

Eficacia de los tratamientos psicológicos para los comportamientos autolesivos suicidas y no suicidas en adolescentes

Miguel Ángel Carrasco, Eva M. Carretero, Luis Fernando López-Martínez, & Ana M. Pérez-García
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

Resumen

Los comportamientos autolesivos y suicidas en adolescentes, por su creciente prevalencia como por sus fatales consecuencias, son en nuestros días un problema de salud pública que requiere de intervenciones eficaces. Con el objetivo de dilucidar los tratamientos psicológicos que, hasta la fecha, mejor funcionan para reducir o eliminar estos comportamientos, se realizó una revisión de estudios de metaanálisis y revisiones sistemáticas en las bases de datos PsycArticles, PsycInfo y MEDLINE. Los criterios de elegibilidad establecidos permitieron la selección final de 10 registros. Los resultados mostraron una elevada heterogeneidad y un alcance limitado de los tratamientos psicológicos con tamaños del efecto de pequeños a moderados tanto para las conductas autolesivas, como para la ideación suicida, la suicidabilidad y especialmente para la intención suicida. Estos efectos tendían a debilitarse o desaparecer en el medio y largo plazo. La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) resultó ser comparativamente la que mejores resultados obtuvo de las intervenciones analizadas. El alcance restringido de los resultados y las importantes limitaciones metodológicas halladas alertan de la necesidad de más investigación, así como del futuro diseño de intervenciones específicas para este tipo de problemas.

Palabras clave: *umbrella review, tratamiento psicológico, psicoterapia, autolesión, suicidio, adolescentes.*

Abstract

Efficacy of psychological treatments for suicidal and non-suicidal self-injurious behaviors in adolescents. Self-injurious and suicidal behaviors in adolescents are nowadays a public health problem that requires effective interventions. In order to elucidate the psychological treatments that, to date, work best to reduce or eliminate these behaviors, a review of meta-analysis and systematic reviews was carried out in the PsycArticles, PsycInfo and MEDLINE databases. The established eligibility criteria allowed the final selection of 10 records. The results showed high heterogeneity and poor results for the psychological treatments with small to moderate effect sizes for self-injurious behaviors, suicidal ideation, suicidality and especially for suicidal attempts. These effects tended to weaken or disappear in the medium to long term. Dialectical Behavior Therapy (DBT) proved to be comparatively the best performing of the interventions analyzed. The limited scope of the results and the important methodological limitations alert us to the need for further research and the future design of specific interventions for this type of problems.

Keywords: *umbrella review, self-injury, suicide, treatment, psychological intervention, adolescents.*

Las conductas autolesivas (*Self-injurious behaviors*, SIB) son comportamientos por los que una persona se causa a sí misma un daño físico, deliberado y directo. Dentro de estas autolesiones se incluyen aquellas con (*suicide attempts*, SA) y sin intención suicida (*non-suicidal self-injury*, NSSI) (Hamza et al., 2012; Nock, 2010; Nock et al., 2006).

El suicidio es un grave problema de salud pública que afecta no solo a las personas que lo llevan a cabo sino también a sus familias y a las comunidades o países de las que son parte (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021a). Según el último informe de la OMS "*Suicide worldwide in 2019*" (OMS,

2021b) cada año se quitan la vida alrededor de 703.000 personas, lo que convierte a la conducta suicida en una de las principales causas de muerte en el mundo, provocando más de una de cada cien muertes (1.3%) a nivel mundial. En España, el suicidio es la segunda causa de muerte en los jóvenes de entre 15 y 29 años, solo precedida por enfermedades oncológicas, siendo la muerte autoinfligida la cuarta causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 19 años (OMS, 2021a). En 2020, en España se quitaron la vida 14 personas menores de 15 años, y 300 jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 29 años (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2022), lo

Correspondencia:

Miguel Ángel Carrasco
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)
C/ Juan del Rosal, 10. 28040 Ciudad Universitaria, Madrid
E.mail: macarrasco@psi.uned.es

que hace a los adolescentes y jóvenes un grupo especialmente vulnerable. A pesar de las dificultades para la estimación real de la autolesión sin intención suicida (p.ej., variabilidad en la operativización, diversidad de muestras y métodos de evaluación, etc.) se trata de un fenómeno especialmente prevalente entre jóvenes y adolescentes con una tendencia creciente en los últimos años (Cha y Nock, 2011; Faura et al., 2021; Solís y Gómez-Peresmitré, 2020; Vega et al., 2018). Esta realidad convierte a las conductas autolesivas y suicidas en un verdadero desafío mundial para la salud mental pública, especialmente de nuestros adolescentes (Kothgassner et al., 2021) que hace indispensable establecer las intervenciones más eficaces que permitan su reducción y abordaje.

Recientes revisiones sistemáticas y metaanálisis han evaluado la eficacia a corto y largo plazo de los tratamientos psicológicos (Spirito et al., 2021; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2020). De los 6 programas de tratamiento evaluados, la terapia dialéctica conductual (TDC) es la que más evidencia experimental obtiene con eficacia demostrada en la disminución tanto de las autolesiones como de la ideación e intención suicida. El resto de las terapias analizadas (i.e., terapia familiar basada en el apego [ABFT], terapia multisistémica-psiquiátrica [MST-Psych], terapia de alternativas seguras para adolescentes y jóvenes, terapia cognitiva conductual integrada [TCC-I], equipo de apoyo nominado por jóvenes-versión II [YST-II]) obtienen efectos moderados que requieren de más investigación. Tratamientos como la terapia conductual cognitiva o la terapia conductual muestran resultados prometedores pero limitados (Leavey & Hawkins, 2017). En consonancia con ello, recientes estudios como los de Fox et al. (2020) y Kothgassner et al. (2020) concluyen que, a pesar del creciente número de investigaciones realizadas en torno a la eficacia de las intervenciones psicológicas dirigidas a la reducción de las autolesiones y las conductas suicidas, su eficacia es limitada, poniendo de relieve la importancia de aislar y desarrollar terapias específicas que aumenten la eficacia de los tratamientos. En este sentido, las importantes limitaciones metodológicas de los estudios existentes sobre la eficacia de la intervención psicológica en comportamientos suicidas no permiten concluir con rotundidad sobre el tratamiento de elección, lo que sugiere la necesidad de ampliar y reforzar la investigación al respecto con estrategias metodológicas más rigurosas (Ougrin et al., 2015; Witt et al., 2021).

De todo ello y considerando la necesidad de clarificar la evidencia existente sobre la eficacia de los diversos tratamientos psicológicos en relación con los fenómenos autolíticos en población adolescente, la presente revisión *umbrella* pretende explorar y sintetizar la evidencia existente en la literatura sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para la autolesión y la conducta suicida en niños y adolescentes. Ello facilitará el conocimiento de los tratamientos más eficaces hasta la actualidad, establecerá marcos de referencia para el diseño futuro de intervenciones basadas en la evidencia, así como orientar y alentar la investigación en relación con la eficacia de estos tratamientos.

Método

Siguiendo la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*; Page et al.,

2021) para las revisiones sistemáticas y metaanálisis, así como la guía práctica de criterios esenciales propuestos por Fusar-Poli y Radua (2018) para la realización de revisiones *umbrella* se estableció la metodología a continuación descrita.

Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad de los estudios analizados se guiaron por la delimitación previa de diferentes criterios de inclusión y exclusión que mejor permitieron responder al objetivo de esta revisión y acordes a las categorías propuestas por el método PICOS (*Population, Intervention, Comparator, Outcome y Study design*; Methley et al., 2014). Como criterios de exclusión se establecieron los siguientes: (a) destinatarios de la intervención cuyas edades superaran la edad de 18 años o superior a 21 en aquellas revisiones en las que solo se informaba de la media de edad grupal; (b) análisis exclusivo de poblaciones diana (p.ej., padres, cuidadores, profesionales) diferentes a la población infantil o adolescente; (c) participantes con discapacidad intelectual primaria o secundaria, derivada de un trastorno del neurodesarrollo como el trastorno de espectro autista; (d) analizar los efectos exclusivos de intervenciones o tratamientos médicos o farmacológicos en ausencia de intervenciones psicológicas; (e) análisis exclusivo de programas de prevención grupal en contextos escolares o sanitarios; (f) ausencia de datos o resultados estadísticos que impidieran una estimación cuantitativa de los efectos de la intervención; (g) ausencia de conducta autolesiva o comportamiento suicida como variable de medida o resultado; (h) centrarse en estudios de casos únicos.

De manera congruente a estos criterios se incluyeron aquellas revisiones de revisiones en idioma inglés que: (a) analizaban todo tipo de intervenciones psicológicas o psicoterapias en cualquiera de sus modalidades (individual, grupal, en línea) tanto de forma exclusiva como combinadas entre sí o con tratamiento farmacológico, (b) sobre comportamientos autolesivos y/o suicidas evaluados por procedimientos validados o sistematizados, (c) en población infantil o adolescente con o sin diagnósticos clínicos (p.ej., alteraciones del estado de ánimo, trastorno límite de la personalidad) y (d) que contenían resultados que permitieran una estimación cuantitativa de los efectos de la intervención sobre el comportamiento autolesivo/suicida, (e) mediante diversos diseños tales como ensayos controlados aleatorizados, diseños selectivos o *expostfactos*, ensayos clínicos controlados mediante diseños de comparación de grupos con control activo o pasivo (ausencia de tratamiento, tratamiento habitual, lista de espera, placebo u otro tipo de intervención) o comparación intra-grupos de medidas repetidas (pretest-postest y/o seguimiento).

De la combinación de estos criterios de inclusión y exclusión se recogen en la Figura 1 el número específico de las revisiones identificadas, cribadas y excluidas, así como las finalmente seleccionadas según los criterios de elegibilidad resultantes.

Estrategia de búsqueda y selección de los estudios

Con el objetivo de seleccionar los artículos que cumplirían con los criterios de elegibilidad mencionados previamente para ser incluidos en esta revisión *umbrella*, se consultaron las bases APA PsycArticles, APA PsycInfo y MEDLINE, por

entender que son de las más representativas en la investigación en psicología. Los términos de búsqueda utilizados pueden agruparse en tres conjuntos, utilizando para relacionarlos el término booleano AND.

El primer conjunto hacía referencia a la conducta suicida (ideación suicida, intentos de suicidio, autoagresión o autolesión) y se recogió con los siguientes términos: “suicid* OR auto-aggres* OR self-harm OR self-injur* OR self-aggres* OR self-destruct* OR self-mutilation OR self-destruct* OR delibe-rat* selfharm”.

El segundo conjunto hacía referencia al tratamiento o intervención psicológica, utilizando los términos: “intervent* OR psychotherapy OR treatment* OR therap* OR counsel*”.

Finalmente, el tercer bloque recogía el tipo de investigación buscada, es decir, revisiones sistemáticas y/o metaanálisis, con términos como: “systematic review OR systematic*review OR meta analys* OR meta*analys*”.

Extracción de información

Para la extracción de la información de las revisiones finalmente seleccionadas se diseñó una tabla en Excel que permitía cumplimentar para cada uno de los registros seleccionados diferentes aspectos importantes para esta revisión. Algunos eran más formales como la referencia completa del trabajo, primer autor y año de publicación, tipo de revisión (sistemática, metaanálisis o ambas), rango temporal de búsqueda, bases de datos exploradas, términos de búsqueda, número de artículos/estudios/ensayos recogidos en la revisión, características de los participantes (número, % de chicas, edad), o lugar y país de recogida de los datos. Otros estaban relacionados con el diseño de los estudios y los tipos de intervención o tratamiento utilizados (tipos de terapia de los grupos experimentales, actuaciones en los grupos controles, número de sesiones, duración del tratamiento, etc.), así como las variables de comportamiento suicida medidas (ideación suicida, intento de suicidio, autolesiones, o riesgo suicida). Y, finalmente, se recogían todos los aspectos relacionados con los hallazgos obtenidos en cada una de las revisiones, buscando fundamentalmente, el tamaño del efecto de los resultados sobre la conducta suicida de las diferentes intervenciones psicológicas comparadas con sus correspondientes grupos control, y el protocolo de calidad metodológica seguido por los autores de cada revisión.

Una vez delimitados y clarificados los elementos a extraer de cada revisión, la información se extrajo por los autores de este trabajo quienes registraban los datos previamente consensuados en la hoja de Excel diseñada a tal fin. Tras la extracción de la información, los datos se revisaron conjuntamente en sendas reuniones en las que se aclararon aquellos datos confusos o incompletos. Cualquier información contradictoria por parte de los autores en el análisis y codificación de los artículos se contrastaba con la fuente documental y se consensuaba hasta confirmar y aclarar los datos definitivos a registrar en la hoja de información. Cumplimentado el registro de las publicaciones analizadas y su codificación, una de las autoras del estudio revisó y confirmó los datos suministrados por cada uno de los restantes autores.

Evaluación de calidad y del riesgo de sesgo

Para valorar la calidad metodológica y el riesgo de sesgo de las revisiones incluidas en el presente estudio se analizaron los procedimientos seguidos por cada una de ellas para tratar esta cuestión, sopesando el peso que estas valoraciones tuvieron para los autores de dichas revisiones sistemáticas y/o metaanálisis en la interpretación de los resultados informados. Dada la heterogeneidad en los criterios de calidad informados, así como en el uso de protocolos y guías para la valoración de la calidad del riesgo y el análisis de los sesgos recogidos en las diferentes revisiones, se analizó el número y porcentaje de las revisiones consultadas que habían seguido un protocolo de calidad explícito, el grado de su cumplimiento, junto con la estimación de la calidad informada en cada una de ellas.

Resultados

Selección de artículos y características de las revisiones analizadas

La búsqueda arrojó un total de 3.360 registros que luego se redujeron con los siguientes criterios: (1) publicados entre 2000 y 2022 ($n = 3.306$), (2) edad de los participantes igual o inferior a 18 años ($n = 689$), (3) sólo publicaciones académicas con revisiones por pares ($n = 670$), y finalmente (4) que los lenguajes de publicación fueran inglés o español ($n = 638$).

A partir del número de registros resultante ($n = 638$), y como puede consultarse en el diagrama de flujo del proceso de selección basado en la declaración PRISMA (Page et al., 2021) recogido en la Figura 1, se eliminaron los archivos repetidos ($n = 119$) y se trabajó sobre los títulos y resúmenes de los 519 registros restantes para ver su grado de cumplimiento de los criterios de inclusión. A continuación, se procedió a la recuperación de los registros seleccionados, evaluando para su elegibilidad un total de 95 publicaciones. Finalmente, y tras excluir por diferentes motivos (ver Figura 1) de falta de cumplimiento de los criterios de selección un total de 85 publicaciones, se incluyeron 10 revisiones sistemáticas y/o metaanálisis en la presente revisión *umbrella*.

En la Tabla 1 pueden consultarse las características de estas 10 revisiones, publicadas entre los años 2011 y 2022. Cinco se definen como revisiones sistemáticas y metaanálisis (Itzhaky et al., 2022; Kothgassner et al., 2021; Labelle et al., 2015; Ougrin et al., 2015; Wong et al., 2020), dos como metaanálisis (Cook & Gorraiz, 2016; Hunnicutt Hollenbaugh y Lenz, 2018) y las tres restantes únicamente como revisiones sistemáticas (Calear et al., 2016; Corcoran et al., 2011, O'Connor et al., 2013) señalando sus autores que, dada la heterogeneidad en las características de los participantes, las intervenciones y en la medida de los resultados, no les fue posible realizar un metaanálisis formal.

El número de artículos/estudios realizados con adolescentes incluidos en estas revisiones va desde 6 (Cook et al., 2016) hasta 29 (Calear et al., 2016; Itzhaky et al., 2022), sumando un total de 176. El número de participantes oscila entre 98 (Cook et al., 2016) y 15.415 (Itzhaky et al., 2022), con un total de 39.157 adolescentes. La presencia de chicas, según los estudios que aportan este dato, es, en general, superior a la de chicos, pudiendo señalarse que su porcentaje promedio estaría en torno al 75% de la muestra. En cuanto a la edad, la mínima

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de las revisiones sistemáticas y metaanálisis basado en la declaración PRISMA 2020 (Page et al., 2021)

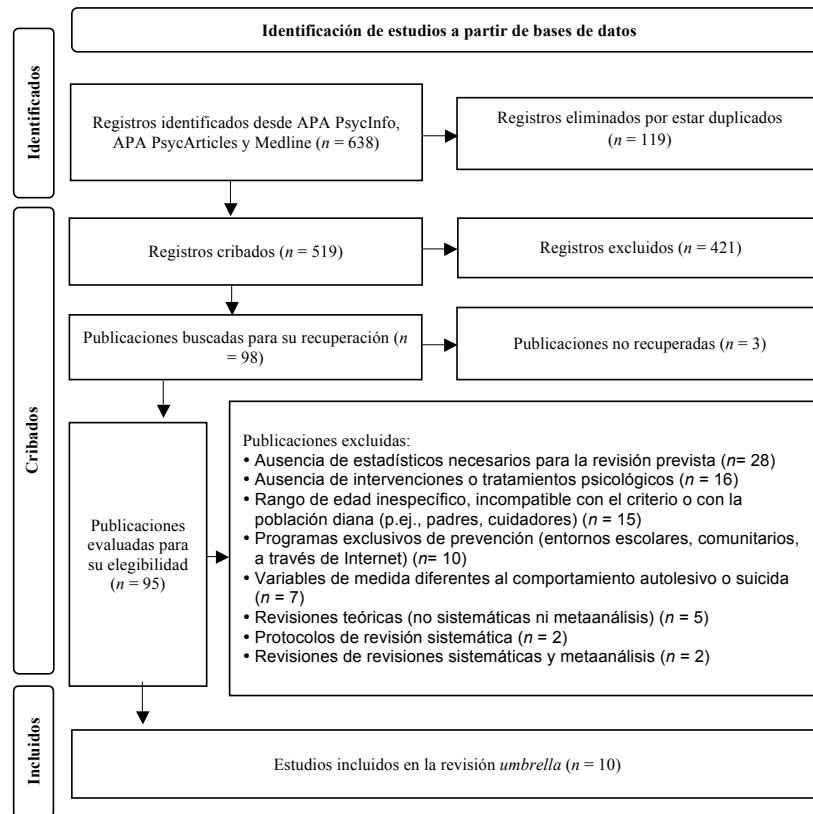


Tabla 1. Características de los estudios en niños y adolescentes de las Revisiones Sistemáticas y/o Metaanálisis recogidos en la presente Umbrella Review

Estudio	Tipo de revisión	Nº artículos/ estudios	Características participantes	Diseño de intervención y características tratamiento	Comportamiento suicida medido
Calear et al. (2016)	RS	29	$N = 10654$ Chicos: rango 10-82% Edad = 12.9; rango = 12-25 años	ECA GE = TCC (25%), TDC (9%), TSP (22%), TA (37%), Psicoeducación (13%), EM (22%). GC = TH (81%), lista espera (12%), Control de atención (6%) Sesiones: de 1 a 64 (mediana = 5) Individual y grupal Impartido por enfermeras, TS, terapeutas, psicólogos y profesores Programas en escuelas (31%), comunitarios (22%), entornos sanitarios (47%)	Ideación suicida Intento suicida Autolesión (S)
Cook & Gorraiz (2016)	MA	6*	$N = 98$ Chicas: rango 80-100% Edad promedio: entre 15.4 y 16.4	Pre-post (No ECA) Intervención: TDC Semanas de tratamiento: - 16.7% = 2 - 50% entre 12 y 24 - 33.3% = 48 Individual y grupal	Autolesión (NS)
Corcoran et al. (2011)	RS	17	$N = 2398$ Chicas = 77.26% promedio; rango 62-100% Edad = 14.9; rango 10-18 años	8 experimentales y 6 cuasi-experimentales GE = TCC (35.3%), TF (25.5%), TDC (11.8%), otras (27.4%) Semanas de tratamiento: - 35,3% < 4 - 41,2% entre 12 y 24 - 23,5% > 24 Individual y grupal	Sentimientos suicidas Autolesión (S)
Hunnicutt Hollenbaugh & Lenz (2018)	MA	12	$N = 834$ Chicas = 56% Edad = 15; promedio < 18 EE. UU. (99%)	GE = TDC GC = lista de espera (17%), otras terapias/actuaciones (83%; p.ej., TAU (60%)) Individual y grupal	Riesgo suicida (ideación o intento) Autolesión

Estudio	Tipo de revisión	Nº artículos/ estudios	Características participantes	Diseño de intervención y características tratamiento	Comportamiento suicida medido
Itzhaky et al. (2022)	RS, MA	29	N = 15415 Chicas = 72% promedio Edad: 10-18	GE = TCC, TDC, TF, TA GC = TH (53.3%), lista de espera (6.7%), otras terapias/ actuaciones (40%) Semanas de tratamiento: - 30% ≤ 4 - 40% entre 5 y 12 - 30% ≥ 13 Individual y grupal	Ideación suicida Intento suicida Autolesión (S)
Kothgassner et al. (2021)	RS, MA	21	N = 1673 Chicas = 82% promedio Edad = 15.4 (Dt = 1.3) EE. UU. (52.4%), UE (33.3%), Canadá (9.5%), Australia (4.8%)	4 ECC y 5 ECA: GE (9 estudios) = TDC GC (9 estudios) = TH (44.4%), TDM (11.1%), TA (11.1%), otras (33.3%) Sin GC: Pre-post (57.1%) Semanas de tratamiento: - 14.3% ≤ 8 - 33.3% entre 12 y 16 - 33.3% entre 24 y 26 - 19.1% = 48 Individual y grupal	Ideación suicida Autolesión
Labelle et al. (2015)	RS, MA	25RS/14MA	N = 2874 Chicas = 79% promedio Edad = 15.52; rango 12-18 años EE. UU. (52%); UK (32%)	GE = TCC GC = TH (28%), TCC+medicación, otras terapias (72%) Semanas de tratamiento: - 21% ≤ 8 - 36.8% = 12 - 42.2% ≥ 16 Sin GC: Pre-post (24%) Individual y grupal Aplicado por psicoterapeutas y TS	Ideación suicida Intento suicida Autolesión (S)
O'Connor et al. (2013)	RS	11**	N = 2392 Chicas = 75.8% promedio rango 64-90% Edad= 15.5; rango 12-24 años	ECA GE = TCC (23.1%), PD (23.1%), TI (23.1%), otras (30.7%) GC = TH Individual y grupal	Ideación suicida Intento suicida
Ougrin et al. (2015)	MA	19	N = 2176 Edad: rango 10-19 años EE. UU., Europa, Australia	ECA GE = IT (TCC, PD, TDC, TBM, TF) GC = TH Seguimientos entre 2 y 18 meses Individual y grupal Aplicado por psicoterapeutas y TS	Ideación suicida Intento suicida Autolesión (S y NS)
Wong et al. (2020)	RS, MA	7	N = 643 Chicas: rango 85-96% Edad: rango 12-18 años	ECA GE = TDC (42.8%), ERE (28.6%), TBM (14.3%), TCA (14.3%) GC = TH (42.8%), THM (28.6%), TA (14.3%), CC (14.3%) Duración del tratamiento: entre 4 y 24 meses Número sesiones: entre 12 y 28 Individual y grupal	Intento suicida Autolesión (NS)

CC = Cuidado clínico; ECA = Ensayos clínicos aleatorizados (Randomized Controlled Trial); ECC = Ensayos clínicos controlados; EE. UU. = Estados Unidos; EM = entrevista motivacional; ERE = Entrenamiento en regulación de la emoción; GC = Grupo control; GE = Grupo experimental; IT = Intervenciones terapéuticas; MA = Metaanálisis; NS = no suicida; PD = Psicoterapia del Desarrollo; RS = Revisión sistemática; S = suicida o deliberada; TA = Terapia de Apoyo; TBM = Tratamiento basado en la mentalización (Mentalization-Based Treatment); TCA = Terapia cognitivo analítica; TCC = Terapia Cognitivo-Conductual; TDC = Terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavior Therapy); TDM = Terapia de desactivación modal; TF = Terapia Familiar; TH = Tratamiento habitual (Treatment as Usual); THM = Tratamiento habitual mejorado; TI = terapia interpersonal o psicodinámica; TS = Trabajadores Sociales; TSP = terapia de solución de problemas; UE = Unión Europea; UK = Reino Unido.

*El metaanálisis se hizo sobre 12 artículos de tratamiento de la depresión, pero sólo 6 evalúan comportamiento suicida.

** La revisión completa se hizo con 56 estudios recogidos en 86 publicaciones. Se incluyen sólo los 11 estudios referidos a población adolescente: 9 evalúan intención de suicidio y 6 ideación suicida (5 artículos miden ambas respuestas).

sería 10 y la máxima 18, con alguna excepción de 19 años, siendo en cualquier caso la media siempre inferior a 18. Combinando todos los estudios que aportan este dato, la media de edad sería de 15 años.

En cuanto a los diseños de intervención, 4 de las revisiones únicamente incluyen estudios con ensayos clínicos aleatorizados (ECA), y el resto combinan estudios ECA con estudios sin aleatorización ($n = 5$) o sólo estudios pre-post intervención sin

grupo control ($n = 1$). Detalles sobre las intervenciones, terapias aplicadas en los grupos experimentales y las actuaciones llevadas a cabo en los grupos controles, se presentan en la Tabla 1 y en el siguiente apartado al analizar sus efectos sobre la conducta suicida.

Efectos de las intervenciones implementadas

Las revisiones analizadas han utilizado diferentes medidas del tamaño del efecto dependiendo tanto del diseño como del tipo de análisis estadístico realizado en cada una de ellas. En la presente revisión, los estudios codificados han incluido cálculos del tamaño del efecto basado en diferencias de medias estandarizadas, mayoritariamente ($n = 8$; 80%) la g de Hedges ($n = 4$; 40%) y la d de Cohen ($n = 4$; 40%). En menor medida se han obtenido indicadores alternativos de la estimación del tamaño del efecto tales como, ϕ ($n = 1$; 10%), correlaciones de Pearson r_{xy} ($n = 1$; 10%), número necesario a tratar (NNT) ($n = 2$; 20%), Riesgo Relativo ($n = 1$; 10%), Diferencia de Riesgo ($n = 1$; 10%) y *Odds Ratio* ($n = 2$; 20%). Además, y de forma complementaria, la mayoría de las revisiones incluían estimaciones de la heterogeneidad mediante los estadísticos Q de Corcoran ($n = 5$; 50%), el índice de inconsistencia I^2 ($n = 3$; 30%) y Tau2 ($n = 1$; 10%). El número y los porcentajes de cada una estas medidas no coinciden de forma exacta dado que un mismo estudio incluye más de una. Adicionalmente, algunos de los estudios incluyeron análisis de los sesgos y ajustes de corrección, como se señala en un próximo apartado sobre calidad de los estudios.

Con el fin de obtener una intuitiva y fácil valoración de la estimación de los diferentes tamaños del estudio, en la Tabla 2 se incluye una valoración del umbral de estimación y su significación atendiendo a los umbrales de significación propuestos por Cohen: pequeño (≤ 0.30), medio (0.50) y grande (≥ 0.67) (Cohen, 1988; Lipsey y Wilson, 2001). En relación con la heterogeneidad y siguiendo a Borenstein et al. (2009), valores significativos de Q e I^2 mayores de .50 serán indicativos de heterogeneidad en las muestras de los estudios y por tanto deberían proceder al análisis de los posibles moderadores.

Eficacia de la intervención psicológica global sobre los comportamientos autolesivos y suicidas

Las intervenciones psicológicas en su conjunto mostraron una eficacia de baja a moderada en las revisiones analizadas cuyos efectos resultaron significativos tanto para las conductas de autolesión intencionada ($n = 8$; 80%), como para ideación suicida ($n = 5$; 50%), la intención suicida ($n = 3$; 30%) o la suicidabilidad ($n = 1$; 10%). El análisis diferenciado por el tipo de conductas autolesivas y suicidas indicaba un efecto ligeramente superior para la ideación suicida y especialmente débil para los intentos suicidas.

El análisis de los efectos de las intervenciones a medio-largo plazo revela que tales efectos continúan siendo débiles o tienden a desaparecer, especialmente para la autolesión intencionada no suicida y para la intención suicida. El riesgo estimado, cuando es hallado, muestra resultados muy limitados.

Los resultados relativos a la heterogeneidad de los tamaños del efecto mostraron ser más heterogéneos que homogéneos: 4 revisiones (40%) mostraron datos heterogéneos y 1 revisión (10%) datos homogéneos. De manera similar ocurría para los intentos suicidas con 2 revisiones (20%) que aportaban resul-

tados heterogéneos frente a 1 revisión (10%) con resultados homogéneos. En cambio, para la ideación suicida los resultados tendían a ser más homogéneos que heterogéneos con 2 revisiones (20%) que aportaban datos homogéneos y 1 revisión (10%) datos heterogéneos.

Eficacia diferencial según la modalidad de intervención psicológica

Gran parte de las revisiones analizadas ($n = 6$; 60%) delimitaban la variable intervención de manera amplia e inclusiva incorporando bajo esa denominación una amplia y diversa gama de modalidades de terapia lo que ha dificultado el análisis por separado de los distintos tipos de terapia. No obstante, algunas revisiones se han centrado en modalidades o tipos específicos de intervención tales como terapia cognitiva conductual (TCC) combinada con terapia de solución de problemas (TSP), terapias no estrictamente conductuales (terapia de apoyo social, entrevista motivacional y psicoeducación) o terapia dialéctica conductual (TDC) bien de manera exclusiva o combinada con TCC (TDC+TCC).

La TCC combinada con TSP (Calear et al., 2016) tuvo una eficacia significativa sobre los comportamientos autolesivos y suicidas con un tamaño del efecto bajo tanto para la autolesión no suicida intencionada como para la intención suicida y un tamaño del efecto alto para la ideación suicida. La combinación de terapia de apoyo social, entrevista motivacional y psicoeducación obtuvo tamaños del efecto significativos, pero más bajos que la combinación TCC+TSP y especialmente bajos para los intentos suicidas.

La TDC resultó eficaz y con tamaños del efecto moderados (Hunnicutt Hollenbaugh y Lenz, 2018) y altos (Cook & Gorraiz, 2016) sobre la conducta autolesiva, el riesgo suicida y la ideación suicida (Kothgassner et al., 2021). Estos resultados se mostraron claramente homogéneos para la conducta autolesiva en tres revisiones ($n = 3$; 30%) y heterogéneos en una de las revisiones ($n = 1$; 10%) para la ideación suicida.

Cuando la TDC se combinaba con TCC los efectos resultaron ser inferiores para la conducta autolesiva no suicida intencionada, pero continuaban siendo moderados para la ideación suicida (Labelle et al., 2015). La eficacia de esta combinación (TDC+TCC) no resultó significativa para la intención suicida. En todas estas variables de medida, los resultados se mostraron heterogéneos.

Calidad metodológica y riesgo de sesgo

Los diez estudios incluidos en esta revisión *umbrella* tuvieron en cuenta procedimientos para analizar la calidad de los ensayos incorporados en su revisión/metaanálisis, destacando en todos los casos, la preocupación por la adecuada aleatorización de los grupos (experimental/control) o el rigor metodológico de los ensayos.

Algunos utilizaron los criterios recogidos en la herramienta de evaluación de Riesgo de Sesgo de Cochrane (Higgins et al., 2011) para valorar la calidad de los ensayos, considerando aspectos como aleatorización, ocultación de la asignación, cegamiento de los participantes y de los evaluadores, deserción/abandono, informe selectivo de resultados y otras posibles fuentes de sesgo (p.ej., fuentes de financiación). Este es el caso de la revisión sistemática de Calear et al. (2016) que señalaron

Tabla 2. Efectos de las intervenciones psicológicas sobre las conductas autolesivas y los comportamientos suicidas en las revisiones consultadas

Estudio	Intervención	Efectos de la intervención	Valoración y significación
Calear et al. (2016)	Intervención Psicosocial Global y Psicoterapia ¹	<ul style="list-style-type: none"> · Autolesión intencionada $\phi = 0.29-0.33; p < .05, n = 2$ $d = 0.42, n = 1, p < .05$ $d = -0.02 \text{ to } 0.34, n = 1, p > .05$ $\phi = 0.08, n = 1, p > .05$ · Ideación suicida: $d = 0.16-3.01, \text{media} = 0.76, n = 7; p < .05)$ $d = -0.33 \text{ to } 0.34, \text{median} = 0.07, n = 6, p > .05;$ $\phi = 0.02-0.03, \text{median} = 0.02, n = 3; p > .05)$ · Intento suicida: $\phi = 0.04-0.38, \text{median} = 0.04, n = 3; p < .05$ $\phi = -0.18 \text{ to } 0.10, \text{median} = -0.09, n = 4; p > .05)$ · Suicidabilidad: $d = 0.61-0.86, n = 1, p < .05$ 	<p>Efecto significativo y bajo sobre la autolesión intencionada en el 22% de los estudios revisados</p> <p>Efecto significativo y alto sobre la ideación suicida en el 88% de los estudios revisados</p> <p>Efecto significativo y bajo sobre la intención suicida en el 27% de los estudios revisados</p> <p>Efecto significativo y de moderado-alto sobre la suicidabilidad en el 3% de los estudios revisados.</p>
	TCC+TSP	<ul style="list-style-type: none"> · Autolesión intencionada: $\phi = 0.29-0.33, n = 2, p < .05$ $d = 0.42, n = 1, p < .05$ · Ideación suicida: $d = 0.16-3.01, \text{median} = 0.77, n = 6, p < .05$ · Intento suicida: $\phi = 0.38, n = 1, p < .05$ 	<p>Efecto significativo y bajo sobre la autolesión y la intencionalidad suicida</p> <p>Efecto significativo y alto sobre la ideación suicida.</p>
	AS+PE+EM	<ul style="list-style-type: none"> · Ideación suicida: $d = 0.21, n = 1, p < .05$ · Intento suicida: $\phi = 0.04, n = 2, p < .05$ · Suicidabilidad: $d = 0.61-0.86, n = 1, p < .05$ 	<p>Efecto significativo y bajo sobre la ideación y el intento suicidas.</p> <p>Efecto significativo y alto sobre la suicidabilidad.</p>
Cook & Gorraiz (2016)	TDC	<ul style="list-style-type: none"> · Autolesión intencionada: Tamaño del efecto medio (ESM): $g=0.81; SE= 0.11; Z= 7.20; p < .001$ (95% IC = 0.59- 1.03, $n = 98$) Homogeneidad: $Q(5) = 3.51, p > .05$ 	Efecto significativo y alto sobre la autolesión intencionada.
Corcoran et al. (2011)	Intervenciones psicosociales ²	<ul style="list-style-type: none"> · Episodios suicidas y de autolesión tras la intervención: Efectos fijos totales: $OR= 1.49, 95\% \text{ IC}= 1.00 \text{ a } 2.22$ Efectos aleatorios totales: $OR= 1.51, 95\% \text{ IC} = 1.00 \text{ a } 2.27$ Heterogeneidad: $Q \text{ de Corcoran}= 2.47, p=0.780$ indica poner el énfasis en los efectos fijos · Episodios suicidas y de autolesión a 6-7 meses de seguimiento: Efectos fijos totales: $OR= -0.678, 95\% \text{ IC}= 0.37 \text{ a } 1.22$ Efectos aleatorios totales: $OR = -0.590, 95\% \text{ IC} = 0.14 \text{ a } 2.44$ indica poner el énfasis en los efectos aleatorios $Q \text{ de Corcoran}= 16.364, p=0.0026$ · Ideación suicida tras la intervención: Efectos fijos totales: $OR = -0.254, 95\% \text{ IC} = -0.40 \text{ a } 0.10, n=339$ Efectos aleatorios totales: $OR = -0.274, 95\% \text{ IC}= -0.49 \text{ a } 0.051, n = 339$ Heterogeneidad: $Q \text{ de Corcoran}= 15.7468, p=0.1056$ indica poner el énfasis en los efectos fijos · Ideación suicida a 4-6 meses de seguimiento: Efectos fijos totales: $OR = -0.320, 95\% \text{ IC} = -0.60 \text{ a } -0.035, n = 339$ Efectos aleatorios totales: $OR = -0.375, 95\% \text{ IC}= -0.95 \text{ a } 0.20, n = 339$ Heterogeneidad: $Q \text{ de Corcoran}= 7.5126, p=0.0234$, indica poner el énfasis en los efectos aleatorios · Ideación suicida a 12 meses de seguimiento: Efectos fijos totales y aleatorios se igualaron: $OR = -0.235, 95\% \text{ IC} = -0.681 \text{ a } -0.211, n=339$ Heterogeneidad: $Q \text{ de Corcoran}= 0.0513, p=0.8208$ En este estudio tamaños del efecto negativos indican un mayor efecto de la intervención para la ideación suicida y lo contrario para los episodios de autolesión. 	<p>Efecto significativo y pequeño sobre los episodios autolesivos y suicidas tras la intervención. Tras 6-7 meses de seguimiento el efecto se invierte aumentando los episodios suicidas.</p> <p>Efecto significativo y pequeño sobre la ideación suicida tanto tras la intervención como en el seguimiento.</p>

Estudio	Intervención	Efectos de la intervención	Valoración y significación
Hunnicutt Hollenbaugh y Lenz (2018)	TDC-A	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Autolesión intencionada:</i> Tamaño del efecto medio, $g=-0.36$, 95% IC (-0.69, 0.02), $n = 159$, $p < .04$, $\tau < .01$ Heterogeneidad: $Q(2) = 1.48$, $p = .56$, $I^2 = 0$ · <i>Riesgo suicida (pensamientos+conductas suicidas):</i> Tamaño del efecto medio, $g=-0.47$, 95% IC (-0.72, -0.21), $n = 159$, $p < .01$, $\tau < .01$ Heterogeneidad: $Q(7) = 5.50$, $p = .60$, $I^2 = 0$ <p>En este estudio tamaños del efecto negativos indican un mayor efecto de la intervención</p>	Efecto significativo y de bajo a medio para la autolesión intencionada y el riesgo suicida
Itzhaky et al. (2022)	Intervenciones variadas ³	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Autolesión intencionada:</i> Si $p = 0.3$: $d = 0.001$, $n = 25$, $p = 0.97$. Si $p = 0.1$: $d = 0.001$, $n = 25$, $p = 0.73$. Si $p = 0.5$: $d = 0.05$, $n = 25$, $p = 0.13$. Controlando sesgo de publicación según test de Egger ($p = 0.06$): $d = -0.02$, $p = 0.54$ Para comparaciones Tratamiento experimental versus grupo control: A un año de seguimiento NNT= 45, 95% IC (26,156); Riesgo atribuible (AT) = 0.02, $p = 0.01$ Para comparaciones Tratamiento experimental versus línea base: NNT = 12, 95% IC (6,124); AR = 0.09, $p = 0.04$; Correlaciones pre-postratamiento: Si $p = 0.3$: Riesgo Relativo (RR) a un año de seguimiento= 0.80, 95% IC (0.63, 0.96), $p = 0.02$; Si $p = 0.1$: RR=0.77 95% IC (0.61,0.92), $p = 0$; Si $p = 0.5$: RR = 0.75 95% IC (0.61, 0.88), $p = 0$; Heterogeneidad para la d de Cohen: $I^2 = 0.79$, 95% IC (0.57, 0.85) Heterogeneidad para RR: $I^2 = 0.87$, 95% IC (0.77, 0.94) · <i>Ideación suicida</i> Correlación pre y post-tratamiento: Si $p = 0.3$: d de Cohen = 0.08, $p = 0.01$ Si $p = 0.1$: d de Cohen = 0.09, $p = 0.02$ Si $p = 0.5$ d de Cohen = 0.09, $p = 0.02$. Controlando sesgo de publicación según test de Egger ($p = 0.03$): $d = 0.05$, $p = 0.1$. Efectos en los grupos (control y experimental) en el seguimiento ($n = 20$) no significativos en relación a la línea base ($p = 0.34$); excepto para líneas base más graves. Los dos grupos no eran diferentes en el seguimiento (t-value = -0.143, $p = 0.120$) Heterogeneidad en modelos usando $p = 0.3$, $I^2 = 0.62$, 95% IC (0.33, 0.79), indicando heterogeneidad moderada. · <i>Intento suicida</i> Correlación pre y post-tratamiento: Si $p = 0.3$: d de Cohen = 0.03, $p = 0.51$ Si $p = 0.1$: d de Cohen = 0.025, $p = 0.59$ Si $p = 0.5$ d de Cohen = 0.113, $p = 0.004$ Sesgo de publicación no significativo en el test de Egger ($p = 0.2$) Para comparaciones Tratamiento experimental versus grupo control: A un año de seguimiento NNT= 42, 95% IC (24,149); Riesgo atribuible (AT) = 0.02, $p = 0.01$ Para comparaciones Tratamiento experimental versus línea base: NNT = 11, 95% IC (6,15); AR = 0.09, $p = 0.04$ Si $p = 0.3$: Riesgo Relativo (RR) a un año de seguimiento= 0.73, 95% IC (0.54, 0.92), $p = 0.01$; Si $p = 0.1$: RR=0.69 95% IC (0.51,0.87), $p = 0$; Si $p = 0.5$: RR = 0.71 95% IC (0.55, 0.87), $p = 0$; 	Efecto sobre la autolesión intencionada no significativo. Probabilidad de disminuir el riesgo significativa pero pequeña. Se estima el tratamiento un 20% más efectivo respecto al control, oscilando desde el 4% al 37%. Resultados heterogéneos Efecto sobre la ideación suicida significativo pero muy pequeño. Tras el control del sesgo pierde la significación Efecto sobre el intento suicida parcialmente significativo bajo altas correlaciones inter-sujetos. Probabilidad de disminuir el riesgo significativa pero pequeña. Se estima el tratamiento un 27% más efectivo respecto al control, oscilando desde el 8% al 46%.

Estudio	Intervención	Efectos de la intervención	Valoración y significación
Kothgassner et al. (2021)	TDC-Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Autolesión intencionada:</i> Grupo Experimental versus control: $g = -0.44$; 95% IC -0.81 a -0.07, $p = .0021$, $I^2 = 80.13\%$ Diferencia pre-post Grupo experimental: $g = -0.98$, 95% IC -1.15 a -0.81, $p < .001$ $I^2 = 0\%$ · <i>Ideación suicida</i> Grupo experimental versus control: $g = -0.31$, 95% IC -0.52 a -0.09; $p = .006$, $I^2 = 44.05\%$ Diferencia pre-post Grupo experimental: $g = -1.16$, 95% IC -1.51 a -0.80, $p < .001$ $I^2 = 54.58\%$ 	Efecto sobre la autolesión intencionada medio-alto respecto al grupo control (Heterogeneidad alta) y alto tras la intervención respecto a la línea base (Homogéneo). Efecto sobre la ideación suicida bajo-medio respecto al grupo control y alto tras la intervención respecto a la línea base. Heterogeneidad media.
Labelle et al. (2015)	TCC+TDC	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Autolesión intencionada:</i> $g = .27$, 95% IC (.17, .38), $z = 4.96$, $p = .001$ Heterogeneidad: $Qt(7) = 29.57$, $p = .001$ · <i>Ideación Suicida</i> $g = .40$, 95% IC (.30, .49), $z = 7.95$, $p = .001$ Heterogeneidad: $Qt(12) = 99.51$, $p = .001$ · <i>Intento Suicida</i> $g = .01$, 95% IC (-.13, .14), $z = .07$, $p = .94$ Heterogeneidad: $Qt(5) = 16.17$, $p = .01$. 	Efecto sobre la autolesión intencionada significativo y bajo (Heterogeneidad media). Efecto significativo y medio para la ideación suicida (Heterogeneidad alta). Efecto no significativo para el intento suicida.
O'Connor et al. (2013)	Psicoterapia (TC+TCC+TEG+TP) ⁴	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Ideación suicida en adolescentes:</i> Diferencia de Medias estandarizada (DME) = 0.22, IC (-0.46 a 0.02), $n = 629$; $I^2 = 41.2\%$, $p = 0.131$ · <i>Intento suicida a 6-18 meses en adolescentes:</i> Riesgo Relativo = 0.99, IC (0.75 a 1.31), $n = 1331$; $I^2 = 49.1\%$, $p = 0.046$ 	Efectos no significativos ni para la ideación suicida, ni para el intento suicida a 6-18 meses.
Ougrin et al. (2015)	Intervenciones terapéuticas ⁵	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Autolesiones +intentos suicidas:</i> Diferencia de Riesgo grupo de tratamiento versus control = -0.07, 95% IC = -0.01 a -0.13, $z = 2.31$, $p = .02$ Heterogeneidad: $Tau^2 = 0.01$; Chi-cuadrado = 59.60; $g.l. = 18$; $p < 0.00001$; $I^2 = 70\%$. Test para efectos totales: $z = 2.10$, $p = .40$ NNT = 14, 95% IC = 7.7-100 · <i>Intento de Suicidio:</i> Diferencia de Riesgo grupo de tratamiento versus control = -0.03, 95% IC (-0.09 a 0.03). Test para efectos totales: $z = 0.93$, $p = .35$ Heterogeneidad: $Tau^2 = 0.13$; Chi-cuadrado = 9.78; $g.l. = 7$; $p < 0.20$; $I^2 = 28\%$. Test para efectos totales: $z = 0.85$, $p = .40$ NNT = 10, 95% IC = 4.8-infinito · <i>Autolesión intencionada:</i> Diferencia de Riesgo grupo de tratamiento versus control = -0.1, 95% IC = -0.21 a -0.00, Test para efectos totales: $z = 1.91$, $p = .06$ 	Efecto significativo para las conductas autolesivas y suicidas en su conjunto; Efecto significativo débil para las conductas autolesivas o los intentos suicidas especialmente considerados separadamente.
Wong et al. (2020)	Psicoterapia ⁶	<ul style="list-style-type: none"> · <i>Autolesión intencionada:</i> OR = 0.34, 95% IC (0.16 a 0.74), $n = 558$; $I^2 = 76\%$ · <i>Intentos suicidas</i> OR = 1.03, 95% IC (0.46 a 2.30), $n = 355$; $I^2 = 56\%$ 	Efecto significativo para la autolesión intencionada y no significativo para los intentos suicidas.

Nota. Los efectos de la intervención se evalúan respecto al grupo de comparación o puntuaciones pretest según los diseños: OR=Odds Ratio; IC= intervalo de confianza; $g.l.$ = grado de libertad; p = probabilidad; NNT (número necesario a tratar)= probabilidad de que un participante en el grupo de tratamiento respecto al grupo de comparación no emita una conducta autolesiva; Riesgo atribuible (AT=Atributable risk)=probabilidad de disminuir un riesgo en el grupo de tratamiento respecto al de comparación; tau^2 = varianza estimada para el tamaño del efecto verdadero.

¹Intervención Psicosocial Global y Psicoterapia en Calear et al. (2016), incluye todos los estudios que incorporan cualquiera de las siguientes intervenciones: AS=Apoyo social (37 %), TCC= Terapia Cognitivo-Conductual (25 %), TSP= Terapia de Solución de problemas (22 %); EM=Entrevista motivacional (22 %); PE=Psicoeducación (13 %); TDC=Terapia Dialéctica conductual (DBT; 9 %); Programas a cuidadores (CARE; P-CARE); Programa SOS (Signs of Suicide Program; SOS); Programa para Adolescentes Depresivos con Riesgo Suicida, IPT-A-IN); Programa Comunitario YST (Youth-Nominated Support Team); Programas en Servicios de salud (Assessment of Treatment in Suicidal Teenagers, ASSIST); Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (TDC-A); Intervención Familiar para Prevención del Suicidio (FISP); Tratamiento Terapia de mentalización para Adolescentes (TM-A); Programa de Padres para Recursos con Adolescentes (Resourceful Adolescent Parent Program, RAP-P).

²Intervenciones psicosociales en Corcoran et al. (2011), incluye cualquiera de las siguientes intervenciones: TCC individual combinada con Terapia de familia; TCC grupal, TCC de 6 meses mínimo de duración; Sistema Token (sistema de reforzamiento positivo); Intervención comunitaria educativa con servicio directo y 4 conferencias; Terapia Familiar Basada en la Atención –centrada en la emoción; Terapia de procesamiento para mejorar los vínculos de apego 3 meses.; Tratamiento basado en habilidades (Skills-based treatment, SBT); Tratamiento basado en relaciones de apoyo (Supportive relationship-based treatment, SRT); Intervención familiar en el hogar; Terapia de grupo; Terapia multisistémica (Multisystemic Therapy, MST); Terapia dialéctica conductual (TDC); Equipo de apoyo nominado por jóvenes (Youth Nominated Support Team, (YST-1); Atención especializada en la sala de emergencias (Care).

³Intervenciones psicológicas en Itzaky et al. (2022): TCC ($n = 8$); TCC + Terapia Interpersonal ($n = 1$); TCC+ Evaluación Terapéutica ($n = 1$); TCC+TDC ($n = 2$); TCC+TDC+ Técnicas Psicodinámicas ($n = 1$); Terapias de Apoyo ($n = 5$) y Terapias Educativas ($n = 3$). La evaluación/detección se consideró parte de la inter-

vención en varios estudios ($n = 6$) incluyendo la mayoría de los estudios realizados en escuelas (5 de 8). Además de la TCC, los estudios de un solo tipo de intervención utilizaron DBT ($n = 2$), Entrevista Motivacional ($n = 2$), Terapia Basada en Apego ($n = 2$), Sistémica ($n = 2$), Terapia Interpersonal ($n = 1$), Mindfulness ($n = 1$), o enfoques de planificación de la seguridad ($n = 1$). La entrevista motivacional también se utilizó junto con un enfoque de evaluación/detección ($n = 1$).

⁴Psicoterapia en O'Connor et al. (2013) incluye Terapia Conductual (TC), Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), Terapia Evolutiva Grupal (TDG), Terapia Psicodinámica (TP).

⁵Intervenciones terapéuticas en Ougrin et al. (2015) incluyen técnicas de resolución de problemas, Tratamiento Cognitivo-conductual, Terapia familiar a domicilio por trabajadores sociales; Terapia Grupal de Psicoterapia del Desarrollo, Psicoterapia Grupal Psicodinámica; Terapia Analítica Cognitiva Individual para prevenir personalidad límite; Terapia Familiar de Apego; Evaluación Terapéutica de Autolesiones; Terapia Grupal de Regulación de Emociones; Terapia de Reforzamiento positivo; Equipos de apoyo; Intervención Familiar para la Prevención del Suicidio; Terapia Basada en la Mentalización; Terapia Multisistémica; y Terapia Dialéctica Conductual.

⁶Psicoterapia en Wong et al. (2022) incluye toda intervención psicológica que enfatiza la comunicación verbal y los encuentros propositivos y estructurados paciente-terapeuta dentro de una relación terapéutica: estas incluyen entre las más frecuentes Terapia Dialéctica Conductual (TDC), Terapia Basada en la Mentalización (MBT) y Terapia Cognitivo-conductual (TCC). En menor medida Terapia Analítica Cognitiva (TAC), Entrenamiento en Regulación Emocional (ERT).

que el 29% de los estudios (8) tuvieron bajo riesgo en los cuatro criterios considerados de esta herramienta y que, tomados esos criterios uno a uno, los estudios se movían entre el 46 y el 82% de nivel de riesgo bajo. También del metaanálisis de Wong et al. (2020) que señalaron que, en conjunto, el riesgo de sesgo en los 7 estudios incluidos fue bajo, obteniendo todos puntuaciones de muy alta calidad. En el caso de Labelle et al. (2015) utilizaron para evaluar la calidad de los estudios una escala de 21 ítems que cubrían aspectos como objetivos, diseño, participantes, definición y determinación de los resultados, y análisis estadísticos, con un rango entre 0 y 27 puntos. El desarrollo de ítems se basó en los criterios del Manual de la Colaboración Cochrane (Higgins y Green, 2011) combinados con el instrumento de evaluación de calidad de estudios de tratamiento psicológico de Tarrrier y Wykes (2004). Las puntuaciones fueron más bien bajas con una media de 13,48 ($Dt = 3,37$).

Similares criterios fueron seguidos en la revisión sistemática de Corcoran et al. (2011), contando con 8 indicadores (p.ej., forma de asignación aleatoria, generación aleatoria, ocultación de la asignación, sesgo de abandono, validez de los resultados, etc.) encontrando, en su caso, que una tercera parte de los estudios no reunía estos indicadores. Los autores señalan como limitaciones los tamaños muestrales relativamente pequeños y seguimientos cortos.

En la misma línea, Hunnicutt Hollenbaugh y Lenz (2018) analizan la calidad de los diseños con una escala de 9 criterios, adaptada de Piet y Hougaard (2011), sumando un punto por cada criterio que cumplían los estudios incluidos en su metaanálisis. En conjunto, señalan que tienen ciertas carencias de rigor empírico, siendo la media de puntos alcanzada en los 12 estudios de 3,75 ($Dt = 2,09$), estando en un rango de rigor de bajo a modesto. Sí señalan, no obstante, que la mitad de los estudios aleatorizan la participación en los tratamientos experimental y control, y presentan datos de poder estadístico de los resultados encontrados.

Itzhaky et al. (2022) evaluaron el riesgo de sesgo de cada uno de los ensayos clínicos aleatorizados con la herramienta de Evaluación de los Estudios de Intervención Controlados del NHLBI (*National Heart Lung and Blood Institute*, 2014) que incluye 14 puntuaciones que agruparon en 6 tipos de sesgo: de selección, de detección, de informe, de abandono, de desempeño y otros sesgos (p.ej., poder estadístico suficiente). La mayoría de los estudios tenían un bajo riesgo de sesgo de selección (73%) y de detección (62%). Aproximadamente la mitad de los estudios (52%) tenían un bajo riesgo de sesgo de informe. Los riesgos de sesgo de abandono fueron más altos, el sesgo de realización fue incierto para la mayoría de los estudios (69%) y el sesgo debido al tamaño de la muestra fue bajo para el 38% de los estudios, alto para el 38% e incierto para el 24%.

En el metaanálisis de Kothgassner et al. (2021) el riesgo de sesgo se evaluó mediante criterios predefinidos basados en el método de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (Viswanathan et al., 2018, suplemento 1). En cada estudio se evaluó su calidad en relación con la aleatorización, los sesgos de selección y de abandono, de confusión, de medida y problemas estadísticos, recibiendo una calificación de riesgo de sesgo bajo, moderado o alto. En general, los problemas estadísticos eran comunes, calificándose el 51% de los estudios con riesgo de sesgo "alto" por los tamaños de las muestras. También fueron bastante comunes los sesgos de medida debidos, en parte, a la utilización de instrumentos no suficientemente validados.

O'Connor et al. (2013) evalúan la calidad metodológica del diseño de cada estudio incluido en su revisión sistemática utilizando criterios específicos basados en los métodos desarrollados por la *US Preventive Services Task Force* (Harris et al., 2001), complementados con la herramienta de Evaluación de la Calidad de los Estudios de Precisión Diagnóstica (Whiting et al., 2003). A partir de estos instrumentos, generaron puntuaciones de buena, suficiente o baja calidad, excluyendo de la revisión todos los estudios que se encontraban en esta última categoría.

La calidad metodológica de los estudios en el metaanálisis de Ougrin et al. (2015) se calculó con la puntuación de calidad de Jadad que evalúa la asignación al azar a los grupos experimental y control, los procedimientos de cegamiento y la descripción de los retiros y abandonos. Estas puntuaciones varían de 0 a 5, considerándose ensayos de buena calidad los que obtienen una puntuación igual o superior a 3 (Jadad et al., 1996). Once de los estudios obtuvieron una puntuación de 3, y los ocho restantes, de 2.

Finalmente, la revisión sistemática de Cook & Gorraiz (2016) utilizó la Escala Newcastle-Ottawa (NOS; Wells et al., n.d.), diseñada para evaluar la calidad en estudios con ensayos no aleatorizados. Incluye 9 ítems, que evalúan la selección de los participantes, el control de factores que aseguren la comparabilidad entre los grupos del estudio, o aspectos relacionados con los resultados (cómo son evaluados, adecuación de los seguimientos, etc.). En conjunto, los estudios tenían importantes limitaciones, como que sólo tenían grupo de tratamiento con TDC, tratamiento diana en esta revisión, pero no grupo de control, o se basaban fundamentalmente en datos de autoinforme de la conducta autolesiva. Aunque también señalan que tenían fortalezas, como periodos amplios de seguimiento lo que es importante en la aplicación de la TDC en adolescentes ya que son programas más cortos (normalmente entre 12 y 16 semanas) comparados con los de adultos que duran alrededor de 1 año.

Discusión

Las conductas autolesivas en adolescentes tanto con intencionalidad suicidas (Alfonso-Sanchez et al., 2019; Cipriano et al., 2017; INE, 2022; Lim et al., 2019; OMS, 2021a y b) como no suicidas (Cipriano et al., 2017; Sánchez-Teruel et al., 2020; Vega et al., 2018) constituyen un problema de primer orden no sólo por sus elevadas tasas de prevalencia sino también por su fatal desenlace. Existe evidencia de la fuerte relación de ambos comportamientos (autolesivos no suicidas y comportamientos suicidas) y del valor predictivo de las autolesiones sobre el riesgo suicida (Vega et al., 2017) lo que convierte a cualquiera de ellos en un importante objetivo de la intervención psicológica.

El presente trabajo tiene por objeto la revisión de estudios de metaanálisis y revisiones sistemáticas que analicen la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre los comportamientos autolesivos y suicidas en población infantil y adolescente. El fin último de esta revisión secundaria tipo *umbrella* es establecer, hasta nuestros días, el nivel de eficacia existente sobre los tratamientos que mejor funcionan para estos comportamientos en niños y adolescentes.

Los resultados de la revisión realizada han mostrado que las intervenciones psicológicas en su conjunto (esto es, cuando se analiza de forma inclusiva bajo la etiqueta de intervención psicológica a diferentes tipos de terapias o tratamientos) tienen una eficacia significativa con tamaños del efecto de bajos a moderados (Calear et al., 2016; Corcoran et al., 2011; Itzhaky et al., 2022; O'Connor et al., 2013; Ougrin et al., 2015; Wong et al., 2020). Estos efectos resultaron consistentes tanto para las conductas autolesivas intencionadas no suicidas como para la ideación suicida, la intención suicida y la "suicidabilidad". No obstante, la eficacia de las intervenciones tiende a mostrar tamaños del efecto más altos para la ideación suicida y más bajos para los intentos suicidas. El elevado componente cognitivo de la ideación suicida frente al componente motivacional-volitivo, más claro en el intento suicida, pudiera estar en la base de estos resultados en cuanto que las intervenciones psicológicas están más centradas en los aspectos cognitivo-verbales de los comportamientos suicidas. Tanto desde el modelo interpersonal del suicidio (Van Order et al., 2010), desde la teoría de los tres pasos (Klonsky & May, 2015) como desde el modelo volitivo-motivacional (O'Connor, 2011) se destacan la importancia de determinados componentes o moderadores que marcan las diferencias entre ideación/planificación suicida e intención o acto suicida (Klonsky et al., 2017). Esto sugiere la necesidad de diseñar intervenciones psicológicas que complementen los contenidos cognitivos con un mayor énfasis de componentes que incidan más directamente sobre los componentes motivacionales (p.ej., inadecuado afrontamiento, dificultades en la solución de problemas) e intencionales (p.ej., disminución de la impulsividad, autoeficacia o capacidad percibida para infligirse daño o alcanzar la muerte, control de los estímulos sobre desencadenantes, disparadores o disponibilidad de medios letales, etc.) que llevan a la conducta autolesiva y/o suicida.

Cuando se analizaron los efectos a medio largo plazo de las intervenciones (Corcoran et al., 2011; Itzhaky et al., 2022; O'Connor et al., 2013) su significación seguía siendo débil o su efecto tendía a desaparecer a lo largo del seguimiento sobre las autolesiones o la intención suicida. Las estimaciones del riesgo

suicida futuro analizado por algunas revisiones (Hunnicut Hollenbaugh & Lenz, 2018; Itzhaky et al., 2022; O'Connor et al., 2013; Ougrin et al., 2015) revelaron un alcance muy limitado o nulo. Algunos trabajos que han analizado la duración de las intervenciones en adolescentes han mostrado que la prolongación en el tiempo de una intervención que afiance la alianza terapéutica y provea de una adecuada monitorización mejora sustancialmente la reducción de los comportamientos suicidas (Miller et al., 2017; Ougrin et al., 2015). En este sentido, la implementación de las intervenciones que pretendan garantizar sus efectos a lo largo de tiempo sobre los comportamientos autolesivos deberá ser lo más duradera posible o, al menos, incluir sesiones de refuerzo como sugieren Corcoran et al. (2017). No obstante, más investigación sería necesaria para estimar la eficiencia y el tiempo necesario de un tratamiento que asegure el mantenimiento de sus efectos a largo plazo sobre las conductas autolesivas y suicidas en adolescentes.

Respecto a la heterogeneidad (grado en el que la varianza de los tamaños del efecto hallados entre estudios es debido al error aleatorio más que a las diferencias entre estudios) de los resultados sobre la eficacia de las intervenciones globales o inclusivas, los resultados variaron según las revisiones y las variables de medida. Para la conducta autolesiva intencionada no suicida los resultados tendían a ser más heterogéneos (Itzhaky et al., 2022; Labelle et al., 2015; Ougrin et al., 2015; Wong et al., 2020) que homogéneos (Corcoran et al., 2011). De manera similar ocurría para los intentos suicidas que aportaban resultados heterogéneos (O'Connor et al., 2013; Wong et al., 2020) en mayor medida que homogéneos (Ougrin et al., 2015). Contrariamente a lo anterior, para la ideación suicida los resultados tendían a ser más homogéneos (Corcoran et al., 2011; O'Connor et al., 2013) que heterogéneos (Itzhaky et al., 2022). La heterogeneidad de los datos, especialmente para las conductas autolesivas no suicidas y para los intentos suicidas, pone de manifiesto la elevada presencia de potenciales moderadores que puedan explicar la variabilidad de los resultados y la necesidad de identificarlos a fin de considerarlos en el diseño de las intervenciones y de su ajuste a las condiciones particulares de la población diana. Estos resultados son congruentes con el carácter dinámico (combinaciones cambiantes de factores predisponentes, factores de riesgo y disparadores), no lineal y cambiante de los comportamientos autolesivos y suicidas (Bryan et al., 2020; Rudd, 2006, 2021) que los hace prácticamente impredecibles y, por tanto, difícilmente controlables. Igualmente, esta elevada heterogeneidad muestra la dificultad que entraña la implementación de intervenciones sobre las conductas autolesivas y suicidas, así como el alcance limitado de su eficacia. Es importante destacar que esta heterogeneidad disminuye en los resultados de eficacia relativos a la ideación suicida, lo que resultaría consistente con la mejor adecuación de los tratamientos psicológicos existentes a los componentes cognitivos y consecuentemente con el mayor mantenimiento de sus efectos.

La eficacia diferencial de las intervenciones según las distintas modalidades o tipos de tratamiento ha mostrado resultados similares a los anteriores. Aquellas revisiones que han analizado tipos específicos de intervención en adolescentes TCC+TSP ó AS+EM+PE (Calear et al., 2016); TDC (Cook & Gorraiz, 2016; Hunnicutt Hollenbaugh & Lenz, 2018; Kothgassner et al., 2021) ó TDC+TCC (Labelle et al., 2015) han

resultado ser eficaces, pero con tamaños del efecto de bajos a moderados. Estos resultados se han mostrado en algunas revisiones más elevados para la ideación suicida (Calear et al., 2016) y particularmente cuando se trataba de la TDC sobre las conductas autolesivas no suicidas (Cook & Gorraiz, 2016). Las intervenciones que combinaron terapia de apoyo social, entrevista motivacional y psicoeducación (Calear et al., 2016) mostraron una eficacia significativa, pero con tamaños del efecto más bajos que la TCC+TSP y especialmente bajos para los intentos suicidas. El carácter no específico de estas intervenciones de naturaleza más trans-teórica y transversal puede explicar su menor eficacia y su valor más complementario.

De todas las terapias analizadas, la TDC fue la que mostró una mayor eficacia tanto para la conducta autolesiva, como para el riesgo suicida o la ideación suicida (Cook & Gorraiz, 2016; Hunnicutt et al., 2018; Kothgassner et al., 2021). Estos hallazgos están en consonancia con otras revisiones previas de las que ya hemos dado cuenta en el inicio de este artículo (SAMHSA, 2020; Spirito et al., 2021). La terapia dialéctica conductual (*Dialectical Behavior Therapy* o DBT; Linehan, 2015) es una intervención comprensiva basada en los principios cognitivo-conductuales, de la filosofía dialéctica y de la atención plena derivada de la práctica Zen (Lynch et al., 2007). Se trata de una terapia diseñada inicialmente para mujeres con conductas suicidas reiteradas que incorpora cuatro módulos básicos dirigidos al entrenamiento de habilidades: mindfulness, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar. La terapia permite el contacto continuado con el terapeuta y la supervisión y el apoyo grupal de otros pacientes. En la TDC para adolescentes (MacPherson et al., 2013; Miller et al., 2017; Rathus & Miller, 2015) se enfatiza el entrenamiento grupal de las habilidades, así como la participación familiar (i.e., participación de los padres en el entrenamiento de habilidades, terapia familiar) y la enseñanza de dilemas dialécticos adolescentes-familia (permisividad-control autoritario, visión evolutiva-normativa de los síntomas versus visión patológica, autonomía versus dependencia). Elementos claves que junto con la duración de la intervención y el entrenamiento prolongado y supervisado de los terapeutas que la implementen, pueden estar en la base de su eficacia diferencial respecto al resto de intervenciones (Mehlum et al., 2014). Esto sugiere los elementos a tener en cuenta para el desarrollo futuro de intervenciones dirigidas a reducir el comportamiento autolesivo y suicida de nuestros adolescentes.

Resulta importante destacar que la combinación de TDC y TCC (Labelle et al., 2015) no parece tener una mayor eficacia frente a la TDC (Kothgassner et al., 2021), salvo ligeramente para la ideación suicida. De nuevo, este resultado puede ser explicado por el énfasis más cognitivo de la TCC frente a la TDC (Beck, 1993).

En relación con la homogeneidad, los resultados relativos a la TDC se mostraron claramente homogéneos para la conducta autolesiva (Cook & Gorraiz, 2016; Hunnicutt Hollenbaugh & Lenz, 2018; Kothgassner et al., 2021) y heterogéneos para la ideación suicida (Kothgassner et al., 2021). La combinación de la TDC y TCC (Labelle et al., 2015) resultó heterogéneo para todas las medidas (autolesión, ideación suicida e intento suicida). Por tanto, los potenciales moderadores de los efectos, tanto de la TDC (particularmente sobre la ideación suicida) como de la terapia combinada (TDC+TCC) adquieren

una gran relevancia.

Es necesario resaltar que la revisión de la eficacia diferencial de las distintas intervenciones es el resultado de comparar distintos metaanálisis dentro de un mismo diseño específico que contraste la eficacia comparativa de unas intervenciones sobre otras en condiciones equiparables. En este sentido, muchos de los tipos de intervención psicológica (p.ej., terapia psicodinámica, la terapia de mentalización, etc.) analizados en este trabajo no han sido objeto de análisis comparativo con el resto de terapias. Por otra parte, la ausencia de descripción sistematizada y manualizada de las intervenciones no permite hacer una comparación rigurosa.

Limitaciones y direcciones futuras

Aunque los resultados de esta revisión proveen un primer análisis de la evidencia existente sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre los comportamientos autolesivos y suicidas en niños y adolescentes, deben considerarse algunas limitaciones. Primero, un importante número de revisiones han quedado excluidas por incumplir los criterios de inclusión a pesar de que arrojaban resultados sobre la eficacia de estas intervenciones, lo que ha limitado el número de trabajos seleccionados. Segundo, entre las revisiones existentes hay una importante laguna de estudios que analicen la eficacia diferencial entre tipos de terapia en condiciones equiparables que permitan con rigor su comparación. Tercero, la mayoría de las revisiones analizadas adolecen de limitaciones metodológicas a las que los propios autores hacen referencia (p.ej., reducido tamaño muestral, escaso número de casos suicidas o informes por muerte, número limitado de diseños rigurosos o ensayos controlados aleatorizados, o heterogeneidad entre los criterios de inclusión-exclusión de los trabajos). Cuarto, las intervenciones analizadas a través de las distintas revisiones carecen de estandarización incluyendo, entre otras, diferentes modalidades, lugares y responsables de su implementación o medidas e instrumentos de evaluación de las variables. Quinto, el control de sesgos en los resultados y los criterios de calidad no siempre se ha considerado en los trabajos de revisión lo que limita el alcance de las conclusiones. Todas estas limitaciones, pudieran estar a la base de la elevada heterogeneidad hallada en los tamaños del efecto de las intervenciones, lo que parece ser, en sí misma, otra limitación añadida para desentrañar la verdadera eficacia de las intervenciones. A pesar de todas estas limitaciones la presente revisión proporciona una adecuada síntesis hasta nuestros días de la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre las conductas autolesivas no suicidas y los comportamientos suicidas en los adolescentes.

Futuros estudios deben analizar la eficacia diferencial de las distintas intervenciones en condiciones equiparables que nos permitan concluir sobre el tratamiento más eficaz en población adolescente con comportamientos autolesivos y suicidas. Es necesario analizar los mecanismos específicos (p.ej., motivacionales, volitivos, contextuales) implicados en las diferentes conductas autolesivas y suicidas (ideación-intención) de los adolescentes desde una perspectiva dinámica y cambiante tal y como parecen operar en este tipo de conductas. En base a estos mecanismos, se podrán diseñar intervenciones idiosincráticas y personalizadas dirigidas al tratamiento eficaz de las conductas autolesivas y suicidas, así como al mantenimiento de los

beneficios alcanzados tras la intervención. Más estudios que superen las limitaciones metodológicas halladas con diseños más rigurosos tales como los ensayos controlados aleatorizados serían deseables a fin de llegar a conclusiones más sólidas.

Conclusión

A pesar de la importancia de las conductas autolesivas y suicidas en adolescentes aún carecemos en nuestros días de tratamientos psicológicos realmente eficaces para estos problemas. Los estudios de metaanálisis y revisiones sistemáticas que han sido objeto de análisis en este trabajo ponen de manifiesto el alcance limitado de las intervenciones psicológicas, tanto cuando se analizan de forma inclusiva, abarcando diferentes tipos de terapias, como cuando se analizan diferenciadamente. Los resultados muestran una eficacia significativa, pero con tamaños del efecto de bajos a moderados tanto para las conductas autolesivas intencionadas no suicidas como para la ideación suicida, la intención suicida y la "suicidabilidad". Además, estos efectos se debilitaban a medio o largo plazo e incluso tendían a desaparecer. De los tamaños de efecto analizados, la ideación suicida frente a las otras conductas autolesivas era la más beneficiada de las intervenciones y la intención suicida la que menos. El análisis de la eficacia diferencial de las intervenciones exploradas según las distintas modalidades o tipos de tratamiento apoyaba la supremacía de la TDC sobre las demás (TCC+TSP ó AS+EM+PE o TDC+TCC); no obstante, en los estudios no se han contrastado todas las que son, lo que impide concluir con rigor sobre el descarte de otras terapias existentes. La heterogeneidad de los efectos (en menor medida para la ideación suicida) en las distintas revisiones era más la norma que la excepción lo que sugiere la importancia de los potenciales moderadores que inciden sobre las intervenciones psicológicas en este tipo de comportamientos.

Importantes limitaciones metodológicas, así como la falta de comparación entre modalidades terapéuticas en condiciones equiparables, hacen difícil en estos momentos concluir sobre el tratamiento de elección. El alcance restringido de los efectos de las intervenciones hasta ahora analizadas, alertan a investigadores y profesionales de la necesidad de diseñar intervenciones específicas que atiendan la idiosincrasia de estas conductas y de su futura contrastación empírica. Este trabajo permite una aproximación a la evidencia existente sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre los comportamientos autolesivos y suicidas en niños y adolescentes.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

- *Las referencias marcadas con asterisco indican las revisiones y metaanálisis incluidos en esta revisión.
- Alfonso-Sánchez, J. L., Martín-Moreno, J. M., Martínez, I. M., & Martínez, A. A. (2019). Epidemiological study and cost analysis of suicide in Spain: Over 100 years of evolution. *Archives of Suicide Research*, 24(sup2), S356-S369. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1612802>
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2(4), 342-356.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to meta-analysis*. Wiley.
- Bryan, C. J., Butner, J. E., May, A. M., Rugo, K. F., Harris, J. A., Oakey, D. N., Rozek, D. C., & Bryan, A. O. (2020). Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: A conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. *New Ideas in Psychology*, 57, 100758. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100758>
- *Calear, A. L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Busby Grant, J., van Spijker, B., & Donker, T. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 467-482. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0783-4>
- Cha, C. B., & Nock, M. K. (2011). Nonsuicidal Self-Injury. *Enciclopedia de la adolescencia*, 2011-2017.
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Erlbaum.
- *Cook, N. E., & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for non-suicidal self-injury and depression among adolescents: Preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(2), 81-89. <https://doi.org/10.1111/camh.12112>
- *Corcoran, J., Dattalo, P., Crowley, M., Brown, E., & Grindle, L. (2011). A systematic review of psychosocial interventions for suicidal adolescents. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2112-2118. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.06.017>
- Faura-García, J., Calvete, E., & Orue, I. (2021). Autolesión no suicida: conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 207-214. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>
- Fox, K. R., Huang, X., Guzman, E. M., Funsch, K. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2020). Intervenciones para el suicidio y la autolesión: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 146(12), 1117-1145. <https://doi.org/10.1037/bul0000305>
- Fusar-Poli, P., & Radua, J. (2018). Ten simple rules for conducting umbrella reviews. *Evidence Based Mental Health*, 21(3), 95-100. <https://dx.doi.org/10.1136/ebmental-2018-300014>
- Hamza C. A, Stewart S. L., & Willoughby T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrate model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482-95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Harris, R. P., Helfand, M., Woolf, S. H., Lohr, K. N., Mulrow, C. D., Teutsch, S. M., Atkins, D., & Methods Word Group. Third US Preventive Services Task Force (2001). Current methods of the US Preventive Services Task Force: A review of the process. *American Journal of Preventive Medicine*, 20 (supl. 3), 21-35. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(01\)00261-6](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(01)00261-6)
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions (Version 5.1.0)*. The Cochrane Collaboration. <http://www.cochrane-handbook.org>

- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Juni, P., Moher, D., Oxman, A. D., Savovic, J., Schulz, K. F., Weeks, L., Sterne, J. A. C., & Cochrane Bias Methods Group, Cochrane Statistical Methods Group. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomized trials. *BMJ*, 343. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
- *Hunnicutt Hollenbaugh, K. M., & Lenz, A. S. (2018). Preliminary evidence for the effectiveness of dialectical behavior therapy for adolescents. *Journal of Counseling & Development*, 96(2), 119–131. <https://doi.org/10.1002/jcad.12186>
- Instituto Nacional de Estadística (2022). *Defunciones según la causa de muerte*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#!tabs-tabla>
- *Itzhaky, L., Davaasambuu, S., Ellis, S. P., Cisneros-Trujillo, S., Hannett, K., Scolaro, K., Stanley, B. H., Mann, J. J., Wainberg, M. L., Oquendo, M. A., & Sublette, M. E. (2022). Twenty-six years of psychosocial interventions to reduce suicide risk in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 300, 511–531. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.094>
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J., Gava-gan, D. J., & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clinical Trials*, 17(1), 1–12. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(95\)00134-4](https://doi.org/10.1016/0197-2456(95)00134-4)
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Klonsky, E. D., Qiu, T., & Saffer, B. Y. (2017). Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(1), 15–20. <https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000294>
- *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. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Kothgassner, O. D., Robinson, K., Goreis, A., Ougrin, D., & Plener, P. L. (2020). ¿Importa el método de tratamiento? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7, 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00123-9>
- *Labelle, R., Pouliot, L., & Janelle, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(4), 368–378. <https://doi.org/10.1037/a0039159>
- Leavey, K., & Hawkins, R. (2017). Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(5), 353–374. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1332095>
- Lim, K., Wong, C., McIntyre, R., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B., Wanqiu, T., Ho, C., & Ho, R. (2019). Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4581. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. Sage.
- Lynch, T.R., Trost, W.T., Salsman, N., & Linehan, M.M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181–205. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 59–80. <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0126-7>
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, 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. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Chera-ghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: A comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Service Research*, 14(579). <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2017). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press
- National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI). (2014). *Quality assessment of controlled intervention studies*. Study Quality Assessment Tools.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Nonsuicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- *O'Connor, E., Gaynes, B. N., Burda, B. U., Soh, C., & Whitlock, E. P. (2013). Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 158(10), 741–754. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642>
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. En R. C. O'Connor, S. Platt, & J. Gordon (Eds), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice 1* (pp. 181–198). John Wiley & Sons.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021a). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021b). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- *Ougrin, D., Tranah, T., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54 (2), 97–107. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Medicine* 18(3): e1003583. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032–1040. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2015). *DBT skills manual for adolescents*. Guilford Publications.
- Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic risk. En T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 355–368). American Psychological Association.

- Rudd, M. D. (2021). Recognizing flawed assumptions in suicide risk assessment research and clinical practice. *Psychological Medicine* 1–2. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002750>
- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A., & Camacho-Conde, J.A. (2020). Self-inflicted injuries in adolescents and young adults: A longitudinal approach. *Psicothema*, 32(3), 322–328. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.347>
- Solis, M., & Gómez-Peresmitré, G. (2020). Cuestionario de Riesgo de Autolesión (CRA): propiedades psicométricas y resultados en una muestra de adolescentes. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social* 6,1. <http://dx.doi.org/10.22402/j.rdiipycs.unam.6.1.2020.206.123-141>
- Spirito, A., Webb, M., Cheek, S., Wolff, J., & Esposito-Smythers, C. (2021). An update on the latest treatment approaches with suicidal adolescents. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 8(2), 64–76. <https://doi.org/10.1007/s40501-021-00239-x>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2020). *Treatment for Suicidal Ideation, Self-harm, and Suicide Attempts Among Youth*. SAMHSA Publication No. PEP20-06-01-002 Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory.
- Tarrier, N., & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1377–1401. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.020>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Vega, D., Sintes, A., Fernández, M., Puntí, J., Soler, J., Santamarina, P., Soto, A., Lara, A., Méndez, I., Martínez-Giménez, R., Romero, S., & Pascual, J. C. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(4), 146–155.
- Vega, D., Torrubia, R., Soto, A., Ribas, J., Soler, J., Pascual, J. C., Rodríguez-Fornells, A., & Marco-Pallarés, J. (2017). Exploring the relationship between non suicidal self-injury and borderline personality traits in young adults. *Psychiatry Research*, 256, 403–411. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.008>
- Viswanathan, M., Patnode, C. D., Berkman, N. D., Bass, E. B., Chang, S., Hartling, L., Murad, M. H., Treadwell, J. R., & Kane, R. L. (2018). Recommendations for assessing the risk of bias in systematic reviews of health-care interventions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 97, 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.004>
- Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (n.d). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*. The Ottawa Hospital Research Institute website: https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
- Whiting, P., Rutjes, A. W., Reitsma, J. B., Bossuyt, P. M., & Kleijnen J. (2003). The development of QUADAS: A tool for the quality assessment of studies of diagnostic accuracy included in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 3:25. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-25>
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD013667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>
- *Wong, J., Bahji, A., & Khalid-Khan, S. (2020). Psychotherapies for adolescents with subclinical and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 65(1), 5–15. <https://doi.org/10.1177/0706743719878975>