

UNIVERSIDAD FERNANDO PESSOA-CANARIAS



**EFICACIA DE INTERVENCIONES BASADAS EN LA TERAPIA DIALÉCTICO
CONDUCTUAL EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO ADOLESCENTE Y JOVEN:
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMÁTICA**

Adriana I. Moreno Marrero

Tutor: José Manuel Alemán Déniz

Grado en Psicología

Curso académico 2023/2024

Índice

1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	3
3. Formulación del problema y justificación.....	11
4. Método.....	14
4.1. Criterios de selección de estudios.....	14
4.2. Estrategia de búsqueda y fuentes de información.....	15
4.3. Evaluación del riesgo de sesgos.....	16
4.4. Análisis y síntesis de datos.....	16
5. Resultados.....	18
5.1. Estudios seleccionados.....	18
5.2. Descripción de las características de los estudios.....	20
5.3. Riesgo de sesgos de los estudios incluidos.....	36
5.4. Principales efectos de las intervenciones.....	38
6. Discusión.....	45
7. Conclusiones.....	51
8. Referencias.....	54

Índice de tablas

Tabla 1.....	14
Tabla 2.....	22
Tabla 3.....	29
Tabla 4.....	37

Índice de figuras

Figura 1.....	19
Figura 2.....	36

Glosario de abreviaturas

TDC: Terapia Dialéctico Conductual

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

WOS: *Web of Science*

DBT-A: Terapia Dialéctico Conductual Adaptada a Adolescentes

DBTSTG: Capacitación en habilidades de la TDC

“SAFETY”: *“Safe Alternatives for Teens and Youth”*

OMS: Organización Mundial de la Salud

5-HT: Serotonina

5-HIAA: Ácido 5-hidroxindolacético

LCR: Líquido Cefalorraquídeo

OECD: *The Organization for Economic Cooperation and Development*

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

APA: American Psychological Association

TIP: Terapia Interpersonal

MACT: *Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy*

TRP: Terapias de Resolución de Problemas

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

TBM: Terapia Basada en la Mentalización

TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

CAMS: *“The Collaborative Assessment and Management of Suicidality”*

INE: Instituto Nacional de Estadística

E-TAU/EUC: Tratamiento Habitual Mejorado

CTG: Terapia Cognitiva Grupal

IGST: Terapia de Apoyo individual y grupal

TAU+GS: Tratamiento Habitual y sesiones grupales

FLC 3.0.: Fichas de Lectura Crítica 3.0

TDM: Trastorno Depresivo Mayor

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

C-SSRS: *Columbia-Suicide Severity Rating Scale*

SCID II: *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis II*

ASIQ-S: *Adult Suicidal Ideation Questionnaire-Shortened versión*

LPC: *Lifetime Parasuicide Count Interview*

SIS: *Suicide Intent Scale*

SASII: *Suicide Attempt Self-Injury Interview*

SIQ-JR: *Suicidal Ideation Questionnaire*

SIDAS: *Suicidal Ideation Attributes Scale*

1. Resumen

La Terapia Dialéctico Conductual (TDC) se dirige, entre otras cuestiones, al abordaje de la conducta suicida en población con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), pero se ha demostrado su utilidad en pacientes que no presentan este trastorno. La presente revisión sistemática tuvo como objetivo general comprobar la eficacia de distintas modalidades de la TDC para la prevención del suicidio en personas adolescentes y adultas jóvenes. Para alcanzarlo, se realizó una búsqueda de evidencia científica en tres bases de datos: *PubMed*, *Scopus* y *Web Of Science* (WOS). Finalmente, se incluyeron ocho estudios con una calidad metodológica media-alta. Los resultados señalaron que distintas modalidades de la TDC, independientemente de su formato y de la inclusión o no de la familia, fueron eficaces en la prevención del suicidio de población adolescente y joven con y sin TLP. La TDC y su versión adaptada a personas adolescentes (DBT-A) mostraron una ventaja en la reducción de las autolesiones suicidas y no suicidas. Por su parte, la capacitación en habilidades de la TDC (DBTSTG) y la aplicación móvil “*LifeBuoy*” fueron superiores en la reducción de la ideación suicida. En relación al resto de variables analizadas, no se puede afirmar que los distintos formatos de la TDC previamente citados, junto con el programa “*Safe Alternatives for Teens and Youth*” (“*SAFETY*”), sean superiores con respecto a las intervenciones de control. Además, su efecto se reduce pasada la fase activa de tratamiento.

Palabras clave: Terapia Dialéctica Conductual, eficacia, ideación suicida, prevención del suicidio, intento de suicidio, adolescente.

Abstract

Among other issues, Dialectical Behavior Therapy (DBT) is aimed to the treatment of the suicidal behavior in people with Borderline Personality Disorder (BDP), but its effectiveness has been also demonstrated in patients who don't present this disorder. The general objective of the present systematic review was to verify the effectiveness of the different modalities of DBT for suicide prevention in adolescents and young adults. To achieve this objective, a search has been made for scientific evidence in three databases: PubMed, Scopus and Web Of Science (WOS). Finally, eight studies with medium-high methodological quality were included. The results indicated that the different modalities of the DBT, regardless of their format and the inclusion or not of the family, were effective in preventing suicide in adolescents and young people with or without BDP. DBT and its version adapted for adolescents (DBT-A) showed an advantage in reducing suicidal and non-suicidal self-injury. Furthermore, DBT skills training (DBTSTG) and the mobile phone application "LifeBuoy" were better in reducing suicidal ideation. In relation to the other analyzed variables, it's not possible to affirm that the different modalities of the DBT with the "Safe Alternatives for Teens and Youth" ("SAFETY") program too are better than the control interventions. Moreover, their effect decreases after the active treatment phase.

Keywords: dialectical behavior therapy, effectiveness, suicidal ideation, suicide prevention, suicide attempted, adolescent.

1. Introducción

En 1983 la Organización Mundial de la Salud [OMS] definía el suicidio como un acto deliberado por parte de una persona que espera un resultado letal y la obtención de cambios deseados (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012). Sin embargo, los requisitos para registrar una muerte como suicidio varían según los países, precisándose en ocasiones la existencia de una evidencia externa (por ejemplo, una nota de suicidio) (Hawton y Heeringen, 2009).

La conducta suicida es un fenómeno complejo debido, entre otras cuestiones, a la variedad de conceptos que se encuentran relacionados con este problema de salud pública. En primer lugar, la ideación suicida engloba pensamientos y planes específicos de suicidio, siendo más frecuente que los intentos de acabar con la vida propiamente dichos. En segundo lugar, estos últimos se refieren a aquellos actos suicidas a los que, sin embargo, no les sigue la muerte y que constituyen el principal factor de riesgo de los suicidios consumados (Sol y Man, 2020). Por su parte, la intención suicida hace referencia al conjunto de pruebas más o menos explícitas de que la persona desea morir y es consciente de las consecuencias probables de sus acciones. En tercer lugar, se contempla la autolesión (suicida o no suicida), entendida como el daño autoinfligido de forma intencional con o sin la intención de morir. A pesar de que la autolesión no suicida está estrechamente vinculada al intento de suicidio, la prevalencia, la frecuencia, el método, la gravedad y las funciones de ambos conceptos presentan diferencias (Klonsky et al., 2016). Exista o no intención suicida, se puede hacer referencia a la autolesión a través del término “parasuicidio” (Linehan, 1987).

Adicionalmente, se plantean otros conceptos, como el riesgo suicida (la probabilidad de que una persona presente un intento de suicidio con independencia de sus resultados) o la comunicación suicida (aquel acto interpersonal a través del cual se ponen de manifiesto los pensamientos, los deseos y la intencionalidad de suicidarse), que se divide en la amenaza y el plan suicida (Servicio Canario de Salud, 2022). Este último se refiere a la planificación del método a través del cual ejecutar una conducta suicida potencial (Ministerio de Sanidad, política Social e Igualdad, 2012). Por su parte, los supervivientes son las personas familiares, allegadas y/o figuras significativas que experimentan una pérdida de un ser querido por suicidio (Servicio Canario de Salud, 2022).

En relación a las causas que explican la aparición de la conducta suicida, se contemplan algunas teorías psicológicas clásicas. Según Ordóñez (2021), Baumeister (1990) propone la Teoría de Escape del Suicidio, atribuyendo este fenómeno a la necesidad de escapar de emociones desagradables debido al incumplimiento de expectativas. Beck et al. (1985, 1990) establecen la desesperanza como desencadenante principal según la Teoría de la Desesperanza. Shneidman (1993) postula que el suicidio surge del dolor psicológico por insatisfacción de necesidades psicológicas básicas. Linehan (1993) propone la Teoría de la Regulación Emocional, donde el suicidio es la última opción para extinguir emociones negativas persistentes. Williams (1997, 2001) presenta el Modelo de "Grito de Dolor", en el que la conducta suicida surge ante la percepción de derrota y la falta de rescate o escape.

Adicionalmente, existe otro conjunto de teorías enfocadas en la explicación de la transición de la ideación suicida al acto suicida. Según Ordóñez (2021), entre ellas se destacan la Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), que considera la pertenencia frustrada y la percepción de ser una carga como elementos causantes de la ideación suicida. Además, se observa el Modelo Integrado Motivacional-Volitivo de la conducta suicida de O'Connor (2011), que propone tres fases que atraviesan las personas que presentan conductas suicidas (1. Pre-motivacional; 2. Motivacional; 3. Volitiva), como mismo ocurre con la Teoría de los Tres Pasos de Klonsky y May (2015) (1. Dolor y desesperanza; 2. Grado de conexión; 3. Capacidad de acometer el suicidio).

Se destacan también algunas explicaciones biológicas de la conducta suicida. Por ejemplo, según Mirza et al. (2022), los estudios epidemiológicos reflejan que esta conducta es hereditaria, por lo que la información genética y epigenética puede actuar como biomarcadores del riesgo de suicidio. Se contempla también la Hipótesis de la Serotonina (5-HT) y el riesgo de suicidio, que establece que una disminución de los niveles de este neurotransmisor y del ácido 5-hidroxindolacético (5-HIAA) en el tallo cerebral, así como una distribución alterada de la unión presináptica del ligando 3H-imipramina a las neuronas de 5HT y un aumento específico de la región en el número de receptores postsinápticos 5HT en la corteza prefrontal se pueden observar en víctimas de suicidio. Asimismo, se ha detectado una disminución del 5-HIAA en el

líquido cefalorraquídeo (LCR) en personas con intentos de suicidio recientes, por lo que predice el riesgo de suicidio posterior (Nordström y Åsberg, 1992).

Con independencia de las explicaciones otorgadas por parte de las distintas teorías, existen otras cuestiones relativas a las causas del suicidio, como son diversos acontecimientos vitales importantes (por ejemplo, las pérdidas personales por fallecimiento y/o separación) o el aislamiento social (Servicio Canario de Salud, 2022).

Por su parte, el apoyo social deficiente (Pfeiffer et al., 2019), el bajo nivel socioeconómico (Kim et al., 2015) o los problemas psiquiátricos y/o físicos (Hawton y Heeringen, 2009) también contribuyen a la aparición del suicidio. De hecho, las personas con problemas mentales constituyen el sector de la población con la mayor probabilidad de muerte por suicidio (Pfeiffer et al., 2019). Asimismo, el riesgo de suicidio se incrementa en el momento posterior al alta de una hospitalización psiquiátrica (Chung et al., 2017).

A nivel mundial, según la OMS cerca de 703.000 personas se quitan la vida anualmente y muchas más intentan hacerlo (OMS, 2021). Concretamente, Corea del Sur fue el país con la mayor tasa de suicidios en 2021 (The Organization for Economic Cooperation and Development [OECD], 2024). Asimismo, el suicidio es uno de los mayores problemas de salud pública en Europa, siendo la tasa de aproximadamente 13,9 por 100.000 habitantes al año en este continente (Ministerio de Sanidad, 2020).

Hasta el momento se ha descrito el suicidio en el contexto de la población general. Sin embargo, actualmente preocupa la cantidad de casos de suicidio entre la población más joven (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2023). Durante la adolescencia tienen lugar muchos cambios físicos, psicológicos y emocionales que suponen un desafío a nivel familiar, suponiendo uno de los predictores de la conducta suicida en este grupo de edad, ya que se percibe un menor apoyo social (Wijana et al., 2018). Aun así, muy pocas personas jóvenes que presentan este problema buscan o reciben ayuda (James et al., 2015).

De forma específica, entre los motivos por los cuales este problema de salud pública afecta a las personas adolescentes y jóvenes, se pueden observar las rupturas amorosas, los conflictos familiares, los procesos de duelo, las vivencias de abuso sexual y/o físico, los

problemas de tipo socioeconómicos y/o aquellos relativos a la orientación sexual (Hawton y Heeringen, 2009). Se plantea también el papel del estrés como importante predictor de suicidio entre estudiantes de universidad (Sol y Man, 2020). Por su parte, la presencia de trastornos psiquiátricos (concretamente los de tipo afectivo, de abuso de sustancias o los relacionados con la conducta disruptiva) constituyen otro motivo por el que las personas jóvenes se suicidan, ya que la mayoría de las que lo consuman presenta un diagnóstico de salud mental (Bentley et al., 2017). Sin embargo, por lo general, el suicidio es multicausal. Además, por encima de todas las causas posibles, se observan los antecedentes de suicidio y las autolesiones como factores de riesgo principales (Hawton y Heeringen, 2009), independientemente de la existencia de cuestiones genéticas y neurobiológicas asociadas al suicidio adolescente (Wasserman et al., 2021). La autolesión alcanza su punto máximo entre los 14 y los 16 años (Brager-Larsen et al., 2022).

No se debe obviar el papel con que cuenta la personalidad en el riesgo de suicidio, ya que la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, la asunción de riesgos, la preferencia por recompensas instantáneas o la dificultad de inhibición de respuestas son rasgos que contribuyen a la aparición de este tipo de conductas (Wasserman et al., 2021). Concretamente, el TLP es uno de los problemas comunes a los que pueden verse expuestas las personas adolescentes ante los cambios relacionados con la pubertad (Ghomoushi et al., 2022). Este trastorno se caracteriza por un patrón inestable en las relaciones interpersonales, así como en la autoimagen y en las emociones y por la impulsividad. Asimismo, presenta una gran relación con las autolesiones y el suicidio (Ghomoushi et al., 2022). De hecho, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychological Association [APA], 2013), la automutilación y el comportamiento suicida constituyen uno de los criterios diagnósticos del TLP. Entre el 60% y el 70% de los pacientes con TLP intentará suicidarse en algún momento de su vida (Andreasson et al., 2016).

A pesar de la escasa evidencia existente al respecto debido, entre otras cuestiones, a las preocupaciones éticas y legales (Bentley et al., 2017), se destacan algunas intervenciones eficaces para el abordaje del suicidio. Entre ellas, se observan las terapias de corte

cognitivo-conductual, la Terapia Interpersonal (TIP), la Terapia Familiar y la Terapia Psicodinámica (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Entre las terapias de corte cognitivo-conductuales eficaces, en el metanálisis realizado por Tarrier et al. (2008) se incluye *Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy* (MACT), que incluye elementos de la TDC, de la Terapia Cognitiva de Beck y de la Biblioterapia. Además, se citan las Terapias de Resolución de Problemas (TRP), la Terapia Cognitiva y otras intervenciones, como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento adaptativo o sociales.

Sin embargo, el metanálisis comentado previamente recalca que el programa de tratamiento estandarizado más utilizado fue la TDC. Se trata de una Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) de tercera generación desarrollada por Marsha M. Linehan (1993) dirigida al abordaje de la conducta suicida, de comportamientos que interfieren con el tratamiento y de otros de carácter peligroso y/o desestabilizador que presentan las personas con TLP (Linehan et al., 2006). De hecho, según Fonseca et al. (2021) esta terapia presenta un nivel de evidencia 1++ y un grado de recomendación A para el TLP. La Terapia Basada en la Mentalización (TBM) también ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de pacientes con TLP (Linehan et al., 2006), presentando el mismo nivel de evidencia y recomendación que la TDC para este trastorno (Fonseca et al., 2021).

La TDC ha demostrado su eficacia para disminuir el comportamiento autolesivo, la ideación suicida, los intentos autolíticos y la desesperanza en pacientes con TLP (Lynch et al., 2006), siendo la primera terapia empíricamente validada para el tratamiento de pacientes con TLP y problemas crónicos de suicidio. (Groves et al., 2011). Sin embargo, también se ha demostrado su utilidad en población sin este trastorno (Rizvi y Linehan, 2001; Groves et al., 2011). Además, existe evidencia de su eficacia para el tratamiento de la depresión crónica o de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (Izabela et al., 2012), así como del abuso de sustancias o del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (May et al., 2016).

Esta terapia presenta un formato individual, grupal y telefónico (Linehan et al., 2006). A lo largo de sus 52 semanas de duración, se organiza de forma jerárquica. Primero se eliminan las conductas que ponen en peligro la propia vida. En segundo lugar, se eliminan las conductas que

interfieren con el tratamiento. Finalmente, se propone una mejora de aquellas que afectan a la calidad de vida (Andreasson et al., 2016). Además, la TDC promueve la adquisición de estrategias que aumentan el uso de habilidades compatibles con una vida gratificante (Tørmoen et al., 2014). Asimismo, se propone un aprendizaje grupal de habilidades primarias a través de cuatro módulos: atención plena, regulación emocional, tolerancia al malestar y eficacia interpersonal (Andreasson et al., 2016). La no asistencia a más de cuatro sesiones consecutivas implica un abandono del tratamiento (Berk et al., 2018).

Entre las funciones con que cuenta la TDC, se puede observar el aumento de las capacidades conductuales, la mejora de la motivación, la generalización de las habilidades aprendidas al entorno natural, la estructuración del entorno del tratamiento y la mejora de la motivación de los profesionales encargados de la puesta en marcha de la intervención (Linehan et al., 2006; Tørmoen et al., 2014).

DeCou et al. (2019) encontraron eficacia de la TDC en autolesiones en población adulta y pediátrica y Bahji et al. (2021) una reducción de ideación suicida en adolescentes gracias a TDC.

Existe una versión de la TDC adaptada a adolescentes con rasgos límite (DBT-A) (Rathus y Miller, 2002) que cuenta con algunas diferencias con respecto a su formato original. En primer lugar, se observa una variación temporal, ya que la duración es de 16 semanas. En segundo lugar, entre sus componentes, se observa una hora semanal de terapia individual y dos horas semanales de entrenamiento grupal de habilidades multifamiliares y sesiones de terapia familiar (en casos necesarios). Por tanto, se observa otra diferencia frente al formato de la TDC estándar: la inclusión de la familia. En tercer lugar, James et al. (2015) añaden las habilidades específicas para personas adolescentes como otro de los elementos novedosos de esta versión de la TDC. Por su parte, un elemento que se mantiene invariable entre ambas versiones de la terapia es el posible asesoramiento telefónico entre sesiones (Tørmoen et al., 2014). Adicionalmente, esta versión mantiene la influencia del budismo zen y la filosofía dialéctica (Ohlis et al., 2022).

Rathus y Miller (2002) encontraron que la DBT-A redujo hospitalizaciones, ideación suicida y sintomatología límite en el grupo experimental. James et al. (2015) y otros estudios

respaldan estos hallazgos, incluyendo la reducción de autolesiones (Ohlis et al., 2022) y síntomas límite (Fleischhaker et al., 2011; Kothgassner et al., 2021).

Sin embargo, existen otras modalidades de tratamiento basadas en la TDC dirigidas a la prevención del suicidio adolescente como son algunos programas específicos, tales como “*The Collaborative Assessment and Management of Suicidality*” (CAMS, Jobes, 2006, 2016). Pistorello et al. (2021) encontraron una reducción de la ideación suicida en adolescentes, aunque sin diferencias significativas respecto al grupo control. CAMS mostró mejores resultados en la reducción de desesperanza en personas participantes con menos rasgos límite y menos intentos previos de suicidio. Ellis et al. (2017) no hallaron diferencias significativas entre CAMS y el grupo control en el seguimiento de seis meses en la ideación suicida de las personas participantes (18-70 años). Ryberg et al. (2019) concluyeron que CAMS redujo la ideación suicida en personas adultas a los seis y 12 meses de seguimiento. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en intentos de suicidio y autolesiones no suicidas entre grupos.

Según Kreuze et al. (2016), otros tratamientos basados en la TDC y enfocados en la prevención del suicidio adolescente son las intervenciones digitales, como las aplicaciones móviles de salud mental. A raíz de la pandemia por COVID-19, se ha incrementado la demanda de servicios psicológicos para la prevención del suicidio, observándose una dificultad de acceso a los mismos. La implementación de alternativas digitales presentan algunas ventajas, como el hecho de que ofrecen una mayor accesibilidad, por ejemplo, al posibilitar el anonimato y, por tanto, proteger de la estigmatización. Adicionalmente, suelen ser gratuitas y accesibles desde cualquier lugar y en cualquier momento.

A pesar de las ventajas previamente comentadas y de que la evidencia disponible hasta el momento ha demostrado resultados prometedores, se precisa la realización de más estudios para corroborar tales hallazgos (Shin et al., 2022). De Jaeger et al. (2019) hallaron que una intervención *online* redujo la ideación suicida en participantes de 18 años o más, con un efecto mantenido a los tres meses. Van Spijker et al. (2018) encontraron una reducción significativa de la ideación suicida con la aplicación “*Living With Deadly Thoughts*”, aunque sin diferencias significativas respecto al control. Thabrew et al. (2023) reportaron una reducción de la

sintomatología depresiva con la aplicación “*Village*” en adultos jóvenes, pero sin efecto significativo en la ideación suicida.

En los siguientes apartados de este estudio se expondrá la formulación del problema y justificación, así como la definición teórica y operativa de los constructos objeto de estudio y se plantearán los objetivos. Luego, se detallará el método incluyendo los criterios de selección de estudios, la estrategia de búsqueda, las fuentes de información, la evaluación del riesgo de sesgos y el análisis y la síntesis de los datos. Posteriormente, se presentarán los resultados, describiendo las características de los estudios seleccionados, la evaluación del riesgo de sesgos y los principales efectos de las intervenciones. Seguidamente, se discutirán los resultados y se expondrán las conclusiones.

2. Formulación del problema y justificación

Existen consecuencias importantes derivadas del suicidio. Por un lado, Wasserman et al. (2015) comentan que la ideación suicida y los intentos de suicidio pueden generar efectos psicológicos graves, así como un incremento del riesgo de suicidio posterior. Hay estudios que muestran que las personas jóvenes que intentan suicidarse presentan más probabilidad de tener trastornos de salud mental persistentes en la edad adulta, así como un mayor riesgo de suicidio con respecto a aquellas que no intentan suicidarse en esta etapa vital (Wasserman et al., 2015).

Además, se contemplan costos financieros elevados. Por ejemplo, la carga económica del suicidio en Estados Unidos es de 44 mil millones de dólares anuales (Bentley et al., 2017). Las autolesiones también constituyen una carga sustancial para la atención sanitaria y social, siendo uno de los motivos más comunes de prestación de servicios de urgencias (Furuno et al., 2017). Por otro lado, tal como establece el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012), las repercusiones emocionales, sociales y económicas presentes en el entorno de la persona que se suicida son muy graves.

Los datos del Instituto Nacional de Estadística [INE] señalan que cada día se suicidan más de 10 personas en España (más del doble de víctimas de accidentes de tráfico) y muchas más sufren las consecuencias (Ministerio de Sanidad, 2020). Actualmente el suicidio continúa siendo la primera causa de muerte por motivos externos en este país. Concretamente, en 2022 se contabilizaron un total de 4227 muertes debidas a este fenómeno en España, que afecta en mayor medida al género masculino (el 74% de los casos eran varones) (INE, 2023). Sin embargo, la ideación y la conducta suicida son más frecuentes en el género femenino, siendo este fenómeno concebido como “la paradoja de género de la conducta suicida” según Canetto y Sakinofsky (1998). De hecho, los hombres consuman el suicidio tres veces más que las mujeres, mientras que ellas lo intentan tres veces más (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2023). Además, existe una brecha de género de los problemas de salud mental, ya que se observa una mayor prevalencia en las mujeres (Kim y Mahjong, 2022), dado que los hombres buscan ayuda con menor frecuencia (De Jaegere et al., 2019).

A nivel insular tuvieron lugar 233 suicidios en todo el archipiélago canario en 2022, siendo igualmente la tasa mayor en los varones con respecto a las mujeres. A pesar de que el mayor índice de suicidio se sitúa en la franja de edad comprendida entre los 50 y los 59 años, en 2021 ocurrieron 53 suicidios en jóvenes de 15 a 19 años y 75 en 2022. También en España en 2022 se registraron 336 suicidios en jóvenes de entre 12 y 29 años (Pérez et al., 2023).

En todo el mundo, aproximadamente un tercio de los suicidios ocurren entre personas de 15 a 29 años, situándose esta causa de muerte por delante de los tumores y de los accidentes de tráfico (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2023). La evidencia recalca que ese mismo porcentaje de personas jóvenes que presenta ideación suicida, elaborará un plan de suicidio y el 60% intentará acabar con su vida (Torok et al., 2022). En países industrializados, la tasa de intentos de suicidio entre personas adolescentes de 10 a 19 años se sitúa entre un 7% y un 9% (Ligier et al, 2016). Por tanto, se concluye que uno de los grupos de edad más afectado por este problema de salud pública es el de las personas adolescentes y jóvenes, constituyéndose el suicidio como la primera causa de muerte entre los 15 y los 19 años (Klonsky et al., 2016).

Además, según Pérez et al. (2023), la pandemia por COVID-19 ha contribuido al incremento de las cifras de muertes por suicidio a nivel mundial, debido a algunos aspectos tales como la incertidumbre, el miedo al contagio, el cambio en las rutinas, las restricciones de actividad derivadas del distanciamiento social y los problemas económicos relacionados con esta situación (Kim y Hanjong, 2022). En la población adolescente no se puede atribuir el incremento en la tasa de suicidios a la situación de la pandemia por COVID-19, debido a que aún no ha pasado suficiente tiempo para comprobar este impacto (Pérez et al., 2023; Thabrew et al., 2023). A pesar de ello, sí se ha observado cómo las consecuencias de la pandemia (como el aislamiento o el uso abusivo de las redes sociales) han supuesto un aumento significativo de problemas de salud mental entre las personas jóvenes (Liu et al., 2023).

Ante este problema surge una necesidad de prevención y de intervención psicológica, ya que, al igual que ocurre con los accidentes de tráfico, el suicidio se puede prevenir (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2023). Las investigaciones respaldan la teoría de que la gran proporción de cambios psicopatológicos tiene su inicio en la niñez y la adolescencia y, por lo tanto, la población joven es un objetivo especialmente importante en relación a la

prevención del suicidio (Wasserman et al., 2015). Sin embargo, no todas las personas jóvenes que presentan conductas suicidas experimentan sintomatología depresiva, por lo que se requieren intervenciones dirigidas específicamente a las personas jóvenes con tendencias suicidas (Robinson et al., 2016).

Por estos motivos y ante los indicios existentes en relación a la eficacia de la TDC en el abordaje de la conducta suicida, así como la escasa evidencia encontrada al respecto de la prevención del suicidio en la población joven, este trabajo trata de investigar si diversas modalidades de esta terapia son eficaces en la prevención de este fenómeno en personas adolescentes y adultas jóvenes. Por tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: *¿son eficaces distintas modalidades de la TDC en la prevención del suicidio de personas adolescentes y adultas jóvenes?* Para poder responder a esta pregunta, se establecen los siguientes objetivos:

- Objetivo general:

Comprobar la eficacia de distintas modalidades de la TDC para la prevención del suicidio en personas adolescentes y adultas jóvenes.

- Objetivos específicos:

1. Comparar la eficacia a corto y largo plazo de las distintas modalidades de la TDC para la prevención del suicidio en población adolescente y adulta joven.
2. Explorar la eficacia de las distintas modalidades de la TDC para la prevención del suicidio en población adolescente y adulta joven sin TLP.
3. Verificar si la incorporación de la familia durante la intervención de las distintas modalidades de la TDC incrementa su eficacia para la prevención del suicidio en personas adolescentes y adultas jóvenes.
4. Comprobar si existen diferencias relativas a la eficacia de las distintas modalidades de la TDC en personas adolescentes y adultas jóvenes en función del tipo de intervención: presencial o a través de una aplicación móvil.

4. Método

A continuación, se expone el método seguido para la realización del presente trabajo. Esta revisión sistemática se ha realizado siguiendo la Declaración Prisma 2020 (Page et al., 2021).

4.1. Criterios de selección de estudios

En primer lugar, se han definido los elementos “PICO” para establecer el problema objeto de estudio de forma adecuada (Tabla 1).

Tabla 1

Elementos PICO

Elemento	Descripción
P	Personas adolescentes y adultas jóvenes
I	Intervenciones basadas en la TDC (“ <i>SAFETY</i> ”; DBTSTG; TDC; DBT-A; “ <i>LifeBuoy</i> ”)
C	Intervenciones de control (E-TAU/EUC; CTG; IGST; TAU+GS; “ <i>LifeBuoy-C</i> ”).
O	Medidas de reducción de la conducta suicida

Nota: TDC, Terapia Dialéctica Conductual; “*SAFETY*”, “*Safe Alternatives for Teens and Youths*”; DBTSTG, Capacitación en habilidades de la TDC; DBT-A, Terapia Dialéctica Conductual Adaptada a Adolescentes; E-TAU/EUC, Tratamiento Habitual Mejorado; CTG,

Terapia Cognitiva Grupal; IGST, Terapia de Apoyo individual y grupal; TAU+GS, Tratamiento Habitual y sesiones grupales.

En esta revisión sistemática se han incluido un total de ocho estudios que cumplen con una serie de criterios de inclusión. Entre ellos, se encuentran los siguientes:

- Trabajos experimentales de casos y controles y estudios de seguimiento prospectivo
- Estudios con calidad metodológica media y/o alta
- Población adolescente y adulta joven
- Estudios realizados entre 2014 y 2024
- Abordaje de la conducta suicida, ideación suicida, autolesiones y/o intentos de suicidio
- Intervenciones basadas en la TDC en los grupos experimentales

Sin embargo, han sido excluidos todos aquellos estudios que cumplían con los siguientes criterios:

- Revisiones sistemáticas, artículos descriptivos, y/o protocolos
- Estudios con calidad metodológica baja
- Investigaciones centradas en población no adolescente y adulta joven
- Estudios previos al año 2014
- Trabajos centrados en el suicidio consumado y/o en las autolesiones no suicidas
- Intervenciones no basadas en la TDC en los grupos experimentales
- Población caracterizada por ser veterana de guerra

4.2. Estrategia de búsqueda y fuentes de información

Para la elaboración de esta revisión sistemática, en el mes de diciembre de 2023 se realizó una búsqueda de evidencia en tres bases de datos: *PubMed*, *Scopus* y *WOS*. Esta exploración se ha centrado en trabajos experimentales de casos y controles, así como en estudios de seguimiento prospectivos realizados entre 2014 y 2024.

En primer lugar, en la base de datos *Pubmed* se empleó la siguiente estrategia de búsqueda: (((((*dialectical behavior therapy*) AND (*effectiveness*)) AND (*suicidal ideation*[*MeSH Terms*])) OR (*suicide prevention*)) OR (*suicide attempted*)) AND (*adolescent*[*MeSH Terms*])). Además, se estableció el filtro de búsqueda “*All fields*”. Adicionalmente, utilizaron los filtros “*Clinical trial*” y “*Randomized clinical trial*”.

En segundo lugar, en la base de datos *Scopus* se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda: *dialectical AND behavior AND therapy AND effectiveness AND suicidal AND ideation OR suicide AND prevention OR suicide AND attempted AND adolescent*. Además, se hizo uso de los filtros “*All fields*” y “*Article*”.

En tercer lugar, en la base de datos WOS se usó la siguiente estrategia de búsqueda: (((((*TS=(dialectical behavior therapy)*) AND *TS=(effectiveness)*) AND *TS=(suicidal ideation)*) OR *TS=(suicide prevention)*) OR *TS=(suicide attempted)*) AND *TS=(adolescent)*). Esta búsqueda se limitó haciendo uso del filtro “*Topic*” y “*Clinical Trial*”.

4.3. Evaluación del riesgo de sesgos

Para realizar la evaluación del riesgo de sesgos de los estudios seleccionados, se ha utilizado el programa *online* Fichas de Lectura Crítica 3.0 (FLC 3.0) (López de Argumedo et al., 2017). Además, se ha seleccionado el tipo de ficha “casos y controles” para analizar la calidad metodológica de cada uno de los estudios finalmente incluidos en esta revisión sistemática.

4.4. Análisis y síntesis de datos

Una vez seleccionados los estudios que conforman la presente revisión sistemática atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión, se procedió a su lectura a texto completo de una forma minuciosa. Con el objetivo de extraer la mayor cantidad de información posible de cada uno de estos estudios de una forma organizada, se elaboró un documento *Excel*. En este, la información de cada uno de los estudios (citados por sus autores y año de publicación) se organizó según el tamaño, edad y procedencia de la muestra, el diseño del estudio y sus objetivos, variables medidas e informadas en los resultados, la presencia o ausencia de sintomatología límite en los participantes, la toma o no toma de medicación psicofarmacológica por parte de la muestra, el tipo de intervención de los grupos experimentales y controles, la

existencia o no de seguimiento de los resultados a largo plazo, los instrumentos psicométricos utilizados para las evaluaciones de las personas participantes, los resultados, las conclusiones y las limitaciones de cada uno de los estudios.

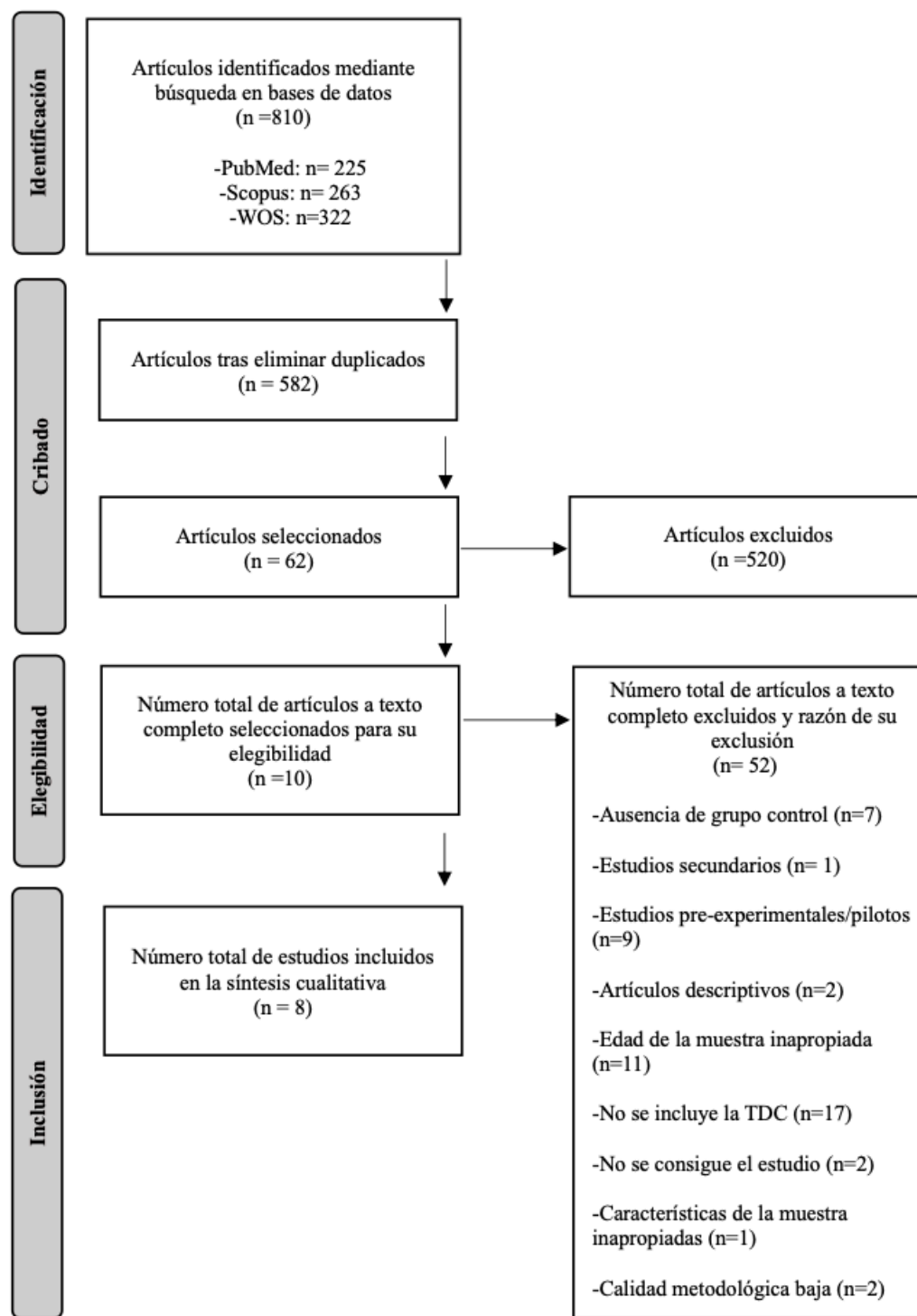
Con el objetivo de exponer los resultados de una forma analítico-descriptiva, se desarrolló una síntesis cualitativa de los mismos que ha sido organizada según los objetivos de la presente revisión sistemática.

5. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la revisión sistemática realizada.

5.1. Estudios seleccionados

Para la realización de la presente revisión, se ha llevado a cabo una búsqueda de estudios en las tres bases de datos comentadas en el apartado relativo al método (*Pubmed*, *Scopus* y *WOS*), obteniéndose un total de 810 resultados. Tras eliminar los estudios duplicados mediante *Zotero*, los resultados se redujeron a 582 investigaciones. Posteriormente, se realizó el cribado de dichos estudios por título y *abstract* y se seleccionaron 62 para leer a texto completo. Por tanto, se excluyeron 520 estudios en este momento. Como resultado de esta lectura, se seleccionaron 10 *papers* para analizar su elegibilidad. Consecuentemente, 52 estudios fueron excluidos por diversos motivos, como la ausencia de grupo control o la edad inapropiada de la muestra, entre otros. Finalmente, se incluyeron ocho trabajos en la síntesis cualitativa (Figura 1). Sin embargo, solo seis de esas ocho investigaciones se corresponden con trabajos experimentales diferentes. De esta forma, los estudios de Mehlum et al. (2014), Mehlum et al. (2016) y Mehlum et al. (2019) permiten observar la evolución de los resultados de un único trabajo al realizar un seguimiento de los mismos a corto, medio y largo plazo. Sin embargo, los estudios de Asarnow et al. (2017), de Lin et al. (2019), de McCauley et al. (2018), de Santamarina-Pérez et al. (2020) y de Torok et al. (2022) se refieren a trabajos diferentes e independientes.

Figura 1.*Diagrama de flujo (Liberati et al., 2009)*

Nota: WOS, *Web of Science*; TDC, *Terapia Dialéctica Conductual*.

5.2. Descripción de las características de los estudios

Dos de los estudios seleccionados (Asarnow et al., 2017; McCauley et al., 2018) se realizaron en Estados Unidos. Sin embargo, el resto de trabajos incluidos en esta revisión sistemática se llevaron a cabo en distintos países. De esta forma, la investigación de Lin et al. (2019) se realizó en Taiwán; los estudios de Mehlum et al. (Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019) se realizaron en Noruega; el estudio de Santamarina-Pérez et al. (2020) fue realizado en España; el trabajo de Torok et al. (2022) fue llevado a cabo en Australia. Asimismo, todos los estudios previamente comentados presentan un diseño de ensayo controlado aleatorizado, a excepción de los trabajos de Mehlum et al. (Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019). En estos dos últimos casos, se observan estudios de seguimiento prospectivo relativos al ensayo controlado aleatorio de Mehlum et al. (2014) (Tabla 3).

En relación al tamaño muestral, el estudio de Torok et al. (2022) es el que cuenta con la mayor cantidad de participantes ($n=455$). Por su parte, el trabajo de Santamarina-Pérez et al. (2020) presenta el tamaño muestral más pequeño ($n=35$). El resto de investigaciones presenta una muestra comprendida entre los valores previamente comentados, observándose un tamaño muestral total de 864 participantes (755 mujeres) entre los ocho estudios incluidos en la presente revisión sistemática (Tabla 2).

Respecto a otras características demográficas de los participantes de los distintos estudios comentados, se observa que la mayoría incluye personas cuyas edades se encuentran comprendidas aproximadamente entre los 12 y los 18 años. Sin embargo, el estudio de Asarnow et al. (2017) amplía este rango hasta los 11 años y el estudio de Torok et al. (2022) lo hace hasta los 25 años (Tabla 2).

Los estudios de Mehlum et al. (Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019), McCauley et al. (2018) y de Lin et al. (2019) incluyen participantes con TLP. A pesar de que en el resto de estudios no se contempla la inclusión de este tipo de perfiles, se observan otras características clínicas en las muestras, como es el caso de la sintomatología depresiva (por ejemplo, en Torok et al., 2022). Adicionalmente, en los trabajos de Mehlum et al. (Mehlum et al.,

2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019) y en el de Santamarina-Pérez et al. (2020) los participantes toman medicación. En el resto de estudios esta información no queda especificada, a excepción de la investigación de Lin et al. (2019) en la que se especifica que ninguna persona participante tomaba medicación (Tabla 2).

Tabla 2*Características de las muestras de los estudios*

Estudio	Tamaño	Número de mujeres	Edad	Características clínicas	Medicación
Asarnow et al. (2017)	42 (20 casos y 22 controles)	37	11-18 años	-TDM (n=21) -Abuso de sustancias (n=30)	Sin información
Lin et al. (2019)	82 (42 casos y 40 controles)	72	Media: 20 años	-TLP (n=82) -Depresión (n=82)	Ninguna persona participante tomaba medicación psicotrópica
McCauley et al. (2018)	173 (86 casos y 87 controles)	163	12-18 años (media: 14.89 años)	-TLP (n=92) -TDM (n=145) -Ansiedad (n=93) -TCA (n=1)	Sin información

Mehlum et al. (2014)	77 (39 casos y 38 controles)	68	12-18 años	-TLP (n=15) -TDM (n=17) -Otros trastornos depresivos (n=29) -Trastorno de Pánico (n=7) -TEPT (n=13) -Trastorno de Ansiedad (n=33) -Abuso de sustancias (n=2) -TCA (n=6)	Toman medicación (no especificada)
Mehlum et al. (2016)	77 (39 casos y 38 controles)	68	12-18 años	-TLP (n=15) -TDM (n=17) -Otros trastornos depresivos (n=29) -Trastorno de Pánico (n=7) -TEPT (n=12) -Trastorno de Ansiedad (n=33) -Abuso de sustancias (n=2) -TCA (n=6)	Toman medicación (no especificada)

Mehlum et al. (2019)	77 (39 casos y 38 controles)	68	12-18 años	-TLP (n=15) -TDM (n=17) -Otros trastornos depresivos (n=29) -Trastorno de Pánico (n=7) -TEPT (n=12) -Trastorno de Ansiedad (n=33) -Abuso de sustancias (n=2) -TCA (n=6)	Medicación psicotrópica
Santamarina -Pérez et al. (2020)	35 (18 casos y 17 controles)	31	12-17.11 años	-TDM (n=29) -Trastorno Bipolar (n=5) -Trastorno de Ansiedad (n=19) -TDAH (n=11) -TCA (N=18) -TEPT (n=8)	-Medicación antipsicótica (n=22) -Medicación antidepresiva (n=22) -Litio (n=3)

Torok et al. (2022)	455 (228 casos y 227 controles)	384	12-25 años	-Diagnóstico de salud mental en algún momento (n=204) -Sintomatología depresiva y ansiosa, distrés (n=455)	Sin información
------------------------	------------------------------------	-----	------------	---	-----------------

Nota: TDM, Trastorno Depresivo Mayor; n, muestra; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad; TCA, Trastorno de la Conducta Alimentaria; TEPT, Trastorno de Estrés Postraumático; TDAH, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Todas las intervenciones terapéuticas de los grupos experimentales empleadas en los estudios incluidos en esta revisión se corresponden con distintas modalidades de la TDC. El estudio de McCauley et al. (2018) utiliza la TDC y el de Lin et al. (2019) emplea DBTSTG. Por su parte, un total de cuatro trabajos (Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019; Santamarina-Pérez et al., 2020) utilizan DBT-A. Adicionalmente, se observa el uso de dos formatos novedosos de esta terapia: una versión familiar y psicosocial de la TCC basada en la TDC (“*SAFETY*”; Asarnow et al., 2017) y la aplicación móvil “*LifeBuoy*” basada también en la TDC (Torok et al., 2022) (Tabla 3).

En las condiciones de control y/o de comparación de los distintos estudios previamente mencionados, se observa cómo en cuatro de ellos se utiliza el Tratamiento Habitual Mejorado (E-TAU/EUC) (Asarnow et al., 2017; Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019). Además, la investigación de Santamarina-Pérez et al. (2020) utiliza también el Tratamiento Habitual, pero añade sesiones grupales (TAU+GS). Por su parte, el estudio McCauley et al. (2018) compara los efectos de la intervención del grupo experimental con los de la Terapia de Apoyo individual y grupal (IGST) aplicada al grupo control. Lin et al. (2019) hacen lo mismo con la Terapia Cognitiva grupal (CTG). Sin embargo, Torok et al. (2022) emplea la aplicación móvil de control “*LifeBuoy-C*” (Tabla 3).

La duración de las intervenciones previamente mencionadas varía entre los tres y los seis meses, siendo el estudio de McCauley et al. (2018) el que cuenta con la intervención más larga (seis meses) y el de Torok et al. (2022) el que presenta la más corta (seis semanas). Además, a excepción de los trabajos de Santamarina-Pérez et al. (2020) y de Mehlum et al. (2014), el resto de estudios incluidos en la revisión realizan un seguimiento en el tiempo de los resultados obtenidos. De esta forma, se permite responder a uno de los objetivos específicos de este trabajo, que consiste en comparar la eficacia de la TDC a corto, medio y largo plazo para la prevención del suicidio en población adolescente y adulta joven (Tabla 3).

Las intervenciones citadas anteriormente se dirigen al tratamiento de distintas variables predictoras de la conducta suicida. De esta forma, entre las variables principales que analizan los distintos estudios, los de Asarnow et al. (2017), Lin et al. (2019), Mehlum et al., 2014, McCauley et al. (2018) y Santamarina-Pérez et al. (2020) consideran los intentos de suicidio previos. Por su parte, las autolesiones suicidas y no suicidas son abordadas en los estudios de Asarnow et al. (2017), Mehlum et al. (Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019) y McCauley et al. (2018). Este último se centra mayoritariamente en las no suicidas, al igual que los trabajos de Mehlum et al. 2014 y de Santamarina-Pérez et al. (2020), que abordan las autolesiones no suicidas de forma concreta. Aun así, aquellos trabajos que analizan los intentos de suicidio, podrían estar estudiando de forma indirecta las autolesiones suicidas. Las investigaciones de Lin et al. (2019), Mehlum et al. (Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019), McCauley et al. (2018), Santamarina-Pérez et al. (2020) y Torok et al. (2022) contemplan la ideación suicida (Tabla 3).

Además, a pesar de que algunos estudios presentan la inclusión de población con TLP como se comentó previamente, otros (Lin et al., 2019; Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019; Santamarina-Pérez et al., 2020; Torok et al., 2022) también incluyen la sintomatología depresiva como objetivo terapéutico y como variable especialmente relacionada a la conducta suicida (Tabla 3).

En relación a los instrumentos empleados para medir las variables comentadas, en primer lugar, en el estudio de Asarnow et al. (2017) se utilizó la escala *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS) para medir los intentos de suicidio y las autolesiones (suicidas y no suicidas), siendo este instrumento utilizado también en el estudio de Santamarina-Pérez et al. (2020). En segundo lugar, en el *paper* de Lin et al. (2019) se emplearon la entrevista *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis II* (SCID II) para evaluar el historial de los intentos de suicidio y el cuestionario *Adult Suicidal Ideation Questionnaire- Shortened version* (ASIQ-S) para medir la ideación suicida. En tercer lugar, en los trabajos de Mehlum et al. (Mehlum et al.,

2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019) se empleó la entrevista *Lifetime Parasuicide Count Interview* (LPC) para evaluar el historial de autolesiones y en el trabajo de Mehlum et al. (2014) también se usó la escala *Suicide Intent Scale* (SIS) para medir los intentos de suicidio. En cuarto lugar, en la investigación de McCauley et al. (2018) se utilizó la entrevista *Suicide Attempt Self-Injury Interview* (SASII) para evaluar los intentos de suicidio y las autolesiones (suicidas y no suicidas), así como el cuestionario *Suicidal Ideation Questionnaire* (SIQ-JR) para estudiar la ideación suicida. Este último instrumento también fue empleado en los estudios de Mehlum et al. (Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019) y en el de Santamarina-Pérez et al. (2020). En último lugar, el trabajo de Torok et al. (2022) empleó la escala *Suicidal Ideation Attributes Scale* (SIDAS) para evaluar la ideación suicida (Tabla 3).

Tabla 3*Características de los estudios*

Estudio	Diseño del estudio	País	Intervención	Duración de la intervención/ Seguimiento	Objetivos	Variables medidas	Instrumentos	Principales resultados
Asarnow et al. (2017)	Ensayo controlado aleatorizado	Estados Unidos	-Casos: “ <i>SAFETY</i> ” (TCC familiar/psicosocial basada en la TDC) -Controles: E-TAU	-Intervención: 3 meses -Seguimiento: 12 meses	Evaluar si “ <i>SAFETY</i> ” ayuda a jóvenes con autolesiones	-Intentos de suicidio -Autolesiones (mayoritariamente no suicidas)	C-SSRS	“ <i>SAFETY</i> ” reduce el suicidio de adolescentes con autolesiones en tratamiento activo, pero el efecto disminuye con el tiempo
Lin et al. (2019)	Ensayo controlado aleatorizado	Taiwán	-Casos: DBTSTG -Controles: CTG	-Intervención: 8 semanas -Seguimiento: 6 meses	Comparar TDC y CTG en TLP para reducir depresión y	-Intentos de suicidio -Ideación suicida	SCID II ASIQ-S	Sin diferencias significativas entre las condiciones

					reintentos de suicidio y mejorar estrategias de regulación emocional			en reducción de intentos de suicidio
McCauley et al. (2018)	Ensayo clínico aleatorizado multisitio	Estados Unidos	-Casos: TDC -Controles: IGST	-Intervención: 6 meses -Seguimiento: 12 meses	Comparar TDC y IGST en jóvenes de alto riesgo para reducir suicidio y autolesiones	-Intentos de suicidio -Autolesiones suicidas y no suicidas -Ideación suicida	SASII SIQ-JR	Eficacia de la TDC en reducción de intentos de suicidio, autolesiones e ideación suicida. Efecto estable a largo plazo
Mehlum et al. (2014)	Ensayo aleatorio simple ciego	Noruega	-Casos: DBT-A -Controles: EUC	-Intervención: 19 semanas -Seguimiento: ausente	Comparar TDC para adolescentes y EUC para reducir autolesiones	-Autolesiones (intentos de suicidio y autolesiones no suicidas) -Ideación suicida	LPC SIS SIQ-JR	DBT-A redujo autolesiones y, desde semana 15, mostró ventaja en ideación suicida. No hubo suicidios

en ningún
grupo

Mehlum et al. (2016)	Estudio de seguimiento prospectivo de 1 año	Noruega	-Casos: DBT-A -Controles: EUC	-Intervención: 19 semanas -Seguimiento: 1 año	Comparar DBT-A y atención habitual mejorada en clínicas ambulatorias psiquiátricas comunitarias para autolesiones recurrentes	-Autolesiones suicidas y no suicidas -Ideación suicida	LPC SIQ-JR	(Semanas 20-71) DBT-A superó EUC en reducción de autolesiones (semana 19) e ideación suicida y síntomas depresivos. Resultados estabilizados al año
Mehlum et al. (2019)	Estudio de seguimiento prospectivo de 3 años	Noruega	-Casos: DBT-A -Controles: EUC	-Intervención: 19 semanas -Seguimiento: 3 años	1. Investigar los efectos duraderos de la DBT-A frente a atención	-Autolesiones suicidas y no suicidas -Ideación suicida	LPC SIQ-JR	DBT-A: ventaja a largo plazo en reducción de intentos de suicidio y

habitual
mejorada en
prevención del
suicidio
durante 3
años. Analizar
posibles
mediadores

2. Probar
hipótesis:
reducción de
la
desesperanza
durante
tratamiento
activo media
la a largo
plazo la
reducción de
autolesiones.
Explorar otras
variables
mediadoras

autolesiones.
Resultados
mediados por
la
desesperanza.

Santama- rina-Pérez et al. (2020)	Ensayo contro- lado aleatorio pragmá- tico simple ciego	España	-Casos: DBT-A	-Intervención: 16 semanas	Comparar DBT-A y TAY+GS para reducir riesgo suicida adolescente en una clínica comunitaria de salud mental.	-Intentos de suicidio	C-SSRS SIQ-JR	DBT-A superó al control en reducción de las autolesiones no suicidas. Intentos de suicidio disminuyeron en ambos grupos durante tratamiento activo.
			-Controles: TAU+GS	-Seguimiento: ausente		-Autolesiones no suicidas -Ideación suicida		

Torok et al. (2022)	Ensayo controlado aleatorio doble ciego paralelo de 2 brazos	Australia	-Casos: aplicación “LifeBuoy” -Controles: aplicación control “LifeBuoy-C”	-Intervención: 6 semanas -Seguimiento: 3 meses	1.Evaluar superioridad de “LifeBuoy” en reducción de gravedad de ideación suicida. 2.Examinar efectos en resultados más amplios de salud mental: depresión, ansiedad, distrés y bienestar.	-Ideación suicida	SIDAS	En tratamiento activo, “LifeBuoy” mostró ventaja en la reducción de la ideación suicida. Resultados estabilizados con el tiempo
---------------------	--	-----------	--	---	---	-------------------	-------	---

Nota: “SAFETY”, “Safe Alternatives for Teens and Youths”; DBTSTG, Capacitación en habilidades de la TDC; CTG, Terapia Cognitiva Grupal; TCC, Terapia Cognitivo Conductual; TDC, Terapia Dialéctico Conductual; C-SRRS, *Columbia-Suicide Severity Rating Scale*; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad; SCID II, *Structured Clinical Interviews for DSM-IV, Axis II*; ASIQ-S, *Adult Suicidal Ideation Questionnaire -Shortened version*; IGST, Terapia de Apoyo individual y grupal; SASII, *Suicide Attempt Self-Injury Interview*; SIQ-JR, *Suicidal Ideation Questionnaire*; DBT-A, Terapia Dialéctico Conductual Adaptada a Adolescentes; E-TAU/EUC,

Tratamiento Habitual Mejorado; LPC, *Lifetime Parasuicide Count Interview*; SIS, *Suicide Intent Scale*; TAU+GS, Tratamiento Habitual y sesiones grupales; SIDAS, *Suicidal Ideation Attributes Scale*.

5.3. Riesgo de sesgos de los estudios incluidos

En la figura 2 y en la tabla 3 se presentan los resultados del análisis del riesgo de sesgos de cada uno de los estudios incluidos en la presente revisión sistemática realizado con el programa *online* Fichas de Lectura Crítica 3.0 (FLC 3.0) (López de Argumedo et al., 2017).

Como se puede observar en dicha tabla, el estudio de Asarnow et al. (2017) es el único que presenta una calidad metodológica media, dado que su método ha permitido minimizar los sesgos parcialmente. Por su parte, el resto de estudios (Lin et al., 2019; Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2019; Santamarina-Pérez et al., 2020; Torok et al., 2022) presentan una calidad metodológica alta.

Figura 2

Gráfico Fichas de Lectura Crítica

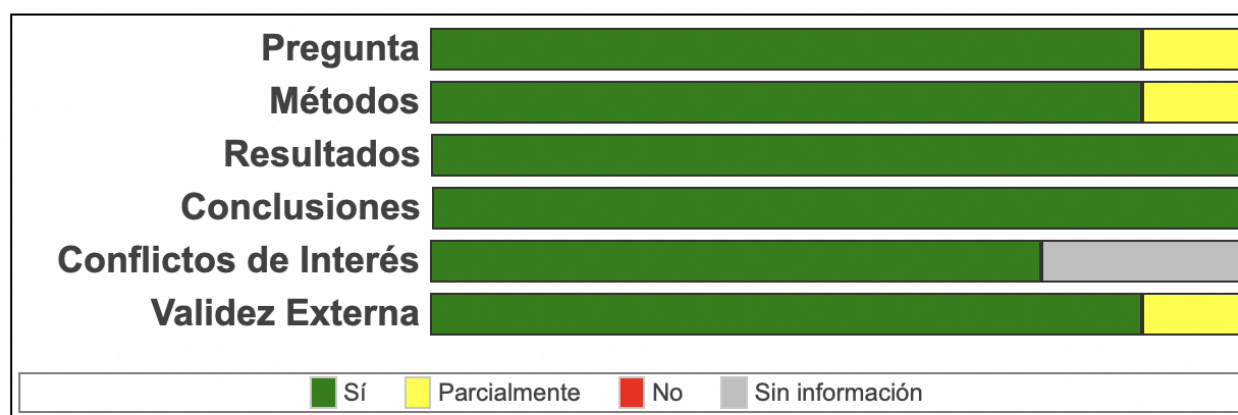


Tabla 4*Evaluación del riesgo de sesgos de los estudios*

Estudio	Pregunta de investigación	Método	Resultados	Conclusiones	Conflictos de interés	Validez externa	Calidad del estudio
Asarnow et al. (2017)	Sí	Parcial	Sí	Sí	Sí	Parcial	Media
Lin et al. (2019)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Alta
McCauley et al. (2018)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sin información	Sí	Alta
Mehlum et al. (2014)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Alta
Mehlum et al. (2016)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Alta
Mehlum et al. (2019)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Alta
Santa-marina-Pérez et al. (2020)	Parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Alta
Torok et al. (2022)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sin información	Sí	Alta

5.4. Principales efectos de las intervenciones

Todos los estudios seleccionados en esta revisión sistemática señalan que la TDC es eficaz en la prevención del suicidio de personas adolescentes y adultas jóvenes. Sin embargo, la mayoría de estos trabajos no pueden concluir que la eficacia de las distintas modalidades de la TDC para las variables analizadas sea mayor con respecto a las terapias de control empleadas. Por ejemplo, la investigación de Mehlum et al. (2014) en la que se empleó DBT-A en el grupo experimental y EUC en el grupo control, señala que en ambos casos se observó una mejora de la sintomatología depresiva autoinformada, así como de la desesperanza y de la sintomatología límite. Asimismo, el estudio de seguimiento prospectivo de Mehlum et al. (2016) confirma estos resultados en el seguimiento realizado al año, debido a que las diferencias intergrupales en relación a la desesperanza, la sintomatología depresiva y límite continuaban ausentes. Tampoco hubo diferencias intergrupales en la ideación suicida y en el nivel de funcionamiento global. En el último estudio de seguimiento prospectivo realizado tres años después de la aleatorización de las personas participantes (Mehlum et al., 2019) se volvió a reflejar la ausencia de diferencias significativas entre los grupos respecto a la ideación suicida, la sintomatología depresiva y límite y la desesperanza.

En relación a la sintomatología depresiva previamente comentada, el ensayo de Santamarina-Pérez et al. (2020) en el que se intervino con la misma versión previamente comentada de la TDC en el grupo experimental (y con TAU+GS en el control), tampoco contempló diferencias significativas entre los grupos al finalizar el tratamiento en su reducción, ya que esta fue significativa en todos los casos. Lo mismo ocurrió con los intentos de suicidio y con la ideación suicida. Asimismo, en el trabajo de Lin et al. (2019) en el que se empleó DBTSTG como intervención experimental y CTG como intervención control, tampoco hubo diferencias intergrupales significativas en la reducción de la sintomatología depresiva, así como de los intentos de suicidio y en la mejora de la regulación emocional centrada en los antecedentes (únicamente la capacidad atencional). Esto es debido a que en ambos grupos el efecto de las intervenciones fue significativo.

La investigación de Asarnow et al. (2017) en la que se utilizó el programa “*SAFETY*” para intervenir con los casos y E-TAU para hacerlo con los controles, no contempla diferencias significativas entre ambos grupos en la disminución de las autolesiones no suicidas, ya que fueron frecuentes en las dos condiciones de intervención. Lo mismo ocurrió en el ensayo de McCauley et al. (2018), que utiliza el formato original de la TDC para intervenir en el grupo experimental e IGST para hacerlo con los controles, dado que en el seguimiento realizado a los 12 meses ya no existían diferencias significativas entre los grupos para las autolesiones no suicidas (y suicidas), así como para la ideación suicida y los intentos de suicidio. En ambos casos se había producido una mejora de las mismas con respecto a los niveles iniciales. Algo parecido tuvo lugar durante la fase de tratamiento activo de los estudios de Mehlum et al. (2014) y Santamarina-Pérez et al. (2020), dado que ambos grupos presentaron una reducción de los internos de suicidio durante dicha fase.

En el estudio de Torok et al. (2022) no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a los síntomas de ansiedad, distrés y bienestar en ningún momento del ensayo. En este caso se utilizó la aplicación móvil “*LifeBuoy*” y su versión control (“*LifeBuoy-C*”).

A pesar de lo comentado anteriormente, algunos estudios reflejan una superioridad de las distintas modalidades de la TDC para ciertas variables. Por ejemplo, el trabajo de Mehlum et al. (2014) observó una ventaja de DBT-A en la reducción de las autolesiones suicidas y no suicidas, así como de la sintomatología depresiva calificada por el entrevistador. Además, esta versión de la TDC también fue superior en la reducción de la ideación suicida a partir de la quinceava semana de tratamiento (duró 19 semanas en total). Por su parte, la investigación de Mehlum et al. (2016) observó una ventaja de esta misma versión de la TDC entre la semana 20 y la 71 en relación a la reducción de la frecuencia de las autolesiones suicidas y no suicidas y en la semana 19 en la mejora de la ideación suicida y de la sintomatología depresiva. Pasados tres años desde la aleatorización de las personas participantes, el estudio de Mehlum et al. (2019) señala que

DBT-A continuó presentando una mayor eficacia a largo plazo en la reducción de las autolesiones (mayoritariamente no suicidas).

La versión de la TDC adaptada a adolescentes también se empleó en el trabajo de Santamarina-Pérez et al. (2020) y presentó una mayor eficacia en la reducción de las autolesiones no suicidas, así como en el uso de antipsicóticos y en la mejora del funcionamiento global. A pesar de que el ensayo de McCauley et al. (2018) empleó la versión original de la TDC, refleja que también obtuvo mejores resultados en la reducción de las autolesiones suicidas y no suicidas con respecto al grupo control. Este mismo efecto se contempló durante la fase de tratamiento activo respecto a los intentos de suicidio e ideación suicida.

Respecto a la ideación suicida, el estudio de Lin et al. (2019) señala que, durante la fase de seguimiento, el grupo que recibió DBTSTG mostró una ventaja en la reducción de la misma con respecto al grupo control en el que se intervino con CTG, así como de la sintomatología límite y en la mejora de la regulación emocional centrada en la respuesta. Lo mismo ocurrió en la investigación de Torok et al. (2022), dado que los sujetos pertenecientes a la condición experimental presentaron una ventaja en la reducción de la ideación suicida en comparación con los individuos del grupo control.

También se pudo observar una inferioridad de estas dos últimas intervenciones basadas en la TDC en comparación con las intervenciones de control en relación a algunas variables. El ensayo de Lin et al. (2019) señala que el grupo control obtuvo una ventaja en la reducción de los dominios de errores cognitivos y de reevaluación cognitiva de la regulación emocional centrada en los antecedentes con respecto al grupo experimental. En el caso de Torok et al. (2022), el grupo que utilizó la versión experimental de la aplicación experimentó un empeoramiento (no significativo) de la sintomatología depresiva durante el seguimiento.

En relación a lo comentado previamente, se observa una gran eficacia de las distintas modalidades de la TDC en la reducción de las autolesiones suicidas (Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019; McCauley et al., 2018) y no suicidas (Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019; McCauley et al., 2018; Santamarina-Pérez et al., 2020), a excepción de lo que ocurre en el ensayo de Asarnow et al. (2017), ya que revela que las autolesiones no suicidas fueron frecuentes en ambas condiciones de tratamiento. Dado que las tasas de autolesiones suelen ser mayores que las de intentos de suicidio, se entiende el resultado comentado (Santamarina-Pérez et al., 2020).

Además, la mayor parte de estudios incluidos en la presente revisión sistemática comentan que la eficacia de las distintas modalidades de la TDC se estabiliza y disminuye una vez finalizada la fase activa de tratamiento. Asarnow et al. (2017) señalan que el programa “*SAFETY*” protegió contra los intentos de suicidio durante la fase de tratamiento activo, pero a largo plazo se debilitó su eficacia.

Como se expuso anteriormente, el ensayo de McCauley et al. (2018) señala que, a pesar de que durante la fase activa del tratamiento la TDC obtuvo mejores resultados en la reducción de los intentos de suicidio, de las autolesiones suicidas y no suicidas y de la ideación suicida, este efecto se estabilizó con el paso del tiempo.

En el estudio de Lin et al. (2019) ocurrió lo mismo con la disminución de la sintomatología depresiva, ya que a partir de la cuarta semana de tratamiento (que duró ocho semanas en total) el efecto se estabilizó y fue menor durante el seguimiento.

Algo similar ocurrió en el trabajo de Mehlum et al. (2016), así como en el de Mehlum et al. (2019). En el primer caso, la ventaja de la intervención experimental en la reducción de las autolesiones, de la ideación suicida y de la sintomatología depresiva se estabilizó al año de seguimiento. En el segundo caso, en ambos grupos se logró una estabilización de estos resultados

a los tres años de seguimiento, sin diferencias significativas en la reducción de la ideación suicida, la sintomatología depresiva y límite, el nivel general de funcionamiento y la desesperanza.

Tal como se comentó anteriormente, en el ensayo de Torok et al. (2022) se señala que la sintomatología depresiva empeoró de una forma poco significativa en la condición experimental durante el seguimiento. Además, tal como se expuso previamente, los sujetos pertenecientes a la condición experimental presentaron una mayor reducción de la ideación suicida durante la fase activa de tratamiento en comparación con los individuos del grupo control, pero esta ventaja se fue estabilizando con el tiempo y fue menor en el periodo de seguimiento.

Adicionalmente, algunos de los estudios seleccionados señalan una relevancia clínica de distintas modalidades de la TDC, dado que se contempla una rápida eficacia de las mismas. Este fenómeno se observa, por ejemplo, en el trabajo de Lin et al. (2019), ya que hubo un efecto significativo del tiempo sobre la reducción de los intentos de suicidio y de la sintomatología depresiva. En el estudio de Mehlum et al. (2019) ocurre lo mismo con las autolesiones. Sin embargo, en el ensayo de McCauley et al. (2018) la reducción de la ideación suicida del grupo tratado con TDC no fue lineal en el tiempo, dado que existieron dos momentos de cambio (en la fase activa del tratamiento y en el seguimiento a los 12 meses).

Parecen existir variables mediadoras sobre los resultados de algunos estudios, como el de Mehlum et al. (2014) o el de Mehlum et al. (2019). En el primer caso, se observa un posible efecto mediador del número de sesiones de tratamiento en la relación entre la eficacia del mismo y la reducción de la ideación suicida. En el segundo caso, los resultados referidos a las autolesiones fueron mediados por la desesperanza, ya que recibir DBT-A se asocia a una reducción significativa de este síntoma durante el periodo de tratamiento activo. Esto se relaciona, a su vez, con una disminución significativa de las autolesiones en el segundo periodo de seguimiento. Se observa también en este estudio una interacción significativa en relación a los

participantes que habían recibido más de tres meses de tratamiento y la frecuencia de las autolesiones en el segundo periodo de seguimiento (era menor con respecto al grupo control).

Respecto a los suicidios consumados durante el tiempo que duraron los estudios, solo en el trabajo de McCauley et al. (2018) un participante del grupo control murió durante el periodo de seguimiento. Sin embargo, en el estudio de Mehlum et al. (2019), a pesar de que no hubo ningún suicidio, sí se produjeron varios intentos por parte de dos participantes del grupo experimental durante el primer intervalo de seguimiento y otros dos participantes del mismo grupo en el segundo intervalo. Lo mismo ocurrió con seis participantes de la condición control durante el segundo intervalo de seguimiento. En el ensayo de Santamarina-Pérez et al. (2020) no hubo intentos de suicidio en ninguno de los dos grupos una vez finalizado el tratamiento. Aun así, cinco participantes (tres pertenecientes al grupo experimental y dos al grupo control) presentaron intentos de suicidio durante el primer mes de tratamiento. Por su parte, tres participantes (dos pertenecientes al grupo experimental y uno al grupo control) presentaron intentos de suicidio durante el segundo mes de terapia y un participante del grupo experimental presentó un intento de suicidio durante el tercer mes de tratamiento. Finalmente, en el periodo de seguimiento del ensayo de Torok et al. (2022) cinco participantes de la condición control informaron intentos de suicidio en los últimos 30 días (ninguno de ellos precisó de atención médica). Sin embargo, ningún participante del grupo experimental informó intentos de suicidio.

Adicionalmente, algunos estudios informan sobre las visitas a urgencias y hospitalizaciones de las personas participantes. Por ejemplo, en el ensayo de Mehlum et al. (2014) tres participantes del grupo control y uno del grupo experimental fueron ingresados por autolesiones durante el tratamiento. Por su parte, dos casos del grupo control acudieron a urgencias durante el tratamiento por el mismo motivo. En el estudio de Mehlum et al. (2016) no existieron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento en relación al número de visitas a urgencias. Sin embargo, cuatro participantes (dos de cada grupo) fueron hospitalizados entre uno y 42 días y casi un 40% (solo un 10% se corresponde al grupo experimental) recibió tratamiento ambulatorio. En el ensayo de Mehlum et al. (2019) el uso de los servicios de

urgencias fue limitado para ambas condiciones de tratamiento y no se observaron diferencias intergrupales significativas. Además, tres participantes de cada condición fueron hospitalizados durante el estudio. Por su parte, el estudio de Asarnow et al. (2017) señala que la probabilidad de supervivencia sin visitar los servicios médicos por la tendencia suicida en los tres meses posteriores al tratamiento fue mayor para la condición “*SAFETY*”.

Para finalizar, el estudio de Torok et al. (2022) concluye que la interferencia de la ideación suicida en la vida de los participantes fue menor en la condición experimental que en el grupo control. Aun así, este efecto no se mantuvo en el periodo de seguimiento. Por su parte, en el ensayo de Mehlum et al. (2019) no se observaron recaídas en ninguna de las variables analizadas.

6. Discusión

El objetivo general de la presente revisión sistemática fue comprobar la eficacia de distintas modalidades de la TDC para la prevención del suicidio en personas adolescentes y adultas jóvenes. Con respecto a este objetivo, se ha observado cómo las distintas modalidades de intervención empleadas con los casos de cada estudio fueron eficaces en la prevención de este fenómeno, ya que permitieron reducir ciertas variables relacionadas con el mismo, como las autolesiones (suicidas y no suicidas) o la ideación suicida, entre otras. La propia Marsha M. Linehan definió la TDC como un tipo de TCC de tercera generación dirigida al abordaje de la conducta suicida (Linehan et al., 2006). Los resultados del metanálisis de Tarrier et al. (2008) confirman este objetivo de la terapia, ya que señalan que el programa de tratamiento estandarizado más utilizado y eficaz para el abordaje del suicidio fue la TDC.

Sin embargo, en los estudios incluidos en la presente revisión sistemática no siempre existieron diferencias significativas entre los resultados obtenidos con los casos y aquellos alcanzados con los controles, ya que en ambos grupos se observaban efectos importantes de las intervenciones en la reducción de variables relacionadas con el suicidio. Por ejemplo, el ensayo de McCauley et al. (2018) reflejó que la TDC fue superior a la intervención de control en la reducción de las autolesiones no suicidas, pero no en la de otras variables analizadas. Esto mismo ocurre en el estudio de Decou et al. (2019), que mostró que la TDC fue eficaz en la reducción de autolesiones en población adulta y pediátrica pero que no tuvo un efecto significativo en la reducción de la ideación suicida.

Además, aquellos trabajos incluidos en la presente revisión sistemática que emplean DBT-A como intervención para los casos (Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019; Santamarina-Pérez et al., 2020) señalaron que esta versión de la TDC fue superior que las intervenciones de control en la disminución de las autolesiones suicidas y no suicidas, pero no en la de la ideación suicida ni de la sintomatología depresiva. Algo parecido se observa en la revisión sistemática realizada por Kothgassner et al. (2021), que señala que DBT-A fue superior

a las intervenciones de control en la reducción de las autolesiones en adolescentes, pero que no se observaron diferencias significativas entre ambas condiciones respecto a la disminución de la sintomatología límite de los participantes. Sin embargo, en este caso sí se observó una superioridad de DBT-A en la reducción de la ideación suicida con respecto a las intervenciones de control. El motivo de esta discrepancia con la presente revisión puede encontrarse en la diferencia existente en las intervenciones de control empleadas por parte de los estudios seleccionados.

Por su parte, la aplicación móvil “LifeBuoy” (Torok et al., 2022) y DBTSTG (Lin et al., 2019) fueron superiores en la reducción de la ideación suicida con respecto a las intervenciones de control empleadas. Los resultados del estudio de Bahji et al. (2021) también confirman la eficacia de la TDC previamente comentada, ya que se concluye que se asocia con una reducción de la ideación suicida en población adolescente.

El primer objetivo específico de esta revisión consistió en comparar la eficacia a corto y largo plazo de la TDC para la prevención del suicidio en población adolescente y adulta joven. En relación a este objetivo, la mayoría de los estudios (Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019; Asarnow et al., 2017; McCauley et al., 2018; Lin et al., 2019; Torok et al., 2022) reflejaron cómo la eficacia de las distintas modalidades de la TDC fue superior durante la fase activa de tratamiento y, posteriormente, se fue reduciendo. Esto puede ser debido a la corta duración de los tratamientos empleados, ya que se necesitan intervenciones más prolongadas para alcanzar un mantenimiento de los resultados obtenidos a corto plazo. De hecho, la TDC está planteada para una duración de 52 semanas (Andreasson et al., 2016) y el estudio que la emplea (McCauley et al., 2018) tan solo intervino durante seis meses.

Sin embargo, este resultado no concuerda con lo encontrado por parte de De Jaegere et al. (2019), ya que tanto al finalizar el estudio, como en el seguimiento de tres meses, la intervención *online* de autoayuda utilizada redujo la ideación suicida de todos los participantes. Esto puede ser

debido al hecho de que el estudio de De Jaegere et al. (2019) realizó el último seguimiento de los resultados pasadas solo 12 semanas desde el inicio de la intervención, por lo que su eficacia se mantiene aún en ese momento. Los trabajos incluidos en la presente revisión realizaron seguimientos mayores en el tiempo, por lo que es comprensible que el efecto se disminuya.

Al contrario, el estudio de Lin et al. (2019) incluido en la presente revisión sistemática siguió una tendencia inversa a la comentada. Es decir, en este último caso, la eficacia de la TDC tuvo lugar al final del seguimiento de los resultados. El motivo de esta discrepancia con respecto a lo observado en el resto de estudios puede ser el hecho de que, en este caso, la intervención utilizada con los casos consistía en DBTSTG. Consecuentemente, se requiere práctica y, por tanto, tiempo para comprobar la eficacia de las estrategias aprendidas.

El segundo objetivo específico de la presente revisión sistemática fue explorar la eficacia de las distintas modalidades de la TDC para la prevención del suicidio en población adolescente y joven sin TLP. Los estudios que incluyen población sin TLP (Asarnow et al., 2017; Santamarina-Pérez et al., 2020; Torok et al., 2022) concluyeron que las distintas modalidades de la TDC empleadas son eficaces para la prevención del suicidio en la población que no cuenta con esta característica clínica. Este resultado coincide con los hallazgos de Rizvi y Linehan (2001) y de Groves et al. (2011), que concluyen que esta terapia ha demostrado ser eficaz en población que no presenta TLP. La TDC también ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de otros trastornos, como la depresión (Izabela et al., 2012). En la presente revisión sistemática, los estudios que no cuentan con población con TLP sí incluyeron participantes con sintomatología depresiva que, en ocasiones, llegaba a constituir un trastorno. Quizás este es el motivo por el que no se observaron diferencias en la eficacia de los distintos formatos de la TDC analizados en relación a la presencia o ausencia del TLP, ya que esta terapia también es eficaz en el tratamiento de otros problemas de salud mental como el descrito.

El tercer objetivo específico consistió en verificar si la incorporación de la familia durante la intervención de las distintas modalidades de la TDC incrementa su eficacia para la prevención del suicidio en personas adolescentes y adultas jóvenes. Esto es lo que ocurre con DBT-A, que es la intervención utilizada en los estudios de Mehlum et al. (Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019) y de Santamarina-Pérez et al. (2020). En este caso, la TDC fue eficaz en la prevención del suicidio. Se sabe que los conflictos familiares constituyen uno de los predictores de la conducta suicida en este grupo de edad, ya que se percibe un menor apoyo social (Wijana et al., 2018), por lo que la inclusión de la familia en la terapia puede incrementar su eficacia. Este hallazgo concuerda con los resultados de los estudios de James et al. (2015) y de Ohlis et al. (2022), que concluyen que esta versión de la TDC reduce la ideación suicida y la frecuencia de las autolesiones, respectivamente. Sin embargo, en la presente revisión sistemática también se observó este efecto en el resto de trabajos que no incluían la participación familiar. Esto puede deberse a que la versión original de la TDC (que no incluye la intervención con la familia al estar dirigida fundamentalmente a población adulta) es eficaz en la prevención del suicidio. Quizás la inclusión de la familia es un complemento que, sin embargo, no determina la eficacia de esta terapia al dirigirse a población más joven.

El cuarto y último objetivo específico consistió en comprobar si existen diferencias relativas a la eficacia de las distintas modalidades de la TDC en función del tipo de intervención: presencial o a través de una aplicación móvil. El estudio de Torok et al. (2022) ha sido el único que ha empleado una aplicación móvil como intervención terapéutica basada en la TDC. Sin embargo, este formato de terapia ha sido igual de eficaz que otras modalidades de intervención presenciales empleadas por parte del resto de estudios. Este mismo resultado se observa en el estudio de Spijker et al. (2018), que comprobó que tanto el grupo experimental como el control se vieron beneficiados por el programa de autoayuda *online* “*Living With Deadly Thoughts*”, ya que redujo de forma significativa la ideación suicida de los participantes, que tenían 18 años o más.

El hecho de que tanto la intervención presencial como la realizada a través de una aplicación móvil resulten ser igual de eficaces puede explicarse por los beneficios con que cuentan ambos tipos de tratamientos. Por un lado, la intervención cara a cara obliga a los pacientes a salir de casa para recibir el tratamiento y, consecuentemente, a socializar. Además, se evita la pérdida de información relativa al lenguaje no verbal, que es incluso más importante que el verbal. Sin embargo, el uso de una aplicación móvil basada en una terapia tan reconocida como la TDC presenta beneficios relacionados con la prevención del estigma. Esto es debido a que, actualmente, continúa existiendo un grave problema de estigmatización de los problemas de salud mental. Por este motivo, muchas personas no piden ayuda, ya que temen ser juzgadas y/o discriminadas. La existencia de aplicaciones móvil terapéuticas favorece el anonimato y, consecuentemente, facilitan la ayuda a aquellas personas que consideran que pueden ser estigmatizadas (Kreuze et al., 2016).

Respecto a las limitaciones de los estudios incluidos en la presente revisión sistemática, se observa el hecho de que la muestra de los estudios es mayoritariamente femenina en todos los casos. Asimismo, el tamaño muestral es reducido en los estudios de Mehlum et al. (Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019), Asarnow et al. (2017) y Santamarina-Pérez et al. (2020), lo cual afecta a su validez externa (Tabla 1). Por su parte, este último estudio y los de Mehlum et al. (Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019) presentan una limitación común: la intervención empleada con los controles no fue manualizada. La imposibilidad de separar las autolesiones suicidas de las no suicidas es otra limitación que se encuentra presente en los estudios de Mehlum et al. (Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019). Asimismo, en el estudio de Mehlum et al. (2014) y en el de Santamarina-Pérez et al. (2020) no se realiza el seguimiento de los resultados obtenidos, considerándose este hecho una limitación adicional. Por su parte, el poder estadístico del estudio de Asarnow et al. (2017) es limitado. En relación al estudio de Torok et al. (2022), se observa cómo no tuvieron en cuenta si las personas participantes estaban recibiendo algún tipo de intervención terapéutica de forma simultánea al uso de la aplicación de móvil. Otra limitación de

este mismo estudio fue la alta tasa de deserción de las personas participantes de la condición control. En el estudio de Lin et al. (2019) solo hubo un terapeuta para las dos condiciones de intervención.

A consecuencia de todo lo comentado previamente, tanto la TDC, como DBTSTG, DBT-A, el programa “*SAFETY*” y la aplicación móvil “*LifeBuoy*” son intervenciones probablemente eficaces para la prevención del suicidio en personas adolescentes y adultas jóvenes. Sin embargo, se requiere más investigación al respecto, ya que la evidencia científica relativa a la eficacia de la TDC en sus distintos formatos en la prevención del suicidio en edades correspondientes al ciclo vital previamente comentado es escasa.

No obstante, con respecto a las intervenciones de control empleadas en los distintos estudios (E-TAU/EUC; CTG; IGST; TAU+GS; “*LifeBuoy-C*”), no se puede confirmar que la TDC tiene una eficacia superior para algunas variables relacionadas con la prevención del suicidio (como los intentos de suicidio o la sintomatología depresiva) en la población previamente citada.

Se destaca que, a pesar de no poder concluir que la TDC es siempre superior a otros tratamientos en la prevención del suicidio adolescente, los estudios incluidos en la presente revisión sistemática presentaron una calidad metodológica media y alta. Además, se ha seguido la Declaración Prisma 2020 (Page et al., 2021), por lo que es posible replicar esta investigación. Por estos motivos, se puede tener en cuenta la TDC como tratamiento eficaz para la prevención del suicidio en personas adolescentes y adultas jóvenes.

7. Conclusiones

Como se citó previamente, el objetivo general de la presente revisión sistemática ha sido comprobar la eficacia de distintas modalidades de la TDC para la prevención del suicidio en personas adolescentes y adultas jóvenes. Tras la investigación realizada, se concluye que la TDC muestra una ventaja en la reducción de las autolesiones suicidas y no suicidas. Lo mismo ocurre con DBT-A. Por su parte, DBTSTG y la aplicación móvil “*LifeBuoy*” presentan una ventaja con respecto a la reducción de la ideación suicida. En relación al resto de variables analizadas, no se puede afirmar que los distintos formatos de la TDC previamente citados (junto con el programa “*SAFETY*”) sean superiores con respecto a las intervenciones de control, ya que se observan efectos significativos de los tratamientos en todos los casos.

Esta revisión parece señalar que la TDC, independientemente de si se aplica de forma presencial o a través de una aplicación móvil, puede ser un tratamiento eficaz a corto plazo en la prevención del suicidio de personas adolescentes y adultas jóvenes con y sin TLP, exista o no participación familiar.

Se observaron algunas limitaciones a tener en cuenta en esta revisión. Entre ellas, se destaca la imposibilidad de encontrar estudios con muestras más equilibradas en términos de género, ya que todos los artículos incluidos presentan una muestra mayoritariamente femenina. Además, los tamaños muestrales han sido muy pequeños de forma general, lo cual ha afectado a la validez externa de esta revisión. Asimismo, tampoco se ha podido realizar una diferenciación muy clara entre los resultados obtenidos para las autolesiones suicidas y las no suicidas. Sin embargo, la escasa evidencia existente al respecto de la eficacia de la TDC en población adolescente y joven ha obligado a realizar la revisión con los estudios seleccionados a pesar de las limitaciones existentes.

Otras limitaciones a destacar son el hecho de haber realizado la búsqueda de los estudios únicamente en tres bases de datos por parte de una única revisora. Esto limita la cantidad de

estudios encontrados y dificulta el control de posibles sesgos. Por esta cuestión, resultaría adecuado realizar estudios cuya evidencia se busque en más bases de datos y, a ser posible, por parte de más de una persona.

No existe literatura científica suficiente para poder centrar esta revisión en una única modalidad de la TDC y/o en una única variable relacionada con el suicidio. Por este motivo, es importante seguir indagando al respecto de esta terapia y de su eficacia en el abordaje las distintas variables relacionadas con el suicidio de forma independiente y más concretamente en población adolescente y joven con tamaños muestrales mayores (intentando reducir la tasa de deserción), dado que la evidencia científica de esta terapia en estas etapas del ciclo vital es escasa. Lo mismo ocurre con población sin TLP, por lo que podría ser relevante continuar la investigación también en este ámbito. También es importante abordar el fenómeno de estudio en población masculina, dada la escasez de casos de este género en la presente revisión.

En relación a cuestiones relacionadas con la metodología de los estudios, es relevante realizar investigaciones cuyas intervenciones experimentales y de control estén manualizadas, que exista una persona terapeuta por cada condición de intervención y que se intente mejorar el poder estadístico. Adicionalmente, es fundamental realizar un seguimiento de los resultados obtenidos a corto y largo plazo para poder comprobar la eficacia de las intervenciones con el paso del tiempo.

Por último, sería adecuado que en futuros estudios se tenga en cuenta si las personas participantes están recibiendo algún tipo de atención psicológica concomitante. Se recomienda seguir estas líneas futuras de investigación, dado el auge de los casos de suicidio adolescente en la actualidad, la consecuente necesidad de prevención de este fenómeno en esta población y la escasa evidencia existente al respecto.

A pesar de las limitaciones previamente comentadas, esta revisión presenta ciertas fortalezas, como es el hecho de haber seguido la Declaración Prisma 2020 (Page et al., 2021), lo que permite replicarla. Asimismo, las bases de datos en las que se ha realizado la búsqueda de evidencia (*Pubmed*, *Scopus*, *WOS*) presentan un gran rigor científico. Además, se han descartado aquellos estudios que no cumplieran con los criterios de inclusión establecidos y/o que presentaban una calidad metodológica baja, lo cual favorece la adecuación de este trabajo.

En conclusión, la presente revisión sistemática sugiere que la TDC es eficaz para la prevención del suicidio en personas adolescentes y adultas jóvenes. Sin embargo, no se confirma que la TDC es un tratamiento más eficaz que las intervenciones de control para ciertas variables relacionadas con este problema de salud pública.

8. Referencias

- Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H.K.L., Krakauer, K., Gluud, C., Thomsen, R.R., Randers, L., Nordentoft, M., (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder—a randomized observer-blinded clinical trial. *Depression And Anxiety*, 33(6), 520-530.
- American Psychiatric Association [APA] (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) (DSM-5)*. Washington D.C.: APA.
- Asarnow, J.R., Berk, M., Hughes, J.L., Anderson, N.L. (2015). The SAFETY Program: A Treatment-Development Trial of a Cognitive-Behavioral Family Treatment for Adolescent Suicide Attempters. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 194-203.
- Asarnow, R.J., Hughes, J.L., Babeva, K.N., Sugar, C.A. (2017). Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *Journal Of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 506-514
- Bahji, A., Pierce, M., Wong, J., Roberge, J.N., Ortega, I., Patten, S. (2021). Comparative Efficacy and Acceptability of Psychotherapies for Self-harm and Suicidal Behavior Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 4(4), 1-17.
- Baumeister, R.F., (1990). Suicide as Escape From Self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113.
- Bentley, K.H., Sauer-Zabala, S., Casiello-Robbins, C.F., Conklin, L.R., Vento, S., Homer, D. (2017). Treating Suicidal Thoughts and Behaviors Within an Emotional Disorders Framework: Acceptability and Feasibility of the Unified Protocol in an Inpatient Setting. *Behavior Modification*, 41(4), 529-557.

- Berk, M.S., Starace, N.K., Black, V.P., Avina, C. (2018). Implementation of Dialectical Behavior Therapy with Suicidal and Self-Harming Adolescents in a Community Clinic. *Archives of Suicide Research*, 24(1), 64-81.
- Brager-Larsen, A., Zeiner, P., Klungsoyr, O., Mehlum, L. (2022). Is age of self-harm onset associated with increased frequency of non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescent outpatients? *BMC Psychiatric*, 22(58), 1-9.
- Canetto, S.S. y Sakinofsky, I. (1998). The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
- Chung, D.T., Ryan, C.J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S.P., Santon, C., Large, M.M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 694-702.
- DeCou, C.R., Comtois, K.A., Landes, S.J. (2018). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60-72.
- De Jaegere, E., Van Landschoot, R., Van Heeringen, K., Van Spijker, B.A.J., Kerkhof, A.J.F.M., Mokkenstorm, J.K., Portzky, G. (2019). The online treatment of suicidal ideation: A randomised controlled trial of an unguided web-based intervention. *Behaviour Research and Therapy*, 1-20.
- Ellis, T.E., Rufino, K.A., Allen, J.G. (2017). A controlled comparison trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) in an inpatient setting: Outcomes at discharge and six-month follow-up. *Psychiatry Research*, 249, 252-260.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 1-10.

- Fonseca Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J.M., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Tesal, J.F., González Pando, D., Díez Gómez, A., García Montes, .M., García Cerdán, L., Osma, J., ... Marrero, R.J. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva. *Psicothema*, 33(2).
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Observatorio del Suicidio en España. (2023). *Suicidios España 2022. Datos definitivos*.
- Furuno, T., Nakagawa, M., Hino, K., Yamada, T., Kawashima, Y., Matsuoka, Y., Shirakawa, O., Ishizuka, N., Yonemoto, N., Kawanishi, C., Hirayasu, Y. (2017). Effectiveness of assertive case management on repeat self-harm in patients admitted for suicide attempt: findings from ACTION-J study. *Journal of Affective Disorders*, 225, 1-19.
- Ghomoushi, F., Sobhi, A., Kiani, Q., Mohammad Saeed, A., (2022). The Relationship of Emotional Child Abuse, Borderline Personality, and Self-harm Behavior with the Mediating Role of Object Relation in Female Adolescents. *International Journal Of School Health*, 10(1), 26-35.
- Groves, S., Backer, H.S., Van Den Bosch, W., Miller, A. (2012). Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65-75.
- Hawton, K. y Heeringen, K.V. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373, 1372–1381.
- Instituto Nacional de Estadística [INE] (2023). Notas de prensa: Defunciones según la Causa de Muerte. Primer semestre 2023 (datos provisionales) y año 2022 (datos definitivos) https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf
- James, S., Freeman, K., Mayo, D., Riggs, M., Morgan, J.P., Schaepper, M.A., Montgomery, S.B. (2015). Does Insurance Matter? Implementing Dialectical Behavior Therapy with Two Groups of Youth Engaged in Deliberate Self- Harm. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(4), 449-461.

- Kim, H. y Hanjong, P. (2022). *Effects of Fear of Coronavirus Disease 2019 and Social Distancing on Women's Suicidal Ideation: Mediating Effect of Depression*. Journal of Korean Academy of Nursing, 52(4), 464-475.
- Kim, S.M., Baek, J.H., Han, D.H., Lee, Y.S., Yurgelun-Todd, B.A., (2015). Psychosocial–Environmental Risk Factors for Suicide Attempts in Adolescents with Suicidal Ideation: Findings from a Sample of 73,238 Adolescents. The Official Journal of the American Association of Suicidology, 45(4), 477-487.
- Klonsky, E. D., May, A. M., Saffer, B.M. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307-330.
- Kothgassner, O.D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M.M., Schmahl, C., Plener, P.L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057-1067.
- Kreuze, E., Jenkins, C., Gregoski, M., York, J., Mueller, M., Lamis, D.A., Ruggiero, K.J. (2016). Technology-enhanced suicide prevention interventions: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(6), 605-617.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Plos Medicine*, 6(7), 1-28.
- Ligier, F., Kabuuth, B., Guillemin, F. (2016). MEDIACONNEX: a multicenter randomised trial based on short message service to reduce suicide attempt recurrence in adolescents. *BMC Psychiatry*, 16 (251), 1-6.
- Lin, T.J., Ko, H.C., Wu, J.Y., Oei, T.P., Lane, H.Y., Chen, C.H. (2019). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group Vs. Cognitive Therapy Group on Reducing Depression and Suicide Attempts for Borderline Personality Disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 82-99.

- Linehan, M.M. (1987). Behavioral Treatments of Suicidal Behaviors. Definitional Obfuscation and Treatment Outcomes". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 302-328.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K., Lindenboim, N. (2006). Two Year Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs. Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Liu, Z., Sun, L., Z., Y., Wang, J., Sun, F., Zhang, Z., Sun, G., Sun, L., Yang, R. (2023). The prevalence of underweight and obesity in Chinese children and adolescents with major depressive disorder and relationship with suicidal ideation and attempted suicide. *Frontiers in Psychiatry*, 1-9.
- López de Argumedo M, Reviriego E, Gutiérrez A, Bayón JC. Actualización del Sistema de Trabajo Compartido para Revisiones Sistemáticas de la Evidencia Científica y Lectura Crítica (Plataforma FLC 3.0). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2017. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.
- Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R., Linehan, M.M. (2006). Mechanisms of Change in Dialectical Behavior Therapy: Theoretical and Empirical Observations. *Journal Of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.
- May J.M., Richardi, T.M., Barth K.S. (2016). Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Clinician*, 6(2), 62-67.
- McCauley, E., Berk, M.S., Asarnow, J.R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., Linehan, M.M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777-785.

- Mehlum, L., Ramleth, R.-K., Tormoen, A.J., Haga, E., Diep, L.M., Stanley, B.H., Miller, A.L., Larsson, B., Sund, A.M., Groholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1112-1122.
- Mehlum, L., Tormoen, A.J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L.M., Laberg, S., Larsson, B.S., Stanley, B.H., Miller, A.L., Sund, A.M., Groholt, B. (2014). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082-1091.
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tormoen, A.J., Haga, E., Diep, L.M., Stanley, B.H., Miller, A.L., Sund, A.M., Groholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295-300.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). Consellería de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad. Prensa y comunicación. Notas de prensa. (17 de julio de 2020). Recuperado de <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5006>
- Mirza, S., Docherty, A.R., Bakian, A., Coon, H., Soares, J.C., Walss-Bass, C., Fries, G.R. (2022). Genetics and epigenetics of self-injurious thoughts and behaviors: Systematic review of the suicide literature and methodological considerations. *American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsychiatry Genetics* 189(7-8), 221-246.
- Nordström, P. y Åsberg, M. (1992). *Suicide Risk and Serotonin*. *International Clinical Psychopharmacology*, 6(6), 12-21.

- Ohlis, A., Bjureberg, J., Ojala, O., Kerj, E., Jallek, C., Fruzzetti, A.E., Hellner, C. (2022). Experiences of dialectical behaviour therapy for adolescents: A qualitative analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96(2), 410-425.
- Ordóñez Carrasco, J.L. (2021) Ideación suicida: conceptualización y aspectos de la medida [Tesis doctoral]. Universidad de Almería.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (17 de junio de 2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Page, J.M., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T. Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Alonso-Fernández, S., (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española De Cardiología*, 74(9), 790-799.
- Pérez, Díez, I., Arias Rodríguez, P., Sánchez Carro, Y., De La Torre Lague, A. (2023). *Evolución del suicidio en España en población infantojuvenil (2000-2021)*. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM ISCIII): Universidad Complutense de Madrid.
- Pfeiffer, P.N., King, C., Ilgen, M., Ganoczy, D., Clive, R., Garlick, J., Abraham, K., Kim, H.M., Vega, E., Ahmedani, B., Valenstein, M. (2019). Development and Pilot Study of a Suicide Prevention Intervention Delivered by Peer Support Specialists. *Psychological Services*, 16(3), 360-371.
- Pistorello, J., Jobes, D.A., Gallop, R., Compton, S.N., Locey, N.S., Au, J.S., Noose, S.K., Walloch, J.C., Johnson, J., Young, M., Dickens, Y., Chatham, P., Jeffcoat, T. (2021) A Randomized Controlled Trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) Versus Treatment as Usual (TAU) for Suicidal College Students. *Archives of Suicide Research*, 25(4), 765-789.

- Rathus, J.H. y Miller, A.L. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 32(2), 146-157.
- Rizvi S.L., Linehan M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 3(1), 64-69.
- Robinson, J., Hetrick, A., Cox, G., Bendall, S., Yuen, H.P., Yung, A., Pirkis, J. (2016). Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: results from a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(1), 28-35.
- Ryberg, W., Zahl, P.H., Diep, L.M., Landrø, N.I., Fosse, R. (2019). Managing suicidality within specialized care: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 249, 112-120.
- Servicio Canario de Salud, Gobierno de Canarias. (2022). *Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Canarias*.
- Santamarina-Pérez, P., Méndez, I., Singh, M.K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martínez, E., Morer, A., Borràs, R., Cosi, A., Romero, S. (2020). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *The Journal Of The American Association of Suicidology*, 50(3):652-667.
- Shin, H.D., Zaheer, J., Rodak, T., Torous, J., Strudwick, G. (2022). Information and communication technology-based interventions for suicide prevention implemented in clinical settings: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 12(1), 1-7.
- Sol, S.H. y Man, B.S. (2020). The Moderating Effects of the Facets of Mindfulness on the Relationship between Daily Life Stress and Suicidal Ideation among Korean College Students. *International Journal of Mental Health and Addiction*.

- Tarrier, N., Taylor, N., Gooding, P. (2008). Cognitive-Behavioral Interventions to Reduce Suicide Behavior. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavior Modification*, 32(1), 77-108.
- Thabrew, H., Kumar, H., Steadman, E. (2023). Acceptability and Feasibility of “Village,” a Digital Communication App for Young People Experiencing Low Mood, Thoughts of Self-harm, and Suicidal Ideation to Obtain Support From Family and Friends: Mixed Methods Pilot Open Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 7, 1-16.
- The Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]. (12 de marzo de 2024). *Suicide rates*. <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>
- Tørmoen, A.J., Grøholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., Stanley, B., Mhelum, L. (2014). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy with Suicidal and Self-Harming Adolescents with Multi-Problems: Training, Adherence, and Retention. *Archives Of Suicide Research*, 18(4), 432-444.
- Torok M., Han J., McGillivray L., Wong Q., Werner-Seidler, A., O’Dea, B., Cleave, A., Christensen, H. (2022). The effect of a therapeutic smartphone application on suicidal ideation in young adults: Findings from a randomized controlled trial in Australia. *PLoS Medicine*, 19(5), 1-19.
- Van Spijker, B.A., Werner-Seidler, A., Batterham, P.J., Mackinnon, A., Cleave, A.L., Gosling, J.A., Reynolds, J., Kerkhof, A.J., Solomon, D., Shand, F., Christensen, H. (2018). Effectiveness of a Web-Based Self-Help Program for Suicidal Thinking in an Australian Community Sample: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), 1-12.
- Wasserman, D., Carli, V., Losue, M., Javed, A., Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3) 1-17.

- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wsserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlackzy, G., Keller, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Corocan, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J.P., Keeley, H., Musa, G.J., Nemes, B., Postuvan, V., Saiz, P., Reiter-Theil, S., Varnik, A., Varnik, P., Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 13(3), 1-9.
- Wijana, M.B., Enebrink, P., Liljedahl, S.I., Ghaderi, A. (2018). Preliminary evaluation of an intensive integrated individual and family therapy model for self-harming adolescents. *BMC Psychiatry*, 18(371), 1-15.
- Zych, I., Buela-Casal, G., Sierra, J.C., Gómez-Rodríguez, S. (2012). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales de Psicología*, 28(1), 11-18.