



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

**PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN PARA
FOMENTAR LA RESILIENCIA
EN ADOLESCENTES CON
TENTATIVA DE SUICIDIO**

Alumna: Rosa María Cuadros Gómez

Tutor/a: Ana María García León
Dpto.: Departamento de Psicología

(Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico)

2 de Julio, 2020

INDICE:

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 <i>¿Qué es el suicidio? ¿Y la tentativa de suicidio?</i>	5
1.2 <i>Factores de riesgo de la tentativa de suicidio en la adolescencia</i>	10
1.2.1 Factores de riesgo personales	11
1.2.2 Factores de riesgo psicosociales	12
1.2.3 Factores de riesgo conductuales	13
1.3 <i>¿Qué es la Resiliencia y qué características se asocian con ella?</i>	14
1.4 <i>¿Por qué un programa de intervención que fomente la Resiliencia en adolescentes con tentativa de suicidio? JUSTIFICACIÓN</i>	17
1.5 <i>OBJETIVOS de la intervención:</i>	20
2. METODOLOGÍA	20
2.1 <i>Participantes</i>	20
2.2. <i>Instrumentos de evaluación utilizados</i>	21
2.3 <i>Procedimiento:</i>	24
2.4 <i>Descripción del plan de intervención</i>	25
2.5 <i>Recursos</i>	27
2.6 <i>Presupuesto orientativo</i>	28
3. RESULTADOS PREVISTOS	28
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
5. ANEXOS	35
ANEXO N° 1	35
ANEXO N° 3	40
ANEXO N° 4	41
ANEXO N° 5	43
ANEXO N° 6	44
ANEXO N° 7	46
ANEXO N° 8	47
ANEXO N° 9	48
ANEXO N° 10	60
ANEXO N° 11	61

RESUMEN:

El suicidio es una problemática a nivel mundial en la cual se han detectado, en los últimos años, tasas más elevadas en la población adolescente.

La adolescencia se corresponde con un estadio vulnerable en el ciclo de la vida, por todos los cambios producidos en esta. Un factor de riesgo determinante para el comportamiento suicida en esta etapa, es la tentativa de suicidio, en el cual debe ponerse énfasis en su prevención.

De este modo, la psicología reciente presta atención al constructo "Resiliencia" como factor protector en la conducta suicida. Por tanto, el presente programa con diseño Pre-Post y seguimiento, tiene como objetivo fomentar la Resiliencia y las habilidades asociadas a ella, como son: el sentido del humor, la satisfacción con la vida, la impulsividad y las habilidades sociales en los adolescentes que ya hayan realizado algún intento, para disminuir o evitar futuras tentativas de suicidio.

PALABRAS CLAVE: suicidio, tentativa de suicidio, resiliencia, adolescentes

ABSTRACT:

Suicide is a worldwide problem in which, in the last few years, higher rates in teenager population have been detected.

Adolescence corresponds to a vulnerable stage in the cycle of life, because all of the changes produces in this period. A determining risk factor for suicidal behaviour at this stage is suicide attempt, in which emphasis must be put for its prevention. Thereby, recent psychology pays attention to the construct "Resilience" as a protective factor in suicidal behaviour.

Thus, the present program with monitoring and Pre-Post design, aims to encourage Resilience and the skills related to it, as: sense of humor, satisfaction with life, impulsiveness and social skills in teenager which have been already tried, in order to reduce or avoid future suicide attempts.

KEYWORD: suicide, attempted suicide, resilience, adolescents

1. INTRODUCCIÓN

El presente programa de intervención surge de la idea de poder dar aliento a aquellos adolescentes que hayan presentado alguna tentativa de suicidio en sus vidas y quieran abordar esta problemática desde un enfoque psicológico, en este caso, fomentando la Resiliencia.

Esta concepción de resiliencia pone el foco de atención en afrontar las distintas adversidades que se presentan en la vida de las personas. Así, Werner en 1995 definía este constructo como la capacidad psicológica de las personas para un óptimo desarrollo a pesar de los factores riesgo y acontecimientos negativos, además de mantener un buen ajuste psicológico y mental pese a niveles altos de estrés continuo y que, a pesar de pasar por traumas y emociones negativas, se consiga una fructífera recuperación.

Este tema se considera importante, pues la Resiliencia es una habilidad que consigue reforzar las oportunidades de las personas y distintas opciones que se les presentan para afrontar las adversidades con determinación y fortaleza, tal y como indica Garrido (2014). A través de su entrenamiento y fomentación se refuerzan habilidades asociadas a ella y fuertemente influyentes para conseguir conductas resilientes como son: el control de los impulsos, el sentido del humor, habilidades sociales y un sentido de la vida y de pertenencia, dando lugar al crecimiento personal e influyendo en la salud mental de las personas.

Las investigaciones recientes ponen énfasis en los aspectos positivos de los individuos, aspecto que hace referencia directamente a la Resiliencia y al saber afrontar con determinación las posibles situaciones de alto riesgo que se nos puedan presentar con un buen ajuste psicológico.

Las oportunidades nombradas anteriormente podrían ser, por ejemplo, el hecho de haber sobrevivido a un intento de suicidio. De esta manera, existen numerosos estudios que ponen de manifiesto el papel de la Resiliencia como factor protector en las posibles futuras tentativas de suicidio, por lo que fomentar esta capacidad individual podría llevar a una reducción de estas tentativas, de forma que la persona pueda enfrentarse a situaciones de riesgo con éxito.

La población diana de este proyecto son los adolescentes que se encuentran en riesgo por tentativas de suicidio pasadas. Estudios como los de Grotberg en 1995 comenzaron a impulsar la creación de programas de promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Este afirmaba que promover conductas resilientes daba lugar a una mayor determinación en la toma de decisiones, autocontrol y sentido de pertenencia en el contexto social en el que se encuentran los jóvenes.

Dado que estos adolescentes con intentos de suicidio recientes carecen de habilidades de control de sus emociones y de pérdida del sentido de la vida, este proyecto de intervención pone de manifiesto la realización de actividades asociadas a las habilidades de Resiliencia, que como se puede comprobar, son esenciales para la vida de todo individuo, sobre todo para aquellos que hayan pasado por adversidades difíciles y traumáticas, por lo que incidir en un crecimiento personal en estas personas, será de ayuda para esta problemática tan alarmante como es el comportamiento suicida en la adolescencia.

1.1 ¿Qué es el suicidio? ¿Y la tentativa de suicidio?

El suicidio es una conducta que ha estado presente en la vida del ser humano desde tiempos inmemorables y que ha sufrido cambios en su conceptualización en distintos momentos y a causa de factores culturales y sociales (Daray et al, 2016).

El significado del término “suicidio” proviene del latín “suicidium” en el que, en su desglose, el elemento “sui” se refiere a “de sí mismo” y “-cidium” puede traducirse como “icidio” que significa muerte o asesinato (RAE, 2019).

El primer escrito hallado sobre la conducta suicida aparece en la civilización egipcia y cuenta con 4000 años de antigüedad. En él se describen una serie de síntomas psicóticos y estados depresivos de la persona. Por su parte, en la Grecia Clásica el suicidio se consideraba como algo inaudito y humillante. Sin embargo, en la Grecia Helenística, la conducta suicida seguía considerándose algo inmoral pero cuando la vida se volvía “insoportable” aceptaban el hecho de la muerte autoinflingida. Siguiendo esta línea, en el Medievo Cristiano el suicidio se rechazaba pretenciosamente y de forma absoluta, afirmando que solo Dios podía determinar la muerte de uno. No obstante, en la Edad Moderna, caracterizada por el uso de la razón y de las libertades, la conducta suicida pasa de la condena moral-religiosa al entendimiento de ésta como parte de la voluntad de uno mismo. Por último, llegando a la Edad Contemporánea, el suicidio se aborda principalmente en términos psicopatológicos, por la influencia tan decisiva de la ciencia en ese momento. También se visualizó desde una perspectiva social haciendo hincapié en que la falta de integración social del individuo es un condicionante crucial para llevar a cabo la conducta suicida. En suma, el significado del suicidio ha ido cambiando a lo largo de la historia por las distintas épocas y sus influencias en el contexto cultural y social (Daray etl al., 2016).

En cuanto a la terminología del suicidio, ésta también ha ido cambiando a lo largo de la historia, encontrándose distintos tipos de definiciones sobre el suicidio.

Séneca (4 a.C.-65 d.C), hace miles de años, ya hablaba del suicidio y afirmaba que éste es el poder de toda persona para burlarse de su propio destino. Aludía a que los seres humanos deciden cuándo acabar con su vida. Así, cuando las personas piensan que ya no pueden hacer nada para recomponerse, que son inútiles en la sociedad, analizarán las causas y consecuencias y acabarán con su vida. (Historia National Geographic, 2020).

De igual modo, Durkheim, uno de los primeros investigadores sobre la suicidología, este lo definía como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado. La tentativa por su parte es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte” (Durkheim, 1987). Este autor introdujo un concepto clave en este campo, pues habló por primera vez de la contagiosidad del suicidio entre las personas. Además, creó el término “anomia” como estado social, refiriéndose a éste como la degradación social que sufre un individuo cuya integración en la sociedad se está viendo con dificultades de adaptación con los demás. (Daray et al., 2016).

En una definición más cercana a nuestros días, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en 2016 define el suicidio como “acto de matarse deliberadamente, iniciado y llevado a cabo por la persona en cuestión con total conocimiento o expectativa de su resultado fatal”. A priori, se puede entender como el acto que realiza una persona, intencionado y plenamente consciente, de quitarse la vida así mismo.

Del mismo modo y de forma general para OMS intento de suicidio es “cualquier comportamiento suicida no mortal, refiriéndose así, al envenenamiento autoinfligido intencional, lesión o daño autoinfligido que puede o no tener una intención o resultado fatal” (OMS, 2014). De hecho, según Rueda-Jaimes et al. (2016) la tentativa de suicidio es el factor de riesgo más importante e influyente para el suicidio en la población general. Por cada suicidio, hay un intento de suicidio detrás. De hecho, se estima que por cada suicidio las personas intentan acabar con su vida entre 20-30 veces como promedio.

En la Sexagésimo Sexta Asamblea Mundial de la Salud (2013) se puso en marcha por primera vez el Plan de Acción de Salud Mental de la OMS. Una parte fundamental del plan fue la prevención del suicidio, cuyo propósito principal es reducir las tasas de suicidio en los países en un 10% para el año 2020. Para alcanzar este objetivo, se requerirá la acción conjunta de

múltiples sectores además del de salud y salud mental, como la obtención fiable y precisa de los datos, así como las políticas implementadas en los distintos países. Otro punto tratado en dicha asamblea, fue que en esta problemática tan compleja como es el proceso suicida, no hay una única explicación, sino que, el suicidio es una cuestión que se da por múltiples causas. Por consiguiente, las intervenciones que contienen más de una estrategia de prevención podrían ser especialmente eficaces para prevenir el suicidio. De hecho, los estudios sugieren que las estrategias de programas de componentes múltiples se asocian con una reducción satisfactoria de las tasas de suicidio (Plan de Acción de Salud Mental, 2013-2020).

Según la guía de prevención del suicidio de la Organización Mundial de la Salud (2014), se estima que un millón de personas se suicidan cada año. Como se puede observar en la Figura 1, según datos oficiales de esta organización, en el año 2012, se suicidaron 804.000 personas en el mundo; esto representa una tasa mundial anual de suicidio normalizada por edad de 11,4 personas por cada 100.000 habitantes.

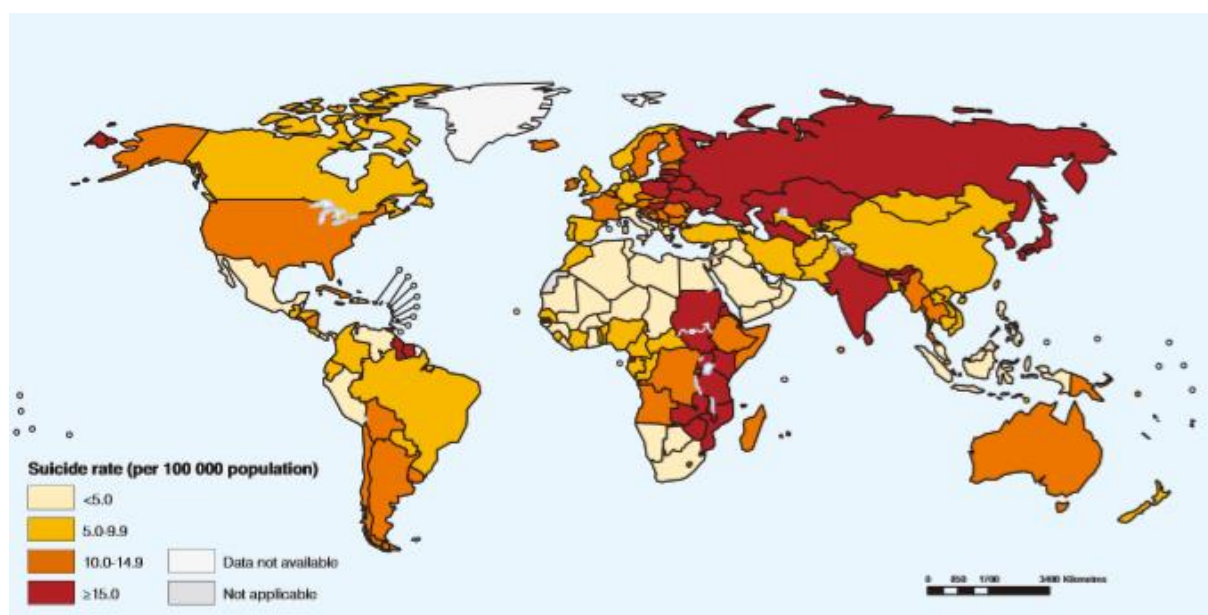


Figura 1. *Tasas de suicidio estandarizadas por edad (por 100.000 habitantes), ambos sexos, para el año 2012*

(Nota. Fuente: Guía de Prevención del Suicidio de la OMS, 2014)

Siguiendo en esta línea, el suicidio es la principal causa de muerte no natural en España, pues según los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) en 2018 se suicidaron en nuestro país 3.539 personas, donde 3 de cada 4 fueron varones (2.619). Además, por

comunidades autónomas, los registros más altos por suicidio se encuentran en Galicia y Asturias mientras que en Madrid se reflejan los datos más bajos a nivel nacional (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2019).

De esta forma, existen cuatro variables que juegan un papel señalado en la incidencia del suicidio: el género, la edad, los métodos de suicidio y los registros de éstos:

En primer lugar, en relación con la variable género, se han encontrado diferentes estadísticas significativas sobre las tasas de suicidio y tentativas de suicidio de hombres y mujeres. Asimismo, haciendo referencia al dato anterior, concretamente, del más del medio millón de personas que se suicidan cada año, según el Plan de Acción de Salud Mental (2013) la tasa mundial anual de suicidio normalizada por cada 100.000 habitantes, es del 15,0 correspondiente al suicidio en hombres y el 8,0 a las mujeres. De modo que se puede observar, una disparidad en esta comparativa, siendo ésta más alta e incidente en los hombres. Sin embargo, cuando se analiza la situación económica de los países y el género los datos anteriores, varían según la Guía de Prevención del Suicidio de la OMS (2014): en los países ricos, el número de hombres que mueren por suicidio es tres veces mayor que las mujeres. En contraposición, en los países con ingresos medios/bajos la proporción entre hombres y mujeres es mucho menor, concretamente, de 1,5 en los hombres por cada mujer. El 79% de todos los suicidios a nivel global se reducen en estos países. Asimismo, en el mundo los suicidios representan el 50% de todas las muertes violentas en los hombres y el 71% en las mujeres (OMS, 2014)

En segundo lugar, con respecto a la edad, la incidencia del suicidio varía en función de las distintas etapas evolutivas (infancia, adolescencia, adultez y vejez). Concretamente, las tasas son más elevadas en las personas mayores de 70 años o más, en ambos géneros, y en casi todas las regiones del mundo, según la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2019). En algunos países, las tasas de suicidio son más elevadas entre los jóvenes, siendo el suicidio a nivel global la segunda causa de muerte en el año 2016 entre jóvenes de 15 a 29 años, según datos oficiales de la OMS (2019).

En tercer lugar, la OMS también considera importante las vías para acceder a los métodos e instrumentos que se utilizan para llevar a cabo un suicidio, pues de éstos se podrían evitar un número considerable de suicidios. Por consiguiente, hay un largo y sinuoso trabajo por parte de las organizaciones y políticas en cada uno de los países del mundo para reducir dichos métodos y/o accesos. Entre estos métodos, los más habituales son concretamente: la ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego. Se utilizan muchos otros

medios, aunque la elección del método está influida por la edad (adolescentes, adultos, personas mayores) (Jiménez et al., 2012).

Por último, relativo a los registros, parece que no todos los disponibles son totalmente fiables. Primero por la dificultad de decidir una definición adecuada y consensuada de suicidio. Segundo, debido a las posibles confusiones de otros accidentes mortales con el suicidio o viceversa. Por ejemplo, registrar un fallecimiento por accidente de tráfico cuando la intención de la persona era provocarse su propia muerte. Todo esto provoca confusión en las cifras oficiales. Finalmente, hay países cuyos registros son escasos o nulos, al ser el suicidio considerado ilegal y no contabilizándose muchos de los casos de suicidio como tal (McKinnon et al., 2016).

Como se nombró anteriormente, dentro de cada población (niños, adolescentes, adultos, personas mayores) se ha comprobado que existen patrones comunes para quitarse la vida. Dado que este programa se desarrolla específicamente con adolescentes, en las líneas siguientes nos centraremos en la población mencionada, que según la Academia Americana de Pediatría (2020), está comprendida entre los 12 y 18 años.

Con respecto al estudio realizado en Argentina con una muestra grande de referencia, según la Encuesta Mundial de Salud Escolar (2012), con una participación de casi 30.000 alumnos de 544 institutos de secundaria, el 16,9% de los adolescentes habían tenido intención de suicidarse ese año. Se detectó, además, una subida del 3,5% de los adolescentes que habían elaborado un plan específico de cómo suicidarse, pasando del 12,6% en 2007 al 16,1% en 2012 (Unicef, 2017).

En esta línea, la McKinnon et al. (2016) afirma que la conducta suicida en la etapa de la adolescencia gira en torno a cuatro conceptos:

1. **Suicidio consumado:** resultado de quitarse la vida, tras un conjunto de actos autoinflingidos. La OMS insiste en que, de manera teórica, resulta muy sencillo etiquetar este tipo de suicidio, pero se ha demostrado que en la práctica no es así, ya que dentro de éste puede haber otro tipo de clasificaciones que conlleva una difícil decisión para diagnosticar; como por ejemplo, distinguir entre: acto suicidario (conducta autoinflingida plenamente consciente), acto accidental (tener un accidente) e imprudencia o conducta temeraria (comportamientos violentos e ilegales).
2. **Tentativa/intento de suicidio/parasuicidio:** todo acto autoinflingido que conlleva hacerse daño a uno mismo, en el que no se llega a morir.

3. **Ideación suicida:** término amplio en el que se incluyen tanto pensamientos irracionales sobre el sentido de la vida, como pensamientos muy específicos para quitarse la vida o llamadas de atención con el fin de suicidarse.

Conductas autolesivas/automutilación/autoagresivas: es un concepto que se ha introducido en esta clasificación recientemente. Se interpreta como a cualquier tipo de lesiones en alguna parte del cuerpo como cortes, ataduras, quemaduras, amarraduras... siendo el adolescente plenamente consciente.

En resumen, el suicidio ha pasado por diferentes cambios en su conceptualización y se han ido modificando según el paso de los años. A pesar de esto, aunque haya diferencias en el abordaje del proceso suicida en las distintas etapas evolutivas, tanto en la adolescencia como en cualquier otro estadio de la vida, hoy día nos quedamos con la concepción de que la conducta suicida está involucrada en un proceso psicopatológico y a su vez, se encuentran implicados con un gran peso, la herencia y los factores de riesgo, abordando el proceso suicida desde un ámbito multidimensional (Daray et al., 2016). Los datos actuales proporcionados por entidades muy importantes como la OMS, indican la importancia de una concienciación inmediata sobre la prevención del suicidio, así como llevar a cabo distintos programas para intervenir en las personas con más vulnerabilidad, entre ellos, los adolescentes, cuyas estadísticas muestran que el suicidio en la adolescencia es la tercera causa de muerte no natural a nivel mundial (Plan de Acción de Salud Mental, 2013-2020).

1.2 Factores de riesgo de la tentativa de suicidio en la adolescencia

La carga emocional que provoca un suicidio es muy impactante a nivel social y aún es más significativo cuando se trata de niños y/o adolescentes (Bella et al., 2010).

La adolescencia es un período de cambio y transformación entre la infancia y la adultez temprana (Vargas y Saavedra, 2012). Con estos cambios y transiciones que se sufren durante esta etapa, las estadísticas que se han obtenido son, ciertamente alarmantes, pues como señala la OMS, se ha detectado un aumento de las tasas de suicidio entre los más jóvenes. Estas tasas sitúan el suicidio como la tercera causa de muerte en este colectivo (McKinnon et al., 2016), estimándose que por cada individuo adolescente que realiza un suicidio consumado, se producen entre 15 y 20 tentativas de suicidio no mortales (Bella et al., 2010). De esta manera, el suicidio en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud público. A pesar de esto, gran parte de los estudios epidemiológicos no constatan la adolescencia de forma

independiente, existiendo solapamientos en cuanto a los grupos de edad establecidos (Vargas y Saavedra, 2012). De ahí que la necesidad de identificar los factores de riesgo de las tentativas de suicidio por parte de los adolescentes se convierta en un marco de estudio crucial para la prevención del suicidio (Bella et al., 2010).

En un intento de definir qué es un factor de riesgo, Braverman (2001) citado en Iglesias (2006), describe los factores de riesgo como aquellos estresores o condiciones ambientales que incrementan la probabilidad de que una persona experimente un ajuste promedio pobre o tenga resultados negativos en áreas particulares como la salud física, la salud mental, el resultado académico o el ajuste social. Los factores de riesgo no predicen con absoluta certeza un resultado negativo determinado; sólo exponen a las personas a circunstancias asociadas con una mayor incidencia de ese resultado. Los factores de riesgo se derivan de múltiples factores estresantes de la vida, de un solo acontecimiento traumático o de un estrés acumulado de varios factores individuales y ambientales (Tusaie y Dyer, 2004).

Según el análisis realizado por Vargas y Saavedra (2012), apoyado por Bella et al. (2010) y Salazar (2012), los factores de riesgo asociados con el comportamiento suicida en la adolescencia abarcarían fundamentalmente 3 aspectos: factores individuales/personales, factores psicosociales y factores conductuales.

1.2.1 Factores de riesgo personales

-Genética y Psicobiología: en el estudio que llevó a cabo Mann en 2003 se hallaron rasgos de desregulación serotoninérgica determinante para comportamientos agresivos e impulsivos. Además, evidencias de sujetos con intentos de suicidios con bajos niveles de serotonina en el líquido cefalorraquídeo corresponde a una probabilidad más alta de cometer intentos suicidas futuros. Por último, niveles de serotonina en el plasma podría determinar un marcador seguro de psicopatología y podría diferenciar a jóvenes suicidas.

-Trastornos mentales: más del 90% de los jóvenes que se han suicidado sufren un trastorno psiquiátrico en el momento de su muerte como la depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, como indica Andrade (2012). Este autor, explica que la depresión aumenta el riesgo de suicidio hasta 12 veces, concretamente si la desesperanza es uno de los síntomas principales. Así, cabe mencionar que la desesperanza ha presentado un potente valor predictivo

en tentativas de suicidio muy graves, como en la revisión de variables de riesgo realizada por Sánchez-Teruel et al. (2018).

-Rasgos psicológicos: la rigidez cognitiva y carencia de habilidades de solución de problemas se han visto como variables de riesgo en la tentativa de suicidio del adolescente, de forma que, a mayor rigidez y poca habilidad de solución de problemas, mayor riesgo de tentativa. (Vargas y Saavedra, 2012). Con respecto al neuroticismo, Rappaport et al. (2017) establece que altos índices en este rasgo, conllevan a una atribución de factores externos al control de la vida propia en personas con comportamientos suicidas. Además, Bella et al. (2010) argumenta que presentar déficit en la habilidad comunicativa, carecer de una expresión correcta de los sentimientos, y no pedir ayuda correlaciona positivamente con tentativas suicidas e ideación, así como el déficit de planificación incide en una nula capacidad de controlar los impulsos autolesivos llevándose a cabo intentos graves, aunque no mortales.

1.2.2 Factores de riesgo psicosociales

-Familia: en un estudio reciente de Ram et al. (2020) explica la relación entre el funcionamiento familiar con respecto al suicidio. De forma que, la discusión de los resultados giró en torno a que las conductas suicidas de los familiares, la salud psíquica y física de los miembros de la familia, conductas delictivas parentales e historias de ofensas parentales, así como el nivel socioeconómico de la familia, la ausencia de comunicación fluida, divorcios de los padres y el maltrato infantil por parte de los padres, actúan como predictores de riesgo de tentativas de suicidio y numerosas ideaciones del suicidio.

-Relaciones sociales: como sabemos, las relaciones sociales son claves para un adecuado desarrollo de la adolescencia, pues esta etapa se desliga a mantener un apego fuerte con los amigos, tal y como lo explican en una revisión exhaustiva realizada por Winterrowd y Canetto (2013). En este estudio en el que participaron 295 adolescentes de la comunidad estadounidense, se establece que las relaciones de amistad negativas o el aislamiento social, son factores predictores de riesgo para la conducta y tentativas de suicidio.

-Medios de comunicación y redes sociales: el denominado efecto Werther o suicidio imitativo consiste en la contagiosidad de los suicidios tras la aparición y descripción de forma sobresaltada en la prensa, televisión y redes sociales de algún suicidio en jóvenes o de famosos

destacado. Esto hace plantearse a los espectadores adolescentes el porqué de haberse suicidado, y más si es una persona querida entre los más jóvenes. (Álvarez, 2012).

-Bullying: en una revisión bibliográfica sobre los intentos de suicidio y el bullying, Fadanelli et al. (2013) concluye que el bullying en prácticamente todas sus variantes (acosador, víctima, acosador/víctima) se presenta como factor de riesgo para el proceso suicida en los adolescentes, obteniendo relaciones significativas con la ideación y tentativa de suicidio.

1.2.3 Factores de riesgo conductuales

-Intento de suicidio previo: aproximadamente el 50% de adolescentes cuando llevan a cabo una conducta de tentativa de suicidio han tenido al menos un intento previo, así como amenazas y gestos suicidas de llamadas de atención como manifestaciones habituales en la conducta suicida del adolescente (OMS, 2014).

-Consumo de sustancias psicoactivas ilegales/trastornos alimentarios: abuso temprano de drogas duras como la cocaína y consumo de alcohol. También se ha visto como riesgo, los malos hábitos de alimentación más relacionados con niñas y jóvenes mujeres (anorexia, bulimia) (Vargas y Saavedra, 2012).

-Acontecimientos vitales estresantes: como establece Aquila et al. (2020) la pandemia mundial por el covid-19 está siendo una situación muy perjudicial, pues todo lo que conlleva, desde el forzoso aislamiento, la reducción de los contactos sociales, estado de alarma, aumento de hospitalizaciones y muertes sin poder visitar a familiares y amigos, ausencia de despedidas por fallecimientos ni velatorios, reducción de consultas para tratar los trastornos mentales y otras afecciones no relacionadas con el covid-19, hasta la alteración en el sistema educativo, está provocando así un aumento del estrés excesivo en los colectivos más vulnerables como los adolescentes y jóvenes con expectativas futuras pesimistas pudiendo crear ideaciones suicidas si no cuentan con los recursos personales suficientes para afrontar esta situación de incertidumbre (Aquila et al., 2020).

-Problemas legales y disciplinarios: en esto se apoyaba Matel-Anderson y Bekhet (2016) donde enfermeras encargadas de tratar en el hospital a adolescentes con recientes

tentativas de suicidio, detectaron aspectos de riesgo en los jóvenes como presentación de trastornos de la conducta disruptiva, violencia, obtención de armas de fuego de forma fácil y robos.

En suma, como indica Soto-Sanz et al. (2018), si se observan cada uno de los factores de riesgo expuestos, puede comprobarse que gran parte de ellos pueden prevenirse y que con una identificación precoz y un adecuado tratamiento se podría reducir de forma sustancial el número de casos de suicidio y de tentativas de suicidio, mejorando, por tanto, la salud de los adolescentes que están en riesgo.

1.3 ¿Qué es la Resiliencia y qué características se asocian con ella?

Carretero (2010) se preguntaba por qué existen personas que, a pesar de haber vivido situaciones de extrema gravedad, como pobreza, exclusión, acontecimientos trágicos como un intento de suicidio, enfermedades graves..., algunas logran recuperar el control y consiguen reponerse de todos esos hechos negativos en su vida y otras, sin embargo, repiten y mantienen esas situaciones de adversidad o no pueden alcanzar la estabilidad.

Según este autor, en el proceso de normalización y superación de estas circunstancias adversas, influyen tanto las variables contextuales y del entorno donde la persona vive, como factores personales como la Resiliencia.

El concepto “Resiliencia” ha sido definido a lo largo de la historia por diversos autores/as. A pesar de esto, no se ha llegado a proporcionar una definición universal, ya que dependiendo del contexto en el que nos encontremos este término será descrito de una forma u otra (Iglesias, 2006).

Para entender la resiliencia se tiene que comprender su procedencia. “Resiliencia” proviene del inglés “resilience”, y este derivado del latín “resiliens”, -“entis”, participio del presente activo de “resilire” que significa “saltar hacia atrás, rebotar”, “replegarse” (RAE, 2019).

Históricamente el concepto de resiliencia surgió en el ámbito de la física, en un intento de dar nombre al proceso de “resistencia de un cuerpo a la rotura por golpes” (Kotliarenco et al., 1997, citado en Iglesias, 2006). En suma, los que manejaron en un principio este concepto fueron explícitamente los físicos y los ingenieros civiles. De hecho, la RAE (2019) alude a la resiliencia como concepto físico de la siguiente forma: “capacidad de un material, mecanismo

o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido”. Posteriormente este concepto fue empleado por otras disciplinas, entre ellas la psicología. Desde esta disciplina se extrapola la concepción de resiliencia a su campo de estudio. En primer lugar, el interés científico por este término en este dominio surge a partir del análisis de la psicopatología, concretamente en el desarrollo de psicopatologías infantiles desencadenadas por trastornos mentales de los padres, factores de riesgo perinatales, problemas interpersonales, pobreza infantil o una mezcla de todos estos factores al mismo tiempo. En segundo lugar, la mayoría de estudios realizados para investigar la incidencia de la resiliencia en las personas, se han centrado más en acontecimientos negativos y de estrés en la etapa infanto-juvenil así como: las guerras, el abandono, el maltrato infantil (abuso sexual), además de la separación de los padres (Garmezy y Masten., 1994, citado en Iglesias, 2006).

Ahora bien y trasladándonos al campo que nos concierne, ¿qué es Resiliencia? Ya Manciaux et al. en 2001 la definía como la habilidad de superar y adaptarse a los momentos de crisis tanto en lo físico como en lo psicológico. No es un constructo total y se desarrolla de forma parcial en un momento vital crítico, de manera que no se alcanza de una forma absoluta desde la primera vez que se adquiere. Es el resultado de una interacción gradual que va cambiando según las condiciones que se vayan dando a lo largo de la vida.

Según Masten (2001) el uso de la resiliencia en las personas es más normal de lo que llegamos a pensar, pues en diferentes situaciones se trata de un mecanismo de adaptación ordinario de los sujetos. Existen una serie de factores de protección esenciales que se observan en el desarrollo de la infancia por parte de los adultos (sean los padres o no), como son: motivación intrínseca para alcanzar metas, habilidades de autoconfianza, autorregulación, autocuidados eficaces, competencias intelectuales... Todos ellos, en el momento que no funcionan, se produce un desequilibrio en la vida del niño por el que su vida ya no funciona de manera “normal” y por lo tanto habrá llegado el momento de fomentar la resiliencia en su día a día. De manera que, de cara a los diferentes programas para intervenir en la resiliencia, estos intentan localizar las carencias de los niños para prevenir y detectar problemas a corto, medio y largo plazo. De esta forma, el primer paso es iniciar un reconocimiento de los factores de protección y riesgo para que se potencien los primeros y disminuyan estos últimos. Así pues, la resiliencia tendría que contar con una reseñable importancia tanto para la intervención como para la prevención (Masten, 2001).

Por otro lado, Tusaie y Dyer (2004) sustentaban que existen “personas resilientes” con características asociadas a estas como el optimismo, la inteligencia, creatividad, humor y

sistema de creencias proporcionando una existencia con significado. Los mismos autores argumentaron que, las raíces de la construcción de la resiliencia, se establecen desde dos enfoques: los primeros, aspectos psicológicos de la adaptación y los segundos se estudian como aspectos fisiológicos del estrés. Estos dos planteamientos finalmente acaban uniéndose en uno solo, cimentándose así las bases de resiliencia, pasando por el estudio de la psiconeuroinmunología, pues estos dos conceptos llegan a solaparse con respecto al significado. No obstante, se acaban separando, pues la resiliencia se centra en los resultados positivos y no en la enfermedad en sí.

En apoyo a esta concepción, Pinto-Cortez en 2014 hace especial hincapié en que estas personas resilientes son capaces de utilizar los factores protectores ante situaciones en las que numerosos factores de riesgo están siendo muy incidentes en la vida de una persona y que a pesar de eso, son hábiles para desarrollar un crecimiento personal adecuado y sobrellevan los eventos traumáticos puestos en sus caminos.

A esto, Núñez y Luzarraga (2017) añaden que la resiliencia se compone de mecanismos de autoprotección y que llevar a cabo conductas resilientes desemboca en la promoción de conductas psicológicamente saludables para las personas, fortaleciéndose así mismos.

Siguiendo Walsh (2004) y a Hu et al. (2015) a lo largo de los años se han estudiado diferentes perspectivas para entender el constructo resiliencia. No obstante, las más estudiadas y las que se han establecido como las tres grandes aproximaciones para la correcta comprensión de la resiliencia son las expuestas a continuación:

-Resiliencia como rasgo de personalidad: ayuda a afrontar la adversidad y a conseguir un buen ajuste y desarrollo posterior a los individuos. Ortunio y Guevara (2016) y Happer y Sharma-Patel (2017) hablaban de esta aproximación enmarcando la resiliencia como un rasgo estable e innato (nacemos con él) siendo esta una habilidad especializada en aquellas personas con altas puntuaciones en extraversión e índices más bajos en neuroticismo. Estos dos factores (extraversión y neuroticismo) son los que más implicados se han visto en la composición de una personalidad resiliente, el primero correlaciona de manera más positiva y el segundo de forma negativa, respectivamente con respecto a la resiliencia (Morán et al., 2017).

-Resiliencia como proceso: se considera un proceso dinámico por el que las personas se adecuan a las adversidades y se recuperan de forma exitosa de ellas. Esta aproximación es apoyada por Campo et al. (2010), el cual describe el proceso resiliente como aquella interacción constante de variables como la habilidad de reflexión, capacidad de conocer y aprender, ser

responsable, construir grupalmente, analizar los riesgos, dar y recibir ayuda con determinación, conseguir calidad en las relaciones afectivas y compromiso por el bienestar de los demás.

-Resiliencia como resultado: aquí la resiliencia se entiende como un resultado conductual que ayuda a las personas a superarse y a recuperarse desde la adversidad, es decir, no existen la presencia de síntomas, aunque si se cuenta con la presencia de un buen funcionamiento adaptativo después de un acontecimiento negativo. Happer y Sharma-Patel entendía esta aproximación de manera que la resiliencia actúa en el trauma e interviene antes de que se desarrolle sintomatología negativa (asociada a la ansiedad, desesperanza, nulo control de los impulsos) (Happer y Sharma-Patel, 2017).

Como se expuso anteriormente y en consonancia al programa presente, la investigación en Resiliencia ha sido conducida sobre todo hacia los niños y los adolescentes y a día de hoy sigue siendo centrada en los jóvenes que se encuentran expuestos a las carencias, las adversidades y traumas, como tentativas de suicidio (Ortunio y Guevara., 2016). Así, siguiendo la línea de este proyecto, cabe mencionar que la resiliencia es una variable protectora como indicó Sánchez (2014). Este analizó los distintos factores de protección con respecto a la vinculación en el comportamiento suicida del adolescente, afirmando así que la resiliencia forma parte de estas variables moduladoras, como forma de fomentar la calidad de vida en esta etapa tan importante (Fiorentino, 2008).

1.4 ¿Por qué un programa de intervención que fomente la Resiliencia en adolescentes con tentativa de suicidio? JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es esa etapa en la que los jóvenes atraviesan acontecimientos de crisis, de manera que se enfrentan con nuevas dificultades y desafíos, debiendo ajustarse a situaciones novedosas, cambios de humor, emociones alteradas, dificultad para pedir ayuda... (Quiceno et al., 2013) En definitiva, son adversidades que los exponen a una mayor vulnerabilidad, pudiendo desembocar en problemas graves de control de la propia conducta, como las tentativas de suicidio (Oscategui, 2013).

Como forma de combatir estas tentativas, la Resiliencia se muestra potencialmente eficaz para poner en marcha el enfrentamiento ante situaciones de desequilibrio severas. Es cierto que la investigación sobre esta temática: Resiliencia y conductas suicidas, es todavía reciente, pero aun así son varios los estudios y programas que afirman que la Resiliencia

interviene de forma protectora en su relación con acontecimientos traumáticos como es la conducta suicida y las tentativas de suicidio (Sánchez, 2014).

De esta manera, se expondrán a continuación, algunos programas de fomento en resiliencia para comprobar la eficacia de este tipo de intervenciones:

El proyecto denominado “Reach Out!” creado por Oliver et al. (2006) consistió en fomentar la resiliencia en jóvenes australianos de entre 16 y 25 años en situación de riesgo, a través de sus habilidades sociales. El objetivo fue la participación significativa de los adolescentes, es decir, de tomar sus propias decisiones a través del control, significado y conexión con ellos mismos y los demás. Los resultados han sido positivos, pues se ha visto ciertas mejorías con respecto a la confianza, autoestima y autoeficacia, infiriendo una mejora en sus conductas resilientes.

De la misma forma, Quintana et al. (2007) creó un modelo en el que el objetivo principal fue reducir las conductas violentas que presentaban los jóvenes. Se entrenó el control de los impulsos para la promoción de las conductas resilientes con un grupo de adolescentes de entre 14 y 16 años que presentaban conductas violentas. Así, los resultados que obtuvo fueron estadísticamente significativos: a mayor conducta resiliente, mayor reducción de actitudes violentas en estos adolescentes.

En la misma línea, el programa TALK de Pike et al. 2008 con 145 estudiantes de entre 8-12 años, tuvo como propósito resolver los conflictos violentos en el aula, promoviendo la conducta resiliente de los niños a través del entrenamiento en la comunicación consigo mismos y con los demás. Se concluyó una mejoría en el apego con respecto a los adultos y en la comunicación con éstos, además de una cierta disminución en las conductas violentas.

Un enfoque como el de Charepe y Figueirido (2010) de entrenamiento sobre la identificación de las fortalezas en las familias con conflictos internos severos, puso de manifiesto el desarrollo de conductas resilientes con prácticas apreciativas, en el que se instauró un ámbito de cuidados centrado en el reconocimiento de las fortalezas de la familia y en sus procesos de auto-organización como medio para la transformación, consiguiendo resultados de a mayor conexión entre ellos, mayor confianza e identificación de fortalezas ante nuevas adversidades., mayor eran sus capacidades resilientes.

Así, en un estudio de Badarasco (2013), realizado con 49 chicas adolescentes en estado de abandono, se comprobó que cuanto mayor era la resiliencia de las chicas, y mayores los factores resilientes que se entrenaron como capacidad de iniciativa, humor y moralidad, menor era el riesgo de suicidio.

Un proyecto que sigue funcionando desde su inicio en 2015 es el de Ungar y Liebenberg (2011). Este se denomina RYSE (Jóvenes Resilientes en Ambientes de Estrés) y fue creado en el norte de Canadá, lugar donde las tasas de suicidio en los adolescentes son más altas que en cualquier otra parte del mundo. El objetivo es fomentar sus conductas resilientes a través de un entrenamiento en el sentido de pertenencia de sus culturas y recursos comunitarios para practicarla. La evaluación hasta ahora ha sido fructífera por parte de los jóvenes, pues los resultados demuestran que a mayor sentido de pertenencia en la comunidad y cultura, mayores son sus capacidades resilientes.

Otro estudio de este tipo fue realizado por Cornum et al. (2011), el cual construyó el denominado programa CSF (acondicionamiento físico integral dirigido a militares) donde participa Seligman (padre de la psicología positiva). Este proyecto fue diseñado para aumentar la fuerza psicológica y el rendimiento positivo y para reducir las respuestas de inadaptación de todo el ejército de EEUU, entrenando la resiliencia mediante la conexión grupal, comunicación y competencia social. Aunque sigue en vigor, la evaluación realizada hasta ahora ha dado resultados óptimos, indicando tasas de suicidio entre más bajas en los soldados tras la implementación del programa.

Siguiendo la línea de los grupos vulnerables como son los militares, estos participaron en otro programa en resiliencia en 2017 corroborando la eficacia de fomentar la resiliencia en los pelotones de la reserva del ejército de los EEUU. Smith-Osborne et al. (2017) estableció dos grupos, en los que, por un lado, un grupo recibía entrenamiento en resiliencia, (optimizando la cohesión familiar, aspectos positivos de ellos mismos, percepción positiva hacia el futuro y competencia social) y, por otro lado, un grupo control sin entrenamiento. Los resultados obtenidos fueron que el grupo que recibió entrenamiento en resiliencia reportó 0 suicidios consumados, 0 intentos de suicidio y 13 personas con ideación suicida mientras que el grupo que no recibió entrenamiento, reportó 0 suicidios consumados, 4 intentos y 23 personas con ideación. Por tanto, hubo una correlación negativa significativa: a mayor entrenamiento en resiliencia, menos tentativas de suicidio e ideación suicida

En consonancia a esto, se extrae la justificación tanto teórica como práctica de realizar intervenciones en esta línea: fomentando la Resiliencia y todas las habilidades que la componen para así prevenir o reducir el riesgo de una problemática tan preocupante como las futuras tentativas de suicidio en los adolescentes.

1.5 OBJETIVOS de la intervención:

Objetivo general y principal: verificar la eficacia del programa basado en fomentar la resiliencia y la práctica de las habilidades asociadas a esta, con el fin de evitar o reducir nuevas tentativas de suicidio en los adolescentes. Todo ello se realizará a través de una intervención en psicoeducación y psicoterapéutica orientando a los adolescentes hacia un cambio de perspectiva de vida, tanto psicológica como cognitivamente.

Objetivos específicos:

- Disminuir las tentativas de suicidio.
- Potenciar el sentido del humor.
- Mejorar la capacidad de comunicación y habilidades sociales.
- Incrementar la regulación de las emociones y control de los impulsos.
- Fomentar el nivel general de satisfacción con la vida.

2. METODOLOGÍA

2.1 Participantes

El programa está destinado a un grupo de 10 adolescentes de género femenino y masculino que residan en la comunidad autónoma de Andalucía, con edades comprendidas entre 12 y 18 años.

Todos los participantes serían sujetos que han acudido a hospitales públicos andaluces por haber cometido alguna tentativa de suicidio y soliciten atención psicológica desde la Unidad de Salud Mental del hospital. Cabe mencionar que, los adolescentes serán incluidos en el programa solo si ellos se ofrecen voluntariamente.

Se pedirán los permisos y consentimientos necesarios para el buen cumplimiento de las normativas éticas dentro del programa. Dicha solicitud se pasará: al centro de investigación de Psicología en la Universidad de Jaén; a los centros donde se aplique este programa, seguidamente a los padres o tutores legales de los menores y por último, dicho consentimiento debe ser cumplimentado también por los adolescentes participantes, con el propósito global de la correcta ejecución del proyecto garantizando unas adecuadas normas éticas.

2.2. Instrumentos de evaluación utilizados

Esta intervención pretende conseguir resultados con la máxima calidad posible. Para ello, la evaluación psicológica a través de los cuestionarios tendrá que ser rigurosa y exhaustiva, por lo que contamos con instrumentos que se han comprobado eficaces para el tema que nos concierne. Por tanto, para la medición de las variables objeto de estudio de esta intervención, se procederá a pasar las pruebas que se exponen a continuación:

“*ESCALA DE RESILIENCIA ESCOLAR EN ADOLESCENTES (SV-RES)*” (Saavedra y Villalta, 2008):

Esta escala está configurada por 60 ítems, repartidos en tres bloques, denominados “Yo soy- Yo estoy”; “Yo tengo”; “Yo puedo”. Cuenta con cinco opciones de respuesta de tipo Likert, desde “muy de acuerdo” que equivale a 5 puntos descendiendo la puntuación hasta “muy en desacuerdo” que sería igual a 1 punto. Tiene una puntuación máxima de 300 puntos y la mínima de 60. Se considera bajos niveles en resiliencia con puntuaciones entre 0-25, niveles promedios entre 26-74 y un nivel alto en resiliencia con puntuaciones entre 74-100. Mide doce factores de resiliencia, como son: f1-identidad; f2-autonomía; f3-satisfacción; f4-pragmatismo; f5-vínculos; f6-redes; f7-modelos; f8-metas; f9-afectividad; f10-autoeficacia; f11-aprendizaje, f12-generatividad. Consta de una validez de $r=0,76$ e índice de Cronbach de 0,96, siendo alta, según Bustos (2013). La duración de esta prueba gira en torno a 20 minutos.

Este instrumento puede encontrarse en el ANEXO N° 1 del presente documento.

“*ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (SIS)*” (Beck, Kovacs y Weissman, 1975, adaptada al castellano por Rodríguez-Pulido y González de Rivera, 2000):

Según Beck et al. (1979) presenta un índice de Cronbach de 0,89 y cuenta con una validez de constructo, concurrente y discriminativa alta. Consta de 20 ítems, valorándose estos en una escala de 3 puntos de 0 a 2 puntos. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas del 1 al 15, ya que los 5 últimos no puntúan. Está diseñada para llevar a cabo una evaluación de las características de la tentativa de suicidio, por lo que un requisito importante es haber presenciado una o más tentativas de suicidio. Se compone de dos partes: una objetiva (ítems 1 a 8), que se basa en aspectos explícitos sobre la tentativa de suicidio realizada y la otra subjetiva (ítem de 9 a 15), en la que se puntúan las expectativas durante el intento de suicidio. Por último, los ítems del 16 al 20 se basan en otros aspectos. La administración de esta prueba es de 30 minutos aproximadamente y se define como

heteroaplicada, pues se recomienda la evaluación de este a través de un entrevistador/a especializado/a. Su interpretación consiste en que, a mayor puntuación, mayor gravedad de la tentativa.

Este instrumento puede encontrarse en el ANEXO N° 2 del presente documento.

“*ESCALA SATISFACCIÓN CON LA VIDA (Satisfaction with Life Scale, SWLS)*” (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; adaptación al castellano por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000):

Se caracteriza por medir los aspectos que engloban la satisfacción con la vida de forma general en cada adolescente. Esta prueba está compuesta de 5 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos, donde 5 refleja la respuesta de “totalmente de acuerdo” y 1 “totalmente en desacuerdo”. Contiene aspectos psicométricos adecuados, con una alta consistencia interna y un índice de Cronbach entre el 0,89 y 0,79. **BUSCAR REFERENCIA**

Este instrumento puede encontrarse en el ANEXO N° 3 del presente documento.

“*CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL SENTIDO DEL HUMOR (CASH)*” (García-Larrauri et al. 2005):

Se basa en una medida de autoinforme. Contiene 32 ítems con escala tipo Likert de cuatro puntos, donde 4=siempre y 1= casi nunca. Presenta cuatro dimensiones distintas de la siguiente forma: ítem 1-8 corresponde a la creación del humor; los ítems del 9-16 se basan en la apreciación del sentido del humor; del ítem 17 al 24, son sobre el afrontamiento optimista hacia los problemas; y por último, se acaba con la categoría de relaciones sociales positivas, con los 8 ítems finales. La consistencia interna de este cuestionario está entre 0,72-0,80.

Este instrumento puede encontrarse en el ANEXO N° 4 del presente documento.

“*CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE DIFICULTADES INTERPERSONALES EN LA ADOLESCENCIA (CEDIA)*” (Inglés, Méndez e Hidalgo, 2000):

Se trata de una prueba definida por 39 ítems distribuidos en 5 dimensiones, como son: aserción; relaciones con: iguales, el otro sexo y familiares; hablar en público. El test presenta una consistencia interna elevada de 0.91 (Inglés et al. 2000). Contiene un enunciado al principio (“¿tienes dificultad para...?”) para contestar todos los ítems seguidamente. Así, las puntuaciones se señalan al lado de cada ítem, siendo 0=ninguna dificultad, 1=poca dificultad, 2=mediana dificultad, 3=bastante dificultad y 4= máxima dificultad. La corrección se basaría en que, a mayor puntuación, mayor dificultad en habilidades sociales.

Este instrumento puede encontrarse en el ANEXO N° 5 del presente documento.

“ESCALA DE IMPULSIVIDAD EN ADOLESCENTES DE BARRATT (BITS-11)” (Barrat, versión inicial en 1959, versión posterior (11) 1985).

Este instrumento ha correlacionado en múltiples trastornos y problemas asociados a la adolescencia, entre ellas, la conducta suicida. Contiene 30 ítems con cuatro alternativas de respuesta tipo escala Likert, desde 0 (raramente o nunca), 1 (ocasionalmente), 3 (a menudo), 4 (siempre o casi siempre). No existe punto de corte para esta prueba. Su índice de Cronbach es de 0.84 presentando un valor discriminativo entre ítems apropiado. Las subescalas por las que está formado son tres: impulsividad cognitiva (atención), impulsividad motora e impulsividad sin planteamiento.

Este instrumento puede encontrarse en el ANEXO N° 6 del presente documento.

Para el seguimiento y evaluación de pensamientos y reflexiones sobre las distintas sesiones desarrolladas en el programa, se suministrarán los dos siguientes instrumentos:

“HOJA DE REGISTRO DE CADA UNA DE LAS SESIONES” (elaboración propia):

Esta hoja de registro será utilizada para el seguimiento continuo del programa. Se trata de una elaboración hecha en formato Word, donde se agruparán los datos señalados por los participantes en cada sesión. Se compone de los ejercicios que se han realizado durante las sesiones conforme a los objetivos programados y la correspondiente exploración de los aspectos positivos y negativos de cada una de las sesiones. Además, contará con una hoja más para pasar la asistencia de cada uno de los usuarios.

Dicho instrumento se puede localizar en el ANEXO N° 7 de este escrito.

“CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO” (Larsen y cols., 1975; validación de Bados, 1989):

Se trata de un breve cuestionario con el propósito de obtener información acerca de las opiniones sobre el programa por parte de los participantes. Consta de 8 preguntas con cinco alternativas de respuesta que reflejan el grado de satisfacción del participante y dependiendo de la pregunta, tendrá una respuesta u otra.

Dicho instrumento se puede localizar en el ANEXO N° 8 de este escrito.

2.3 Procedimiento:

CONSENTIMIENTOS Y PERMISOS

Los adolescentes son la población diana elegida para este programa, tratándose, por tanto, de una muestra de menores de edad. Así, será necesario requerir los permisos éticos debidamente cumplimentados por parte de:

En primer lugar, el comité de Bioética de la Universidad de Jaén, por lo que tendrá que ser aprobado por esta entidad para la futura impartición del proyecto.

En segundo lugar, las solicitudes tendrán que ser presentadas, por un lado, a la Unidad de Salud Mental* del hospital correspondiente de la comunidad autonómica andaluza y por otro, a los centros donde se realicen las sesiones planteadas. Con estos últimos, se acordarán horarios y espacios cedidos para el desarrollo de las actividades.

En tercer lugar, se pasarán los consentimientos informados a los padres, madres y tutores/as legales de los menores durante una reunión precedente al inicio del programa.

Por último, los adolescentes que participarán dentro del proyecto, deberán señalar también que están de acuerdo con las distintas normas y permisos que se les exponen. Antes de rellenar los informes de consentimiento, se les explicará detenidamente y de forma clara los objetivos principales del proyecto, dejando claro que pueden abandonar en cualquier momento el proyecto si siente la necesidad de hacerlo, sin dar ningún tipo de explicación ante su decisión. Además, se incidirá en los aspectos sobre el acceso a los datos personales obtenidos, garantizando que este proyecto asume la responsabilidad que conlleva recoger datos de usuarios externos, por lo que se tendrá en cuenta la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

*En todo momento se tendrá en cuenta el tratamiento farmacológico de los adolescentes (si lo tienen) indicado por el servicio de Salud Mental.

FASES:

Se ha escogido un diseño transversal con evaluación PRE-POST y seguimiento, que se describe a continuación:

→ **EVALUACIÓN PRE-INTERVENCIÓN:** el primer paso que se dará para comenzar el programa será la evaluación del nivel base en Resiliencia, con el objetivo de que, una vez acabado el programa, se puedan establecer comparaciones con los resultados finales. A continuación, la evaluación de las variables dependientes se medirá, con la

realización de las distintas escalas y pruebas asociadas a las habilidades en Resiliencia, ya mencionadas (SV-RES, SIS, SWLS, CASH, CEDIA, BIS-11).

- **EVALUACIÓN CONTINUA:** se basa en el desarrollo de las sesiones una vez cumplimentadas las dos primeras de toma de contacto. En cada sesión se administrará la Hoja de Registro por Sesiones (*ANEXO N° 7*) para el adecuado desarrollo del programa, así como la asistencia en cada sesión de los sujetos.
- **EVALUACIÓN POST-INTERVENCIÓN:** al completar todas las sesiones correctamente y una vez acabado el programa a seguir, se pasará a la evaluación de los individuos de nuevo, para ver los resultados obtenidos, sean negativos o positivos, los cuales servirán para comprobar la eficacia de las sesiones aplicadas y observar los cambios (si los hay) analizando así las variables de las que se ha partido desde el principio. La POST-Intervención se realizará con las mismas pruebas y cuestionarios rellenadas en la fase de PRE-Intervención (SV-RES, SIS, SWLS CASH, CEDIA, BIS-11). Además, se pasará como forma de cerrar la intervención, el Cuestionario de Satisfacción con el Programa (*véase ANEXO N° 8*).
- **SEGUIMIENTO:** constaría del punto final de la evaluación del programa. Este seguimiento se compondrá de una sesión a los 5 meses desde la finalización de la POST-Intervención. Se volverán a evaluar los cuestionarios y pruebas realizadas también en la POST-Intervención (SV-RES, SIS, SWLS, CASH, CEDIA, BIS-11) para verificar los resultados con el paso del tiempo.

2.4 Descripción del plan de intervención

La intervención del programa se definirá por características aplicadas y prácticas, incentivando el trabajo colectivo y sobre todo el crecimiento personal de cada uno de los individuos. A través de este trabajo se pretende una adecuación del conocimiento propio de las fortalezas de cada sujeto, aspecto clave en cuanto a la población diana de este proyecto: adolescentes con tentativas de suicidio.

Antes de meternos de lleno en el programa, habrá un mes antes de empezar para la tramitación de permisos y consentimientos por parte de las entidades y responsables anteriormente nombradas. Una vez realizado esto, el programa abarcará seis semanas con seis bloques, dos días a la semana (lunes y viernes) con una sesión cada día. Se añade un bloque final (bloque 7) para una sesión de seguimiento POST-Intervención a los 5 meses desde que se dio por finalizado el programa, con la finalidad de comprobar si los cambios (si los hay) son

mantenidos a largo plazo. Se comenzará la primera semana de marzo de 2021 (día 1) y transcurridos las seis semanas, se finalizará el 9 de abril de 2021. Pasados los 5 meses, se hará el seguimiento la primera semana de septiembre de 2021 (día 3). Por tanto, la duración total del programa será de 6 meses y medio aproximadamente.

A continuación, se muestra la estructura del programa de una forma más clara:

feb-21				
1	2	3	4	5
PERMISO UJA				
8	9	10	11	12
PERMISO CENTROS				
15	16	17	18	19
PERMISO PADRES				
22	23	24	25	26
PERMISO JÓVENES				
mar-21				
1	2	3	4	5
SESIÓN 1			SESIÓN 2	
8	9	10	11	12
SESIÓN 3			SESIÓN 4	
15	16	17	18	19
SESIÓN 5			SESIÓN 6	
22	23	24	25	26
SESIÓN 7			SESIÓN 8	
29	30	31		
SESIÓN 9				
abr-21				
			1	2
			SESIÓN 10	
5	6	7	8	9
SESIÓN 11			SESIÓN 12	

sep-21				
		1	2	3
				SESIÓN 13 FINAL
6	7	8	9	10

➤ **Cronograma:**

CONTENIDO	BIENVENIDA Y TOMA DE CONTACTO	SENTIDO DE LA VIDA	CONTROL DE EMOCIONES E IMPULSOS	CAPACIDAD DE RELACIÓN CON LOS DEMÁS	SENTIDO DEL HUMOR	FINALIZACIÓN	SEGUIMIENTO A LOS 5 MESES
BLOQUE/SEMANA	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	BLOQUE 6	BLOQUE 7
LUNES	S1: Medidas Pre-Intervención	S3: SIENDO UNO MISMO	S5: CATARSIS	S7: TEATROLIZÁNDO ME	S9: Reír como forma de vivir	S11: Medidas de Post-Intervención	S13: Medidas de Post-Intervención
VIERNES	S2: Medidas Pre-Intervención e Inicio	S4: AFIRMACIONES	S6: CORTA-FUEGOS	S8: MI YO ASERTIVO	S10: Risoterapia	S12: Puesta en común grupal y cierre	

2.5 **Recursos**

-Recursos humanos: tal y como se plantea en el programa, la problemática en la que se está poniendo énfasis debe de estar compuesta por personas altamente especializadas profesionalmente y cualificadas para desempeñar con grandes expectativas de éxito el presente proyecto, con el fin de alcanzar la máxima calidad posible en la realización de la intervención. Dichas personas se agruparán en equipo para trabajar de forma eficaz y concisa. Este equipo se caracterizará por ser multidisciplinario y estará conformado por: 2 psicólogos/as y un trabajador/a social.

-Recursos de espacios: se necesitarán espacios disponibles para llevar a cabo reuniones con los demás profesionales, así como aulas acondicionadas para las sesiones grupales, con mobiliario apropiado (mesas, sillas...)

-Recursos materiales: estos recursos se indican como “material físico” en el Anexo N° 11.

-Recursos económicos: se contará con la financiación por parte de la Universidad de Jaén y del servicio de salud mental de la Junta de Andalucía.

2.6 Presupuesto orientativo

El presupuesto aproximado del presente programa es de un total de 3.546,18€ (véase ANEXO N° 11) de este documento.

3. RESULTADOS PREVISTOS

Resulta complicado estimar una previsión de los resultados que se obtendrán en el programa sin haberse implantado anteriormente. No obstante, el equipo multidisciplinar del programa buscará la obtención de los datos que cuya información nos proporcionará una evaluación de calidad.

De modo que, una vez establecidas unas medidas Pre-Intervención eficaces, se procederá a perseguir una óptima intervención, con la intención de conseguir sacar el máximo partido a las distintas sesiones planteadas, por lo que es uno de los resultados más buscados en este programa.

Así, cabe destacar que durante la impartición del proyecto se escucharán las demandas sugeridas por los adolescentes en todo momento, pues se pretende que los participantes desarrollen un crecimiento personal propio a través de las variables objeto de estudio: relaciones con los demás, sentido del humor, control de los impulsos y un aumento en la satisfacción con la vida. Además, se pretende perseguir conductas resilientes de forma global mediante el conocimiento de sus propios potenciales y habilidades, así como aprender a afrontar las situaciones difíciles (como las que se les presentó en un pasado a estos adolescentes intentando suicidarse), proporcionando las herramientas consideradas como las apropiadas.

En definitiva, se espera cumplir el objetivo general realizando cautelosamente los objetivos específicos del programa: reducir y si puede ser evitar nuevas tentativas de suicidio en los adolescentes que ya lo hayan intentado anteriormente promoviendo una de las fortalezas que más se ha visto involucrada como factor protector en la temática del suicidio: la Resiliencia.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez Torres, S. M. (2012). Efecto Werther: Una propuesta de intervención en la facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV/EHU). *Norte de salud mental*, 10(42), 48-55.

American Academy of Pediatrics. (21 de mayo de 2029). *Etapas de la adolescencia* <https://healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>

Aquila, I., Sacco, M. A., Ricci, C., Gratteri, S., Montebianco Abenavoli, L., Oliva, A., y Ricci, P. (2020). The role of the COVID-19 pandemic as a risk factor for suicide: What is its impact on the public mental health state today?. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000616>.

Barratt, E. S. (1985). Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. *Motivation, Emotion and Personality*, 99, 137-146.

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. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>.

Bella, M. E., Fernández, R. A., y Willington, J. M. (2010). Identificación de factores de riesgo e intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Rev Argent Salud Pública*, 1(3), 24-29.

Campo R, Granados LSJ, Muñoz L, Rodríguez M, Trujillo S. Caracterización del avance teórico, investigativo y/o de intervención en resiliencia desde el ámbito de las universidades en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(2), 545-557.

Carretero Bermejo, R. (2010). Resiliencia. Una visión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 27(3).

Charepe, Z. B., y Figueirido, M. H. D. J. S. (2010). Promoción de la esperanza y resiliencia familiar. Prácticas apreciativas. *Investigación y educación en enfermería*, 28(2), 250-257.

Cornum, R., Matthews, M. D., y Seligman, M. E. (2011). Comprehensive soldier fitness: building resilience in a challenging institutional context. *American Psychologist*, 66(1), 4. <https://doi.org/10.1037/a0021420>.

Daray, F., Grendas, L., y Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 73(3), 205-211.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13.

Durkheim, E. (1987). *Le suicide*. Titivillus. <http://ceiphistorica.com/wp-content/uploads/2016/04/Durkheim-%C3%89mile-El-Suicidio.pdf>

Fadanelli, M., Lemos, R., Soto, M. F., y Hiebra, M. C. (2013). Bullying hasta la muerte. Impacto en el suicidio adolescente. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 55(249), 127-135.

Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Summa Psicológica*, 15(1), 95-114.

Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (abril de 2019). *Observatorio del suicidio*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2018/>

García-Larrauri, B., Monjas, M., Román, J., Cuetos, A., Polo, A., y Muñoz, M. (2005). *CASH: Cuestionario de autoevaluación del sentido del humor-revisado y adaptado al programa* (tesis doctoral). Universidad de Valladolid, España.

Garrido, V. M. (2017). La resiliencia: una intervención educativa en pedagogía hospitalaria. *Revista de Educación inclusiva*, 9(1), 79-89.

Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague, Netherlands: Bernard van leer foundation.

Happer, K., Brown, E. J., y Sharma-Patel, K. (2017). Children's resilience and trauma-specific cognitive behavioral therapy: Comparing resilience as an outcome, a trait, and a process. *Child abuse & neglect*, 73, 30-41. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.021>

Historia National Geographic. (2016). *El suicidio de Séneca*. https://historia.nationalgeographic.com.es/a/suicidio-seneca_9234

Hu, T., Zhang, D. y Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27.

Iglesias, E. B. (2006). Resiliencia: Definición, Características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024>.

Jiménez Nuño, J., Arrufat Nebot, F. X, Carrera Goula, R., y Gay Pastor, M. (2012). Participación de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: la experiencia de Osona (Barcelona). *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 131-136. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.08.002>.

Manciaux, M. (2013). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Gedisa.

Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819-828. <https://doi.org/10.1038/nrn1220>.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227-238.

Matel-Anderson, D. M., y Bekhet, A. K. (2016). Resilience in adolescents who survived a suicide attempt from the perspective of registered nurses in inpatient psychiatric facilities. *Issues in mental health nursing*, 37(11), 839-846. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1193578>

McKinnon, B., Gariépy G., Sentenac. M., y Elgar, F.J. (2016). Adolescent suicidal behaviours in 32 low-and middle-income countries. *Bull World Health Organ*, 94, 340-350F. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.163295>

Morán, M. C., Fínez, M. J. y Fernández-Abascal E. G. (2017). Sobre la felicidad y su relación con tipos y rasgos de personalidad. *Clínica y Salud*, 28(2), 59-63. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.003>.

Núñez Lozano, J. M., y Luzarraga Martín, J. M. (2017). Relación entre Resiliencia e Inteligencia Emocional. *Campus Educación, Revista Digital Docente* (3), 31-34.

Oliver, K. G., Collin, P., Burns, J., y Nicholas, J. (2006). Building resilience in young people through meaningful participation. *Australian e-Journal for the advancement of Mental Health*, 5(1), 34-40. <https://doi.org/10.5172/jamh.5.1.34>.

Organización Mundial de la Salud. (2 de septiembre de 2019). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio, un imperativo global*. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1

Ortunio, M. S, y Guevara, H. (2016). APROXIMACIÓN TEÓRICA AL CONSTRUCTO RESILIENCIA. *Comunidad y Salud*, 14 (2), 96-105.

Oscategui, L. M. B. (2013). Factores de resiliencia y riesgo suicida en adolescentes en estado de abandono. *Temática Psicológica*, (9), 35-42. <https://doi.org/10.33539/tematpsicol.2013.n9.838>.

Pike, L. , Cohen, L. , y Pooley, J. (2008). Australian Approaches to Understanding and Building Resilience. En *At Risk Populations*. In Linda Liebenbug and Michael Ungar (Eds.), *Resilience in Children and Youth* (págs. 264-288). <https://ro.ecu.edu.au/ecuworks/810>

Pinto-Cortez, C. G. (2014). Resiliencia Psicológica: Una aproximación hacia su conceptualización, enfoques teóricos y relación con el abuso sexual infantil. *Summa Psicológica UST*, 11(2), 19-33.

Quiceno, J. M., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D., y Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, Resiliencia e Ideación Suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 107-117. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12767>.

Quintana, A., Montgomery, W., Yanac, E., Sarria, C., Chávez, H., Malaver, C., Soto, J., Alvities, J., Herrera, E., y Solórzano, L. (2007). Efectos de un modelo de entrenamiento en autovalía sobre la conducta resiliente y violenta de adolescentes. *Revista de investigación en psicología*, 10(2), 43-69.

Ram, D., Koneru, A., y Gowdappa, B. (2020). Relationship between like skills, repetitive negative thinking, family function, and life satisfaction in attempted suicide. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(3), 2083-289.

Rappaport, L. M., Flint, J., y Kendler, K. S. (2017). Clarifying the role of neuroticism in suicidal ideation and suicide attempt among women with major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 47(2334-2344). <https://doi.org/10.1017/S003329171700085X>.

Real Academia Española. (2019). Resiliencia. En *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado en (18 de abril de 2020). <https://dle.rae.es/resiliencia?m=form>

Real Academia Española. (2019). Suicidio. En *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado en (25 de marzo de 2020). <https://dle.rae.es/suicidio?m=form>

Rueda-Jaimes, G. E., Castro-Rueda, V. A., Rangel-Martínez-Villalba, A. M., Moreno-Quijano, C., Martínez-Salazar, G.A., y Camacho, P.A. (2018). Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona)*, 11(2), 86-93. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.004>

Saavedra Guajardo, Eugenio, y Villalta Paucar, Marco. (2008). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14(14), 32-40. Recuperado en 28 de junio de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100005&lng=es&tlng=es.

Salazar, J. A. A. (2012). Aspectos Psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 688-721.

Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J. A. y García-León, A. (2018). Variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 221-229. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.19106>.

Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 181-192.

Smith-Osborne, A., Maleku, A., y Morgan, S. (2017). Impact of applied suicide intervention skills training on resilience and suicide risk in army reserve units. *Traumatology*, 23(1), 49. <https://doi.org/10.1037/trm0000092>

Soto-Sanz, V., Piqueras, J. A., Rodríguez-Marín, J., Pérez-Vázquez, M. T., Rodríguez-Jiménez, T., Castellvi, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Blasco, M. J., y Gabilondo, A. (2019). Self-esteem and suicidal behaviour in youth: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psicothema*, 31(3), 246-254. <http://doi.org/10.7334/PSICOTHEMA2018.339>.

Tusaie, K., y Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 9-10.

Ungar, M., y Liebenberg, L. (2011). Assessing Resilience Across Cultures Using Mixed Methods: Construction of the Child and Youth Resilience Measure. *Journal of Mixed Research*, 5(2), 125-149.

Unicef. (mayo de 2017). *Suicidio*. <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>.

Vargas, H., y Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista Neuro-Psiquiatría*, 75(1), 19-28. <https://doi.org/10.20453/rnp.v75i1.1539>.

Walsh, F. (2004). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family process*, 35(3), 261-281. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x>.

Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3), 81-85. <https://doi.org/10.1111%2F1467-8721.ep10772327>.

Winterrowd, E., y Canetto, S. S. (2013). The Long-Lasting Impact of Adolescents' Deviant Friends on Suicidality: A 3-year Follow-Up Perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 245-255. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0529-2>.

World Health Organization (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/bw_version.pdf?ua=1

5. ANEXOS

ANEXO N° 1

ESCALA DE RESILIENCIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES (SV-RES)

EDAD: _____ SEXO: HOMBRE _____ MUJER _____

Evalúe el grado en que estos enunciados lo describen. Señale con una “X” su respuesta.

Conteste todas las afirmaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

YO SOY -YO ESTOY...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Una persona con esperanza					
2. Una persona con buena autoestima					
3. Optimista respecto del futuro					
4. Seguro de mis creencias o principios					
5. Creciendo como persona.					
6. Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles					
7. En contacto con personas que me aprecian					
8. Seguro de mi mismo					
9. Seguro de mis proyectos y metas					
10. Seguro en el ambiente en que vivo					
11. Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida.					
12. Un modelo positivo para otras personas.					
13. Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio					
14. Satisfecho con mis relaciones de amistad					
15. Satisfecho con mis relaciones afectivas					
16. Una persona práctica					
17. Una persona con metas en la vida					
18. Activo frente a mis problemas					
19. Revisando constantemente el sentido de mi vida.					
20. Generando soluciones a mis problemas.					

(CONTINUACIÓN...)

YO TENGO...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
21.-Relaciones personales confiables					
22.-Una familia bien estructurada					
23.-Relaciones afectivas sólidas					
24.-Fortaleza interior.					
25. Una vida con sentido.					
26.-Acceso a servicios Sociales- públicos					
27Personas que me apoyan					
28. A quien recurrir en caso de problemas					
29. Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa					
30. Satisfacción con lo que he logrado en la vida.					
31. Personas que me han orientado y aconsejado.					
32. Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas					
33. Personas en las cuales puedo confiar.					
34. Personas que han confiado sus problemas en mí.					
35. Personas que me ha acompañado cuando he tenido problemas.					
36. Metas a corto plazo.					
37. Mis objetivos claros					
38. Personas con quien enfrentar los problemas.					
39. Proyectos a futuro.					
40. Problemas que puedo solucionar.					

(CONTINUACIÓN...)

YO PUEDO...	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
41. Hablar de mis emociones					
42. Expresar afecto					
43. Confiar en las personas					
44. Superar las dificultades que se me presenten en la vida.					
45. Desarrollar vínculos afectivos.					
46. Resolver problemas de manera efectiva					
47. Dar mi opinión					
48. Buscar ayuda cuando la necesito					
49. Apoyar a otros que tienen dificultades					
50. Responsabilizarme por lo que hago					
51. Ser creativo					
52. Comunicarme adecuadamente					
53. Aprender de mis aciertos y errores					
54. Colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad.					
55. Tomar decisiones.					
56. Generar estrategias para solucionar mis problemas.					
57. Fijarme metas realistas.					
58. Esforzarme por lograr mis objetivos.					
59. Asumir riesgos.					
60. Proyectarme al futuro.					

ANEXO N° 2

ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (SIS)

CUESTIONARIO	
ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS	
NOMBRE _____	
Fecha _____	
I. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.	
1. Deseo de vivir. ()	
0. Moderado a fuerte	
1. Poco (Débil).	
2. Ninguno (No tiene).	
2. Deseo de morir. ()	
0. Ninguno (No tiene).	
1. Poco (Débil).	
2. Moderado a fuerte.	
3. Razones para Vivir/Morir. ()	
0. Vivir supera a morir.	
1. Equilibrado (es igual).	
2. Morir supera a vivir.	
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ()	
0. Ninguno (inexistente).	
1. Poco (Débil).	
2. Moderado a fuerte.	
5. Deseo pasivo de suicidio. ()	
0. Tomaría precauciones para salvar su vida.	
1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.	
2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.	
II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO	
6. Duración. ()	
0. Breves, periodos pasajeros.	
1. Periodos largos.	
2. Continuos (Crónicos), casi continuos.	
7. Frecuencia. ()	
0. Rara, ocasionalmente.	
1. Intermittente.	
2. Persistentes y continuos	
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ()	
0. Rechazo.	
1. Ambivalente; indiferente.	
2. Aceptación.	
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ()	
0. Tiene sentido de control.	
1. Inseguridad de control	
2. No tiene sentido de control.	
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar). ()	
0. No lo intentaría porque algo lo detiene.	
1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.	
2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.	
11. Razones para pensar/desear el intento suicida. ()	
0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.	
1. Combinación de 0-2.	
2. Escapar, acabar, salir de problemas.	
III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.	
12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ()	
0. Sin considerar.	
1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.	
2. Detalles elaborados / bien formulados.	

(CONTINUACIÓN...)

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.	()
0. Método no disponible, no oportunidad.	
1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.	
2. Método y oportunidad disponible	
2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.	
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.	()
0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.	
1. No está seguro de tener valor.	
2. Está seguro de tener valor.	
15. Expectativa/ anticipación de un intento real.	()
0. No.	
1. Sin seguridad, sin claridad.	
2. Sí.	
IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.	
16. Preparación real.	()
0. Ninguna.	
1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).	
2. Completa.	
17. Nota Suicida.	()
0. Ninguna.	
1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.	
2. Escrita. Terminada.	
18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).	()
0. No.	
1. Sólo pensados, arreglos parciales..	
2. Terminados	
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.	()
0. Revela las ideas abiertamente.	
1. Revela las ideas con reservas.	
2. Encubre, engaña, miente.	
20. Intento de suicidio Anteriores.	()
0. No.	
1. Uno.	
2. Más de uno.	

ANEXO N° 3

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)

Indique a continuación el grado de acuerdo con cada una de las frases siguientes: debe rodear con un círculo el número que crea que es más adecuado para usted. No hay preguntas buenas o malas, por favor, sea sincero/a con sus respuestas.

Siendo 1=muy en desacuerdo

3=neutro

5= totalmente de acuerdo

1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

ANEXO N° 4

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL SENTIDO DEL HUMOR (CASH)

1. Me resulta fácil sacarle “chispa” a las cosas	1	2	3	4
2. Me pasan por la cabeza toda clase de ideas cómicas	1	2	3	4
3. Se me ocurren ideas para que la gente lo pase bien	1	2	3	4
4. La gente de mi entorno espera de mí que les haga reír	1	2	3	4
5. Soy una persona divertida	1	2	3	4
6. Me gusta hacer gracias, bromas positivas	1	2	3	4
7. Me río con facilidad	1	2	3	4
8. Me gusta bailar y cantar	1	2	3	4
Total puntos en la dimensión I: creación de humor	1	2	3	4
9. Soy una persona alegre	1	2	3	4
10. Soy una persona con confianza en que las cosas me van a ir bien	1	2	3	4
11. Me gusta ojear los chistes o la sección de humor en prensa, revistas, etc...	1	2	3	4
12. Soy capaz de contar una anécdota de forma divertida, aunque en ella haya salido mal parado/a	1	2	3	4
13. Sería capaz de ponerme un disfraz aunque pudiera sentirme ridículo/a	1	2	3	4
14. Disfruto del presente, del día a día	1	2	3	4
15. Reservo una parte de mi tiempo para hacer lo que me gusta	1	2	3	4
16. Mi buen o mal humor depende más de mí misma que de las circunstancias	1	2	3	4
Total de puntos en la dimensión II:	1	2	3	4

(CONTINUACIÓN...)

apreciación del SH				
17. Persevero ante la adversidad	1	2	3	4
18. Procuero quitar dramatismo a las situaciones difíciles	1	2	3	4
19. Cuando algo me sale mal inesperadamente, trato de encontrarle el lado divertido	1	2	3	4
20. Ante un problema trato de resolverlo	1	2	3	4
21. Soy optimista ante las dificultades o problemas	1	2	3	4
22. Afronto mis fracasos sin hundirme	1	2	3	4
23. Las adversidades pueden ser fuente de oportunidades	1	2	3	4
24. A diario me enfrento a mis tareas con buen ánimo	1	2	3	4
Total de puntos en la dimensión III: Afrontamiento optimista de problemas	1	2	3	4
25. Pienso que el sentido del humor facilita las relaciones sociales	1	2	3	4
26. Trato con amabilidad a las personas	1	2	3	4
27. La gente me aprecia por mi buen humor	1	2	3	4
28. Me gusta que las personas que están a mi lado pasen un buen rato	1	2	3	4
29. Me gusta estar con personas divertidas	1	2	3	4
30. En situaciones tensas tiendo a "romper el hielo" con un toque de humor	1	2	3	4
31. Acepto y sigo de buen grado las bromas positivas que puedan hacerme	1	2	3	4
32. Cuando me enfado con alguien, no me dura mucho tiempo y no le doy vueltas a la situación	1	2	3	4
Total puntos en la dimensión IV: relaciones positivas				

ANEXO N° 5

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE DIFICULTADES INTERPERSONALES EN LA ADOLESCENCIA (CEDIA)

Instrucciones:

Debes escribir el número que tú creas corresponde mejor en la actualidad al grado de dificultad que, generalmente, te supone cada relación, según la siguiente escala:

0 = Ninguna dificultad 1 = Poca dificultad 2 = Mediana dificultad
3 = Bastante dificultad 4 = Máxima dificultad

Al decir dificultad nos referimos tanto a aquellas situaciones en las que no sabes como responder o actuar (por ejemplo: te callas y te pones rojo), como aquellas otras en las que crees que te has excedido con la otra persona (por ejemplo, le insultas y luego te arrepientes).

Item	Enunciado: ¿Tienes dificultad para...?		
1	reclamar a la cajera del supermercado que te ha devuelto 500 pesetas de menos?	17	salir voluntario a la pizarra a pesar de que no llevas preparada la lección?
2	hacer cumplidos (elogios, piropos, etc.) a una persona del sexo opuesto por la que te interesas?	18	preguntar a un desconocido una dirección cuando te pierdes en un barrio que no conoces?
3	exponer en clase un trabajo que has realizado?	19	preguntar en la ventanillas de tu ayuntamiento sobre el permiso municipal para motos?
4	pedir a un camarero que te atienda a ti primero porque tú estabas antes?	20	decirle a un familiar (abuelos, tíos, etc.) que te molestan sus bromas pesadas?
5	expresar tu opinión en una asamblea de estudiantes cuando no estás de acuerdo con lo que dicen?	21	expresar tu punto de vista ante tus compañeros de clase?
6	decirle a un desconocido que intenta colarse en la cola para el cine que guarde su turno?	22	invitar a alguien del otro sexo a ir al cine?
7	preguntar en clase cuando no entiendes lo que ha explicado tu profesor?	23	pedir disculpas a tu madre por no asistir a una comida familiar?
8	quejarte a un amigo/a que ha dicho algo que te molesta?	24	dar las gracias a un amigo/a que te ayuda en tus tareas escolares?
9	iniciar una conversación con un desconocido mientras esperas el autobús?	25	defenderte cuando tus padres te culpan de algo que no has hecho?
10	opinar en contra si no estás de acuerdo con tus padres?	26	decirle a un vecino que no te deja estudiar con el ruido que está haciendo?
11	quejarte a un camarero cuando te sirve comida o bebida en mal estado?	27	defenderte cuando tu hermano/a te acusa de haberle estropeado algo suyo (libro, prenda de vestir, etc.)?
12	decirle a una persona que acaban de presentarte lo mucho que te gusta como viste?	28	acercarte y presentarte a alguien del otro sexo que te gusta?
13	dar las gracias a tus amigos/as cuando salen en tu defensa?	29	felicitar al delegado/a de clase por haber conseguido más tiempo para preparar el examen?
14	pedir a un desconocido que apague su cigarrillo porque te molesta?	30	disculparte con un compañero/a con quien te pasaste discutiendo?
15	para vender lotería por la calle para el viaje de estudios?	31	devolver un compact-disk defectuoso a la tienda donde lo compraste?
16	pedir información a un camarero si tienes dudas sobre el menú?	32	decir que no a un amigo/a que te pide prestada la bici o la moto?
		33	defender a un amigo/a tuyo/a cuando está siendo criticado/a por otros?
		34	quejarte a tus padres cuando no te dejan ir a la excursión que ha organizado tu centro escolar?
		35	iniciar una conversación con una persona del otro sexo que te atrae?
		36	decir que no a un mendigo que te pide dinero?
		37	dar las gracias a tu madre por haberte hecho una comida especial el día de tu cumpleaños?
		38	dar las gracias a un desconocido si te ayuda cuando te caes de la bici o moto?
		39	pedir a un camarero que te cambie el refresco de cola que te ha servido por el zumo de naranja que habías pedido?

ANEXO N° 6

CUESTIONARIO DE IMPULSIVIDAD EN ADOLESCENTES DE BARRAT (BIS-11)

	Rara mente o Nunca (0)	Ocasio- nalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado
2. Hago las cosas sin pensarlas	↑	↑	↑	↑
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)	↑	↑	↑	↑
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)	↑	↑	↑	↑
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación	↑	↑	↑	↑
6. Soy una persona con autocontrol	↑	↑	↑	↑
7. Me concentro con facilidad	↑	↑	↑	↑
8. Ahorro con regularidad	↑	↑	↑	↑
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo
10. Pienso las cosas cuidadosamente
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)	↑	↑	↑	↑
12. Digo las cosas sin pensarlas	↑	↑	↑	↑
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	↑	↑	↑	↑

(CONTINUACIÓN...)

14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)	↑	↑	↑	↑
15. Actúo impulsivamente	↑	↑	↑	↑
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo	↑	↑	↑	↑
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	↑	↑	↑	↑
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren	↑	↑	↑	↑
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	,	,	,	,
20. Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)	↑	↑	↑	↑
21. Compró cosas impulsivamente	↑	↑	↑	↑
22. Yo termino lo que empiezo	↑	↑	↑	↑
23. Camino y me muevo con rapidez	,	,	,	,
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)	,	,	,	,
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano	,	,	,	,
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando	↑	↑	↑	↑
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

ANEXO N° 7

HOJA DE REGISTRO POR SESIONES

NOMBRE Y N° DEL BLOQUE:		
NOMBRE Y N° DE LA SESIÓN:		
FECHA:		
N° DE INTEGRANTES:		
IMPARTIDO POR:		
OBJETIVOS CONCRETOS DE LA SESIÓN:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ... ▪ ... ▪ ... 		
TAREAS REALIZADAS:		
I. ...		
II. ...		
III. ...		
<u>¿Qué aspectos positivos sacas de la sesión?</u>	<u>¿Qué aspectos negativos has detectado a lo largo de la sesión?</u>	<u>Opiniones para mejorar:</u>

ANEXO N° 8

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO

NOMBRE:

TERAPEUTA:

FECHA:

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas acerca de los servicios que ha recibido. Estamos interesados en tus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor, conteste todas las preguntas señalando con una X la respuesta elegida.

1. ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?

Excelente Buena Regular Mala

2. ¿Encontró la clase de servicio que buscaba?

No Sí, parcialmente Sí, en general Sí, totalmente

3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?

Totalmente En general Parcialmente Ninguna

4. Si un amigo necesitara una ayuda similar, ¿le recomendaría nuestro programa?

No Probablemente no Probablemente sí Sí

5. ¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?

Muchísimo Mucho Bastante Poco

6. ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?

Mucho Bastante Poco Nada

7. En conjunto, ¿en qué medida está satisfecho con el servicio recibido?

Mucho Bastante Poco Nada

8. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?

No Probablemente no Probablemente sí Sí

ANEXO N° 9

DESCRIPCIÓN DE LAS FICHAS POR SESIONES

BLOQUE 1. SESIÓN 1

-Objetivos de la actividad: Obtener los datos suficientes a través de los instrumentos de evaluación para conocer la línea base de los participantes en Resiliencia y las habilidades asociadas a ella: habilidades sociales, impulsividad, sentido del humor, grado de satisfacción con la vida, así como el nivel de gravedad de intencionalidad suicida que presenten.

-Descripción: La sesión comenzará con una pequeña presentación en power point donde se hará un recorrido breve sobre los puntos que se van a tratar a lo largo del programa, de manera que se aclaren todas las dudas que surjan a los participantes. Seguidamente se pasará a dar instrucciones para rellenar los cuestionarios. En esta sesión se pasarán todos los cuestionarios nombrados, excepto el de “Intencionalidad Suicida” que se pasará en la próxima sesión debido a su tiempo de ejecución.

-Materiales: folios, bolígrafos, sillas y mesas apropiadas, comida, botellas de agua...

-Tiempo estimado: 2 horas aproximadamente. Debido a la posible fatiga ocasionada por completar los 5 cuestionarios, se harán pausas entre prueba y prueba de 5 minutos aproximadamente, para descansar, poder ir al aseo si lo desean o comer. Al final de la sesión se dará una merienda a todos los participantes.

BLOQUE 1. SESIÓN 2

-Objetivos de la actividad: Rellenar el último cuestionario de “Intencionalidad Suicida” y a continuación, iniciar la sesión de psicoeducación sobre el suicidio entre los adolescentes e introducir el concepto de “Resiliencia”.

-Descripción:

Se empezará dando las instrucciones indicadas para completar el último cuestionario de las medidas Pre-Intervención.

Una vez finalizado, el grupo de participantes se acomodará en el aula colocando las sillas y las mesas en forma de U para enfatizar el clima grupal y que se conozcan entre ellos. El profesional se dispondrá en el centro del aula y dará inicio a la sesión de psicoeducación. Así, se expondrá una presentación en power point sobre el tema y se pedirá participación a los adolescentes para contar sus opiniones acerca de la problemática del suicidio en los adolescentes, pues que expresen los sentimientos que tienen acerca de esto es crucial para el acercamiento entre los compañeros y los profesionales, con el fin de que haya una mejor comunicación entre todos y una concienciación por parte de todos que no son casos únicos y que es un problema actual que puede tener solución. De esta manera, el especialista cogerá una pelota y la lanzará al azar a alguno de los sujetos para darle voz a sus pensamientos. Se abrirá debate entre todos si así se concibe.

A continuación, se hará una dinámica para introducir el término “Resiliencia”. Esta dinámica empezará con una pregunta lanzada por el profesional: “¿Alguna vez habéis presenciado algún acontecimiento negativo y lo habéis superado?” Así, los adolescentes responderán a la pregunta en una hoja en blanco y tendrán que escribir lo que crean apropiado, de forma anónima. Estas hojas se depositarán en una caja dobladas. El profesional, sin saber de quién es cada testimonio, comenzará a leer los escritos. De este modo, se explicará la Resiliencia y todo lo que abarca como constructo psicológico.

-Materiales: folios, bolígrafos, pelota, pequeña caja...

-Tiempo estimado: 2 horas aproximadamente con las pausas que sean necesarias.

BLOQUE 2 “SENTIDO DE LA VIDA”: SESIÓN 3

-Objetivos de la actividad: Revalorizar y reforzar la identidad y valores personales.

-Descripción:

El profesional iniciará la sesión exponiendo una breve introducción de los factores de riesgo que se presentan en la adolescencia, incidiendo en que no es algo anormal por lo que están pasando y que existen medidas de prevención eficaces para afrontar los problemas, motivando al participante a que la solución está en nuestra actitud ante las cosas, conociéndonos a nosotros mismos.

A continuación, se establecerá una tarea denominada “SIENDO UNO MISMO”.

Esta actividad se distribuye en tres partes:

1. LA FUERZA EN TI (YO SOY): breve presentación de cada uno, explicando quién eres, quién quieres ser en un futuro y qué valores crees que tienes en la vida (por ejemplo, ser buena persona).
2. AYUDA EXTERNA (YO TENGO): rellenar una ficha con diferentes preguntas de breve respuesta para que lo que se conteste se ponga de manifiesto de manera consciente en la mente del participante y sea explícito. Esta ficha se compone de las siguientes indicaciones: dos personas dentro de mi ámbito familiar en las que pueda confiar plenamente y dos personas que no sean de mi familia en las que pueda confiar también plenamente; los límites en mi comportamiento; dos personas que me inspiran y me influyen para ser libre e independiente; centros y servicios donde puedo acudir en caso de emergencia.
3. EJERCICIO DE GRATITUD: el profesional irá lanzando una pelota al azar preguntando a los sujetos, por ejemplo, “¿por qué estás hoy agradecido, Pedro?”. Así, se potenciará el ejercicio de agradecer por lo que eres, tienes o sientes. El profesional propondrá realizar un diario de gratitud a partir de esta sesión indicando tres razones por las que agradecer a algo o alguien cada día.

-Materiales: folios, bolígrafos, pelota, botellas de agua...

-Tiempo estimado: 2 horas aproximadamente con los descansos que se requieran.

BLOQUE 2 “SENTIDO DE LA VIDA”: SESIÓN 4

-Objetivos de la actividad: construir frases en positivo para convencer a la mente de determinadas ideas o propósitos que tengan los participantes como metas.

-Descripción:

Breve introducción de psicoeducación acerca de trabajar con los pensamientos positivos.

La creación de este tipo de frases les puede ayudar a cambiar conductas y emociones con respecto a determinadas circunstancias que les limiten. Así, los participantes deberán detectar situaciones que les provoquen emociones que quieran cambiar. Deberán, a su vez, escribirlas de forma exhaustiva y clara, tanto la situación/problema como la emoción que sienten.

A partir de esto, es construir una frase que transforme esa situación/problema en algo positivo que les otorgue la energía para entenderse a ellos mismos, y sacar el potencial que llevan dentro para esos momentos concretos.

-Materiales: folios, bolígrafos, pañuelos...

-Tiempo estimado: 1 hora aproximadamente.

BLOQUE 3 “CONTROL DE EMOCIONES E IMPULSOS”: SESIÓN 5

-Objetivos de la actividad: Conocer las emociones propias a través de intervención psicoeducativa e intentar ser conscientes de ellas para indagar en las emociones pasadas en el momento de la tentativa de suicidio.

-Descripción:

El comienzo de esta sesión estará marcado por una breve presentación power point impartida por el profesional indicado. Esta consistirá en establecer una línea base del conocimiento sobre las emociones y sentimientos en las personas, atendiendo a las dudas que surjan durante la exposición. Después, se dará paso a una técnica denominada “La silla vacía”.

Esta técnica está planteada para explorar las emociones que presentaron en el momento de cometer la tentativa de suicidio que realizaron. Esta situación puede ser aversiva en muchos casos, por lo que, los participantes que no quieran hacerlo, no lo harán. Se dará la opción de hacerlo de forma grupal o a solas junto al profesional correspondiente.

Así, la técnica de “la silla vacía” consistirá en colocarse delante de una silla vacía (y los compañeros y el profesional detrás). El adolescente intentará evocar el recuerdo de su intento de suicidio, recordando cómo se sintió y que emociones sintió en el momento, exponiéndolo en voz alta. Todo ello, será mediante la imaginación, pues tendrá que pensar que en esa silla vacía está su yo del pasado en el momento de la tentativa. Una vez exprese los sentimientos evocados del recuerdo, comenzará a motivar a su yo del pasado desde “su yo del presente”, incentivando a su yo pasado para que no lo realice, con los recursos motivacionales que cuente el adolescente en ese momento.

Nota: Si en algún momento el adolescente siente ansiedad excesiva y quiere abandonar, podrá hacerlo y se cortará la sesión. El profesional actuará de forma adecuada para que el participante se quede lo más relajado posible.

-Materiales: sillas y mesas apropiadas, botellas de agua, pañuelos...

-Tiempo estimado: 2 horas aproximadamente con los descansos oportunos.

BLOQUE 3 “CONTROL DE EMOCIONES E IMPULSOS”: SESIÓN 6

-Objetivos de la actividad: conocer técnicas de relajación ante emociones y situaciones negativas, para un óptimo control de los impulsos.

-Descripción:

Partiendo de la sesión anterior, se expondrá un power point sobre emociones negativas y cómo influyen en las personas, respondiendo a las preguntas que surjan por parte de los participantes.

Después, la sesión seguirá con la aplicación de técnicas de relajación con el fin de utilizarlas en los momentos de sentir emociones negativas e impulsos perjudiciales.

Una vez conocida la técnica de relajación, se pasará a la elaboración propia de una “TARJETA CORTA-FUEGOS” (*véase el Anexo N° 10*). Esta tarjeta tiene el propósito de ser utilizada en los casos en que los adolescentes se encuentren perdidos y sin control, con mucha ansiedad e ideación suicida. Cuenta con los números de emergencia, tanto de personas cercanas (familiares, amigos) como de servicios de salud mental (teléfono de la esperanza) o teléfono de urgencias.

-Materiales: folios, bolígrafos, cartulinas, botellas de agua...

-Tiempo estimado: 2 horas aproximadamente con las pausas que soliciten los participantes.

BLOQUE 4 “CAPACIDAD DE RELACIÓN CON LOS DEMÁS”: SESIÓN 7

-Objetivos de la actividad: Mejorar la capacidad de comunicación y habilidades sociales.

-Descripción:

Como en la mayoría de las sesiones, en primer lugar, se llevará a cabo una breve presentación de psicoeducación para poner en conocimiento la importancia de la comunicación con los demás y la relación óptima con las personas que nos rodean.

En segundo lugar, se llevará a cabo una actividad dinámica denominada “TEATROLIZÁNDOME” para poder interactuar unos con otros y fomentar la confianza en los demás.

Esta actividad consistirá en adoptar algún rol de alguna película conocida propuesto por el profesional para que los demás tengan que adivinarla. El procedimiento se basará en la elección de parejas al azar por parte del profesional que imparte la sesión y coger también al azar papeles con las películas que estarán tapadas en una caja. Los participantes podrán disfrazarse con el material que se les proporcionará.

Así, la pareja deberá meterse en el papel de los actores que venga indicado en el papel de la caja y tendrán que exponer ante los demás la parte de la película correspondiente, para que puedan adivinarla.

-Materiales: caja, folios, bolígrafos, disfraces...

-Tiempo estimado: 2 horas aproximadamente con las pausas necesarias.

BLOQUE 4“CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN CON LOS DEMÁS”:**SESIÓN 8**

-Objetivos de la actividad: Conocer técnicas de comunicación y habilidades sociales a través de la asertividad.

-Descripción:

El inicio de esta sesión tendrá lugar con una presentación en power point acerca del concepto de asertividad y todo lo relacionado con este concepto.

Seguidamente se llevará a cabo una serie de técnicas para afrontar los problemas que puedan surgir en la relación y comunicación con los demás, según la relación social que se trate (relación con los padres, amigos, parejas, otros...).

Estas técnicas contienen diferentes aspectos, como: afrontar la situación de decir “no”; pedir favores y hacer planes y proposiciones; expresar los sentimientos positivos y negativos en cualquier relación afectiva; presentar iniciativa, continuar y finalizar conversaciones de forma tranquila.

Se hará un debate al final de la sesión para las reflexiones que tengan nuestros participantes o dudas que hayan surgido durante el aprendizaje de estas técnicas.

-Materiales: bolígrafos, folios...

-Tiempo estimado: 2 horas aproximadamente con los descansos que se requieran.

BLOQUE 5 “SENTIDO DEL HUMOR”: SESIÓN 9

-Objetivos de la actividad: tratar de poner en valor el sentido del humor a través del conocimiento de sus beneficios.

-Descripción:

Psicoeducación sobre los beneficios de utilizar el sentido del humor para afrontar las adversidades con una mayor capacidad de recuperación. Se pondrá en contexto el constructo del humor y los conceptos asociados a este.

A continuación, se hará una breve actividad en la que tendrán que escribir en un folio una anécdota graciosa que hayan vivido. Estos folios se pondrán en una mesa colocados aleatoriamente y anónimamente, de manera que cada uno de los participantes irá pasando e irá cogiendo un folio contando la anécdota de otro compañero para compartir las divertidas historias entre todos.

-Materiales: folios, bolígrafos...

-Tiempo estimado: 1 h y media aproximadamente.

BLOQUE 5 “SENTIDO DEL HUMOR”: SESIÓN 10

-Objetivos de la actividad: poner en práctica una dinámica de risoterapia para continuar con la puesta en práctica de los beneficios de este constructo y como cierre de la última sesión de intervención.

-Descripción:

Al inicio de esta sesión se repartirán narices de payaso para todos los participantes y el terapeuta, que se deberán colocarse en la nariz.

Los participantes se posicionarán en el suelo del aula en forma de círculo con la nariz de payaso puesta. La actividad consiste en que uno de los participantes (indicado por el profesional) está “contagiado de risa”. Así, el adolescente “contagiado” tendrá que intentar pegar la risa a otro de sus compañeros, sin forzar a través de cosquillas, sino mediante su propia risa, ruidos o posturas corporales. De este modo, se seguirá una cadena de contagios hasta que todo el mundo consiga reírse naturalmente (incluido el terapeuta).

-Materiales: narices de payaso, botellas de agua...

-Tiempo estimado: 1 hora aproximadamente.

BLOQUE 6 “FINALIZACIÓN: SESIÓN 11

-Objetivos de la actividad: evaluar a los participantes de nuevo para comprobar los cambios, si los hay, desde la pre-evaluación hasta la finalización del programa y así detectar si hay mejorías, empeoramientos o simplemente siguen igual que antes.

-Descripción: se darán las instrucciones necesarias para la correcta ejecución de los cuestionarios

-Materiales: folios, bolígrafos, sillas y mesas apropiadas, comida y botellas de agua.

-Tiempo estimado: 2 horas y media aproximadamente. Debido a la posible fatiga ocasionada por completar los 6 cuestionarios, se harán las pausas necesarias para descansar, poder ir al aseo si lo desean o comer. Al final de la sesión se dará una merienda a todos los participantes.

-Nota: Si se detectasen niveles altos de intencionalidad suicida se derivarían a los participantes al servicio de Salud Mental del hospital del que fueron derivados.

BLOQUE 6 “FINALIZACIÓN”: SESIÓN 12

-Objetivos de la actividad: recibir feedback del programa impartido por parte de los participantes, con el fin de mejorar de cara al futuro las sesiones, tareas, actividades u otros aspectos.

-Descripción: Se empezará con el testimonio del que quiera participar sobre qué expectativas tenían desde el principio y si concuerdan con las expectativas finales, cómo se han sentido, qué conocimientos nuevos han adquirido, etc., a lo largo de la intervención. Seguidamente se dará voz a los aspectos positivos y negativos del programa, abriendo un debate para tener presente los aspectos en los que mejorar.

-Materiales: folios, bolígrafos, sillas y mesas adecuadas, comida y botellas de agua.

-Tiempo estimado: 1 hora aproximadamente.

BLOQUE 7 “SEGUIMIENTO A LOS 4 MESES”: SESIÓN 13

-Objetivos de la actividad: Verificar la eficacia del programa de intervención a largo plazo.

-Descripción: se volverán a pasar los cuestionarios indicados en la Pre-Intervención y Post-Intervención.

-Materiales: folios, bolígrafos, lápices, sillas y mesas apropiadas, comida, botellas de agua.

-Tiempo estimado: 2 horas y media aproximadamente. Debido a la posible fatiga ocasionada por completar los 6 cuestionarios, se harán las pausas necesarias para descansar, poder ir al aseo si lo desean o comer. Al final de la sesión se dará una merienda a todos los participantes

-Nota: Si se detectasen niveles altos de intencionalidad suicida se derivarían a los participantes al servicio de Salud Mental del hospital del que fueron derivados.

ANEXO N° 10

FICHA CORTA-FUEGOS

YO _____ (nombre)

en el momento que muestre señales de alarma que me indican que estoy empezando a sentir la necesidad de llevar a cabo alguna tentativa de suicidio:

_____ (síntomas, emociones o signos)

-Cuento con mis PERSONAS DE APOYO que son:

_____ TELÉFONO: _____

_____ TELÉFONO: _____

_____ TELÉFONO: _____

Les contaré como me siento a las personas que me apoyan y lo que estoy pensando.

Solicitaré ayuda si pienso que necesito encontrarme con compañía.

Si no consigo estar acompañado de nadie, y sigo sintiéndome mal, recurriré a las siguientes entidades y servicios de emergencia:

-Teléfono de emergencia: 091 y 112

-Teléfono de la esperanza: 976 232 828

-Teléfono salud mental: 955 062 627

ANEXO N° 11

PRESUPUESTO ORIENTATIVO DEL PROGRAMA

MATERIAL FÍSICO	NÚMERO DE UNIDADES	PRECIO TOTAL (€)
Folios A4 BLANCOS	3 paquetes	7,17
Bolígrafos	25 unidades	7,5
Lápices	25 unidades	6,25
Sillas y mesas (suministrado por el centro)	15 unidades	-
Cartulinas	10 unidades	1,30
Comida (bocadillos)	40 unidades	80
Botellas de agua	10 paquetes de 6 botellas	25
Narices de payaso	13	6,5
Caja de cartón	4	2
Disfraces	10	10
Pañuelos	4 paquetes de 6 unidades	7,96
Pelota	1 unidad	7,50
Proyector	1 unidad	95
DESPACHO Y AULAS (suministrado por el centro)	4 unidades	-
TOTAL		256,18

RECURSOS HUMANOS	PRECIO (€)/HORA	HORAS EN TOTAL	PRECIO TOTAL (€)
Psicólogo/a 1	50	23h y 30 min	1.175
Psicólogo/a 2	50	23h y 30 min	1.175
Trabajador/a social	40	23h y 30 min	940
Total			3.290