

Programa de intervención con apoyo social para reducir la conducta suicida en adolescentes

Intervention Program with Social Support to Reduce Suicidal Behavior in Adolescents

ESTEFANÍA IGARTUA ESCOBAR
DIPLOMADA EN EDUCACIÓN SOCIAL. LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
CON DOBLE MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SOCIAL

Resumen

El programa de intervención para adolescentes con conducta suicida se basa en el apoyo social para prevenir los suicidios para personas, entre doce y dieciocho años, que residen en el centro terapéutico RECURRA GINSO. Es un diseño cuasi experimental que utilizan test con media pre post: el inventario de depresión de Beck, la Escala de Ideación Suicida de Beck, la Escala del Sentido de Vida de Steger, y la escala Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Los resultados esperados son disminuir la conducta suicida, los niveles de depresión y de ansiedad, y aumentar la autoestima, el apoyo social y la búsqueda del sentido de vida.

Palabras clave: conducta suicida, adolescentes, sentido de vida, autoestima, apoyo social.

Abstract

The intervention programme for adolescents with suicidal behaviour is based on social support to prevent suicides among individuals aged twelve to eighteen residing in the therapeutic centre RECURRA GINSO. It is a quasi-experimental design utilizing pre-post mean tests: the Beck Depression Inventory, the Beck Scale for Suicidal Ideation, the Steger's Meaning in Life Scale, and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Expected outcomes include reducing suicidal behaviour, levels of depression and anxiety, and increasing self-esteem, social support, and the search for meaning in life.

Key words: suicidal behaviour, adolescents, meaning in life, self-esteem, social support.

1. JUSTIFICACIÓN

Uno de los desafíos críticos en la salud pública global es la Conducta Suicida (CS), con tasas de intento y suicidio consumado que han aumentado alarmantemente en los últimos cincuenta años, especialmente en jóvenes y adolescentes. Lo que conlleva graves consecuencias sociales, familiares y personales. En respuesta a este suceso trágico, los medios de comunicación y los familiares de los fallecidos responden con ocultamiento y silencio. (Gómez Tabares et al., 2019; Carmona et al., 2017). En la última década, ha habido una mayor sensibilización, y existe una creciente demanda social para abordar esta problemática. La Organización Mundial de la Salud (OMS) está fomentando que la prevención del suicidio sea una de las principales medidas de salud pública a nivel internacional, reforzando los esfuerzos en la población adolescente (OMS, 2021a).

Según la OMS, en el año 2019 se suicidaron más de 700,000 personas en todo el mundo, una de cada 100 muertes es por esta causa, siendo una proporción mayor que las muertes por VIH, conflictos bélicos y homicidios (OMS, 2021b). La proporción de muertes por suicidio en adolescentes es preocupante, siendo la cuarta causa de defunción entre jóvenes de 15 a 19 años (INE, 2021). Los datos del Instituto Nacional de Estadística (2021) muestran que, en España, se produjeron 309 suicidios en jóvenes (235 hombres y 74 mujeres), siendo el suicidio en este grupo de edad la primera causa externa de mortalidad, por encima de los accidentes de tráfico. La adolescencia es una etapa crucial del ciclo vital en la que se desarrollan importantes habilidades socioemocionales, por lo que la detección temprana y la gestión de los factores de riesgo para la CS deberían ser una prioridad, especialmente para los menores con trastornos mentales que son especialmente vulnerables (Carballo et al., 2020).

Se ha prestado especial atención a la dinámica dentro de la familia, existe una estrecha relación entre entornos familiares disfuncionales y los intentos de suicidio en los adolescentes (Bahamón et al., 2018; Machell et al., 2016). La correspondencia entre los comportamientos suicidas y la familia es bidireccional, las conductas autolíticas son potentes estresores dentro del seno familiar (Fulginiti et al., 2016).

Ultimando de esta manera; la importancia de la familia en la prevención de la CS, el Apoyo Social (AS) y tener un sentido de vida como factores protectores. Por ello, el presente programa se basa en: la búsqueda de sentido, y en mejorar el apoyo familiar y social para la prevención de la conducta suicida.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Conducta suicida

La CS se refiere a cualquier comportamiento que tenga como objetivo la muerte del individuo y puede incluir pensamientos, planes o intentos de suicidio. Es un fenómeno complejo y multifactorial que involucra factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Gunnell et al., 2015).

En España, el número de suicidios ha aumentado en los últimos años, convirtiéndose en un problema de salud pública. Uno de los factores de riesgo más destacados es la enfermedad mental, especialmente los trastornos depresivos, que se encuentran en el 90% de los suicidios. Otros factores de riesgo incluyen el abuso de sustancias, la violencia doméstica, el desempleo y la falta de AS. Entre los factores de protección que ayudan a prevenir la CS se encuentran la resiliencia, el acceso a recursos sociales y de salud mental, el apoyo social y una actitud positiva hacia la vida (Baca et al., 2010; Blasco-Fontecilla et al., 2019).

Los factores de protección para abordar la CS son: (1) Apoyo Social (AS): la presencia de relaciones sociales satisfactorias. Puede proceder de amigos, familiares, profesores o miembros de la comunidad (Díaz-Castilla et al., 2020); (2) Autoestima y autoeficacia: buena autoestima y un sentido de autoeficacia positivo disminuyen las conductas suicidas. Variables que pueden ser promovidas a través de la educación, el apoyo emocional y la promoción de habilidades sociales y de resolución de problemas (García-Fernández et al., 2020); (3) Resiliencia. Los adolescentes que tienen una mayor resiliencia son menos propensos a desarrollar conductas suicidas. La resiliencia se puede mejorar mediante el fortalecimiento de habilidades sociales y de afrontamiento (González-Castro et al., 2021); (4) Acceso a servicios de salud mental, entre los servicios de se incluye terapia individual, terapia de grupo, asesoramiento y atención médica (Osa-Gómez et al., 2021); y (5) Habilidades sociales. Incluye la capacidad de comunicarse efectivamente, resolver conflictos y establecer relaciones saludables. La mejora de las habilidades sociales se logra mediante la formación en habilidades sociales y el fomento de relaciones sociales (Pérez-López et al., 2019).

2.2 Antecedentes

Para la revisión de programas que se han realizado con anterioridad, se han encontrado 4 dirigidos a adolescentes que presentan CS, llevados a cabo entre 2012 y 2017 (*tabla 1*). Todos comparten el objetivo de prevenir y disminuir la CS. Trabajan temas como la asertividad, límites, mejora de la autoestima, distorsiones cognitivas, apoyo familiar y social, ansiedad y depresión, etc.

Entre las limitaciones se encuentran la falta de programas que integren el sentido de vida, el apoyo familiar y el AS. Son terapias reducidas en tiempo y en número de pacientes. Por los motivos expuestos, el presente programa de intervención se basa en la búsqueda de sentido vital, en la mejora del apoyo familiar y social, teniendo en cuenta la autoestima y la sintomatología ansiosa y depresiva, y se trabaja de forma grupal para mejorar las relaciones interpersonales.

Tabla 1
Revisión de los programas previos

NOMBRE DEL PROGRAMA	AUTORES Y AÑO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES QUE TRABAJAN	LIMITACIONES Y RESULTADOS
«Terapia Basada en la Mentalización para Adolescentes (MBT-A)».	(Rossouw y Fonagy, 2012).	– Mejorar la capacidad de los adolescentes para reflexionar, comprender los estados mentales de los demás, y manejar las relaciones interpersonales de manera efectiva.	<ul style="list-style-type: none"> – Del total de la muestra de 80 adolescentes se evaluaron las autolesiones, la asunción de riesgos y el estado de ánimo al inicio y en intervalos de 3 meses hasta los 12 meses presentando la mayoría trastorno límite de la personalidad por lo que se dejan de lado otras patologías. – Aumentar la capacidad para comprender sus propios estados mentales y los de los demás. – Ayudar a identificar patrones de pensamiento y comportamiento problemáticos. – Fomentar la toma de decisiones conscientes y racionales basadas en una comprensión profunda de los estados mentales y las motivaciones subyacentes. – Mejorar la capacidad para manejar situaciones emocionales y relaciones interpersonales de manera efectiva. – Aumentar el insight. 	<ul style="list-style-type: none"> – Mentalización. – Insight. – Enfermedad mental. – Patrones de pensamiento y comportamiento. – Toma de decisiones. – Manejo de situaciones emocionales y relaciones interpersonales. – Calidad de vida. – Síntomas psicológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Puede ser difícil para algunos adolescentes que tienen dificultades para reflexionar sobre sus estados mentales y los estados mentales de los demás. – Es una técnica especializada que requiere entrenamiento específico para los terapeutas. – Puede no ser efectiva por sí sola, por lo que puede ser necesario combinarla con otras intervenciones terapéuticas o farmacológicas. – Es una intervención eficaz para reducir las autolesiones en adolescentes con TLP pero no sabemos si en el resto de enfermedades mentales.

NOMBRE DEL PROGRAMA	AUTORES Y AÑO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES QUE TRABAJAN	LIMITACIONES Y RESULTADOS
«Terapia Interpersonal para Adolescentes con Ideación Suicida (IPT-A)»	(Mufson et al., 2012).	<ul style="list-style-type: none"> – Reducir la ideación suicida del adolescente y mejorar su capacidad para manejar sus emociones y relaciones interpersonales de manera más efectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar y comprender las emociones y pensamientos influyen en la ideación suicida. – Mejorar las habilidades de comunicación interpersonal para que construya relaciones más saludables. – Ayudar a identificar y abordar los problemas en sus relaciones interpersonales que contribuyen a su ideación suicida. – Fortalecer la capacidad para afrontar el estrés y las dificultades de manera efectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> – Gestión emocional. – Conducta suicida. – Habilidades de comunicación. – Síntomas de ansiedad y estrés. – Ideas auto líticas y conductas no suicidas. – Relaciones personales. 	<ul style="list-style-type: none"> – Como enfoque de terapia relativamente nuevo, se ha investigado de manera limitada y existe poca evidencia empírica que respalde su efectividad en comparación con otros enfoques más establecidos. – La efectividad dependerá en gran medida de la relación entre el terapeuta y el paciente. – Puede ser menos efectiva en casos de ideación suicida grave o crónica, donde se necesita una intervención más intensiva y acompañada de fármacos. – Algunos adolescentes pueden tener dificultades para participar activamente en la terapia o para aplicar lo aprendido debido a la falta de motivación, la resistencia al cambio o la falta de habilidades cognitivas y emocionales.
«Programa de Atención a Personas con Ideación Suicida (PAI)»	(Jiménez-Treviño et al., 2014; García-Portilla et al., 2012).	<ul style="list-style-type: none"> – Prevenir el suicidio y ofrecer atención especializada a personas que presenten ideación suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> – Brindar un enfoque multidisciplinario que aborde la ideación suicida y otros problemas de salud mental. – Sensibilizar y formar a profesionales de la salud. – Promover estrategias de afrontamiento saludables y la prevención de recaídas. – Informar y ofrecer apoyo a los familiares. – Proporcionar un tratamiento adecuado y personalizado. 	<ul style="list-style-type: none"> – Características demográficas y clínicas de las personas atendidas. – Historial familiar de salud mental. – Factores de riesgo y protección para el suicidio. – Evaluación de los resultados de las intervenciones terapéuticas, reducción de los síntomas depresivos y el aumento del funcionamiento social y laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> – Es una iniciativa del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se implementa en diferentes centros de salud mental y unidades de atención primaria en todo el país, pero podría impartirse en colegios, institutos y universidades. – Sólo tiene en cuenta a personas mayores de 18 años que presenten ideación suicida. – Es efectivo en la reducción de la CS en el corto plazo, se necesitan estudios a largo plazo para evaluar la eficacia del programa en la prevención del suicidio.

*Programa de intervención con apoyo social
para reducir la conducta suicida en adolescentes*

NOMBRE DEL PROGRAMA	AUTORES Y AÑO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES QUE TRABAJAN	LIMITACIONES Y RESULTADOS
«Terapia Interpersonal para Adolescentes con Riesgo de Suicidio (IPT-AS)»	(Eckshtain et al., 2017).	– Reducir el riesgo de suicidio y mejorar la calidad de vida de los adolescentes que presentan pensamientos e ideación suicida.	– Dotar de habilidades sociales. – Identificar los factores de riesgo y protección que influyen en el riesgo de suicidio.	– Estilos de comunicación. – Conducta suicida. – Habilidades sociales. – Calidad de vida.	– Es efectiva en estudios clínicos, los resultados pueden no generalizarse a otras poblaciones. – Se enfoca principalmente en abordar los factores relacionales y sociales que contribuyen al riesgo de suicidio. – Requiere que a psicólogos capacitados en esta intervención específica. – Requiere que el adolescente esté motivado y comprometido con el proceso terapéutico, algo complicado en algunos casos de adolescentes con ideación suicida.

3. METODOLOGÍA

3.1 Objetivos

El objetivo es prevenir la conducta suicida en adolescente. A partir del objetivo general se plantean los objetivos específicos:

- Mejorar la capacidad de regular las emociones y la resolución de problemas.
- Fortalecer la autoestima y mejorar la confianza para enfrentar situaciones difíciles.
- Desarrollar habilidades interpersonales y mejorar las relaciones con los demás.
- Fomentar un sentido de propósito y significado en la vida.

3.2 Tipo de diseño

Es un diseño cuasi experimental con medida pre y post. Se utiliza para evaluar el efecto de una intervención o tratamiento en un grupo. Aunque no cumple con todos los criterios de un diseño experimental puro, este enfoque permite obtener información valiosa sobre los cambios ocurridos después de la intervención.

3.3 Instrumentos de medida

- El **inventario de depresión de Beck** (BDI), evalúa la gravedad de los síntomas depresivos en adultos y adolescentes. Fue desarrollado por Beck y sus colegas en la década de 1960. Consta de 21 ítems que evalúa aspectos de la depresión, como el estado de ánimo deprimido, la culpa, la fatiga, la pérdida de interés en actividades placenteras, los cambios en el apetito y el sueño. Cada ítem puntúa en una escala de 0 a 3, según la intensidad de los síntomas experimentados durante la última semana. Muestra coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0,80, lo que indica una confiabilidad adecuada (Beck, 1979).
- La **Escala de Ideación Suicida de Beck** (SSI), evalúa la intensidad y la gravedad de los pensamientos suicidas en individuos que están experimentando depresión. Consta de 21 ítems que evalúan aspectos de la ideación suicida, como la frecuencia de los pensamientos de muerte, la presencia de planes suicidas concretos, la sensación de deseo de morir y la creencia en la posibilidad de llevar a cabo el acto suicida. Tiene una consistencia interna con coeficientes alfa de Cronbach que varían entre 0.85 y 0.94. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 2, según la intensidad y la frecuencia de los pensamientos suicidas experimentados en las últimas dos semanas. La puntuación total oscila entre 0 y 38, una puntuación más alta es indicativa de una mayor gravedad de la ideación suicida (Beck, 1979).
- La **Escala del Sentido de Vida de Steger** (SPS), evalúa el sentido de vida y su importancia en la vida. Fue desarrollada por Steger y sus colegas en 2006. Muestra unos coeficientes alfa de Cronbach que oscilan entre 0.85 y 0.90. Consta de 10 ítems que evalúan aspectos

del sentido de vida, como la búsqueda activa de sentido, la sensación de que la vida tiene un propósito y significado, y la conexión con algo trascendental. Los ítems se presentan en formato de afirmaciones y los participantes deben indicar su grado de acuerdo en una escala de siete puntos, que va desde «totalmente en desacuerdo» hasta «totalmente de acuerdo» (García Alandete et al., 2020).

- La **escala MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)**. Fue desarrollada por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley en 1988 y ha sido traducida y validada en varios idiomas. Evalúa la percepción de apoyo social percibido de tres fuentes diferentes: apoyo familiar, apoyo de amigos y apoyo significativo. Muestra una consistencia interna con coeficientes alfa de Cronbach que oscilan entre 0.80 y 0.95. Consta de 12 ítems, con 4 ítems para cada una de las tres fuentes de apoyo social. Los participantes indican el grado de acuerdo en una escala de 7 puntos, que va desde «totalmente en desacuerdo» hasta «totalmente de acuerdo». Se obtiene puntuaciones separadas para cada una de las tres dimensiones (D'Arrigo y Reppold, 2016).

3.4 Población Diana

Adolescentes, entre doce y dieciocho años, que residen en el centro terapéutico RECURRA GINSO, se consideran un grupo reducido de un máximo de diez personas. Además, podrán participar las familias, parejas y amigos de los participantes, siendo un total de cuatro acompañantes por cada participante. Este grupo podrá participar en todas las actividades del programa.

3.5 Acciones y Tareas Vinculadas a los Objetivos Específicos

En la tabla se muestran las acciones relacionadas con los objetivos específicos.

Tabla 2
Acciones y Tareas vinculadas a objetivos específicos

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACCIÓN	TAREAS
1. Mejorar la capacidad de regular las emociones y la resolución de problemas.	1.1 Informar sobre los objetivos que se van a trabajar, presentación de los participantes, crear sentimientos de confianza, pertenencia y cohesión. 1.2 Dar a conocer que es la regulación emocional. 1.3 Expresar e identificar sentimientos y emociones. 1.4 Integrar y aceptar las emociones que genera pensar en la muerte. 1.5 Disminuir los niveles de ansiedad.	– Mi mapa vital. Actividad 1. – Pensamientos que encadenan. Actividad 2. – Retomar el vuelo. Actividad 3.
2. Fortalecer la autoestima y mejorar la confianza para enfrentar situaciones difíciles.	2.1 Trabajar sobre el auto concepto y la autoestima.	– Retomar el vuelo. Actividad 3. – El bosque interior. Actividad 4.
3. Desarrollar habilidades interpersonales efectivas y mejorar la calidad de las relaciones con los demás.	3.1 Dotar de habilidades sociales.	– El bosque interior. Actividad 4. – Pensamientos que encadenan. Actividad 2. – Regalos cotidianos. Actividad 5.
4. Fomentar un sentido de propósito y significado en la vida.	4.1 Conocer los dones y capacidades. 4.2 Buscar un sentido de vida.	– El bosque interior. Actividad 4. – Retomar el vuelo. Actividad 3.
5. Prevenir futuros episodios de conducta suicida.	5.1 Promover pensamientos positivos.	– El bosque interior. Actividad 4. – Retomar el vuelo. Actividad 3. – Regalos cotidianos. Actividad 5. – El placer de aterrizar. Actividad 6.

4. DISEÑO DEL PROGRAMA

4.1 Desarrollo de las sesiones

El programa de intervención (*tabla 3*) consta de seis actividades que van incorporadas en tres sesiones, con una duración de dos horas. En total, se

dedicarán doce horas al programa, con descansos de quince minutos. Esto se hace para evitar una saturación emocional en los participantes y brindarles tiempo para desconectar y relajarse, fomentando así la interacción entre los participantes.

La persona encargada de proporcionar el programa es un terapeuta con la debida formación específica en CS, ayudado por un psicólogo especializado en la Terapia Interpersonal (IPT). En caso de que algún participante se removiera se cuenta con un psicólogo para ser atendido de manera individual.

Tabla 3

Resumen de las actividades del programa de intervención

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TAREAS	Nº SESIÓN Y NOMBRE	Nº ACTIVIDAD Y NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DURACIÓN	MATERIALES
Falta de introspección, que conlleva distorsiones cognitivas y pensamientos negativos.	Identificar y modificar los pensamientos distorsionados que contribuyen a la ideación suicida y CS.	Taller de presentación, compartir el mapa de vida y completar los cuestionarios.	Sesión 1. Ave fénix.	1. Mi mapa vital.	Los participantes reciben una introducción sobre los objetivos a trabajar y se les entrega un cuaderno y una carpeta con la información. Se realiza una presentación para conocerse con una forma adaptada de la línea de vida, donde los participantes dibujan un mapa de su vida, incluyendo hitos importantes, lugares significativos y personas que han sido importantes en su vida, y luego comparten sus mapas con el grupo. Se entregan los cuestionarios para medir el estado de ánimo y las actitudes de los participantes. Esta actividad puede ser útil para que los participantes comprendan mejor su propia vida y la de los demás, lo que puede ayudar a construir relaciones más sólidas y significativas en el grupo.	180 minutos.	Cuaderno y carpeta, una sala, sillas, mesas, bolígrafos, test, fichas, folios, papel continuo, y rotuladores.

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TAREAS	Nº SESIÓN Y NOMBRE	Nº ACTIVIDAD Y NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DURACIÓN	MATERIALES
Falta de habilidades sociales y de reconocimiento emocional.	Mejorar la capacidad de regular las emociones y la resolución de problemas.	Lectura del cuento «Elefante encadenado» análisis funcional de la CS.	Sesión 1. Ave fénix.	2. Pensamientos que encadenan.	Se busca que los participantes identifiquen sus pensamientos y distorsiones cognitivas para poder modificarlas con el cuento del «Elefante Encadenado» de Jorge Bucay para hablar sobre la indefensión aprendida y la limitación que uno se impone a sí mismo por creencias erróneas. Se les pide que anoten sus distorsiones cognitivas. Luego, se les pide que cuestionen su validez, busquen evidencias contrarias, encuentren alternativas y practiquen la nueva forma de pensar. Se recomienda que familiares, parejas y amigos ofrezcan alternativas de pensamiento, y se realiza un roll playing para practicar diferentes frases y pensamientos en la misma situación.	180 minutos.	Una sala, sillas, mesas, bolígrafos, fichas, cuento del «Elefante encadenado», ordenador y altavoces para reproducir música.
Baja autoestima y poca confianza en sí mismos, en el mundo y en los demás.	Fortalecer la autoestima y mejorar la confianza para enfrentar situaciones difíciles.	Informar y dar psicoeducación sobre los factores de riesgo y protección frente a la CS. Lectura del cuento del «Ave fénix».	Sesión 1. Ave fénix.	3. Retomar el vuelo.	Se realiza una pregunta para conocer su actitud frente a la muerte. Después se recoge la información y se proyecta una presentación de Power Point donde se explica, con un lenguaje sencillo y fácil de comprender, los factores de protección y de riesgo del suicidio, mitos y realidades. Para trabajar la resiliencia y la autoestima se procede a la lectura del cuento «El ave fénix» de Oscar Wilde.	180 minutos.	Una sala, sillas, mesas, bolígrafos, cuento del Ave fénix, fichas y folios.

*Programa de intervención con apoyo social
para reducir la conducta suicida en adolescentes*

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TAREAS	Nº SESIÓN Y NOMBRE	Nº ACTIVIDAD Y NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	DURACIÓN	MATERIALES
Falta de habilidades y estrategias. Establecer redes sociales positivas.	Desarrollar habilidades interpersonales efectivas y mejorar la calidad de las relaciones con los demás.	Explicación y guía de la visualización.	Sesión 2. Renacer.	El bosque interior.	Se busca que los participantes descubran su propósito de vida a través de un ejercicio de visualización en el que se imaginan viviendo su vida ideal y alcanzando sus metas. Realizan un ejercicio de visualización en, donde se encuentran con una versión más sabia y experimentada de sí mismos que les habla sobre su propósito de vida. Al finalizar, se les pide que dibujen cómo sería ese bosque en el que pueden descansar y estar en armonía. Este ejercicio es útil para conectar con uno mismo y acercarse al propósito vital.	180 minutos.	Una sala, sillas, mesas, bolígrafos, fichas, ordenador y altavoces.
Buscar un sentido vital y conocer los dones.	Fomentar un sentido de propósito y significado en la vida.	Ejercicio de agradecimiento.	Sesión 2. Renacer.	5. Regalos cotidianos.	Se proponen diferentes ejercicios de agradecimiento para llevar a cabo en terapia grupal o en casa. El agradecimiento consiste en centrarse en lo positivo y reconocer lo bueno en nuestras vidas, lo que puede mejorar la autoestima y tener un impacto positivo en la salud mental. Se sugieren actividades como la constelación de la autoestima, la escritura de cartas de apreciación y el diario de gratitud, que pueden ayudar a aumentar la autoestima al enfocarse en las cualidades positivas de cada persona y escuchar los cumplidos y elogios de los demás miembros del grupo.	180 minutos.	Una sala, sillas, mesas, bolígrafos, fichas, papel continuo, pinturas, lápices, gomas de borrar, rotuladores y folios.
Falta de esperanza y una percepción de mala calidad de vida.	Prevenir futuros episodios de CS y mejorar la calidad de vida.	Negociar sobre problemas cotidianos.	Sesión 3. Evaluación programa y cierre.	6. El placer de aterrizar.	Mejorar las relaciones interpersonales mediante la técnica de negociación colaborativa, que permite trabajar juntos para resolver un conflicto y fortalecer las relaciones y la comunicación entre los participantes y sus acompañantes. Se les pide que identifiquen un conflicto y que trabajen en equipo para encontrar una solución satisfactoria para todos. Al finalizar, intercambian los problemas para ver las soluciones encontradas. Finalmente, se vuelven a pasar los test para evaluar el estado emocional y la autoestima, así como la efectividad del programa.	180 minutos.	Una sala, sillas, mesas, bolígrafos y test.

4.2 Desarrollo de una actividad del programa

4.2.1 Sesión 2. Renacer: Actividad 5. Regalos cotidianos

Se plantean actividades, para realizar en la terapia grupal y en casa, de agradecimiento. Investigaciones recientes han demostrado que el agradecimiento mejora la autoestima y tiene un impacto positivo en la salud mental, es una herramienta efectiva para mejorar el bienestar emocional y psicológico (Emmons et al., 2011).

Se comienza con el ejercicio de reconocimiento de logros: cada participante comparte un logro personal y los demás brindan retroalimentación positiva y lo felicitan por su logro. Esto ayuda a aumentar la autoestima al reconocer y celebrar los éxitos personales. A continuación, se realiza la constelación de la autoestima: los miembros de cada grupo crean una constelación en una hoja a la que tienen que dar un alias y escriben sus nombres en las hojas. Luego, cada uno escribe una cosa positiva acerca de sí mismo y la coloca en su estrella. Esto ayuda a aumentar la autoestima al enfocarse en las cualidades positivas de cada persona.

La tercera actividad consiste en escribir las cartas de aprecio: escriben cartas de aprecio y reconocimiento para sus acompañantes y compañeros. Luego, las cartas se intercambian y se leen en voz alta. Esto puede ayudar a aumentar la autoestima al escuchar los elogios y la apreciación de los demás. Para terminar, se realiza la actividad del espejo positivo, los miembros del grupo se sientan en círculo y se turnan para decir algo positivo acerca de la persona sentada a su derecha. Esto ayuda a aumentar la autoestima al escuchar los cumplidos y los elogios de los demás.

Se les manda para casa realizar un diario de gratitud donde anotan tres cosas positivas cada día. Los miembros pueden compartir sus experiencias y reflexiones sobre cómo la práctica de la gratitud ha mejorado su autoestima.

Recursos

No cuenta con financiamiento de ninguna institución pública o privada, los costos serán asumidos por la entidad, asociación o empresa. Se estima un total de 2.867 € en total. Los gastos se encuentran detallados en el Anexo 3. Se destaca la necesidad de contar con dos psicólogos sanitarios, capaci-

tados en el manejo de comportamiento suicida en adolescentes. Es necesaria la formación especializada en Terapia Interpersonal (IPT). El programa incluye componentes que pueden modificarse, lo que permite brindar ayuda personalizada e individual si algún participante se ve afectado. Un profesional proporcionará apoyo durante las actividades.

Cronograma

Tiene una duración de 6 semanas, durante los meses de septiembre y octubre. Cada actividad se lleva a cabo semanalmente y tiene una extensión de dos horas, con una pausa de quince minutos.

Tabla 4
Cronograma

SESIONES	SEPTIEMBRE				OCTUBRE	
	1 ^a semana	2 ^a semana	3 ^a semana	4 ^a semana	1 ^a semana	2 ^a semana
1						
2						
3						
4						
5						
6						

4.3 Evaluación del Programa y del proceso

Se realizan dos tipos de evaluación: la evaluación del proceso (*Anexo V*) durante y la evaluación de los resultados. En la Tabla 5 se presenta el proceso de evaluación.

Tabla 5
Indicadores de la evaluación del proceso

ACCIONES	INDICADOR 1	INDICADOR 2	INDICADOR 3
1. Informar de las características del programa y presentación de cada uno de los participantes, para fomentar la cohesión y la confianza.	Inscritos vs asistentes.	Dudas resueltas satisfactoriamente vs preguntas planteadas	Nº de hitos escritos en el mapa de vida.
2. Expresar e identificar distorsiones cognitivas.	Nº de intervenciones realizadas por los asistentes relativas a la explicación frente al número total de asistentes.	Dudas resueltas satisfactoriamente vs preguntas planteadas.	Nº de distorsiones cognitivas anotadas.
3. Trabajar sobre el auto concepto y la autoestima.	Nº de preguntas contestadas sobre el cuento de <i>El ave fénix</i> .	Dudas resueltas satisfactoriamente vs preguntas planteadas.	
4. Dotar de habilidades sociales.	Dudas resueltas satisfactoriamente versus preguntas planteadas.	Grado de implicación en la tarea de visualización.	Grado de participación en el dibujo del bosque interior.
5. Conocer los dones y capacidades.	Nº de cartas de agradecimientos escritas.	Grado de implicación en la tarea del diario de gratitud.	Nº de estrellas en la constelación de la autoestima.
6. Promover pensamientos positivos y llegar a acuerdos.	Grado de implicación de los participantes.	Tiempo en conseguir ponerse acuerdo.	Nº de intervenciones por participantes.

4.3.1 Análisis de datos

Se realizan los siguientes análisis con el programa SPSS:

1. Análisis descriptivo para las variables relevantes: las puntuaciones en BDI, SSI, SPS y MSPSS. Examinar la distribución de los datos y obtener una comprensión inicial de los puntajes promedio, la variabilidad y cualquier patrón estadísticamente significativo.
2. Prueba t de Student o la prueba de Wilcoxon, para comparar las puntuaciones pre y post: intervención en BDI, SSI, SPS y MSPSS. Determina si hay cambios significativos en estas variables después de la intervención.

3. Correlaciones entre las diferentes variables utilizando el coeficiente de correlación de Pearson o el coeficiente de correlación de Spearman. Se investiga si existe una correlación entre los niveles de depresión y la ideación suicida, o si hay una asociación entre la autoestima y el apoyo social percibido. Ayuda a comprender las relaciones entre las variables.
4. Análisis de regresión para examinar la relación entre las variables independientes (como la participación en el programa, la inclusión de familiares y amigos) y las variables dependientes (CS, depresión, autoestima, apoyo social y búsqueda del sentido de vida). Sirve para conocer que variables independientes son predictores significativos de los cambios observados en las variables dependientes.
5. Análisis de comparación de grupos: hay grupos distintos (adolescentes con diferentes diagnósticos psiquiátricos y diferencia de sexo), se realiza un análisis de varianza (ANOVA) o pruebas no paramétricas para comparar los cambios en las variables de interés entre los grupos.

4.3.2 Resultados

Los resultados tras la realización programa: (1) Reducción de la conducta suicida: disminución en los pensamientos suicidas, intentos de suicidio y comportamientos autolesivos; (2) Disminución de la depresión: disminución de la tristeza, la apatía, la desesperanza y otros síntomas asociados con la depresión; (3) Aumento de la autoestima. A través de estrategias y actividades que fortalecen la confianza, mejoran su percepción y desarrollan una imagen más positiva; y (4) Mejora del apoyo social. Los participantes se sientan más respaldados y conectados con sus familiares. Esto incluye la mejora de las habilidades de comunicación, la construcción de relaciones sólidas y la identificación de fuentes de apoyo.

Es importante tener en cuenta que los resultados pueden variar según la implementación y adaptación específica del programa, así como la dedicación y participación de los adolescentes. Es recomendable realizar un seguimiento a largo plazo para evaluar los efectos y ajustar el programa.

4.3.3 Discusión

Este trabajo de intervención se diferencia de los programas anteriores, en la especificidad de objetivos dirigidos a la mejora de la autoestima, en la búsqueda del sentido vital y en la participación social, fomentando el AS percibido y recibido y la cohesión grupal para facilitar la confianza y mejorar las relaciones interpersonales.

Las actividades se caracterizan por su flexibilidad y apertura, participan hombres y mujeres. Se proporcionan técnicas para aplicar fuera del programa, y son beneficiosas para reducir el estrés, acrecentar la autoestima y reducir los sentimientos de angustia y desesperanza.

Es importante destacar la falta de programas de ayuda psicológica para adolescentes considerando las estadísticas de suicidio en España. Por consiguiente, este programa de intervención fue desarrollado para abordar esta necesidad.

5. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

Este trabajo de intervención se diseñó con la finalidad de apoyar a los adolescentes con CS, y no tienen suficiente apoyo psicológico ni AS. Se eligió esta población para prevenir la CS y que no se agrave la sintomatología depresiva, viendo necesario reducir estos síntomas y encontrar un sentido de vida, mejorar la confianza, la autoestima y la forma de relacionarse, y tener una visión más esperanzadora del mundo.

La CS es un asunto social sin resolver, a pesar de ser una cuestión que impacta a una gran cantidad de personas. Durante el confinamiento el número de casos no disminuyó. Las conductas suicidas aumentaron debido al aumento de la depresión, ansiedad y el estrés. Algunos informes sugieren un aumento en las tasas de suicidio, hay estudios mixtos y es difícil establecer una relación directa entre la pandemia y los suicidios. Algunos estudios encontraron un aumento en los suicidios entre adolescentes durante la pandemia (Taquet et al., 2021; OMS, 2021; Pirkis et al., 2021).

Se requieren intervenciones y programas preventivos para reducir la CS y brindar apoyo a los jóvenes con el objetivo de promover un funcionamiento saludable en todas las esferas de la vida y fomentar un desarrollo integral.

A medida que se investigaba y desarrollaba el marco teórico, surgieron restricciones, tales como la falta de antecedentes de programas de intervención en grupo relacionados con el uso de técnicas que incluyan la participación de familiares, parejas y amigos, y la falta de programas que incluyan la variable del sentido vital.

En limitaciones nos encontramos con los instrumentos de medida que se basa en autorreportes, sujetos a sesgos y a la interpretación subjetiva. Las escalas evalúan constructos complejos y multifacéticos. Evalúan la percepción de depresión, sentido de vida, CS y AS, y no la cantidad o calidad real de estas variables. Las respuestas estén influenciadas por el contexto, la personalidad, el estado de ánimo y otros factores individuales.

Como limitaciones destaca la cantidad limitada de sesiones para los objetivos establecidos, demandan más tiempo para implementarse y lograr resultados duraderos, y la exclusión de algunos adolescentes debido a su edad. Se añade la falta de acceso, sólo acuden los adolescentes que residen en Recurra Ginso. Algunos adolescentes pueden sentir que buscar ayuda es una señal de debilidad. El programa no aborda todos los factores de riesgo y de protección individuales que pueden estar contribuyendo a la CS. Se añade la falta de compromiso y la necesidad de una participación activa. Si los adolescentes no están dispuestos a participar, el programa es menos efectivo. Y por último el estigma en torno a la salud mental puede hacer que los adolescentes se sientan avergonzados o reacios a buscar ayuda (O'Connor y Kirtley, 2018; Pirkis y Blood, 2019).

Además, se consideran algunas mejoras para futuras intervenciones, como monitorear a los participantes en sesiones de grupo o individuales con el objetivo de mejorar los síntomas y reducir el riesgo.

Es fundamental que los programas consideren la inclusión de la terapia familiar sistémica. El apoyo social y familiar tiene un efecto positivo en la reducción de la CS. La familia, amigos y otros miembros de la comunidad brindan un apoyo emocional que ayuda a prevenir el aislamiento y la soledad, así como promueven un sentido de pertenencia y bienestar (Beautrais et al., 2019; Marco et al., 2019).

Es importante destacar que, a pesar del creciente interés y preocupación por el suicidio en la sociedad, se requiere un esfuerzo considerable para mejorar y crear programas especializados en la prevención y tratamiento de la conducta suicida en adolescentes.

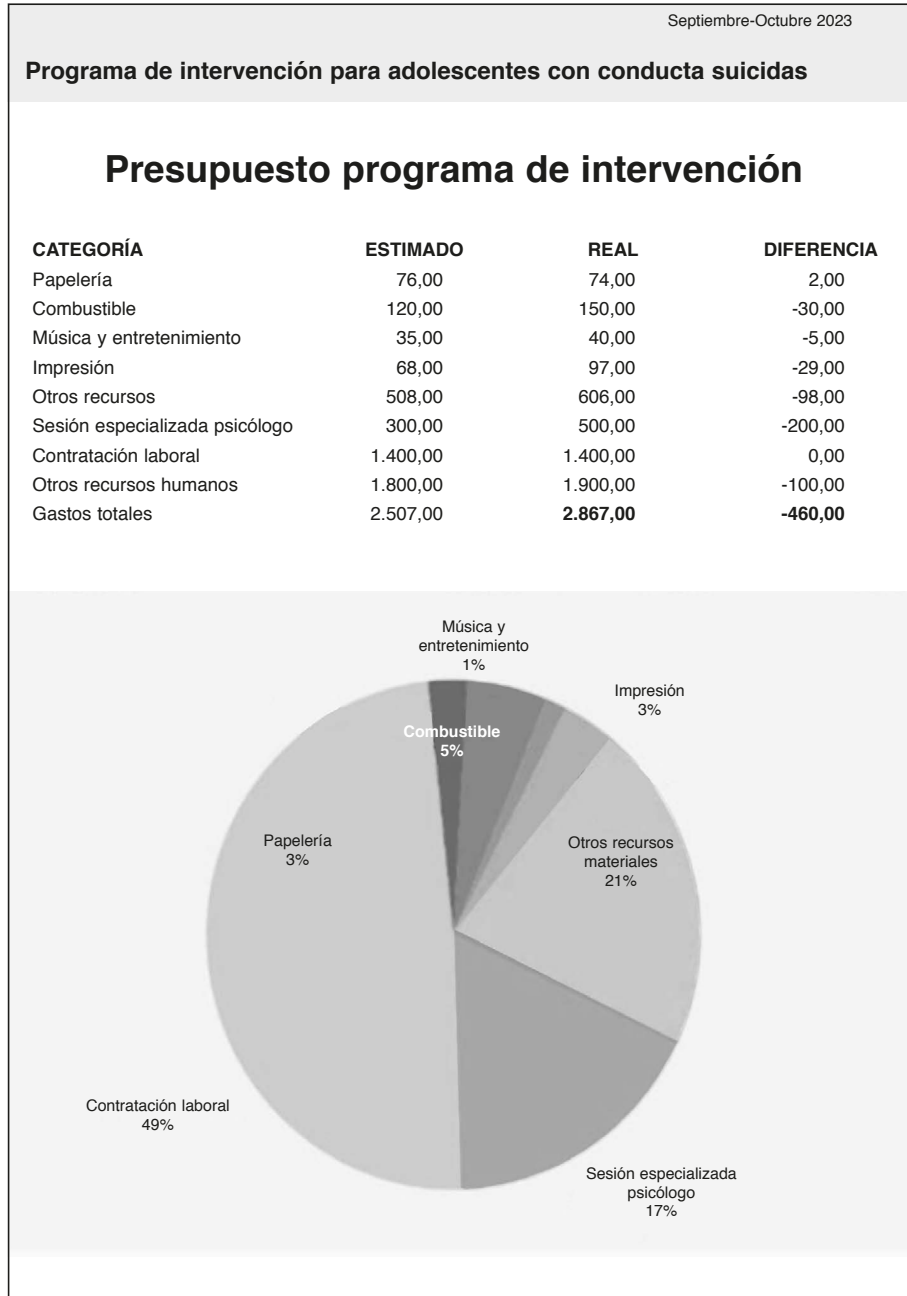
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baca-García, E., Pérez-Rodríguez, M., Keyes, K., Oquendo, M., Hasin, D., y Grant, B. (2010). Suicidal ideation and suicide attempts among Hispanic subgroups in the USA. *Psychological Medicine*, 40(10), 1643-1651. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992020>
- Bahamón, M., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos, A., Reyes, L., Uribe, J., y García, C. (2018). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 21, 50-61. <https://doi.org/10.17081/psico.21.21.2885>
- Beautrais, A., Gibb, S., Faulkner, A., Fergusson, D. M., y Mulder, R. T. (2019). Apoyo a las familias en duelo por suicidio. *Archivos de Investigación del Suicidio*, 23(4), 575-592. doi:10.1080/13811118.2018.1486952
- Beck, A. T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Ranieri, W. F. (1988). *Escala para la ideación suicida de Beck*. TEA Ediciones.
- Blasco-Fontecilla, H., Artieda-Urrutia, P., Berenguer-Elias, N., Garcia-Vega, J. M., Fernandez-Rodriguez, M., y Garcia-Parés, G. (2019). Suicide attempts and self-injurious behaviour in a Spanish prison population. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(6), 978-992. <https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1639846>
- Carballo, J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., y Arango, C. (2020). Factores psicosociales de riesgo de suicidalidad en niños y adolescentes. *Psiquiatría europea de niños y adolescentes*, 29(6), 759-776. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2020.05.003>
- Carmona, J., Carmona, D., Maldonado, N., Rivera, C., Fernández, O., Cañón, S., Alvarado, S., Jaramillo, J., Narváez, M., Fandiño, D., Vélez, D., y Velásquez, H. (2017). *El suicidio y otros comportamientos autodestructivos en jóvenes universitarios de Colombia y Puerto Rico: acciones, interacciones y significaciones*. Editorial Universidad de Manizales.
- D'Arrigo Busnello, E., y Reppold, C. T. (2016). Propiedades psicométricas de la Escala Multidimensional de Soporte Social Percibido. *Psicologia, reflexão e Crítica*, 29, 10.
- Díaz-Castilla, C., Martínez-Ferrer, B., y Ballester-Arnal, R. (2020). Factores de riesgo y protección en la conducta suicida adolescente: revisión sistemática. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 18(1), 1-20.
- Eckstain, D., Kuppens, S., Ugueto, A. M., y Weisz, J. R. (2017). RCT of a Family-Based Treatment for Adolescents with Suicidal Ideation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(11), 1266-1274. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12770>

- Emmons, R. A., y Mishra, A. (2011). Why gratitude enhances well-being: What we know, what we need to know. En K. M. Sheldon, T. B. Kashdan, y M. F. Steger (Eds.), *Designing positive psychology: Taking stock and moving forward*. Oxford University Press.
- Fernández-Serrano, M. J., Barriuso-Lapresa, L., Miguélez-Fernández, C. y Fernández-Hermida, J. R. (2021). Eficacia de intervenciones basadas en internet para la prevención y tratamiento de la conducta suicida: una revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 14(2), 94-110. doi: 10.1016/j.rpsm.2019.07.003
- Fulginiti, A., Rice, E., Hsu, H., Rhoades, H., y Winetrobe, H. (2016). Risky Integration. *Crisis, the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(3), 184-193. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000392>
- García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., López-Rodríguez, M. M., Rodríguez-Testal, J. F., y Bringas-Molleda, C. (2020). Autoestima y autoeficacia como factores protectores frente a la ideación suicida en adolescentes: el papel mediador de la depresión. *European Journal of Education and Psychology*, 13(2), 123-135. <https://doi.org/10.30552/ejep.v13i2.333>
- García-Portilla, M. P., Sáiz, P. A., Bousoño, M., Bobes, J., y Grupo de Trabajo sobre Suicidio de la Sociedad Española de Psiquiatría. (2010). Programa de Atención a Personas con Ideación Suicida (PAI). *Psiquiatría Biológica*, 17(5), 195-201. [https://doi.org/10.1016/S1134-5934\(10\)70052-3](https://doi.org/10.1016/S1134-5934(10)70052-3)
- Gómez, A., Núñez, C., Caballo, V., Agudelo, M., y Grisales Aguirre. (2019). Factores de riesgo y predictores asociados a la conducta suicida en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 27(3), 391-413.
- Gunnell, D., Eddleston, M., y Phillips, M. R. (2015). Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health*, 15, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1862-x>
- Instituto Nacional de Estadística (2021). *Defunciones por suicidios*. Año 2019. <https://ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=7933&capsel=7942>
- Jiménez-Treviño, L., Saiz, P. A., García-Portilla, M. P., Blasco-Fontecilla, H., Fernández-Navarro, P., Bobes, J., y Baca-García, E. (2014). Evaluación de la eficacia del Programa de Atención a Personas con Ideación Suicida (PAI) en España. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 7(1), 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.10.001>
- Machell, K., Rallis, B., y Esposito-Smythers, C. (2016). Family environment as a moderator of the association between anxiety and suicidal ideation. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 1-7.
- Marco, J. H., García-Alandete, J., y Pérez, S. (2019). Influencia del apoyo social en la ideación suicida y los intentos de suicidio en pacientes con depresión: una revisión sistemática y metanálisis. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 19(1), 37-47. doi: 10.1016/j.ijchp.2018.10.003

- Mufson, L., Dorta, K., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., y Weissman, M. (2012). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of general psychiatry*, 61(6), 577-584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.6.577>
- O'Connor, R. C. y Kirtley, O. J. (2018). El modelo motivacional-volitivo integrado de la conducta suicida. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 373(1754), 20170268. doi: 10.1098/rstb.2017.0268
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021b). *Suicide Worldwide in 2019*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726>
- Organización Mundial de la Salud. (2021b). *COVID-19 disrupting mental health services in most countries, encuesta de la OMS*. <https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Osa-Gómez, P., de la Fuente, L., Castro, J., García-Álvarez, L., y Fonseca-Pedro, E. (2021). Protective factors against suicidal behaviour in adolescents: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2365. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052365>
- Pérez-López, A., Delgado, C., Sánchez-Sánchez, F., y García-Montes, J. M. (2019). Factors associated with suicidal behaviour in adolescents: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 16(12), 2127. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122127>
- Pirkis, J., y Blood, R. W. (2019). El suicidio y los medios de comunicación. Parte I: Reportaje en medios de no ficción. *Crisis*, 40(2), 76-84. doi: 10.1027/0227-5910/a000574
- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., y Spittal, M. J. (2021). Tendencias de suicidio en los primeros meses de la pandemia de COVID-19: un análisis de series temporales interrumpidas de datos preliminares de 21 países. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00168-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00168-3)
- Rossouw, T., y Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., y Harrison, P. J. (2021). Asociaciones bidireccionales entre COVID-19 y trastorno psiquiátrico: casos de COVID-19 en los Estados Unidos. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130-140. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)
- Wilde, O. (1888). *El Príncipe Feliz y otros cuentos*. Londres, Reino Unido: David Nutt.

ANEXO 1: PRESUPUESTO PARA LOS RECURSOS MATERIALES



Gastos Recursos materiales

Material papelería

CATEGORÍA	ESTIMADO	REAL	DIFERENCIA
Papeles de colores	6,00	5,00	● 1,00
Tijeras	10,00	7,00	● 3,00
Folios	15,00	12,00	● 3,00
Papel continuo	15,00	20,00	● 5,00
Bolígrafos	10,00	8,00	● 2,00
Rotuladores	20,00	22,00	● 2,00
	0,00	0,00	● 6,00
	0,00	0,00	● 0,00
Total material papelería	76,00	74,00	● 2,00

Combustible

CATEGORÍA	ESTIMADO	REAL	DIFERENCIA
Combustible trayecto (10 euros trayecto, 12 trayectos)	120,00	150,00	● -30,00
Total combustible	120,00	120,00	-30,00

Música y entretenimiento

CATEGORÍA	ESTIMADO	REAL	DIFERENCIA
Altavoces con conexión bluetooth	35,00	40,00	● -5,00
			● 0,00
			● 0,00
Total de la música y el entretenimiento	35,00	40,00	-5,00

Impresión

CATEGORÍA	ESTIMADO	REAL	DIFERENCIA
Impresión tarjetas	20,00	30,00	● -10,00
Impresión sesiones	8,00	7,00	● 1,00
Impresión cuadernillos	40,00	60,00	● -20,00
Total Impresión	68,00	97,00	-29,00

Otros

CATEGORÍA	ESTIMADO	REAL	DIFERENCIA
Cuestionarios	500,00	600,00	
Pañuelos desechables	8,00	6,00	● 2,00
	0,00	0,00	● 0,00
	0,00	0,00	● 0,00
Total otros	508,00	606,00	2,00

ANEXO 2: PRESUPUESTO PARA LOS RECURSOS HUMANOS

Gastos Recursos humanos			
Compañeros psicólogos			
CATEGORÍA	ESTIMADO	REAL	DIFERENCIA
Psicólogo de apoyo	300,00	500,00	-200,00
Total compañeros psicólogos	300,00	500,00	-200,00
Cotratación laboral			
CATEGORÍA	ESTIMADO	REAL	DIFERENCIA
2 Psicólogos a jornada parcial	1.400,00	1.400,00	0,00
Total contratación laboral	1.400,00	1.300,00	0,00
Total de otros gastos recursos humanos	1.800,00	1.900,00	-200,00

ANEXO 3: CUESTIONARIOS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROCESO

Ficha de participación: Hoja de Firmas

PARTICIPANTE	NOMBRE Y APELLIDOS	Nº DE ACOMPAÑANTES	FECHA	FIRMA
1				

Ficha Grado de Implicación del Participante

Valora cada categoría y al final calcula la media de las tres categorías.

CATEGORÍA	1 - 3 MEJORABLE	4 - 6 ADECUADO	7 - 8 MUY BUENO	9 - 10 EXCELENTE	PUNTUACIÓN DE CADA CATEGORÍA
Actitud	El participante se muestra reacio a la dinámica, negándose a realizarla y ajeno a ella.	El participante se incluye en la dinámica, y atiende, pero no realiza aportaciones.	El participante se muestra abierto a la dinámica y realiza algunas aportaciones.	El participante recibe la dinámica con iniciativa, animando al resto a involucrarse y realizando aportaciones.	
Aportaciones	No se incluye y no realiza aportaciones.	Se incluye y escucha las aportaciones de los demás, pero no realiza aportaciones propias.	Realiza aportaciones propias, haciéndose escuchar.	Realiza aportaciones propias y anima al resto a tomar parte en la dinámica.	
Habilidades sociales	No muestra respeto hacia opiniones contrarias a la suya, intenta imponer su punto de vista.	Muestra respeto hacia los demás, pero presenta dificultades a la hora de compartir su opinión.	Muestra una actitud respetuosa, y comparte sus opiniones de manera eficaz, demostrando buenas habilidades.	Se muestra respetuoso hacia otros puntos de vista y busca el trabajo en equipo de manera adecuada.	
TOTAL					

Ficha de Conocimiento sobre factores de riesgo y protección frente a la conducta suicida

Contesta las siguientes afirmaciones según el nivel de acuerdo o desacuerdo:

«He oído hablar sobre los factores de riesgo y protección frente a la conducta suicida y conozco cuales son».	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
«Siento que puedo contra mis problemas a mi familia y amigos y cuento con su apoyo».	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

*Programa de intervención con apoyo social
para reducir la conducta suicida en adolescentes*

«Soy consciente de la utilidad que tiene tener factores de protección para reducir la conducta suicida día».	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
«Soy consciente de que los factores de riesgo pueden aumentar la conducta suicida día».	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Ficha de nivel de apoyo percibido en el grupo

Contesta las siguientes afirmaciones según el nivel de acuerdo o desacuerdo:

«Me siento apoyado/a cuando comparto mis opiniones con el resto del grupo».	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
«Dentro del grupo hay personas con las que me siento cómoda/a expresando mis emociones».	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
«El grupo representa un lugar seguro al que acudir cuando lo necesito».	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

ANEXO 4: CUESTIONARIOS PARA LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Ficha de utilidad del programa

Contesta las siguientes afirmaciones según el nivel de acuerdo o desacuerdo:

«¿En qué medida consideras que el programa puede resultar beneficioso para ti en tu día a día?».	1 Nada	2 Poco	3 Suficiente	4 Bastante	5 Mucho
«¿En qué medida crees que podrás aplicar lo aprendido durante el programa?».	1 Nada	2 Poco	3 Suficiente	4 Bastante	5 Mucho

«Rosenberg Self-Esteem Scale» (RSES)

1. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a).
2. A veces me siento inútil.
3. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a).
4. A veces me siento que no soy bueno(a) en nada.
5. Estoy orgulloso(a) de lo que he logrado.
6. A veces me siento avergonzado(a) de mí mismo(a).
7. Tengo una actitud positiva hacia mis habilidades y capacidades.
8. A veces me siento como si no fuera bueno(a) para nada.
9. En general, me gustaría mí mismo(a).
10. A veces siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso(a).

Escala de Sentido de Vida de Steger

1. He descubierto un propósito o un sentido para mi vida.
2. Vivo una vida significativa.
3. Mi vida tiene un sentido claro y definido.
4. En mi vida, tengo una idea clara de lo que quiero lograr.
5. Mi vida tiene un sentido y propósito.
6. Entiendo mi lugar en la vida.
7. Me siento positivamente acerca de mi vida.
8. He hecho planes concretos y he tomado medidas para lograr lo que quiero en la vida.
9. Siento que he encontrado un significado en mi vida.
10. Estoy satisfecho con mi vida.

Ficha de Conocimiento Adquiridos

Contesta las siguientes afirmaciones según el nivel de acuerdo o desacuerdo (1 el nivel máximo de desacuerdo y 5 el nivel máximo de acuerdo):

Antes de la formación

«Tengo conocimiento sobre la CS».	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
-----------------------------------	---------------------------	-----------------	--	-----------------	------------------------

*Programa de intervención con apoyo social
para reducir la conducta suicida en adolescentes*

«Tengo conocimiento sobre la CS»	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
«Tengo grandes conocimientos acerca de las variables mantenedoras de la CS»	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
«Se reconocer mis distorsiones cognitivas y expresar las emociones»	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
«Conozco técnicas de visualización que me sirven para disminuir la ansiedad»	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
«Conozco mi sentido de vida»	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Después de la formación

«Tengo grandes conocimientos acerca de las variables mantenedoras de la CS».	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
«Se reconocer mis distorsiones cognitivas y expresar las emociones».	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
«Conozco técnicas de visualización que me sirven para disminuir la ansiedad».	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
«Conozco mi sentido de vida».	1 Muy en desacuerdo	2 Desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

CITA DE ESTE ARTÍCULO (APA, 7ª ED.):

Igartua Escobar, E. (2024). Programa de intervención con apoyo social para reducir la conducta suicida en adolescentes. *Educación y Futuro: Revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, (50), 197-224.