



**Universidad
Europea** CANARIAS

Efectividad de la Terapia Dialéctico Conductual para el manejo de las autolesiones y la ideación suicida en la adolescencia: Una Revisión Sistemática

Trabajo fin de Máster

Autor: Ángel Legaspe Suárez

Tutora: Andrea Duarte Díaz

23 de junio de 2025

Resumen

Introducción: La adolescencia representa una etapa crítica para la aparición de conductas autolesivas, ideación suicida y síntomas depresivos. La Terapia Dialéctico Conductual (DBT) ha emergido como una intervención prometedora, aunque su efectividad específica en la población adolescente requiere una evaluación sistemática.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la DBT para el manejo de la ideación suicida, las autolesiones y la sintomatología depresiva en adolescentes.

Método: se realizó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones de la Colaboración Cochrane e informada de acuerdo a las directrices PRISMA. Se seleccionaron ensayos controlados aleatorizados (ECA) que evaluaron DBT en población adolescente (12-18 años) frente a otras intervenciones o tratamientos habituales. Los estudios se buscaron en MEDLINE, PsycINFO y CINAHL sin restricción de fecha. El proceso de selección, extracción y síntesis de datos ha sido realizado por dos revisores de forma independiente.

Resultados: Se identificaron 552 referencias y se incluyeron finalmente 8 ECA con un total de 483 participantes. La mayoría de los estudios reportaron una reducción en la ideación suicida, conductas autolesivas y síntomas depresivos tras la intervención con DBT, aunque las diferencias con los grupos control no siempre fueron estadísticamente significativas. La DBT mostró mayor eficacia en la reducción de conductas autolesivas, mientras que los resultados sobre ideación suicida y síntomas depresivos fueron mixtos.

Conclusiones: la DBT parece ser efectiva para reducir conductas autolesivas en adolescentes, aunque su impacto sobre la ideación suicida y la sintomatología depresiva presenta resultados inconsistentes. Se requieren estudios con mayor rigor metodológico, muestras amplias y seguimiento a largo plazo para consolidar la evidencia.

Palabras clave: Adolescencia, Autolesiones, Depresión, Ideación suicida, Revisión Sistemática, Terapia Dialéctica Conductual.

Abstract

Introduction: Adolescence represents a critical stage for the emergence of self-injurious behaviors, suicidal ideation, and depressive symptoms. Dialectical Behavior Therapy (DBT) has emerged as a promising intervention, although its specific effectiveness in the adolescent population requires systematic evaluation.

Objective: To assess the effectiveness of DBT in managing suicidal ideation, self-harm, and depressive symptoms in adolescents.

Methods: A systematic review was conducted following the recommendations of the Cochrane Collaboration and reported in accordance with PRISMA guidelines. Randomized controlled trials (RCTs) evaluating DBT in adolescents (12–18 years) compared to other interventions or treatment as usual were included. Studies were searched in MEDLINE, PsycINFO, and CINAHL without date restrictions. Study selection, data extraction, and synthesis were carried out independently by two reviewers.

Results: A total of 552 references were identified, and 8 RCTs comprising 483 participants were ultimately included. Most studies reported a reduction in suicidal ideation, self-injurious behaviors, and depressive symptoms following DBT intervention, although differences compared to control groups were not always statistically significant. DBT showed greater efficacy in reducing self-injurious behaviors, while results regarding suicidal ideation and depressive symptoms were mixed.

Conclusions: DBT appears to be effective in reducing self-injurious behaviors in adolescents, although its impact on suicidal ideation and depressive symptoms remains inconsistent. Further studies with greater methodological rigor, larger samples, and long-term follow-up are needed to strengthen the evidence.

Keywords: Adolescence, Depression, Dialectical Behavior Therapy, Self-Injury, Systematic Review, Suicidal Ideation.

Introducción

La muerte por suicidio es la primera causa de muerte no natural entre adolescentes y jóvenes (Observatorio del Suicidio en España, 2022) A pesar de su impacto, sigue siendo un tema silenciado y socialmente incómodo, especialmente cuando afecta a este segmento de población (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025).

El concepto de la muerte se empieza a adquirir alrededor de los 8 años consiguiendo un conocimiento más evolucionado una vez iniciada la adolescencia. Pensar y reflexionar sobre la muerte es un proceso normal, muchas veces motivado por el fallecimiento de algún familiar, un conocido, una mascota, o al estudio del ciclo vital en el ámbito escolar. Asimismo, pensar en la propia muerte es a menudo un pensamiento, igualmente normal, que puede tener cualquier persona ante una situación difícil de afrontar o para la que no se encuentra salida, o no dispone de los recursos necesarios.

Sin embargo, hay experiencias que pueden situar al adolescente en una situación de vulnerabilidad, ya sea por la gravedad o la persistencia de una situación adversa, o por la acumulación de experiencias vitales estresantes o de sufrimiento durante la infancia. Las situaciones que pueden contribuir a esta vulnerabilidad son diversas y pueden coexistir al mismo tiempo: conflictos relacionales con iguales, problemas de aceptación en grupo de pertenencia, problemas familiares conflictivos, problemas académicos, problemas relacionados con enfermedades orgánicas o mentales o el fallecimiento de personas significativas o de familiares. Los adolescentes en situación de vulnerabilidad tienen un mayor riesgo de desarrollar pensamientos y conductas relacionadas con la muerte (Cañón Buitrago et al., 2018).

Cuando hablamos de conducta suicida, nos referimos a todo acto que tenga, en algún grado, una intencionalidad de morir. Esta se puede manifestar de distintas formas: tener ideas relacionadas con la muerte, planificar la forma de morir, realizar algún tipo de preparativo o incluso llegar al acto propio con finalidad suicida.

En el Diccionario de Uso del español de Moliner (1983) el suicidio se define como la «acción de matarse a sí mismo». La palabra está formada por el pronombre latino «sui» y la terminación de «homicidio». Suicidarse se entiende, por tanto, como «matarse voluntariamente a sí mismo». En definitiva, lo que lo distingue de otro tipo de muerte es que, en el suicidio, la muerte es el resultado de un acto voluntario. Esta concepción de suicidio como un acto voluntario de matarse a sí mismo presupone por parte del suicida una concepción de la muerte y la combinación del deseo consciente de muerte con la acción para llevar a cabo este deseo. Asimismo, supone que la finalidad de la acción se relacione con la muerte (Shneidman, 1973) (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010). En definitiva, el suicidio es el acto deliberado de quitarse la vida. Una persona que se suicida posee la intención de morir y causar su propia muerte (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010).

El comportamiento suicida incluye suicidio (consumado), intento de suicidio e ideación suicida (pensamientos e ideas) (American Psychiatric Association [APA] (García-Haro et al., 2020).

Por otro lado, se define como autolesión no suicida (ANS) aquella conducta, deliberada y auto infringida, en la que el individuo se causa daño a si mismo sin intención de provocarse la muerte. Es una conducta más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes. Normalmente se manifiesta como cortes, lesiones de rascado, etc. Estas conductas cumplen una función en la interacción con el medio según los datos de investigación en conducta, aspectos psicológicos y la propia opinión de los pacientes:

servirían para aumentar el soporte social, evitar situaciones sociales o de estrés y/o modificar estados afectivos o cognitivos (Faura-García et al., 2021)

Según el DSM-5 la ANS se define según los siguientes criterios diagnósticos:

A. Autolesiones intencionales que pretenden producir daño físico (en el cuerpo que produzca dolor, sangrado etc.), sin intención de suicidio y que tienen lugar durante el último año en 5 o más días.

B. Respecto a las razones por la que se lleva a cabo está incluida al menos una de las siguientes: para aliviar pensamientos o sentimientos negativos, para resolver un problema interpersonal, para generar una emoción o sentimiento positivo.

C. La conducta se asocia al menos una de los siguientes: sentimientos o pensamientos negativos, o problemas interpersonales (enfado, estrés, ansiedad, depresión, autocrítica) que ocurren justo antes de la autolesión; pensamientos de autolesionarse al que no se puede resistir /controlar durante un tiempo antes de llevar a cabo la autolesión; urgencia frecuente de repetir la autolesión, pensamientos repetidos, aunque no se lleve a cabo.

D. La conducta no es socialmente aceptable (por ejemplo, no se incluyen tatuajes, piercing) y es más significativa que morderse las uñas o rascar una costra.

E. La conducta causa afectación funcional (interpersonal, académica, etc.) y tiene repercusión clínica significativa.

F. La conducta no es atribuible a otro trastorno mental o físico (estereotipias en RM, episodio psicótico, tricotilomanía, etc.).

El suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo, según las últimas estimaciones de la OMS. En 2019, se suicidaron más de

700.000 personas, es decir 1 de cada 100 muertes, lo que ha llevado a la OMS a elaborar nuevas orientaciones para ayudar a los países a mejorar la prevención del suicidio. La adolescencia (de 10 a 18 años) es un periodo crucial para la adquisición de competencias socioemocionales, especialmente teniendo en cuenta que la mitad de los trastornos de salud mental se manifiestan antes de los 14 años.

Existe una realidad: la salud mental de los niños y adolescentes se resiente, y las conductas suicidas y los suicidios están aumentando. Los datos así lo demuestran: entre los menores de 15 años fallecieron por suicidio 7 niños en 2019, 14 en 2020 y 22 en 2021, con un aumento exponencial Instituto Nacional de Estadística (INE) (Díez Suárez et al., 2023). Las visitas a urgencias en menores en los intentos de suicidio, ideación suicida y autolesiones han aumentado.

En un estudio multicéntrico de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) (Vázquez López et al., 2023) se analizaron las consultas por salud mental (marzo-2019 a marzo-2020 y marzo-2020 a marzo-2021), encontrándose un aumento del 122% del diagnóstico «intoxicación no accidental por fármacos» y del 56% en «suicidio/intento de suicidio/ideación autolítica». En otro análisis prospectivo, se registraron 281 tentativas, siendo el perfil de paciente: sexo femenino (90,1%), 14,8 años, el 34,9% sin diagnóstico psiquiátrico previo, el 57,7% con conductas suicidas anteriormente (Vázquez López et al., 2023). A lo largo de los últimos años, en especial desde que se inició la pandemia por Cov-2, se está haciendo evidente un deterioro en la salud mental de los niños y adolescentes. De manera destacada, los adolescentes están presentando más síntomas depresivos, autolesiones y conductas suicidas. La situación resulta alarmante, y se ha convertido en una cuestión muy importante de salud pública. En el año 2020 la Fundación de Atención a Niños y Adolescentes en Riesgo (Fundación ANAR, 2022) atendió un 145% más de llamadas de menores con ideas o intentos de

suicidio, y un 180 % más de autolesiones (que como es sabido puede desembocar en ideación y conducta suicida) con respecto a los 2 años previos.

En junio de 2023, el INE hizo públicos los datos provisionales de las Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte del año 2022, entre las que se encuentran las defunciones por suicidio. Ese mismo mes, La Fundación Española para la Prevención del Suicidio, a través de su Observatorio del Suicidio en España (Observatorio del Suicidio en España, 2022) publicó, a su vez, el informe que anualmente elabora para un mayor conocimiento y divulgación de las muertes por suicidio en este país. En diciembre de 2023, el INE (Observatorio del Suicidio en España 2022) publica datos definitivos:

1. Se registran 130 suicidios más que en los datos provisionales, lo que aumenta hasta un 5,6 % las muertes por esta causa respecto a 2021.

2. Es la mayor cifra de suicidios registrada nunca en España, siendo el tercer año consecutivo en superarla.

3. Se registran también las mayores tasas de suicidio de la historia, tanto totales (8,85 muertes por 100.000 habitantes) como por sexos (13,34 en hombres y 4,52 en mujeres).

4. Si en 2021 preocupaba el alto número de suicidios infantiles (22 niños y niñas menores de 15 años se quitaron la vida, frente a los 13 de 2022), en 2022 llama la atención el aumento del suicidio adolescente (de 15 a 19 años), especialmente en varones: mientras que en 2021 se produjeron 53 suicidios (28 chicos y 25 chicas) en 2022 han sido 75 (44 chicos y 21 chicas).

Existen factores predisponentes. Entre los más conocidos para la conducta suicida son: el sexo femenino, presencia de trastornos psiquiátricos (sobre todo la

depresión) y los intentos previos de suicidio. El haber realizado un intento previo aumenta hasta 32 veces las posibilidades de muerte por suicidio durante el siguiente año, y 1 de cada 100 jóvenes que intentan suicidarse fallecerá por suicidio en los 7 años siguientes. El informe de *Save The Children* concluye que los menores que viven en hogares con menos recursos son los más afectados y tienen una probabilidad 4 veces mayor de sufrir problemas de salud mental y conductas de suicidio.

Además de tratar de reducir los factores de riesgo y precipitantes, se deben tener en cuenta las fortalezas de cada adolescente y su entorno.

Las habilidades sociales, la capacidad de resolución de problemas, la adquisición de aprendizajes como el valor de la empatía, el respeto a la diversidad, la tolerancia a la frustración, la capacidad de resiliencia y la gestión de las emociones son algunas habilidades que se pueden enseñar y podrían proteger de futuras conductas suicidas. Para ello, las familias, el entorno escolar y los diferentes recursos de salud son agentes determinantes.

Los centros educativos son reguladores muy importantes en la conducta de niños y adolescentes amortiguando muchas situaciones de estrés y ansiedad en esta población.

La red familiar con parentalidad positiva, las relaciones sociales entre iguales, el deporte y las rutinas son también agentes protectores en la salud mental y en las conductas suicidas.

El suicidio representa un fenómeno complejo y multifactorial que ha sido ampliamente estudiado desde diversas disciplinas, destacándose como una de las principales causas de muerte no natural entre adolescentes y jóvenes.

La literatura científica ha identificado factores de riesgo como los trastornos mentales, el acoso escolar, las dificultades familiares y la influencia negativa del

entorno digital. Sin embargo, a pesar del aumento en la documentación estadística y la visibilizarían del problema en los últimos años, persisten importantes vacíos en la comprensión integral del suicidio en etapas tempranas de la vida. A pesar del incremento en los datos disponibles, la investigación sigue siendo fragmentaria y muchas veces reactiva, más que preventiva.

Faltan investigaciones que profundicen en las diferencias de género, en los factores protectores específicos y en la eficacia de las intervenciones preventivas adaptadas a contextos escolares, familiares y comunitarios. Por tanto, resulta fundamental realizar una revisión sistemática y actualizada que no solo sintetice lo que se ha investigado hasta ahora, sino que también oriente futuras líneas de trabajo que fortalezcan las estrategias de intervención en la prevención del suicidio en la adolescencia.

La terapia dialéctica conductual (DBT, del inglés *Dialectical Behavior Therapy*) ha emergido como una de las intervenciones psicoterapeutas más prometedoras para el tratamiento del comportamiento suicida y de la desregulación emocional en adolescentes. Originalmente desarrollada por Marsha Linehan para pacientes con trastorno límite de la personalidad, su adaptación para población infantojuvenil ha mostrado resultados positivos, especialmente en adolescentes con ideación suicida recurrente, conductas autolesivas y trastornos emocionales severos.

A pesar de los avances, aún se necesita mayor evidencia empírica en contextos clínicos diversos y en sistemas públicos de salud. La heterogeneidad en las formas de aplicación, los escasos estudios longitudinales y la limitada accesibilidad al tratamiento refuerzan la necesidad de realizar una revisión sistemática que evalúe su eficacia, componentes clave y adaptaciones culturales necesarias para su implantación en adolescentes en riesgo severo de suicidio. Por tanto, el objetivo de este trabajo es

evaluar la efectividad de la DBT para la mejora de la ideación suicida, las autolesiones y la sintomatología depresiva en población adolescente.

Método

Esta revisión sistemática se ha elaborado siguiendo las recomendaciones del manual de la colaboración Cochrane para el desarrollo de revisiones sistemáticas de intervenciones (Higgins et al., 2024) y se ha informado considerando las directrices de la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2021). Este trabajo tiene como objetivo responder a la siguiente pregunta clínica: ¿Es efectiva la DBT para el manejo de las autolesiones, la ideación suicida y la depresión en la adolescencia? Para ello, se estructuró la pregunta en formato PICO (ver Tabla 1).

Tabla 1

Pregunta en formato PICO

Población (P)	Adolescentes
Intervención (I)	Terapia Dialéctica Conductual
Comparador (C)	Lista de espera. No intervención. Otro tipo de intervención. Farmacología.
Medidas de resultado (O, del inglés <i>outcome</i>)	Medidas estandarizadas de auto lesiones, ideación suicida y sintomatología depresiva.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios que evaluaran la efectividad de la DBT para el manejo de las autolesiones, la ideación o suicida o la depresión en la adolescencia, de acuerdo con los siguientes criterios de selección (ver Tabla 2):

Criterios de inclusión

- Tipo de participantes: estudios donde participaran adolescentes, independientemente del género, de entre 13 y 18 años que presentaran autolesiones, ideación suicida o sintomatología depresiva.
- Intervención: estudios que evaluaran programas de intervención basados en la DBT.
- Comparador: estudios que compararan la DBT con lista de espera, no intervención, otras intervenciones psicológicas o farmacoterapia.
- Medidas de resultado: estudios que utilizaran medidas psicológicas estandarizadas para la evaluación de las autolesiones (ALIFE) la ideación suicida (SIQ-JR) y/o la sintomatología depresiva (BDI-II).
- Diseño de estudio: solo se consideraron ensayos controlados aleatorizados.
- Tipo de publicación: estudios publicados en revistas revisadas por pares.
- Idioma de la publicación: solo se consideraron estudios publicados en inglés y español.
- Año de la publicación: sin límite de fecha.

Criterios de exclusión

- Tipo de participantes: estudios con muestras mixtas, que incluyan adolescentes junto a población infantil o adulta y en los que no sea posible aislar el efecto en la submuestra específica de adolescentes.
- Comparador: estudios que únicamente comparen diferentes modalidades de DBT (p.ej., presencial frente a virtual, individual frente a grupal).
- Diseño de estudio: se excluyeron trabajos de revisión, estudios cuasiexperimentales, estudios observacionales y estudios cualitativos.

Tabla 2

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Muestras de adolescentes de entre 13 y 18 años	Muestras mixtas, donde además se incluya población infantil o adulta
Que evalúen un programa de intervención basado en la DBT	-
Que comparen con lista de espera, no intervención, otro tipo de intervención psicológica o farmacología.	Estudios que únicamente comparen diferentes modalidades de DBT
Que midan autolesiones, ideación suicida y/o sintomatología depresiva	-
Que utilicen un diseño de estudio de ensayos controlado aleatorizado	Trabajos de revisión, estudios cuasiexperimentales, estudios observacionales y estudios cualitativos
Publicados en revistas indexadas por pares	-
Publicados en inglés o español	-

Fuentes de información

Para la identificación de estudios que respondieran a nuestra pregunta de investigación, se realizó una búsqueda en las bases de datos MEDLINE Complete, APA PsycINFO y CINAHL.

Estrategia de búsqueda

En primer lugar, se diseñó una estrategia de búsqueda para MEDLINE Complete y se comprobó que permitía identificar estudios relevantes. Esa primera estrategia se diseñó, utilizando tanto términos MeSH como términos en lenguaje natural, en torno a los siguientes componentes de la pregunta PICO: adolescencia (*adolescent, teenager, teen, youth*); terapia dialéctica conductual (*dialectical behavior therapy, DBT*); y suicidio (*suicide, suicide prevention, self-harm, self-injury*)

Posteriormente, la estrategia de búsqueda se adaptó al resto de bases de datos. Las estrategias de búsqueda finales se ejecutaron, sin límite de fecha, el 3 de enero de 2025. Las estrategias de búsqueda completas pueden consultarse en el Anexo 1.

Proceso de selección de los estudios

Las referencias identificadas en las diferentes bases de datos se exportaron en un archivo RIS y se importaron en Rayyan, una herramienta online para la gestión y el desarrollo de revisiones sistemáticas, donde se eliminaron los artículos duplicados. Posteriormente, los títulos y resúmenes de los artículos identificados fueron revisados de forma independiente por dos revisores para preseleccionar aquellos que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Por último, el texto completo de los artículos preseleccionados fue revisado de forma independiente por los dos revisores para identificar aquellos que finalmente fueron incluidos en la revisión. Las dudas y los desacuerdos a lo largo del proceso fueron resueltos mediante discusión y consenso.

Proceso de extracción de los datos

Para la extracción de datos se elaboraron diferentes formularios donde se recogieron datos relacionados con las características de los estudios incluidos, los instrumentos utilizados para la evaluación de la efectividad, así como sus principales resultados. Los datos fueron extraídos por un revisor y revisados por una segunda revisora.

Lista de datos

Para cada uno de los estudios incluidos se extrajeron los siguientes datos:

- Datos identificativos del estudio: primer/a autor/a, año de publicación, país.
- Tamaño muestral del estudio
- Características de la intervención

- Características del comparador
- Instrumentos de medida utilizados para la evaluación de resultados.
- Puntuaciones preintervención y postintervención (media y desviación típica u otros estadísticos en su ausencia) tanto del grupo intervención como del grupo control.
- Principales conclusiones.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales

Para la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios que fueron finalmente incluidos se utilizaron los seis primeros ítems de la herramienta CASPe (*Critical Appraisal System for Systematic*), que analizan la validez interna del estudio, incluyendo aspectos relacionados con el diseño, la selección de los participantes, la asignación aleatoria, el enmascaramiento, la comparabilidad de los grupos al inicio del estudio y el seguimiento de los participantes. Cada ítem se responde con una de tres opciones: 'sí', 'no' o 'no sé', siendo las tres primeras preguntas eliminatorias. Esta evaluación permitió identificar posibles limitaciones metodológicas y valorar el riesgo de sesgo global de la evidencia identificada.

Medidas del efecto

Para cada desenlace de interés se extrajeron, cuando estaban disponibles, la media y la desviación típica antes y después de la intervención en los grupos intervención y control. Las diferencias de medias entre grupos (con sus intervalos de confianza) y otras medidas del tamaño del efecto (p.ej., d de Cohen) se utilizaron como medidas del efecto para sintetizar y presentar los resultados.

Método de síntesis

Se realizó una síntesis narrativa de los resultados, complementada con tablas estructuradas que facilitan la visualización de los principales hallazgos obtenidos en los estudios identificados para cada desenlace de interés.

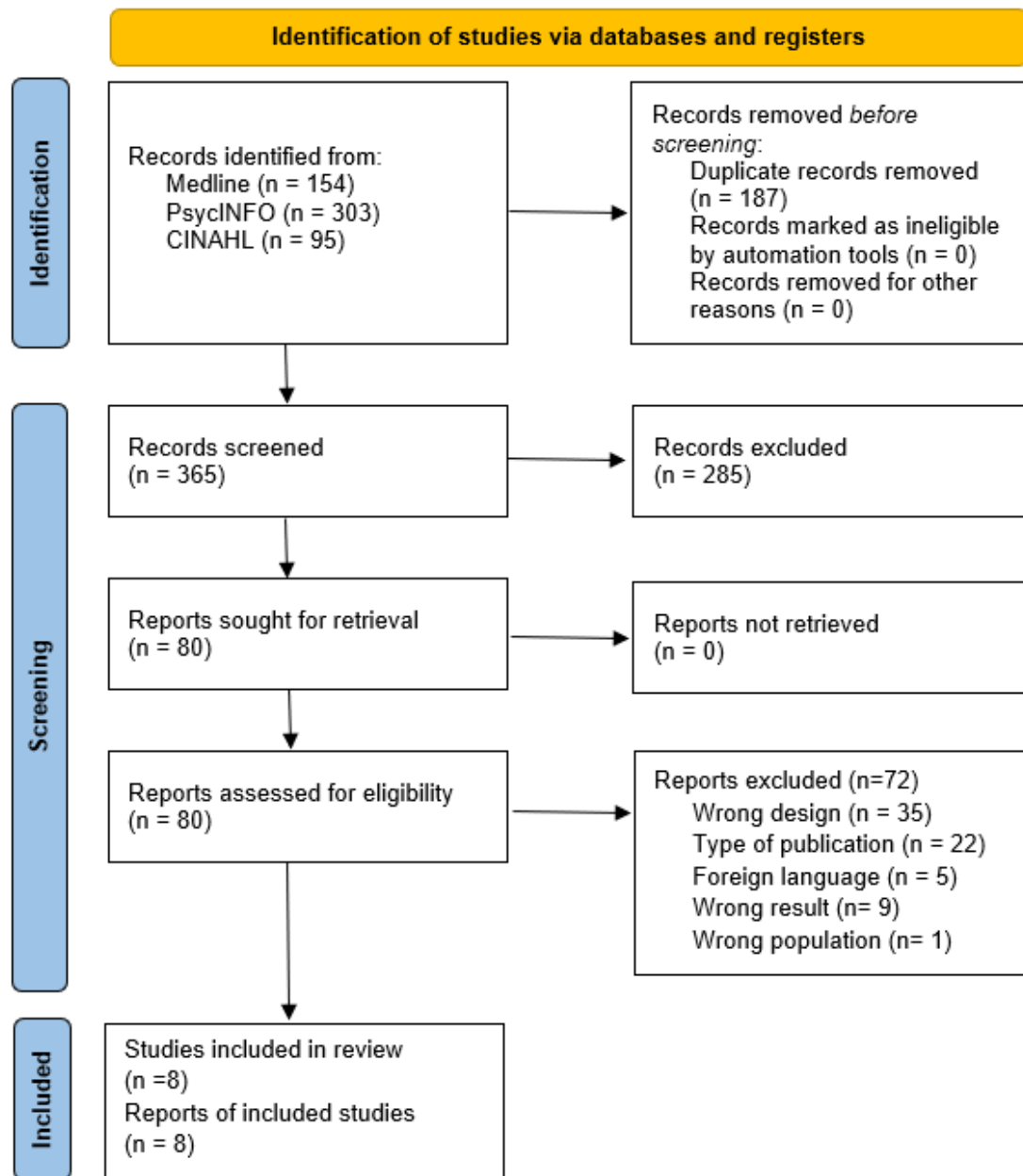
Resultados

Selección de los estudios

Se identificaron un total de 552 referencias a través de búsquedas en las bases de datos CINAHL (n = 95), MEDLINE (n = 154) y PsycINFO (n = 303). Tras su importación en la plataforma Rayyan, se detectaron 187 duplicados, por lo que 365 fueron revisadas por título y resumen. Tras aplicar los criterios de elegibilidad previamente establecidos, se excluyeron 285 referencias y se revisaron 80 por texto completo. Finalmente, se incluyeron 8 ECA en la revisión. El proceso de selección de estudios se detalla en la Figura 1.

Figura 1

Proceso de selección de los estudios



Características de los estudios

La revisión sistemática incluyó un total de 8 estudios, cuyas principales características de los estudios incluidos se presentan en la Tabla 3 y se describen a continuación. En conjunto, los estudios incluyeron una muestra acumulada de 483 participantes.

Las intervenciones comparadas con la DBT o DBT-A fueron principalmente el tratamiento habitual mejorado (TAU) y sus variantes mejoradas. Otras comparaciones incluyeron la terapia de desactivación de modos (MDT), el tratamiento habitual estructurado (EUC-E-TAU) y la atención psicológica estándar (SOC). Además, en un estudio se comparó diferentes modalidades internas de DBT, específicamente programas de 8 semanas frente a 16 semanas de duración.

Los estudios incluidos evaluaron la eficacia de la DBT en población adolescente, de entre 12 y 18 años, con conductas suicidas y/o autolesivas. Se emplearon diseños controlados aleatorizados con tamaños muestrales variables que oscilaron entre 20 y 127 participantes. La mayoría de los estudios se llevaron a cabo en países occidentales, como Estados Unidos, Noruega e Irlanda. Las intervenciones basadas en DBT tuvieron una duración comprendida entre 16 y 24 semanas y las principales variables de resultado evaluadas fueron las conductas autolesivas, la ideación suicida y los síntomas depresivos, medidos mediante instrumentos estandarizados como el *Suicidal Ideation Questionnaire* (SIQ-JR), el *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) o el *Revised Child Anxiety and Depression Scale* (RCADS), entre otros.

Tabla 3

Características de los estudios incluidos

Autor (año), país	Tamaño muestral	Población	Intervención	Comparador	Medidas de resultado (instrumento)
Santamarina et al. (2020)	N=35 DBT-A (n=18) TAU+GT (n=17)	Adolescentes de 12 a 18 años con autolesiones no suicidas repetitivas o intentos de suicidio en los últimos 12 meses y alto riesgo suicida actual evaluado a mediante <i>Columbia Suicide Severity Rating Scale</i> (CSSRS)	Terapia Dialéctico Conductual para Adolescentes (DBT-A)	Tratamiento habitual más sesiones grupales (TAU+GT)	Ideación suicida (<i>Suicidal Ideation Questionnaire</i>) Sintomatología depresiva (<i>Beck Depression Inventory-II</i>)
Stallard et al. (2024)	N= 127	Adolescentes de 12 a 18 años recibiendo tratamiento especializado <i>Child and Adolescent Mental Health</i> (CAMHS), con autolesiones repetidas en el año anterior	BlueIce (BI): aplicación para la prevención de las autolesiones que incluye técnicas de DBT-A	Tratamiento habitual más BlueIce (TAU+BI)	Sintomatología depresiva (Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) - Subescala de depression)
Asarnow et al. (2017)	NI	Adolescentes de 12 a 18 con intentos de suicidio o autolesiones en los últimos 3meses.	<i>Alternatives for Teens and Youths</i> (SAFETY): tratamiento familiar basado en la DBT.	Tratamiento habitual mejorado con educación para familias y apoyo para acceder a tratamiento comunitario (E-TAU).	Autolesiones

Autor (año), país	Tamaño muestral	Población	Intervención	Comparador	Medidas de resultado (instrumento)
Goldstein et al. (2015)	N= 100 DBT (n=47) SOC (n=53)	Adolescentes de 12 a 18 diagnosticados con trastorno bipolar que informaron de intentos de suicidio previos.	Terapia Dialéctico Conductual (DBT)	Psicoterapia Estándar de Atención (SOC).	Sintomatología depresiva (<i>Depression Rating Scale</i>)
Apsche et al. (2006)	N=20 DBT (n=10) MDT (n=10)	Varones de 15 a 18 años de un centro de tratamiento residencial para adolescentes que presentaban agresión física, ideación suicida, y trastornos de rasgo de la personalidad mixtos.	Terapia Dialéctico Conductual (DBT)	Terapia de desactivación de modos (MDT)	Ideación suicida (<i>Suicidal Ideation Questionnaire</i>) Sintomatología depresiva (<i>Beck Depression Inventory-II</i>)
Goldstein et al. (2024)	N=20 DBT (n=14) TAU (n=6)	Adolescentes de 12 a 18 con diagnóstico de trastorno bipolar (BP) del Programa de Trastorno Bipolar Infantil y Adolescente de una clínica pediátrica especializada	Terapia Dialéctico Conductual (DBT)	Tratamiento Habitual (TAU)	Autolesiones
Mehlum et al. (2014)	N=77	Adolescentes de 12 a 18 años con al menos 2 episodios de autolesión y al menos uno de ellos en las últimas 16 semanas.	Terapia Dialéctico Conductual para Adolescentes (DBT-A)	Tratamiento Habitual Mejorado (EUC)	Ideación suicida (<i>Suicidal Ideation Questionnaire</i>) Sintomatología depresiva (<i>Short Mood and Feelings Questionnaire y MADRS</i>)
de Andrade et al. (2024)	N=104	Adolescentes que presentaban desregulación emocional y síntomas emergentes de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).	Terapia Dialéctico Conductual (DBT) de 8 semanas	Terapia Dialéctico Conductual (DBT) de 16 semanas	Sintomatología depresiva (DASS-21, subescala de depresión) Tendencia suicida (MINI-SS)

Riesgo de sesgo de los estudios individuales

La evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales se llevó a cabo mediante la herramienta CASPe para ensayos clínicos. En términos generales, los estudios presentaron un riesgo de sesgo que osciló entre bajo y moderado, con algunos casos aislados de riesgo alto (Tabla 3).

En términos generales, la mayoría de los estudios cumplieron adecuadamente con los criterios de calidad metodológica evaluados. Todos los estudios respondieron afirmativamente a los ítems 1 (pregunta claramente definida), 2 (asignación aleatoria), 5 (medición adecuada de los desenlaces) y 6 (evitación de la comunicación selectiva de resultados), lo que indica un adecuado diseño general y transparencia en la presentación de los resultados. En cuanto a la comparabilidad de los grupos a lo largo del estudio (ítem 3), siete estudios fueron calificados positivamente, mientras que uno (Goldstein et al., 2015) recibió una puntuación de “no se sabe”, debido a la falta de información clara sobre esta dimensión. El criterio con mayor variabilidad fue el manejo de las pérdidas durante el estudio (ítem 4): cinco estudios informaron adecuadamente este aspecto, mientras que en tres estudios (Santamarina et al., 2020; Goldstein et al., 2015; de Andrade et al., 2024) no se aportó información suficiente para su valoración.

En conjunto, los estudios presentaron un riesgo de sesgo bajo a moderado. No se identificaron estudios con múltiples deficiencias metodológicas, y ninguno fue clasificado con riesgo alto de forma global. No obstante, las limitaciones detectadas en la comparabilidad de grupos y el manejo de pérdidas deben considerarse al interpretar los resultados.

Tabla 3

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos

Ítem	Santamarina et al. (2020)	Stallard et al. (2024)	Asarnov et al. (2017)	Goldstein et al. (2024)	Goldstein et al. (2015)	Mehlum et al. (2014)	McCulley et al. (2018)	de Andrade et al. (2024)
1	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
2	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
3	Si	Si	Si	Si	No se	Si	Si	Si
4	No se	Si	Si	Si	No se	Si	Si	No se
5	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
6	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?								
2. ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?								
3. ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?								
4. ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?								
5. ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?								
6. ¿Se evitó la comunicación selectiva de resultados?								

Resultados de los estudios individuales y síntesis de resultados

Los estudios han evaluado la eficacia de la DBT en adolescentes con ideación suicida, conductas autolesivas y sintomatología depresiva. Los hallazgos son mixtos, aunque apuntan a beneficios específicos en ciertas áreas clínicas. A continuación, se describen los principales resultados para las tres variables de interés (ideación suicida, autolesiones y sintomatología depresiva). En la Tabla 4 se presenta una síntesis completa de todos los estudios incluidos en la revisión sistemática.

Ideación suicida

Diversos estudios han evaluado el impacto de intervenciones psicológicas en la ideación suicida mediante instrumentos estandarizados, principalmente el *Suicidal Ideation Questionnaire-Junior* (SIQ-JR). En general, los resultados indican una tendencia a la reducción de la ideación suicida en los grupos de intervención, aunque sin

diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los casos al compararlos con los grupos control.

Santamarina et al. (2020) encontraron una disminución en las puntuaciones del SIQ-JR tras la intervención (de 44.5 a 35.6), al igual que en el grupo control (de 50.9 a 40.1), sin diferencias significativas entre ambos ($p = 0.515$). Apsche et al. (2006) también observaron una reducción marcada en el grupo intervención (de 58.2 a 2.89), y en el grupo control (de 58.4 a 7.0), pero nuevamente sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$). Por su parte, Mehlum et al. (2015) reportaron una disminución más pronunciada en el grupo de intervención (de 36.91 a 18.30), frente a una reducción menor en el grupo control (de 36.91 a 32.56), aunque no se indicó significancia estadística.

En el estudio de DeAndrade et al. (2021), se utilizó el instrumento MINI-SS para evaluar la tendencia suicida. Los resultados no mostraron efectos significativos del tiempo ni interacciones entre tiempo y grupo en ninguno de los seguimientos. Las puntuaciones disminuyeron ligeramente en ambos grupos, pero sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas.

En conjunto, los hallazgos de Santamarina et al. (2020), Apsche et al. (2006), Mehlum et al. (2014) y DeAndrade et al. (2021) sugieren que, aunque la ideación suicida tiende a reducirse tras las intervenciones con DBT, la diferencia entre grupos intervención y control no fue estadísticamente significativa.

Autolesiones

En cuanto a las autolesiones, Asarnow et al. (2021) evaluó la remisión en conductas autolesivas, observándose una mayor tasa de remisión en el grupo de

intervención en comparación con el grupo control. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.013$), indicando una efectividad de la intervención en la reducción de conductas autolesivas.

En el estudio Goldstein et al. (2024) se analizaron los intentos de suicidio como forma de conducta autolesiva. El grupo intervención presentó también una mayor tasa de remisión respecto al grupo control, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.018$), lo que respalda la eficacia de la intervención implementada.

Ambos estudios muestran que las intervenciones aplicadas fueron efectivas en reducir las conductas autolesivas, con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y control.

Sintomatología depresiva

La sintomatología depresiva fue evaluada en varios estudios mediante distintos instrumentos estandarizados.

Santamarina et al. (2021) utilizaron el *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)* y observaron reducciones en las puntuaciones ambos grupos (intervención: 30.5 ± 8.8 a 25.8 ; control: 37.6 ± 7.5 a 28.7), sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos ($p = 0.628$). Apsche et al. (2006) también empleando el BDI-II, descensos significativos dentro de ambos grupos (intervención: 36.9 ± 19.21 a 13.1 ± 12.90 ; control: 38.4 ± 14.25 a 8.9 ± 6.1), pero sin diferencias significativas entre ellos ($p > 0.05$). Mehlum et al. (2014) utilizaron el *Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)*, encontrando reducción en el grupo intervención (14.92 a 10.19) y en el control (15.11 a 12.58), sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.179$). Con la escala *MADRS*, también se observaron reducciones, pero no significativas ($p = 0.19$).

Stallard et al. (2024) emplearon la subescala de depresión del *Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS)* y encontraron descensos leves en ambos grupos (intervención: 19.89 ± 5.33 a 16.31 ± 5.91 ; control: 19.52 ± 5.39 a 17.88 ± 6.30), sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.132$). DeAndrade et al. (2021): utilizaron la subescala de depresión del DASS-21. Se identificó una mejora significativa en las puntuaciones de depresión a lo largo del tiempo ($p=0.04$), aunque no se halló una interacción significativa entre grupo y tiempo. Goldstein et al. (2024) emplearon la *Depression Rating Scale (DRS)* e informaron síntomas depresivos menos graves en el grupo intervención durante el seguimiento ($F = 4.02$, $p = 0.05$; $d = 0.98$) sí reportó diferencias significativas con el DRS a favor del grupo intervención. En resumen, aunque varios estudios reportaron reducciones en síntomas depresivos en los grupos intervención, solo Goldstein et al. (2024) y DeAndrade et al. (2021) mostraron efectos estadísticamente significativos, aunque en este último caso sin diferencias entre grupos. La mayoría de los estudios no encontraron diferencias significativas entre intervención y control, lo que sugiere resultados mixtos en la eficacia de las intervenciones para reducir la sintomatología depresiva.

Tabla 4

Síntesis de resultados

Estudio (año), país	Instrumento	Pre-intervención (Media±DT)		Post-intervención (Media±DT)		Resultados
		Intervención	Control	Intervención	Control	
Ideación suicida						
Santamarina et al. (2020)	Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ-JR)	44.5 ± 20.2	50.9 ±13.9	35.6 (26.7 - 44.6)	40.1 (30.2 - 50)	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias del SIQ-JR tras la intervención (p = 0.515)
Apsche et al. (2006)	Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ-JR)	58.2 ± 45.38	58.4 ± 29.19	2.89 ± 13.16	7 ± 7.20	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias del SIQ-JR tras la intervención (p > 0.05)
Mehlum et al. (2014)	Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ-JR)	36.91 (20.82)	36.91 (26.73)	18.30 (11.11)	32.56 (23.99)	
DeAndrade et al. (2021)	Tendencia suicida (MINI-SS)	14.30 (11.27, 17.30)	13,70 (10.53, 17.00)	13,50 (10.57, 16.50)	12,50 (9,58, 15,50)	El análisis de la puntuación de MINI mediante modelos lineales mixtos no reveló ningún efecto significativo en el tiempo, ni en ninguna interacción de tiempo por grupo en ningún seguimiento. No hubo una disminución significativa en la puntuación de MINI al comparar el valor inicial con ningún punto temporal de seguimiento.
Autolesiones						
Asarnow et al. (2021, EE. UU.)	Remisión en conductas autolesivas.	-	-	Mayor tasa de remisión	Menor tasa de remisión	Reducción significativa (p=0.013)
Goldstein et al. (2024)	Intentos de suicidio (conducta autolesiva)	-	-	Mayor tasa de remisión	Menor tasa de remisión	Reducción significativa (p=0.018)

Estudio (año), país	Instrumento	Pre-intervención (Media±DT)		Post-intervención (Media±DT)		Resultados
		Intervención	Control	Intervención	Control	
Sintomatología depresiva						
Santamarina et al. (2021)	Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	30.5 ± 8.8	37.6 ± 7.5	25.8 (18.1 - 33.3)	28.7 (20.4 - 37.3)	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias del BDI-II tras la intervención (p = 0.628)
Stallard et al. (2024)	Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) - Subescala de depresión	19.89 ± 5.33	19.52 ± 5.39	16.31 ± 5.91	17.88 ± 6.30	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias de la subescala de depresión del RCADS tras la intervención (p = 0.132)
Apsche et al. (2006)	Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	36.9 ± 19.21	38.4 ± 14.25	13.1 ± 12.90	8.9 ± 6.1	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias del BDI-II tras la intervención (p > 0.05)
Goldstein et al. (2014)	Depression Rating Scale (DRS)	NI	NI	NI	NI	En comparación con los adolescentes que recibieron el tratamiento habitual, los adolescentes que recibieron terapia dialéctica conductual mostraron síntomas depresivos menos graves según la escala DRS durante el seguimiento (F = 4.02, p = 0.05; d = 0.98).
Mehlum et al. (2014)	MADRS	19.03 (7.84)	17.50 (7.13)	12.29 (7.52)	15.76 (8.14)	p=0.19

Estudio (año), país	Instrumento	Pre-intervención (Media±DT)		Post-intervención (Media±DT)		Resultados
		Intervención	Control	Intervención	Control	
DeAndrade et al. (2021)	DASS-21 depresión	25,70 (22.40, 29.00)	23,90 (20.60, 27.20)	24,50 (21.00, 28.00)	22,90 (19.40, 26.30)	Hubo una mejora significativa en las puntuaciones de depresión al comparar el inicio con el seguimiento de 24 semanas, $F(1, 104) = -3,74$, $p = .04$, pero no en las interacciones en el tiempo por grupo. Los modelos lineales mixtos de la subescala de estrés revelaron un efecto significativo para el tiempo entre el inicio y el seguimiento de 8 semanas, $F(1, 104) = -3,87$, $p = .03$, seguimiento de 16 semanas, $F(1, 104) = -7,03$, $p < .01$, y seguimiento de 24 semanas, $F(1, 104) = -8,64$, $p < .01$, pero no hubo interacción por tiempo por grupo en ningún seguimiento.
DT: Desviación Típica; NI: No Informa;						
¹ Rango: no se informa la DT.						

Discusión

Los resultados de esta revisión sistemática indican que, si bien las intervenciones psicológicas aplicadas a adolescentes con riesgo suicida muestran un impacto positivo en la reducción de conductas autolesivas y ciertos síntomas depresivos, su efecto sobre la ideación suicida es inconsistente y en varios casos no alcanza significación estadística. Estos hallazgos son congruentes con investigaciones previas que destacan la complejidad multifactorial de la ideación suicida, lo que dificulta su modificación rápida a través de intervenciones breves o unidimensionales (Glenn et al., 2019; Ougrin et al., 2015). Por otro lado, la reducción significativa de conductas autolesivas observada en algunos estudios respalda la eficacia de terapias como la DBT, la cual se centra en la regulación emocional y el manejo de impulsos (Mehlum et al., 2016; McCauley et al., 2018). En cuanto a la sintomatología depresiva, la heterogeneidad en los resultados refleja la diversidad en los diseños, modalidades y contextos de las intervenciones, alineándose con metaanálisis previos que reportan efectos moderados y variables (Weisz et al., 2017; Cuijpers et al., 2020).

La evidencia analizada presenta varias limitaciones. En primer lugar, la mayoría de los estudios cuentan con muestras clínicas pequeñas y heterogéneas, lo cual reduce la generalización de los resultados. La diversidad en instrumentos de medición y la falta de reportes detallados sobre tamaños del efecto y análisis de subgrupos dificultan una interpretación precisa de la efectividad de las intervenciones. Asimismo, la escasez de seguimientos a largo plazo impide evaluar la sostenibilidad de los efectos terapéuticos y la prevención de recaídas. Finalmente, algunos estudios no aplicaron controles adecuados para factores de confusión ni cegamiento, aumentando el riesgo de sesgos.

Con respecto a los procesos de revisión, una limitación relevante fue la posible exclusión de estudios importantes debido a criterios restrictivos de selección, como idioma o tipo de publicación, generando potencial sesgo de publicación. La heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos impidió realizar metaanálisis, limitando la fuerza de las conclusiones cuantitativas. Además, la dependencia exclusiva de la información reportada en los artículos originales puede introducir sesgos de reporte.

Los hallazgos sugieren que las políticas de salud mental deben favorecer la implementación de programas multicomponentes que aborden de manera integral la ideación suicida, las conductas autolesivas y la sintomatología depresiva en adolescentes, asegurando intervenciones culturalmente adaptadas y sostenidas en el tiempo. En la práctica clínica, es fundamental priorizar terapias validadas, con seguimiento prolongado para mejorar la adherencia y la eficacia. Para futuras investigaciones, se recomienda realizar estudios con muestras amplias y representativas, diseños rigurosos, y evaluaciones a largo plazo. También es crucial estandarizar instrumentos y protocolos para facilitar la comparación entre estudios y profundizar en el análisis de factores contextuales y sociales que modulan la efectividad terapéutica.

En conclusión, la DBT parece ser efectiva para reducir conductas autolesivas en adolescentes, aunque su impacto sobre la ideación suicida y la sintomatología depresiva presenta resultados inconsistentes. Se requieren estudios con mayor rigor metodológico, muestras amplias y seguimiento a largo plazo para consolidar la evidencia.

Referencias bibliográficas

- Alberdi-Páramo, Í., & Rodrigo-Holgado, I. (2025). Prevenir en suicidio, ¿oportunidad o utopía? Revisión pragmática sobre el estado de la cuestión. *Psiquiatría Biológica*, 32(2). <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2025.100712>
- Anarcomunica. (2022, abril 28). ANAR trató en 2021 a 4.542 menores de edad por ideación suicida, autolesiones o intento de suicidio. *Fundación ANAR*. <https://www.anar.org/anar-trato-en-2021-a-4-542-menores-de-edad-por-ideacion-suicida-autolesiones-o-intento-de-suicidio/>
- Anarcomunica. (2022, diciembre 1). La Fundación ANAR presenta su Estudio sobre Conducta Suicida y Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en España (2012–2022). *Fundación ANAR*. <https://www.anar.org/la-fundacion-anar-presenta-su-estudio-sobre-conducta-suicida-y-salud-mental-en-la-infancia-y-la-adolescencia-en-espana-2012-2022/>
- Cañón Buitrago, S. C., & Carmona Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387–397.
- Chávez-Hernández, A.-M., & Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355–360.
- Dibaj, I. S., Tørmoe, A. J., Klungsøyr, O., Morken, K. T. E., Haga, E., Dymbe, K. J., & Mehlum, L. (2024). Early remission of deliberate self-harm predicts emotion regulation capacity in adulthood: 12.4 years follow-up of a randomized controlled trial of adolescents with repeated self-harm and borderline features. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02602-8>

Díez Suárez, A., Carballo, J. J., & Sánchez-Pina, C. (2023). Acerca de la salud mental y el suicidio en niños y adolescentes. *Anales de Pediatría*, 98(6), 488–489.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.04.003>

El suicidio, la epidemia silenciosa – Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social.

(2025, mayo 3). <https://institutoeuropeo.es/articulos/guia-hacia-el-conocimiento/el-suicidio-la-epidemia-silenciosa/>

Faura-García, J., Calvete Zumalde, E., & Orue Sola, I. (2021). Autolesión no suicida:

Conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 207–214. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>

Fundación ANAR. (2022a, abril 28). *ANAR trató en 2021 a 4.542 menores de edad por*

ideación suicida, autolesiones o intento de suicidio. <https://www.anar.org/anar-trato-en-2021-a-4-542-menores-de-edad-por-ideacion-suicida-autolesiones-o-intento-de-suicidio/>

Fundación ANAR. (2022b, diciembre 1). *La Fundación ANAR presenta su Estudio sobre*

Conducta Suicida y Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en España (2012–2022). <https://www.anar.org/la-fundacion-anar-presenta-su-estudio-sobre-conducta-suicida-y-salud-mental-en-la-infancia-y-la-adolescencia-en-espana-2012-2022/>

García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Martínez, S., &

García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: Una crítica necesaria.

Papeles del Psicólogo, 41(1), 35–42.

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>

- García-Haro, J., García-Pascual, H., & González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381–400. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000200003>
- Glenn, C. R., Esposito, E. C., Porter, A. C., & Robinson, D. J. (2019). Evidence base update of psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(3), 357–392. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1591281>
- Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.5 (updated August 2024). Cochrane, 2024. Available from www.training.cochrane.org/handbook.
- INE. (2025). INEbase / Demografía y población. https://ine.es/dyngs/INEbase/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984
- INE. (2025). INEbase / Sociedad /Salud /Estadística de defunciones según la causa de muerte / Últimos datos. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
- INE. (2025). Nota de prensa: Estadística de defunciones según la causa de muerte. Año 2023. Datos provisionales. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm>
- INE. (2025). Suicidios por edad y sexo. <https://www.ine.es/jaxi/Ta-bla.htm?tpx=48293&L=0>

La salud mental de los adolescentes. (2025, mayo 3). *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., et al. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777–785. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>

Menéndez Osorio, F. (2020). Suicidio: Clínica o voluntad de morir. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 17(1), 11–26.

Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & 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.e2. <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., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Prevención del suicidio. (2023). Observatorio del Suicidio en España 2022. Datos

definitivos diciembre 2023. <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022-definitivo/>

Prevención del suicidio - OPS/OMS. (2025, marzo 29). <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025, mayo 3). *La salud mental de los adolescentes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Suicidio. (2025, mayo 3). *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. (2014). *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)*. Centre for Reviews and Dissemination (UK). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK291903/>

Vázquez López, P., Armero Pedreira, P., Martínez-Sánchez, L., García Cruz, J. M., Bonet de Luna, C., Notario Herrero, F., Sánchez Vázquez, A. R., Rodríguez Hernández, P. J., & Díez Suárez, A. (2023). Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *Anales de Pediatría*, 98(3), 204–212. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.11.006>

Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum,

R., Jensen-Doss, A., et al. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *The American Psychologist*, 72(2), 79–117.
<https://doi.org/10.1037/a0040360>

Anexos

Anexo 1. Estrategia de búsqueda

MEDLINE Complete

#	Consulta	Resultados
S13	S10 AND S11 AND S12	154
S12	S7 OR S8 OR S9	118,951
S11	S4 OR S5 OR S6	4,510
S10	S1 OR S2 OR S3	446,350
S9	AB (self-harm OR self-injur* OR nonsuicidal self-injury OR suicidal ideation OR suicide attempt* OR suicid* OR self-mutilat* OR selfharm OR selfinjur*)	96,590
S8	TI (self-harm OR self-injur* OR nonsuicidal self-injury OR suicidal ideation OR suicide attempt* OR suicid* OR self-mutilat* OR selfharm OR selfinjur*)	65,558
S7	MM (Suicide OR Suicide Prevention OR Suicide, Attempted)	47,976
S6	AB ("Dialectical Behavior Therapy" OR "Dialectical Behavioral Therapy" OR "Dialectic Behavior Therapy" OR DBT)	4,403
S5	TI ("Dialectical Behavior Therapy" OR "Dialectical Behavioral Therapy" OR "Dialectic Behavior Therapy" OR DBT)	774
S4	MM Dialectical Behavior Therapy	320
S3	AB (adolescent OR teenager OR teen* OR youth OR underage OR "young person")	372,658
S2	TI (adolescent OR teenager OR teen* OR youth OR underage OR "young person")	265,438
S1	MM (Adolescent OR Adolescent Health OR Psychology, Adolescent OR Adolescent Psychiatry)	17,339

APA PsycINFO

#	Consulta	Resultados
S13	S10 AND S11 AND S12	303
S12	S7 OR S8 OR S9	92,816
S11	S4 OR S5 OR S6	3,159
S10	S1 OR S2 OR S3	357,762
S9	AB (self-harm OR self-injur* OR nonsuicidal self-injury OR suicidal ideation OR suicide attempt* OR suicid* OR self-mutilat* OR selfharm OR selfinjur*)	89,375
S8	TI (self-harm OR self-injur* OR nonsuicidal self-injury OR suicidal ideation OR suicide attempt* OR suicid* OR self-mutilat* OR selfharm OR selfinjur*)	51,221
S7	DE (Suicide OR Suicide Prevention OR Suicidality OR Suicidal Ideation)	51,932
S6	AB ("Dialectical Behavior Therapy" OR "Dialectical Behavioral Therapy" OR "Dialectic Behavior Therapy" OR DBT)	2,954

S5	TI ("Dialectical Behavior Therapy" OR "Dialectical Behavioral Therapy" OR "Dialectic Behavior Therapy" OR DBT)	1,350
S4	DE Dialectical Behavior Therapy	2,111
S3	AB (adolescent OR teenager OR teen* OR youth OR underage OR "young person")	329,084
S2	TI (adolescent OR teenager OR teen* OR youth OR underage OR "young person")	198,574
S1	DE (Adolescent Health OR Adolescent Psychiatry OR Adolescent Psychology OR Youth Mental Health)	20,582

CINAHL

#	Consulta	Resultados
S13	S10 AND S11 AND S12	95
S12	S7 OR S8 OR S9	49,316
S11	S4 OR S5 OR S6	1,283
S10	S1 OR S2 OR S3	228,668
S9	AB (self-harm OR self-injur* OR nonsuicidal self-injury OR suicidal ideation OR suicide attempt* OR suicid* OR self-mutilat* OR selfharm OR selfinjur*)	34,116
S8	TI (self-harm OR self-injur* OR nonsuicidal self-injury OR suicidal ideation OR suicide attempt* OR suicid* OR self-mutilat* OR selfharm OR selfinjur*)	31,878
S7	MM (Suicide OR Suicide Prevention OR Suicidal Ideation)	21,289
S6	AB ("Dialectical Behavior Therapy" OR "Dialectical Behavioral Therapy" OR "Dialectic Behavior Therapy" OR DBT)	1,054
S5	TI ("Dialectical Behavior Therapy" OR "Dialectical Behavioral Therapy" OR "Dialectic Behavior Therapy" OR DBT)	476
S4	MM Dialectical Behavior Therapy	183
S3	AB (adolescent OR teenager OR teen* OR youth OR underage OR "young person")	162,621
S2	TI (adolescent OR teenager OR teen* OR youth OR underage OR "young person")	157,245
S1	MM (Adolescence OR Adolescent Health OR Adolescent Psychiatry OR Adolescent Psychology)	8,472