



MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CURSO ACADÉMICO: 2020/2021

**SUICIDIO EN ADOLESCENTES: UNA
PROPUESTA DE PREVENCIÓN.**

APELLIDOS Y NOMBRE ESTUDIANTE:

Laura Amanda Rastrollo Sasal

APELLIDOS Y NOMBRE DIRECTOR/A:

Mayelin Rey Bruguera

Índice

Resumen.....	2
Introducción	3
Prevalencia del suicidio	3
Aproximación conceptual.....	5
Factores de riesgo y de protección	7
Programas de prevención	10
Justificación	13
Programa de prevención de la conducta suicida en adolescentes <i>Valorar-T</i>	14
Objetivos.....	15
Población diana	15
Procedimiento.....	16
Aspectos éticos y legales	18
Estructura de las sesiones	18
Recursos personales y materiales	23
Instrumentos de evaluación	24
Análisis de datos.....	26
Resultados esperados	26
Discusión	27
Limitaciones	30
Líneas de investigación futuras	31
Referencias.....	32
Apéndices.....	41
Apéndice A. Gráfico del número de suicidios de adolescentes (2013-2018).....	41
Apéndice B. Modelos explicativos de la conducta suicida	42
Apéndice C. Documento informativo para centros escolares	43
Apéndice D. Documento informativo y autorización para menores, progenitores y/o tutores legales	44
Apéndice E. Primera sesión. “Mi gran virtud”: juego participativo.....	47
Apéndice F. Primera sesión. “Valorar-T”: presentación de <i>Power Point</i>	48
Apéndice H. Segunda sesión. “¿Qué siento cuando siento?”: identificación emocional	64
Apéndice I. Segunda sesión. “Imagina que...”: debate.....	66

Apéndice J. Tercera sesión. “Hay una carta para ti”: juego participativo	67
Apéndice K. Tercera sesión. “Si pudieras cambiar algo de tu cuerpo, ¿Qué cambiarías?”: psicoeducación en torno a la autoestima	68
Apéndice L. Cuarta sesión. “Actuar, pensar y sentir”: presentación de <i>Power Point</i>	69
Apéndice M. Cuarta sesión. “3, 2, 1”: relajación progresiva	83
Apéndice N. Quinta sesión. “Objetivo conseguido”: juego cooperativo	86
Apéndice O. Quinta sesión “Recapitulando”: debate.....	87
Apéndice P. Sexta sesión. “¿Qué encontramos en las redes sociales?”: debate.....	88
Apéndice Q. Sexta sesión. “Siempre puedes elegir”: psicoeducación sobre redes sociales	89
Apéndice R. Séptima sesión. “Suicidio, ese gran tabú”: presentación de <i>Power Point</i> .	90
Apéndice S. Evaluación de depresión y ansiedad	111
Apéndice T. Evaluación de la autoestima	112
Apéndice U. Evaluación de la satisfacción vital	113
Apéndice V. Evaluación de las expectativas de futuro	114
Apéndice W. Encuesta de satisfacción subjetiva de los participantes.....	115

Índice de tablas

Tabla 1. Objetivos generales y específicos del programa.....	15
Tabla 2. Programación de las sesiones	20

Índice de figuras

Figura D1. Documento informativo para progenitores y/o tutores legales.....	44
Figura D2. Autorización para progenitores y/o tutores legales	45
Figura D3. Documento informativo y autorización para menores de edad	46
Figura F1. Presentación Valorar-T. Diapositiva 1	48
Figura F2. Presentación Valorar-T. Diapositiva 2	49
Figura F3. Presentación Valorar-T. Diapositiva 3	50
Figura F4. Presentación Valorar-T. Diapositiva 4	51
Figura F5. Presentación Valorar-T. Diapositiva 5	51
Figura F6. Presentación Valorar-T. Diapositiva 6	52
Figura F7. Presentación Valorar-T. Diapositiva 7	52
Figura F8. Presentación Valorar-T. Diapositiva 8	53
Figura F9. Presentación Valorar-T. Diapositiva 9	53

Figura F10. Presentación Valorar-T. Diapositiva 10.....	54
Figura F11. Presentación Valorar-T. Diapositiva 11	54
Figura F12. Presentación Valorar-T. Diapositiva 12.....	55
Figura F13. Presentación Valorar-T. Diapositiva 13.....	56
Figura F14. Presentación Valorar-T. Diapositiva 14.....	57
Figura F15. Presentación Valorar-T. Diapositiva 15.....	57
Figura F16. Presentación Valorar-T. Diapositiva 16.....	58
Figura F17. Presentación Valorar-T. Diapositiva 17.....	59
Figura F18. Presentación Valorar-T. Diapositiva 18.....	60
Figura F19. Presentación Valorar-T. Diapositiva 19.....	61
Figura F20. Presentación Valorar-T. Diapositiva 20.....	62
Figura H1. Silueta del cuerpo humano	64
Figura L1. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 1	69
Figura L2. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 2	69
Figura L3. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 3	70
Figura L4. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 4	70
Figura L5. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 5	71
Figura L6. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 6	71
Figura L7. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 7	72
Figura L8. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 8	73
Figura L9. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 9	74
Figura L10. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 10	74
Figura L11. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 11	75
Figura L12. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 12	76
Figura L13. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 13	77
Figura L14. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 14	78
Figura L15. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 15	79
Figura L16. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 16	80
Figura L17. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 17	81
Figura L18. Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 18	82
Figura Q1. En este partido nos la jugamos	89
Figura R1. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 1.....	90
Figura R2. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 2.....	90
Figura R3. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 3.....	91

Figura R4. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 4.....	92
Figura R5. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 5.....	93
Figura R6. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 6.....	93
Figura R7. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 7.....	94
Figura R8. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 8.....	94
Figura R9. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 9.....	95
Figura R10. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 10.....	95
Figura R11. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 11.....	96
Figura R12. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 12.....	96
Figura R13. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 13.....	97
Figura R14. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 14.....	97
Figura R15. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 15.....	98
Figura R16. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 16.....	98
Figura R17. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 17.....	99
Figura R18. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 18.....	99
Figura R19. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 19.....	100
Figura R20. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 20.....	100
Figura R21. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 21.....	101
Figura R22. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 22.....	101
Figura R23. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 23.....	102
Figura R24. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 24.....	103
Figura R25. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 25.....	104
Figura R26. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 26.....	105
Figura R27. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 27.....	106
Figura R28. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 28.....	106
Figura R29. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 29.....	107
Figura R30. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 30.....	108
Figura R31. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 31.....	109
Figura R32. Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 32.....	110

Resumen

El suicidio es una de las primeras causas de muerte en el mundo. En España, el número de suicidios ha aumentado en los últimos años, siendo los jóvenes de 15 a 29 años los más afectados. Nuestro país carece de un plan de prevención nacional, las intervenciones no resultan suficientes para abordar la conducta suicida en su totalidad y la adaptación de las mismas no se ha realizado a población adolescente. Se presenta el *Programa de prevención de la conducta suicida en adolescentes: Valorar-T*, con el objetivo de prevenir el suicidio en menores de 13 a 16 años en centros educativos de la Comunidad de Madrid. Se realizará una evaluación pre-post a través de medidas de autoinforme de la autoestima, la satisfacción vital, las expectativas de futuro y la sintomatología depresiva y ansiosa. Se espera encontrar diferencias significativas entre las puntuaciones tras el trabajo sobre los factores de riesgo y protección del suicidio. Las redes sociales son de gran importancia para estos jóvenes, por lo que se ha propuesto sensibilizar a otros adolescentes no participantes mediante psicoeducación y actividades que promuevan la salud mental positiva en redes. Finalmente, se discuten las limitaciones y se proponen líneas de investigación futuras.

Palabras clave: suicidio, programa de prevención, adolescentes, redes sociales y entorno educativo.

Abstract

Suicide is one of the first causes of death in the world. In Spain, the number of suicides has increased in recent years and young people, between 15 and 29 years, are the most affected. Our country lacks a national prevention plan, the interventions are not enough to approach suicidal behavior and their adaptation has not been carried out for the adolescent population. It was decided to create the *Program for the prevention of suicidal behavior in teenagers: Valorar-T*, with the aim of preventing suicide in minors aged between 13 and 16 years in educational centers in the Community of Madrid. A pre-post evaluation will be made through self-report measures of self-esteem, life satisfaction, future expectations and depressive and anxious symptomatology. It is expected to find significant differences between scores after the intervention on risk and protective factors for suicide. Social networks are very important for these young people, so it has been proposed to sensitize other adolescents through psychoeducation and activities that promote positive mental health in networks. Finally, limitations are discussed and future lines of investigation are proposed.

Key words: suicide, prevention program, adolescents, social media y educative environment.

Introducción

Prevalencia del suicidio

“Cada 40 segundos se suicida una persona” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019a). El suicidio es una de las primeras causas de muerte en el mundo, siendo este dato impactante, puesto que es un acto que atenta contra el instinto básico de todo ser vivo y, por ende, el de los seres humanos: la supervivencia (Franklin et al., 2019).

Según recoge la Fundación Salud Mental España (FSME, 2018), el suicidio es la principal causa externa de muerte en nuestro país, siendo la media de suicidios de 7.25 por cada 100000 habitantes, es decir, cada 2 horas y media tiene lugar un suicidio en España, tasa que duplica el número de fallecimientos por accidentes de tráfico. Siguiendo estos datos, en 2018 Andalucía fue la comunidad autónoma que contó con un mayor número de suicidios (18.5% del total), siendo el número de hombres (N=505), casi cuatro veces mayor al de mujeres (N=148); le siguen Cataluña, la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid, contando esta última con 232 suicidios de hombres y 110 suicidios de mujeres.

Pese a que España no presenta tasas muy elevadas en comparación con otros países de Europa, cabe destacar la existencia de una cifra negra debido a que muchas conductas suicidas se mantienen ocultas tras autolesiones o intentos fallidos de suicidio, por medio de accidentes de tráfico o el consumo de drogas y/o medicamentos (Navarro-Gómez, 2017).

El suicidio afecta a personas de cualquier edad, encontrando un alto número de jóvenes que consuman este acto. Es la tercera causa de muerte en el mundo en adolescentes entre los 10 y 19 años, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (*World Health Organization* [WHO], 2017).

En España, durante el año 2018 hubo 7 muertes causadas por suicidio en niños menores de 15 años y 268 suicidios en adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años, siendo más prevalente en hombres que en mujeres en ambos grupos de edad (FSME, 2018). Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020), las cifras de suicidio en población adolescente han aumentado en los últimos años como se observa en el gráfico del Apéndice A.

A pesar de que en el año 2020 no se disponen aún de datos publicados, estudios realizados por la Universidad Complutense y Grupo 5, así como los datos arrojados por la Fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR), exponen un incremento de tentativas de suicidio por parte de la población adolescente durante la pandemia debida al COVID-19 (Pecharromán, 2020).

La adolescencia es un proceso donde los menores experimentan multitud de cambios a nivel físico, hormonal y emocional, entre otros (Duan et al., 2020). Es un periodo en el que el individuo presenta sentimientos muy intensos, donde se produce un aumento de los conflictos y problemas de carácter emocional, así como un incremento de los problemas de salud mental respecto a la infancia, siendo uno de los más comunes la depresión o los síntomas depresivos, los cuales se relacionan en gran medida con el riesgo de suicidio (Xavier et al., 2019).

En los últimos años han aparecido, a través de las redes sociales, nuevos retos y juegos que proponen actividades en las que los adolescentes se autolesionan e incluso acaban con su vida. En 2013, en Rusia, se reportaron los primeros casos de suicidio tras “jugar” al reto de “La Ballena Azul” o “*Blue Whale*”, un juego que se ha extendido mundialmente, en el que los menores tienen que completar un total de 50 tareas que incluyen autolesiones, aislamiento social y, finalmente, el suicidio (Mukhra et al., 2019).

De este mismo modo, la serie de Netflix *Por 13 Razones* (Incaprera, 2017), ha sido asociada a un incremento de ideación y conducta suicida entre los adolescentes en medios de comunicación y numerosas publicaciones (Ayers et al., 2017; Navarro, 2019). Sin embargo, estudios recientes demuestran que la exposición a temas que no son aceptados socialmente, como el suicidio, incrementan la información sobre el mismo, así como sobre las posibles alternativas (Chesin et al., 2020), además de generar que los adolescentes hablen de ello con sus figuras de referencia, adultos que pueden actuar como elementos protectores en la ideación suicida de estos menores (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [MSPS], 2020). Pese a este hecho, aquellas personas que presentan sintomatología depresiva anterior a la visualización de la serie y que no tienen figuras de apoyo en su entorno, pueden identificarse con la protagonista de *Por 13 Razones* (Incaprera, 2017), la cual termina con su vida de forma voluntaria, y encontrar así un medio de llevar a cabo un plan suicida, cuya ideación habría comenzado previamente (Hong et al., 2018).

Otros retos como “Momo” han sido denunciados por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FCSE) y medios de comunicación con la finalidad de que los adolescentes no acudan a este tipo de páginas web en las que se proponen autolesiones y el suicidio (20 Minutos, 2019). En este reto, al igual que “*Blue Whale*”, una persona contacta con el adolescente haciendo uso de redes sociales como Facebook, Instagram o WhatsApp y le propone una serie de actividades diarias en las que el menor, finalmente, acaba con su vida (British Broadcasting Corporation [BBC], 2018).

Aproximación conceptual

El suicidio es el “acto de quitarse voluntariamente la vida” (Real Academia Española [RAE], 2019) producido por una conducta autolesiva con una intencionalidad de muerte (Oto, 2014). Durkheim (1897, como se citó en Neira, 2018,), por su parte, define el suicidio como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, siendo que ésta sabía que debía producir ese resultado” (p.141). En 1986, la OMS (como se citó en García-Haro et al., 2019) define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal a través de la cual pretende obtener los cambios deseados” (p. 92). Esta definición resulta relevante dado que, en la mayoría de los casos, el sujeto que quiere suicidarse no desea la muerte, sino dejar de sufrir mediante el cambio de algunos aspectos de su vida (OMS, 2006).

En suma, el suicidio es un fenómeno multicausal de difícil abordaje debido a su complejidad, tratándose de un acto de autodestrucción (Navarro-Gómez, 2017). El suicidio puede producirse en múltiples circunstancias, derivado de diferentes crisis vitales o situaciones donde el sujeto no sienta tener el control. Por ello, según exponen Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz (2020), las explicaciones unicasales sobre el suicidio resultarían incompletas para la comprensión del fenómeno. Así pues, la complejidad de esta conducta reside en esta misma razón, dos personas que presentan una conducta suicida similar pueden haber pasado por un proceso completamente distinto (Navarro-Gómez, 2017).

Asimismo, la conducta suicida es un término amplio que se relaciona de forma estrecha y directa con otros elementos, como la ideación o las autolesiones, sin embargo, en muchos casos, dichos conceptos no han sido incluidos en la definición, resultando ésta incompleta y poco operativa (MSPS, 2020).

Rocamora (2012) propone que la conducta suicida se compone de dos criterios diferentes: por una parte, el criterio autoinfligido, por el cual la persona desea atentar contra sí misma, recibir un daño y, por otra parte, el criterio de propósito o de muerte, debido al cual el sujeto se encuentra en un estado de desesperanza en el que la falta de control refleja un deseo de morir. Según este autor, la ausencia o presencia de estos dos criterios dan lugar a seis nuevos conceptos que determinan el proceso del suicidio:

- Ideas suicidas: cuando hay presencia del criterio de muerte, pero no existe el criterio autoinfligido. En esta fase, no existe daño físico contra uno mismo, pero la muerte es la única solución que encuentra las personas a los problemas que se presentan en su vida.

Esta idea de muerte es una fantasía que presenta el sujeto, pero aún no se ha hecho una planificación de la conducta suicida, por lo que se encuentra lejos de consumarla.

- Parasuicidio o gestos suicidas: presencia del criterio autoinfligido y ausencia de criterio de muerte. Al contrario que las ideas suicidas, mediante los gestos suicidas la persona quiere atentar contra sí misma causando un daño físico con la ayuda de conductas autolesivas como cortes, envenenamiento o consumo de tóxicos y quemaduras, entre otros. En este momento, no se busca la muerte con la realización de dichas autolesiones, sino que busca otras cosas a cambio, como calmar su malestar emocional de forma rápida.
- Crisis suicida: cuando el criterio de muerte cobra mucha importancia y la persona comienza a valorar el criterio autoinfligido. En este momento, se considera consistentemente el suicidio como solución a una situación problemática. Las ideas suicidas empiezan a ser elaboradas y se lleva a cabo la planificación del suicidio respondiendo a cómo, cuándo y dónde. Cuanto más elaboradas estén las respuestas a esas tres preguntas, mayor riesgo de suicidio presenta el sujeto.
- Tentativa de suicidio: hay presencia de ambos criterios, sin embargo, el sujeto no da los pasos adecuados para conseguir la muerte o los medios fallan por múltiples razones, es decir, el criterio autoinfligido no es el apropiado para causar la muerte.
- Suicidio frustrado: puede definirse como la tentativa de suicidio que se produce por los medios adecuados, pero que no llega a ser completada por la persona o que no llega a consumarse por un imprevisto.
- Suicidio consumado: por el cual la persona consigue finalmente acabar con su vida.

La *Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (MSPS, 2020) propone el uso de las siguientes terminologías, las cuales pueden darse con o sin intencionalidad suicida, así como con un grado indeterminado de intencionalidad: la ideación, la comunicación y la conducta suicida. Este último concepto engloba varias acciones, como las autolesiones, la conducta suicida no determinada, el intento de suicidio y, finalmente, el suicidio consumado.

La conducta suicida no ha sido estudiada de forma apropiada en muchos casos debido a que resulta un tema tabú dentro de la sociedad (OMS, 2019b). Según Sánchez (2019), la herencia de una sociedad católica que ocultaba y castigaba el suicidio favorece que muchos individuos sufran un cierto rechazo a comentar y abordar esta problemática; los medios de comunicación no visibilizan campañas de prevención, en parte, por temor al “Efecto Werther”

o al posible “efecto contagio”, y la complejidad de comprender el suicidio para familiares de víctimas o de afrontar este tema por parte de víctimas de suicidios intentados genera, en muchos casos, un silencio social.

Debido a la complejidad de este fenómeno, diferentes autores han tratado de explicar la conducta suicida a través de distintos modelos teóricos en función de criterios psicológicos, sociológicos, biológicos y multidimensionales, entre otros (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020; García-Haro et al., 2018; O’Connor y Nock, 2014; Rocamora, 2012), los cuales han sido reflejados en el Apéndice B.

A continuación, se presenta el modelo psicológico que ha cobrado mayor fuerza en el estudio del suicidio, en este caso, el cognitivo conductual. Desde este modelo se explica que la conducta suicida viene determinada por la presencia de esquemas cognitivos disfuncionales que mantienen la creencia irracional de que la muerte es la única salida posible a la situación conflictiva, proceso que se sustenta por la rigidez cognitiva que presenta la persona (Rocamora, 2012; Toro, 2013). Según esta teoría, quien consuma la conducta suicida ha podido presentar, previamente, indefensión aprendida, es decir, aprende que no tiene el control de la situación porque no dispone de las herramientas para cambiarla, por lo que se resigna a vivir en una situación desagradable que le produce un gran malestar (Toro-Tobar et al., 2012). Otras aportaciones dentro del modelo cognitivo conductual, como la teoría de la desesperanza, vinculan la conducta suicida de forma estrecha con la depresión, nombrando ésta como una antesala del suicidio (Rocamora, 2012). Rush y Beck (1978) exponen que la depresión viene definida por la tríada cognitiva, es decir, una visión negativa hacia sí mismo como defectuoso e inadecuado; el mundo como altamente demandante, y un futuro desesperanzador y frustrante, favoreciendo estos elementos la creencia de que la muerte es la única solución eficaz para combatirlos.

Factores de riesgo y de protección

Para poder comprender la conducta suicida, es importante mencionar los factores de riesgo que pueden incrementar la posibilidad de que un adolescente cometa suicidio, así como los factores que le protegen de llevar a cabo dicha conducta. Se propone ilustrar aquellos factores que más se recogen en la literatura para la población adolescente, sin embargo, la imposibilidad de estudiar la conducta suicida de una forma sistemática impide que ésta se pueda conocer en su totalidad (Franklin et al., 2019).

Diversas investigaciones (Cuesta-Revé, 2017; Echeburúa, 2015; Garza-Sánchez et al., 2019; Gómez et al., 2019a; Navarro-Gómez, 2017; Sánchez, Muela et al., 2014; Sánchez, Pérez

et al., 2016; Toro, 2013) han propuesto la relación entre depresión y riesgo de suicidio incrementándose este último 2.2 veces cuando el sujeto padece dicho trastorno (Toro-Tobar et al., 2012). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), quinta edición (American Psychiatric Association [APA], 2013), la depresión se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, disminución del interés por actividades gratificantes para el sujeto, pérdida de energía o fatiga y sentimientos de culpabilidad e inutilidad, entre otros, por un periodo de, al menos, dos semanas. Sin embargo, este trastorno puede manifestarse de forma diferente durante la adolescencia, por medio de síntomas como agresividad, conductas negativistas, irritabilidad y aislamiento (APA, 2013; Martínez-Martín, 2014). En determinadas ocasiones, para un adulto, la falta de energía o fatiga puede provocar que la conducta suicida no se lleve a cabo, en la adolescencia, por su parte, al no recoger estos síntomas, la depresión se relaciona en mayor medida con la ideación suicida e intentos de suicidio (Mullarkey et al., 2018; Teismann et al., 2017).

Muchos factores de riesgo asociados a la depresión en población adolescente son compartidos también con el riesgo de suicidio (González et al., 2018). Entre ellos se destacan la desesperanza, vinculada con expectativas pesimistas de futuro (Echeburúa, 2015; Garza-Sánchez et al., 2019; Gómez et al., 2019a; Mullarkey et al., 2018; Sánchez, Muela et al., 2014; Toro-Tobar et al., 2012); la soledad o apoyo social escaso (Garza-Sánchez et al., 2019; Mullarkey et al., 2018); y una baja autoestima y pobre autoeficacia para afrontar situaciones problemáticas o de alta carga de estrés emocional (Gómez et al., 2019a; Navarro-Gómez, 2017; Toro-Tobar et al., 2012). La autoestima es definida como aquellos pensamientos, emociones, experiencias y actitudes que determinan la autovaloración de uno mismo (Panesso y Arango, 2017). Cuando dicha autovaloración es de carácter negativo, el sujeto experimenta sentimientos de inutilidad y desesperanza, ambos relacionados tanto con la depresión, como con el riesgo de suicidio (Cuesta-Revé, 2017).

Otros autores (Gómez et al., 2019a; Toro-Tobar et al., 2012), incluyen problemas o situaciones de estrés académico y escolar como factores que incrementan el riesgo de suicidio en adolescentes. Una de las posibles situaciones de estrés escolar es la victimización escolar o el *bullying* (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020; Navarro-Gómez, 2017; Toro-Tobar et al., 2012). El *bullying* es definido como “acciones físicas o psicológicas, con pretensión de hacer daño y repetidas en el tiempo, que se dirigen hacia un alumno indefenso” (Urra, 2017, p. 6). Según el estudio realizado por Duan y colaboradores (2020), tanto víctimas como agresores presentan alto riesgo de padecer trastornos depresivos, así como un mayor riesgo de suicidio, propiciado por los diferentes estilos de afrontamiento ineficaces que presentan hacia los

eventos estresantes. Además, la aparición de las tecnologías de la información y comunicación (TIC's), han generado que el *bullying* se realice también a través de las redes sociales, denominándolo *ciberbullying* (Navarro-Gómez, 2017).

La ausencia de bienestar subjetivo se encuentra estrechamente relacionado con la ideación y la conducta suicida (Fonseca-Pedrero et al., 2018; Gómez-Romero et al., 2017), debido a que las personas que llevan a cabo el suicidio han manifestado su inconformidad con ciertos aspectos de su vida, experimentando un gran malestar. Según Diener y colaboradores (1985), la satisfacción vital, entendida como autoevaluación de la calidad de vida en función a las elecciones realizadas, es uno de los componentes identificados en el bienestar subjetivo, aumentando, la insatisfacción en esta área, el riesgo de suicidio.

El papel de la familia también cobra gran relevancia en la ideación y conductas suicidas (Cuesta-Revé, 2017; MSPS, 2020), siendo el riesgo de suicidio tres veces mayor en el adolescente cuyo desarrollo tiene lugar en una familia desestructurada, respecto de otras estructuradas (Garza-Sánchez et al., 2019). El estilo de crianza que proporcionan los progenitores puede aumentar el riesgo de suicidio en el menor cuando se fundamenta en la imposición o el control psicológico y comportamental (Gómez et al., 2019a).

Asimismo, la adolescencia también ha sido considerada como un factor de riesgo en sí misma (MSPS, 2020), dado que es un periodo evolutivo donde la impulsividad, asociada a problemas de regulación emocional y control inhibitorio, puede generar que la persona no sea consciente completamente de las consecuencias de sus actos (Echeburúa, 2015; Gómez et al., 2019a, 2019b; Navarro-Gómez, 2017).

Los factores de riesgo que han cobrado mayor relevancia en el suicidio en población adolescente han sido la ideación suicida, considerada una antesala de la posterior comisión de la conducta suicida (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020; Gómez et al., 2019a; Teismann et al., 2017) y la presencia de un intento de suicidio previo (Cuesta-Revé, 2017; Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020; Navarro-Gómez, 2017; MSPS, 2020; OMS y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2019). Otros factores de riesgo son el abuso de sustancias, la presencia de otros trastornos de salud mental y antecedentes familiares de suicidio (Cuesta-Revé, 2017; Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020; Franklin et al., 2019; Gómez et al., 2019a; Navarro-Gómez, 2017; Sánchez, Pérez et al., 2016).

Son muchas las investigaciones que han centrado su esfuerzo en ilustrar los factores que aumentan el riesgo de suicidio en el adolescente, mientras que diversos autores coinciden en la importancia de estudiar y potenciar los factores de protección para asegurar la prevención de la ideación y la conducta suicidas (Chesin et al., 2020; Teismann et al., 2017). Algunos de

los factores protectores estudiados son el manejo en la solución de problemas, hábitos de vida saludables y la presencia de creencias religiosas y apoyo social, así como disponer de sistemas y recursos de ayuda (Navarro-Gómez, 2017) y la resiliencia (Garza-Sánchez et al., 2019). En esta misma línea, la satisfacción vital en la adolescencia se relaciona con una alta autoestima, un adecuado ajuste escolar, un buen clima social y familiar, adecuadas estrategias de afrontamiento y altas competencias emocionales, actuando como un elemento de protección en la conducta suicida (López-Cassá et al., 2018).

La familia, en este caso, también puede presentarse como un factor protector cuando se encuentra una alta cohesión y apoyo por parte de sus miembros (MSPS, 2020; OMS, 2006; Toro-Tobar et al., 2012). De esta misma forma, la alta autoestima se relaciona con un bajo riesgo de suicidio, así como mostrar actitudes y valores positivos (Lehmann et al., 2016; MSPS, 2020; Navarro-Gómez, 2017).

Por otro lado, algunos estudios han comprobado la eficacia de trabajar la inteligencia emocional en adolescentes con ideación suicida, siendo ésta un factor de protección de gran relevancia (Garza-Sánchez et al., 2019; Mamani-Benito et al., 2018). La inteligencia emocional es definida como el conjunto de factores emocionales, sociales y personales de los que hace uso el sujeto para adaptarse a las demandas ambientales, proporcionando la capacidad de identificar, comprender y regular los distintos estados emocionales (Mamani-Benito et al., 2018), así como de facilitar las respuestas adaptativas ante situaciones estresantes y aumentar las experiencias relacionadas con estados anímicos positivos (Gómez-Romero et al., 2017). Por esta razón, una alta inteligencia emocional, se relaciona con un bajo riesgo de suicidio.

Programas de prevención

Algunos autores recogen la necesidad de implantar programas de prevención efectivos en población adolescente (Gabilondo, 2020). Estudios, como el de Blanco (2020), muestran cómo determinadas intervenciones en población clínica, reducen en gran medida el riesgo de suicidio, disminuyendo las tasas cuando se realiza una prevención eficaz. Asimismo, esta prevención es de suma importancia debido a que el suicidio ha sido estigmatizado en gran medida, provocando que sea más dificultosa la petición de ayuda por quien que presenta ideación o conductas suicidas, así como la capacidad de otras personas u organizaciones de brindar dicha ayuda (Gabilondo, 2020).

En 1999, la OMS (2000a, 2000b) pone en marcha el programa *Suicide Prevention* (SUPRE), una serie de estrategias e instrumentos publicados que han sido adaptados para los distintos grupos sociales y los profesionales relevantes en la prevención del suicidio y detección

de conductas suicidas, como docentes, profesionales de atención primaria y medios de comunicación, entre otros. En este programa se ilustran los diferentes síntomas y señales de alerta que pueden manifestar las poblaciones con las que intervienen; sin embargo, no se recoge ninguna medida de prevención primaria, así como ninguna guía para que la propia población de riesgo pueda detectar estas señales de alarma ante el riesgo de suicidio y las posibles alternativas que se presentan para su prevención.

Posteriormente, la OMS (2008) incluye el suicidio en el *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental* (mhGAP), con el objetivo de mejorar el compromiso de organizaciones e instituciones para contar con un mayor número de recursos enfocados a la prevención y tratamiento de trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Este programa, como ocurre con SUPRE, se centra en la intervención sobre población en riesgo, sin embargo, no se contempla la prevención primaria en población general de la conducta suicida. Estos dos programas diseñados por la OMS han sido implantados en España.

En el año 2000 se crea la FSME (s.f.), con el objetivo de prevenir el suicidio y los trastornos mentales. Esta fundación, se encarga de recoger los datos sobre a la prevalencia anual del suicidio y de proponer estrategias para la prevención del mismo destinadas, tanto a población de riesgo, como a profesionales sanitarios, recogidas en su web (FSME, s.f.). Asimismo, desde la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (MSPS, 2011), se incluye la necesidad de implementar nuevos programas de prevención para esta problemática. Sin embargo, esta estrategia concluyó en 2013 y no ha sido renovada (Blanco, 2020; MSPS, 2011).

Frente a todas las propuestas realizadas sobre la población diana que presenta ideación o conductas suicidas, en el año 2015, un grupo de familiares y allegados en duelo por suicidio y algunos profesionales de salud mental, se reúnen para formar la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (RedAIPIS-FAeDS, 2015). Esta asociación ofrece atención y orientación puntual a familiares o allegados del entorno de una persona con ideación o conducta suicida, que se encuentren en duelo y profesionales de salud mental. Además, proporcionan cursos y talleres a otros profesionales de ámbitos sociales.

Cabe destacar que, en España, en comparación con otros países de Europa, no existe un plan de prevención de la conducta suicida específico a nivel nacional, sino que los programas que se han puesto en marcha han sido a nivel autonómico y local (Blanco, 2020; Navarro-Gómez, 2017; Sáiz y Bobes, 2014).

La Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020 expone que una de las acciones prioritarias será la prevención del suicidio, por lo que se elaboran cinco líneas de acción clave que conforman el *Plan de Prevención del Suicidio y la Conducta Suicida: Vivir es la Salida* (Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016). Este plan, promueve la salud mental positiva, la detección y prevención de la conducta suicida, además de presentar información acerca de señales de alerta. La adolescencia es recogida como un factor de vulnerabilidad debido al momento evolutivo en el que se encuentra la persona, donde se presentan comportamientos disfuncionales como la impulsividad, la violencia y la desinhibición que pueden aumentar el riesgo de suicidio.

Por su parte, la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi (Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza, 2019) realiza una propuesta de prevención y tratamiento de la conducta suicida en diversos ámbitos, desde el sanitario, con un plan de emergencias que abarca a todo el personal que interviene en las crisis suicidas, hasta el entorno comunitario, el cual incluye el ámbito educativo, el sistema de servicios sociales, el ámbito laboral y el familiar. El objetivo de esta estrategia es reducir la incidencia, prevalencia e impacto de la conducta suicida a través de múltiples medidas como el desarrollo de un protocolo de actuación en crisis para profesionales de intervención primaria o la elaboración de una guía destinada a pacientes de riesgo suicida y personas de su entorno.

En 2010, desde la Comunidad de Madrid se propone el programa de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC; Portal de Transparencia, 2020) dirigido a profesionales, facilitadores sociales y población en riesgo, incluyendo tanto adultos, como adolescentes y niños. Este programa implementa procedimientos clínicos sistemáticos con el objetivo de mejorar la detección y la prevención del suicidio. Gracias al desarrollo de este programa, se da prioridad en los centros de salud mental a las personas que hayan sufrido intentos de suicidio previos, previniendo un alto número de suicidios consumados (Jiménez-Sola et al, 2019). Sin embargo, este programa se ha llevado a cabo en centros sanitarios y hospitalarios por lo que la prevención se realiza únicamente a personas que ya hayan manifestado ideación o conductas suicidas, o que presenten trastornos mentales, mientras que la prevención primaria no se ve contemplada.

El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, s.f.), incluye una línea estratégica de prevención del suicidio mediante la atención a familiares y allegados y la sensibilización de población en riesgo. Asimismo, recoge la prevención primaria por medio del aumento del número de campañas informativas sobre la conducta suicida a población general, la regulación de páginas web que fomentan el suicidio en adolescentes y el tratamiento riguroso de la

información por los medios de comunicación. Pese a estas propuestas, en los años 2018 y 2019, las campañas que se han llevado a cabo para prevenir el suicidio se han realizado en el ámbito sanitario, llegando únicamente a población en riesgo y no adaptando éstas a población específica, como la adolescente.

Desde las redes sociales, como Facebook o Instagram, también se han impulsado campañas cuyo objetivo es la prevención de la conducta suicida, por las que el usuario no puede encontrar contenidos que se relacionen con el suicidio o el daño autoinfligido y se proporciona, en su lugar, información para solicitar ayuda en torno a este problema (Torresi, 2018). Pese a estas medidas, la prevención se dirige a aquellas personas que busquen un contenido concreto en la aplicación, mientras que el resto de los usuarios pueden, incluso, desconocer la puesta en marcha de dichos mecanismos de prevención.

En suma, los programas preventivos implantados en España no parecen suficientes para la prevención de la conducta suicida, por una parte, los suicidios siguen aumentando, no existe un plan nacional y muchas regiones carecen de programas de prevención (MSPS, 2020); y, por otra parte, no se trabaja dicha prevención sobre población general debido a la falta de recursos y a la controversia social que genera el hablar de suicidio; además, en múltiples ocasiones, las medidas de prevención primaria propuestas por distintas organizaciones, han sido descartadas o no han llegado a desarrollarse (Gabilondo, 2020). Todos los programas mencionados, excepto el implantado en Valencia (Consellería de Sanitat Universal I Salut Pública, 2016), no diferencian las intervenciones que deben llevarse a cabo con los diferentes grupos de edad e información adaptada a cada uno de ellos, sino que están diseñadas para población clínica adulta. De igual modo, estas propuestas han sido mayoritariamente centradas en la atención sanitaria, sin embargo, el suicidio también se manifiesta en otros ámbitos y en todos los grupos de edad (Blanco, 2020). Según Bustamante y Florenzano (2013), más de la mitad de los adolescentes requieren atención psicológica y/o psiquiátrica y, sin embargo, no la reciben, siendo imprescindible la actuación en otros sectores para la prevención del suicidio y la ideación.

Justificación

La muerte, producida de una forma voluntaria, es una solución definitiva que encuentran, desafortunadamente, muchas personas a problemas que tienen un carácter relativo y temporal. El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo y las tasas son sumamente elevadas en todos los grupos de edad (INE, 2020). Los países europeos cuentan

con las cifras más altas de suicidio entre adolescentes y jóvenes de edades comprendidas entre los 14 y los 28 años, en comparación con el resto de los países (Navarro-Gómez, 2017).

La adolescencia es un periodo de cambio donde priman la inestabilidad emocional, la impulsividad y los comportamientos disruptivos, convirtiendo a este rango de edad en un grupo vulnerable ante el riesgo de suicidio (MSPS, 2020). Además, los adolescentes viven sumidos en un mundo tecnológico y las redes sociales son indispensables en la vida de estos jóvenes (Zafra, 2019). Sin embargo, estas plataformas entrañan multitud de peligros que incrementan el riesgo de suicidio, siendo un objetivo para organizaciones y personas que buscan causar un daño en otros (Mukhra et al., 2019).

Las elevadas cifras de suicidios en adolescentes y la falta de conocimiento sobre las alternativas existentes, muestran la necesidad de aumentar la concienciación respecto a esta problemática. Se ha demostrado que, tras la prevención e intervención en conductas suicidas, el riesgo y los intentos de suicidio de la población diana de intervención, se han reducido considerablemente (Proposición no de Ley 11/001743, 2017; Turecki et al., 2019).

La estigmatización de la conducta suicida y la creencia generalizada del efecto contagio que genera, han provocado que se aborde de forma inadecuada (Sánchez, 2019). La escasa unificación de los criterios en las numerosas teorías que se proponen explicar el suicidio, provocan que la información expuesta sea confusa (MSPS, 2020). Desde varias instituciones se ha propuesto la elaboración de estrategias de prevención, centrando las intervenciones en la detección y tratamiento de la conducta suicida en el ámbito sanitario, además, la estrategia nacional no ha sido renovada (MSPS, 2020) y las intervenciones no han sido adaptadas, en muchos casos, a población adolescente. En definitiva, parece necesario desarrollar programas de prevención del suicidio dirigidos a población adolescente, que rescaten algunas de las carencias mencionadas.

Programa de prevención de la conducta suicida en adolescentes *Valorar-T*

Se presenta una propuesta de prevención de la conducta suicida diseñada para población adolescente, la cual ha sido denominada *Programa de prevención de la conducta suicida para adolescentes: Valorar-T*. Este programa se implantará en los centros educativos de la Comunidad de Madrid, debido a que los centros escolares deben ser los encargados de detectar el riesgo de suicidio de los adolescentes (Stone et al., 2017). Tendrá una duración de siete sesiones con frecuencia semanal en las que se realizará una prevención primaria adaptada a la población adolescente de entre 13 y 16 años divididos en grupos de 6 a 10 participantes. Como defiende Gabilondo (2020), las intervenciones en población no de riesgo son más eficaces

cuando se centran en grupos sociales específicos, adaptando el mensaje a los receptores del mismo.

Objetivos

Se propone prevenir la conducta suicida en población adolescente mediante los siguientes objetivos generales:

- Dotar a los adolescentes estrategias que les protejan de aquellas ideas y conductas que facilitan la conducta suicida, fomentando los factores protectores.
- Disminuir los factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes.

En la Tabla 1, se muestran los objetivos específicos con los que se pretenden abordar los objetivos generales mostrados con anterioridad.

Tabla 1

Objetivos generales y específicos del Programa Valorar-T

Objetivo general	Objetivos específicos
Dotar a los adolescentes estrategias que les protejan de aquellas ideas y conductas que facilitan la conducta suicida, fomentando los factores protectores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la autoestima de los participantes 2. Potenciar la educación emocional 3. Aumentar las habilidades de solución de problemas 4. Desarrollar el pensamiento crítico 5. Mejorar la toma de decisiones 6. Sensibilización sobre el suicidio y las alternativas que presenta 7. Sensibilización sobre los factores de riesgo de suicidio 8. Potenciar la cohesión grupal de los adolescentes con otros significativos de su entorno 9. Detectar las señales de suicidio en otros significativos 10. Sensibilización a población adolescente no participante en redes sociales
Disminuir los factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir la impulsividad y el riesgo de presentar conductas autolesivas 2. Disminuir el riesgo la ideación suicida 3. Disminuir el riesgo de presentar <i>bullying</i> o <i>ciberbullying</i> 4. Reducir la ansiedad y depresión de los adolescentes

Población diana

La población diana donde se implantará el programa serán adolescentes entre 13 y 16 años que se encuentren cursando Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Se ha decidido que

el programa será adaptado a dicha población específica debido a que, en primer lugar, según los estudios, los menores que se encuentran en edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, presentan un mayor riesgo de suicidio (Xavier et al., 2019) y, en segundo lugar, las cifras de suicidio en adolescentes en España se multiplican a la edad de 15 años (INE, 2020). Puesto a que se trata de un programa de prevención, se ha seleccionado un rango de edad previo a dicho incremento del riesgo de suicidio.

Asimismo, se ha marcado el límite de edad en los 16 años dado que el desarrollo del programa tendrá lugar en distintos centros escolares y, según la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación (2006), los menores solo tienen obligatoriedad de asistir a centros educativos hasta dicha edad, por lo que no se podría asegurar la presencia y permanencia de jóvenes mayores de 16 años. Sin embargo, aquellos adolescentes que superen dicha edad por no haber alcanzado algún curso académico y que, de forma voluntaria, deseen participar podrán hacerlo siguiendo los criterios de inclusión. Debido a que el presente programa se destina a población adolescente, se exige el conocimiento y autorización de los progenitores o tutores legales para la participación.

En cuanto a los criterios de inclusión se recogen: adolescentes que se encuentren entre los 13 y los 16 años o adolescentes que tengan 17 años y que cursen ESO, cuya participación sea de tipo voluntario, que se encuentren escolarizados en un centro educativo de la Comunidad de Madrid y que dispongan de redes sociales y autorización por parte de sus progenitores. Por otro lado, los criterios de exclusión son: jóvenes que no tengan la autorización de sus progenitores, menores que no utilicen de redes sociales y menores de 13 años o mayores de 17, así como adolescentes que presenten dificultades de aprendizaje, diversidad funcional o algún trastorno mental o adaptativo diagnosticado, debido a que los materiales no han sido diseñados y adaptados a este tipo de población.

Procedimiento

El programa se implantará en centros educativos de la Comunidad de Madrid, en institutos de tipo público, y colegios privados y concertados. Se realizará un primer contacto para asegurar la participación de los distintos centros, así como la disposición de éstos para la puesta en marcha del programa en sus instalaciones. En este contacto, se entregará a los centros que deseen participar un documento donde se recoge toda la información sobre el contenido del programa, incluyendo los requisitos para el acceso al mismo (ver Apéndice C). Se propone que dicho escrito sea reenviado a los progenitores de todos los menores que se encuentren matriculados a partir de 2º de ESO, informando de esta manera de la propuesta.

Tras la obtención del listado de los centros que participarán en *Valorar-T*, se consultará la disponibilidad de espacios y horarios propuestos por el equipo directivo para la realización del programa, siempre fuera del horario escolar. Además, se informará al equipo de orientación de los diferentes centros para poder contar con su colaboración en la atención del alumnado y la prevención de la conducta suicida. Tras informar a los progenitores y/o tutores legales de los posibles participantes, se consultará la posibilidad de acudir a las aulas en horario de tutoría para, brevemente, explicar a los alumnos la información del programa. En esta visita a los centros, se adjuntarán unos documentos informativos (ver Apéndice D) donde se recoge la información más detallada e incluyendo, al final de estos, un consentimiento informado, tanto para los progenitores (Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana, 2015) como para el propio participante. Previo al comienzo del programa, los menores que deseen participar deberán entregar a sus tutores escolares dichas autorizaciones, firmadas por sus progenitores y/o tutores legales. Estas autorizaciones serán recogidas en los centros en un periodo de dos semanas.

A través de los datos obtenidos en los consentimientos informados, los progenitores que autoricen la participación de sus hijos/as serán contactados invitando a los menores a la realización de unos cuestionarios distribuidos de forma telemática, mediante la aplicación *Google Forms*. La evaluación será anónima, otorgando a los menores una clave que garantizará la confidencialidad de los datos.

Una vez obtenidos los datos de todos los menores que participarán en el programa, se procederá a la configuración de los grupos de trabajo, siendo éstos de 6 a 10 participantes de los distintos cursos de ESO. Estos grupos acudirán en horarios diferentes al centro, pero todos realizarán el mismo programa. Se procederá a la implantación de éste en el centro escolar, en el horario y lugar acordados con el mismo, en el primer mes de la segunda evaluación, aproximadamente. El programa *Valorar-T* tendrá una duración de siete semanas en las cuales se trabajarán los objetivos específicos.

Tras la realización del programa, los menores deberán rellenar una encuesta de satisfacción que valorará la percepción subjetiva de los participantes sobre la eficacia del programa. Asimismo, los participantes volverán a ser contactados tras un mes de finalizar el programa para la realización de una evaluación post-intervención, teniendo que cumplimentar de nuevo las pruebas realizadas previamente.

Aspectos éticos y legales

El programa *Valorar-T* se realizará sobre población adolescente, por lo que en base al artículo 25 del Código Deontológico del Psicólogo (Consejo General de la Psicología de España [COP], 2015), se informará a los progenitores y/o tutores legales de los participantes sobre las características y objetivos del mismo. Además, se recogerá un consentimiento informado en el cual autorizarán a sus hijos de participar en el programa, siguiendo el artículo 13 del Real Decreto Ley (RDL) 1720/2007, de 21 de diciembre. Los datos de carácter personal recabados en dicho consentimiento serán eliminados tras la conclusión del programa, atendiendo al artículo 8.6 de este mismo decreto (RDL 1720/2007, de 21 de diciembre).

Asimismo, para garantizar el anonimato y la confidencialidad de los menores, se utilizará una cláusula diseñada a base de números y letras que impida la identificación de los adolescentes, en base al artículo 43 del Código Deontológico del Psicólogo (COP, 2015). En el caso que se utilizasen los datos obtenidos con fines de investigación, se informará a los progenitores y se solicitará, previamente, autorización del Comité de Ética de la Investigación (CEI) de la Universidad Rey Juan Carlos.

Estructura de las sesiones

El presente programa tendrá una duración aproximada de dos meses, en la que se realizarán un total de siete sesiones con una frecuencia semanal y una duración de noventa minutos. Las sesiones se centrarán en el trabajo acerca de los factores de riesgo y protección de la conducta suicida, siguiendo con la propuesta de Bahamón y colaboradores (2019) de incluir la promoción y el desarrollo de fortalezas en adolescentes en los programas preventivos para reducir la vulnerabilidad de sufrir trastornos mentales.

En cada sesión, se recogen actividades grupales con el objetivo de mejorar la cohesión grupal y aumentar la red social de los participantes. Autores como Mamani-Benito y colaboradores (2018) exponen la eficacia de utilizar metodologías participativas en la prevención del suicidio, ya que éstas, según la *Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento del Suicidio* (MSPS, 2020), disminuyen de forma significativa la depresión y la desesperanza. Asimismo, se contemplan muchas actividades psicoeducativas en torno a los distintos factores protectores y de riesgo, así como para la conducta suicida, debido a que “la comunicación apropiada de la información y la sensibilización del problema son igualmente necesarios para el éxito de los programas de prevención” (Oto et al., 2014, p. 5). Además, los estudios que han utilizado intervenciones psicoeducativas en el tratamiento y prevención del

suicidio (Bustamante y Florenzano, 2013), han encontrado una gran eficacia en la reducción del riesgo de suicidio e ideación suicida.

Cabe destacar que una de las técnicas más utilizadas en el programa *Valorar-T* ha sido la propuesta de debates que estimulen el pensamiento crítico de los participantes (Confederación Interamericana de Educación Católica [CIEC], 2018). Se ha decidido seleccionar esta metodología debido a que los debates en los que se ponen en juego la discusión de soluciones y estrategias alternativas en grupo mejoran la autoestima, además de la cohesión grupal y conductas sociales positivas, elementos que reducen el riesgo de suicidio (Rodríguez y Caño, 2012). En todas las sesiones diseñadas, se ha incluido, además, una actividad con la que se pretende que las estrategias y habilidades protectoras lleguen a más jóvenes por medio de los elementos que más usan, en este caso, las redes sociales. De esta forma, se recoge la recomendación de la *Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento del Suicidio* (MSPS, 2020) de ofrecer información acerca de la conducta suicida y su prevención, elaborada específicamente para adolescentes en Internet.

En base a los objetivos propuestos se han diseñado varias actividades de tipo cognitivo-conductual, recogidas en la Tabla 2, en la que se muestra la planificación de las sesiones en función a los objetivos específicos y las actividades diseñadas. En las diferentes sesiones se han incluido materiales de elaboración propia, los cuales han sido diseñados para cumplir los objetivos específicos propuestos en cada sesión, así como materiales propuestos por autores como Sevillano (2016) y Stallard (2007), adaptados a población adolescente. Todas estas las actividades han sido desarrolladas de forma detallada en los Apéndices.

La primera sesión, denominada “Conocernos”, tiene como objetivo mejorar la cohesión grupal y la comunicación de los adolescentes con otros significativos de su entorno, en este caso, con otros compañeros y personas de su misma edad. De esta forma, se propone la mejora de la relación entre iguales. Para ello, se llevarán a cabo actividades que ayuden a los participantes a conocerse, comenzando con la realización de un juego participativo de elaboración propia, “Mi gran virtud” (ver Apéndice E).

En la segunda parte de la sesión, se mostrará una presentación *Power Point*, de elaboración propia, diseñada para psicoeducar a los participantes sobre a la adolescencia, las emociones y la importancia de la gestión de las mismas. Esta actividad, denominada como el programa, “Valorar-T” (ver Apéndice F), pretende introducir a los jóvenes en el contenido del programa, mostrando brevemente todos los factores con los que se van a trabajar.

Tabla 2

Programación de las sesiones

Título	Objetivos específicos	Actividades	Duración
Sesión 1: Conocer-T	Potenciar la cohesión grupal	“Mi gran virtud”	40 minutos
	Sensibilización sobre los factores de riesgo	“Valorar-T”	30 minutos
	Sensibilización a población no participante	Propuesta de creación de perfil en redes	20 minutos
Sesión 2: Tumbando barreras	Potenciar la educación emocional	“¿Qué siento cuando siento?”	30 minutos
	Aumentar las habilidades de solución de problemas	“Imagina que...”	40 minutos
	Sensibilización a población no participante	Crear contenido para las redes sociales	20 minutos
Sesión 3: Sentirse bien	Mejorar la autoestima	“Hay una carta para ti”	30 minutos
	Desarrollar el pensamiento crítico	“Si pudieras cambiar algo de tu cuerpo, ¿qué sería?”	40 minutos
	Sensibilización a población no participante	Crear contenido para las redes sociales	20 minutos
Sesión 4: Tiempo muerto	Disminuir la impulsividad y conductas autolesivas	“Actuar, pensar y sentir”	30 minutos
	Reducir la ansiedad y la depresión en adolescentes	“3, 2, 1”	40 minutos
	Sensibilización a población no participante	Crear contenido para las redes sociales	20 minutos
Sesión 5: Compartir	Aumentar las habilidades de solución de problemas	“Objetivo conseguido”	30 minutos
	Disminuir el riesgo <i>bullying</i>	“Recapitulando”	40 minutos
	Sensibilización a población no participante	Crear contenido para las redes sociales	20 minutos
Sesión 6: Aprender a aprender	Disminuir el riesgo de <i>ciberbullying</i>	“¿Qué encontramos en las redes sociales?”	40 minutos
	Mejorar la toma de decisiones	“Siempre puedes elegir”	30 minutos
	Sensibilización a población no participante	Crear contenido para las redes sociales	20 minutos
Sesión 7: Temporal	Sensibilización en torno al suicidio	“Suicidio, ese gran tabú”	60 minutos
	Detectar las señales en otros significativos	Crear contenido para las redes sociales	20 minutos
	Disminuir la ideación	Despedida y realización de la encuesta de satisfacción	10 minutos
	Sensibilización a población no participante		

Por último, con el objetivo de sensibilizar a población adolescente no participante, se priorizará el trabajo en equipo y la toma de decisiones de los participantes, proponiendo una actividad en la que los menores crearán redes sociales en las plataformas *Instagram* y *Facebook* con el mismo nombre del programa. Esta tarea de elaboración propia se repetirá al final de cada sesión. Se plantea que los adolescentes creen una frase o alguna actividad enfocada a jóvenes de su misma edad que recoja las estrategias y habilidades protectoras del riesgo de suicidio que se han adquirido en el día (ver Apéndice G).

En la segunda sesión, denominada “Tumbando Barreras”, se propone desarrollar la educación emocional de los participantes recurriendo a la identificación y gestión de estados emocionales. Para ello, se realizará la actividad de elaboración propia, “¿Qué siento cuando siento?” (ver Apéndice H), mediante la cual se pretende que los participantes trabajen su inteligencia emocional pudiendo detectar las emociones desagradables y expresándolas de forma adecuada, siendo capaces de etiquetar e identificar los diferentes estados emocionales y las señales, tanto cognitivas como conductuales, que los activan.

Asimismo, se potenciarán las habilidades de solución de problemas en base a las experiencias que reporten los menores sobre las estrategias de gestión emocional que utilizan habitualmente. De esta forma, el resto de los participantes podrán analizar y valorar dicha gestión como adecuada o inadecuada, expresando sensaciones y opiniones sobre posibles alternativas, y trabajando el pensamiento crítico. Para ello, se realizará una actividad de debate de elaboración propia, “Imagina que...” (Apéndice I), siguiendo las recomendaciones del trabajo realizado por Mamani-Benito y colaboradores (2018).

En la tercera sesión, denominada “Sentirse bien”, se propone potenciar la autoestima de los participantes con una actividad creativa, “Hay una carta para ti” (Sevillano, 2016), recogida en el Apéndice J. Se ha seleccionado esta actividad dado que ha sido adaptada específicamente a población adolescente de secundaria.

Tras la realización de la actividad, se continuará trabajando la autoestima por medio del desarrollo del pensamiento crítico, así como psicoeducación sobre qué es, cómo se conforma y determinadas herramientas y actividades para que los participantes puedan seguir aumentando su autoestima día a día. Para ello, se procederá a la visualización del vídeo *Si pudieras cambiar algo de tu cuerpo, ¿qué sería?* (Jubilee, 2014), mostrado en el Apéndice K.

En la cuarta sesión, “Tiempo muerto”, las actividades propuestas se han diseñado para que los menores adquieran estrategias que les protejan de la realización de conductas autolesivas, así como el aprendizaje en torno a las emociones como una señal de alerta para la puesta en práctica de técnicas de relajación, previniendo las consecuencias negativas que se

puedan generar de la situación problema. Además, se dotará a los participantes de recursos que favorezcan la buena toma de decisiones para reducir la impulsividad. A través de una presentación de *Power Point* de elaboración propia, denominada “Actuar, pensar y sentir” (ver Apéndice L), se explicará a los adolescentes la vinculación entre emoción-pensamiento-conducta, con la finalidad de introducir a los participantes en diversas técnicas psicoterapéuticas para regular dicha relación. Para ello, en la visualización de la presentación diseñada, se explicará a los participantes la técnica “Párate, Planifica y Actúa” (Stallard, 2007), gracias a la cual los menores reducirán la velocidad de su toma de decisiones teniendo que planificar paso a paso su conducta.

En la segunda parte de la sesión, se buscará reducir los síntomas de ansiedad y depresión en la actividad “3, 2, 1” (ver Apéndice M), con la que se pretende entrenar a los menores en la técnica de la relajación progresiva (Jacobson, 1925) adaptada a población adolescente (Stallard, 2008); por la que, mediante la tensión y distensión de los principales grupos musculares, se dotará a los participantes de herramientas para reducir los efectos negativos generados por el estrés y la ansiedad.

En la quinta sesión, denominada “Compartir”, se propone potenciar el trabajo en equipo y las habilidades de solución de problemas, con el objetivo de mejorar las relaciones entre iguales y otorgar estrategias preventivas frente a estar involucrado en dinámicas de acoso o *bullying*; para lo que se ha diseñado un juego cooperativo de elaboración propia, “Objetivo conseguido” (Apéndice N).

Tras la realización de la actividad, los participantes desarrollarán su pensamiento crítico evaluando los costes y beneficios de las soluciones disponibles a través de un debate de elaboración propia denominado “Recapitulando” (Apéndice O). En esta última parte de la sesión, en base a algunas preguntas diseñadas, se fomentará la asertividad como una herramienta de comunicación efectiva con los otros y, por lo tanto, una forma de gestionar los problemas que los adolescentes pueden presentar por medio de la comunicación de su malestar a los otros. Otorgar a los menores este tipo de herramientas favorece que, en primer lugar, las relaciones entre pares mejoren, reduciendo la agresividad y el rechazo y, en segundo lugar, la capacidad de pedir ayuda en situaciones conflictivas (Corrales et al., 2017).

En la sexta sesión, “Aprender a aprender”, se propone fomentar el buen uso de las redes sociales, así como psicoeducar a los participantes sobre los peligros que éstas incluyen. Se pretende que los menores adquieran cierto pensamiento crítico y mejoren su toma de decisiones, con el fin de protegerles de los riesgos que presenta el uso de las redes, incluyendo en dichos riesgos el *ciberbullying* y la difusión de retos de carácter autodestructivo. Para ello,

en primer lugar, se realizará un debate de elaboración propia, “¿Qué encontramos en las redes sociales?” (Apéndice P) en el que los adolescentes podrán contar sus experiencias en la red y, en segundo lugar, se propone la actividad “Siempre puedes elegir” (Apéndice Q) en la que se visualizarán dos vídeos de la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD, s.f.-a, s.f.-b): “En este partido nos la jugamos” (AEPD, s.f.-a) y “Un vídeo muy especial” (AEPD, s.f.-b).

La última sesión, “Temporal”, tendrá como objetivo dotar a los menores de estrategias para detectar las señales en otros significativos y disminuir la ideación suicida, mediante psicoeducación sobre la adolescencia, las conductas suicidas y los principales mitos en torno a éstas, ciertas pautas de seguridad y los principales factores de riesgo y de protección, así como posibles alternativas a los comportamientos autolesivos y algunos recursos para solicitar ayuda dentro de la Comunidad de Madrid. Para ello, se mostrará a los participantes una presentación de elaboración propia, denominada “Suicidio, ese gran tabú” (Apéndice R).

Finalmente, tras la visualización de la presentación, se propone que los adolescentes expongan la experiencia que les ha reportado el programa, pudiendo evaluar los aprendizajes adquiridos durante el desarrollo del mismo.

Recursos personales y materiales

El programa será llevado a cabo por la psicóloga sanitaria Laura Rastrollo Sasal, autora del presente trabajo.

Debido a que el programa se realizará en centros escolares de la Comunidad de Madrid, se hará uso de una de las aulas de estos centros. Se priorizará el uso de materiales que pueda proporcionar el centro escolar, siendo el resto de recursos aportados por la psicóloga encargada de la realización de las sesiones. Además, el material será empleado y desinfectado teniendo en cuenta las medidas sanitarias. Los materiales son los siguientes:

- Ordenador
- Proyector o pantalla digital
- Folios
- Rotuladores y lápices de colores
- Balón de fútbol
- Adhesivo
- Fotocopias de la figura humana (Figura H1 en Apéndice H)
- Colchonetas de gomaespuma

Instrumentos de evaluación

El programa planteado se ha realizado sobre un diseño longitudinal pre-post en el que se evaluará a los participantes en dos ocasiones diferentes con el objetivo de estudiar el cambio tras la realización del programa. Se han seleccionado escalas y cuestionarios de autoinforme que determinarán el riesgo de suicidio en función a los distintos factores de riesgo. Además, se incluirán en la evaluación las variables sociodemográficas: edad, sexo y curso escolar. Los resultados de estas escalas no determinarán la participación de los menores en el programa, sino que se utilizarán para la evaluación del programa utilizado.

- Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (*Revised Child Anxiety and Depression Scale* [RCADS-30]; Sandín et al., 2010). Una versión reducida de la prueba original RCADS diseñada por Chorpita y colaboradores (2000), incluida en el Apéndice S. Esta escala ha sido validada y adaptada al español por el equipo de Sandín y colaboradores (2010) en niños y adolescentes de 10 a 17 años. La RCADS-30 (Sandín et al., 2010) cuenta con un total de 30 ítems evaluados en una escala de respuesta de tipo Likert de cuatro puntos (0 = *nunca*, 1 = *a veces*, 2 = *a menudo*, 3 = *siempre*), los cuales proporcionan información de seis subescalas: depresión mayor, trastorno de pánico, fobia social, ansiedad de separación, ansiedad generalizada y obsesiones y compulsiones. Las puntuaciones totales varían de 0 a 90 indicando, a mayor puntuación, una mayor sintomatología depresiva y ansiosa. Esta escala muestra una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .93 (Sandín et al., 2010).
- Escala de Autoestima de Rosenberg (*Rosenberg Self-Steem Scale* [RSES]; Rosenberg, 1965). Es una de las más utilizadas para medir la autoestima en adolescentes (como se citó en Tomás-Sábado y Limonero, 2008). En el presente programa se hará uso de su adaptación a población española (Echeburúa, 1995), reflejada en el Apéndice T. Esta escala puede ser administrada a partir de los 12 años, incluyendo adultos, y consta de 10 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (1 = *muy de acuerdo*, 2 = *de acuerdo*, 3 = *en desacuerdo*, 4 = *muy en desacuerdo*). Los resultados de la prueba muestran el nivel de autoestima del sujeto, siendo ésta elevada con una puntuación de 30 a 40 puntos, moderada con una puntuación de 26 a 29 y baja si es inferior a los 25 puntos. En cuanto a las propiedades psicométricas, arroja una alta fiabilidad, con un alfa de Cronbach de .85, y un coeficiente de correlación test-retest de .91 (Tomás-Sábado y Limonero, 2008).

- Escala de Satisfacción con la Vida (*Satisfaction With Life Scale* [SWLS]; Diener et al., 1985). Ha sido traducida y adaptada al español por el equipo de Atienza y colaboradores (2000), como se muestra en el Apéndice U. La prueba, validada en jóvenes a partir de 11 años, se compone de cinco ítems que evalúan cinco áreas de satisfacción: la satisfacción con los estudios, con uno mismo, con los recursos de afrontamiento, con el tiempo de ocio y su competencia emocional (Atienza et al., 2000). Los participantes deben contestar a estos ítems en una escala tipo Likert de siete puntos (1 = *totalmente en desacuerdo*, 2 = *bastante en desacuerdo*, 3 = *en desacuerdo*, 4 = *neutral*, 5 = *de acuerdo*, 6 = *bastante de acuerdo*, 7 = *totalmente de acuerdo*). Los resultados obtenidos exponen el grado de satisfacción subjetiva de la persona, siendo altamente satisfechos con una puntuación de 30 a 35, satisfechos de 25 a 29 puntos, ligeramente satisfechos de 20 a 24 puntos, por debajo de la media de satisfacción vital de 15 a 19 puntos, insatisfechos de 10 a 14 puntos y muy insatisfechos de 5 a 9 puntos. La escala muestra una buena fiabilidad, con un alfa de Cronbach de .84 (Atienza et al., 2000). Se ha seleccionado la Escala SWLS (Diener et al., 1985) debido a su rápida administración y a que ha sido diseñada específicamente para la población adolescente.
- Escala de Expectativas de Futuro en la Adolescencia (EEFA; Sánchez-Sandoval y Verdugo, 2016). La Escala EEFA (ver Apéndice V), ha sido desarrollada y validada en adolescentes mayores de 11 años por el equipo de Sánchez-Sandoval y Verdugo (2016) con el objetivo de evaluar los intereses de los adolescentes respecto a su futuro. Se compone de 14 ítems que determinan el grado de probabilidad que los participantes asocian a que tengan lugar ciertos eventos en el futuro, evaluada a través de una escala de tipo Likert de cinco puntos (1 = *estoy seguro/a de que no ocurrirá*, 2 = *es difícil que ocurra*, 3 = *puede que sí/puede que no*, 4 = *probablemente ocurra*, 5 = *estoy seguro/a de que ocurrirá*). Los ítems son agrupados en cuatro factores que definen el constructo “expectativas de futuro”: las expectativas económico-laborales (5), las académicas (3), las familiares (3) y las expectativas de bienestar personal (3). Las puntuaciones obtenidas indican que, a mayor puntuación, mayores expectativas de futuro. Siguiendo con estos autores, la prueba muestra una alta fiabilidad, con un alfa de Cronbach de .85.
- Encuesta de Satisfacción. Se han diseñado siete preguntas en base a la satisfacción que presentan los participantes con el programa, de elaboración propia, como se observa en el Apéndice W. Contiene cinco preguntas, en escala Likert de cinco puntos (1 = *totalmente en desacuerdo*, 2 = *bastante en desacuerdo*, 3 = *ni en acuerdo ni en*

desacuerdo, 4 = *bastante de acuerdo*, 5 = *totalmente de acuerdo*), y dos preguntas abiertas, donde los adolescentes pueden proponer áreas de mejora o actividades que consideren relevantes. Se evaluará, subjetivamente, la satisfacción con el programa, con la persona a cargo de las sesiones o talleres y con los materiales utilizados.

Análisis de datos

Todas las pruebas serán administradas previo al comienzo del programa por medios telemáticos, mediante la aplicación *Google Forms*. La duración de la evaluación no superará los 20 minutos. Asimismo, para evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas en las sesiones, estas pruebas volverán a administrarse un mes tras finalizar el programa. Las puntuaciones obtenidas por los participantes en ambas evaluaciones serán analizadas con una comparación de medias con la prueba *T* de Student. En caso contrario, se utilizará la prueba de los signos para dos variables relacionadas, pudiendo observar si los participantes han mejorado o empeorado sus puntuaciones en las variables analizadas. Todos estos cálculos estadísticos se realizarán por medio del software SPSS, versión 21 (*International Business Machines Corporation* [IBM], 2012). Con los resultados obtenidos se pretende comprobar si las actividades llevadas a cabo incrementan los recursos, habilidades y factores protectores de los participantes, reduciendo significativamente las puntuaciones obtenidas frente a la primera evaluación realizada.

Resultados esperados

Se espera que, en la evaluación pre-intervención, los menores presenten puntuaciones medias y bajas en depresión y ansiedad, evaluados ambos con la prueba RCADS- 30 (Sandín et al., 2010). Las actividades realizadas en el programa *Valorar-T*, se han diseñado para reducir la sintomatología depresiva de los adolescentes, por lo que, el trabajo en gestión y educación emocional, así como el entrenamiento en relajación progresiva, favorecerán que los menores obtengan puntuaciones que disminuyan significativamente en la segunda evaluación respecto de la primera. Debido a la alta comorbilidad y la similitud de síntomas depresivos y ansiosos, se prevé que las puntuaciones disminuirán en todas las subescalas de la prueba, aunque la intervención realizada no sea específicamente para la ansiedad.

Por su parte, se confía que en la primera evaluación los menores puntúen en valores medios y altos en autoestima (RSES; Rosenberg, 1965). Gracias al desempeño propuesto en el aumento de autoestima de los participantes y en aquellas variables que favorecen dicho incremento, como las habilidades de solución de problemas, la gestión emocional y la cohesión

grupales, se espera que las puntuaciones obtenidas al finalizar el programa sean superiores y presenten diferencias estadísticamente significativas a las recogidas en la primera medida.

Asimismo, se presupone que los participantes muestren alta satisfacción vital en todas las áreas evaluadas con la Escala SWLS (Diener et al., 1985). Se prevé que los adolescentes que tengan una puntuación inferior en autoestima sean también los participantes que obtengan las puntuaciones más bajas en satisfacción vital, debido a que una de las dimensiones que cobra mayor fuerza en esta última prueba es la satisfacción con uno mismo, es decir, una buena autovaloración y, por lo tanto, una alta autoestima.

Se considera que, tras el desarrollo de las sesiones, fortaleciendo la autoestima de los adolescentes, otorgándoles herramientas de solución de conflictos y fomentando la educación y gestión emocional, los menores aumentarán su satisfacción vital en todas las áreas evaluadas, obteniendo mejores resultados en la evaluación post intervención, mostrando diferencias significativas con la primera medida, obteniendo las puntuaciones más altas en torno a la satisfacción con uno mismo.

Se infiere que los menores obtendrán puntuaciones medias en la dimensión “expectativas de futuro”. Asimismo, los participantes que presenten mayores puntuaciones en satisfacción vital y autoestima, obtendrán también unas altas puntuaciones en la Escala EEFA (Sánchez-Sandoval y Verdugo, 2016). Tras el desarrollo de las competencias mencionadas que se proponen para el aumento de la satisfacción vital de los participantes, se confía que los adolescentes mejoren significativamente las puntuaciones en esta última prueba en la realización del segundo proceso evaluativo respecto del primero.

En la encuesta de satisfacción subjetiva se prevé que las puntuaciones sean altas en la percepción del aumento de recursos facilitados en el programa, del desempeño de la psicóloga a cargo de la realización de las sesiones y con los materiales utilizados. Además, gracias a las preguntas abiertas realizadas, se obtendrá información sobre áreas de mejora del programa para futuras propuestas.

Discusión

El suicidio es una de las primeras causas de muerte externa en el mundo, que afecta a todos los grupos de edad. Las cifras de suicidio en adolescentes resultan sumamente elevadas, siendo los países europeos los que encabezan las listas (Navarro-Gómez, 2017). En España, el número de suicidios en este grupo de edad ha aumentado en los últimos años (INE, 2020), careciendo de programas de prevención destinados específicamente a población adolescente.

Además, las propuestas que han sido llevadas a la práctica se han implantado mayoritariamente en el contexto sanitario, olvidando otras áreas de prevención.

Debido a las múltiples carencias encontradas en el abordaje de la conducta suicida en jóvenes, se diseña el *Programa de prevención de la conducta suicida para adolescentes: Valorar-T*, el cual, pretende aumentar los factores de protección de suicidio en los participantes, así como disminuir los factores de riesgo. Este programa es desarrollado para menores de entre 13 y 16 años y se llevará a cabo en centros educativos de tipo público, privado y concertado de la Comunidad de Madrid.

En grupos de 6 a 10 participantes, los menores trabajarán durante siete sesiones, con una frecuencia semanal, para prevenir el riesgo de suicidio a través de actividades en las que se pretende: aumentar la autoestima, la educación emocional, las habilidades de solución de problemas, el pensamiento crítico, mejorar de la toma de decisiones, fomentar la cohesión grupal, sensibilizarles en torno al suicidio, disminuir la presencia de conductas autolesivas, el riesgo de encontrarse involucrado en una situación de acoso escolar y/o *ciberbullying* y reducir la sintomatología ansiosa y depresiva. Se espera que la consecución de estos objetivos facilitará un aumento de la satisfacción vital de los participantes (López-Cassá et al., 2018), así como unas expectativas de futuro más positivas y realistas (Verdugo et al., 2018).

Estudios previos han probado la eficacia de potenciar los factores de protección del suicidio en población adolescente. En el plano emocional, las intervenciones que incluyen el desarrollo de inteligencia emocional en adolescentes han reducido en gran medida el riesgo de suicidio y los efectos nocivos de la ideación (Mamani-Benito et al., 2018). De la misma forma, el trabajo en regulación emocional ha arrojado datos relevantes en la reducción de la conducta suicida, dotando a los adolescentes de estrategias para hacer frente a los estresores cotidianos (Hatkevich et al., 2019). Estas habilidades emocionales provocan que los adolescentes generen una mayor vinculación con otros significativos y que aumenten su confianza y autoestima (Rodríguez y Caño, 2012), proporcionando al sujeto otros factores de protección del suicidio. En el programa presentado, se trabajará la gestión emocional, por una parte, debido a la eficacia de las intervenciones recogida en los resultados de estos estudios y, por otra parte, para facilitar la disminución de conductas autolesivas, reduciendo la impulsividad de los participantes.

Otras investigaciones muestran la eficacia de aumentar las habilidades de solución de problemas que mejoren la comunicación y la relación con otros compañeros de su edad. En el estudio de Xavier y colaboradores (2019), se observa la gran efectividad de estas intervenciones para la reducción del suicidio, incluyendo actividades de relajación, búsqueda de alternativas disponibles y la identificación de los costes y beneficios de dichas soluciones o

alternativas. Se prevé que, dado que se han utilizado este tipo de intervenciones en el programa *Valorar-T*, los menores disminuyan el riesgo de presentar conductas suicidas.

Por su parte, los factores de riesgo han sido ampliamente recogidos en distintas investigaciones que han propuesto disminuir el riesgo de suicidio en adolescentes. La psicoeducación en torno a la conducta suicida y el aprendizaje de las alternativas posibles han reducido los intentos de suicidio en estudiantes (MSPS, 2020). Además, resulta de suma importancia educar a los menores en la identificación de señales de alarma y los factores que aumentan el riesgo de suicidio en adolescentes (Chesin et al., 2020). En la presente propuesta, se ha incluido la necesidad de abordar las señales de alarma en otros significativos, pudiendo, de esta forma, ofrecer apoyo a otros compañeros que presenten ideación o lleven a cabo conductas suicidas.

Se espera que, tras las intervenciones descritas, los resultados vayan en la línea de confirmar los estudios previos. La eficacia del programa *Valorar-T* se realizará con una evaluación pre-post a través de cuestionarios de autoinforme. Se prevé que las puntuaciones de los participantes mejoren significativamente en todas las variables analizadas, aumentando su autoestima, la satisfacción vital y las expectativas de futuro, mientras se verán reducidas la sintomatología depresiva y ansiosa.

En cuanto a las aportaciones del estudio, además de ofrecer a los adolescentes recursos para prevenir el suicidio y detectar las señales de riesgo en uno mismo y otros significativos, se quiere hacer especial mención a los medios utilizados para el desarrollo del mismo. Se propone implantar un programa preventivo en centros educativos, lo que parece una propuesta necesaria para favorecer la detección e identificación de conductas suicidas que pueden aparecer en los alumnos, debido a que es donde los menores pasan la mayor parte de su tiempo diario (Stone et al., 2017). Todas las intervenciones son adaptadas a adolescentes, teniendo en cuenta el periodo evolutivo en el que se encuentran. Además, el programa emplea las redes sociales para prevenir el riesgo de suicidio, tal y como indica el MSPS (2020), las cuales se utilizarán para psicoeducar a otros adolescentes no participantes mediante actividades que promuevan la salud mental positiva, ofreciendo información elaborada específicamente para esta población. Se sensibilizará a los menores sobre el uso de estas redes, ya que se muestran como un elemento que favorece las conductas suicidas y el aumento de los factores de riesgo. Asimismo, se facilitan herramientas de ayuda para que los menores puedan recurrir a ellos de forma autónoma y en cualquier momento que lo necesiten, previniendo la ideación, los gestos y conductas suicidas en cualquier situación.

El presente trabajo muestra la escasez de intervenciones realizadas en esta población para reducir el suicidio y la necesidad de dar visión a este problema por medio de sensibilizar a la población y mostrar los diferentes recursos de ayuda.

Limitaciones

En cuanto a la limitación principal del trabajo, cabe destacar que, la presente, es una propuesta de prevención que no se ha llevado a cabo, pudiendo presentar modificaciones en la puesta en marcha del mismo en función a las distintas situaciones que puedan surgir, como el mantenimiento de la situación sanitaria actual. En este caso, se adaptarán las sesiones a las medidas sanitarias impulsadas por el Gobierno en el momento de la realización del programa.

Asimismo, el programa está dirigido a adolescentes de distintos centros educativos de la Comunidad de Madrid, sin embargo, no se han incluido alumnos que presenten necesidades educativas especiales o alumnos con discapacidades físicas, sensoriales o psíquicas, limitando el programa a dicha población específica. Para solventar dicha limitación, es necesario seleccionar otras alternativas de evaluación a las propuestas, ajustar las pruebas, sesiones y materiales.

Algunas pruebas utilizadas tienen propiedades psicométricas moderadas, seleccionando éstas debido a la facilidad y rapidez de administración, así como el uso libre de las mismas, sin embargo, puede valorarse el uso de otras pruebas que evalúen constructos similares a los propuestos. La evaluación se ha realizado a través de autoinformes, no incluyendo información relevante por parte de los progenitores o profesores de los menores, pudiendo hacer uso, en el futuro, de heteroinformes. Además, pese a que el programa está dirigido a prevenir la conducta suicida, no se han empleado instrumentos que la evalúen directamente, ya que las herramientas disponibles presentan ítems y/o rangos de respuesta que resultan escasos para la realización de la comparación de puntuaciones pre-post, como es el caso de la Escala de Ideación Suicida de Paykel (1974) o no han sido adaptadas a la población de intervención. Por ello, sería necesario disponer de pruebas adaptadas a población adolescente para evaluar la conducta suicida.

Por último, se realizará la evaluación post intervención un mes después de la conclusión del programa, pero no se evaluarán a largo plazo los objetivos propuestos. Esta limitación se podría solventar repitiendo dicha medición al finalizar el curso académico y un año después. Además, sería de gran utilidad realizar una sesión de recuerdo tras un año de la finalización del programa en el caso de que los participantes continúen en el centro educativo.

Líneas de investigación futuras

En líneas de investigación futuras sería conveniente, en primer lugar, implantar el programa en institutos y colegios de la Comunidad de Madrid. Además, se debería estudiar la posibilidad de generalizar las intervenciones a adolescentes de otras edades y con diferentes necesidades, así como la inclusión del trabajo familiar y la formación a docentes para la detección del riesgo de suicidio en adolescentes. Asimismo, podría incluirse a los adultos de referencia del menor en las evaluaciones pre y post del programa a través de heteroinformes, aportando una mayor información del participante.

El suicidio, en todos los grupos de edad, es más prevalente en el género masculino, por lo que sería positivo valorar las diferencias de sexo, tanto en la evaluación como en la configuración de los grupos de trabajo, y la posibilidad de incluir alguna actividad específica para los chicos.

Podría ser de gran utilidad el uso de las estrategias planteadas en *Valorar-T* en futuras propuestas de prevención del suicidio, incluyendo las TIC's y las redes sociales, así como el abordaje, tanto de los factores de riesgo como de protección.

Finalmente, en el caso de que en la valoración del programa se observase que las intervenciones no son suficientes para conseguir los objetivos propuestos, podría estudiarse la posibilidad de aumentar el número de sesiones, reforzando los contenidos y objetivos que no se vean alcanzados. Asimismo, la evaluación pre-intervención podría utilizarse de forma que se realizasen grupos de trabajo diferentes en función a los resultados obtenidos, adaptando el contenido de las sesiones a las necesidades de cada grupo.

En definitiva, parece imprescindible desarrollar las propuestas preventivas de la conducta suicida en población adolescente, brindando recursos de ayuda que faciliten la gestión emocional y la atención individualizada, reduciendo así el alto número de suicidios en este rango de edad.

Referencias

- 20 Minutos. (22 de marzo de 2019). *La Policía pide a los padres que supervisen los vídeos que ven sus hijos ante una nueva alerta por 'Momo'*. 20 Minutos Actualidad. <https://www.20minutos.es/noticia/3594437/0/policia-pide-supervisar-videosinfantiles-alerta-momo/>
- Agencia Española de Protección de Datos. (s.f.a). El peligro de las redes sociales [Archivo de vídeo]. <https://www.tudecideseninternet.es/aepd/videos/para-ninos-mayores-de-14-anos.html>
- Agencia Española de Protección de Datos. (s.f.a). El peligro de las redes sociales [Archivo de vídeo]. <https://www.tudecideseninternet.es/aepd/videos/para-ninos-mayores-de-14-anos.html>
- Agencia Española de Protección de Datos. (s.f.b). *En este partido nos la jugamos* [Archivo de vídeo]. https://video.agpd.es/TuDecidesEnInternet/TuControlas/EN_ESTO_PARTIDO_NOS_LA_JUGAMOS_V3.mp4
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio. (2015). *Qué hacemos*. RedAIPIS-FAeDS. Consultado el 4 de febrero de 2021. <https://www.redaipis.org/>
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=296>
- Ayers, J. W., Althouse, B. M., Leas, E. C., Dredze, M y Allem, J. P. (2017). Internet Searches for Suicide Following the Release of 13 Reasons Why. *JAMA Internal Medicine*, 177(10), 1527-1529. <http://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.3333>
- Bahamón, M. J., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos-Herrera, A. M., Vinaccia, S., Cabezas, A. y Sepúlveda-Aravena, J. (2019). Efectos del programa CIPRES sobre el riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 83-91. <http://doi.org/10.5944/rppc.23667>
- Blanco, C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106. <https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>
- British Broadcasting Corporation News Mundo. (25 de julio de 2018). *Qué es "Momo", el juego viral por WhatsApp que preocupa a las autoridades en América Latina*. BBC News. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-44952770>

- Bustamante, F. y Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(2), 126-136. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000200006>
- Chesin M., Cascardi, M., Rosselli, M., Tsang, W. y Jeglic, E. L. (2020). Knowledge of Suicide Risk Factors, But Not Suicide Ideation Severity, Is Greater Among College Students Who Viewed 13 Reasons Why, *Journal of American College Health*, 68(6), 644-649. <http://doi.org/10.1080/07448481.2019.1586713>
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 835-855. [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)
- Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana. (2015). *Compromiso de Información entre Progenitores* [PDF]. https://www.copcv.org/db/cke_uploads/files/Modelo%20de%20compromiso%20entre%20progenitores.pdf
- Confederación Interamericana de Educación Católica. (5 de junio de 2018). *¿Cómo trabajar el pensamiento crítico en el aula?* <https://ciec.edu.co/observatorio/pedagogia-e-innovacion/como-trabajar-el-pensamiento-critico-en-el-aula/>
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (s.f.). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid*. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/12_junio_plan_de_salud_mental_2018-2020.pdf
- Consejo General de la Psicología de España. (12 de diciembre de 2015). *Código Deontológico del Psicólogo*. <http://www.cop.es/pdf/CodigoDeontologicodelPsicologo-vigente.pdf>
- Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). *Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Generalitat Valenciana. <http://www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es/documents/7217942/7267322/GU%C3%8DA+SUICIDIO+%C3%81MBITO+SANITARIO.pdf>
- Corrales, A., Quijano, N. K. y Góngora, E. A. (2017). Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 58-65.
- Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista Mexicana de Pediatría*, 84(2), 72-77. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172f.pdf>

- Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza. (2019). *Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi*.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast.pdf
- 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
- Duan, S., Duan, Z., Li, R., Wilson, A., Wang, Y., Jia, Q., Yang, Y., Xia, M., Wang, G., Jin, T., Wang, S. y Chen, R. (2020). Bullying victimization, bullying witnessing, bullying perpetration and suicide risk among adolescents: A serial mediation analysis. *Journal of Affective Disorders*, 273, 274-279. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.143>
- Echeburúa, E. (1995). *Manual práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social*. Martínez Roca.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Artio, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M.A., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Fonseca, D., Espinosa, V., Gorria, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Díaz, C. M., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E. y Pérez de Albéniz, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- Fonseca-Pedrero, E. y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel del suicidio. *Papeles del Psicólogo* 41(2), 106-116. <http://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Franklin, J. C., Huang, X. y Bastidas, D. (2019). Virtual reality suicide: Development of a translational approach for studying suicide causes. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2018.12.013>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2018). *Observatorio del Suicidio en España*. Fundación Salud Mental España. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2018/>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio (s.f.). *Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio*. Fundación Salud Mental España. Consultado el 30 de octubre de 2020. <https://www.fsme.es/>
- Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 27-33.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>

- García-Haro, J., García-Pascual, H., González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2019). ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apuntes de Psicología*, 37(2), 91-100. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/807/532>
- Garza-Sánchez, R.I., Castro Saucedo, L. K., Calderón García, S. A. (2019). Estructura familiar, ideación suicida y desesperanza en el adolescente. *Psicología desde el Caribe*, 36(2), 228-247. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.36.2.616.8>
- Gómez, A. S., Núñez, C., Caballo, V. E., Agudelo, M. P. y Grisales, A. M. (2019a). Predictores psicológicos del riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 27(3), 391-413. <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/12/03.Gomez-27-3oa.pdf>
- Gómez, A. S., Núñez, C., Caballo, V. E., Agudelo, M. P. y Grisales, A. M. (2019b). Riesgo e ideación suicida y su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 54(1), 147-163. <http://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>
- Gómez-Romero, M. J., Limonero, J. T., Trallero, J. T., Montes-Hidalgo, J. y Tomás-Sábado, J. (2017). Relación entre la inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y estrés*, 24(1), 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.007>
- González, S., Pineda, A. y Gaxiola, J. C. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
- Hatkevich, C., Penner, F. y Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry Research*, 271, 230–238. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.038>
- Hong, V., Ewell Foster, C. J., Magness, C. S., McGuire, T. C., Smith, P. K. and King, C. A. (2018). 13 Reasons Why: Viewing Patterns and Perceived Impact Among Youths at Risk of Suicide. *Psychiatric Services in Advance*. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201800384>
- Incaprera, J. (Productor). (2017-2020). Por 13 razones [Serie]. Netflix. <https://www.netflix.com/>
- International Business Machines Corporation. (2012). *IBM SPSS Statistics* (Version 21.0) [software]. Armonk, NY: IBM Corp. <https://idaas.iam.ibm.com/idaas/mtfim/sps/authsvc?PolicyId=urn:ibm:security:authentication:asf:basicldapuser>

- Instituto Nacional de Estadística (30 de octubre, 2020). *Defunciones según la Causa de Muerte. Resultados. Defunciones por suicidio*. [Fichero de datos]. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
- Jacobson, E. (1925). Progressive Relaxation. *The American Journal of Psychology*, 36(1), 73-87. <https://doi.org/10.2307/1413507>
- Jiménez-Sola, E., Martínez-Alés, G., Román-Mazuecos, E., Sánchez-Castro, P., de Dios-Perrino, C., Rodríguez-Vega, B. y Bravo-Ortiz, M. F. (2019). Implementación de un programa de prevención de suicidio en la Comunidad Autónoma de Madrid. La experiencia ARSUIC. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(6), 229-35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7178737>
- Jubilee. (29 de octubre de 2014). Comfortable: 50 People 1 Question [Video]. <https://www.youtube.com/watch?v=f0tEcxLDDd4>
- Lehmann, M., Hilimire, M. R., Yang, L. H., Link, B. G., y DeVlyder, J. E. (2016). Investigating the relationship between self-esteem and stigma among young adults with history of suicide attempts. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(4), 265–270. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000399>
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. (2006). *Boletín Oficial del Estado*, 106, de 04 de mayo de 2006. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-7899-consolidado.pdf>
- López-Cassá, E., Pérez-Escoda, N. y Alegre, A. (2018). Competencia emocional, satisfacción en contextos específicos y satisfacción con la vida en la adolescencia. *Revista de Investigación Educativa*, 36(1), 57-73. <http://dx.doi.org/10.6018/rie.36.1.273131>
- Mamani-Benito, O. J., Brousett-Minaya, M. A., Ccori-Zúñiga, D. N. y Villasante-Idme, K. S. (2018). Emotional Intelligence As Protective Factor In Adolescents With Suicidal Ideation. *Duzary*, 15(1), 39-50. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2142>
- Martínez-Martín, N. (2014). Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(6), 294-299. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70207-0](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70207-0)
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2020). *Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. http://doi.org/10.46995/gpc_481
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/DIFUSION ESTRATEGIA SALUD MENTAL \(accesibilidad\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/DIFUSION ESTRATEGIA SALUD MENTAL (accesibilidad).pdf)

- Mukhra R, Baryah N, Krishan K, Kanchan T. (2019). ‘Blue Whale Challenge’: A Game or Crime? *Science and Engineering Ethic*, 25(1), 285-291. <http://dx.doi.org/10.1007/s11948-017-0004-2>
- Mullarkey, M. C., Marchatti, I. y Beevers, C. G. (2018). Using Network Analysis to Identify Central Symptoms of Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(4), 656-668. <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2018.1437735>
- Navarro, B. (03 de mayo de 2019). *Los suicidios entre adolescentes tras el estreno de “Por 13 razones” subieron un 29%.* La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/series/20190502/461993057400/suicidios-adolescentes-por-13-razones-netflix.html>
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y salud*, 28(1), 25-31. <http://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>
- Neira, H. (2018). Suicide and suicide missions: revisiting Durkheim. *Cinta de Moebio*, 62, 140-154. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2018000200140>
- O’Connor, R. C., y Nock, M. (2014). The psychology of suicide behavior. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Organización Mundial de la Salud. (2000a). *Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generalistas.* https://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2000b). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional.* https://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del suicidio. Recurso para consejeros.* https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.* https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2019a). *Datos y cifras sobre el suicidio: infografía [infografía].* https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2 de septiembre de 2019b). *Suicidio [notas descriptivas].* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2019). *Prevención del Suicidio.*

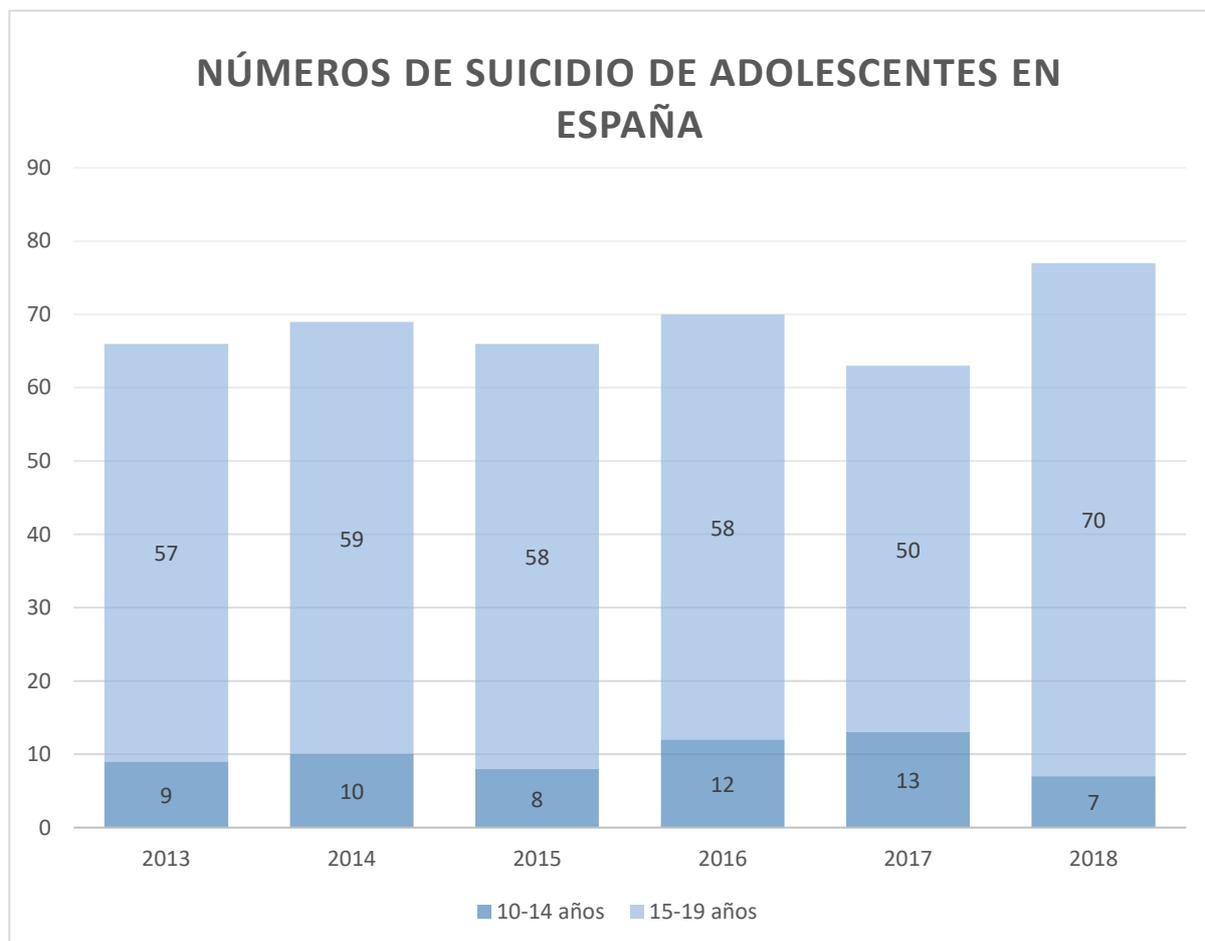
- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328770/9789243516387-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Oto, M., Gutiérrez, M. D., Pérez, B., Goñi, A., Satrustegui, C., Vega, A., Lacasa, M. T., Sainz, E., Echávarri, A. y Villanueva, P. (2014). Protocolo de colaboración interinstitucional. *Prevención y actuación ante conductas suicidas*. Gobierno de Navarra. <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/protocolo-de-colaboracion-interinstitucional-prevencion-y-actuacion-ante-conductas-suicidas/es-502656/>
- Panesso, K. y Arango, M. J. (2017). La autoestima, proceso humano. *Psicología, psicoanálisis y conexiones*, 9(14), 1-9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328507>
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., y Tanner, J. (1974). Suicidal Feelings in the General Population: A Prevalence Study. *The British Journal of Psychiatry*, 124(5), 460-469. <http://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>
- Pecharromán, C. (5 de mayo de 2020). *Las ideas de suicidio aumentan entre los adolescentes durante el confinamiento*. RTVE. <https://www.rtve.es/noticias/20200505/aumentan-ideas-suicidio-entre-adolescentes-durante-confinamiento/2013370.shtml>
- Portal de Transparencia (17 de noviembre de 2020). *Programa de Prevención del Suicidio*. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/programa-prevencion-del-suicidio>
- Proposición no de Ley 161/001743 presentada por el Grupo Parlamentario Mixto, relativa a la creación de un Plan nacional de prevención contra el suicidio. (2017). *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, 144, serie D, de 11 de abril de 2017, 70-71. <http://www.infocoponline.es/pdf/PLANPREVENCIONSUICIDIO.pdf>
- Real Academia Española. (2019). *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). <https://www.rae.es/>
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. (2008). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 17, 19 de enero de 2008. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-979-consolidado.pdf>
- Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Desclée de Brouwer.
- Rodríguez, C. y Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389-403. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4019787>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Rush, A. J. y Beck, A. T. (1978). Cognitive Therapy of Depression and Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201–219. <http://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1978.32.2.201>
- Sáiz, P. A. y Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 1-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.003>
- Sánchez, D., Muela, J. A. y García, A. (2014). Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 277-290. <https://www.ijpsy.com/volumen14/num2/388/variables-psicologicas-asociadas-a-la-ideaci-ES.pdf>
- Sánchez, M., Pérez, E., Mejías, M., López, M. y César, M. A. (2016). Programa educativo para potenciar factores protectores en adolescentes con conducta suicida. *Multimed*, 20(1), 161-171. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/139/189>
- Sánchez, S. (2019). El suicidio: una realidad desconocida. *Revista hispanoamericana de Historia de las Ideas*, 42, 131-139. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6907644>
- Sánchez-Sandoval, Y. y Verdugo, L. (2016). Desarrollo y validación de la Escala de Expectativas de Futuro en la Adolescencia. *Anales de Psicología*, 32(2), 545-554. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.205661>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., y Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-Item version of the revised child anxiety and depression scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 165-178. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4095>
- Sevillano, E. (2016). *13 juegos para fomentar la autoestima en el aula*. El País Economía. https://elpais.com/economia/2016/03/17/actualidad/1458211539_319733.html
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien, sentirse bien*. Descleé Brouwer.
- Stone, D., Holland, K., Bartholow, B., Crosby, A., Davis, S. y Wilkins, N. (2017). *Prevención del suicidio. Paquete técnico de políticas, programas y prácticas*. Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>
- Teismann, T., Forkmann, T., Brailovskaia, J., Siegmann, P., Glaesmer, H. y Margraf, J. (2017). Positive mental health moderates the association between depression and suicide ideation: A longitudinal study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 1-7. <http://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.08.001>

- Tomás-Sábado, J., y Limonero, J. T. (2008, 1 de marzo). *Propiedades psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) en una muestra española* [conferencia]. Interpsiquis, Barcelona, España. <http://psiqu.com/1-3318>
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1), 93-102. <https://doi.org/10.21500/19002386.1197>
- Toro-Tobar, R., Grajales-Giraldo, F. L. y Sarmiento-López, J. C. (2012). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486. <http://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.6>
- Torresi, G. (23 de febrero de 2018). *Facebook ya puede detectar las tendencias suicidas de 2000 millones de usuarios*. La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/tecnologia/20180223/44984830955/facebook-suicidio-prevencion-inteligencia-artificial-instagram.html>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(74), 1-22. <http://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Urta, M. (2017). Bullying, acoso escolar. Definición, roles, prevalencia y propuestas de actuación [Paper]. *SocArXiv Papers*. <http://doi.org/10.31235/osf.io/fxsy3>
- Verdugo, L., Freire, T. y Sánchez-Sandoval, Y. (2018). Las relaciones entre autopercepciones y expectativas futuras: un estudio con preadolescentes españoles y portugueses. *Revista de Psicodidáctica*, 23(1), 39-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psicod.2017.07.005>
- World Health Organization (2017). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-AH!)*. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/
- Xavier, A., Otero, P., Blanco, V. y Vázquez, F. (2019). Efficacy of a problem-solving intervention for the indicated prevention of suicidal risk in young Brazilians: Randomized controlled trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(6), 1-15. <http://doi.org/10.1111/sltb.12568>
- Zafra, S. (2019). Redes sociales para la prevención del suicidio juvenil. *3C TIC. Cuadernos de desarrollo aplicados a las TIC*, 8(2), 54-69. <http://doi.org/10.17993/3ctic.2019.82.54-69>

Apéndices

Apéndice A. Gráfico del número de suicidios de adolescentes (2013-2018)



Nota. Adaptado de *Defunciones según la Causa de Muerte* [Fichero de datos], por Instituto Nacional de Estadística, 2018 (<https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>).

Apéndice B. Modelos explicativos de la conducta suicida

Autores	Teorías	Explicación
Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz (2020)	Modelo de red	El comportamiento suicida se define como la consecuencia de la interacción de la predisposición biológica ante el riesgo de suicidio, los estados mentales del sujeto y la carga de estrés ambiental.
García-Haro, González y García-Pascual (2018)	Modelo Psicoanalítico: Teoría freudiana	El suicidio es explicado como una conducta autodestructiva que la persona se infringe a sí misma por la culpa y ambivalencia que genera la pérdida de un objeto. Este modelo plantea que la persona presenta deseo de morir, de matar y de ser matado.
	Modelo Psicoanalítico: Enfoque relacional	La conducta suicida es causada por la vergüenza y desesperanza que provoca en la persona la imposibilidad de alcanzar la identidad que desea tener.
	Modelo Existencial	El suicidio es considerado como una solución de carácter existencial que lleva a cabo el individuo tras el impedimento de recuperar una pérdida por otros medios, lo que ha generado vacío y desesperanza.
O'Connor y Nock (2014)	Modelo Diátesis-Estrés	La conducta suicida es el resultado de la combinación de factores de vulnerabilidad preexistentes en el individuo que aparecen tras una situación que genera estrés.
	Teoría Interpersonal	La ideación suicida es definida como el deseo que manifiesta la persona cuando percibe que no pertenece a un grupo o conjunto y que siente que es una carga para los demás. Esta ideación suicida, si se mantiene en el tiempo, puede derivar en el comportamiento suicida.
Rocamora (2012)	Teoría biológica	La conducta suicida se relaciona con un estado de depresión y desesperanza que vienen explicados por un déficit serotoninérgico (que puede estar marcado por los genes implicados en la neurotransmisión de la serotonina) y un aumento del cortisol en el eje HPA.
	Teoría sociológica	El suicidio es considerado un problema social. Es la sociedad la que, a través del suicidio de alguno de sus miembros, manifiesta su inconformidad ante ciertos aspectos culturales, sociales, políticos o económicos, entre otros. De esta forma, se distinguen cuatro tipos de personas que cometerían suicidio en función a su integración social: el suicida egoísta, el anómico, el altruista y el fatalista.
Toro-Tobar, Grajales-Giraldo y Sarmiento-López (2012)	Modelo cognitivo	La conducta suicida vendría determinada por la tríada cognitiva negativa, la cual provoca que la persona interprete la realidad en función a las distorsiones cognitivas que presenta. Estas distorsiones favorecen que se mantengan los esquemas o representaciones que la persona hace sobre sí mismo, los otros y el mundo, los cuales vienen determinados por un <i>modo</i> suicida.

Nota. Elaboración propia

Apéndice C. Documento informativo para centros escolares

PROGRAMA VALORAR-T

En el presente documento se informa de las características y el contenido del programa de prevención del suicidio Valorar-T, el cual tendrá lugar en el centro educativo _____.

Según las cifras recogidas por el Instituto Nacional de Estadística, los números de suicidio en población adolescente han aumentado en los últimos años, siendo la franja de edad de 15 a 29 años los que más han visto reflejado dicho aumento. Además, los adolescentes presentan mayor riesgo de ideación o llevar a cabo conductas suicidas debido al momento evolutivo en el que se encuentran, donde prima la impulsividad, la inestabilidad emocional y múltiples cambios de tipo hormonal y físico, entre otros. Por ello, se ha decidido implantar el programa Valorar-T, donde los menores recibirán estrategias y herramientas para aumentar los factores que los protejan de estas conductas autolesivas. Será llevado a cabo por la Psicóloga Sanitaria Laura Rastrollo Sasal.

El programa tendrá una duración de dos meses en los que los participantes acudirán al centro educativo una vez por semana, tras acabar la jornada escolar. En cada sesión se llevarán a cabo actividades de tipo grupal con los siguientes objetivos: mejorar la autoestima, potenciar la educación emocional, aumentar las habilidades de solución de problemas, desarrollar el pensamiento crítico, mejorar la toma de decisiones, sensibilizar a los menores en relación al suicidio y las alternativas que presenta, así como acerca de los factores de riesgo, potenciar la cohesión grupal con otros significativos de su entorno, detectar las señales de suicidio en otros compañeros, disminuir el riesgo de presentar conductas autolesivas e ideación suicida, reducir el riesgo de estar involucrado en dinámicas de *bullying* o *ciberbullying*, disminuir la ansiedad y depresión en los adolescentes y reducir la impulsividad. Además, se propone trabajar sobre los riesgos que entrañan las redes sociales, debido a que son un medio ampliamente utilizado por los menores.

Les animo a todos y a todas a autorizar a sus hijos/as a participar en Valorar-T, dicha participación será de tipo voluntario. Para la realización del programa se incluirán menores de edad de 13 a 16 años que dispongan de redes sociales.

En las próximas semanas, tanto ustedes como los alumnos/as, serán informados/as con mayor detalle de la programación de Valorar-T.

Apéndice D. Documento informativo y autorización para menores, progenitores y/o tutores legales

Figura D1

Documento informativo para progenitores y/o tutores legales

PROGRAMA VALORAR-T

La adolescencia es un periodo donde abundan los cambios de tipo físico, hormonal y emocional, entre otros, donde priman la impulsividad y el inadecuado control emocional, por lo que el trabajo en recursos y herramientas que favorezcan a los menores la gestión de dichos cambios parece relevante en estas edades. Además, las redes sociales están presentes en el día a día de los adolescentes, siendo de gran importancia para ellos. La gran variedad de perfiles, las políticas de privacidad y otros peligros que pueden encontrarse en Internet, hace que los jóvenes se muestren más vulnerables ante un uso inadecuado de las mismas.

Con este documento, se invita a los adolescentes a participar en un programa preventivo del riesgo de suicidio en adolescentes, Valorar-T, con el objetivo de ofrecer herramientas que favorezcan la salud mental positiva de los menores, realizando trabajo en aumento de la autoestima, en habilidades de solución de problemas, educación emocional con un fuerte trabajo sobre la regulación emocional, aumento de la cohesión social de los participantes. Se propone, además, trabajar en torno a los riesgos que pueden derivarse del uso de las redes sociales. Con ello se pretende disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva que pueden aparecer en los menores, disminuir la posibilidad de estar involucrado en situaciones de estrés escolar y amentando sus estrategias para la gestión del mismo.

El programa Valorar-T tiene una duración aproximada de dos meses, en los que los participantes deben acudir al centro escolar _____, un día a la semana, en horario de ___ a ___, durante siete semanas.

El programa no tiene ningún coste económico y es realizado la psicóloga sanitaria Laura Rastrollo Sasal. Para la participación en el programa, es imprescindible tener entre 13 y 16 años, estar matriculado en algún curso de Educación Secundaria Obligatoria y disponer de cualquier tipo de red social.

Si su hijo/a quiere, de forma voluntaria, participar en el programa, y usted le autoriza, previo al comienzo del mismo, se contactará con usted para que el menor realice unas pruebas de forma telemática. A través de un *link* enviado al *email* facilitado a continuación, su hijo/a contestará a un total de 40 preguntas sobre cómo se percibe a sí mismo, la satisfacción que presenta ante distintas áreas de su vida, su estado anímico y sus expectativas respecto del futuro, todo ello de forma anónima. Cabe mencionar que, para evaluar la eficacia del programa se propone contactar con ustedes de nuevo, al finalizar el curso académico, para que su hijo/a complete de nuevo las pruebas facilitadas telemáticamente.

A continuación, encontrarán un documento informativo dirigido a los menores, así como dos autorizaciones que deben firmar tanto usted como su hijo/a, manifestando su conformidad con la participación de éste en el programa *Valorar-T*.

Nota. Elaboración propia

Figura D2

Autorización para progenitores y/o tutores legales

AUTORIZACIÓN PARA PROGENITORES Y/O TUTORES LEGALES

D./D^a _____, con DNI _____, en mi condición de _____ (indíquese: padre/madre/tutor legal) del menor, por medio de la presente, se compromete a informar y facilitar este documento a D./D^a _____, con DNI _____, en su condición de _____ (indíquese: padre/madre/tutor legal) de D./D^a _____, con DNI nº _____, con objeto de autorizarle a participar en el programa *Valorar-T*.

El incumplimiento de dicho compromiso podrá dar lugar a la correspondiente reclamación, por vulneración del derecho al ejercicio de la patria potestad del progenitor no informado en la intervención.

Manifiesto que:

- He leído y comprendido la información
- Autorizo a que mi hijo/a realice las pruebas al comienzo del programa y al finalizar el curso académico
- Autorizo que mi hijo/a acuda una vez por semana al centro escolar fuera del horario lectivo para la realización del programa
- Autorizo a que los datos recogidos puedan ser utilizados para fines de investigación

Datos de contacto:

E-mail: _____

Teléfono: _____

Los datos de carácter personal serán tratados de forma confidencial, pudiendo ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición a través de un escrito a la dirección electrónica la.rastrollo.2019@alumnos.urjc.es, en base al artículo 8 del RDL 1720/2007, de 21 de diciembre. Asimismo, sus datos personales serán eliminados tras la finalización del programa *Valorar-T*.

Para que así conste a los efectos oportunos, y en prueba del compromiso asumido ante la Psicóloga Laura Rastrollo, firma el presente documento en _____ a ____ de _____ del _____.

FDO.:

Nota. Adaptado de *Compromiso de Información entre Progenitores* [PDF], por Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana, 2015 (https://www.copcv.org/db/cke_uploads/files/Modelo%20de%20compromiso%20entre%20progenitores.pdf). Todos los derechos reservados [2021] por Col·legi Oficial de Psicologia de la Comunitat Valenciana.

Figura D3

Documento informativo y autorización para menores de edad

TE INVITAMOS A VALORAR-T

Te invitamos a participar en el programa Valorar-T que se realizará en tu centro escolar durante los meses de enero y febrero. En grupos de 6 a 10 chicos y chicas de los cursos de 2º, 3º y 4º de la ESO, nos juntaremos hacer diferentes actividades, ver vídeos y charlar sobre los temas que más os preocupen. Todas las actividades serán llevadas a cabo por una psicóloga.

El objetivo de Valorar-T es que aprendas habilidades que te ayuden a enfrentarte a las situaciones estresantes y complicadas que se presentan en el día a día, así como estrategias que aumenten la valoración que tienes sobre ti mismo. Sabemos que la adolescencia es un periodo complicado, donde se producen muchos cambios y nos sentimos, muchas veces, incapaces de afrontar todos esos cambios. Por ello, a través de este programa, queremos enseñarte técnicas que te ayudarán a gestionar estas situaciones y te harán sentirte mejor.

Para participar, sólo tienes que rellenar el consentimiento que aparece a continuación. La participación es voluntaria y buscamos a chicos y chicas que tengan entre 13 y 16 años y tengan un perfil en alguna red social. El programa tendrá una duración de siete sesiones, realizadas una vez a la semana, tras la finalización de las clases. Además, antes de comenzar, tendréis que contestar unas preguntas con sinceridad, de forma anónima. Si participas en el programa, serás contactado antes de que acabe el curso para rellenar, de nuevo, unas preguntas sobre vosotros.

AUTORIZACIÓN PARA MENORES

D./D^a _____, con DNI nº _____, deseo participar en el programa *Valorar-T*.

Manifiesto que:

- He leído y comprendido la información
- Voluntariamente, deseo participar en el programa *Valorar-T*

Los datos de carácter personal serán tratados de forma confidencial, pudiendo acceder, cancelar, rectificar y oponerse a los mismos a través de un escrito a la dirección electrónica la.rastrollo.2019@alumnos.urjc.es, en base al artículo 8 del RDL 1720/2007, de 21 de diciembre. Asimismo, sus datos personales serán eliminados tras la finalización del programa *Valorar-T*.

En _____ a ____ de _____ del 2022

FDO.:

Nota: Elaboración propia.

Apéndice E. Primera sesión. “Mi gran virtud”: juego participativo

El juego participativo de elaboración propia que se realizará en esta primera sesión ha sido denominado “*Mi gran virtud*” y tendrá una duración de 40 minutos. Previo a la realización del mismo, la psicóloga encargada del programa preparará el aula retirando pupitres y sillas para crear un espacio diáfano donde los menores puedan moverse.

Descripción de la actividad

Los adolescentes distribuidos en forma circular por el aula tendrán que presentarse con una actividad en la que destaque, un objeto que le guste o una cualidad positiva que les describa, en lugar de con su nombre. Esta palabra, será denominada la virtud de cada menor. Asimismo, tras mencionar esta palabra, los participantes deberán decir cuáles son sus intereses futuros, qué quieren hacer en el futuro, en quién quieren convertirse. De esta forma se propone que los jóvenes comiencen a conocerse, favoreciendo la cohesión grupal de los mismos. La psicóloga que realizará las sesiones participará de la misma forma en la actividad, favoreciendo la participación de los menores.

Instrucciones de la actividad

Los participantes deberán recordar la presentación del resto de compañeros, en concreto, la palabra con la que se han definido ya que, tras acabar la presentación de todos los jóvenes, y con ayuda de una pelota facilitada por la persona encargada de la actividad, los menores deberán trabajar con dichas palabras. El juego consiste en que la persona que tenga la pelota debe pensar, de forma rápida, en la virtud de otro de sus compañeros, y pasársela impulsándola con los pies mientras menciona la palabra con la que dicho participante se ha definido.

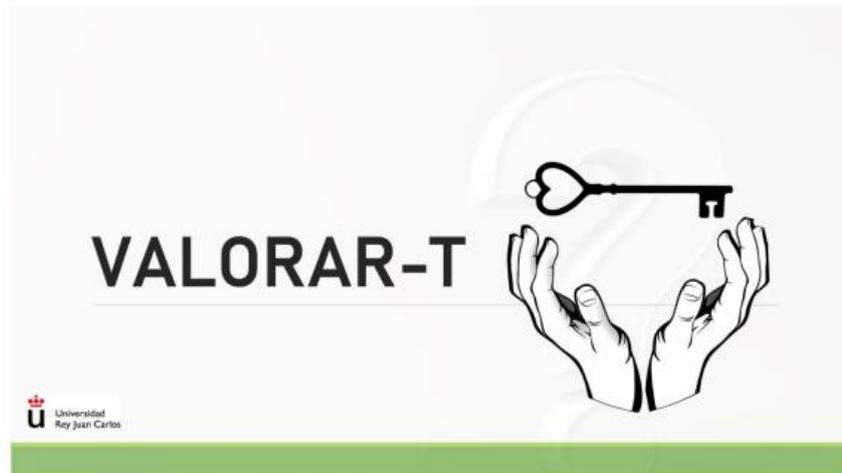
Se ha propuesto, además, aumentar la dificultad del juego para favorecer el dinamismo y el trabajo en atención de los adolescentes. Para ello, en el caso de que alguno de los participantes no recuerde la virtud de la persona a la que desea enviar la pelota, las reglas cambiarían, debiendo decir la virtud de la persona que les ha pasado la pelota, en lugar del receptor de la misma.

Apéndice F. Primera sesión. “Valorar-T”: presentación de *Power Point*

La presentación que se muestra a continuación es de elaboración propia, obteniendo las imágenes de una plataforma de dominio público, *Pixabay*¹.

Figura F1

Presentación Valorar-T. Diapositiva 1



Buenas tardes, chicos y chicas, ahora vamos a hablar de lo que vamos a hacer los días que nos juntemos.

¹ *Incréibles imágenes gratis para descargar* [Página Web], de Pxabay, s.f. (<https://pixabay.com/es/>). Imágenes de Dominio Público.

Figura F2*Presentación Valorar-T. Diapositiva 2*

Programa Valorar-T



7 semanas



Universidad
Rey Juan Carlos





1 hora y media



Universidad
Rey Juan Carlos

**Psicólogos Clínicos de
la Universidad Rey Juan
Carlos**



Como sabéis, este programa se llama Valorar-T, tendrá una duración de 7 semanas y nos juntaremos una vez a la semana. Cada sesión tendrá una duración de 1 hora y media. Además, en todas las sesiones os acompañará una psicóloga de la Universidad Rey Juan Carlos. Durante el programa haremos actividades en grupo y juegos, como el que acabamos de hacer, veremos vídeos y hablaremos en torno a temas como las redes sociales, las emociones y la autoestima. ¿Qué esperáis de este programa? ¿qué os gustaría que incluyese?

Figura F3

Presentación Valorar-T. Diapositiva 3

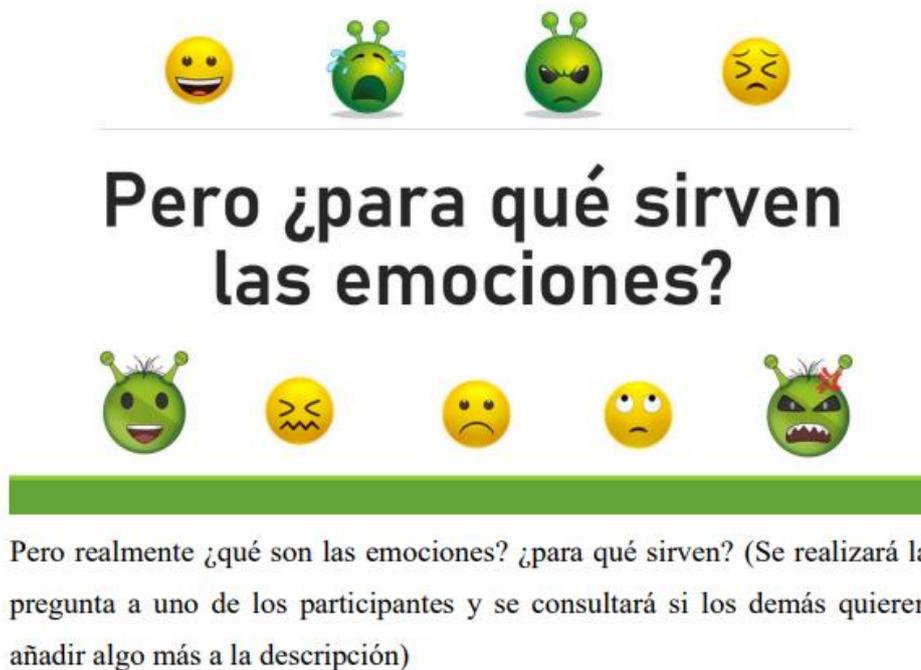
La adolescencia



- 12-22 años**
- Periodo de cambio**
- Sentimientos muy intensos**
- Conflictos de carácter emocional**



La adolescencia es un periodo de muchos cambios, de tipo físico, hormonal y emocional, entre otros, donde buscamos nuestra propia identidad separándonos en gran medida de nuestras figuras de autoridad. Este periodo comienza aproximadamente a los 12 años y finaliza cuando la persona tiene 22/24 años. En este momento, se producen múltiples conflictos de carácter emocional ya que los sentimientos y las emociones cobran gran intensidad en este periodo evolutivo. Debido esta elevada intensidad, muchas veces somos incapaces de gestionar adecuadamente nuestras emociones, generando cambios de humor. ¿Alguno de vosotros se siente identificado con esta inestabilidad emocional?

Figura F4*Presentación Valorar-T. Diapositiva 4*


Pero ¿para qué sirven las emociones?

Pero realmente ¿qué son las emociones? ¿para qué sirven? (Se realizará la pregunta a uno de los participantes y se consultará si los demás quieren añadir algo más a la descripción)

Figura F5*Presentación Valorar-T. Diapositiva 5*


Las emociones

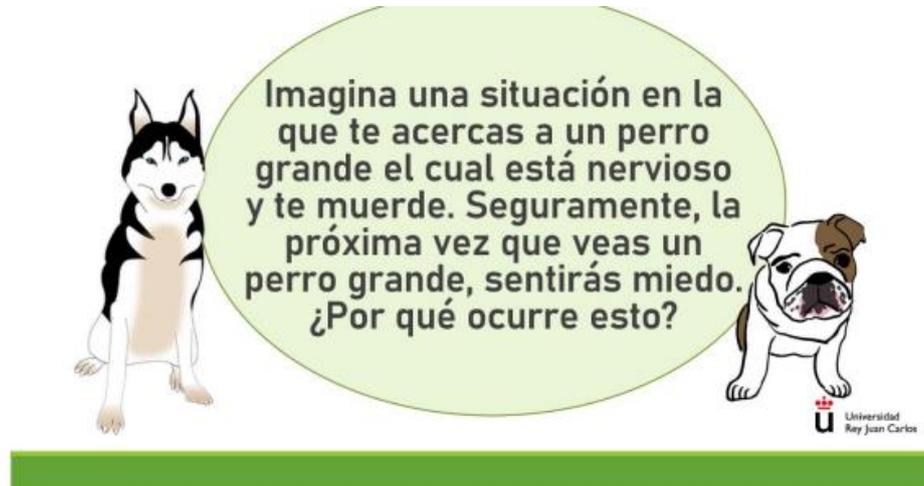
¿Cuál es la función de las emociones?

Universidad Rey Juan Carlos

Las emociones son respuestas de nuestro organismo ante diferentes situaciones y circunstancias. Éstas tienen una función específica que es informarnos de cómo afecta a nuestro cuerpo lo que estamos viviendo en un momento determinado. Las emociones, por lo tanto, son una especie de “notificación” de nuestro cerebro que nos avisa, nos informa de lo que está ocurriendo. ¿Pero para qué nos sirve realmente esta información?

Figura F6

Presentación Valorar-T. Diapositiva 6



Imagina una situación en la que te acercas a un perro grande el cual está nervioso y te muerde. Seguramente, la próxima vez que veas un perro grande, sentirás miedo. ¿Por qué ocurre esto? (Se realizará la pregunta a uno de los participantes y se animará a los demás a que ofrezcan su opinión)

Figura F7

Presentación Valorar-T. Diapositiva 7



Efectivamente, nuestro cerebro recuerda lo que ha ocurrido otras veces en una situación parecida a la que estamos viviendo y nos avisa de que podemos estar ante un peligro. Este aviso nos previene de acercarnos al peligro, nos hace separarnos de ese perro por si vuelve a mordernos. A raíz de esto, nos damos cuenta de que las emociones han sido uno de los factores que han asegurado la supervivencia del ser humano, avisándole de los peligros a los que se enfrenta.

Figura F8

Presentación Valorar-T. Diapositiva 8



Ahora, imagina una conversación delicada que hayas tenido por alguna red social, ¿qué ha ocurrido? ¿os habéis podido entender al 100%? (Se realizará la pregunta a uno de los participantes y se animará a los demás a que ofrezcan su opinión)

Figura F9

Presentación Valorar-T. Diapositiva 9



Como habéis dicho, es muy complicado mantener una conversación por escrito porque a veces malinterpretamos lo que la otra persona nos quiere transmitir. Las emociones nos facilitan la comunicación con otras personas a través del lenguaje no verbal. Los gestos y las expresiones que tiene una persona cuando hablamos con ella nos informa de cómo se siente con esa conversación, qué piensa.

Figura F10

Presentación Valorar-T. Diapositiva 10



Por último, quiero que penséis en algún momento en el que estuvieseis disfrutando de lo que hacíais, quizás un deporte, algún dibujo que os quedase muy bien, alguna actividad en la que destaquéis. ¿Cuál ha sido el resultado? (Se realizará la pregunta a uno de los participantes y se animará a los demás a que ofrezcan su opinión)

Figura F11

Presentación Valorar-T. Diapositiva 11

😞 **Las emociones** 😊




¿Cuál es la función de las emociones?

- Supervivencia
- Comunicación
- Motivación





Muchos de vosotros habéis dicho que obtenéis un resultado muy positivo. Esto ocurre porque emoción y motivación están estrechamente relacionadas. Cuando nos sentimos bien, satisfechos, contentos haciendo alguna actividad, estamos más motivados para hacerla, ponemos un mayor empeño en el resultado y mayor dedicación.

Figura F12

Presentación Valorar-T. Diapositiva 12



Todos habréis oído hablar de las 6 emociones básicas: alegría, miedo, tristeza, asco, sorpresa e ira. Sin embargo, estas no son las únicas emociones que podemos sentir, sino que la mezcla de estas emociones básicas, darían lugar a más emociones de tipo secundario. Algunas de estas emociones son: la culpa, la vergüenza, los celos, el desprecio... ¿Creéis que sois capaces de identificar cuando sentís estas emociones? (Se realizará esta pregunta a todos los participantes para que pueda, voluntariamente, responder quien lo desee)

Las emociones son muy rápidas, aparecen en un momento determinado y, a pesar de su intensidad, son pasajeras, acaban desapareciendo. Las emociones son como los fenómenos meteorológicos, algunos tienen una gran intensidad como los tornados, la lluvia intensa, pero no duran para siempre. Como dice el refranero español “nada dura para siempre”.

Figura F13*Presentación Valorar-T. Diapositiva 13*

Gestión de las emociones

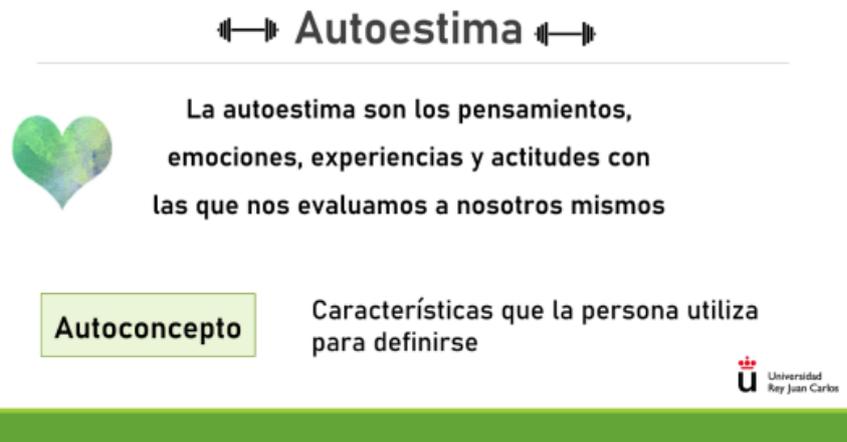
- Identificación
- Atención a la información que nos ofrecen
- Reevaluar la situación



Como decíamos antes, muchas veces sentimos con gran intensidad y eso nos impide actuar adecuadamente o “pensar con claridad”. Para que esto no nos ocurra, para poder gestionarlas de la manera adecuada, debemos, en primer lugar, identificar las emociones. Esta identificación no sólo es importante que la hagamos sobre nosotros mismos, sino que es de gran relevancia que podamos saber qué es lo que sienten otras personas, ponernos en sus zapatos. La empatía favorece que seamos capaces de ponernos en el lugar de otra persona cuando tenemos un problema, por ejemplo, pudiendo de esta forma reevaluar la situación. Además, la información que nos ofrecen las emociones es muy útil, como acabamos de ver, por lo que es importante que prestemos atención a dicha información. Con todos los datos que obtenemos de las emociones podemos evaluar la situación y valorar las diferentes estrategias o soluciones que podemos realizar para cambiarla. A lo largo de las semanas que nos juntemos, veremos algunas técnicas de regulación emocional que podréis usar en vuestro día a día.

Figura F14*Presentación Valorar-T. Diapositiva 14*

Además, en estas sesiones hablaremos de la autoestima como se comentaba al inicio. Pero ¿qué es la autoestima? (Se realizará la pregunta a dos participantes y se consultará si el resto opina del mismo modo)

Figura F15*Presentación Valorar-T. Diapositiva 15*

La autoestima son los pensamientos, emociones, experiencias y actitudes con las que nos evaluamos a nosotros mismos. Esta valoración puede ser positiva, obteniendo una alta autoestima, o negativa, la cual indicaría una baja autoestima.

Este concepto, además, se relaciona con el autoconcepto, que son las características, los adjetivos, que una persona utiliza para definirse. La definición que hagamos sobre nosotros mismos afecta en gran medida a cómo nos vemos y nos valoramos.

Figura F16

Presentación Valorar-T. Diapositiva 16



La autoestima puede fluctuar a lo largo de nuestra vida en función a la distancia que haya entre cómo consideramos que somos y cómo queremos ser. El cómo queremos ser depende de nuestras metas y objetivos y se relaciona en gran medida con las expectativas que tenemos sobre el futuro. Por su parte, nos valoramos a nosotros mismos en función a nuestras experiencias, por cómo enfrentamos las situaciones difíciles y estresantes; en función a cómo nos relacionamos con los demás, a nuestras relaciones con la familia, con nuestros amigos, con otros compañeros; y, sobre todo, en función a cómo nos vean los demás, a la imagen que nos devuelven sobre nosotros mismos.

Figura F17*Presentación Valorar-T. Diapositiva 17*

Autoestima

¿Cómo aumentamos nuestra autoestima?



- Metas realistas
- Diario de cosas positivas
- Escribir las cosas positivas que uno piensa sobre sí mismo
- Realizar actividades que nos gusten





Pero ¿cómo podemos aumentar nuestra autoestima? En primer lugar, es importante ponerse metas realistas para disminuir la distancia entre cómo nos vemos y cómo queremos ser. Si nos ponemos unas metas inalcanzables, nunca podremos llegar a la altura de nuestras expectativas, no pudiendo disfrutar de una alta autoestima.

Para aumentar nuestra autoestima podemos hacer diferentes actividades: podemos hacer un diario de cosas positivas donde cada día anotemos, al menos, tres cosas positivas que nos hayan ocurrido en el día; también, podemos escribir las cosas positivas que pensemos sobre nosotros mismos y leerlas siempre que lo necesitemos; además, es importante que hagamos actividades que nos gusten a diario, con las que disfrutemos y con las que aumentemos nuestra motivación.

Aunque aquí tenéis algunas ideas que podéis utilizar para aumentar vuestra autoestima, a lo largo del programa iremos aprendiendo otras herramientas.

Figura F18

Presentación Valorar-T. Diapositiva 18



Otro de los conceptos en torno a los que vamos a trabajar es el *bullying*. ¿Alguien sabe lo que es? El *bullying* o acoso escolar son las acciones físicas o psicológicas que un alumno/a comete contra otro/a en repetidas ocasiones y con pretensión de hacer daño. El menor que recibe estas conductas se encuentra en un estado de indefensión, siendo incapaz de reaccionar ante la situación por el miedo intenso que siente.

Cabe destacar que, es normal tener miedo en una situación así, sin embargo, es muy importante que los profesores o progenitores conozcan esta situación para poder remediarla. El acoso escolar es un delito y, como delito, es denunciabile. El *bullying* no es un juego, es una conducta que genera muchas consecuencias negativas en el alumno/a, tanto de tipo físico, como emocional y psicológico.

Debéis saber que, está tan mal hecho quien realiza estas conductas como quien las mira y se ríe con ellas o alienta a otros a que las hagan. Cuando conozcas una situación de acoso, debes acudir a tu tutor o al orientador escolar para pedir ayuda. A veces, pedir ayuda es muy complicado, por ello, las personas que lo hacen son muy valientes.

Figura F19

Presentación Valorar-T. Diapositiva 19



Redes sociales

- Cyberbullying
- Privacidad
- Suplantación de identidad
- Edad
- Suicidio



También hablaremos de las redes sociales. Vivimos pegados a nuestros móviles y las redes son algo muy importante en nuestras vidas. Las redes sociales son uno de los elementos que media también en la autoestima, ya que, de forma instantánea, podemos obtener la información de cómo nos ven los demás a través de publicaciones y comentarios. Frente a la multitud de beneficios que nos ofrece Internet, también encontramos grandes peligros. ¿A alguien se le ocurre alguno de los peligros que pueden encontrarse en las redes? (Se realizará la pregunta a uno de los menores y se consultará si el resto está de acuerdo). Al igual que existe el acoso escolar en el aula, existe el acoso a través de las redes, siendo un medio que facilita esta conducta debido a la distancia del agresor con la víctima. Cuando no podemos ver cómo se siente la otra persona y no nos ponemos en su lugar, es mucho más fácil poder hacerle daño. Algunos de los peligros que se encuentran en las redes son: el ciberbullying, la falta de conocimiento en torno a los ajustes de privacidad, la suplantación de identidad, el uso de las redes sin contemplar los límites de edad y retos que han llevado a distintos usuarios al suicidio. Existen otros muchos peligros en las redes, pero ¿sabíais que existían todos estos peligros? Cuando usáis Internet, ¿los tenéis en cuenta? (Se preguntará a todos los menores por su opinión y experiencia personal).

Figura F20*Presentación Valorar-T. Diapositiva 20*

Retos en redes sociales



- Crear redes sociales del programa Valorar-T
- Crear *post* sobre los aprendizajes que hayamos obtenido en cada sesión
- Proponer retos semanales o *challenges* que otros adolescentes puedan hacer en las redes



Como las redes sociales se han vuelto tan importantes en nuestro día a día, os queremos proponer una idea para el programa. Crearemos redes sociales en las distintas redes sociales con el nombre Valorar-T. En cada sesión, reservaremos un tiempo para subir publicaciones que contengan información sobre la que hemos trabajado ese día. Además, podéis proponer retos semanales para que otros adolescentes hagan como: esta semana debes escribir, antes de acostarte, tres cosas positivas que te hayan ocurrido; o esta semana debes decirles a tres personas que conozcas las cosas positivas que piensas de ellas. ¿Qué os parece esta idea?

Apéndice G. Primera sesión. “Retos en redes”: perfiles en redes sociales

Previo a la finalización de la primera sesión, se propondrá a los participantes crear redes sociales en las plataformas *Instagram* y *Facebook* con el mismo nombre del programa. A través de estos perfiles, los menores podrán proponer retos al final de cada sesión del presente programa de intervención y publicarlos en redes sociales. Estos “retos” deberán consistir en la realización de alguna actividad o un mensaje publicado que se base en la salud mental positiva de los adolescentes, así como en el tema de la sesión trabajada en ese día. En esta primera sesión, se pondrán algunos ejemplos sobre posibles retos para que los participantes puedan comprender en mejor medida la finalidad de los mismos. Estas publicaciones serán supervisadas por la psicóloga orientadora encargada en la realización de las sesiones y tendrán que ser consensuadas por todos los adolescentes del programa, trabajando de esta forma el trabajo en equipo y la toma de decisiones.

Algunos ejemplos de estos retos son: “Si ves esto tienes que escribir tres cosas positivas que te hayan pasado cada día durante la próxima semana”, “esta semana tienes que decirles a tres personas que conozcas las cosas positivas que pienses de ellas”, “dedica un día para hacer algo que te guste con una persona con la que quieras compartirlo”.

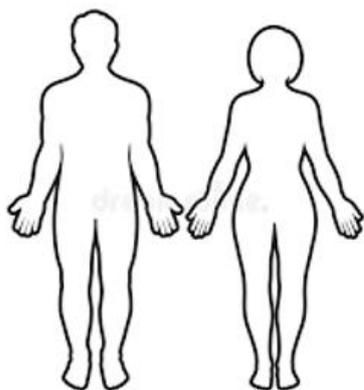
Se propone que esta actividad se repita en los últimos 20 minutos de cada sesión con el objetivo de generalizar las herramientas y estrategias protectoras del riesgo de suicidio a otros adolescentes que no se encuentren, necesariamente, participando en el programa.

Apéndice H. Segunda sesión. “¿Qué siento cuando siento?”: identificación emocional

En la segunda sesión, denominada “Tumbando barreras”, se propone el trabajo en educación emocional. En primer lugar, se propone la realización de una actividad práctica en la que se facilitará a los participantes un dibujo de la silueta de una persona (Figura H1), la cual aparece a continuación, y varios lápices de colores. En esta actividad, “Imagina que...” a través de distintas situaciones breves que se ilustrarán a los jóvenes se les preguntará qué emociones sienten, siempre que deseen compartirlas con el resto y se orientará a que escojan el color que relacionan con dicha emoción y coloreen la parte del cuerpo que vinculen con la misma. Se propondrá de la misma forma que los participantes puedan escoger una figura geométrica para representar dicha emoción. Esta actividad tendrá una duración de 30 minutos.

Figura H1

Cuerpo humano



Nota. *Silueta del esquema de un hombre y de una mujer en un fondo blanco* [imagen], de Dreamstime, s.f. (<https://es.dreamstime.com/silueta-del-esquema-de-un-hombre-y-una-mujer-en-fondo-blanco-image129922644>). Imágenes de Dominio Público.

Situaciones para presentar:

1. Te levantas por la mañana, es jueves, el día del examen de lengua. Miras la hora y ves que son las 11:00 de la mañana. El examen comienza a las 11:30 y no ha sonado tu despertador. Llevas estudiando 3 semanas para este examen y te sabes todo el contenido.
2. Has conseguido llegar al examen y crees que te ha salido bien. Cuando sales del instituto, tu mejor amigo/a te dice que lleva toda la mañana escribiéndote porque ayer por la noche discutió con su pareja y tú no le has contestado. Te dice que le has fallado y que no quiere hablar más contigo porque no le apoyas.

3. Llegas a casa y le cuentas a tus padres lo que ha pasado con tu mejor amigo/a, pero ellos parecen estar pensando en otras cosas y mantienen una conversación de forma paralela. Intentas hacer que te escuchen, pero sólo consigues que te contesten: “seguro que mañana se le pasa”.
4. Estás en tu cuarto. Te pones la música que más te gusta en los cascos y comienzas a hacer tu actividad favorita (leer, cantar, dibujar, jugar a la consola).
5. De repente, la ventana que estaba abierta hace que la puerta golpee con un gran estruendo sobre el marco de la misma.
6. Al día siguiente, hablas con tu mejor amigo/a y parece que las cosas entre los dos se arreglan. Os reís juntos de lo que ha pasado y volvéis juntos/as a clase. La profesora dice que ya tiene los exámenes corregidos y has sacado un 9. Habías estudiado mucho y te has esforzado.

Se han seleccionado estos encuentros que pueden darse en la vida de los participantes y con los que se propone que relacionen con distintos estados emocionales. Tras cada situación presentada, se preguntará a los menores qué emoción sentirían si se encontrasen en dicha situación, así como la manifestación fisiológica de dicha emoción. Se orientará a que, en una parte de la hoja, vayan escribiendo la emoción que han seleccionado con el color que creen que la representen.

Para trabajar todas las emociones y, dado que los menores pueden sentir diferentes reacciones emocionales en una misma situación, se propondrá que los menores presenten otro tipo de eventos en los que sientan alguna de las emociones básicas (ira, miedo, tristeza, alegría y asco) que no han recogido en su hoja. De esta misma forma, se preguntará a aquellos menores que no hayan participado en la actividad sobre situaciones que les hayan generado culpa, vergüenza o autoconfianza para que todos los menores puedan representarlas también en sus hojas. Se han seleccionado estos estados emocionales, además de las 5 emociones básicas, debido a que se relacionan en gran medida con la dimensión social del individuo, debido a que surgen en la relación con los demás. La psicóloga que realice la actividad recogerá las situaciones que proponen los participantes para el debate que se realizará en la segunda parte de la sesión.

Apéndice I. Segunda sesión. “Imagina que...”: debate

En esta segunda parte de la sesión, “Imagina que...”, se propone trabajar con las mismas situaciones que se han contemplado en la actividad anterior. Esta actividad tendrá una duración de 40 minutos. En esta ocasión, se pretende que los menores desarrollen la gestión de los distintos estados emocionales, pudiendo evaluar y valorar sus reacciones y estrategias de afrontamiento ante situaciones similares que han vivido.

Para ello, se repetirán las situaciones 1, 2, 3 y 5 de la actividad anterior preguntando posteriormente a los participantes qué harían ellos para solventar la situación problema. Se incluirán así mismo, las situaciones que hayan propuesto los adolescentes y que generen emociones desagradables. A forma de debate, se preguntará a un participante al azar cuál cree que sería la mejor situación y por qué para que, posteriormente, el resto de los compañeros pueda opinar sobre si es una solución adecuada o si creen que se podría hacer algo mejor. La psicóloga encargada de la actividad moderará el debate dando turnos de palabra a los participantes y regulando las respuestas de los mismos. Además, en esta actividad y, con las respuestas que vayan ofreciendo los participantes, se pretende psicoeducar en relación a la empatía, poniéndose en el lugar de otros protagonistas de la historia y la asertividad, como una forma adecuada de comunicar el malestar.

Apéndice J. Tercera sesión. “Hay una carta para ti”: juego participativo

En la tercera sesión, “Sentirse bien” se propone el trabajo con los participantes en torno a la autoestima a través de una actividad práctica, denominada “Hay una carta para ti”, con una duración de 30 minutos. Esta actividad ha sido recogida de la propuesta que realiza Sevillano (2016) sobre juegos para fomentar la autoestima en el aula.

Descripción de la actividad

Se repartirá un folio a cada alumno que deberá identificarlo con la virtud que seleccionó en la primera sesión del programa. En este papel los menores deberán ir haciendo una lista de las virtudes del resto de sus compañeros. De esta forma, cada participante podrá observar que todas las personas somos diferentes y que, a pesar de tener defectos que podemos cambiar o mejorar, también tenemos muchas virtudes y cualidades que el resto de las personas consideran importantes.

Instrucciones de la actividad

Los participantes deberán escribir en un folio, previamente repartido, tres cualidades en las que consideren que destacan y un defecto que quieran cambiar sobre ellos mismos. Estos folios, serán intercambiados posteriormente entre los alumnos debiendo escribir otras virtudes o cualidades que destaquen del resto de sus compañeros, no incluyendo más defectos. Al finalizar la actividad, cuando todos los menores hayan acabado de escribir las virtudes de sus compañeros, el folio será regresado de nuevo a la persona que lo identificó al comienzo de la actividad. Se pedirá que, voluntariamente, el menor que lo desee pueda leer sus virtudes al resto de compañeros, así como el defecto que ha incluido que quiere modificar.

Al finalizar la actividad se consultará con los menores si ellos sabían que tenían todas las cualidades que han recogido el resto de los compañeros y se preguntará cómo se sienten.

Apéndice K. Tercera sesión. “Si pudieras cambiar algo de tu cuerpo, ¿Qué cambiarías?”: psicoeducación en torno a la autoestima

Se propone la psicoeducación de los participantes sobre la autoestima mediante la visualización de *Comfortable: 50 People 1 Question* (Jubilee, 2014), un vídeo en el que preguntan a personas de todas las edades: “Si pudieras cambiar algo de tu cuerpo, ¿Qué cambiarías?”. En la proyección se aprecia cómo los adolescentes y los adultos responden a esta pregunta con una parte de su cuerpo que les genera cierto rechazo o malestar, debido en la mayoría de los casos, a situaciones en las que otras personas les han ofendido por esta parte de su cuerpo. Frente a estas respuestas, se observa cómo los niños de menor edad quieren modificar partes de su cuerpo para adquirir nuevas habilidades, como una cola de sirena, unas orejas puntiagudas o tener piernas de guepardo. Este vídeo resulta muy interesante ya que, si los más pequeños pudiesen realmente hacer esas modificaciones, seguramente serían victimizados por otros de su entorno debido a esta diferencia.

Según Rodríguez y Caño (2012), la autoestima, en este periodo evolutivo, aumenta o disminuye en función a los éxitos y fracasos que se producen en distintas situaciones, los cuales influyen de forma determinante en su motivación; basando dichos éxitos a los logros de tipo personal en los varones, y basados en la aprobación de otros significativos en las mujeres. Esta aprobación puede ser reflejada en el físico de los adolescentes, resultando de gran peso la opinión de otros compañeros en cuanto al cuidado de su cuerpo. Por ello, se ha visto relevante el uso de este vídeo, mostrando a los menores que, en la gran parte de ocasiones, las cosas que rechazamos de nosotros mismos son aquellas que previamente han rechazado otras personas.

Tras la proyección, se preguntará a los menores qué conclusiones han obtenido guiándoles a través de estas preguntas si los jóvenes no participan lo esperado:

- ¿Cuál crees que es la diferencia entre los niños y los más mayores?
- ¿Por qué los adultos y los jóvenes quieren modificar partes de su cuerpo?
- ¿Qué parte de vuestro cuerpo desearíais cambiar? ¿por qué?
- ¿Las partes que no nos gustan de nuestro cuerpo, suelen ser las que el resto critica? ¿por qué?
- ¿Qué les ocurriría a esos niños si se hicieran las modificaciones que quieren?
- ¿Alguien ha escuchado lo que ha dicho al final del vídeo la mujer de edad avanzada? ¿qué opináis sobre ello?

Apéndice L. Cuarta sesión. “Actuar, pensar y sentir”: presentación de *Power Point*

La presentación que se muestra a continuación es de elaboración propia, obteniendo las imágenes de una plataforma de dominio público, *Pixabay*².

Figura L1

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 1



Buenas tardes, chicos y chicas. Hoy vamos a ver si existe relación entre actuar, pensar y sentir. ¿Creéis que se relacionan de alguna manera?

Figura L2

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 2



Recuerda una situación en la que estuvieses triste por algo, ¿en qué pensabas? (Se realizará la pregunta a uno de los participantes y se comprobará si el resto de los compañeros opinan igual. Asimismo, se animará a los adolescentes a que, de forma voluntaria, alguien cuente dicha situación).

² Increíbles imágenes gratis para descargar [Página Web], de Pixabay, s.f. (<https://pixabay.com/es/>). Imágenes de Dominio Público.

Figura L3

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 3

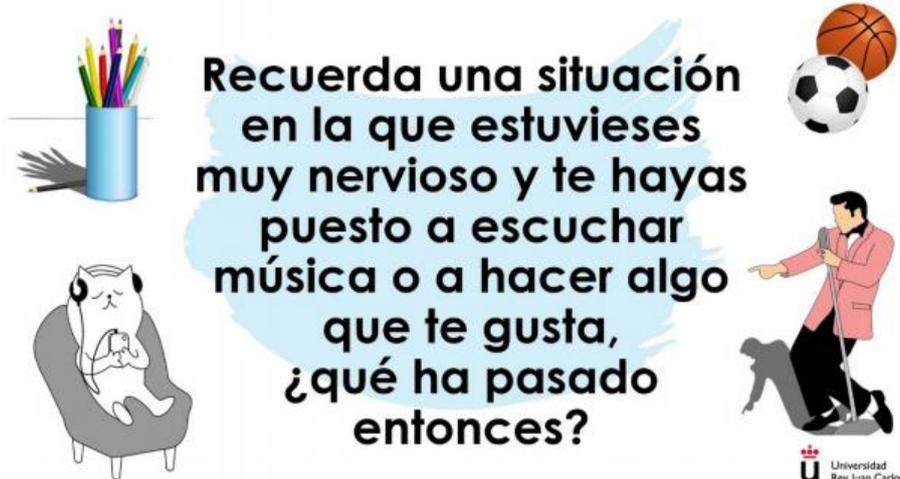
**¿Por qué
nuestros
pensamientos
se relacionan
con nuestras
emociones?**



¿Por qué nuestros pensamientos se relacionan con nuestras emociones? (A modo de debate, se intentará que los participantes trabajen el pensamiento crítico y ofrezcan su opinión al resto de compañeros).

Figura L4

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 4



Recuerda una situación en la que estuvieses muy nervioso y te hayas puesto a escuchar música o a hacer algo que te gusta, ¿qué ha pasado entonces? (Se realizará la pregunta a uno de los participantes y se comprobará si el resto de compañeros opinan igual. Asimismo, se animará a los adolescentes a que, de forma voluntaria, alguien cuente dicha situación).

Figura L5

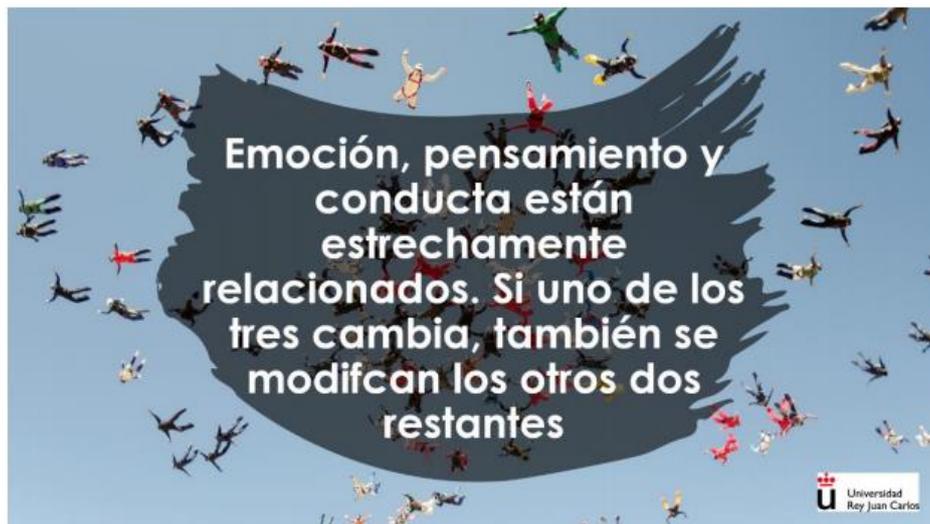
Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 5



¿Por qué nuestras acciones se relacionan con nuestras emociones? (A modo de debate, se intentará que los participantes trabajen el pensamiento crítico y ofrezcan su opinión al resto de compañeros).

Figura L6

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 6



Como hemos visto en los casos anteriores que han contado vuestros compañeros, emoción, pensamiento y conducta están estrechamente relacionados, por lo que, si modificamos uno de estos tres factores, los otros dos restantes también se verán modificados. Por ello, cuando tenemos emociones o pensamientos que nos generan malestar, podemos modularlos haciendo alguna actividad, por ejemplo, algo que nos relaje.

Figura L7

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 7



Aquí, podéis ver de qué forma se relacionan estos tres conceptos. Un evento o situación determinados generan unos pensamientos que se relacionan con lo que nos acaba de pasar. Dichos pensamientos generan unas consecuencias en nosotros, las cuales pueden ser de tipo emocional o conductual. En función a qué tipo de pensamiento tengamos, este ciclo puede repetirse constantemente, provocando un gran peso en nosotros. Vamos a ver un ejemplo para entenderlo mejor.

Figura L8

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 8

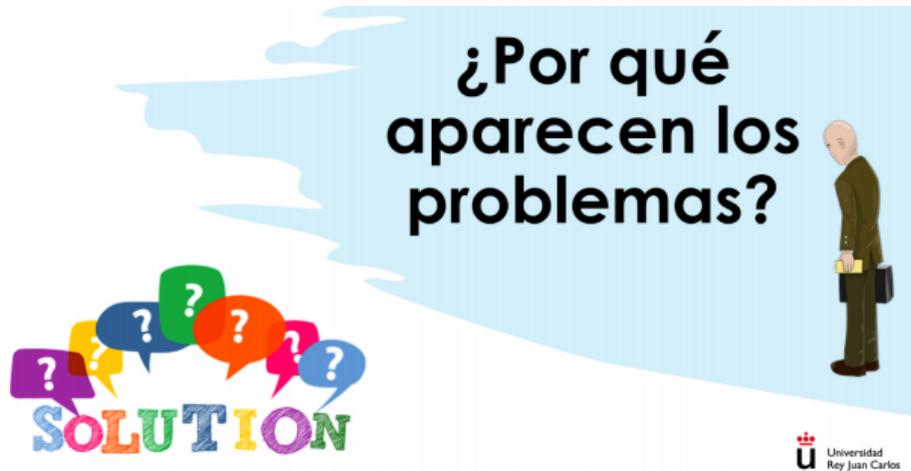


Por ejemplo, he suspendido un examen. Es un temario que llevaba estudiando varias semanas y que me ha costado mucho comprender, por ello, pienso que ningún esfuerzo que haga pueda ser suficiente para aprobar. Este pensamiento puede tener determinadas consecuencias: emocionalmente, me voy a sentir defraudado conmigo mismo, enfadado, triste e, incluso, puedo sentir que no valgo para nada. Estas emociones que acompañan al pensamiento de “soy tonto, nunca aprobaré”, provocarán que la próxima vez que tenga un examen, decida no estudiar, ya que pensaré que no voy a ser capaz de aprobar.

Como podéis intuir en este caso, si no estudio para el siguiente examen, también lo suspenderé, por lo que volverán a aparecer esos pensamientos y, por lo tanto, de nuevo, las mismas consecuencias.

Figura L9

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 9



Pero ¿por qué aparecen realmente los problemas? (A modo de debate, se intentará que los participantes trabajen el pensamiento crítico y ofrezcan su opinión al resto de compañeros).

Figura L10

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 10



Los problemas aparecen porque elegimos hacer algo con demasiada rapidez, sin pensar las consecuencias que puede tener tanto para nosotros como para las demás personas de nuestro entorno. ¿Se os ocurre algún ejemplo? Por ejemplo, cuando estamos haciendo un examen y estamos muy nerviosos, el profesor comienza a dar las instrucciones del mismo, y muchas veces nos lanzamos a seguir la primera instrucción sin escuchar el resto, lo que nos puede penalizar, tanto en el tiempo como en la nota final.

Figura L11

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 11



¿Por qué aparecen los problemas?

- Actuar sin pensar
- Las emociones nos dominan

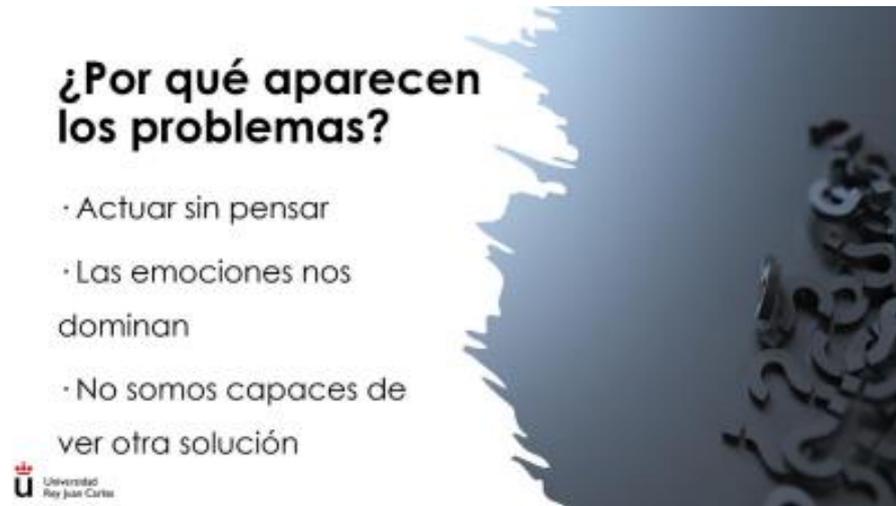


The slide features a dark background on the right side with a silhouette of a brain. The text is white and positioned on the left side of the slide.

En segundo lugar, hay emociones que son muy intensas y que nos impiden tomar decisiones acertadas. ¿Se os ocurre algún ejemplo? Cuando estamos muy enfadados, a veces decimos cosas que realmente no pensamos y culpamos a que lo “hemos dicho en caliente”, sin embargo, si realmente pensásemos qué queremos transmitir, evitaríamos el daño que puede sentir la otra persona cuando decimos cosas que realmente no pensamos.

Figura L12

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 12



¿Por qué aparecen los problemas?

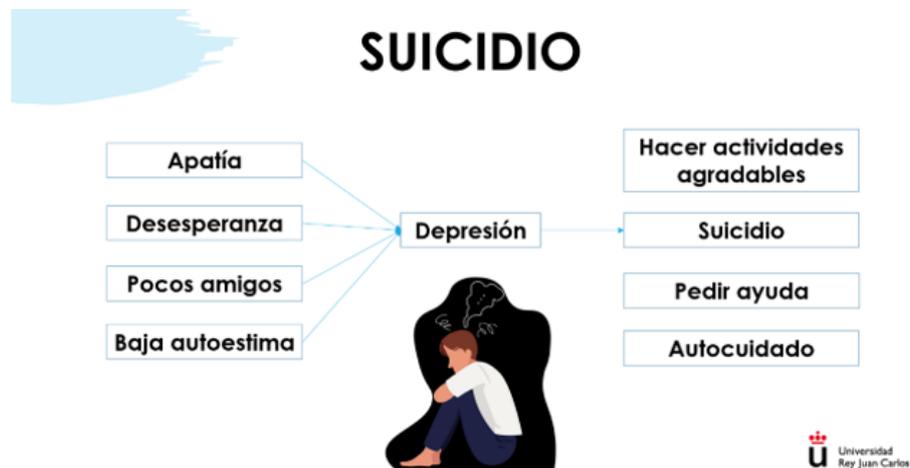
- Actuar sin pensar
- Las emociones nos dominan
- No somos capaces de ver otra solución

 Universidad Rey Juan Carlos

En tercer lugar, hay veces que no somos capaces de ver la solución a nuestros problemas porque nos aferramos a ideas o creencias entorno a dicha incapacidad. ¿Se os ocurre algún ejemplo? Como pasaba en el ejemplo que hemos visto antes, el chico que suspende un examen piensa que es tonto y que nunca va a poder aprobar. Esta persona se puede aferrar a esta idea y cuando estudia lo único que piensa es que no es capaz de hacerlo. Esto puede generar que este chico nunca estudie y, por lo tanto, no apruebe los exámenes. Seguramente, si hace una planificación de su estudio, con tiempo suficiente, o pide ayuda a algún compañero o profesor, podría aprobar, sin embargo, el pensamiento de que es incapaz de hacerlo, le impide ver estas soluciones.

Figura L13

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 13



A veces, las personas no son capaces de ver la solución a los problemas, pero eso no quiere decir que no existan otras alternativas. Por ejemplo, una persona que presente depresión, es decir, que no tenga esperanza por lo que puede pasar en un futuro, que tenga poco apoyo emocional y que tenga baja autoestima; puede pensar que la única forma de solucionar los problemas que presenta sea acabar con su vida, ya que, de esta forma, dejará de sufrir.

Sin embargo, como decíamos, que la persona no pueda ver en ese momento otras posibles soluciones, no quiere decir que no las haya. Esta persona, habrá elegido una solución permanente, la muerte, a problemas temporales que pueden arreglarse con las indicaciones adecuadas. En este caso, la persona con depresión puede optar por otras opciones que le van a ayudar a sentirse mejor, como hacer actividades agradables, pedir ayuda a profesionales que puedan apoyarle y hacer conductas de autocuidado.

Figura L14

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 14



Pero claro, cuando aparecen estos problemas y somos incapaces de ver cuál es la solución, ¿qué podemos hacer?, ¿cómo podemos controlarlo?

Figura L15

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 15

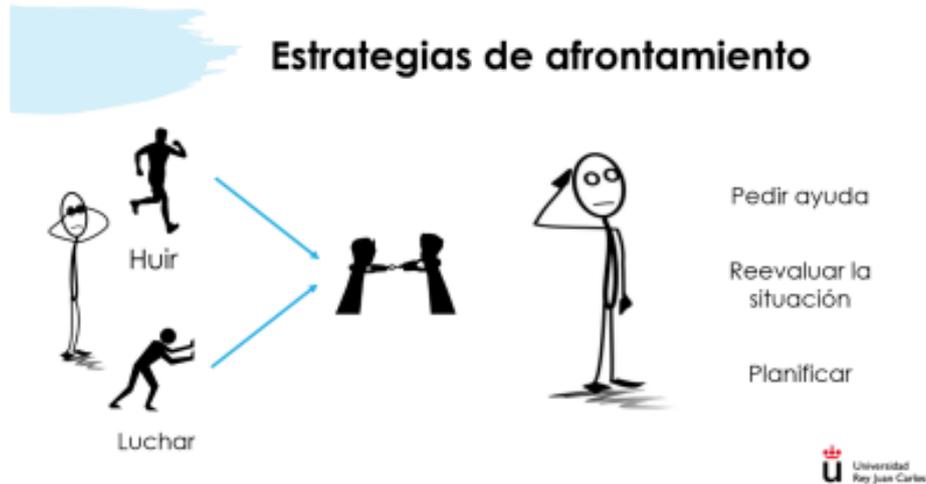


Cuando no vemos la solución a nuestros problemas y eso nos provoca utilizar estrategias inadecuadas para afrontarlo. En la situación que hemos visto antes de suspender un examen, el alumno no sabe qué hacer para aprobar, y como le genera un gran malestar decide huir o evitar pensar en esa situación. Si evita constantemente pensar en cómo aprobar o en hacer un examen, seguirá suspendiendo, encadenándole de nuevo al pensamiento de “soy tonto, nunca aprobaré”.

Puede que este alumno decida luchar contra esta situación y este pensamiento, creyendo entonces que la profesora le tiene manía y que no se merece esa nota. A partir de ese momento, este alumno acudirá desganado a clase y, seguramente, cuando estudie para el siguiente examen pensará “para qué voy a estudiar, la profesora me tiene manía y me volverá a suspender”, encadenándole de la misma forma a que vuelva a repetirse el ciclo.

Figura L16

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 16



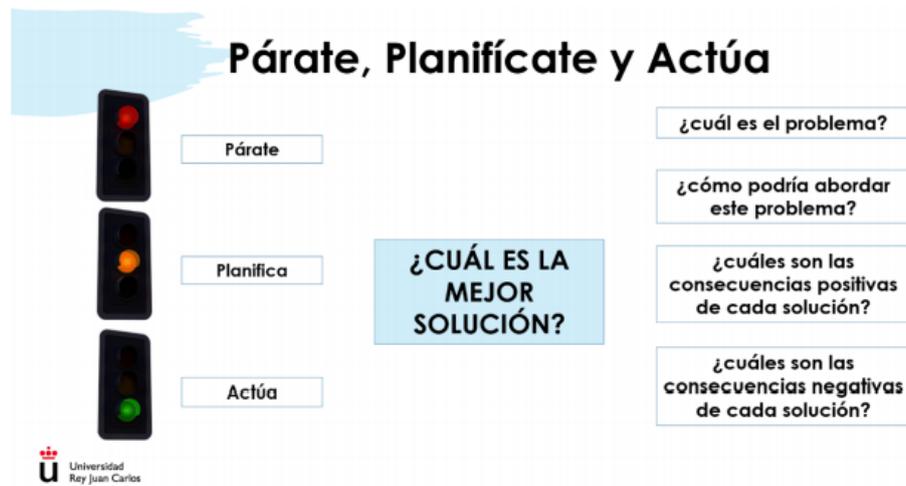
Pero, entonces, ¿qué podemos hacer? En esta situación, el alumno podría hablar con su profesor y preguntarles a qué áreas tiene que dedicar más tiempo en su estudio o pidiéndole alguna tutoría para que le explique de nuevo los contenidos del examen en los que tenga dudas. También, puede pedir ayuda a algún compañero que comprenda el temario y haya obtenido una buena nota.

Es importante reevaluar de nuevo la situación cuando nuestro malestar se haya calmado. En este caso, el examen era sobre una asignatura que le costaba mucho comprender y, aunque haya destinado mucho tiempo a estudiarla, puede que no lo haya hecho de la forma adecuada y los contenidos del examen no estuviesen asentados.

En la próxima ocasión, debido a que es una materia difícil, sería positivo que se planificase a través de un calendario u horario en el que se organice el estudio. De esta forma, podrá estudiar el contenido del examen semanas antes del mismo, pudiendo preguntar a su profesor, en caso de tener dudas, antes de la realización del mismo.

Figura L17

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 17



Muchas veces, la planificación de lo que queremos decir o hacer es lo que hace que aparezcan los problemas. Por ello, antes de tomar ninguna decisión, cuando aparezca un problema, debemos seguir estas estrategias.

En primer lugar, podemos pensar que los pasos para resolver ese problema son como un semáforo. Un problema nos indicaría que el semáforo está en rojo, que debemos parar y pensar qué vamos a hacer. Posteriormente, cuando valoramos las distintas alternativas, el semáforo cambia a ámbar, un camino intermedio a la solución del problema. Esta planificación es muy importante porque es la que garantizará el éxito de la solución que propongamos.

Debemos analizar cuál es exactamente el problema y qué opciones tenemos para abordarlo, valorando las consecuencias positivas y negativas tanto a corto como a largo plazo. Con toda la información que hemos obtenido, es entonces cuando podemos responder a la pregunta de ¿cuál es la mejor solución? La puesta en marcha de la misma nos indicaría que podemos continuar, dado que el semáforo cambiaría a color verde. ¿Alguno conocía esta estrategia? ¿qué estrategias soléis utilizar vosotros?

Figura L18

Presentación Actuar, pensar y sentir. Diapositiva 18



Ahora chicos, vamos a hacer un ejercicio que podéis usar cuando queráis en vuestro día a día. Este ejercicio se llama relajación progresiva y consiste en ir tensando y destensando los distintos grupos musculares de nuestro cuerpo. Esto nos permite que, en otras situaciones en las que tengamos mucha tensión, como en momentos de ansiedad, podemos identificar qué nos ocurre y realizar esta relajación para reducir esos niveles de ansiedad y nerviosismo. Cuando queráis hacer este ejercicio debéis tener en cuenta que: debe ser en un lugar tranquilo, donde puedas sentarte o tumbarte, con una temperatura adecuada y evitando distracciones. ¿Alguien ha hecho este ejercicio antes?

Apéndice M. Cuarta sesión. “3, 2, 1”: relajación progresiva

En la segunda parte de esta cuarta sesión, se propone la realización del entrenamiento en relajación muscular progresiva (Stallard, 2008, pp. 192-196). De los 40 minutos reservados para la realización de la actividad “3, 2, 1”, se utilizarán 15 minutos para la preparación del aula y la explicación de la actividad a los menores.

Explicación de la actividad

Se expondrá a los participantes que, debido a la relación explicada en la primera parte de la sesión entre emoción, pensamiento y conducta, haciendo determinadas actividades podemos cambiar o modular nuestras emociones y, por tanto, nuestras cogniciones. La relajación es un método por el cual, gracias a ejercicios de tensión y distensión se puede, en primer lugar, anticipar otras situaciones en las que físicamente se manifieste una elevada tensión muscular, como en casos de estrés y ansiedad, y, en segundo lugar, regular dicho estrés y ansiedad pudiendo reducir los síntomas manifestados en pocos minutos. Asimismo, se animará a los menores a ayudar en la preparación del aula previo al comienzo de la relajación (Stallard, 2008, pp. 192-196).

Para la preparación del aula se separarán los pupitres y se amontonarán las sillas en una pared de la habitación pudiendo disponer de un espacio diáfano. Se administrará una colchoneta para cada participante, previamente desinfectada, para que los menores puedan tumbarse en el suelo para la realización de la actividad. Por último, se apagará la luz del aula para convertirla en un ambiente más tranquilo.

Instrucciones de la actividad

Se dirá a los menores que, cuando quieran realizar ellos, de forma autónoma, la relajación, deberán encontrarse en un lugar tranquilo, con temperatura agradable, evitando distracciones; que deberán encontrarse sentados o tumbados en un lugar cómodo; y que, cuando tensen los músculos, deben notar la tensión, pero sin hacerse daño. Se explicará a los menores que tendrán que seguir los pasos e instrucciones que irá diciendo la psicóloga orientadora encargada de la realización de la actividad, tensando los grupos musculares durante cinco segundos y relajándolos después, repitiendo cada paso dos veces.

1. Ponte cómodo y cierra los ojos.
2. Nota tu respiración, como entra el aire en tu cuerpo, cómo recorre tus pulmones, y cómo sale lentamente.

3. Comenzamos por la cara. Vamos a arrugar la frente todo lo que podamos, impulsándola con las cejas hacia arriba, como si estuviésemos muy sorprendidos. Aguantamos un poco más en esa posición (cronometrar cinco segundos) y relajamos. Notamos que ya no hay nada de presión en nuestra frente, nos sentimos más calmados.
4. Repetir el punto 3 de nuevo.
5. Ahora, cerramos los ojos con fuerza, notando la presión, pero sin hacernos daño, como si no quisiésemos ver absolutamente nada de la luz que dejan entrar los párpados. Aguantamos un poco más en esa posición (cronometrar cinco segundos) y relajamos. Notamos la gran presión que han tenido nuestros ojos durante todo el día, lo cansados que estaban.
6. Repetir la instrucción 5.
7. Arrugamos la nariz con fuerza, como si algo que estuviésemos oliendo, oliere muy, pero que muy mal. Aguantamos un poco más en esa posición (cronometrar cinco segundos) y relajamos. Notamos como la nariz, los pómulos y toda la cara se van relajando poco a poco, cada vez sentimos menos tensión.
8. Repetir el punto 7.
9. Apretamos los labios, uno contra el otro, como si fuésemos a dar un beso muy fuerte a alguien que queremos mucho. Aguantamos un poco más en esa posición (cronometrar cinco segundos), apretamos bien los labios, y relajamos. Notamos el cosquilleo de la sangre que riega nuestro cuerpo en los labios, ahora relajados.
10. Repetir la instrucción 9.
11. Subimos los hombros hacia arriba, intentando que toquen nuestras orejas. Recuerda, notando la presión, pero sin hacernos daño. Subimos y tensamos los hombros notando la gran presión que soportan durante todo el día. Aguantamos un poco más en esa posición (cronometrar cinco segundos) y relajamos. Sentimos cómo el cuello y los hombros recogen mucha de la tensión que vamos acumulando y sentimos cómo ahora nos encontramos más calmados.
12. Repetimos el punto 11.
13. Ahora, vamos a tensar las manos. Imaginamos que tenemos un limón pequeño en cada mano y que queremos sacarle todo el jugo que tiene, notando la presión en el puño. Aguantamos un poco más en esa posición (cronometrar cinco segundos) y relajamos. Notamos cómo se comienzan a relajar, no sólo nuestras manos, sino también los brazos, que ahora acompañan a los hombros.
14. Repetimos la instrucción 13.

15. Tensamos nuestro estómago. Intentamos sacar toda la tripa que podamos hacia fuera, notando la presión como si alguien nos empujase desde la parte de debajo de la espalda, las lumbares. Aguantamos un poco más en esa posición (cronometrar cinco segundos) y relajamos. Notamos cómo se desinfla poco a poco nuestro estómago hasta que vuelve a su posición inicial, relajado, calmado.
16. Repetimos el punto 15.
17. Ahora vamos a tensar el trasero. Apretamos fuertemente el culete, notando la presión de ambas nalgas. Aguantamos un poco más en esa posición (cronometrar cinco segundos) y relajamos. Notamos la tensión que tenía nuestro trasero después de estar todo el día sentados en una silla.
18. Repetimos la instrucción 17.
19. Tensamos las piernas, las apretamos fuertemente contra el suelo, notando la presión, pero sin hacernos daño. Aguantamos un poco más en esa posición (cronometrar cinco segundos) y relajamos.
20. Repetimos el punto 19.
21. Ahora vamos a tensar los pies. Con los pies hacia arriba, bajamos las puntas contra el suelo, tratando de tocarlo. Aguantamos un poco más en esa posición (cronometrar cinco segundos) y relajamos.
22. Repetimos la instrucción 21.

Al final de la actividad se preguntará a los menores cómo se encuentran y si han percibido algún cambio en la tensión de su cuerpo. Se animará a los menores que, tras los cambios percibidos, puedan usar esta herramienta en otras situaciones de su vida en las que se encuentren tensos o con una gran activación emocional, asimismo, se recomendará que lo realicen una vez al día para, poco a poco, facilitar la relajación de una forma más rápida.

Apéndice N. Quinta sesión. “Objetivo conseguido”: juego cooperativo

Se distribuyen unos papeles que se pondrán los adolescentes en la espalda para que no puedan ver cuál les corresponde. En esos papeles, estarán dibujadas formas geométricas de distintos colores. En función del número de participantes se realizará una preparación u otra.

- Para 6 participantes: se dibujarán dos cuadrados, uno azul y otro rojo, tres círculos, en azul, morado y verde, respectivamente, y un triángulo rojo.
- Para 7 participantes: se dibujarán tres cuadrados, azul, verde y rojo, tres círculos, en azul, morado y verde, respectivamente, y un triángulo rojo.
- Para 8 participantes: se dibujarán dos cuadrados, uno azul y otro rojo, tres círculos, en azul, morado y verde, respectivamente, un triángulo rojo y dos rombos, uno morado y otro rojo.
- Para 9 participantes: se dibujarán tres cuadrados, azul, verde y rojo, tres círculos, en azul, morado y verde, respectivamente, un triángulo rojo y dos rombos, uno morado y otro rojo.
- Para 10 participantes: se dibujarán tres cuadrados, azul, verde y rojo, tres círculos, en azul, morado y verde, respectivamente, un triángulo rojo y tres rombos, morado, verde y rojo.

Se ha diseñado “Objetivo conseguido” con el objetivo de que los menores tengan que, a través de la puesta en común y el trabajo en equipo, logren encontrar una solución al ejercicio. Este juego, no tiene una única forma de ganar o completar los grupos, si no que pueden decidir hacer los grupos por la forma de las figuras, sus colores u otras relaciones que surjan en el transcurso de la actividad.

Instrucciones de la actividad

Cada uno de los menores, tendrá un papel en la espalda con una figura de un color diferente, el cual no podrá ver, pero el resto de compañeros/as sí. Los participantes no podrán hablar entre ellos y, con la información que obtengan de los papeles del resto de menores, deberán formar tantos grupos como ellos crean y quieran. La finalidad del ejercicio es que los jóvenes acaben formando dichos grupos por mediación de gestos u otros recursos que encuentren, teniendo que hacer uso de las habilidades de solución de problemas y de la comunicación no verbal.

Apéndice O. Quinta sesión “Recapitulando”: debate

Se preguntará a los participantes en torno a cómo se han sentido al no poder comunicarse con la palabra en la actividad anterior, qué estrategias han utilizado para realizar dicha comunicación y cómo han resuelto la actividad. Se pretende que, con este debate, los menores se percaten de la importancia de comunicar adecuadamente las cosas para obtener soluciones eficaces y rápidas a un problema, así como la necesidad de trabajar en equipo dado que uno no puede ver el papel que desempeña por sí mismo.

Asimismo, es importante mencionar que la actividad se ha diseñado de tal forma en la que siempre queda una figura geométrica sin pareja o un color sin grupo. Este elemento se utilizará en el debate para preguntar a esa persona cómo se ha sentido al no estar en ningún grupo dado que, como se ha mencionado anteriormente, esa persona no sabe a qué grupo correspondería. Si los menores no participan de la forma prevista en el debate, se han diseñado algunas preguntas para que la psicóloga facilitadora de la actividad pueda facilitar dicha participación:

- ¿Cómo os habéis sentido?
- ¿Ha sido fácil no hablar para hacer los grupos? ¿Qué es lo que más te ha costado de la actividad?
- ¿Por qué es tan difícil llegar a una solución sin poder hablar con los demás?
- ¿Habrías hecho los grupos de otra manera?
- ¿Quién ha tomado la decisión de cómo hacer los grupos? ¿Todos estabais de acuerdo?
- ¿Por qué se ha quedado una persona sin grupo?
- ¿Cómo creéis que se puede sentir esta persona? ¿Por qué?
- ¿Habitualmente pasa esto con vuestros compañeros de clase?
- ¿Quién decide estar o no en un grupo? ¿Por qué?

Con estas preguntas se propone que los menores comiencen a desarrollar un pensamiento crítico en relación a la socialización y los problemas que se pueden encontrar como la presión de grupo, la necesidad de ser parte de un grupo mayor, seguir a los líderes y ser víctima de un rechazo social, entre otros. En base a las respuestas que los menores vayan proporcionando, la psicóloga orientadora realizará psicoeducación sobre estos conceptos, facilitando la comprensión de los mismos por los menores gracias a ejemplos que han aparecido en la actividad anterior.

Apéndice P. Sexta sesión. “¿Qué encontramos en las redes sociales?”: debate

Se propone desarrollar el pensamiento crítico en los adolescentes mediante psicoeducación sobre las redes sociales con el objetivo de prevenir posibles retos y actividades que los menores encuentren a través de estos medios. Se realizará un debate con los adolescentes presentado como “¿Qué encontramos en las redes sociales?”, con una duración de 40 minutos, donde los participantes podrán exponer su experiencia en Internet y los riesgos que creen que pueden tener las redes. Este debate se realizará de forma libre por lo que los menores podrán dirigirlo hacia los temas que más les preocupen o interesen, sin embargo, la psicóloga que se encarga de dirigir la sesión deberá atender a la participación de todos los jóvenes presentes en el taller. Asimismo, en el caso de que la participación no sea suficiente para la continuación del debate, se podrán proponer algunas preguntas a los participantes:

- ¿Cuáles son los riesgos que tienen las redes sociales?
- ¿Cuándo empezaste a usar redes sociales?
- ¿Cuántas redes tienes?
- ¿Tienes tus perfiles privados?
- ¿Alguna vez te has creado un perfil falso?
- ¿Conoces a alguien que haya tenido algún problema en las redes? ¿Qué ocurrió?
- ¿Alguna vez ha contactado contigo alguien que no conocías? ¿Qué haces cuando esto pasa?
- ¿Tus padres saben que las redes sociales que tienes? ¿Conocen su contenido?
- ¿Qué contenido crees que no debes subir nunca a redes sociales? ¿Por qué?
- ¿Crees que puede tener alguna consecuencia el contenido que subes a las redes?
- ¿Alguien sabe lo que es el *grooming*? ¿y el *ciberbullying*?
- ¿Pondrías una foto tuya en un lugar público a la vista de todas las personas, como por ejemplo un centro comercial?
- ¿Dejarías que cualquier persona conociera cosas de tu vida?
- ¿Tienes varios perfiles en las redes sociales?
- ¿Conoces a todas las personas que tienes agregadas en redes?

Apéndice Q. Sexta sesión. “Siempre puedes elegir”: psicoeducación sobre redes sociales

En “Siempre puedes elegir” se mostrará a los participantes dos vídeos realizados por la Agencia Española de Protección de Datos, llamados “En este partido nos la jugamos” (AEPD, s.f.a) y “El peligro de las redes sociales” (AEPD, s.f.b). Aunque la visualización de ambos vídeos no supera los 12 minutos, se ha propuesto dedicar un tiempo mayor para comentar con los participantes qué les ha parecido el vídeo y qué opinan sobre ello. La duración total de la actividad, por lo tanto, será de 30 minutos.

En el primer vídeo, “En este partido nos la jugamos” (AEPD, s.f.a), como se muestra en la Figura Q1, se explica una situación de *ciberbullying* de forma detallada, aportando psicoeducación sobre la prevención del mismo. El segundo vídeo, “El peligro de las redes sociales” (AEPD, s.f.b), expone una situación de *grooming*, uno de los peligros que existen en las redes sociales por la cual, un adulto, se hace pasar por un menor para obtener algún tipo de contenido, habitualmente fotos o vídeos. En este segundo también se incluyen recomendaciones sobre cómo prevenir la exposición a los riesgos de la red, sobre todo, en relación la privacidad.

Tras la visualización se ofrecerá a los menores dos recursos de ayuda para saber cómo debemos usar las redes sociales de un modo adecuado. Estos recursos son dos páginas *web*, “Tú decides en Internet” y “Pantallas amigas”, dos propuestas donde se recoge información sobre los peligros que se pueden encontrar en la red tanto para adolescentes como para progenitores y/o tutores legales.

Figura Q1

En este partido nos la jugamos



Nota. AEPD (s.f.a).

Apéndice R. Séptima sesión. “Suicidio, ese gran tabú”: presentación de *Power Point*

La presentación que se muestra a continuación es de elaboración propia, obteniendo las imágenes de una plataforma de dominio público, *Pixabay*³.

Figura R1

Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 1



Buenas tardes, chicos y chicas, hoy vamos a hablar del suicidio, un tema tabú en nuestra sociedad.

Figura R2

Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 2



¿De qué hablamos cuando decimos conducta suicida? (Se realizará la pregunta a los participantes para que aporten ideas entre todos). ¿Las autolesiones son conducta suicida? ¿Y planificar el suicidio?

³ *Incréibles imágenes gratis para descargar* [Página Web], de Pxabay, s.f. (<https://pixabay.com/es/>). Imágenes de Dominio Público.

Figura R3

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 3



La conducta suicida incluye otros conceptos que han sido definidos en base a dos criterios: el deseo de morir y el daño causado contra uno mismo.

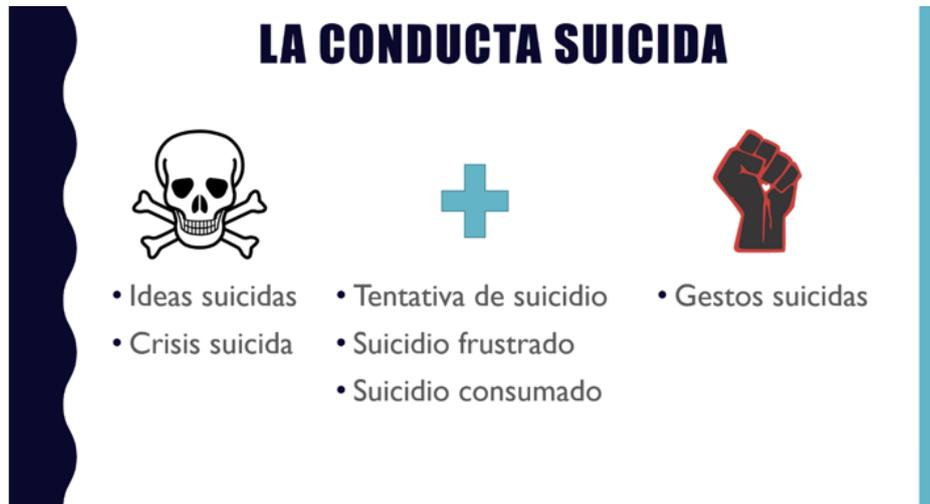
En primer lugar, las ideas suicidas se producen cuando, debido a la desesperanza que manifiesta la persona, piensa que la única forma para solucionar sus problemas es la muerte, sin embargo, éstas son ideas, por lo que la persona no se causa ningún daño físico.

En segundo lugar, en los gestos suicidas, la persona no desea morir, pero sí causarse un daño así mismo buscando calmar el malestar emocional que siente. Estos gestos suicidas serían las autolesiones o el consumo de tóxicos.

En tercer lugar, cuando el deseo de morir cobra gran importancia y la persona comienza a valorar hacerse daño a sí misma, nos encontramos frente a una crisis suicida por la cual la persona comienza a planificar el suicidio. La elaboración de esta planificación es la que nos informará sobre el riesgo de suicidio, a mayor elaboración, mayor riesgo.

Figura R4

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 4



Por último, encontramos tres conceptos que abarcan tanto el deseo de morir como el daño causado hacia uno mismo. La tentativa de suicidio se produce cuando existen ambos criterios, pero el medio utilizado por la persona no es el apropiado para causar la muerte, por lo que el suicidio llega a completarse. El suicidio frustrado es aquel en el que la persona usa los medios adecuados, pero no completa la acción debido a un imprevisto. Finalmente, el suicidio consumado es aquel en el que la persona consigue acabar con su vida.

Figura R5

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 5

PREVALENCIA DEL SUICIDIO

Cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo



Cada 2 horas y media se suicida una persona en España

La tasa de suicidios en España duplica a la tasa de muertes por accidentes de tráfico

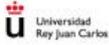


El suicidio es una de las primeras causas de muerte. Cada 40 segundos se suicida una persona en el mundo, y en España, cada dos horas y media. El número de suicidios es muy alto en todas las edades, duplicando al número de muertes por accidentes de tráfico. A pesar de que el suicidio puede evitarse con las herramientas adecuadas: ¿alguno de vosotros ha visto alguna campaña contra el suicidio en los periódicos, la televisión u otros medios?

Figura R6

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 6

EL SUICIDIO ES ALGO DE LO QUE NO SE HABLA: ¿POR QUÉ?

¿Por qué creéis que el suicidio es algo de lo que no se habla socialmente? (Se realizará la pregunta a uno de los participantes y se consultará al resto de compañeros si opinan igual).

Figura R7

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 7



Se ha creído socialmente que hablar sobre suicidio sólo incrementa el riesgo del mismo, así como que otras personas comiencen a valorar dicha posibilidad. Se ha considerado que hablar de ello en los medios puede tener un efecto contagio. Sin embargo, proporcionar distintas alternativas, recursos de ayuda y testimonios sobre supervivientes que han conseguido superar las distintas crisis, serían muy positivas para prevenirlo.

Figura R8

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 8



A continuación, aparecerán una serie de afirmaciones y tendréis que decir si pensáis que es verdadero o falso y por qué.

Figura R9

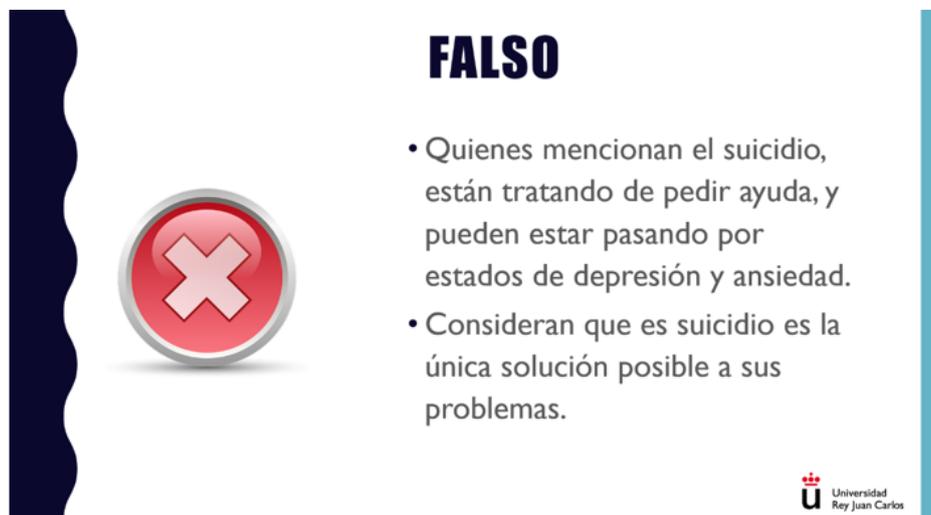
Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 9



¿Qué pensáis? “Quienes hablan de suicidio no tienen intención de cometerlo” (Se realizará la pregunta a un participante y se dirá al resto si están de acuerdo, para crear un pequeño debate). ¿Conocéis a alguien que hable de esto o de la muerte? ¿Alguna película, serie, retos por internet...?

Figura R10

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 10



Muchas personas piensan que quien se suicida está queriendo llamar la atención. Sin embargo, no es una llamada de atención, sino una petición de ayuda. Además, el suicidio se relaciona con la depresión, como hemos visto en sesiones anteriores, por lo que dicha persona puede estar sintiéndose muy triste y no ver otra solución que la muerte.

Figura R11

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 11



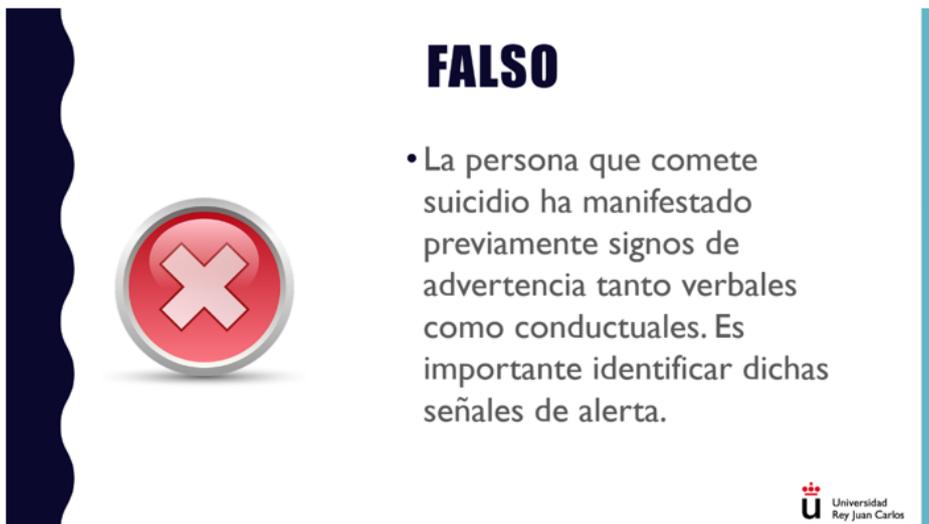
“LA MAYORÍA DE LOS SUICIDIOS SUCEDEN REPENTINAMENTE, SIN ADVERTENCIA PREVIA”

Universidad Rey Juan Carlos

¿Qué pensáis? “La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin advertencia previa” (Se realizará la pregunta a un participante distinto y se dirá al resto de compañeros si están de acuerdo, para crear un pequeño debate).

Figura R12

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 12



FALSO

- La persona que comete suicidio ha manifestado previamente signos de advertencia tanto verbales como conductuales. Es importante identificar dichas señales de alerta.

Universidad Rey Juan Carlos

Esta afirmación es falsa. La mayoría de las personas que se suicidan han expresado previamente que querían morir o suicidarse de alguna forma. Es importante conocer las señales de alerta, las cuales veremos más adelante, para poder detectar el posible riesgo de suicidio y prevenirlo.

Figura R13

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 13



¿Qué pensáis? “El suicida está decidido a morir” (Se realizará la pregunta a un participante y se dirá al resto de compañeros si están de acuerdo, para crear un pequeño debate).

Figura R14

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 14



FALSO

- Suelen ser ambivalentes con la vida y la muerte. Desean cambiar algunos aspectos de su vida y creen que la única forma es acabar con su vida, sin embargo, si esos elementos cambiasen, no querrían morir.
- Importancia del apoyo emocional para evitar conductas impulsivas.



Puede ser que pensemos que la persona que comete un suicidio desea acabar realmente con su vida, sin embargo, se sienten divididos entre la idea de vivir o morir. Desean cambiar algunos aspectos de su vida que les generan un gran malestar y creen que la única forma de solucionarlos es la muerte. Que no seamos capaces de ver las alternativas o soluciones disponibles, no quiere decir que no estén ahí; si estas personas pudiesen cambiar esos elementos, seguramente, decidirían seguir con vida.

Figura R15

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 15



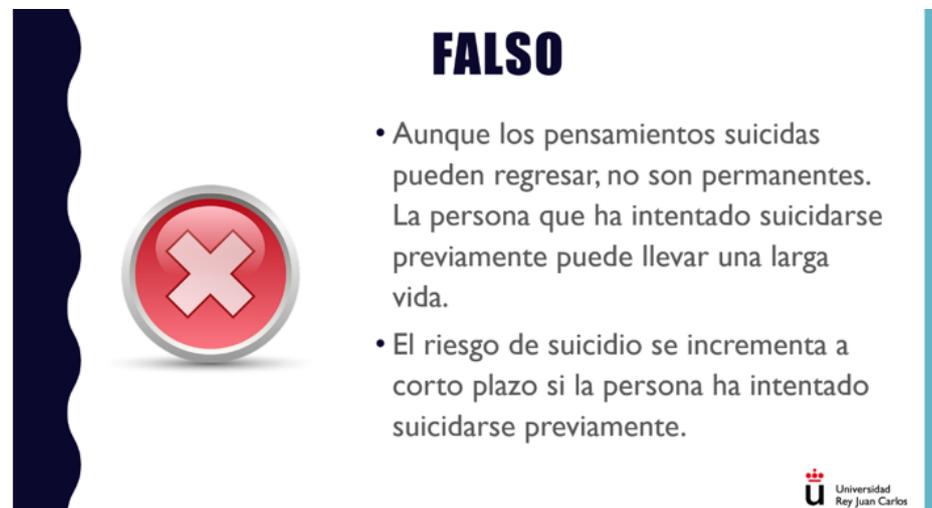
“QUIEN HAYA SIDO SUICIDA ALGUNA VEZ, NUNCA DEJARÁ DE SERLO”

Universidad Rey Juan Carlos

¿Qué pensáis? “Quien haya sido suicida alguna vez, nunca dejará de serlo” (Se realizará la pregunta a un participante y se dirá al resto de compañeros que, si están de acuerdo, para crear un pequeño debate).

Figura R16

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 16



FALSO

- Aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes. La persona que ha intentado suicidarse previamente puede llevar una larga vida.
- El riesgo de suicidio se incrementa a corto plazo si la persona ha intentado suicidarse previamente.

Universidad Rey Juan Carlos

Aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes. La persona que ha intentado suicidarse, puede llevar una larga vida después de haberlo hecho. Bien es cierto, que el riesgo de suicidio aumenta poco tiempo después de que la persona haya intentado suicidarse, pero a largo plazo, puede llevar una vida feliz.

Figura R17

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 17



¿Qué pensáis? “Solo las personas con trastornos mentales son suicidas” (Se realizará la pregunta a un participante y se dirá al resto de compañeros si están de acuerdo, para crear un pequeño debate).

Figura R18

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 18



FALSO

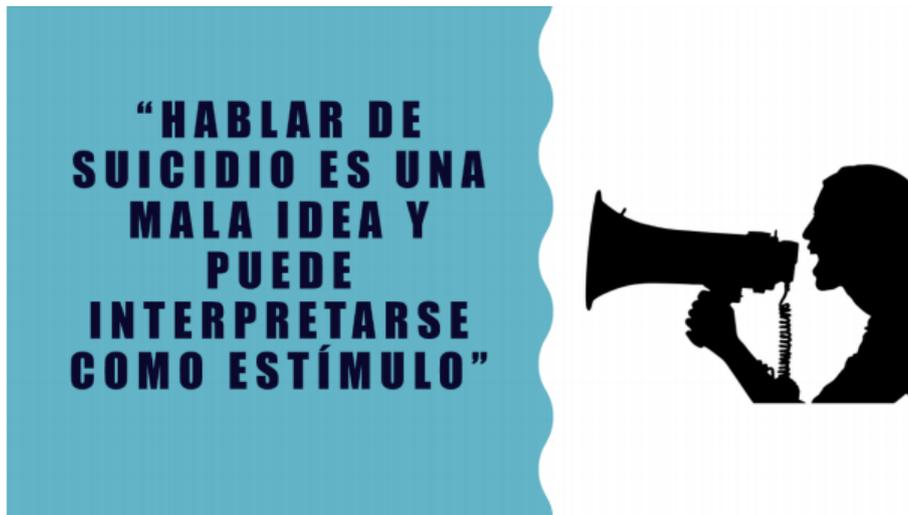
- El suicidio indica una infelicidad profunda de la persona, pero no necesariamente tienen un trastorno mental.



Es cierto que el riesgo de suicidio es mayor en presencia de trastornos mentales, sin embargo, el suicidio indica una infelicidad profunda, la cual puede sentir cualquier persona, de cualquier rango de edad, ya tenga o no una patología.

Figura R19

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 19



¿Qué pensáis? “Hablar de suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo” (Se realizará la pregunta a un participante y se dirá al resto de compañeros si están de acuerdo, para crear un pequeño debate).

Figura R20

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 20

FALSO

- El suicidio está estigmatizado, no es un tema aceptado socialmente, por el que la mayoría de personas que contemplan el suicidio no saben con quién hablar.

Universidad Rey Juan Carlos

Como hemos comentado antes, no se habla de suicidio porque no es un tema aceptado. Sin embargo, muchas publicaciones coinciden en que es bueno comentar estos temas para ofrecer otras alternativas, recursos de ayuda y conocimiento sobre el mismo. Debido a que el suicidio es un tema tabú, muchas personas no saben con quién hablar o cómo recibir ayuda.

Figura R21

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 21

ELEMENTOS QUE DISMINUYEN EL RIESGO DE SUICIDIO

- Manejo de solución de problemas
- Hábitos de vida saludables
- Cohesión social y familiar
- Inteligencia emocional





Es importante saber cuáles son aquellos elementos que nos protegen del suicidio y éstos son: un alto manejo de solución de problemas, hábitos de vida saludables como el ejercicio o una alimentación equilibrada, una buena cohesión social y familiar y una elevada inteligencia emocional.

Figura R22

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 22

ELEMENTOS QUE AUMENTAN EL RIESGO DE SUICIDIO

- Depresión
- Desesperanza
- Expectativas pesimistas de futuro
- Baja autoestima
- Escaso apoyo social y familiar
- Situaciones de estrés académico





¿Cuáles creéis que son los elementos que aumentan el riesgo de suicidios? La depresión, desesperanza o pobres expectativas de futuro, baja autoestima, poco apoyo social y familiar y situaciones como el *bullying*. ¿Alguien sabe qué es el *bullying* o acoso escolar? (Se preguntará si alguno conoce la respuesta). El *bullying* son acciones con pretensión de hacer daño y repetidas en el tiempo, que se dirigen hacia un alumno/a indefenso.

Figura R23

Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 23

LA ADOLESCENCIA

- Cambios constantes
- Crear la propia identidad
- Sentimientos intensos
- Impulsividad

The slide features several illustrations: three white 3D figures on the left, a blue flame icon on the right, and a transition from a silhouette of a child and an adult to a silhouette of a man and a woman holding hands, with a blue arrow pointing right. The logo of Universidad Rey Juan Carlos is in the bottom right corner.

La adolescencia es un periodo de cambio, donde nos separamos de nuestras figuras de autoridad, es decir, de nuestros progenitores, para crear una identidad propia. Es un periodo es un riesgo en sí mismo debido a que se produce un aumento de los conflictos y problemas emocionales. Es una etapa donde los sentimientos son muy intensos y hay mucha impulsividad, lo que puede generar que la persona no sea consciente de las consecuencias de sus actos, pudiendo realizar conductas que tengan como resultado la muerte.

Figura R24

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 24



Como vimos la semana pasada, las redes sociales incluyen muchos riesgos y peligros a los que no prestamos atención. En el caso del suicidio ha ocurrido lo mismo, determinadas cuentas han contactado con adolescentes a través de las redes para proponerles actividades que acaban con la muerte. ¿Alguno conoce estas actividades? ¿Cómo las habéis conocido? Hay que tener muy presentes las precauciones que debemos tomar cuando accedemos a las redes sociales, sobre todo, tener en cuenta que podemos bloquear distintos perfiles, denunciar comportamientos indebidos a través de las mismas y, siempre que lo necesitemos, pedir ayuda a los adultos. Los riesgos a los que nos enfrentamos en la red son, muchas veces, delitos denunciabiles.

Figura R25

Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 25



Las autolesiones son un medio por el que la persona cambia el dolor emocional por un dolor físico. Este dolor emocional es tan intenso que se vuelve algo incontrolable, por lo que la persona decide causarse un daño físico a sí misma de forma que sea él o ella quien puede controlar dicho dolor. Es un mecanismo muy rápido de alivio, por lo que, en muchas ocasiones, se vuelve un comportamiento recurrente, adictivo. Sin embargo, “tapar” el dolor que sentimos es una forma de huir de ese dolor, de negarlo, por lo que, como aprendimos en la cuarta semana, esto no va a hacer que el malestar emocional desaparezca, sino que se vuelva más intenso. Esto genera que, como en el caso del alumno que suspendió su examen, esta persona entre en un círculo vicioso en el que cualquier malestar generará que se autolesione.

Figura R26

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 26

SEÑALES QUE PODEMOS DETECTAR

- Hablar de querer morir o querer quitarse la vida
- Hablar de sentirse vacío, desesperado o no tener una razón para vivir
- Planear o buscar una forma de suicidarse, como investigar en línea o haber adquirido cosas potencialmente letales
- Hablar de sentirse atrapado o de que no hay una solución a su problema
- Hablar de tener un sentimiento grande de culpa o vergüenza
- Sentir un dolor insoportable sea físico o emocional
- Hablar de ser una carga para los demás
- Consumir alcohol o drogas con más frecuencia




Es muy importante que podamos detectar las señales que pueden indicar un alto riesgo de suicidio para poder ayudar a aquellos que lo necesiten. ¿Cuáles creéis que son esas señales? (Se preguntará a todos los participantes). Entre dichas señales se destacan las siguientes: hablar de querer morir, quitarse la vida o no tener una razón para vivir; planear o buscar una forma de suicidarse; hablar de sentirse atrapado o de que no hay una solución a su problema; hablar de tener un sentimiento grande de culpa o vergüenza; y, hablar de ser una carga para los demás.

Figura R27

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 27

SEÑALES QUE PODEMOS DETECTAR

- Actuar ansioso o agitado
- Apartarse de los familiares y amigos
- Cambiar los hábitos de alimentación o de sueño
- Mostrar rabia o hablar de buscar venganza
- Tomar riesgos que podrían conducir a la muerte, como conducir imprudentemente
- Hablar o pensar sobre la muerte a menudo
- Mostrar cambios de humor extremos y repentinos de muy triste a muy tranquilo o feliz
- Regalar sus posesiones importantes
- Despedirse de los amigos y los familiares
- Poner los asuntos en orden o escribir una nota de despido





Aquí vemos más señales, como cambiar los hábitos de alimentación o de sueño; mostrar rabia o hablar de buscar venganza; mostrar cambios de humor extremos y repentinos de muy triste a muy tranquilo o feliz; y, despedirse de los amigos y los familiares.

Figura R28

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 28

PAUTAS DE SEGURIDAD: AUTOLESIONES

1. Tira todas aquellas cosas que uses para cortarte
2. Busca alternativas a la descarga y expresión emocional
3. Llamar al servicio de emergencias o a un recurso de ayuda

Si te has realizado un corte:

1. Desinfectar las heridas
2. Acudir al médico
3. Llamar al servicio de emergencias



Las pautas de seguridad en las autolesiones son: tirar todos los objetos que utilice para hacerse daño y buscar otras formas de descarga emocional. Es importante detectar las señales de alarma y realizar actividades que le gusten para distraerse del malestar que siente. Recordad: emoción, pensamiento y conducta están muy relacionados, por lo que, si modificamos uno de estos tres factores, los otros dos restantes también cambiarán.

Figura R29*Presentación El Gran Tabú. Diapositiva 29*

PAUTAS DE PROTECCIÓN

- Las crisis son transitorias, la muerte no.
- Comunicar nuestros pensamientos a alguien en quien confíes puede aliviarte.
- Permanecer acompañado hasta que los pensamientos de muerte disminuyan.
- Es importante distanciarse de los medios con los que te puedas dañar.
- Evita el consumo de alcohol y otras drogas, sólo empeorarían la situación.
- Intenta mantenerte activo/a y ocupado/a.
- Escribe sobre tus metas, esperanzas y deseos para el futuro. Hazlo de forma realista.
- Cuando tenemos muchos problemas, debemos abordarlos de uno en uno.
- Recompénsate con algo placentero, disfruta de las cosas pequeñas de la vida.

 Universidad Rey Juan Carlos

Es importante que, en casos de riesgo de suicidio podamos seguir estas pautas de protección: debemos tener presente que las crisis son transitorias, pero la muerte no. La muerte es una decisión definitiva ante problemas temporales. Debes saber que comunicar tus pensamientos a alguien en quien confíes puede aliviarte; es muy importante permanecer acompañado hasta que los pensamientos de muerte disminuyan, así como distanciarse de los medios con los que te puedas dañar. Evita el consumo de alcohol y otras drogas, sólo empeorarían la situación.

Intenta mantenerte activo/a y ocupado/a, esto hará que te sientas mejor. Puedes escribir sobre tus metas, esperanzas y deseos para el futuro, es importante que lo hagas de forma realista.

Cuando tenemos muchos problemas, debemos abordarlos de uno en uno, sino nos pueden desbordar. Recompénsate con algo placentero, disfruta de las cosas pequeñas de la vida.

Figura R30

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 30

ANTE EL RIESGO DE SUICIDIO:

- Tarjeta corta-fuegos





NO olvides recordar en el momento en que observe mis propias "señales de alarma" que me dicen que estoy empezando con la ideación de suicidio:

1. _____
2. _____
3. _____

Voy a contactar con **mis apoyos**:

1. _____ Tel: _____
2. _____ Tel: _____
3. _____ Tel: _____
4. _____ Tel: _____
5. _____ Tel: _____

A mis apoyos les contaré cómo me siento y qué es lo que estoy pensando. Seré sincera con ellos. Intentaré no encontrarme sola/a en este momento y que alguno de mis apoyos esté conmigo.

En caso de que me siga encontrando mal puedo **llamar a los siguientes recursos de ayuda**:

1. _____
2. _____
3. _____

En caso de que mi PLAN falle y exista un riesgo inminente: LLAMARÉ AL 112 o al Teléfono de la Esperanza o acudiré a urgencias del hospital más cercano.

Cuando una persona piensa recurrentemente en la muerte y comienza a idear un posible suicidio, es importante que pueda contar con los recursos de ayuda adecuados. En este caso os presentamos la tarjeta corta-fuegos, en la cual la persona puede plasmar información que puede resultar de gran relevancia en situaciones de crisis.

En esta tarjeta, la persona debe identificar y registrar aquellas señales de alerta de la ideación o pensamiento suicida; además, aparecen diferentes apoyos, como pueden ser familiares o amigos, y sus teléfonos, para que pueda contactar con ellos en cualquier momento y pedir ayuda o apoyo emocional. Por último, se recogen diferentes servicios de ayuda atendidos por profesionales a los que, en momentos de preocupación, la persona puede acceder y rebajar dicha preocupación.

Figura R31

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 31



Muchas veces desconocemos cuáles son los recursos de ayuda o dónde encontrarlos. Aquí podéis ver algunos de los recursos de ayuda en caso de suicidio y otros problemas que se presenten en la adolescencia.

El orientador u orientadora escolar es una figura que se encuentra en los centros educativos y que se encarga a ayudar a los alumnos/as con cualquier preocupación que tengan, tanto de tipo académico como de tipo personal. El orientador escolar tiene conocimientos de tipo psicológico y puede orientarte en las dudas que tengas o ayudarte a resolver conflictos, entre otras cosas.

Los centros de salud disponen, asimismo, de un servicio de salud mental gratuito donde se puede solicitar ayuda y apoyo psicológico para cualquier tipo de problemática. Para ello, sólo tienes que solicitar a tu médico de cabecera que te derive a este servicio. Es importante acudir con un progenitor o tutor legal, dado que necesitas la autorización parental para solicitarlo si tienes menos de 16 años. La edad de consentimiento sanitario se establece a partir de dicha edad por lo que, si tienes más de 16 años, puedes acudir tú sólo al centro de salud.

Figura R32

Presentación *El Gran Tabú*. Diapositiva 32

¿DÓNDE ENCONTRAR AYUDA?


 Orientador/a escolar


 Fundación ANAR
 900 20 20 10


 Centros de salud


 Teléfono de la Esperanza
 717 003 717


 Emergencias



Otras organizaciones disponen de teléfonos de ayuda gratuitos donde contactar con profesionales especializados en suicidio y otros problemas que pueden surgir en la adolescencia. La fundación ANAR de ayuda a niños y adolescentes en riesgo atiende cualquier tipo de problemática a través de sus canales telefónico, de chat y de email, las 24 horas al día, los 365 días al año. En esta misma línea, el Teléfono de la Esperanza es atendido por voluntarios especializados en la escucha y formados para activar las capacidades de las personas para superar sus problemas a través de orientación telefónica. Por último, ante cualquier situación de riesgo, es importante conocer el teléfono de emergencias 112. En este servicio te atenderán profesionales sanitarios que pueden acudir al lugar donde te encuentres en pocos minutos. Podrán curar las heridas que presentes o atenderte en situaciones de crisis.

Apéndice S. Evaluación de depresión y ansiedad

Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS-30; Sandín et al., 2010), adaptada de RCADS (Chorpita et al., 2000).

Por favor, rodea con un círculo la opción que mejor refleje la frecuencia con que te ocurre cada una de las siguientes cosas. Nos hay respuestas buenas ni malas.				
ítem	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
Me siento triste o decaído/a	1	2	3	4
De repente siento como si no pudiera respirar sin saber porqué	1	2	3	4
Me preocupa parecer tonto/a ante la gente	1	2	3	4
Sentiría miedo si estuviera solo/a en casa	1	2	3	4
Me preocupo mucho por las cosas	1	2	3	4
Me siento mal por tener pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi cabeza	1	2	3	4
Me cuesta divertirme o pasarlo bien	1	2	3	4
De repente empiezo a temblar o a agitarme sin saber por qué	1	2	3	4
Me da miedo hacer las cosas mal	1	2	3	4
Estar lejos de mis padres me da miedo	1	2	3	4
Me preocupa que le ocurra algo terrible a alguno de mis familiares	1	2	3	4
Tengo que seguir comprobando que he hecho las cosas bien (como que el interruptor está apagado o la puerta cerrada)	1	2	3	4
Me siento con muy poca energía para hacer las cosas	1	2	3	4
De repente me siento muy asustado/a sin saber porqué	1	2	3	4
Me preocupa lo que otras personas piensen de mí	1	2	3	4
Si tengo que dormir solo/a siento miedo	1	2	3	4
Me preocupa que me ocurran cosas malas	1	2	3	4
Tengo pensamientos malos o tontos que no puedo quitar de mi cabeza	1	2	3	4
Me resulta muy difícil pensar con claridad	1	2	3	4
De repente mi corazón empieza a latir rápido sin saber porqué	1	2	3	4
Me da miedo si tengo que hablar delante de la clase	1	2	3	4
Por las mañanas al ir al colegio me da miedo separarme de mis padres	1	2	3	4
Me preocupa que me ocurra algo malo	1	2	3	4
Tengo que concentrarme en pensamientos especiales (como números o palabras) para que no ocurran cosas malas	1	2	3	4
Siento que no valgo para nada	1	2	3	4
Me preocupa que de repente me sienta asustado/a, aunque no haya nada por lo que tener miedo	1	2	3	4
Me asusta ponerme en ridículo delante de la gente	1	2	3	4
Sentiría miedo si tuviera que pasar la noche fuera de casa	1	2	3	4
Me preocupa lo que vaya a ocurrir	1	2	3	4
Tengo que repetir algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o colocar las cosas en un orden determinado)	1	2	3	4

Apéndice T. Evaluación de la autoestima

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES; Rosenberg, 1965) y adaptada al español por Echeburúa (1995).

Por favor, conteste a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

1	2	3	4
Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

Ítems	Valoración
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
3. Creo que tengo varias cualidades buenas. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo. (*)	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
8. Desearía valorarme más a mí mismo.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1. Muy de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Muy en desacuerdo

Apéndice U. Evaluación de la satisfacción vital

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), diseñada por Diener y colaboradores (1985) y adaptada al español por Atienza y colaboradores (2000).

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

1= Totalmente en desacuerdo

2= Bastante en desacuerdo

3= En desacuerdo

4= Neutral

5= De acuerdo

6= Bastante de acuerdo

7= Totalmente de acuerdo

Nº	Ítem							
1	En la mayoría de los aspectos de mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5	6	7
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5	6	7
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5	6	7
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5	6	7
5	Si pudiera vivir otra vez mi vida no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5	6	7

Apéndice V. Evaluación de las expectativas de futuro

Escala de Expectativas de Futuro en la Adolescencia (EEFA), diseñada por Sánchez-Sandoval y Verdugo (2016).

Nos gustaría conocer cómo crees que será tu futuro. Imagínate a ti mismo dentro de algún tiempo, por ejemplo, cuando pasen algunos años, y contesta a las siguientes cuestiones.						
Nº	Ítem	Estoy seguro/a de que no ocurrirá	Es difícil que ocurra	Puede que sí/ puede que no	Probablemente ocurra	Estoy seguro/a de que ocurrirá
1	Terminaré los estudios de Secundaria	1	2	3	4	5
2	Encontraré trabajo	1	2	3	4	5
3	Tendré un coche	1	2	3	4	5
4	Terminaré Bachillerato o un ciclo Formativo	1	2	3	4	5
5	Encontraré un trabajo que me guste	1	2	3	4	5
6	Tendré una vida familiar feliz	1	2	3	4	5
7	Seré respetado por los otros	1	2	3	4	5
8	Me sentiré seguro	1	2	3	4	5
9	Tendré una casa	1	2	3	4	5
10	Realizaré estudios universitarios	1	2	3	4	5
11	Encontraré un trabajo bien remunerado	1	2	3	4	5
12	Encontraré una persona con la que formar una pareja feliz y estable	1	2	3	4	5
13	Seré feliz	1	2	3	4	5
14	Tendré hijos	1	2	3	4	5

Apéndice W. Encuesta de satisfacción subjetiva de los participantes

Responda a las cuestiones que aparecen a continuación con la mayor sinceridad posible, rodeando la respuesta que considere adecuada en cada caso.

1= Totalmente en desacuerdo

2= Bastante en desacuerdo

3= Ni en acuerdo ni en desacuerdo

4= Bastante de acuerdo

5= Totalmente de acuerdo

Nº	Después de haber realizado el programa:	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Creo que tengo más herramientas para enfrentarme a los problemas	1	2	3	4	5
2	He aumentado mi autoestima	1	2	3	4	5
3	He aprendido a controlarme cuando estoy muy nervioso/a	1	2	3	4	5
4	He tomado mayores precauciones en las redes sociales	1	2	3	4	5
5	Conozco los recursos de ayuda donde acudir cuando tenga algún problema	1	2	3	4	5
6	Lo que más me ha gustado/con lo que más considero que he aprendido ha sido...					
7	Creo que se podría mejorar...					

Nota. Elaboración propia