



# Eficacia de la terapia familiar para la prevención de las conductas suicidas en adolescentes

Autor: Juan Martín Espinosa Ribadeneira

Tutor: Andrea Rodríguez Collado

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2024

## Resumen

El suicidio persiste como un importante desafío de salud pública, con numerosos casos anuales que afectan a personas de todas las edades, siendo una de las principales causas de muerte no naturales a nivel global. En España, el suicidio sigue siendo una causa de muerte externa prevalente que preocupa por su impacto en las personas más vulnerables, como los adolescentes. Por ello, en la presente revisión sistemática, se plantea el objetivo de evaluar la eficacia de la terapia familiar en la prevención del suicidio en adolescentes. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de *PubMed*, *Cochrane Library*, *P&BSC* y *PsycInfo*, utilizando los siguientes criterios de elegibilidad: (a) estudios experimentales (en concreto, ensayos clínicos aleatorizados), (b) población adolescente, (c) variable que estudie la eficacia de intervención terapéutica familiar, (d) temática en torno al suicidio, intentos de suicidio, suicidios consumados, ideación suicida y/o autolesiones, (e) disponibilidad de los artículos abiertos al público y gratuitos y (f) que sean en español o en inglés. Tras la búsqueda, se obtuvo un total de 9 artículos a revisar. Los resultados indican que las siguientes variaciones de la terapia familiar *Attachment-Based Family Therapy* (ABFT) y *Resourceful Adolescent Parent Program* (RAP-P & RC), han demostrado diferencias significativas en comparación con los tratamientos normativos para el tratamiento y prevención del suicidio en adolescentes. Además, la terapia familiar tiene efectos positivos demostrados para el tratamiento del suicidio, ya que ha sido eficaz para reducir la ideación suicida y frecuencia de las autolesiones en adolescentes. Fomentar una comunicación abierta y la expresión emocional en la familia es beneficioso para los adolescentes. Dada la etapa de cambios emocionales, físicos y cognitivos en los adolescentes, es crucial mantener una comunicación intrafamiliar abierta y honesta. Es necesario seguir investigando esta problemática para desarrollar una investigación basada en la evidencia y con efectividad práctica.

**Palabras clave:** Suicidio, autolesiones, ideación suicida, prevención, terapia familiar, adolescentes.

## **Abstract**

Suicide persists as a major public health challenge, with many annual cases affecting people of all ages, making it one of the leading causes of unnatural death globally. In Spain, suicide remains a prevalent external cause of death, raising concern due to its impact on the most vulnerable populations, such as adolescents. Therefore, this systematic review aims to evaluate the efficacy of family therapy in preventing suicide among adolescents. A bibliographic search was conducted in PubMed, Cochrane Library, P&BSC, and PsycInfo databases. The following eligibility criteria were used: (a) experimental studies (specifically, randomized clinical trials), (b) adolescent population, (c) variables studying the efficacy of family therapeutic intervention, (d) topics related to suicide, suicide attempts, consummated suicides, suicidal ideation, and/or self-harm, (e) availability of publicly accessible and free articles, and (f) articles in Spanish or English. Following the search, a total of 9 articles were selected for review. The results indicate that the following variations of family therapy, Attachment-Based Family Therapy (ABFT) y Resourceful Adolescent Parent Program (RAP-P & RC), have shown significant differences compared to standard treatments for the treatment and prevention of suicide in adolescents. Additionally, family therapy has demonstrated positive effects in the treatment of suicide, as it has been effective in reducing suicidal ideation and the frequency of self-harm in adolescents. Promoting open communication and emotional expression within the family is beneficial for adolescents. Given the stage of emotional, physical, and cognitive changes in adolescents, maintaining open and honest intrafamily communication is crucial. Further research on this issue is necessary to develop evidence-based and practically effective interventions.

**Keywords:** Suicide, self-harm, suicidal ideation, prevention, family therapy, adolescents.

## ÍNDICE

<i>Introducción</i> .....	5
<i>Método</i> .....	12
Estrategia de búsqueda.....	11
Variables.....	12
Análisis de datos .....	13
<i>Resultados</i> .....	14
Características metodológicas.....	14
Características de la muestra .....	15
Tipos de intervenciones utilizadas .....	16
Resultados de las intervenciones .....	18
<i>Discusión</i> .....	29
Limitaciones.....	29
Futuras líneas de investigación .....	31
Conclusiones .....	31
<i>Referencias</i> .....	33
<i>Anexo A</i> .....	38
<i>Anexo B</i> .....	40

## **Introducción**

El suicidio es el acto deliberado de una persona por terminar con su propia vida. Es problema multifactorial en el que están involucrados distintos ámbitos de la persona, como emocionales, psicológicos, sociales y biológicos. Hay diferentes formas de comprender el comportamiento suicida (APA, 2018; OMS, 2021; Guía de práctica clínica, 2012; Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2019). Entendemos por ideación suicida a aquellos pensamientos, planes o ideas que una persona puede tener sobre acabar con su vida (Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018; Cortés Alfaro, Román Hernández, Suárez Medina & Alonso Uría, 2021). La presencia de dicha ideación no garantiza que la persona vaya a realizar el acto suicida, sin embargo, si incrementa el riesgo de que consuma el acto suicida. La ideación engloba pensamientos intrusivos o pensamientos pasajeros sobre la propia muerte, hasta la planificación específica y detallada de formas para quitarse la vida (Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018; Gutiérrez Quintanilla, 2013; Moreno-Gordillo, Trujillo-Olivera, García-Chong & Tapia-Garduño, 2019). Por otro lado, los intentos suicidas son actos concretos en los que la persona intenta acabar con su propia vida, sin conseguir la autólisis. Los intentos suicidas son determinantes cruciales a la hora de evaluar la severidad suicida. Estos pueden ser impulsivos o planificados y suelen responder a momentos de crisis o momentos estresantes continuos (Cortés Alfaro, et al., 2021; Gutiérrez Quintanilla, 2013). Según un estudio por Cañón Buitrago & Carmona Parra (2018), las mujeres mantienen una mayor frecuencia de intentos de suicidios y de ideación suicida que los hombres, mientras que los hombres tienen mayores tasas de suicidios consumados. Por último, las conductas parasuicidas o autolesiones son actos cometidos por una persona con la intención de infligirse daño a sí misma sin intención de terminar con la vida. Estas no mantienen como objetivo acabar con su propia vida, se definen mejor como mecanismos a través de los cuales la persona expresa alivio o gestión emocional para enfrentar situaciones intensas. Algunos de las formas más comunes de autolesiones incluyen el cortarse, quemarse o golpearse (Cortés Alfaro, et al., 2021; Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Tarragona-Medina, Pérez-Testor & Ribas-Fitó, 2018).

Durante el transcurso de este trabajo el termino suicidio englobará: la ideación, los intentos, las autolesiones y el acto en sí mismo, con el fin de agrupar los términos y demostrar la gravedad de la situación. En casos concretos, se especificará si pertenece a una de estas categorías.

El suicidio es un desafío importante para la salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 700000 personas se suicidan cada año, lo que lo convierte en una de las principales causas de muerte no naturales a nivel mundial. El suicidio afecta a personas de todas las edades, incluyendo a los más jóvenes (OMS, 2021; Guía de Práctica Clínica, 2012). En España, el suicidio ocupa la segunda causa de muerte externas. Es decir, muertes ocasionadas por lesiones intencionales o no intencionales que producen la muerte. Se estima que, en el año 2022, hubo 4227 muertes por suicidio, con un incremento del 5.6% respecto al año 2021, más de 80 muertes en este periodo corresponden a personas menores a 20 años. 3126 de las personas que mueren por suicidio en este periodo fueron hombres mientras que 1101 fueron mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2023; Blanco, 2020). En cuanto a los adolescentes (entre los 10 y 19 años), se el suicidio es la segunda causa de muerte externa; los accidentes de tránsito son la primera (Moreno-Gordillo, et al., 2019; Instituto Nacional de Estadística, 2023). Las tasas de suicidio en este grupo demográfico han demostrado variaciones significativas a lo largo del tiempo. En la actualidad, se mantiene un incremento progresivo de la tasa de suicidios entre las personas de todas las edades. Por ello, conviene prevenir y proteger a las personas más vulnerables, entre ellos los niños y adolescentes (OPS, 2023; Cuesta-Revé, 2017).

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo evolutivo de las personas. Es el momento en el que se va formando y concretando la personalidad, la identidad y los valores que tiene cada individuo. También es una etapa en la que se dan muchos cambios físicos, cognitivos, emocionales y relacionales. Estos influyen en la salud y el comportamiento (Cortés Alfaro, et al., 2021; OMS, 2014; Cuesta-Revé, 2017). En este sentido, el desarrollo psíquico que se en esta etapa conlleva consecuencias a largo plazo y es crucial atender al bienestar físico y psicológico de los adolescentes.

Considerando todos los cambios que se producen en la adolescencia y sus dificultades asociadas, este colectivo es especialmente vulnerable (Cuesta-Revé, 2017, Cortés Alfaro, et al., 2021). Esta vulnerabilidad, conlleva comprender los factores de riesgo y protección en esta población. Los factores de riesgo son aquellos que incrementan la posibilidad de que una persona acabe con su propia vida. En la adolescencia, el acoso escolar y el aislamiento social son factores de riesgo centrales (Corona Miranda, et al., 2016 Cortés Alfaro, et al., 2021). El ámbito académico también supone dificultades para este colectivo como el fracaso escolar, problemas de aprendizaje, la sobrecarga académica o la insatisfacción general con el rendimiento. Todos estos pueden generar una gran cantidad de estrés que alimenta el riesgo

suicida (Gutiérrez Quintanilla, 2013, Corona Miranda, et al., 2016). Además, se ha encontrado que ciertos antecedentes psicológicos ponen en riesgo la salud de los adolescentes: trastornos de la conducta, las adicciones al alcohol y drogas, y trastornos del aprendizaje (Cuesta-Revé, 2017; Cortés Alfaro, et al., 2021; Corona Miranda, et al., 2016).

Hay varias situaciones en el ámbito relacional asociados al riesgo suicida. Se ha demostrado que el riesgo de suicidio aumenta considerablemente en los adolescentes que son víctimas de abuso sexual, violencia intrafamiliar y que viven en condiciones denigrantes (Cuesta-Revé, 2017; Cortés Alfaro, et al., 2021; Luchinger, Ojeda & González, 2011). El tener un contacto cercano con amistades o personas conocidas que cometan actos autolesivos, hayan tenido intentos previos también influye en la propia conducta suicida (Cortés Alfaro, et al., 2021, Corona Miranda, et al., 2016).

En el ámbito familiar hay varias experiencias asociadas al riesgo autolítico. Los casos en los que adolescentes viven situaciones familiares disfuncionales, que generan un trastorno depresivo, incrementa sustancialmente el riesgo suicida (Cortés Alfaro, et al., 2021, Corona Miranda, et al., 2016). A su vez, se ha demostrado que el tener un historial familiar de suicidios y de trastornos mentales, puede estar ligado a un riesgo elevado (Gutiérrez Quintanilla, 2013; Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018; Corona Miranda, et al., 2016, Bridge, et al., 2006). El mantener una dinámica familiar disfuncional, conflictiva y desorganizada como puede ser la separación de parejas, violencia doméstica y/o abusos físicos, sexuales o psicológicos incrementa el riesgo significativamente (Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018; de Alba García, Montoya, Loyo, López & Gaitán, 2011; Corona Miranda, et al., 2016, Bridge, et al., 2006). Por otro lado, se han vinculado los problemas familiares de comunicación, la desatención familiar y la ausencia parental con un riesgo elevado de que se cometa un suicidio de algún miembro de la familia (Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018; Corona Miranda, et al., 2016). También se ha demostrado que mantener una situación económica desfavorable y carecer de los recursos mínimos indispensables, como atención médica y psicológica, pueden incrementar la severidad suicida (Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018; Luchinger, et al., 2011). Además, el mantener un fácil acceso a armas de fuego, materiales químicos como veneno y herbicidas, puede incrementar la posibilidad de que un individuo acabe con su vida de manera impulsiva (Corona Miranda, et al., 2016; Gutiérrez Quintanilla, 2013; Cañón Buitrago & Carmona Parra, 2018).

Por otro lado, los factores de protección son aquellos que previenen o reducen los riesgos contra posibles amenazas o daños. En la adolescencia se ha observado que el mantener un buen estado general de salud física y psicológica, reduce el riesgo de cometer actos suicidas. Tener una red de apoyo, que genere un espacio de seguridad y fomente la comunicación abierta, protege y nutre a la persona para gestionar sus emociones y problemas. Dentro de la red de apoyo, se puede contar con relaciones sociales saludables que promueven el desarrollo de la persona. En este sentido, el tener una alta resiliencia emocional y contar con estrategias adecuadas de afrontamiento indican mejores resultados frente a la conducta suicida. Las sensaciones de esperanza y optimismo, junto a una alta autoestima permite que los individuos se propongan objetivos y generen proyectos vitales que promueven la estabilidad personal (Gutiérrez Quintanilla, 2013; Bridge, et al., 2006; Corona Miranda, et al., 2016). Por último, otros factores de protección ante las conductas suicidas incluyen el fácil acceso a servicios de salud y la seguridad de los entornos sociales. Por ejemplo, el poder acceder fácilmente a servicios de salud especializada tanto en el ámbito físico y mental y que estos servicios se adaptan a las necesidades de ciertas familias (atendiendo a discapacidades y considerando las necesidades únicas de ciertos grupos minoritarios) supone un factor de protección. A su vez, cuando los entornos carecen de violencia y abusos de sustancias, se favorece la protección a la conducta suicida. Incluso, cuando se pueden encontrar organizaciones que ofrezcan servicios que promuevan una responsabilidad social por el desarrollo de una vida saludable. (Guía de práctica clínica, 2012; Fundación ANAR, 2022; Gutiérrez Quintanilla, 2013)

En el contexto familiar, la presencia de una funcionalidad adaptativa que promueva la estabilidad y una comunicación efectiva entre sus miembros puede actuar como un importante factor protector contra el suicidio. La capacidad para resolver los conflictos de manera verbal y constructiva, evitando cualquier forma de abuso físico o verbal, no solo fortalece la resiliencia emocional de los individuos, sino que también crea un ambiente emocionalmente seguro y de apoyo dentro del hogar. Además, cuando las familias cuentan con la seguridad de que sus necesidades básicas están satisfechas y no enfrentan dificultades económicas significativas, esto contribuye a mitigar el impacto de eventos estresantes y adversidades, proporcionando así un entorno familiar más resiliente y protector (Bridge, et al., 2006; Corona Miranda, et al., 2016).

La intervención psicológica está destinada a abordar la conducta suicida ya que permite afrontar los problemas por los cuales las personas están sufriendo. Esta intervención utiliza tanto estrategias de prevención para una detección temprana como estrategias de intervención



psicológica destinadas a la promoción de la salud mental, todas estas destinadas a evitar las consecuencias asociadas a la conducta suicida. Dentro de lo que la psicología puede ofrecer, se encuentran líneas de ayuda abiertas 24 horas al día, como el teléfono de la esperanza, centros especializados para el tratamiento del suicidio e incluso existen programas de apoyo emocional que ayudan en gran parte a aquellos con crisis y experimentan ideaciones suicidas (Fundación ANAR, 2022; Guía de práctica clínica, 2012).

La terapia psicológica y la terapia familiar son dos enfoques complementarios en el tratamiento del suicidio y las dificultades asociadas. La intervención psicológica aborda de manera individual los problemas y sufrimientos que pueden llevar a pensamientos suicidas, permitiendo un abordaje integral de las causas subyacentes. A su vez, la terapia familiar se centra en las dinámicas y relaciones dentro del núcleo familiar, reconociendo el impacto que estas pueden tener en la salud mental y el bienestar de cada miembro. Al utilizar la terapia familiar, se pueden abordar eficazmente los factores psicológicos, emocionales y relacionales asociados con el suicidio, proporcionando así un enfoque holístico y comprensivo en el tratamiento y la prevención de esta problemática. En este sentido, las intervenciones terapéuticas buscan mantener y promover los factores de protección y reducir los factores de riesgo (Miner, Love & Paik, 2016).

La terapia familiar es una forma de intervención psicológica que está enfocada en mejorar las relaciones familiares y la comunicación entre sus miembros. Esta tiene varios objetivos. Por un lado, ayuda a mejorar la comunicación intrafamiliar lo que permite comprenderse mejor para resolver conflictos y comprender las diferencias. Además, permite desarrollar estrategias de afrontamiento para gestionar situaciones complicadas que puedan vivir como una familia. Este tipo de terapia busca fortalecer las relaciones familiares y así promover un ambiente familiar más funcional y saludable. Generalmente, en este tipo de intervenciones, se incluye a todos los miembros de la familia en las sesiones psicológicas, aunque puede variar dependiendo de la temática que se esté tratando. Este tipo de terapia se suele utilizar cuando existen conflictos parentales, trastornos comportamentales en los niños y/o adolescentes, transiciones familiares, entre otros (Carr, 2009; Anastasia, Humphries-Wadsworth, Pepper & Pearson, 2015).

En relación con el suicidio, la terapia familiar parece ser beneficiosa para tratar esta problemática en adolescentes debido a su enfoque relacional. Por un lado, este tipo de intervención ayuda a que los miembros de la familia puedan expresar sus pensamientos y

sentimientos de una forma clara y efectiva, que permite la escucha y comprensión mutua. Así, los adolescentes que estén pasando por crisis emocionales, pueden buscar el apoyo de su familia y contar con el fortalecimiento de los vínculos afectivos entre los miembros de la misma. Además, si los adolescentes pueden identificar aquellos conflictos familiares que están siendo abrumadores, pueden apoyarse en esta terapia para promover una resolución constructiva. De hecho, en los momentos en los que se encuentren en situaciones estresantes que desborden sus capacidades de afrontarlas, como las pérdidas, enfermedades o en los cambios significativos, este tipo de terapia puede ayudar a que las familias demuestren un frente sólido de apoyo mutuo. Se pueden enseñar y practicar estrategias de afrontamiento, resolución de problemas y gestión emocional adaptativa y saludable que facilite el proceso de lidiar con los estresores o problemas emocionales que puedan surgir. Mediante la identificación de aquellos factores de riesgo, la terapia familiar contribuye a la exploración y comprensión de los eventos de la vida del adolescente que puedan estar contribuyendo a su sufrimiento. La familia, junto con los terapeutas, pueden indagar e identificar aquellos desencadenantes emocionales o factores que puedan contribuir a un alto riesgo suicida. Incluso, la terapia familiar puede incluir un plan de prevención de crisis diseñado para el adolescente cuando este atraviesa un momento vulnerable. De esta manera, se busca identificar y gestionar aquellas situaciones complicadas que puedan poner en peligro la vida del adolescente (Carr, 2009; Miner et al., 2016; Anastasia et al., 2015; Waraan, Siqveland, Hanssen-Bauer, Czjakowski, Axelsdóttir, Mehlum & Aalberg, 2023).

El suicidio es un problema que impacta a millones de familias alrededor de todo el mundo. Requiere de una atención urgente y coordinada de parte de los gobiernos y aquellas personas significativas. Es importante comprender los factores subyacentes y las estrategias de prevención y tratamiento que son necesarias para tratar este problema. Por tanto, el objetivo de esta revisión es conocer la eficacia de la terapia familiar para la disminución de conductas suicidas, concretamente, las autolesiones y la ideación suicida en la población adolescente.

## Método

### *Estrategia de búsqueda*

Se realizó una búsqueda bibliográfica durante el mes de diciembre de 2023 en las siguientes cuatro bases de datos: *PubMed*, *Cochrane Library*, *P&BSC* y *PsycInfo*. Los términos de búsqueda en lenguaje documental fueron los siguientes: *Suicide*, *Attempted Suicide*, *Adolescent Psychology*, *Secondary Education*, *Adolescent*, *Teenagers*, *Youth*, *Clinical Trials*, *Randomized Controlled Trials*, *Experimental Design*, *Treatment Effectiveness Evaluation*, *Family Therapy*, *Multisystemic Therapy*, *Family psychotherapy*. Y en lenguaje libre se utilizó: *Suicid\**, *Adolescen\**, *Teenage\**, *Secondary Education*, *Efficacy*, *Effectiveness*, *Quasi-Experimental*, *Experimental*, *Random\**, *Multisystemic*, *Systemic*, *Family Therapies*. Estos términos se conectaron mediante los operadores booleanos AND y OR (Tabla A1).

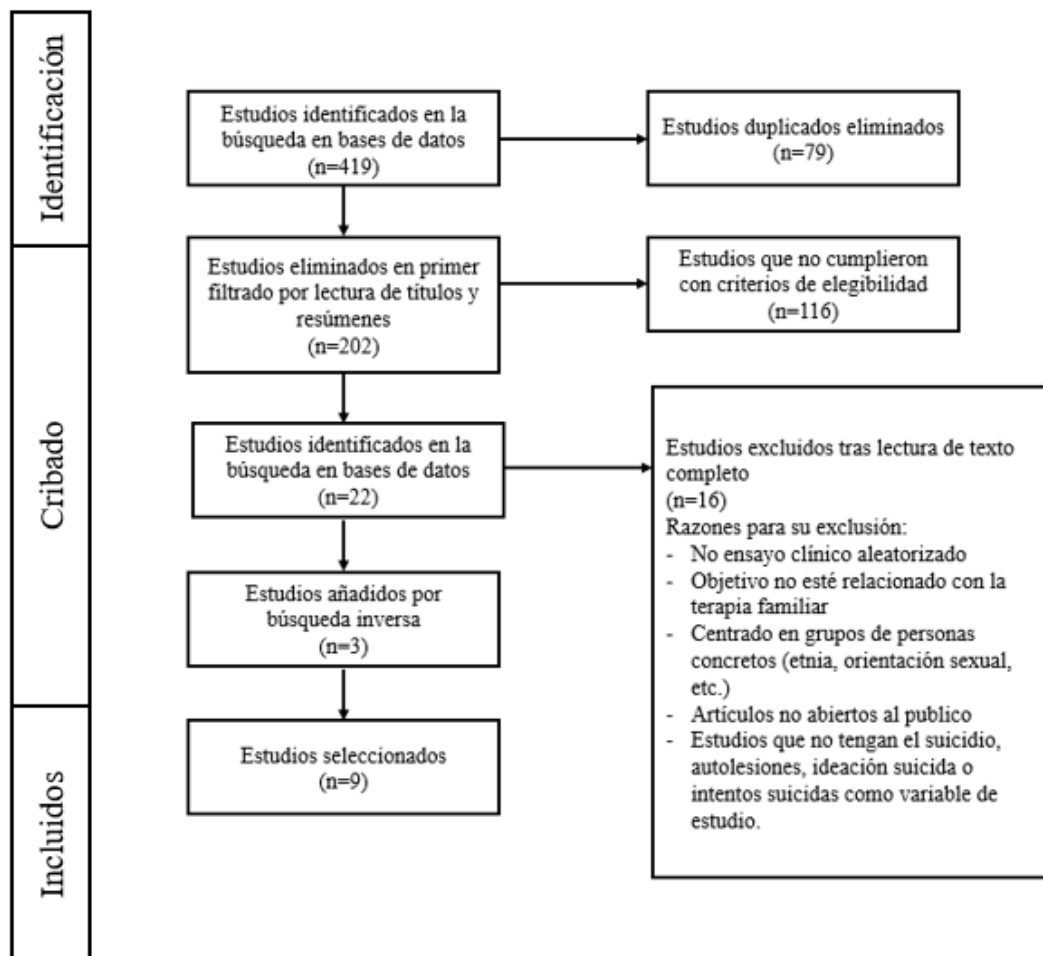
Los criterios de elegibilidad fueron los siguientes: (a) estudios experimentales (en concreto, ensayos clínicos aleatorizados), (b) población adolescente, (c) variable que estudie la eficacia de intervención terapéutica familiar, (d) temática en torno al suicidio, intentos de suicidio, suicidios consumados, ideación suicida y/o autolesiones, (e) disponibilidad de los artículos abiertos al público y gratuitos y (f) que sean en español o en inglés.

Al generar la ecuación de búsqueda, se obtuvieron un total de 419 publicaciones a valorar. Mediante la utilización de un gestor de referencias, *Zotero*, se realizó un primer filtrado en donde se identificaron y eliminaron 79 artículos duplicados. Posteriormente, se procedió a la lectura de los resúmenes y títulos, eliminando 202 artículos. También se eliminaron 116 artículos según se aplicaron los siguientes criterios de exclusión; que su objetivo no se enfoque en medir la eficacia de la terapia familiar, estudios centrados en adultos, sin metodología experimental (ensayos clínicos aleatorizados), no sean sobre un grupo de personas en concreto (por raza, procedencia, orientación sexual, etc.), disponibilidad de los artículos (pagados y cerrados al público) y estudios en los cuales el suicidio, ideación suicida, autolesiones o intentos suicidas no sean la principal variable de estudio.

Tras la aplicación de estos criterios, hubo un total de 22 artículos a revisar por texto completo y verificar exhaustivamente que se cumplan los criterios de elegibilidad expuestos anteriormente. Finalmente se realizó una búsqueda inversa para obtener la mayor cantidad de artículos posibles, de los que se incorporaron 3 artículos que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Por lo que hay un total de 9 artículos incluidos en esta revisión como se puede observar en la Figura 1.

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos



### Variables

En cuanto a las variables evaluadas, primero se han analizado las características metodológicas de los artículos, para poder comprobar su validez interna. De modo que se ha evaluado el tipo de diseño utilizado, el tamaño de la muestra de los estudios, el seguimiento de los participantes tras la finalización del estudio, las medidas utilizadas para la obtención de resultados, la presencia de cegamiento en los evaluadores o participantes y el control de pérdidas de participantes durante la realización del estudio.

En segundo lugar, se han analizado las características de la muestra para comentar la validez externa de los resultados de los artículos. En este apartado se evaluó el número de hombres y mujeres que han participado en los estudios, el rango de edad de los participantes y el país en el que tomo lugar el estudio.

Por último, se han analizado las características de la intervención que se han desarrollado, así como los distintos tipos de intervenciones, la duración de cada intervención, las variables investigadas en cada estudio y también se ha observado por la relación que tienen con la ideación suicida, los intentos suicidas y las autolesiones. De modo que se plantea si existe una eficacia o no sobre la reducción de estas variables del suicidio. También se ha analizado por los factores de riesgo (conflictos familiares, intentos previos, diagnósticos psicológicos, aspectos económicos familiares y presencia de depresión) y los factores de protección (comunicación y cohesión familiar, red de apoyo y resiliencia emocional).

### *Análisis de datos*

En cuanto al análisis de datos obtenidos referente a la eficacia de las distintas intervenciones familiares, se ha propuesto evaluar el efecto positivo o negativo que haya tenido sobre los resultados. Por lo que se plantea hacer un recuento de votos que indican plenamente si es que hay un cambio del efecto sin importar su significación estadística, sino más bien centrándose en la dirección que toma respecto a sus resultados.

## Resultados

### *Características metodológicas*

En cuanto a la evaluación del tipo de diseño utilizado, siendo todos los estudios experimentales, en concreto ensayos clínicos aleatorizados con un grupo control y otro experimental (Cottrell, Wright-Hughes, Collinson, Boston, Eisler, Fortune, Graham, Green, House, Kerfoot, Owens, Saloniki, Simic, Tubeuf & Farrin, 2018; Diamond, Kobak, Krauthamer Ewing, Levy, Herres, Russon & Gallop, 2019; Diamond, Wintersteen, Brown, Diamond, Gallop, Shelef & Levy, 2010; Harrington, Kerfoot, Dyer, McNiven, Gill, Harrington & Woodham, 2000; Cottrell, Wright-Hughes, Collinson, Boston, Eisler, Fortune, Graham, Green, House, Kerfoot, Owens, Saloniki, Simic, Lambert, Rothwell, Tubeuf & Farrin, 2018; Pineda & Dadds, 2013; Cottrell, Wright-Hughes, Eisler, Fortuned, Greene, House, Kerfoot, Owens, Simic, McLellan, Tubeuf & Farrin, 2020; Yen, Spirito, Weinstock, Tezanos, Kolobaric & Miller, 2019; Waraan, Rognli, Czajkowski, Mehlum & Aalberg, 2020). En el caso del grupo control, en todos los estudios se utilizaron alguna forma de terapia, en 4 estudios el grupo control pertenecen al *Treatment As Usual (TAU)* (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2020; Waraan, et al., 2020). 1 estudio tiene al grupo control con *Enhanced Treatment As Usual (ETAU)* (Yen, et al., 2019). 2 estudios mantienen el grupo control en calidad de *Routine Care (RC)* (Harrington, et al., 2000; Pineda & Dadds, 2013). 1 estudio mantiene al grupo control como *Enhanced Usual Care (EUC)* (Diamond, et al., 2010). 1 estudio mantiene al grupo control como *Family-Enhanced Nondirective Supportive Therapy (FE-NST)* (Diamond, et al., 2019). El tamaño de la muestra de los estudios oscilo entre 48 y 832 participantes (Tabla B1).

También se han utilizado distintos cuestionarios para poder obtener las medidas de resultado. Para poder medir la ideación suicida se utilizó el cuestionario SASII (*Suicide Attempt Self-Injury Interview*) en estos 3 estudios (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2020). El SSI (*Scale for Suicidal Ideation*) en 1 estudio (Diamond, et al., 2010). El SIQ-JR (*Suicidal Ideation Questionnaire-Junior*) en 4 estudios (Diamond, et al., 2019; Diamond, et al., 2010; Harrington, et al., 2000; Waraan, et al., 2020) (Tabla B1).

Para poder evaluar los intentos suicidas se utilizó el cuestionario BSS (*Beck Scale for Suicide Ideation*) en 3 estudios (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2020). El C-SSRS (*Columbia Suicide-Severity Rating Scale*) en 2 estudios (Diamond, et al., 2019;

Yen, et al., 2019). El ASQ-R (*Adolescent Suicide Questionnaire Revised*) se utilizó en 1 artículo (Pineda & Dadds, 2013) (Tabla B1).

Para poder evaluar la frecuencia de las autolesiones se utilizó el cuestionario SASII (*Suicide Attempt Self-Injury Interview*) en 3 estudios (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2020) (Tabla B1).

Para determinar si hay una afectación por sintomatología depresiva se utilizó el cuestionario BDI-II (*Beck Depression Inventory II*) en 2 estudios (Diamond, et al., 2019; Diamond, et al., 2010). Asimismo, se utilizó el CDRS-R (*Children's Depression Rating Scale – Revised*) en 3 estudios (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2020). Por último, se utilizó el GRID-HAMD (*Grid Hamilton Depression Rating scale*) en 1 estudio (Waraan, et al., 2020) (Tabla B1).

En cuanto a la existencia de cegamiento en el estudio, ya sea en los evaluadores o en los participantes, 5 estudios no tienen ningún tipo de cegamiento (Diamond, et al., 2019; Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2020; Yen, et al., 2019; Waraan, et al., 2020). 1 estudio tiene cegamiento hacia los investigadores (Cottrell, et al., 2018). 1 estudio tiene cegamiento al coordinador del estudio (Diamond, et al., 2010). 2 estudios tienen cegamiento hacia los entrevistadores (Harrington, et al., 2000; Pineda & Dadds, 2013) (Tabla B1).

Todos los estudios mantienen un seguimiento de resultados de los sujetos (Cottrell, et al., 2018; Diamond, et al., 2019; Diamond, et al., 2010; Harrington, et al., 2000; Cottrell, et al., 2018; Pineda & Dadds, 2013; Cottrell, et al., 2020; Yen, et al., 2019; Waraan, et al., 2020). Además, también se ha tomado en cuenta las pérdidas de participantes durante la realización de todos los estudios (Cottrell, et al., 2018; Diamond, et al., 2019; Diamond, et al., 2010; Harrington, et al., 2000; Cottrell, et al., 2018; Pineda & Dadds, 2013; Cottrell, et al., 2020; Yen, et al., 2019; Waraan, et al., 2020) (Tabla B1).

### *Características de la muestra*

También se han analizado las características de la muestra para comentar la validez externa de los resultados de los artículos. En este apartado se evaluó el número de hombres y mujeres, en proporción a la cantidad de participantes en el estudio, con una mayor cantidad de mujeres en general. 8 de los estudios incluyeron los datos de hombres y mujeres (Cottrell, et al., 2018; Diamond, et al., 2019; Diamond, et al., 2010; Harrington, et al., 2000; Cottrell, et al.,

2018; Pineda & Dadds, 2013; Yen, et al., 2019; Waraan, et al., 2020). 1 estudio no evaluó la proporción de hombre y mujeres (Cottrell, et al., 2020). Hay una participación superior de mujeres en los estudios que hombres (Tabla B2).

El rango de edad que se ha estudiado está comprendido entre los 10 a los 18 años en general. 1 estudio tiene un rango de 10 a 16 años (Harrington, et al., 2000). 3 estudios tienen un rango de 11 a 17 años (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2020). 2 estudios tienen un rango de edad de 12 a 18 años (Diamond, et al., 2019; Yen, et al., 2019). 2 estudios tienen un rango de 12 a 17 años (Diamond, et al., 2010; Pineda & Dadds, 2013). 1 estudio tiene un rango de edad de 13 a 18 años (Waraan, et al., 2020) (Tabla B2).

En cuanto a los países de origen de los estudios, se ha observado que 4 estudios tienen el Reino Unido como país de procedencia (Cottrell, et al., 2018; Harrington, et al., 2000; Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2020). 3 estudios tienen Estados Unidos de América como país de procedencia (Diamond, et al., 2019; Diamond, et al., 2010; Yen, et al., 2019). 1 estudio tiene Australia como país de procedencia (Pineda & Dadds, 2013). 1 estudio tiene a Noruega como el país de estudio (Waraan, et al., 2020) (Tabla B2).

#### *Tipos de intervenciones utilizadas*

7 estudios utilizaron alguna forma de terapia familiar (Cottrell, et al., 2018; Diamond, et al., 2019; Diamond, et al., 2010; Harrington, et al., 2000; Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2020; Waraan, et al., 2020). 2 estudios utilizaron programas concretos aplicados en la terapia familiar (Pineda & Dadds, 2013; Yen, et al., 2019). 3 estudios utilizaron el *Attachment-Based Family Therapy* (ABFT) (Diamond, et al., 2019; Diamond, et al., 2010; Waraan, et al., 2020). El ABFT se basa en que las relaciones familiares tienen un impacto importante en el desarrollo de problemas. Por lo que se plantea que el suicidio puede ser exacerbado o mitigado a través de las relaciones familiares. Por tanto, se centra en fortalecer los vínculos de apego entre los padres y adolescentes para crear una base protectora y segura para el desarrollo del adolescente. 3 estudios utilizaron *Self-Harm Intervention Family Therapy* (SHIFT) (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2020). La FT plantea que los problemas de los miembros se han incorporado en las relaciones familiares, por lo que facilita que las experiencias, sentimientos y significados que se hayan dado a los problemas, moldeen la realidad de cómo se vive el problema. De modo que se ve al problema de manera familiar, debido a su complejidad e impacto familiar. Esta terapia en concreto se focaliza en la



intervención de las autolesiones mediante la terapia familiar. 1 estudio utilizó el *Home-based Family Intervention (HBFI)* (Harrington, et al., 2000). El HBFI es un programa breve que toma lugar en los hogares de los individuos, enfocado en la comunicación intrafamiliar y en la resolución de problemas familiares. 1 estudio utilizó el *Resourceful Adolescent Parent Program (RAP-P)* (Pineda & Dadds, 2013). Mientras que el RAP-P consiste en un programa desarrollado para fomentar la resiliencia emocional y promover un estado de salud mental en los adolescentes, interviniendo a nivel individual y familiar. 1 estudio utilizó el *Coping Long Term with Active Suicide Program with adolescents (CLASP-A)* (Yen, et al., 2019). Por último, el CLASP-A es una intervención diseñada para los adolescentes que tienen una ideación suicida prominente. Implica la participación de los padres y adolescentes, para enfrentar aquellos pensamientos y comportamientos suicidas y finalmente reducir el riesgo suicida.

En cuanto a la duración de las intervenciones, 3 estudios tuvieron una duración de 18 meses (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2020). 1 estudio tuvo una duración de 6 meses (Harrington, et al., 2000). 2 estudios tuvieron una duración de 4 meses (Diamond, et al., 2019; Waraan, et al., 2020). 1 estudio tuvo una duración de 3 meses (Diamond, et al., 2010). Mientras que 1 estudio tuvo una duración de 1 mes (Yen, et al., 2019). Por último, 1 estudio tuvo una duración entre 3 semanas y 6 semanas (Pineda & Dadds, 2013).

Por último, se han analizado las características de la intervención en la cual todos los estudios tenían alguna relación con el suicidio. 8 estudios evalúan por la ideación suicida en sus participantes (Cottrell, et al., 2018; Diamond, et al., 2019; Diamond, et al., 2010; Harrington, et al., 2000; Cottrell, et al., 2018; Pineda & Dadds, 2013; Yen, et al., 2019; Waraan, et al., 2020). 2 estudios evaluaron por la presencia de intentos suicidas (Yen, et al., 2019; Waraan, et al., 2020). 5 estudios evaluaron por la presencia de autolesiones en los participantes (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2020; Yen, et al., 2019; Waraan, et al., 2020).

Para poder medir los factores de riesgo y de protección se utilizaron los siguientes cuestionarios. El *Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU)* (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018), el *Family Questionnaire* (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018), el *System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA)* (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018), *Health Economics Questionnaire* (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018), el *McMaster Family Assessment Device (FAD)* (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018; Harrington, et al., 2000; Pineda & Dadds, 2013), el *Strengths and Difficulties Questionnaire*

(*SDQ*) (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018; Pineda & Dadds, 2013), el *Hopelessness Scale* (Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2018; Harrington, et al., 2000), el *Self-Report of Family Functioning (SRFF)* (Diamond, et al., 2019), el *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)* (Harrington, et al., 2000; Waraan, et al., 2020) (Tabla 1).

### *Resultados de las intervenciones*

En cuanto a los resultados de los estudios que evalúan la presencia de la ideación suicida, la intervención SHIFT, ha encontrado que se ha visto una reducción de la ideación suicida a los 12 meses de seguimiento, aunque a los 18 meses la diferencia no es significativa comparada con el grupo control (Cottrell, et al., 2018). Mientras que la intervención ABFT (Diamond, et al., 2019), no demuestra diferencias significativas entre los grupos en la reducción de la ideación suicida (al mes, 2, 3 y 4 meses de seguimiento), aunque durante la intervención de ABFT (Diamond, et al., 2010), si se observó una diferencia significativa durante la duración del tratamiento a las 6, 12 y 24 semanas. Mientras que en la intervención HBFI & RC (Harrington, et al., 2000), se encontraron diferencias significativas a favor del grupo experimental a los 2 y 6 meses de seguimiento. La intervención CLASP-A (Yen et al., 2019) no encontró diferencias significativas a los 2 y 6 meses de seguimiento. Además, la ABFT (Waraan et al., 2020), tampoco encontró diferencias significativas al seguimiento ni tampoco encontró una reducción de la ideación suicida por ninguno de los grupos. Por otro lado, el programa RAP-P & RC (Pineda & Dadds, 2013) ha demostrado diferencias significativas con la reducción de la ideación suicida a los 3 y 6 meses de seguimiento (Tabla 2).

En cuanto a los estudios que han evaluado los intentos suicidas, la ABFT (Diamond, et al., 2019) no encontró diferencias significativas con el grupo control, aunque la cantidad de intentos si se vieron reducidos en ambos grupos. El programa CLASP-A (Yen et al., 2019) no reportó diferencias significativas entre los dos grupos y menciona que 4 personas de cada grupo tuvo una situación de intento suicida durante la duración del tratamiento. Por último, la ABFT (Waraan et al., 2020) no encontró diferencias significativas en la reducción de los intentos suicidas (Tabla 3).

En cuanto a los estudios que han evaluado por las autolesiones, la investigación de Cottrell et al. (2018) ha encontrado que hay una reducción importante frente a la frecuencia de autolesiones cuando la familia mantenía una funcionalidad pobre, es decir, cuando mantenían

alguna dificultad para hablar de las emociones en concreto. Por otro lado, en el artículo de Cottrell et al. (2020) realizaron un seguimiento extendido de 36 meses en el cual no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Asimismo, en otro estudio por Yen et al. (2019) tampoco encontraron diferencias significativas en la reducción de la frecuencia de autolesiones. Por último, en la investigación de Waraan et al. (2020), tampoco se encontraron diferencias significativas en la reducción de autolesiones en ambos grupos (Tabla 4).

Al analizar los resultados de la presencia de la sintomatología depresiva durante la duración de las intervenciones, no se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en el estudio de Cottrell et al. (2018) a los 12 y 18 meses de seguimiento. En el estudio realizado por Diamond et al. (2019) tampoco se encontraron diferencias significativas en la presencia de sintomatología depresiva en ambos grupos (1, 2, 3 y 4 meses de seguimiento). Aunque en el estudio de Diamond et al. (2010) durante las primeras 6 semanas de tratamiento se encuentra una diferencia significativa a favor de la intervención experimental, sin embargo, al momento del seguimiento de las 6, 12 y 24 semanas, las diferencias dejaron de ser significativas entre ambos grupos. Por último, en el estudio realizado por Harrington et al. (2000) se demostró que hay una diferencia significativa a los 2 y 6 meses de seguimiento a favor de la terapia experimental (Tabla 5).

Al analizar los resultados que el impacto económico ha podido tener en las intervenciones, en la investigación de Cottrell et al. (2018), han encontrado una pequeña diferencia en relación con el grupo control. Por lo que se plantea que a pesar de que si se ha visto un costo-beneficio en el grupo experimental sobre el control, puede ser que el beneficio no sea lo suficientemente grande. De manera que varía en la ayuda que esta intervención pueda ofrecer a los cuidadores de los adolescentes para poder gestionar los problemas y emociones (Tabla 6).

De los 9 estudios analizados, solo 2 formas de terapia familiar demostraron una superioridad frente a los tratamientos del grupo control (Diamond, et al., 2010; Pineda & Dadds, 2013), es decir, que han tenido unos resultados significativamente diferentes a los del grupo control. Mientras que en el resto de los estudios no se encontraron diferencias significativas entre los resultados obtenidos del grupo experimental comparados con los del grupo control (Cottrell, et al., 2018; Diamond, et al., 2019; Harrington, et al., 2000; Cottrell, et al., 2018; Cottrell, et al., 2020; Yen, et al., 2019; Waraan, et al., 2020) (Tabla B3).

Tabla 1

*Resultados de las intervenciones de los factores de riesgo y protección.*

Estudio	Intervención	Medida de resultado	Variables evaluadas
Cottrell et al. (2018)	SHIFT	ICU	Rasgos de personalidad específicos y comportamientos insensibles e impasibles.
		FQ	Implicación emocional excesiva y crítica.
		SOFTA	Compromiso en el proceso terapéutico, conexión emocional con el terapeuta, seguridad dentro del sistema terapéutico y sentido compartido de propósito dentro de la familia.
		<i>Health Economics Questionnaire</i>	Gastos implicados en la duración del tratamiento.
		FAD	Comunicación, resolución de problemas, roles familiares, afecto expresado, valores y normas
Diamond et al. (2019)	ABFT	SDQ	Síntomas emocionales, problemas conductuales, hiperactividad/falta de atención, problemas en las relaciones con los iguales y conducta prosocial
		<i>Hopelessness Scale</i> SRFF	Expectativas negativas sobre sí mismos y el futuro Funcionamiento familiar como: comunicación, resolución de problemas, apoyo emocional, cohesión familiar, adaptabilidad, roles familiares, satisfacción familiar.
Harrington et al. (2000)	HBF1	FAD	Comunicación, resolución de problemas, roles familiares, afecto expresado, valores y normas.
		K-SADS	Presencia de sintomatología afectiva y/o psicótica.

Cottrell et al. (2018)	SHIFT	ICU	Rasgos de personalidad específicos y comportamientos insensibles e impasibles.
		FQ	Implicación emocional excesiva y crítica.
		SOFTA	Compromiso en el proceso terapéutico, conexión emocional con el terapeuta, seguridad dentro del sistema terapéutico y sentido compartido de propósito dentro de la familia.
		<i>Health Economics Questionnaire</i>	Gastos implicados en la duración del tratamiento.
		FAD	Comunicación, resolución de problemas, roles familiares, afecto expresado, valores y normas
		SDQ	Síntomas emocionales, problemas conductuales, hiperactividad/falta de atención, problemas en las relaciones con los iguales y conducta prosocial
Pineda and Dadds (2013)	RAP-P & RC	<i>Hopelessness Scale</i>	Expectativas negativas sobre sí mismos y el futuro
		FAD	Comunicación, resolución de problemas, roles familiares, afecto expresado, valores y normas.
		SDQ	Síntomas emocionales, problemas conductuales, hiperactividad/falta de atención, problemas en las relaciones con los iguales y conducta prosocial
Waraan et al. (2020)	ABFT	K-SADS	Presencia de sintomatología afectiva y/o psicótica.

---

*Notas.* \* SHIFT = *Self-Harm Intervention Family Therapy*; ABFT = *Attachment-Based Family Therapy*; HBFi = *Home-based Family Intervention*; RAP-P & RC = *Resourceful Adolescent Parent Program & Routine Care*.

*\*\* ICU = Inventory of Callous-Unemotional Traits, FQ = Family Questionnaire, SOFTA = System for Observing Family Therapy Alliances, FAD = McMaster Family Assessment Device, SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, SRF = Self-Report of Family Functioning, K-SADS = Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*

Tabla 2

*Resultados de las intervenciones sobre la ideación suicida*

Estudio	Tipo de intervención	Duración	Evaluación de los resultados					
			1 mes	3 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses
Cottrell et al. (2018)	SHIFT	18 meses					+	-
Diamond et al. (2019)	ABFT	4 meses	- <sup>a</sup>	-	-			
Diamond et al. (2010)	ABFT	3 meses	+ <sup>b</sup>	+	+ <sup>c</sup>			
Harrington et al. (2000)	HBFI	6 meses	+ <sup>a</sup>			+		
Cottrell et al. (2018)	SHIFT	18 meses					+	-
Pineda and Dadds (2013)	RAP-P & RC	6 meses		+		+		
Yen et al. (2019)	CLASP-A	1 mes	- <sup>a</sup>			-		
Waraan et al. (2020)	ABFT	6 meses		-				

*Notas. \* SHIFT = Self-Harm Intervention Family Therapy; ABFT = Attachment-Based Family Therapy; HBFi = Home-based Family Intervention; RAP-P & RC = Resourceful Adolescent Parent Program & Routine Care; CLASP – A = Coping Long Term with Active Suicide Program with adolescents.*

\*\* Un resultado positivo indica que hay diferencias significativas del grupo experimental respecto al control entorno a la ideación suicida. Un resultado negativo indica que no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

<sup>a</sup> El seguimiento es a los 2 meses en concreto

<sup>b</sup> El seguimiento es a las 6 semanas en concreto

<sup>c</sup> El seguimiento es a las 24 semanas en concreto



Tabla 3

*Resultados de las intervenciones de los intentos suicidas.*

Estudio	Tipo de intervención	Duración	Evaluación de los resultados						
			1 mes	3 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	
Diamond et al. (2019)	ABFT	4 meses	- <sup>a</sup>	-	-				
Yen et al. (2019)	CLASP-A	1 mes	- <sup>a</sup>				-		
Waraan et al. (2020)	ABFT	6 meses		-					

*Notas.* \* ABFT = *Attachment-Based Family Therapy*; CLASP – A = *Coping Long Term with Active Suicide Program with adolescents*.

\*\* Un resultado positivo indica que hay diferencias significativas del grupo experimental respecto al control entorno a los intentos suicidas. Un resultado negativo indica que no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

<sup>a</sup> El seguimiento es a los 2 meses en concreto

Tabla 4

*Resultados de las intervenciones de las autolesiones.*

Estudio	Tipo de intervención	Duración	Evaluación de los resultados					
			1 mes	3 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses
Cottrell et al. (2018)	SHIFT	18 meses					+	+
Cottrell et al. (2018)	SHIFT	18 meses					+	+
Cottrell et al. (2020)	SHIFT	18 meses					+	- <sup>b</sup>
Yen et al. (2019)	CLASP-A	1 mes	- <sup>a</sup>				-	
Waraan et al. (2020)	ABFT	6 meses					-	

*Notas.* \* SHIFT = *Self-Harm Intervention Family Therapy*; ABFT = *Attachment-Based Family Therapy*; CLASP – A = *Coping Long Term with Active Suicide Program with adolescents*.

\*\* Un resultado positivo indica que hay diferencias significativas del grupo experimental respecto al control entorno a las autolesiones. Un resultado negativo indica que no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

<sup>a</sup> El seguimiento es a los 2 meses en concreto

<sup>b</sup> El seguimiento es a los 36 meses en concreto

Tabla 5

*Resultados de las intervenciones de la presencia de sintomatología depresiva.*

Estudio	Tipo de intervención	Duración	Evaluación de los resultados					
			1 mes	3 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses
Cottrell et al. (2018)	SHIFT	18 meses					-	-
Diamond et al. (2019)	ABFT	4 meses	- <sup>a</sup>	-	-			
Diamond et al. (2010)	ABFT	3 meses	- <sup>b</sup>	-	- <sup>c</sup>			
Harrington et al. (2000)	HBFI	6 meses	+ <sup>a</sup>				+	

*Notas.* \* SHIFT = *Self-Harm Intervention Family Therapy*; ABFT = *Attachment-Based Family Therapy*; HBFI = *Home-based Family Intervention*.

\*\* Un resultado positivo indica que hay diferencias significativas del grupo experimental respecto al control entorno a la sintomatología depresiva. Un resultado negativo indica que no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

<sup>a</sup> El seguimiento es a los 2 meses en concreto

<sup>b</sup> El seguimiento es a las 6 semanas en concreto

<sup>c</sup> El seguimiento es a las 24 semanas en concreto

Tabla 6

*Resultados de las intervenciones del impacto económico.*

Estudio	Tipo de intervención	Duración	Evaluación de los resultados					
			1 mes	3 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses
Cottrell et al. (2018)	SHIFT	18 meses					-	-

Notas. \* SHIFT = *Self-Harm Intervention Family Therapy*.

\*\* Un resultado positivo indica que hay diferencias significativas del grupo experimental respecto al control entorno al impacto económico. Un resultado negativo indica que no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

## **Discusión**

En la presente revisión se ha evaluado y tratado de identificar una posible eficacia de una terapia familiar sobre otro tipo de terapias para la prevención del suicidio en la población adolescente. A diferencia de lo que se planteaba en un principio, parece que la terapia familiar no mantiene ventajas significativas sobre otro tipo de terapias para la prevención del suicidio en adolescentes. Aunque es importante comentar que, a pesar de que no se haya encontrado un efecto o diferencias significativas, no existe una superioridad de la terapia familiar sobre otras terapias. Esto no implica que la terapia familiar no sea eficaz, ya que sí se han conseguido resultados favorables hacia la reducción de la ideación suicida y la frecuencia de autolesiones en adolescentes.

La comparación de la eficacia de distintas terapias en la prevención del suicidio en adolescentes tiene una relevancia significativa. El metaanálisis realizado por Glenn, Esposito, Porter y Robinson (2019), expuso que una de las terapias más estudiadas, efectivas y la mejor establecida para el suicidio es la terapia dialéctico conductual. Refieren que el uso de este tipo de terapia reduce la ideación suicida y disminuye la frecuencia de las autolesiones en la población joven. En cambio, la terapia familiar, está ubicada en distintos niveles variando desde probablemente eficaz hasta un nivel experimental. Esto quiere decir que el nivel de eficacia de la terapia familiar no es consistente y al ser una terapia que trabaja con múltiples personas involucradas, suele ser más costosa que otras terapias sin tener una mayor efectividad. Por lo que puede ser que sus costos superen a los beneficios, teniendo en cuenta que hay otras terapias con mas evidencia de su eficacia para esta problemática.

Por otro lado, cabe destacar que el suicidio es un problema multifactorial, que involucra distintos aspectos, como variables familiares, emocionales, cognitivos, conductuales, sociales y ambientales. De modo que el enfoque del tratamiento puede tener una mayor efectividad si es que se centra en los distintos ámbitos involucrados a diferencia de un solo ámbito. Por lo que se plantea que, aunque la terapia familiar pueda ser beneficiosa en ciertas ocasiones, no debería ser la única forma de tratar esta problemática.

### *Limitaciones*

Una limitación importante es la forma en cómo se realizó la búsqueda en las bases de datos. Ya que en un principio se decidió que la búsqueda de los artículos no incluiría a todos aquellos estudios que mantengan como objetivo el encontrar la eficacia de la intervención en

patologías, ya que el enfoque de la revisión es para una población general, no clínica, por lo que la muestra de estudios se redujo considerablemente. Sin embargo, parece que hay factores muy importantes como la presencia de depresión, síntomas ansiosos y depresivos que pueden influir en la efectividad de la intervención. Por lo que se añadió posteriormente la evaluación de los resultados de los síntomas depresivos de los estudios que han formado parte de esta revisión. Incluso, se tomó la decisión de no enfocar la búsqueda de estudios en grupos de personas concretas para buscar una generalización de los resultados, por lo que los estudios que basaban su muestra de sujetos en grupos étnicos, por orientación sexual, género o por alguna otra característica muy específica fueron excluidos de la revisión.

En cuanto a la búsqueda de artículos en las bases de datos, en las primeras búsquedas los resultados eran muy específicos, por lo que se decidió ampliar la búsqueda incluyendo el lenguaje libre y otras características que influirían en la obtención de artículos relevantes para el estudio, como utilizar palabras clave abiertas (ejemplo: si se buscaban artículos experimentales, pero la búsqueda incluía la palabra cuasiexperimental). Además, cabe mencionar que, de acuerdo con los estudios encontrados, no se encontraron artículos en español, sino que todos los utilizados fueron en inglés.

Además, por la diversidad de los enfoques terapéuticos dentro de la terapia familiar, cabe preguntarse como esto podría haber contribuido a la variabilidad en los resultados observados. Si es que se daría una prioridad a un tipo de terapia familiar en concreto, como, por ejemplo, a la ABFT pues se podría reunir estudios que contengan solo esta forma de terapia familiar y compararla con otros tipos de terapia. También se plantea que el grupo control debería ser más sistematizado y que siga una misma línea de tratamiento. Al tener distintos países con sus protocolos de atención, varían las formas en como se gestionan una intervención psicológica. Por lo que se plantea tener en cuenta esta dificultad.

Los estudios revisados proporcionan una cantidad considerable de datos, en el que el número de mujeres en la muestra fue significativamente mayor al de hombres. Por lo que también se cree que esto podría afectar a la generalizabilidad de los resultados obtenidos. Incluso, se considera que una limitación importante es que no se haya realizado un análisis de riesgo de sesgo para evaluar la metodología de la evidencia científica obtenida, sin tener en cuenta que puede haber estudios con errores en el diseño, análisis de resultados o en la interpretación del estudio.

### *Futuras líneas de investigación*

Se plantea que para poder estudiar la terapia familiar de una manera más efectiva para la prevención del suicidio en adolescentes se requiere de las siguientes consideraciones:

Por un lado, es importante tener en cuenta que se necesita profundizar en la investigación la terapia familiar, contando con estudio más rigurosos y con una muestra mayor y menos heterogénea. De esta manera, los resultados pueden gozar de una validez externa mayor. Igualmente, se considera que se necesita explorar los distintos determinantes culturales y sociales que puedan influir en la eficacia de las intervenciones familiares en esta demográfica tan vulnerable.

Además, se plantea que fuera interesante realizar estudios longitudinales para poder evaluar la eficacia de las intervenciones familiares a largo plazo, verificando como puede afectar a los sujetos a lo largo de la vida. Siguiendo esta misma línea, se cree que una exploración de aquellas variables personales y características individuales que puedan modular los resultados del tratamiento deberían ser tomados en cuenta al momento del diseño del estudio.

Por otro lado, cabe la posibilidad de incluir un abordaje multidisciplinar para la prevención del suicidio de adolescentes, ya que, al juntar la terapia familiar con distintas formas de tratamiento como la utilización de medicación, grupos de apoyo e incluso otras formas de terapia psicológica, puedan complementarse y alcanzar una mejoría integral de la persona. Esto se debe a que el suicidio es un problema que tiene distintas causas y afectaciones, por lo que se cree conveniente tratar desde un modelo integral basado en la evidencia.

### *Conclusiones*

La terapia familiar ha demostrado ser eficaz para la reducción de la ideación suicida y para disminuir la frecuencia de las autolesiones en los adolescentes.

Aunque la terapia familiar no sea superior a otros tipos de terapia, el efecto de la terapia se ha demostrado positivo.

Los conflictos familiares pueden ser potenciales estresores y causas de la ideación suicida, conductas suicidas y autolesiones, por lo que una gestión adaptativa de resolución de problemas y mejora de comunicación puede aunar los síntomas suicidas.

La concienciación de una comunicación abierta en la familia que incluya la expresión emocional puede verse beneficiosa para los adolescentes. Debido a los cambios emocionales, físicos y cognitivos que ocurren en esta etapa, es importante que la línea de comunicación intrafamiliar sea abierta y honesta entre sus miembros.

Es necesario que se siga investigando sobre esta temática tan problemática y que afecta a tantas personas y familias. De esta manera se plantea una investigación basada en la evidencia y efectividad práctica.



## Referencias

- Ackerman, J. P., & Horowitz, L. M. (2022). *Youth suicide prevention and intervention: Best practices and policy implications* (J. P. Ackerman & L. M. Horowitz, Eds.; 2023-11635-000). Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-06127-1>
- Aggarwal, S., & Patton, G. (2018). Engaging families in the management of adolescent self-harm. *Evidence-Based Mental Health*, 21(1), 16–22. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102791>
- Anastasia, T. T., Humphries-Wadsworth, T., Pepper, C. M., & Pearson, T. M. (2015). Family centered brief intensive treatment: A pilot study of an outpatient treatment for acute suicidal ideation. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 45(1), 78–83. <https://doi.org/10.1111/sltb.12114>
- APA Dictionary of Psychology. (2018, 19 de Abril). Suicide. Recuperado de <https://dictionary.apa.org/suicide>
- Blanco, C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 3–45. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x>
- Cañón Buitrago, S. C., & Carmona Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397.
- Child Mind Institute. (9 de septiembre de 2023). Suicidio en adolescentes: ¿cuáles son los factores de riesgo? Recuperado de <https://childmind.org/es/articulo/suicidio-en-adolescentes-cuales-son-los-factores-de-riesgo/>
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M., & García Pérez, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 0-0.

- Cortés Alfaro, A., Román Hernández, M., Suárez Medina, R., & Alonso Uría, R. M. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(2).
- Cottrell, D. J., Wright-Hughes, A., Collinson, M., Boston, P., Eisler, I., Fortune, S., Graham, E. H., Green, J., House, A. O., Kerfoot, M., Owens, D. W., Saloniki, E.-C., Simic, M., Tubeuf, S., & Farrin, A. J. (2018). A pragmatic randomised controlled trial and economic evaluation of family therapy versus treatment as usual for young people seen after second or subsequent episodes of self-harm: The Self-Harm Intervention - Family Therapy (SHIFT) trial. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 22(12), 1–222. <https://doi.org/10.3310/hta22120>
- Cottrell, D. J., Wright-Hughes, A., Collinson, M., Boston, P., Eisler, I., Fortune, S., Graham, E. H., Green, J., House, A. O., Kerfoot, M., Owens, D. W., Saloniki, E.-C., Simic, M., Lambert, F., Rothwell, J., Tubeuf, S., & Farrin, A. J. (2018). Effectiveness of systemic family therapy versus treatment as usual for young people after self-harm: A pragmatic, phase 3, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), 203–216. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30058-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30058-0)
- Cottrell, Wright-Hughes, Eisler, Fortuned, Greene, House, Kerfoot, Owens, Simic, McLellan, Tubeuf & Farrin (2020). Longer-term effectiveness of systemic family therapy compared with treatment as usual for young people after self-harm: an extended follow up of pragmatic randomised controlled trial. *EClinicalMedicine*, 18.
- Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista mexicana de pediatría*, 84(2).
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2019). Plan de Prevención del Suicidio del País Vasco [PDF]. Recuperado de: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia\\_preencion\\_suicidio/es\\_d ef/adjuntos/plan\\_preencion\\_suicidio\\_cast.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_preencion_suicidio/es_d ef/adjuntos/plan_preencion_suicidio_cast.pdf)
- de Alba García, J. E. G., Montoya, R. Q., Loyo, L. M. S., López, T. M., & Gaitán, J. I. C. (2011). Consense cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes = Cultural consensus regarding suicide attempts in adolescents. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2), 167–179.
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal

- ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122–131. <https://doi.org/10.1097/00004583-201002000-00006>
- Diamond, G. S., Kobak, R. R., Krauthamer Ewing, E. S., Levy, S. A., Herres, J. L., Russon, J. M., & Gallop, R. J. (2019). A Randomized Controlled Trial: Attachment-Based Family and Nondirective Supportive Treatments for Youth Who Are Suicidal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(7), 721–731. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.006>
- Diamond, G., Diamond, G. M., & Levy, S. (2021). Attachment-based family therapy: Theory, clinical model, outcomes, and process research. *Journal of Affective Disorders*, 294, 286–295. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.005>
- EPData. (28 de abril de 2022). Cifras de suicidio en España: datos y estadísticas. EPData. Recuperado de <https://www.epdata.es/datos/cifras-suicidio-espana-datos-estadisticas/607>
- Fundación ANAR. (2022). Conducta suicida y salud mental, en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022), según su propio testimonio.
- Glenn, C. R., Esposito, E. C., Porter, A. C., & Robinson, D. J. (2019). Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 48(3), 357–392. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1591281>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.
- Gutiérrez Quintanilla, J. R. (2013). El suicidio: etiología, factores de riesgo y de protección.
- Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., Harrington, V., & Woodham, A. (2000). Deliberate self-poisoning in adolescence: Why does a brief family intervention work in some cases and not others? *Journal of Adolescence*, 23(1), 13–20. <https://doi.org/10.1006/jado.1999.0293>
- Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., van Heeringen, K., & Hazell, P. (2015). Interventions for self-harm in children and

- adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(12), CD012013.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012013>
- Instituto Nacional de Estadística. (19 de diciembre de 2023). *Defunciones según la Causa de Muerte Primer semestre 2023 (datos provisionales) y año 2022 (datos definitivos)*. [Nota de prensa].
- Kaslow, N. (2023). Suicidio en adolescentes: ¿Cuáles son los factores de riesgo? *Child Mind Institute*. Recuperado de: <https://childmind.org/es/articulo/suicidio-en-adolescentes-cuales-son-los-factores-de-riesgo/>
- Lifshitz, C., Tsvieli, N., Bar-Kalifa, E., Abbott, C., Diamond, G. S., Roger Kobak, R., & Diamond, G. M. (2021). Emotional processing in attachment-based family therapy for suicidal adolescents. *Psychotherapy Research*, 31(2), 267–279.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1745315>
- Luchinger, M. M., Ojeda, P. S., & González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza. com*, 8, 15-25.
- Miner, C. L., Love, H. A., & Paik, S. E. (2016). Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: Addressing the Function and the Family From the Perspective of Systemic Family Therapies. *American Journal of Family Therapy*, 44(4), 211–220.  
<https://doi.org/10.1080/01926187.2016.1150798>
- Moreno-Gordillo, G. D. J., Trujillo-Olivera, L. E., García-Chong, N. R., & Tapia-Garduño, F. (2019). Suicidio y depresión en adolescentes: una revisión de la literatura Autores/as. *Rev. chil. salud pública*, 31-41.
- National Institute of Mental Health. (2023). Preguntas frecuentes sobre el suicidio. Recuperado de [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/preguntas-frecuentes-sobre-el-suicidio#part\\_10094](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/preguntas-frecuentes-sobre-el-suicidio#part_10094)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo*. Ginebra, Suiza: Servicio de Producción de Documentos de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 17 de noviembre). *Salud mental del adolescente*. [Nota de prensa]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> OMS

- Organización Mundial de la Salud. (2021, 17 de junio). *Suicidio*. [Nota de prensa].  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un recurso para profesionales de los medios de comunicación. Actualización del 2023. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327791>.
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 28 de abril). *La salud de los adolescentes y los jóvenes*. [Nota de prensa]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Prevención del suicidio. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour research and therapy*, 46(3), 296-321.
- Ougrin, D., Tranah, T., Leigh, E., Taylor, L., & Asarnow, J. R. (2012). Practitioner Review: Self-harm in adolescents. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 53(4), 337–350. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02525.x>
- Pineda, J., & Dadds, M. R. (2013). Family intervention for adolescents with suicidal behavior: A randomized controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 851–862. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.015>
- Tarragona-Medina, B., Pérez-Testor, C., & Ribas-Fitó, N. (2018). Autolesiones sin finalidad autolítica: Una revisión sistemática en adolescentes de la comunidad. *Rev. psicopatol. salud ment. niño adolesc*, 67-90.
- Waraan, L., Siqueland, J., Hanssen-Bauer, K., Czjakowski, N. O., Axelsdóttir, B., Mehlum, L., & Aalberg, M. (2023). Family therapy for adolescents with depression and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(2), 831–849. <https://doi.org/10.1177/13591045221125005>
- Yen S, Spirito A, Weinstock LM, Tezanos K, Kolobaric A, Miller I. (2019). Coping long term with active suicide in adolescents: results from a pilot randomized controlled trial. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2019;24(4):847-859. <https://doi:10.1177/1359104519843956>

## Anexo A

Tabla A1

*Ecuaciones utilizadas para la búsqueda en las bases de datos*

Bases de datos	Número de artículos	Ecuación
PsycInfo	152	(DE "Suicide" OR DE "Attempted Suicide" OR "suicid*") AND (DE "Adolescent Psychology" OR DE "Secondary Education" OR "Adolescen*" OR "Teenage*" OR "secondary education") AND (DE "Clinical Trials" OR DE "Randomized Controlled Trials" OR DE "Randomized Clinical Trials" OR DE "Experimental Design" OR DE "Treatment Effectiveness Evaluation" OR "efficacy" OR "effectiveness" OR "quasi-experimental" OR "experimental" OR "clinical trial" OR "random*") AND (DE "Family Therapy" OR DE "Multisystemic Therapy" OR "family therapy" OR "multisystemic" OR "systemic")
P&BSC	32	(DE "SUICIDE" OR DE "ATTEMPTED suicide" OR "suicid*") AND (DE "ADOLESCENT psychology" OR DE "TEENAGERS" OR DE "YOUTH" OR "Adolescen*" OR "Teenage*" OR "secondary education") AND (DE "RANDOMIZED controlled trials" OR DE "CLINICAL trials" OR "efficacy" OR "effectiveness" OR "quasi-experimental" OR "experimental" OR "clinical trial" OR "random*") AND (DE "FAMILY psychotherapy" OR DE "SYSTEMIC family therapy" OR "family therapy" OR "multisystemic" OR "systemic")
PubMed	129	("Suicide"[Mesh] OR "Suicide, Attempted"[Mesh] OR "suicid*") AND ("Psychology, Adolescent"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR "Adolescen*" OR "Teenage*" OR "secondary education") AND ("Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial" [Publication Type] OR "efficacy" OR "effectiveness" OR "quasi-experimental" OR "experimental" OR "clinical trial" OR "random*") AND ("Family Therapy"[Mesh] OR "family therapy" OR "multisystemic" OR "systemic" OR "family therapies")
Cochrane	106	("Suicide"[Mesh] OR "Suicide, Attempted"[Mesh] OR "suicid*") AND ("Psychology, Adolescent"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR "Adolescen*" OR "Teenage*" OR "secondary education") AND ("Family Therapy"[Mesh] OR

“family therapy” OR “multisystemic” OR “systemic” OR  
“family therapies”)

---

*Notas.* \* DE = descriptor de lenguaje documental; Mesh = descriptor de lenguaje documental

## ANEXO B

Tabla B1

*Características metodológicas*

Estudio	Metodología	N	Medidas de resultado	Cegamiento	Seguimiento	Pérdidas
Cottrell et al. (2018)	Experimental SHIFT vs. TAU	832	SASII, CDRS-R, BSS	Si, investigadores.	12 y 18 meses	Si.
Diamond et al. (2019)	Experimental ABFT vs. FE- NST	129	SIQ-JR, BDI-II, C-SSRS	No.	4, 8, 12 y 16 semanas	Si.
Diamond et al. (2010)	Experimental ABFT vs. EUC	66	SSI y SIQ-JR, BDI-II	Si, coordinador.	6, 12 y 24 semanas.	Si.
Harrington et al. (2000)	Experimental HBFI & RC vs. RC	162	SIQ-JR	Si, entrevistadores.	2 y 6 meses.	Si.
Cottrell et al. (2018)	Experimental SHIFT vs. TAU	832	SASII, CDRS-R, BSS	No.	18 meses.	Si.



Pineda and Dadds (2013)	Experimental RAP-P & RC vs. RC	48	ASQ-R	Si, entrevistadores.	6 meses.	Si.
Cottrell et al. (2020)	Experimental SHIFT vs. TAU	832	SASII, CDRS-R, BSS	No.	36 meses.	Si.
Yen et al. (2019)	Experimental CLASP-A vs. ETAU	50	C-SSRS	No.	6 meses.	Si.
Waraan et al. (2020)	Experimental ABFT vs. TAU	60	SIQ-JR, GRID-HAMD	No.	4, 8, 10, 12, 14 y 16 semanas.	Si.

---

*Notas. \* SHIFT = Self-Harm Intervention Family Therapy; ABFT = Attachment-Based Family Therapy; HBFi = Home-based Family Intervention; RAP-P & RC = Resourceful Adolescent Parent Program & Routine Care; CLASP – A = Coping Long Term with Active Suicide Program with adolescents.*

*\*\* TAU = Treatment As Usual, ETAU = Enhanced Treatment As Usual, FE-NST = Family-Enhanced Nondirective Supportive Therapy, EUC = Enhanced Usual Care, RC = Routine Care,*

*\*\*\* N = tamaño de muestra*

\*\*\*\* SASII = *Suicide Attempt Self-Injury Interview*, SIQ-JR = *Suicidal Ideation Questionnaire-Junior*, C-SSRS = *Columbia Suicide-Severity Rating Scale*, BSS = *Beck Scale for Suicide Ideation*, SSI = *Scale for Suicidal Ideation*, BDI-II = *Beck Depression Inventory II*, ASQR = *Adolescent Suicide Questionnaire Revised*, GRID-HAMD = *Grid Hamilton Depression Rating scale*.

Tabla B2

*Características de la muestra*

Estudio	Proporción Mujeres	Proporción Hombres	Rango de edad	País de origen
Cottrell et al. (2018)	88.6%	11.4%	11 a 17 años	Reino Unido
Diamond et al. (2019)	73.6%	26.4%	12 a 18 años	Estados Unidos de América
Diamond et al. (2010)	83.3%	16.7%	12 a 17 años	Estados Unidos de América
Harrington et al. (2000)	89.5%	10.5%	10 a 16 años	Reino Unido
Cottrell et al. (2018)	88.6%	11.4%	11 a 17 años	Reino Unido
Pineda and Dadds (2013)	75.0%	25.0%	12 a 17 años	Australia
Cottrell et al.  (2020)	-	-	11 a 17 años	Reino Unido
Yen et al.  (2019)	80.0%	20.0%	12 a 18 años	Estados Unidos de América
Waraan et al. (2020)	86.6%	13.4%	13 a 18 años	Noruega

Tabla B3

*Características de la intervención*

Estudio	Intervención aplicada	Duración	Superioridad sobre grupo control
Cottrell et al. (2018)	SHIFT	18 meses	-
Diamond et al. (2019)	ABFT	4 meses	-
Diamond et al. (2010)	ABFT	3 meses	+
Harrington et al. (2000)	HBFI	6 meses	-
Cottrell et al. (2018)	SHIFT	18 meses	-
Pineda and Dadds (2013)	RAP-P & RC	6 meses	+
Cottrell et al. (2020)	SHIFT	18 meses	-
Yen et al. (2019)	CLASP-A	1 mes	-
Waraan et al. (2020)	ABFT	6 meses	-

*Notas. \* SHIFT = Self-Harm Intervention Family Therapy; ABFT = Attachment-Based Family Therapy; HBFI = Home-based Family Intervention; RAP-P & RC = Resourceful Adolescent Parent Program & Routine Care; CLASP – A = Coping Long Term with Active Suicide Program with adolescents.*

\*\* Un resultado positivo indica que hay una superioridad de la terapia experimental sobre el control. Un resultado negativo indica que la terapia experimental no tiene mayor eficacia sobre el control.