>Day for Night: Recognizing Teenage Depression</i> , folletos y cuestionario
Aseltine et al. (2007)	SOS ^a Concienciación y educación	2 años	Incluido en el plan de estudios	Por clases y cursos	Componente didáctico: vídeo <i>Friends for Life</i> (sobre señales de conducta suicida y depresión y formas de actuar) y guía de discusión, entrevistas de testimonios reales Componente de autoevaluación: instrumento de detección (CDS en el 1 ^{er} año y BSAD en el 2 ^o año) y promoción del comportamiento de búsqueda de ayuda
Wyman et al. (2010)	<i>Sources of Strength</i> Liderazgo de pares	2 años	Incluido en el plan de estudios	Por clases y cursos	Preparación escolar: entrenamiento del personal docente como asesores para guiar a los líderes de pares Entrenamiento de líderes de pares: 15 módulos interactivos y entrenamiento en habilidades de afrontamiento Creación y difusión de mensajes de ayuda, presentaciones, anuncios públicos y vídeos
Schilling et al. (2014)	SOS ^a Concienciación y educación	1 año	Incluido en el plan de estudios	Por clases y cursos	Componente didáctico: vídeo <i>Friends for Life</i> (sobre señales de conducta suicida y depresión y formas de actuar) y guía de

	Liderazgo de pares Entrenamiento del personal docente				discusión, entrevistas de testimonios reales Componente de autoevaluación: instrumento de detección (CDS) y promoción del comportamiento de búsqueda de ayuda
Wasserman et al. (2015)	QPR ^b Entrenamiento del personal docente	1 mes	Incluido en el plan de estudios	Personal docente	Presentaciones, un folleto y tarjetas con contactos de atención médica
	YAM ^b Concienciación y educación Competencias personales	1 mes	Incluido en el plan de estudios	Por clases y cursos	Juego de roles, talleres interactivos, un folleto, difusión de carteles educativos y charlas interactivas
	<i>ProfScreen</i> ^b Detección de alumnos en riesgo	1 mes	Incluido en el plan de estudios	Por clases y cursos	Cuestionario de detección de conducta suicida
Schilling et al. (2015)	SOS ^a Concienciación y educación	2 años	Incluido en el plan de estudios	Por clases y cursos	Componente didáctico: vídeo <i>Friends for Life</i> (sobre señales de conducta suicida y depresión y formas de actuar) y guía de discusión, entrevistas de testimonios reales Componente de autoevaluación: instrumento de detección (CDS) y promoción del comportamiento de búsqueda de ayuda

Klim- Conforti et al. (2021)	<i>Harry Potter-CBT</i> Concienciación y educación Competencias personales	3 meses	Incluido en el plan de estudios	Por clases y cursos	Unidad de literatura: lectura del libro de <i>Harry Potter y el prisionero de Azkaban</i> Análisis de los personajes, la resiliencia y las habilidades de afrontamiento
Calear et al. (2022)	<i>Sources of Strength</i> Liderazgo de pares	2 años	Incluido en el plan de estudios	Por clases y cursos	Preparación escolar: entrenamiento del personal docente como asesores para guiar a los líderes de pares Entrenamiento de líderes de pares: 15 módulos interactivos y entrenamiento en habilidades de afrontamiento Creación y difusión de mensajes de ayuda, presentaciones, anuncios públicos y vídeos

*Notas. *C-CARE = Counselors CARE; CAST = Coping and Support Training; SOS = Signs of Suicide; SEHS = South Elgin High School Suicide Prevention Program; QPR = Question, Persuade and Refer; YAM = Youth Aware of Mental Health Programme; ProfScreen = Screening by professionals; Harry Potter-CBT = Harry Potter-Based Cognitive Behavioural Therapy (CBT) Skills.*

*** CDS = Columbia Depression Scale; BSAD = Brief Screen for Adolescent Depression.*

^a p/g = personas por grupo.