

Trabajo Fin de Grado

Propuesta de programa de intervención de la ideación
suicida en universitarios basado en variables
relacionadas

Intervention program proposal for suicidal ideation in
university students based on related variables

Autor

Adrián Ramos García

Director

Jorge Luis Ordóñez Carrasco

Grado en Psicología



Año 2024
Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Resumen

Esta propuesta de programa de intervención de prevención del suicidio está encocada en la reducción de la ideación suicida como medio para prevenir el suicidio. Incluye a cuarenta estudiantes universitarios de entre 18 y 35 años de la Universidad de Zaragoza, evaluados por ideación suicida. El objetivo principal es reducir la ideación suicida de los participantes mediante el desarrollo de habilidades de regulación emocional, la reducción de la desesperanza y del dolor psicológico y el entrenamiento en resolución de problemas y promoción de la resiliencia. Además, con el fin de comprobar la eficacia del programa se utilizarán una serie de escalas tanto antes como después de la intervención y se separará a los participantes en dos grupos, uno experimental, que recibirá la intervención completa, y un grupo control, que no recibirá entrenamiento en regulación emocional ni en reducción de la desesperanza y el dolor psicológico. Se espera que el grupo experimental presente una reducción de la ideación suicida más significativa que el grupo control debido a la mayor importancia de la regulación emocional, la desesperanza y el dolor psicológico en la ideación suicida.

Palabras clave: prevención del suicidio, estudiantes universitarios, intervención psicológica, ideación suicida.

Abstract

This proposed suicide prevention intervention program is focused on reducing suicidal ideation as a mean to prevent suicide. The program includes forty university students aged 18 to 35 from the University of Zaragoza, who will be evaluated for suicidal ideation. The main objective is to reduce the participants' suicidal ideation by developing emotional regulation skills, reducing hopelessness and psychological pain, and providing training in

problem-solving and resilience promotion. To evaluate the program's effectiveness, a series of scales will be administered both before and after the intervention. Participants will be divided into two groups: an experimental group, which will receive the full intervention, and a control group, which will not receive training in emotional regulation or in reducing hopelessness and psychological pain. It is expected that the experimental group will show a more significant reduction in suicidal ideation compared to the control group, due to the critical role of emotional regulation, hopelessness, and psychological pain in suicidal ideation.

Keywords: suicide prevention, university students, psychological intervention, suicidal ideation.

Índice

Justificación Teórica.....	5
Objetivos	13
Localización	13
Metodología	14
Participantes.....	14
Instrumentos.....	15
Procedimiento	17
Presupuesto orientativo	23
Resultados esperados	24
Referencias.....	25
Anexos	29
Anexo I	29
Anexo II	35

Justificación Teórica

El suicidio es una problemática que afecta a la población mundial. Según Villalobos-Galvis et al. (2023) el suicidio ha aumentado, aproximadamente, un 60% en el último medio siglo. Se estima que hay 800.000 muertes por año debido al suicidio en el mundo, y es la segunda causa de muerte en jóvenes adultos y adolescentes en el mundo (Villalobos-Galvis et al. 2023).

Siguiendo los datos del Observatorio del Suicidio en España (2023) del año 2019 hasta 2022, en España se ha registrado un aumento en las muertes por suicidio. El aumento en las tasas de suicidio corresponde con el período de la pandemia de COVID-19 y de crisis económicas, lo cual afecta en la salud mental de la población (Gordillo et al. 2023). También, se han registrado niveles de ansiedad y depresión significativos, lo cual podría estar contribuyendo al aumento de la tasa de suicidio (Gordillo et al. 2023). Dicha información pone en evidencia la necesidad de mejorar las políticas de salud mental y las intervenciones dirigidas a la prevención del suicidio en España (Gordillo et al. 2023).

Según el informe del Observatorio del Suicidio en España (2023), la tasa de suicidios del 2022 fue especialmente más elevadas en hombres (13,34 por 100,000 habitantes) respecto a las mujeres (4,52 por 100,000 habitantes). Además, el informe destaca que aumento la tasa de suicidio tanto en adolescentes de 15 a 19 años como en mujeres jóvenes de 15 a 29 años, los datos obtenidos del informe indican que el suicidio es la causa de muerte externa principal en España (Observatorio del Suicidio en España, 2023).

También, se ha estudiado la tasa de suicidio en estudiantes universitarios, se realizó una investigación de 350 estudiantes de grado de Psicología que asisten a la Universidad Autónoma de Barcelona, los resultados mostraron que el 33.7% de los estudiantes habían pensado en suicidarse por lo menos en una ocasión y que un 12.3% estaban en riesgo alto de intentar suicidarse (Gómez-Romero et al., 2020). Estos resultados fueron obtenidos mediante

la aplicación de cuestionarios y su evaluación de los niveles de riesgo suicida. La gravedad de estos hallazgos subraya la importancia de implementar programas de prevención y apoyo psicológico dentro de las universidades (Gómez-Romero et al., 2020).

En estudiantes universitarios que realizaron intentos de suicidio se identificó que factores como antecedentes familiares de intentos de suicidio o enfermedad mental, e intentos previos de acción suicida del estudiante, eran determinantes y aumentaban la acción suicida, especialmente en el grupo de 19 a 24 años. Además, variables como baja autoestima, desesperanza, dificultades para manejar emociones, soledad y aislamiento social mostraron una correlación significativa con la ideación y el riesgo suicida (Gómez Tabares, & Montalvo Peralta, 2021)

La ideación suicida es una conducta suicida que abarca una variedad de acciones, según Sánchez Cabada et al. (2022), La ideación suicida, como término, abarca un conjunto de contemplaciones, deseos y preocupaciones relacionados con la muerte y el suicidio (Harmer et al., 2023)

En adición, la persona tiene ideas suicidas que pueden o no desencadenar en la acción suicida. El concepto de ideación suicida refiere a pensamientos y consideraciones sobre la posibilidad de acabar con la propia vida, sin implicar necesariamente que se haya realizado un acto con ese fin en específico, pueden ser ideas pasajeras que tiene una persona o planes detallados de cómo podría suicidarse (Sánchez Cabada et al., 2022). La ideación suicida no solo es un predictor de posibles intentos de suicidio, sino que también provoca un malestar y sufrimiento considerable (Sánchez Cabada et al., 2022). Es una condición clínica que necesita ser atendida de manera independiente, identificar la ideación suicida puede ayudar a determinar la necesidad de apoyo e intervención en personas con pensamientos suicidas (Sánchez Cabada et al., 2022).

En el estudio de la conducta suicida, diversos modelos teóricos han investigado la conducta suicida con la intención de comprender sus causas y desarrollo. Teorías tradicionales que investigaron el suicidio se han enfocado en identificar elementos que podrían contribuir a la conducta suicida, como problemas psicológicos, crisis personales o factores socioeconómicos de manera aislada, sin interrelacionar dichos factores (Van Orden et al., 2010).

Según la perspectiva de Van Orden et al., (2010) la literatura actual tiene dificultad para poder predecir el comportamiento suicida, y esto se debe a que los factores de riesgo que se relacionan de manera compleja, por lo tanto, un modelo tradicional que explica el comportamiento con factores aislados no puede predecir dicho comportamiento. En suma, cobra relevancia desarrollar una teoría que pueda predecir de forma multicausal el suicidio, los intentos de suicidio y la ideación suicida, con una perspectiva científica y ofreciendo una teoría práctica que posibilite intervenir en la clínica de manera eficaz, considerando todos los factores multicausales (Van Orden et al., 2010).

En concordancia, el modelo integrado motivacional-volitivo de O'Connor y Kirtley (2018) desarrolla de manera integral cómo diversos factores biológicos, psicológicos y sociales se combinan en la conducta suicida, describiendo etapas que pueden conducir al suicidio. Estos modelos hacen referencia a factores implicados en las diferentes conductas suicidas, centrándose especialmente en la ideación suicida. En el modelo de diátesis-estrés-desesperanza del comportamiento suicida, se plantea cómo impactan los factores estresantes en la ideación suicida. Es decir, si una persona se siente excesivamente estresada y considera que no tiene posibilidad de solucionar o mejorar su situación, puede desarrollar desesperanza, lo cual incrementa su posibilidad de ideación y comportamiento suicida (Schotten & Clum, 1987).

Otro aporte importante es la teoría de la Hipótesis de Activación Diferencial desarrollada por Teasdale & Dent (1987). Esta teoría propone que la persona no solo experimenta angustia, sino que la asocia con pensamientos suicidas y con cada nueva experiencia de angustia, las ideas suicidas se fortalecen mediante sucesivas asociaciones. En este caso, la angustia implica un estado de sufrimiento emocional intenso o dolor psicológico y también está vinculada con pensamientos suicidas. Además, un estado de ánimo negativo puede activar dichas ideaciones suicidas, aumentando así la probabilidad de su desencadenamiento (Teasdale & Dent, 1987).

También, Van Orden et al. (2010) en la Teoría Interpersonal del Suicidio considera que hay diversos factores de riesgo que influyen en el suicidio, como conflictos familiares, desórdenes mentales, enfermedades físicas, aislamiento social, desempleo, desesperanza y pesadillas nocturnas. Estos factores multicausales no solo ayudan a comprender las causas del suicidio, sino que también están estrechamente vinculados a la ideación suicida. Si bien estas teorías previas abordan los factores de riesgo desde perspectivas particulares (biológicas, cognitivo-conductuales o psicodinámicas), no logran explicar de manera integral cómo estos factores interactúan para influir en la ideación suicida. Van Orden et al. (2010) subrayan la necesidad de una teoría que considere la interacción de estos factores y que incluya la variación demográfica, los factores de género, edad y cultura de manera integral.

En adición, la Teoría Interpersonal del Suicidio propone que es crucial intervenir considerando los conceptos de la percepción de ser una carga y la pertenencia frustrada para poder prevenir y reducir la ideación suicida. La percepción de ser una carga se relaciona con la creencia de que las demás personas estarían mejor sin la existencia del individuo, lo que incrementa su ideación suicida. La pertenencia frustrada se refiere a la sensación de carecer de un sentido de pertenencia, es decir, no estar conectado de manera significativa con otras personas, lo que puede llevar al aislamiento social. Estas variables están implicadas en la

conformación de la ideación suicida y no en el acto de intentar, o llevar a cabo el suicidio.

Ambos conceptos contribuyen significativamente a aumentar el pensamiento suicida (Van Orden et al., 2010).

En concordancia con la Teoría del Comportamiento Planificado (TPB), se considera que el factor predictivo inmediato del comportamiento es la intención de la persona de llevar a cabo dicho comportamiento, es decir, el compromiso conductual de realizar la acción específica (Ajzen, 1991). La TPB se refiere a la conducta general y postula que las actitudes hacia el comportamiento, las normas subjetivas y el control percibido del comportamiento influyen en esta intención. El Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (IMV) de O'Connor y Kirtley (2018) adapta esta teoría y la aplica específicamente a la ideación suicida. El IMV toma los principios de la TPB y los contextualiza dentro del proceso de desarrollo de la ideación y el comportamiento suicida. En este modelo, la intención de llevar a cabo el comportamiento suicida está influenciada por factores motivacionales específicos, como la desesperanza y la percepción de ser una carga para otros. Además, el IMV introduce la fase volitiva, que destaca los factores de protección y riesgo que pueden influir en la transición de la ideación a la acción suicida, integrando así un enfoque más comprensivo y específico para entender el comportamiento suicida.

Otra explicación para el paso de la ideación suicida a la acción se expone en la Teoría de los Tres Pasos que proponen Klonsky y May (2015). Los autores proponen tres fases para explicar el paso de la ideación suicida al intento de suicidio. En la primera fase se desarrolla la ideación suicida, en la cual se combina el dolor psicológico o sufrimiento emocional con la desesperanza, que es una perspectiva pesimista sobre la posibilidad de poder mejorar o terminar con el dolor. Por lo tanto, la ideación puede involucrar sentimientos de angustia, tristeza, dolor psíquico, sensación de fracaso, entre otros. Al combinarse el dolor emocional con la desesperanza, se puede desencadenar que la persona considere el suicidio como una

salida ante la situación (Klonsky y May, 2015). Es fundamental centrarse en la ideación suicida como el objetivo primordial de este trabajo para entender los factores y procesos que llevan a su desarrollo. Los autores consideran que a mayor conexión entre la sensación de dolor psicológico y desesperanza mayor será la intensidad de ideación suicida, que puede pasar de ser una ideación débil o moderada a fuerte. Por lo tanto, se plantea que la esperanza y la conexión social son factores protectores claves en la segunda fase de ideación y que pueden impedir que pase a ser una ideación con mayor intensidad. Por último, el paso de una ideación suicida fuerte hacia el intento de suicidio en la tercera etapa depende de la persona y de su capacidad de cometer el acto de suicidio, lo cual involucra factores como la tolerancia al dolor físico, tolerancia al miedo y el acceso a medios para cometer el acto, que pueden ser factores prácticos que aumentan la disposición de la persona para llevar a cabo un intento de suicidio (Klonsky y May, 2015).

Otros estudios consideraron a la desregulación emocional como un factor de riesgo para la conducta suicida, tal es el caso del estudio de Sánchez Cabada et al. (2022) en el cual se aplicaron varios instrumentos a 109 estudiantes de educación media superior. Los resultados del estudio mostraron que la desregulación emocional es un predictor de la ideación suicida, a mayor desregulación es mayor la ideación suicida (Sánchez Cabada et al., 2022).

Algunas técnicas eficaces para la intervención en regulación emocional son la reestructuración cognitiva y el mindfulness. La reestructuración cognitiva es una técnica de la terapia cognitivo-conductual (TCC) que se centra en identificar y modificar pensamientos negativos y disfuncionales que contribuyen a la ideación suicida. Según Beck (1976), los pensamientos automáticos negativos y las distorsiones cognitivas juegan un papel central en la depresión y la ideación suicida. La reestructuración cognitiva ayuda a los individuos a desafiar y cambiar estos patrones de pensamiento negativos, promoviendo una perspectiva

más realista y positiva. Investigaciones han demostrado que la reestructuración cognitiva es efectiva para reducir la ideación suicida. Hawton et al. (2016) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis que encontró que las intervenciones basadas en la TCC, que incluyen la reestructuración cognitiva, son efectivas para reducir los pensamientos suicidas y los comportamientos autolesivos. Al cambiar las creencias subyacentes y los pensamientos automáticos negativos, los individuos pueden experimentar una mejora significativa en su estado emocional y una reducción de la ideación suicida. Por otro lado, el mindfulness, definido como la atención plena al momento presente sin juicio, ha sido ampliamente adoptado en intervenciones psicológicas debido a sus efectos beneficiosos sobre la salud mental. El mindfulness ayuda a las personas a reducir la rumiación y la reactividad emocional, factores que están fuertemente asociados con la ideación suicida (Baer, 2003). Las prácticas de mindfulness, como la meditación y la atención plena, permiten a los individuos observar sus pensamientos y emociones sin identificarse con ellos o reaccionar automáticamente. Esto puede reducir la intensidad de los pensamientos suicidas y aumentar la regulación emocional. Un metaanálisis realizado por Sedlmeier et al. (2012) encontró que las intervenciones basadas en mindfulness son efectivas para reducir la ansiedad, la depresión y la rumiación, factores de riesgo significativos para la ideación suicida.

Por lo tanto, considerando la prevención e intervención clínica en la ideación suicida, es fundamental abordar la desregulación emocional, ya que se relaciona con la dificultad para identificar emociones y para tolerar el malestar. Sin embargo, no se debe pasar por alto la influencia de otras variables cruciales que también contribuyen a la ideación suicida. Aspectos como la desesperanza, el aislamiento social y el dolor psicológico son igualmente importantes y deben ser tenidos en cuenta en cualquier programa de intervención. Dichos programas deben enseñar habilidades de regulación emocional y brindar estrategias para el manejo del estrés y la angustia. Además, deben abordar la desesperanza mediante técnicas

cognitivas que ayuden a las personas a desarrollar una visión más optimista y realista de sus situaciones. El aislamiento social puede ser contrarrestado mediante la promoción de la conexión social y el apoyo comunitario. El dolor psicológico puede ser mitigado trabajando en la autoestima y el sentido de pertenencia. Al abordar todas estas variables de manera integral, se puede ayudar a las personas a comprender y aceptar sus emociones, fomentando la flexibilidad psicológica para manejar el malestar emocional de manera constructiva. Esto es esencial para reducir la ideación suicida y promover la salud mental (Sánchez Cabada et al., 2022).

Otras intervenciones interesantes son las intervenciones en solución de problemas y la promoción de la resiliencia, las cuales tienen un impacto positivo en la reducción de la ideación suicida. Ya que proporcionan a los individuos herramientas y habilidades para manejar la adversidad y resolver problemas de manera efectiva. Estas intervenciones reducen los sentimientos de desesperanza y falta de control, que son factores de riesgo clave para la ideación suicida. Al mejorar la capacidad de los individuos para resolver problemas, se reduce el estrés y la desesperanza asociados con los problemas no resueltos (D'Zurilla & Nezu, 2007). Además, el entrenamiento en solución de problemas aumenta la autoeficacia, lo cual está asociado con una menor ideación suicida (Nezu, 2004). Por la parte de la resiliencia, las personas con alta resiliencia tienen menores niveles de ideación suicida y comportamientos suicidas debido a su capacidad para recuperarse de la adversidad (Johnson et al., 2011).

Los conceptos y teorías mencionados anteriormente proporcionan una base sólida para el desarrollo de intervenciones centradas en la ideación suicida. Intervenir en esta fase es crucial, ya que permite abordar los pensamientos suicidas que generan sufrimiento antes de que evolucionen hacia comportamientos más graves. La desregulación emocional, el dolor psicológico y la desesperanza son factores clave en la predicción de la ideación suicida.

Implementar programas que aborden específicamente estos aspectos puede ser fundamental para reducir el riesgo de suicidio y ofrecer un apoyo integral a los estudiantes universitarios en riesgo.

Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es el de desarrollar, implementar y evaluar un programa de intervención del suicidio que aborde la ideación suicida en estudiantes universitarios.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Medir la efectividad del programa mediante evaluaciones antes y después de la intervención preventiva.
- Promover la educación sobre la prevención del suicidio y la promoción de la salud mental.
- Desarrollar habilidades de regulación emocional y de manejo del dolor psicológico y la desesperanza en estudiantes universitarios.
- Evaluar el impacto de la regulación emocional y del manejo del dolor psicológico y la desesperanza en la reducción de la ideación suicida.

Localización

El estudio se realizará en dos aulas específicamente seleccionadas de la Universidad de Zaragoza y el trabajo se llevará a cabo en colaboración con la Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio AFDA que cuenta con centro de servicios sanitarios integrados en Zaragoza, la asociación jugará un papel crucial, ya que el personal cooperará en la intervención planteada.

Las aulas designadas para la investigación tendrán la capacidad suficiente para alojar hasta 20 personas cada una, proporcionando un espacio adecuado y cómodo para los participantes. Están equipadas con bancos y sillas dispuestas de manera que faciliten la realización de las actividades previstas, incluyendo la aplicación de una batería de tests psicológicos. Esta disposición está pensada para asegurar que los participantes puedan completar los test en un ambiente tranquilo y sin interrupciones externas. Las actividades programadas se realizan en diferentes aulas, utilizando un aula por grupo.

Metodología

Participantes

Los participantes de la investigación serán cuarenta estudiantes universitarios de la Universidad de Zaragoza. Los criterios de inclusión para el estudio serán estudiantes que actualmente participan en programas de apoyo psicológico y que han sido evaluados por ideación suicida por un profesional de salud, el rango de edad de los participantes es de 18 a 35 años, incluyendo tanto estudiantes de grado como de posgrado. Se elegirá el rango etario para controlar la variable sociodemográfica de edad, los participantes serán adultos jóvenes. Además, se controlará la variable de sexo para asegurar una muestra equilibrada y representativa.

Los criterios de exclusión incluirán a aquellos estudiantes que tengan condiciones psicológicas o médicas que puedan intervenir en los resultados de la intervención, tales como trastornos psicóticos, trastornos de personalidad graves, o enfermedades físicas crónicas que requieran tratamiento continuo. También se excluirán aquellos estudiantes para quienes el personal de salud haya desaconsejado una intervención externa.

La inclusión de criterios de exclusión está destinada a proteger a aquellos estudiantes cuya participación en el estudio podría no ser segura debido a sus condiciones específicas.

Se determina la cantidad de participantes al considerar la concurrencia en los programas de apoyo psicológico, el interés de los participantes en formar parte de la investigación y su disponibilidad horaria para participar en la intervención. Se ha decidido incluir a cuarenta participantes para asegurar una muestra suficientemente grande que permita obtener resultados estadísticamente significativos, pero manejable en términos de recursos y tiempo disponibles para la intervención.

Instrumentos

Los participantes completarán una ficha individual para recabar la siguiente información: edad, sexo, antecedentes de conducta suicida individuales y antecedentes familiares de conducta suicida (Anexo I, Ficha 1).

Se utilizará para la evaluación pre y post intervención la *Escala Paykel de Ideación Suicida* es una herramienta diseñada para evaluar la ideación suicida, valora los pensamientos suicidas, ideación suicida y tentativas de suicidio. La escala mide la ideación suicida y también incluye preguntas sobre comportamiento suicida. La escala cuenta con 4 ítems que miden la ideación suicida y sus respuestas son por Si o No, las puntuaciones varían de 0 a 4. El resultado indica que, a mayores puntuaciones, mayor frecuencia y gravedad de la ideación suicida (Paykel et al., 1974).

Para medir el riesgo de intento suicida se utilizará la *Escala de riesgo suicida de Plutchik*, es una escala Likert que evalúa también factores de depresión y desesperanza. Tiene 15 preguntas y se puede responder por Si o por No (Plutchik & Van Praag, 1989).

Para estudiar el factor predictivo de la desesperanza se utilizará la *Escala de Desesperanza de Beck* (Beck et al., 1974) compuesta por 20 ítems verdadero o falso que

miden tres aspectos de la desesperanza: los sentimientos sobre el futuro, la falta de motivación y expectativas (Villalobos-Galvis, 2006).

Para conocer la influencia del dolor psicológico en la conducta suicida se utilizará la *Escala de Dolor Psicológico* (Holden et al., 2001) adaptada al español en jóvenes adultos por (Ordóñez-Carrasco et al., 2019). Cuenta con 13 ítems, en los primeros 9 ítems las opciones de respuesta varían de 1 “nunca” a 5 “siempre”. Las respuestas de los demás ítems van desde 1 “muy en desacuerdo” hasta 5 “muy de acuerdo” (Troister y Holden, 2010).

También se implementará la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional - DERS* (Gratz y Roemer, 2004) adaptación al castellano que evalúa la desregulación emocional mediante 36 ítems. Cuenta con una escala Likert de 5 puntos que varían de Casi nunca de las veces a Casi siempre de las veces. La escala tiene una alta consistencia interna ($\alpha=.93$) y su fiabilidad test-retest es buena según (Hervás & Jódar, 2008).

Para evaluar la mejoría en resiliencia, se la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) de Crespo et al. (2014). Cuenta con 25 ítems con opción de respuesta de 0 “En absoluto” a 4 “Casi siempre”. La versión española de la CD-RISC evalúa la capacidad de adaptarse y recuperarse de la adversidad, con propiedades psicométricas similares a la escala original (Crespo et al., 2014).

Para medir el progreso en resolución de problemas se utilizará el Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas (ISAP) de Miguel-Tobal et al. (2001). Que es una herramienta que mide las estrategias y habilidades de los individuos para afrontar y resolver problemas. Está compuesto por 25 ítems con opciones de respuesta que van de 0 “casi nunca” a 4 “casi siempre”, que evalúan cómo las personas perciben y manejan los problemas que encuentran en su vida diaria (Miguel-Tobal et al., 2001).

Procedimiento

El estudio que se realizará es experimental y longitudinal, se busca evaluar la eficacia del programa de intervención en el suicidio. Se conformarán de forma aleatoria dos grupos, un grupo experimental y un grupo control. El programa se desarrollará de la siguiente manera: 1. Contacto con la universidad para comenzar con el programa de intervención, 2. Selección de participantes, 3. Comienzo de la intervención, 4. Etapa de formación en salud mental y regulación emocional 5. Evaluación de baterías de test post intervención, 6. Evaluación de resultados:

1.- Contacto con la universidad y con AFDA para comenzar con el programa de intervención:

Inicialmente, se establecerá contacto con la Universidad de Zaragoza para coordinar todos los detalles del programa de intervención. Se realizará una reunión informativa con el personal de la Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio AFDA, con los psicólogos y coordinadores de bienestar que pertenezcan al servicio para presentar los detalles del programa de intervención, confirmar su colaboración y recibir sugerencias.

También, durante esta etapa, se identificarán en conjunto con el personal a los alumnos que cumplan con los criterios específicos para ser parte de la muestra del estudio, que hayan sido atendidos por riesgo suicida en la Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio AFDA y tengan entre 18 a 35 años.

Este programa de intervención contará con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA)

2.- Selección de participantes:

Se contactará a 40 participantes seleccionados aleatoriamente de entre los que cumplan los criterios de inclusión para invitarlos formalmente a participar en el estudio, se les informará sobre los objetivos de la intervención, las etapas con las que cuenta y que

involucra una batería de test, también se les brindará los detalles prácticos como las fechas y horarios de las sesiones (Tabla 1). En caso de que deseen participar en la intervención, los participantes deberán de firmar un consentimiento informado tras hacer saber la ley de protección de datos, anonimato y voluntariedad que implica este programa de intervención. También se les solicitará sus datos de contacto: nombre completo, teléfono, correo electrónico y también se le consultará sobre disponibilidad horaria para participar en la intervención que se realizará en la universidad.

Una vez recopilada la información de todas las personas que formarán parte de la muestra, se dividirá mediante una selección aleatoria en dos grupos: un grupo experimental, que recibirá intervenciones de regulación emocional incluyendo técnicas de manejo de dolor psicológico y desesperanza, y un grupo control, también recibirá un tipo de intervención estándar que no está directamente relacionada con la regulación emocional, el dolor psicológico y la desesperanza, pero que asegura que todos los participantes reciben algún tipo de apoyo (Anexo II, Ficha 4). De esta manera, se garantiza que ningún participante quede desatendido y se cumple con los estándares éticos necesarios para la investigación.

Por último, se les enviará información detallada a los participantes con un cronograma organizativo con fechas de encuentros presenciales, horarios y a qué aula tiene que asistir cada participante.

3.- Comienzo de la intervención en prevención del suicidio:

En el aula, primero se realizará una breve explicación de la finalidad del programa y de cómo está compuesto y se les entregará una ficha personal para que completen con sus datos de edad, sexo, antecedentes de conducta suicida individuales y antecedentes familiares de conducta suicida (Ver Anexo I, Ficha I).

Después de comentar el programa de intervención y responder consultas, ambos grupos serán evaluados con una batería de test psicológicos con la intención de que al

finalizar la intervención poder comparar los resultados. Para todos los participantes, al inicio del estudio se aplicarán varias escalas para establecer una línea base y medir cambios a lo largo del estudio: la Escala Paykel de Ideación Suicida (Paykel et al., 1974) para identificar la presencia y gravedad de la ideación y comportamiento suicida; la Escala de Desesperanza de Beck (Beck et al., 1974) y la Escala de Dolor Psicológico de Holden et al. (2001) para estudiar cómo estos factores impactan como predictores del comportamiento suicida; la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchik & Van Praag, 1989) para evaluar la propensión a comportamientos suicidas; y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) de Gratz y Roemer (2004) para identificar las habilidades de regulación emocional de los participantes y su evolución durante la intervención; la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) de Crespo et al. (2014) para evaluar la resiliencia de los participantes; el Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas (ISAP) de Miguel-Tobal et al. (2001).

Mientras que el grupo control servirá para obtener datos comparativos sin la intervención de regulación emocional, el grupo experimental, además de la misma batería de test, recibirá entrenamiento y talleres en regulación emocional y estrategias de manejo de dolor psicológico y desesperanza para observar si estas intervenciones reducen efectivamente la ideación suicida, el dolor psicológico y la desesperanza, y mejoran la capacidad de los estudiantes para gestionar sus emociones de manera efectiva (Anexo II, Ficha 2 y 3).

4.- Etapa de entrenamiento en regulación emocional y en salud mental

Para el grupo experimental y el grupo control se implementará un taller conducido por un psicólogo con el objetivo de educar sobre los signos de alerta del suicidio, enseñar estrategias de prevención y promover la salud mental, introduciendo técnicas y hábitos para el cuidado de la salud (Anexo II, Ficha 1).

En la intervención del grupo experimental, se realizan sesiones de regulación emocional bajo la dirección de un psicólogo especializado. Estas sesiones estarán enfocadas a impartir conocimientos teóricos sobre la regulación emocional y la salud mental, y también a proporcionar entrenamiento práctico en habilidades cognitivo-conductuales (Anexo II, Ficha 2) y al entrenamiento en técnicas de manejo del dolor psicológico y la desesperanza (Anexo II, Ficha 3)

Los participantes aprenderán técnicas para manejar pensamientos suicidas y reestructuración cognitiva, que ayuda a cambiar patrones de pensamiento negativos o destructivos, y prácticas de mindfulness, que fomentan la atención plena y la conciencia del momento presente para reducir la rumiación y la ansiedad (Anexo II Ficha 2). Además, se abordarán estrategias para la promoción la resiliencia y la solución activa de problemas mediante ejercicios prácticos, role-playing y simulaciones (Anexo II, Ficha 4) tanto en el grupo experimental como en el grupo control, para de este modo asegurar que ambos grupos reciben una intervención que les aporte beneficios respecto a las conductas suicidas.

5.- Aplicación de baterías de test post intervención

Se realizará una segunda aplicación de la batería de test para evaluar los cambios y la efectividad de las estrategias implementadas previamente, estará compuesto por las mismas herramientas utilizadas en un primer momento: Escala Paykel de Ideación Suicida (Paykel et al., 1974), Escala de Desesperanza de Beck (Beck et al., 1974), Escala de Dolor Psicológico (Holden et al., 2001), Escala de riesgo suicida de Plutchik (Plutchik & Van Praag, 1989), la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) de Gratz y Roemer (2004), la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) y el Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas (ISAP).

Se aplicará las mismas escalas tanto al grupo control como al grupo experimental para evaluar los cambios en los resultados, considerando que el grupo control solo recibió

formación sobre la educación sobre la prevención del suicidio y promoción de la salud mental y entrenamiento en solución de problemas y promoción de la resiliencia. En cambio, el grupo experimental recibió formación en regulación emocional, manejo de pensamientos suicidas, entrenamiento en el manejo del dolor psicológico y la desesperanza y, al igual que el grupo control, formación sobre educación en prevención del suicidio y promoción de la salud mental y entrenamiento en solución de problemas y promoción de la resiliencia.

6.- Evaluación de resultados:

Se llevará a cabo un análisis de los datos recogidos con la intención de evaluar la eficacia del programa y su impacto, analizando los datos cuantitativos que proceden de las escalas psicométricas administradas antes y después de la intervención.

En el proceso de análisis se compara los resultados pre y post intervención en los grupos control y experimental para identificar diferencias significativas.

Después del análisis, se organizará una reunión con el equipo de la universidad para compartir y discutir sobre los resultados obtenidos. Dicho encuentro será una oportunidad para que todos los involucrados compartan sus perspectivas y se consideren ajustes necesarios para futuras implementaciones del programa. Finalmente, se redactará un informe detallado sobre el estudio para tener un registro de las actividades realizadas y sus resultados.

Tabla 1

Cronograma de actividades

	Grupo Experimental	Grupo Control
Semana 1	Coordinación e identificación de alumnos Selección de participantes de la muestra Primer contacto	Coordinación e identificación de alumnos Selección de participantes de la muestra Primer contacto

Semana 2	Primera toma de la batería de test	Primera toma de la batería de test
Semana 3	<p>Educación sobre la prevención del suicidio y promoción de la salud mental. Duración de 90 minutos (Anexo II, ficha 1).</p> <p>Regulación emocional y entrenamiento en habilidades cognitivo-conductuales. Duración de 100 minutos (Anexo II, ficha 2).</p>	<p>Educación sobre la prevención del suicidio y promoción de la salud mental. Duración de 90 minutos (Anexo II, ficha 1).</p>
Semana 4	<p>Sesión sobre el manejo del dolor psicológico y la desesperanza. Duración de 90 minutos (Anexo II, ficha 3).</p> <p>Estrategias de solución de problemas y promoción de la resiliencia. Duración de 70 minutos (Anexo II, ficha 4).</p>	<p>Estrategias de solución de problemas y promoción de la resiliencia. Duración de 70 minutos (Anexo II, ficha 4).</p>
Semana 5	Segunda toma de test, análisis de resultados, evaluación del programa, escritura de informes, socialización del programa de intervención.	Segunda toma de test, análisis de resultados, evaluación del programa, escritura de informes, socialización del programa de intervención.

Presupuesto orientativo

Para poder desarrollar el proyecto se presenta el siguiente presupuesto orientativo considerando los gastos que corresponden a recursos humanos, materiales y técnicos.

Tabla 2

Presupuesto aproximado del programa de intervención

		Euros	Total
Recursos Humanos	Sueldo del/la psicólogo/a	30 euros la hora de sesión (8,5 horas)	255 €
Recursos materiales	Aula, mesas, sillas, proyector, ordenador, pizarra	0 euros (pertenecen a la universidad)	0 €
	Folios con Baterías de Test	40 folios x 0,5 €	20 €
	Consentimiento informado	40 x 0,03 €	1,2 €
	Fichas de regulación emocional	40 x 0,03 €	1,2 €
	Bolígrafos	40 x 0,5 €	20 €
	Paquete de 300 folios	5€	5€
Recursos técnicos	PowerPoint	0 euros	0 €
Resultado total			302,4€

Resultados esperados

El programa de intervención busca disminuir la ideación suicida en estudiantes universitarios y se espera que todos los participantes presenten una reducción de la ideación suicida al concluir la intervención, aunque se espera que el grupo experimental presenta una mayor reducción de la ideación suicida. Tras la sesión de educación sobre prevención del suicidio y promoción de la salud mental, y la sesión de estrategias de solución de problemas y promoción de la resiliencia, se espera que tanto el grupo control como el experimental adquieran una mayor conciencia sobre la salud mental, y mayor capacidad de solución de problemas y mejora en la resiliencia.

También se espera que el grupo experimental muestre una reducción tanto en los niveles de dolor psicológico como de desesperanza, así como una mejora en cuanto a las habilidades de regulación emocional, lo que implicaría mayor capacidad de regular emociones intensas, por lo tanto, este cambio comportamental ayudaría a disminuir la intensidad y frecuencia de la ideación suicida.

Referencias

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg015>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. International Universities Press.
- Crespo, M., Fernández-Lansac, V., & Soberón, C. (2014). Adaptación española de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico. *Behavioral Psychology*, 22(2), 219-238.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention. Springer.
- Gómez-Romero, M. J., Tomás-Sábado, J., Montes-Hidalgo, J., Brando-Garrido, C., Cladellas, R., & Limonero, J. T. (2020). Procrastinación académica y riesgo de conducta suicida en jóvenes universitarios: El papel de la regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 26(3), 259-267. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.06.002>

Gómez Tabares, A. S., & Montalvo Peralta, Y. B. (2021). Orientación suicida y su relación con factores psicológicos y sociodemográficos en estudiantes universitarios. *Psychology and Health*, 36(1), 43-57. <https://doi.org/10.21501/22161201.3236>

Gordillo, F., Arana, J. M., García Meilán, J. J., & Pérez, M. Á. (2022). Evolución de la tendencia de búsqueda en España de los términos “Ansiedad,” “Depresión” y “Suicidio” entre 2019 y 2022: Antes, durante y después de la pandemia por COVID-19. *Ansiedad y Estrés*, 28(2), 111-120. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2022.03.001>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A. (2023). Suicidal ideation. In StatPearls. StatPearls Publishing. PMID: 33351435

Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., ... & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(5), CD012189.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012189>

Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33(4), 224–232. <https://doi.org/10.1037/h0087144>

- Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2011). Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 563-591. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.007>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Miguel-Tobal, J. J., Casado-Morales, M. I., Cano-Vindel, A., & Martínez-Sánchez, F. (2001). El Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas (ISAP): Un instrumento para evaluar las estrategias cognitivas de solución de problemas. *Ansiedad y Estrés*, 7(1), 17-34.
- Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80002-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80002-4)
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of The Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 124(6), 460-469. <https://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>
- Plutchik, R., & Van Praag, H. M. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13(1-2), 23-24. [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3)

Sánchez Cabada, M. E., Elizalde Monjardín, M., & Salcido Cibrián, L. J. (2022).

Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas. *Psicología y Salud*, 32(1), 49-56. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2710>

Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmermann, D., Haarig, F., Jaeger, S., & Kunze, S. (2012). The psychological effects of meditation: A meta-analysis.

Psychological Bulletin, 138(6), 1139-1171. <https://doi.org/10.1037/a0028168>

Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 49-54.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.1.49>

Teasdale, J. D., & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology*, 26(2), 113-126. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1987.tb00737.x>

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

Villalobos-Galvis, F. H., Ceballos-Mora, A. K., Luna-Tascón, E. G., Araujo-Rosero, L., Muñoz-Muñoz, D. F., & Solarte-Tobar, M. C. (2023). Prevención de la conducta suicida en contextos escolares: Una revisión de los tipos de intervención. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(143), 1-17.

<https://doi.org/10.4321/s0211-57352023000100010>

Anexos

Anexo I

Ficha 1

Ficha Individual de Información

Por favor, complete la siguiente información con la mayor precisión posible:

Edad: _____

Sexo:

- Masculino
- Femenino
- Otro

Antecedentes de Conducta Suicida Individuales:

- Sí
- No

Si respondió "Sí", por favor proporcione detalles adicionales (fechas, circunstancias, etc.):

Antecedentes Familiares de Conducta Suicida:

- Sí
- No

Si respondió "Sí", por favor indique quién en su familia ha tenido conductas suicidas y proporcione detalles adicionales (relación, fechas, circunstancias, etc.):

Escala de Desesperanza de Beck

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE BECK

Se trata de una escala **autoadministrada**

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>		
2. <i>Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo</i>		
3. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>		
4. <i>No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años</i>		
5. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>		
6. <i>En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar</i>		
7. <i>Mi futuro me parece oscuro</i>		
8. <i>Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio</i>		
9. <i>No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro</i>		
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro</i>		
11. <i>Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable</i>		
12. <i>No espero conseguir lo que realmente deseo</i>		
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>		
14. <i>Las cosas no marchan como yo quisiera</i>		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>		
16. <i>Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa</i>		
17. <i>Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro</i>		
18. <i>El futuro me parece vago e incierto</i>		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>		
20. <i>No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré</i>		
PUNTUACIÓN TOTAL		

ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS)

ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS)

INSTRUCCIONES: Por favor, indique con una "X" con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones:

1	2	3	4	5	
Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre	
1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme así.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5

14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme así.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme así.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5



Ministerio de Salud Pública

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Nombre completo:

N° HCL

Fecha de aplicación:

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
Puntuación total		

PUNTUACIÓN

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC)

Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o caso durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala:

0= "En absoluto", 1="Rara vez", 2="A veces", 3="A menudo", 4="Casi siempre".

1. Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios. ____
2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado/a. ____
3. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte /Dios puede ayudarme. ____
4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa. ____
5. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme a nuevos desafíos y dificultades. ____
6. Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico. ____
7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte. ____
8. Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades. ____
9. Buenas o malas, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón. ____
10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado. ____
11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos. ____
12. No me doy por vencido/a, aunque las cosas parezcan no tener solución. ____
13. Durante los momentos de estrés/ crisis, sé dónde puedo buscar ayuda. ____
14. Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente. ____
15. Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo, a dejar que otros decidan por mí. ____
16. No me desanimo fácilmente ante el fracaso. ____
17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales. ____
18. Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que podrían afectar a otras personas. ____
19. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos: Ej. tristeza, temor y enfado. ____
20. Al enfrentarse a los problemas a veces hay que actuar intuitivamente (sin saber por qué). ____

21. Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida. ____
22. Me siento en control de mi vida. ____
23. Me gustan los desafíos. ____
24. Trabajo para alcanzar mis objetivos, sin importar las dificultades en el camino. ____
25. Estoy orgulloso/a de mis logros. ____

Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas (ISAP)

I.S.A.P.

APELLIDOS Y NOMBRE.....EDAD.....SEXO.....FECHA.....

CENTRO.....CURSO/PUESTO.....OTROS
DATOS.....

En este cuestionario no existen contestaciones "buenas" ni "malas". Se trata de saber cómo reaccionan las personas ante los diversos problemas y situaciones que les ocurren en la vida diaria. Por favor, responda al cuestionario lo más sinceramente posible para saber exactamente cómo actúa Vd. frente a sus problemas. No conteste pensando en cómo debería actuar para resolver sus problemas, sino en cómo actúa Vd. realmente a la hora de resolverlos.

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de preguntas. Lea cada una de ellas atentamente e indique a continuación la frecuencia con la que Vd. se comporta de esa forma, utilizando la siguiente escala:

0: Casi Nunca 1: Pocas Veces 2: Unas Veces SI, Otras veces NO
3: Muchas Veces 4: Casi Siempre

Rodee con un círculo, de los números que encontrará a la derecha de cada pregunta, el que mejor se ajuste a la frecuencia con la que Vd. actúa de esa forma ante los problemas de la vida diaria.

1. A la hora de tomar decisiones soy una persona insegura. 0 1 2 3 4
2. Confío en mi habilidad para resolver problemas nuevos y difíciles. 0 1 2 3 4
3. Para resolver un problema tomo la primera idea que me viene a la mente. 0 1 2 3 4
4. Cuando me enfrento a un problema, me siento inseguro/a de que pueda manejar la situación. 0 1 2 3 4
5. Cuando sospecho de la posible existencia de un problema, trato de averiguar a fondo de qué se trata. 0 1 2 3 4
6. Después de haber cometido algún error, doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a conclusiones claras. 0 1 2 3 4
7. Cuando mis primeros esfuerzos para resolver un problema fracasan, empiezo a intranquilizarme por mi falta de habilidad para manejar la situación. 0 1 2 3 4
8. Cuando me enfrento con un problema tiendo a hacer lo primero que se me ocurre para resolverlo. 0 1 2 3 4
9. Cuando la solución de un problema no es satisfactoria me paro a pensar el por qué. 0 1 2 3 4
10. Cuando alguien me molesta o cuando discuto, tengo pensamientos negativos sobre mí (tales como sentirme inferior, torpe, etc.). 0 1 2 3 4
11. No me paro ni tomo tiempo para manejar mis problemas sino que actuó sin tener las ideas claras. 0 1 2 3 4
12. Antes de decidirme por una idea o solución posible a un problema, me paro a considerar las posibilidades de éxito de cada alternativa. 0 1 2 3 4
13. Cuando me encuentro con un problema, examino qué tipo de factores externos están influyendo en él. 0 1 2 3 4
14. Después de que he resuelto un problema, analizo lo que salió bien o mal. 0 1 2 3 4
15. Cuando hago planes para resolver un problema, estoy seguro de que puedo conseguir que funcionen. 0 1 2 3 4
16. Al elegir una forma de actuar, intento predecir cuál será el resultado general. 0 1 2 3 4
17. Cuando me enfrento con un problema complicado busco la forma de recoger información para conocerlo más a fondo. 0 1 2 3 4
18. Después de que he intentado resolver un problema de una determinada manera, me paro a comparar el resultado real con lo que yo pensaba que debería haber ocurrido. 0 1 2 3 4
19. Con el tiempo y esfuerzo suficientes creo que puedo resolver los problemas con los que me enfrento. 0 1 2 3 4
20. Cuando me enfrento con un problema me paro y pienso sobre ello antes de decidir el próximo paso. 0 1 2 3 4
21. Puedo pensar en alternativas creativas y eficaces para resolver un problema. 0 1 2 3 4
22. Después de tomar una decisión, el resultado que esperaba concuerda con el resultado real. 0 1 2 3 4
23. Tomo decisiones y después estoy satisfecho/a con ellas 0 1 2 3 4
24. Antes de un examen o si voy a ser entrevistado/a para un trabajo, me preocupo fácilmente 0 1 2 3 4
25. Ante la aparición de un problema tiendo más a escaparme que a enfrentarme a él

Anexo II

Ficha 1: Taller educativo sobre signos de alerta del suicidio y estrategias de prevención	
Número de Sesión	Primera Sesión
Actividades	Educación sobre signos de alerta del suicidio y estrategias de prevención.
Duración	90 minutos
Objetivo	Educar sobre los signos de alerta del suicidio y enseñar estrategias de prevención.
Material	Pizarra, tiza, proyector, ordenador y PowerPoint.
Desarrollo	<p>Para comenzar la sesión, el psicólogo se presentará y explicará los objetivos del taller, ofreciendo una breve introducción a la temática del suicidio. Luego, se realizará una presentación teórica donde se explicarán los signos de alerta del suicidio, abarcando factores de riesgo como antecedentes familiares, trastornos mentales, abuso de sustancias y experiencias traumáticas, así como factores de protección como el apoyo social y habilidades de afrontamiento. A continuación, se describirán detalladamente las estrategias de prevención, incluyendo la identificación temprana, la intervención en crisis y el apoyo continuo. Posteriormente, los participantes se dividirán en grupos pequeños para una dinámica de grupo de 30 minutos, en la que discutirán sus experiencias personales y conocimientos previos sobre la prevención del suicidio, presentando luego sus conclusiones al grupo general. Después, se llevará a cabo una práctica de hábitos saludables, introduciendo técnicas como la gestión del estrés, la mejora del sueño y la actividad física regular. La sesión concluirá con un resumen de los puntos clave y una breve sesión de preguntas y respuestas.</p>

Ficha 2: Sesión de regulación emocional	
Número de Sesión	Segunda Sesión
Actividades	Teoría y práctica en habilidades cognitivo-conductuales sobre las emociones y la regulación emocional. Mindfulness
Duración	100 minutos
Objetivo	Que los participantes aprendan a reconocer e interpretar sus emociones, así como a regularlas.
Material	Pizarra, tiza, proyector, ordenador y PowerPoint.
Desarrollo	<p>El psicólogo empezará la sesión presentándose y explicando brevemente los objetivos de la actividad, enfatizando la importancia de la regulación emocional para la salud mental y la prevención de la ideación suicida.</p> <p>La primera actividad será una tormenta de ideas sobre emociones, en la que se pedirá a los participantes que mencionen las emociones que conocen, y serán apuntadas en la pizarra. Esto se hace para facilitar la discusión posterior y establecer una base común de comprensión. Tras esto, el psicólogo explicará lo que es una emoción y destacará las seis emociones universales (miedo, tristeza, sorpresa, enfado, alegría y asco) y sus funciones adaptativas.</p> <p>A continuación, se entregarán unas fichas a los participantes donde tendrán que identificar diferentes emociones, describir situaciones en las que las han sentido y la función de cada emoción y algunos voluntarios las compartirán con el grupo, con el fin de ayudarles a reconocer y reflexionar sobre sus propias experiencias emocionales.</p> <p>Entonces pasaremos a explicar cómo las emociones pueden afectar a la salud mental y se verán ejemplos de cómo la regulación emocional puede prevenir conductas perjudiciales y la ideación suicida. Por ejemplo: la incapacidad para gestionar la tristeza puede llevar a la depresión, o la falta de control sobre el enfado puede resultar en conflictos interpersonales.</p> <p>Después pasaremos a unas actividades más prácticas, la primera será un entrenamiento en reestructuración cognitiva, que consistirá en identificar y cambiar pensamientos negativos o destructivos por pensamientos más realistas. Se trabajará en pequeños grupos de 4 personas y tendrán que identificar pensamientos negativos, formular interpretaciones más positivas</p>

	<p>y realistas y discutir entre ellos cómo aplicar esta técnica a la vida diaria.</p> <p>La siguiente actividad consistirá en una práctica de mindfulness, que comenzará con una explicación del psicólogo sobre que es el mindfulness y cómo puede ayudar a reducir la rumiación y la ansiedad. En la actividad se guiará a los participantes en una breve práctica de mindfulness centrada en la respiración, tras la cual tendrán que pensar y describir las emociones que han sentido.</p> <p>Para finalizar habrá una breve discusión grupal para que los participantes compartan experiencias y preguntas, y también para explicar cómo llevar las diferentes actividades a la vida diaria.</p>
--	---

Ficha 3: Sesión del manejo del dolor psicológico y la desesperanza	
Número de Sesión	Tercera sesión
Actividades	Ejercicio de reestructuración cognitiva, mindfulness para manejar el dolor psicológico y ejercicio de manejo de desesperanza y resiliencia.
Duración	90 minutos
Objetivo	Identificar y desafiar pensamientos negativos y desesperanzados, aprender técnicas de mindfulness para manejar el dolor psicológico y fomentar la resiliencia y la esperanza a través de ejercicios prácticos.
Material	Pizarra, tiza, ordenador, folios, bolígrafos, PowerPoint
Desarrollo	<p>Primero se explicará que la sesión consiste en proporcionar herramientas prácticas para el manejo de la desesperanza y el dolor psicológico y se explicarán las cuatro actividades que se realizarán en la sesión.</p> <p>La primera actividad es un ejercicio de reestructuración cognitiva en la que los participantes completan una breve actividad individual donde identifican sus pensamientos negativos y desesperanzados recientes.</p> <p>Después, en pequeños grupos de 4 personas, los participantes discuten sus pensamientos y utilizan una guía para desafiar y reestructurar estos pensamientos. Esta guía incluye preguntas como "¿Cuál es la evidencia de este pensamiento?", "¿Es este pensamiento útil?", "¿Qué podría ser una alternativa más equilibrada?". Por último, algunos participantes voluntarios comparten sus pensamientos y cómo los han reestructurado, promoviendo un ambiente de apoyo y aprendizaje.</p> <p>La segunda actividad consiste en utilizar el mindfulness para el manejo del dolor psicológico. Empezando con una explicación breve sobre qué es el mindfulness y cómo puede ayudar a manejar el dolor psicológico. En la actividad, el psicólogo guía a los participantes a través de una meditación mindfulness enfocada en la respiración y en la observación de los pensamientos sin juzgarlos. Los participantes se sientan cómodamente, cierran los ojos y siguen la guía del facilitador que les pide que se enfoquen en su respiración, notando cada inhalación y exhalación. Luego, se les pide que observen cualquier pensamiento doloroso que aparezca sin intentar cambiarlo, solo observándolo y luego regresando la atención a la respiración. Para finalizar la actividad, se hará una breve discusión grupal</p>

	<p>sobre la experiencia de la meditación y cómo se sintieron antes y después del ejercicio.</p> <p>La tercera actividad va enfocada al manejo de la desesperanza utilizando la resiliencia. Los participantes completan una actividad individual donde identifican personas, actividades o creencias que les proporcionan esperanza y resiliencia. A continuación, en parejas, los participantes crean un plan de resiliencia personal que incluye acciones específicas que pueden tomar cuando se sientan desesperanzados, cómo incluir actividades que disfrutan, personas con quienes pueden hablar, técnicas de autocuidado, etc. Finalmente, algún voluntario puede compartir sus resultados.</p> <p>La ultima actividad constituye el cierre de la sesión, donde el psicólogo resume los principales aprendizajes de la sesión y refuerza la importancia de las técnicas practicadas. Los participantes tienen la oportunidad de hacer preguntas y compartir sus experiencias sobre la actividad. Y el psicólogo ofrece palabras de motivación y esperanza, recordando a los participantes que están fortaleciendo sus habilidades para manejar el dolor psicológico y la desesperanza.</p>
--	---

Ficha 4: Estrategias de solución de problemas y promoción de la resiliencia	
Número de Sesión	Cuarta sesión
Actividades	Ejercicios prácticos, role-playing y simulaciones.
Duración	70 minutos
Objetivo	Enseñar técnicas para manejar pensamientos suicidas, promoviendo la resiliencia y la solución activa de problemas.
Material	Pizarra, tiza, proyector, ordenador y PowerPoint.
Desarrollo	<p>Empezaremos la sesión con una explicación de los objetivos de la sesión, y una breve introducción a la resiliencia y a la solución de problemas y su importancia para la salud mental y la prevención de la ideación suicida.</p> <p>Después el psicólogo profundizará más en la teoría sobre la resiliencia y su impacto en la salud mental, proporcionando ejemplos de situaciones en las que la resiliencia juega un papel importante a la hora de superar desafíos y dificultades de la vida cotidiana.</p> <p>A continuación, se hará un ejercicio de role-playing por parejas en el que se aplicarán las técnicas de resiliencia vistas anteriormente para resolver situaciones ficticias pero posibles.</p> <p>Después de esto se pasará a la parte de solución de problemas, dónde el psicólogo explicará el proceso y las etapas de la solución de problemas y pondrá algunos ejemplos de problemas comunes y guiará a los participantes a través de las etapas del proceso de solución de problemas. Tras esto, se hará un ejercicio de simulación activa de problemas en grupos de 4 personas, en el que cada grupo recibirá un problema complejo que deberán identificar, analizar y resolver juntos. Una vez acaben, cada grupo presentará sus soluciones y se discutirá la efectividad de las estrategias utilizadas.</p> <p>Para finalizar, se dedicarán unos minutos para una discusión grupal sobre lo visto en la sesión y para que puedan hacer preguntas al psicólogo.</p>