



**Universidad
Europea** CANARIAS

A TIEMPO: Una Propuesta de Prevención de la Conducta Suicida en los Centros de Internamiento Educativo de Menores Infractores de Canarias.

Trabajo fin de Máster

Autor/a: Raquel Santana Rodríguez.

Tutor/a: Vanesa Pérez Bencomo.

3 de febrero de 2025.

Resumen.

El suicidio representa uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo, generando graves consecuencias en personas de diferentes edades. La adolescencia supone un factor de riesgo debido a los diversos cambios que experimenta esta población. Asimismo, si a esto se le suma la condición de estar en centros bajo privación de libertad, el riesgo a desarrollar conductas suicidas aumenta de manera significativa. En concreto, en la Comunidad Autónoma de Canarias se observa que la activación de protocolos de detección y prevención de conductas autolíticas en los Centros de Internamiento Educativo de Menores Infractores (CIEM), ha aumentado con respecto a años previos al menos en uno de ellos. Por tanto, surge la necesidad de elaborar el presente programa con el objetivo de prevenir la ideación y/o conducta suicida y, con ello, intentar reducir las tasas de suicidio y las conductas autolíticas de las personas internadas en los CIEM de Canarias. El programa de 13 sesiones se ha diseñado con el fin de ofrecer a estos adolescentes, estrategias para reducir el impacto de los factores de riesgo asociados, la mejora del bienestar psicológico y la adquisición de habilidades de regulación emocional y afrontamiento, siguiendo un enfoque que combina un modelo contextual propio de la terapia dialéctico conductual, con la terapia cognitivo - conductual. Se espera conseguir una reducción de los niveles de ideación y de la propia conducta suicida, además de la ampliación de conocimientos relativos al suicidio y la adquisición de estrategias de regulación emocional y afrontamiento.

Palabras clave: Adolescentes, Centros de Internamiento Educativo de Menores Infractores, Ideación Suicida, Prevención, Suicidio.

Abstract.

Suicide is one of the main public health problems worldwide, generating serious consequences for people of different ages. Adolescence is a risk factor due to the various changes experienced by this population group. Also, if we add to this the condition of being in centers with deprivation of liberty, the risk of developing suicidal behavior increases significantly. Specifically, in Canary Islands it is observed that the activation of protocols for the detection and prevention of suicidal behavior in the juvenile detention center has increased compared to previous years in at least one of them. For all these reasons, the need arises to develop this program with the aim of preventing suicidal ideation and/or behavior and, in this way, try to reduce the suicide rates and suicidal behavior of people housed in the CIEM of Canary Islands. The 13 session programme has been designed to offer these adolescents strategies to reduce the impact of associated risk factors, improve psychological well-being and acquire emotional regulation and coping skills, following an approach that combines a contextual model of dialectical behavioural therapy with cognitive behavioural therapy. It is expected to achieve a reduction in the levels of suicidal ideation and behaviour itself, in addition to the expansion of knowledge related to suicide and the acquisition of emotional regulation and coping strategies.

Keywords: Adolescents, Juvenile Detention Center, Suicidal Ideation, Prevention, Suicide.

Introducción.

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), el suicidio representa una de las principales causas de muerte no natural en más de 700.000 personas en todo el mundo, y es entendido como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (OMS, 1986). En esta línea, se realiza una distinción entre el acto suicida, entendido como el hecho por el que una persona se hace daño a sí misma, independientemente del grado de intención letal; el suicido, definido como el “acto suicida con desenlace mortal”; y el intento de suicidio, que hace referencia a la misma acción sin el desenlace letal (Blanco, 2020).

En base a esto, y de cara a comprender la conducta suicida, O'Connor (2011) propone el modelo integrado motivacional - volitivo del suicidio, el cual establece que los individuos desarrollan características (variables de personalidad, factores ambientales como el nivel socioeconómico, etc.) a lo largo de su vida que les predisponen o les hacen vulnerables ante el riesgo de suicidio cuando se enfrentan a situaciones adversas. En su propuesta, diferencia tres fases que tienen lugar en el desarrollo de la ideación y acto suicida: la fase premotivacional, en la que se determinan las características de vulnerabilidad o predisposición del individuo que aumentan las consecuencias de los episodios vitales estresantes; la fase motivacional, en la cual se inicia la percepción de derrota y el sentimiento de sentirse atrapado; y, por último, la fase volitiva, que supone la transición entre la ideación y la acción suicida y depende de factores como la accesibilidad a instrumentos letales, la tolerancia al dolor, la impulsividad, el nivel de miedo a la muerte, antecedentes previos de tentativa, etc. (Al-Halabí y Fonseca - Pedrero, 2023).

En España, de acuerdo con el Informe de defunciones provisionales según la causa de muerte del año 2023, las defunciones por suicidio suponen una problemática que afecta a personas de todas las edades, observándose un incremento de dichas defunciones desde el año 2018, con 3.539 defunciones, hasta el año 2022, con 4.227 fallecimientos. Asimismo, tomando de referencia los últimos datos confirmados del año 2022, en los adolescentes de 15 a 19 años, tuvo lugar un incremento de suicidios, situándose la cifra en 75 casos frente a los 53 que tuvieron lugar en el año 2021 (Instituto Nacional de Estadística, 2022). Además, en esta franja de edad, se observa una tasa mayor de suicidios respecto al género, siendo superior este hecho en los varones, mostrando un aumento significativo en comparación al año previo (28 casos en el año 2021 frente a los 44 del año 2022).

Atendiendo a estas cifras, el Sistema Nacional de Salud recoge en su Estrategia de Salud Mental del periodo 2022 - 2026 una línea de actuación exclusiva destinada a la prevención de la conducta suicida, resaltando la adolescencia como una etapa de riesgo en la que se debe intervenir a través del desarrollo de intervenciones comunitarias y sanitarias de prevención. Además, entre los objetivos específicos, se destaca la intervención destinada a colectivos vulnerables, entre los que se encuentran los residentes en centros de internamiento educativo o penitenciarios.

En el contexto de centros bajo privación de libertad, se observa que la prevalencia de la conducta suicida aumenta frente a la población general (Alcántara-Jiménez et al., 2023), presentando estas personas pensamientos y comportamientos suicidas en prisión y a lo largo de su vida (Konrad et al., 2007). En el caso de los jóvenes que se encuentran en centros de internamiento educativo para menores (en adelante CIEM), el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor que en la población de jóvenes general (Rudd et al., 2022), pues la llegada a este entorno puede ser indicativo de un momento de crisis en la vida de los adolescentes,

aumentando así el riesgo a desarrollar conductas suicidas (Gallagher y Dobrin, 2006). No obstante, el análisis de la conducta suicida en menores institucionalizados en materia de justicia juvenil, ha contado con poco interés en el ámbito empírico (Suárez, 2020), por lo que resulta de gran relevancia la implementación de acciones que contribuyan a disminuir las tasas de defunciones en este colectivo y prevenir su aparición.

En la adolescencia y juventud, existen factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición de intentos de suicidio o suicidios consumados. Por un lado, a nivel individual, se identifican como factores de riesgo la entrada a la adolescencia, pertenecer al sexo masculino, poseer algún trastorno de salud mental (depresión, trastorno bipolar, distimia, trastornos de ansiedad y de la conducta alimentaria, déficit de atención e hiperactividad, etc.), el abuso de sustancias y los problemas de sueño. En cuanto a variables psicológicas, se ha comprobado que la rigidez, la orientación a las dificultades del presente, la desesperanza, la impulsividad, tener un bajo nivel de autoconcepto, la inhibición emocional, tener escasas habilidades de solución de problemas y un apego inseguro en la infancia, se relacionan con la ideación y conductas suicidas. Además, haber llevado a cabo intentos de suicidio previos, sufrir acoso por parte de iguales y haber vivido acontecimientos vitales estresantes, también se consideran factores de riesgo de suicidio importantes (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020; Böttcher y Garay, 2021). Asimismo, el internamiento de adolescentes y jóvenes en los CIEM añade a los factores de riesgo de la conducta suicida, el propio internamiento, la falta de conexión social y supervisión parental, los problemas de salud mental, el consumo de drogas, episodios estresantes (como haber sido víctima de abuso sexual o el suicidio de un compañero), y la medida de aislamiento en solitario, entre otros (Joshi y Billick, 2017).

Al igual que existen factores de riesgo ante la conducta suicida, existen agentes que funcionan como protectores de ésta en la población infantojuvenil. A nivel personal, se identifican variables como poseer habilidades de solución de problemas, estrategias de afrontamiento, buen rendimiento académico, conocimientos y valores positivos acerca del suicidio, creencias espirituales, alta autoestima, locus de control interno, buen nivel de inteligencia y capacidad de cooperación. En el ámbito familiar, destaca la alta cohesión familiar, la conexión con los progenitores y la baja conflictividad y, a nivel socioambiental, se observan variables tales como un buen sistema de apoyo, el compromiso y seguridad en el centro educativo y la participación en actividades extraescolares (Mirkovic et al., 2020). En el contexto de los CIEM, se ha comprobado que variables como la resiliencia, la comunicación familiar, la conexión con la escuela, tener un modelo a seguir de pares y/o un adulto no parental, funcionan como factores de protección (Lensch, et al., 2021). No obstante, cabe destacar que las investigaciones dirigidas a la detección de factores protectores han sido menos numerosas, debido a que el interés se ha centrado más en hallar las consecuencias de los factores de riesgo, en lugar de promover variables que disminuyan la probabilidad de la conducta o pensamiento suicida. (Al - Halabí y Fonseca - Pedrero, 2023). Por ello, esta realidad sugiere que los programas enfocados en el desarrollo de factores de protección pueden ser útiles en la población de adolescentes y jóvenes infractores internos en un CIEM (Lensch, et al., 2021).

Los datos descritos hasta el momento, con respecto a las altas tasas de suicidio en la población infantojuvenil y la institucionalización como factor de riesgo ante el suicidio, reflejan la necesidad de una intervención dirigida a la prevención de la conducta suicida de los menores infractores que residen en los CIEM.

En cuanto a la prevención de la conducta suicida, el informe emitido por la OMS (2014) señala tres niveles de prevención que se presentan en la Tabla 1 (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023).

Tabla 1

Niveles de prevención de la conducta suicida.

Nivel de prevención	Población diana	Ejemplos
Prevención Universal.	Dirigida a toda la población independientemente del riesgo de llevar a cabo la conducta objeto de prevención.	Colocar barreras físicas en lugares con alta incidencia de conducta suicida o iniciativas para promover factores protectores en todos los colectivos sociales.
Prevención Selectiva.	Centrada en la población más vulnerable, es decir, aquella con mayor riesgo a desarrollar la conducta suicida.	Aplicar la intervención a personas que hayan vivenciado alguna situación de riesgo, como haber sido víctima de abuso sexual.
Prevención Indicada.	Enfocada en aquellas personas que han tenido antecedentes de conducta suicida, síntomas mínimos pero detectables o un alto riesgo de llevarlos a cabo.	Realizar un seguimiento intensivo a personas con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad o con antecedentes de ideación suicida o autolesiones.

Nota. Los términos y definiciones en esta tabla fueron extraídos de la Organización Mundial de la Salud (2014) y Al-Halabí y Fonseca-Pedrero (2023).

En la presente propuesta de intervención se pretende llevar a cabo una prevención selectiva, teniendo en cuenta que los menores en situación de privación de libertad son considerados un colectivo vulnerable en sí mismo, ya que presentan mayor riesgo que los

adolescentes y jóvenes que no se encuentran institucionalizados en los CIEM (Borschmann et al., 2020).

Para llevar a cabo esta prevención desde el ámbito de la intervención psicológica, existen diferentes terapias y programas que han resultado eficaces en la prevención y el tratamiento de la conducta suicida. La terapia dialéctica comportamental parece ser el único modelo de psicoterapia que es capaz de reducir no sólo las conductas suicidas, sino la propia ideación (Jobes y Joiner, 2019), observándose una remisión de las autolesiones en un 49,3 % de los/as pacientes durante la fase de seguimiento tras la intervención (Asarnow et al., 2021).

Estos hallazgos se confirman en la revisión realizada por Fonseca-Pedrero et al. (2021) sobre los tratamientos con apoyo empírico para problemas psicológicos en la infancia y la adolescencia, donde dicha terapia cuenta con el nivel más alto de evidencia científica en adolescentes, así como el mayor grado de recomendación en el tratamiento psicológico frente a la conducta suicida. Este modelo terapéutico fue inicialmente propuesto por Linehan (1993) para individuos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, pero su uso se ha extrapolado a otras poblaciones (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020). Entre sus actuaciones, se encuentra la combinación de sesiones de carácter individual, grupal y apoyo telefónico, centrándose en desarrollar la atención plena, la regulación emocional, la eficacia interpersonal y el incremento de la tolerancia a la sintomatología ansiosa.

No obstante, en la revisión previamente señalada (Fonseca-Pedrero et al., 2021), se mencionan otras intervenciones con apoyo empírico como la Psicoterapia interpersonal para adolescentes, la Terapia Cognitiva Conductual integrada, la Terapia basada en la mentalización para adolescentes, el Programa para padres y adolescentes, la Intervención familiar integrada, la Psicoeducación (Youth-Nominated Support), Teens Options for

Change, As Safe As Possible y, por último, la Intervención familiar para la prevención de suicidio, las cuales, aunque con apoyo, tienen una menor evidencia y recomendación.

Por otro lado, pero siguiendo la misma línea de trabajo, en la bibliografía revisada se alude a la importancia del entorno en la prevención del suicidio. En la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020), se menciona la importancia de la formación de los profesionales acerca de la conducta suicida y las medidas educativas en materia de concienciación y sensibilización; la restricción del acceso a medios potencialmente suicidas; la implementación de líneas telefónicas de apoyo; intervenciones comunitarias; terapias enfocadas en promover la resiliencia, etc.

Atendiendo a las actuaciones de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, en su Programa de prevención de la conducta suicida (2021) hace alusión al Programa YAM (Youth Aware of Mental Health), una intervención que ha mostrado efectividad en la reducción de conductas suicidas, de acuerdo al ensayo Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) elaborado en Europa (Wasserman et al., 2015). Este programa tiene como objetivo fomentar, de forma universal, el conocimiento sobre la salud mental, así como estilos de vida y conductas saludables de los estudiantes con edades comprendidas entre los 14 y 16 años (Ahern et al., 2018). Además de demostrar su eficacia para reducir de forma significativa los intentos de suicidio y las ideas suicidas graves, también ha generado cambios significativos en las variables depresión y búsqueda de ayuda, aumentando ésta última una vez finalizada la intervención (Kahn et al., 2020; González et al., 2024).

En la Comunidad Autónoma de Canarias (en adelante C.A. de Canarias) y, específicamente, dentro de los CIEM, la Fundación Canaria de Juventud IDEO (entidad sin ánimo de lucro del Gobierno de Canarias que gestiona los CIEM en dicha comunidad) cuenta

con un Protocolo de detección y prevención de conductas autolíticas o autolesivas cuyo objetivo es detectar el riesgo de suicidio lo antes posible, disminuir los estresores y derivar en caso necesario a los profesionales especialistas en salud mental para realizar una intervención individualizada. El protocolo indica que el/la psicólogo/a del CIEM realizará una valoración del grado de riesgo de suicidio de el/la joven a su ingreso, y si existe un alto riesgo de conducta suicida se activará dicho protocolo. Tanto el/la psicólogo/a como, de forma transversal, el equipo educativo, de seguridad y técnico del centro, realizarán una observación del riesgo de suicidio durante el internamiento atendiendo a indicadores como el estado de ánimo del joven, su interacción social, marcas o signos de autolesiones, expresiones referentes al suicidio, etc. El protocolo será desactivado cuando disminuya el riesgo valorado por el/la psicólogo/a nuevamente. Se intentará reducir los estresores como la convivencia en módulos conflictivos o mediante intervención psicológica continuada (Fundación Canaria de Juventud IDEO, s.f.). Sin embargo, revisado este protocolo, no se especifica la existencia de una intervención psicológica programada y validada empíricamente para toda la población de los CIEM, sino un plan de actuación sólo ante un alto riesgo de suicidio. Además, dentro de los programas de prevención que se ofertan en los CIEM de la C.A. de Canarias (Programa de prevención de violencia familiar, Programa de prevención del racismo y la xenofobia, Programa de prevención de las drogodependencias, Educación para la salud y Educación medioambiental, Educación afectivo – sexual y prevención de la violencia machista y Educación para el ocio y el tiempo libre), no se incluye ninguno relacionado con la reducción de los factores de riesgo que conducen a la ideación/conducta suicida (Fundación Canaria de Juventud IDEO, s.f.).

De acuerdo a la Memoria del Programa de Justicia Juvenil de la Fundación Canaria de Juventud IDEO publicada cada año, se observa que, en los CIEM de la C.A. de Canarias, el

Protocolo de detección y prevención de conductas autolíticas o autolesivas fue activado en un total de 444 veces en el año 2023, 599 en el año 2022 y 240 en el año 2021. Dichos casos se han distribuido en diferentes proporciones en los dos CIEM existentes en Canarias. En el CIEM La Montañeta, ubicado en la isla de Gran Canaria, el Protocolo de detección y prevención de conductas autolíticas o autolesivas fue activado en un total de 125 veces en el año 2023, 497 en el año 2022 y 162 en el año 2021. En el CIEM Valle Tabares, ubicado en la isla de Tenerife, las cifras fueron superiores el último año, situándose el total en 319 en el año 2023, 102 en el año 2022 y 78 en el año 2021. Tal y como se menciona previamente, dichos protocolos son activados por los/as psicólogos del CIEM cuando algún/a menor verbaliza ideación suicida, se observan signos claros de conductas autolíticas (cortes, arañazos, ingesta de objetos, etc.) o han vivido situaciones con una alta carga emocional durante su internamiento (amenazas dentro del CIEM, muerte de un ser querido, etc.).

En conclusión, el mantenimiento de las tasas de suicidio en España en la población menor de 45 años (1139 defunciones en el año 2022 frente a 1138 en el año 2023) (Ministerio de Sanidad, 2023), las cifras registradas en los CIEM de Canarias con respecto a la activación de protocolos de conductas autolíticas de diversa índole, sumado a la ausencia de un programa preventivo en los CIEM y a la escasez de investigaciones enfocadas en el análisis de la conducta suicida en la población de menores en contextos de privación de libertad (Suárez, 2020), evidencian la importancia de no sólo aumentar la concienciación respecto a esta problemática y potenciar las intervenciones de carácter reactivo, sino poner en marcha líneas de actuación que estén orientadas a la prevención de esta tipología de conductas en los jóvenes de los CIEM, pues se ha demostrado que tras la prevención e intervención en conductas suicidas, el riesgo y los intentos de suicidio de la población diana, se pueden reducir de forma significativa.

Destinatarios

La presente propuesta de intervención psicológica está dirigida a todos los/las menores infractores/as residentes en los CIEM de Valle Tabares y la Montañeta que cumplan con unos criterios mínimos de inclusión y exclusión, que se reflejan en la Tabla 2.

Tabla 2

Criterios de inclusión y exclusión de los destinatarios.

<i>Criterios de inclusión</i>	<i>Criterios de exclusión</i>
- Tener entre 14 y 21 años de edad. - Estar residiendo en uno de los CIEM de la C.A. de Canarias en régimen cerrado, semiabierto, abierto e internamiento terapéutico. - Hablar español.	- Poseer un diagnóstico de discapacidad intelectual. - Tener alteraciones en el nivel de conciencia derivadas del consumo de sustancias o psicofármacos, o por padecer alguna enfermedad relacionada con la salud mental. - No hablar español.

Dado que el programa de intervención pretende llevar a cabo una prevención selectiva, estará orientado a la población vulnerable de desarrollar la conducta problema. En este caso, se considerará a todo el colectivo de menores que se encuentren residiendo en los CIEM en el momento de la intervención, por ser el propio internamiento un factor de riesgo de la conducta suicida según la bibliografía y por el alto número de protocolos abiertos en los CIEM en el pasado año verificado en su memoria anual (Fundación Canaria de Juventud IDEO, 2023). Por tanto, se habla de criterios mínimos de inclusión y/o exclusión, ya que cualquier individuo/a que sea internado/a en los CIEM debería realizar este programa preventivo, siendo los factores excluyentes sólo aquellos que afectan a la comprensión del propio programa. Si bien, se establecerá un orden de prioridad para la inclusión en el

programa, de forma que aquellos individuos que hayan tenido antecedentes de ideación o conductas autolíticas o autolesivas en los últimos seis meses, serán los primeros en recibir la intervención, pues se ha comprobado que el mayor riesgo de suicidio se sitúa en el semestre posterior a un intento autolítico (Gómez, 2012). No obstante, dado que este riesgo se mantiene en el año posterior, se propone seguir el siguiente orden de prioridad a la hora de realizar el programa:

1. Aquellos que hayan verbalizado la idea de suicidio o incurrido en conductas autolíticas en los últimos seis meses.
2. Aquellos que hayan verbalizado la idea de suicidio o incurrido en conductas autolíticas en los últimos doce meses.
3. Aquellos que hayan verbalizado la idea de suicidio o incurrido en conductas autolíticas a lo largo de su vida.
4. Aquellos que, de acuerdo a la valoración del equipo técnico del CIEM, presenten factores de riesgo como un diagnóstico de salud mental, el consumo de drogas, la escasez de habilidades sociales o de solución de problemas y sean valorados con necesidad inmediata.
5. Resto de menores que por la condición de estar institucionalizados en el CIEM (factor de riesgo) son vulnerables a desarrollar el suicidio.

Respecto al rango de edad escogido, 14 y 21 años, éste se justifica con que de acuerdo a la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, los individuos mayores de 14 años y menores de 18 son responsables ante la comisión de delitos o faltas recogidas en el Código Penal. No obstante, aquellos individuos mayores de 18 años y menores de 21 que no hayan finalizado el cumplimiento de su medida judicial, podrán continuarla en el CIEM hasta alcanzar los objetivos propuestos en la

sentencia, tras valorar aspectos como “circunstancias personales, el grado de madurez del autor y la naturaleza y gravedad de los hechos” (Ley Orgánica de Responsabilidad Penal del Menor 5/2000). Por tanto, la ley permite la convivencia conjunta y sin distinciones de personas de entre 14 y 21 años dentro de los CIEM y, por ello, este será el rango de edad de los/as usuarios/as que recibirán la intervención.

Por último, resaltar que en los programas de intervención dirigidos a menores infractores en España que han sido revisados, como el Programa ENLACE (2011) o el Programa Central de Tratamiento educativo y terapéutico para menores infractores (2010) propuestos por la Agencia de la Comunidad de Madrid para la reeducación y reinserción del menor infractor, a excepción de aquellos en los que la inclusión dependía del delito cometido o de una circunstancia concreta (presentar condiciones graves como el abuso de sustancias), los criterios de inclusión van en la misma línea con respecto a la edad.

Objetivos generales y específicos de la intervención.

La presente propuesta de intervención tiene como objetivo general prevenir la ideación y/o conducta suicida con el fin de reducir las tasas de suicidio y las conductas autolíticas asociadas de las personas internadas en los CIEM.

Los objetivos específicos son:

- Mejorar la detección de signos de alarma por parte de los adolescentes y jóvenes en situación de riesgo de suicidio en los CIEM.
- Reducir el impacto de los factores de riesgo de la conducta suicida en los adolescentes y jóvenes internados en los CIEM.
- Potenciar los factores protectores del comportamiento suicida en los adolescentes y jóvenes que residen en los CIEM.

- Mejorar la posible sintomatología ansiosa/depresiva existente asociada a la ideación suicida, la calidad de vida y el bienestar psicológico.
- Adquirir habilidades de resolución de problemas ante episodios estresantes.
- Entrenar a los usuarios en el uso técnicas para disminuir la ansiedad.
- Evaluar los resultados del desarrollo y la implementación del presente programa de prevención.

Metodología

El programa de intervención se abordará desde un enfoque longitudinal, utilizándose un diseño de medidas repetidas pre y post test, con el fin de observar si existen cambios significativos en la población diana tras la implementación del programa.

En cuanto a las variables sobre las que se trabajarán, el propio programa de intervención será la variable independiente y, como variables dependientes, se evaluarán los conocimientos relativos al suicidio, el riesgo de suicidio, el nivel de depresión y desesperanza, la existencia de sintomatología ansiosa y las habilidades de afrontamiento de estos/as jóvenes.

El programa se distribuirá en cuatro fases: Contacto con la entidad, Evaluación inicial, Implementación del Programa y Evaluación final del Programa, las cuales se señalan en la Tabla 3.

Las sesiones se llevarán a cabo de forma grupal con un total de hasta 12 usuarios/as, procurando agruparlos/as según su unidad de convivencia. Las sesiones se desarrollarán una vez por semana, a lo largo de tres meses consecutivos.

Tabla 3*Planificación del Programa*

Programa	Fases	Sesiones
Fase 0	Contacto con la entidad	
Fase 1	Evaluación Inicial	1
Fase 2	Implementación del Programa	2,3,4,5,6,7,8,9,10,11
Fase 3	Evaluación Final del Programa	12, 13

En lo que respecta al proceso de evaluación, a continuación se indican los instrumentos que se utilizarán para medir las variables de interés:

- Escala Paykel de la Conducta Suicida (Paykel suicide scale, PSS) (Paykel et al., 1974). Evalúa el riesgo de suicidio a través de diferentes manifestaciones de la conducta suicida (pensamientos de muerte, ideación e intentos de suicidio) y está compuesta por 5 ítems con un sistema de respuesta dicotómico Sí/No (con puntuación 1 y 0, respectivamente). Esta escala se encuentra validada en población adolescente española (Fonseca-Pedrero y Pérez-Albéniz, 2020) y posee una consistencia interna de 0.90. (Álvarez, 2024).
- Escala de Riesgo suicida de Plutchik (1989). Mide el riesgo de suicidio y está compuesta por 15 ítems que incluyen cuestiones relacionadas con los antecedentes previos de tentativa, el nivel de intensidad de la ideación suicida en la actualidad y los sentimientos de depresión y desesperanza que se responden mediante respuestas dicotómicas (sí/no) de forma que cada respuesta afirmativa puntúa 1 punto y cada negativa 0 puntos. Se encuentra validada en población española por Rubio et al. (1998) y la consistencia interna en adultos españoles es de .90.

- Escala de elaboración propia. Evaluará los conocimientos relativos al suicidio con la finalidad de comprobar inicialmente el punto de partida de los participantes y, a posteriori, valorar en qué medida los usuarios retienen los conceptos expuestos en el programa. Consistirá en la presentación de mitos y verdades sobre la conducta suicida que se responderán con verdadero o falso. Cada respuesta correcta suma un punto hasta un máximo de 18 puntos (Apéndice A).
- Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) (1974). Mide el nivel de desesperanza y el riesgo de suicidio. Posee 20 afirmaciones tanto positivas como negativas sobre el futuro y se responde en formato verdadero/falso. Las respuestas que indican desesperanza se puntúan con 1 y las que muestran esperanza se puntúan con 0. La puntuación total refleja la severidad de la desesperanza y oscila entre 0 y 20 puntos, de modo que las puntuaciones más altas suponen un mayor nivel de desesperanza. Esta escala ha sido validada en población española universitaria (Viñas et al., 2024) y cuenta con una consistencia interna de .91 (Pérez-Rodríguez et al., 2017).
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982) adaptado en población española (Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos, 2011). Tiene 40 ítems, de los cuáles 20 miden la ansiedad como estado y los otros 20 evalúan la ansiedad como rasgo, a través de respuestas tipo Likert. Presenta una consistencia interna entre .84 y .93 (Fonseca-Pedrero et al., 2012).
- Adolescent Coping Scale (Frydenberg y Lewis, 1993), adaptado al español por Pereña y Seisdedos (2000). Se trata de un autoinforme que consta de 80 elementos, 79 de tipo cerrado y uno con final abierto, que miden 18 estrategias de afrontamiento las cuales han sido identificadas conceptual y empíricamente. Los 79 elementos de tipo cerrado

se responden a través de una escala de tipo Likert y la consistencia interna en población española oscila entre .50 y .75 (Poch et al., 2015).

Los materiales que se emplearán en el desarrollo de la intervención se detallan a continuación:

- Medios físicos: Las sesiones se llevarán a cabo en las aulas del CIEM la Montañeta y el CIEM Valle Tabares que dispongan de una dimensión adecuada para que los participantes puedan estar cómodos. El espacio deberá estar ventilado, iluminado (con luz natural o bien haciendo uso de las luces instaladas) y exento de ruidos que puedan ocasionar distracciones.
- Medios materiales: un ordenador, un altavoz, un proyector y material escolar, incluyendo bolígrafos, lápices, folios y uvas pasas.
- Medios humanos: dos psicólogos/as generales sanitarios/as.

Directrices para la implementación y evaluación del trabajo

De acuerdo a la última Memoria del Programa de Justicia Juvenil elaborado por la Fundación IDEO (2023), la duración media de las medidas ejecutadas en el año 2023 osciló entre los 8 y 28 meses, por lo que es conveniente que el programa no tenga una duración superior al tiempo mínimo que permanecen los/as menores en el CIEM por imposición judicial, para asegurar que un alto porcentaje de los/as usuarios/as puedan realizar el programa en su totalidad, no causando baja en su internamiento durante el transcurso de la ejecución del programa. Por tanto, la intervención se implementará en un total de 13 sesiones, una sesión semanal, a lo largo de tres meses siguiendo la temporalización referida en la Tabla 4.

Tabla 4*Temporalización del programa de intervención.*

Fases	Sesiones	Semanas													
		1	2	3	4	5	6	7	8	8	10	11	12	13	14
Fase 0	Contacto con la entidad.	X													
Evaluación Inicial	1. “Presentación del Programa y recogida de información”		X												
	2. “La ventana de Johari”			X											
Implementación del Programa	3. “¿Qué me (te) pasa?”				X										
	4. “La fórmula ABC”					X									
	5. “¿Cómo resuelves tus conflictos?”						X								
	6. “Desbloqueando soluciones.”							X							
	7. “Conecta con el ahora.”								X						
	8. “¿Cuánto sabes acerca del suicidio?”									X					
	9. “Aprendiendo a detectar luces y sombras.”										X				
	10. “Tejiendo lazos: ¿qué sabemos del otro?”											X			
	11. “Rompiendo el silencio”.												X		
Evaluación Final del Programa	12. “Antes y después: ¿Qué me llevo en mi mochila?”.													X	
	13. “Nos despedimos.”														X

Cabe destacar que la temporalización implica una sesión semanal, con la finalidad de poder ejecutar el programa con varios grupos de menores de forma simultánea, en diferentes días a la semana y en horarios, ya que se pretende que todos los menores puedan realizar el programa, formándose grupos de forma continua con el ingreso de los nuevos menores.

A continuación, se describe el desarrollo del programa atendiendo a cada una de las fases.

Fase 0: Contacto con la Entidad.

En primer lugar, en la fase 0 del programa se establecerá un contacto directo con la Fundación IDEO para presentar la propuesta, resolver las posibles dudas y obtener la información relevante para su implementación. Posteriormente, se procederá a llevar a cabo la distribución de los usuarios de los CIEM en grupos de 12 personas y se habilitarán dos turnos, uno por la mañana y otro por la tarde, con el fin de que los usuarios escolarizados puedan compaginarlo con la asistencia a clase obligatoria. Además, se procurará realizar la agrupación respetando la unidad en la que viven los menores, ya que los equipos técnicos de los CIEM clasifican a los/as menores según sus características individuales en las unidades de convivencia, favoreciendo de esta forma el clima grupal y la cohesión dentro del grupo. También, se solicitará a los CIEM la tasa de autolesiones y/o intentos autolíticos de los usuarios, con el objetivo de establecer la prioridad en la aplicación del programa como se ha indicado anteriormente.

Fase 1: Evaluación Inicial.

Sesión 1: “Presentación del Programa y recogida de información”.

Los objetivos de esta sesión son:

- Realizar una presentación del Programa a los destinatarios.
- Generar alianza terapéutica con los usuarios.

- Evaluar el riesgo de suicidio, el nivel de desesperanza, los conocimientos relativos al suicidio de los participantes, la sintomatología ansiosa y las estrategias de afrontamiento.

En primer lugar, el profesional encargado de llevar a cabo las sesiones dará la bienvenida a los usuarios y realizará una breve presentación de las características del Programa y las normas, cuya presentación se encuentra en el Apéndice B del presente documento.

Posteriormente, de cara a favorecer la participación y la cohesión del grupo, se pedirá a cada uno de los integrantes que, por turnos, vayan indicando su nombre, una cualidad positiva que les defina, una cosa que les guste y otra que no les guste. Una vez todos se hayan presentado, y de cara a evaluar el conocimiento inicial sobre estrategias de afrontamiento y recursos disponibles, se formulará la siguiente pregunta: “¿Qué harían para afrontar un pensamiento suicida, ya sea propio o de alguien de su entorno?”.

Por último, de cara a medir el riesgo de suicidio, el nivel de desesperanza y los conocimientos relativos al suicidio de los usuarios, se destinará la última parte de la sesión a la aplicación de los instrumentos seleccionados y descritos en el apartado anterior: la Escala Paykel de la Conducta Suicida (Paykel et al., 1974), la Escala de Riesgo suicida de Plutchik (1989), la Escala de elaboración propia (Apéndice A), la Escala de Desesperanza de Beck (1974), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) y el autoinforme Adolescent Coping Scale (Frydenberg y Lewis, 1993).

Los instrumentos se repartirán en formato papel y se indicará que es necesario cumplimentarlos individualmente en silencio.

Fase 2: Implementación del Programa.

Con respecto a la fase de intervención, cabe mencionar que las sesiones tendrán un formato teórico práctico, de forma que se genere un espacio de apertura emocional. No obstante, se irá ajustando la intervención en función de las necesidades de cada grupo.

Sesión 2. “La ventana de Johari”.

Los objetivos de esta actividad son:

- Mejorar la posible sintomatología ansioso/depresiva existente asociada a la ideación suicida, la calidad de vida y el bienestar psicológico.
- Conocer las propias fortalezas y debilidades.

En primer lugar, se llevará a cabo, mediante psicoeducación, una explicación acerca del autoconcepto, los factores que pueden favorecer su desarrollo y los beneficios que tiene conocerse a uno mismo (Apéndice C). A continuación, se explicará la herramienta de la ventana de Johari de los psicólogos Joseph Luft y Harry (1955) (Apéndice D). Esta herramienta la pondrán en práctica escribiendo diferentes características y cualidades que les definan para luego clasificarlas en cada uno de los cuadrantes. Por último, podrán hacer una puesta en común de lo que hayan elaborado.

Sesión 3. ¿Qué me (te) pasa?

Los objetivos de esta sesión son:

- Aprender a identificar, expresar y modular las propias emociones.
- Desarrollar estrategias de relajación y/o regulación emocional.

En esta sesión se realizará una breve psicoeducación acerca de la identificación de las emociones propias y las de los demás, la necesidad de experimentar emociones “buenas” y “malas” y su funcionalidad, con el fin de generar una mayor tolerancia al malestar y promover la adaptación (Apéndice E). También, se les indicará que existen mecanismos que

nos ayudan a modular las emociones en situaciones de estrés elevado como la técnica de relajación muscular progresiva (1929) (Apéndice F) y se implementará en la propia sesión. Se pedirá a los usuarios que se coloquen en una posición cómoda y vayan siguiendo las instrucciones de la psicóloga. Por último, se preguntará a los usuarios cómo se sienten y se les impulsará a que lo entrenen cada día para que puedan hacer uso de esta técnica en momentos de tensión o ansiedad.

Sesión 4. “La fórmula ABC”.

Los objetivos de esta sesión son:

- Mejorar la posible sintomatología ansiosa/depresiva existente asociada a la ideación suicida, la calidad de vida y el bienestar psicológico.
- Identificar creencias irracionales y modificarlas por otros pensamientos más adaptativos.

En esta sesión se realizará una breve psicoeducación acerca del modelo ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis (1955) (Apéndice G). Luego, se pedirá a los usuarios que piensen ejemplos de situaciones recientes en las que pudieron sentir malestar e intenten identificar sus pensamientos en ese momento, detectando posibles creencias irracionales.

Posteriormente, se dividirá al grupo en parejas y se repartirá a cada pareja una situación del día a día de forma que tengan que escribir posibles creencias irracionales que podrían aparecer (Apéndice H). Por ejemplo: si un familiar no responde a mi llamada es porque ya no le importo. A continuación, se les pedirá que piensen en nuevas creencias más adaptativas a esta situación. Por ejemplo: quizás no respondió a la llamada porque estaba ocupado. El/la psicólogo/a irá pidiendo a cada pareja que comparta sus respuestas y,

finalmente, se llevará a cabo una reflexión de las consecuencias que supone tener creencias irracionales o adaptativas a la hora de experimentar nuestras emociones.

Sesión 5. “¿Cómo resuelves tus conflictos?”.

El objetivo de esta sesión es ofrecer estrategias para resolver conflictos de forma eficaz.

En primer lugar, se agrupará a los participantes en parejas y se repartirán diferentes situaciones ficticias a las que puedan enfrentarse en el centro y puedan suponer una fuente de estrés y malestar (Ver situaciones en Apéndice I). Se darán unos minutos para que formulen posibles soluciones y modos de actuación ante dicha situación. Posteriormente, se pedirá que lo compartan con el grupo y se dará feedback a las respuestas.

Sesión 6. “Desbloqueando soluciones”.

El objetivo de esta sesión es adquirir habilidades de resolución de conflictos.

En esta actividad se continuará con lo trabajado en la sesión previa del programa. En primer lugar, se explicará la técnica de resolución de problemas de D’Zurilla (1986) paso a paso (Apéndice J). Seguidamente, se distribuirá al grupo en parejas y se les repartirán las mismas situaciones de la sesión anterior (Apéndice I) para llevar a cabo un role playing en el que afianzar los conocimientos aprendidos con esta técnica.

Sesión 7: “Conecta con el ahora”.

Los objetivos de esta sesión son:

- Mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico.
- Aprender a tomar conciencia del momento presente.

Al inicio de la sesión se realizará una breve introducción explicando en qué consiste el Mindfulness (Apéndice K).

Posteriormente, se repartirá una uva pasa a cada uno, con el fin de realizar un ejercicio de toma de conciencia (Ver Apéndice L).

Por último, se explicará a los participantes la técnica de los cinco sentidos y se les pedirá que a lo largo de la semana la pongan en práctica (Ver Apéndice M).

Sesión 8. “¿Cuánto sabes acerca del suicidio?”

El objetivo de esta sesión es ampliar los conocimientos relativos al suicidio y eliminar las creencias erróneas asociadas.

En esta sesión se llevará a cabo una psicoeducación acerca de la terminología y conceptos utilizados en el campo del suicidio, siguiendo la nomenclatura que ofrece el Programa "Prevensuic. Hablar es prevenir" (Anseán y Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2015). (Ver Apéndice N).

En la segunda parte de esta sesión, se proyectará una presentación con afirmaciones referidas al suicidio para conocer las creencias que poseen los participantes, de manera que deberán levantar la mano derecha para indicar que la respuesta es verdadera y la mano izquierda cuando consideren que la respuesta es falsa. A medida que vayan respondiendo a las preguntas, se irán desmotando aquellos mitos que tengan con respecto al suicidio, aportando información y datos actuales de la cuestión (Ver Apéndice).

Sesión 9. “Aprendiendo a detectar luces y sombras”.

Los objetivos de esta actividad son:

- Reducir el impacto de los factores de riesgo de la conducta suicida en los adolescentes y jóvenes internados en los CIEM.
- Potenciar los factores protectores del comportamiento suicida en los menores que residen en los centros de internamiento.

- Mejorar la detección de signos de alarma por parte de los menores en situación de riesgo de suicidio en los CIEM.

En esta sesión se invitará a los usuarios a reflexionar acerca de factores o situaciones que pueden contribuir en el aumento o la disminución de la conducta suicida. Tras escuchar sus aportaciones, se explicará (apoyándose en un soporte visual) que existen factores que pueden incrementar el riesgo de suicidio y otros que nos protegen frente a este (Apéndice O). A continuación, se describirán también posibles señales de alarma que pueden determinar el riesgo inmediato de autolesión o suicidio de un compañero (Apéndice O).

Al finalizar la sesión, y de cara a entrenar a los usuarios en la detección de factores y signos de alarma, se realizará una actividad para afianzar los contenidos adquiridos, de forma que se presentarán los conceptos trabajados y deberán indicar si se trata de un factor de riesgo, un factor de protección o una señal de alarma. (Ver Apéndice P).

Sesión 10. “Tejiendo lazos: ¿qué sabemos del otro?”.

Los objetivos de la actividad son:

- Aumentar el apoyo social entre los usuarios.
- Mejorar la posible sintomatología ansiosa/depresiva existente asociada a la ideación suicida, la calidad de vida y el bienestar psicológico.

En esta actividad se tomará de referencia uno de los ejes señalados en el Programa CIPRÉS (Bahamón, Alarcón y Trejos, 2019) acerca del desarrollo de actividades orientadas a la mejora de la interacción social (Apéndice Q). Se pedirá a los participantes que intenten pensar en la última vez que ayudaron a otra persona. A continuación, se les pedirá que, de forma individual, escriban brevemente cómo fue esa situación (cómo notaron que la otra persona necesitaba ayuda, qué herramientas utilizaron para ayudarle, etc.), la respuesta de la persona que recibió la ayuda y las emociones que sintieron al llevar a cabo la conducta de

ayuda. Luego, se les pedirá que, por turnos, vayan compartiendo con el grupo lo que escribieron.

En la segunda parte de la sesión se agruparán en grupos de tres y se les pedirá que escriban razones por las que una persona puede necesitar ayuda de los demás dentro del centro.

Para finalizar la actividad, se les invitará a que, para la próxima sesión, intenten llevar a cabo una conducta de ayuda con alguno de los compañeros del centro o con los/as educadores/as de su unidad.

Sesión 11. “Rompiendo el silencio”.

El objetivo de esta sesión consiste en aprender formas de pedir ayuda ante situaciones de elevado malestar psicológico.

Al inicio de la sesión se preguntará los participantes si pudieron realizar la actividad propuesta en la sesión anterior. Se pedirá que compartan con el grupo la experiencia y cómo se sintieron al realizar la actividad. No obstante, es conveniente tener presente que existe la posibilidad de que el grupo se muestre poco participativo y no quiera compartir su experiencia realizando la actividad, por lo que en este caso se proyectará un vídeo en el que podrán visualizar un cortometraje acerca de la dificultad que presentan las personas para pedir ayuda (Ver en Apéndice R).

Posteriormente, se indicará a los participantes que reflexionen sobre una posible situación que estén experimentando actualmente en la que les gustaría recibir ayuda. En caso de que alguno no logre identificar una situación, se les puede animar a que piensen en la última vez que pudieron necesitar esa ayuda en el pasado. De forma individual, deberán escribir la situación, especificando qué tipo de ayuda o apoyo les gustaría recibir y de qué modo podrían pedir dicha ayuda a un compañero o al personal educativo del centro.

Al finalizar la actividad se les animará a que, de forma voluntaria y si lo desean, compartan lo escrito con alguna persona que consideren de confianza dentro del centro.

Fase 3: Evaluación Final del Programa

Sesión 12. “Antes y después: ¿Qué me llevo en mi mochila?”.

Los objetivos de esta actividad son:

- Conocer el efecto que ha generado el programa en los usuarios.
- Reflexionar acerca de las actividades realizadas durante el programa.

En primer lugar, se hará un breve resumen de lo trabajado en cada una de las sesiones del programa, realizando algunas preguntas abiertas a los usuarios para fomentar su participación y darles un espacio en el que puedan aportar los aprendizajes y conocimientos adquiridos que, tras la implementación del programa, se llevan para su vida. Seguidamente, deberán indicar las actividades que más les han gustado y las que, por el contrario, no les han gustado. A través de la expresión de sus argumentos, deberán ponerse de acuerdo entre todos para elegir de forma grupal la actividad que más les ha gustado y en la que más han podido aprender, y aquella que menos han disfrutado. Luego, los usuarios podrán aportar posibles propuestas de mejora con el objetivo de ir mejorando el desarrollo del programa.

Por último, se volverá a formular la misma pregunta de la primera sesión, “¿Qué harían para afrontar un pensamiento suicida, ya sea propio o de alguien de su entorno?”, con la finalidad de valorar las diferencias tras la implementación del programa con respecto a los conocimientos y las estrategias de afrontamiento adquiridas.

Sesión 13. “Nos despedimos”.

Los objetivos de esta sesión son:

- Evaluar los resultados del desarrollo y la implementación del presente programa de prevención.

- Promover las ganas de vivir y la esperanza en el futuro.

Esta actividad supone el cierre de la propuesta de intervención planteada en el presente documento. De cara a poder realizar una comparación de los resultados obtenidos al final del programa, se administrará a los usuarios los instrumentos utilizados al inicio de la intervención. En concreto, se les repartirá la Escala Paykel de la Conducta Suicida (Paykel et al., 1974), la Escala de Riesgo suicida de Plutchik (1989), la Escala de elaboración propia, la Escala de Desesperanza de Beck (1974), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) y el autoinforme Adolescent Coping Scale (Frydenberg y Lewis, 1993). Los instrumentos se repartirán en formato papel y se indicará que es necesario cumplimentarlos individualmente en silencio.

Tras el pase de pruebas, se realizará una dinámica en la que se repartirán dos tarjetas a cada participante y deberán escribir, de forma individual y anónima, en una de las tarjetas una cosa por la que están agradecidos/as en la vida y, en la otra tarjeta, una meta o propósito que sea una razón para seguir adelante. Luego, se insertarán todas las tarjetas en una caja y se irán leyendo en voz alta.

Conclusiones

Tras la implementación de la presente propuesta de intervención, se espera que los menores institucionalizados en los CIEM reduzcan los niveles de ideación y la propia conducta suicida. De este modo, en las 13 sesiones del programa se pretende que los adolescentes y jóvenes adquieran no sólo conocimientos e información relativa al concepto del suicidio y su detección, sino que sean capaces de integrar dentro de su día a día estrategias que promuevan la regulación emocional, la tolerancia al malestar, la resolución eficaz de sus problemas y la conexión con los otros.

Una de las fortalezas del programa es que se ha incluido el entrenamiento en este tipo de habilidades ya que, de acuerdo a investigaciones acerca de la eficacia de los tratamientos psicológicos para los comportamientos autolesivos suicidas, las intervenciones en este ámbito tienen una eficacia significativa, pero tiende a hallarse tamaños del efecto mayores para la ideación suicida y menores para los intentos suicidas (Carrasco et al., 2023). Esta posible tendencia se puede deber a que muchas intervenciones están más enfocadas en el contenido cognitivo-verbal de los comportamientos suicidas, no teniendo en cuenta los componentes que pueden funcionar como moderadores en la transición entre la ideación y la acción suicida, propia de la fase volitiva del modelo volitivo-motivacional de O'Connor (2011) (Carrasco et al., 2023). Por ello, en el diseño de este programa se ha pretendido generar mayor énfasis en aspectos relacionados con la motivación y la intencionalidad que conduce a la conducta suicida, como puede ser la ausencia de estrategias de afrontamiento, dificultades en la resolución de problemas, intolerancia al malestar, etc.

Así mismo, y tomando de base la revisión llevada a cabo por Fonseca-Pedrero et al. (2021) sobre los tratamientos psicológicos con apoyo empírico en la conducta suicida, este programa combina el enfoque contextual propio de la terapia dialéctico conductual junto con modelos que también arrojan resultados significativos como la terapia cognitivo - conductual.

Sin embargo, el programa cuenta con algunas limitaciones. En primer lugar, la evaluación realizada se ha llevado a cabo a través de la cumplimentación de escalas y cuestionarios por parte de los participantes, valorando en futuras ediciones incluir información acerca de la percepción del personal educativo del centro o la familia de los usuarios. También, en esta línea podría ser interesante añadir un módulo de formación en

materia de prevención dirigido a los/as educadores/as que trabajan en los CIEM. En cuanto a los participantes, con el fin de favorecer la relación entre los compañeros de la unidad, la asignación a los grupos se ha realizado atendiendo a la unidad de pertenencia dentro del CIEM, por lo que es posible que la diferencia de edad de los miembros del grupo pueda generar desigualdades en el desarrollo de las actividades.

Por otro lado, es conveniente tener en cuenta que el suicidio en ocasiones puede generar un estigma entre los jóvenes (Grimmond et al. 2019), de modo que los usuarios podrían mostrar resistencia a la hora de expresar sus vivencias y participar en las actividades del programa por miedo a sentir rechazo. Para evitar este inconveniente, podría ser interesante incluir más sesiones al inicio del programa enfocadas en desarrollar la cohesión grupal, la confianza en el grupo y la apertura emocional.

En relación a la eficacia del programa, es importante señalar que el suicidio es una cuestión prevenible, pero debe adoptar un enfoque multidimensional incluyendo la intervención en diversos niveles enmarcados dentro del ámbito social, comunitario, interpersonal e individual (OMS, 2014). Por tanto, si bien los programas de prevención contribuyen a reducir los comportamientos de suicidio (López-Díaz et al., 2024), su eficacia es limitada en tanto en cuanto es dependiente del resto de esferas que comprenden a un individuo, por lo que, tal y como menciona el psicólogo Pedro Martín-Barraón, responsable de la Red Nacional Psicólogos para la Prevención del Suicidio Princesa 81 (Perera, 2021), "el suicidio no es culpa de nadie, pero es responsabilidad de todos".

Referencias.

- Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor y Fundación Centro Español de Solidaridad Proyecto Hombre Madrid. (2011). *Programa de prevención indicada ENLACE: Guía de intervención*.
<https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM018085.pdf>
- Ahern, S., Burke, L.-A., McElroy, B., Corcoran, P., McMahon, E.M., Keeley, H., Carli, V., Wasserman, C., Hoven, C.W., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Banzer, R., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Haring, C., Kaess, M., Kahn, J.-P., Keresztesy, A., Postuvan, V., Sáiz, P.A., Varnik, P. y Wasserman, D. (2018). A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(10), 1295–1304. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1120-5>
- Alcántara-Jiménez, M., Torres-Parra, I., Guillén-Riquelme, A., y Quevedo-Blasco, R. (2023). Los Factores Psicosociales en el Suicidio de Presos en Prisiones Europeas: una Revisión Sistemática y Metaanálisis. *Anuario de Psicología Jurídica*, 33(1), 101-114. <https://doi.org/10.5093/apj2022a13>
- Alvarez, N. (2024). Propiedades psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Paykel en un colegio secundario de Colombia. *Revista Peruana de Investigación en Salud*. 8(2). <http://dx.doi.org/10.35839/repis.8.2.2100>
- Anseán, A., y Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2015). *PREVENSUIC: Guía práctica de prevención del suicidio para profesionales sanitarios*. PREVENSUIC. <https://www.prevensuic.org/gu%C3%ADa-prevensuic/>

- Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J., ... y McCauley, E. (2021). Dialectical behavior therapy for suicidal self-harming youth: Emotion regulation, mechanisms, and mediators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(9), 1105-1115. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.016>
- Bados, A., y García Grau, E. (2014). *Resolución de problemas*. Colección Objetos y Materiales Docentes (OMADO). Universitat de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/54764>
- Bahamón, M. J., Alarcón, Y., y Trejos, A. M. (2019). *Manual de intervención: Prevención del riesgo suicida en adolescentes*. CIPRÉS. El Manual Moderno. <https://www.telefonocontraelsuicidio.org/wp-content/uploads/2020/10/Manual-de-intervenci%C3%B3n-prevenci%C3%B3n-del-riesgo-suicida-en-adolescentes.-CIPR%C3%89S-Marly-Johana-Bahamon-Muneton.pdf>
- Baer, R. A. (2017). *Técnicas de tratamiento basadas en mindfulness*. Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T., Weissman, A. Lester, D., y Trexel, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- 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>
- Borschmann, R., Janca, E., Carter, A., Willoughby, M., Hughes, N., Snow, K., Stockings, E., Hill, N. T. M., Hocking, J., Love, A., Patton, G. C., Sawyer, S. M., Fazel, S.,

- Puljević, C., Robinson, J., y Kinner, S. A. (2020). The health of adolescents in detention: a global scoping review. *The Lancet. Public health*, 5(2), 114–126. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30217-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30217-8)
- Böttcher, R. M., y Garay, C. J. (2021). Prevalencia y factores de riesgo asociados al suicidio en países latinoamericanos. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 21(1), 61-78. <https://dx.doi.org/10.18682/pd.v21i1.4199>.
- Canal Mundo Emociones. (19 de octubre de 2023). *Descubre la técnica 5 4 3 2 1: el ejercicio de mindfulness más fácil y efectivo* [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=3AiOBN5Rqew>
- Canal Nuna Films (31 de octubre de 2018). *Estoy bien - Cortometraje* [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=XeUjIh4HXt0&rco=1>
- Carrasco, M. Á., Carretero, E. M., López-Martínez, L. F., y Pérez-García, A. M. Eficacia de los tratamientos psicológicos para los comportamientos autolesivos suicidas y no suicidas en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 10(1), 53-67 <https://doi.org/10.21134/rpcna.2023.10.1.7>
- López-Díaz, R., Rivera-Heredia, M.E., Morales-Rodríguez, M., Hermosillo-De la Torre, A.E., Salazar-García, M.A., y González-Betanzos, F. (2024). Programas de intervención para la prevención del suicidio con jóvenes, sus familiares y amigos: una revisión sistemática. *Revista de Psicología y Educación*, 19(2), 128-138. <https://doi.org/10.23923/rpye2024.02.257>
- Fitts, W. (1972). *Manual Tennessee Self Concept Scale*. Counselogs Recordings & Tests.

- Fonseca-Pedrero, E., Gimeno-Peón, A., Cano-Vindel, A., Baños-Rivera, R., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Muñiz, J., López-Navarro, E. R., Inchausti, F., Al-Halabí, S., Pérez-Álvarez, M., y Montoya, I. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para la Infancia y Adolescencia: Estado de la Cuestión. *Psicothema*, 33(3), 386–398. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2021.56>
- Fonseca-Pedrero, E. y Pérez-Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la Escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Fonseca-Pedrero, Eduardo, Pérez-Albéniz, Alicia, y Al-Halabí, Susana. (2022). Suicidal behavior in adolescents under review: fostering hope through action. *Papeles del Psicólogo*, 43(3), 173-184. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol.3000>
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del "cuestionario de ansiedad estado-rasgo" (STAI) en universitarios. *Psicología Conductual*, 20(3), 547-561. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4131885>
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (2000). *Escalas de afrontamiento para adolescentes (ACS) (Adolescent Coping Scales)*. Adaptación española Madrid: TEA Ediciones.
- Fundación Canaria de Juventud IDEO (2021). *Memoria Programa de Justicia Juvenil 2021*. [Memoria institucional]. Gobierno de Canarias. (Recibido el 27 de septiembre de 2024).

Fundación Canaria de Juventud IDEO (2022). *Memoria Programa de Justicia Juvenil 2022*. [Memoria institucional]. Gobierno de Canarias. (Recibido el 27 de septiembre de 2024).

Fundación Canaria de Juventud IDEO (2023). *Memoria Programa de Justicia Juvenil 2023*. [Memoria institucional]. Gobierno de Canarias. (Recibido el 26 de septiembre de 2024).

Fundación Canaria de Juventud IDEO (s.f.). *Protocolos Subprograma de Internamiento*. Gobierno de Canarias. (Recibido el 25 de enero de 2025).

Fundación Canaria de Juventud IDEO (s.f.). *Área de Justicia Juvenil*. Gobierno de Canarias.
<https://fundacionideo.org/quienes-somos>

Gallagher, C. A. y Dobrin, A. (2006). Deaths in juvenile justice residential facilities. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 662–668.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.01.002>

Gómez, G. A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 607-615. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70355-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70355-3)

González, M., Gil, P., Losada, L., y García, R. (2024). Programas de prevención del suicidio en adolescentes: una revisión sistemática. *European Journal of Education and Psychology*, 17(1), 1–28. <https://doi.org/10.32457/ejep.v17i1.2470>

González, J., Núñez, C., González, S., y García, M. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje

escolar. *Psicothema*, 9(2), 271-289. <https://www.psicothema.com/pii?pii=97>

- Graña, J.L. y Rodríguez, M.J. (2010). *Programa Central de Tratamiento Educativo y Terapéutico para Menores Infractores*. Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/18011>
- Grimmond, J., Kornhaber, R., Visentin, D., & Cleary, M. (2019). A qualitative systematic review of experiences and perceptions of youth suicide. *PloS one*, 14(6), e0217568. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217568>
- INE. (2022). *Estadística de defunciones según la causa de muerte*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=79477>
- Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.
- Jobes, D. A., y Joiner, T. E. (2019). Reflections on suicidal ideation [Editorial]. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 40(4), 227–230. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000615>
- Joshi, K., y Billick, S. B. (2017). Biopsychosocial causes of suicide and suicide prevention outcome studies in juvenile detention facilities: a review. *Psychiatric quarterly*, 88, 141-153. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9434-2>
- Kahn, J. P., Cohen, R. F., Tubiana, A., Legrand, K., Wasserman, C., Carli, V., ... y Wasserman, D. (2020). Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *European child & adolescent psychiatry*, 29, 1671-1681. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01476-w>

- Konrad, N., Daigle, M. S., Daniel, A. E., Dear, G. E., Frottier, P., Hayes, L. M., ... y Sarchiapone, M. (2007). Preventing suicide in prisons, part I: recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. *Crisis*, 28(3), 113-121.<https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.3.113>
- Lensch, T., Clements-Nolle, K., Oman, R. F., Evans, W. P., Lu, M., y Yang, W. (2021). Adverse childhood experiences and co-occurring psychological distress and substance abuse among juvenile offenders: the role of protective factors. *Public Health*, 194, 42-47.<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.014>
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. *Boletín Oficial del Estado*, 11, de 13 de enero del 2000. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2000/01/12/5/con>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2020). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Período 2022-2026.https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf

- Ministerio de Sanidad (2023). *Defunciones provisionales según la causa de muerte en España* en 2023. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defun2023_NOTA__TEC.pdf
- Mirkovic, B., Cohen, D., Garny de la Rivière, S., Pellerin, H., Guilé, J. M., Consoli, A., y Gerardin, P. (2020). Repeating a suicide attempt during adolescence: risk and protective factors 12 months after hospitalization. *European child & adolescent psychiatry*, 29, 1729-1740. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01491-x>
- Montoya, I., Postigo, A., y González, R. (2020). *Programa PREDEMA: Programa de educación emocional para adolescentes*. Ediciones Pirámide.
- Navas, J. J. (1981). Terapia racional emotiva. *Revista latinoamericana de psicología*, 13(1), 75-83. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80513105.pdf>
- O'Connor, R. (2011). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Crisis*. 32(6). 295-298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Prevención de la conducta suicida: un imperativo global*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>
- 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(582), 460–469. <https://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>

Perera, Y. (2021, 18 de julio). Pedro Martín-Barrajón: "El suicidio es un problema de salud pública urgente en el que todos tenemos nuestra cuota de responsabilidad. *Periódico El Mundo*.
<https://www.elmundo.es/papel/historias/2021/07/17/60f0165bfc6c83f92b8b4586.htm>
1

Pérez-Acosta, A. M., Rodríguez, A., y Vargas, M. C. (2008). Albert Ellis (1913-2007): Pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Psicología Conductual*, 16(2), 341-348. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/12.Perez_16-2oa.pdf

Pérez-Rodríguez, S., Marco, J.H., y García-Alandete, J. (2017). The role of hopelessness and meaning in life in a clinical sample with non-suicidal self-injury and suicide attempts. *Psicothema*, 29(3), 323-328. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.284>

Pérez, A., Fonseca, E., Díez, A., Lucas, B., Ortuño, J., Pérez, J., de Vicente, P., Aritio Solana, R., Sebastián, C., Vicién, M., Sánchez, M., Roa, L., Luengo, C., Hijazo, E., Gómez, P., Gil, M., Gil, P., Gil, L., Garrido, R., ... Achútegui, S. (2020). *Guía Promoción del bienestar emocional*. Universidad de La Rioja.
<https://produccioncientifica.ucm.es/documentos/5ecef0da2999522c368a48ad>

Plutchik, R., van Praag, H. M., Conte, H. R., y Picard, S. (1989). Correlates of suicide and violence risk 1: the suicide risk measure. *Comprehensive psychiatry*, 30(4), 296–302.
[https://doi.org/10.1016/0010-440x\(89\)90053-9](https://doi.org/10.1016/0010-440x(89)90053-9)

Poch, F. V., Carrasco, M. G., Moreno, Y. G., & Cerrato, S. M. (2015). Coping strategies and styles and their relationship to personal wellbeing in a sample of adolescents. *Anales de Psicología*, 31(1), 226. <https://psycnet.apa.org/record/2014-57820-024>

- Rodríguez-Testal, J. F. (2023). Manual de Psicología de la Conducta Suicida. Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (Coords.). Pirámide. *Psicothema*, 35(3), 321-324. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-144X2023000300321&lng=es&tlng=es.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M.A., Marín, J.J., y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61(4), 143-52. <https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/4539706>
- Rudd, B. N., George, J. M., Snyder, S. E., Whyte, M., Cliggitt, L., Weyler, R., y Brown, G. (2022). Harnessing quality improvement and implementation science to support the implementation of suicide prevention practices in juvenile detention. *Psychotherapy*, 59(2), 150–156. <https://doi.org/10.1037/pst0000377>
- Servicio Canario de Salud, (2021). *Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias*. gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3f5ce57d-1085-11ec-bfb0-874800d2c074/PPCSC.pdf
- Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. (1982). STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). California: Consulting Psychologists Press. Adaptación española. Madrid: Sección de Estudio de Tests. TEA Ediciones S.A.
- Suárez, E. (2020). Polivictimización, resiliencia y conducta suicida en adolescentes atendidos por el sistema de protección y justicia juvenil [Tesis de Doctorado, Universitat de Barcelona]. Repositorio Institucional – Universitat de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/172708>

Viñas, F., Villar, E., Caparros, B., Juan, J., Cornella, M., y Perez, I. (2004). Feelings of hopelessness in a Spanish university population - descriptive analysis and its relationship to adapting to university, depressive symptomatology and suicidal ideation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(4), 326–334.
<https://doi.org/10.1007/s00127-004-0756-2>

Wasserman, D., Hoven, C.W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J.-P., Keeley, H., Musa, G.J., Nemes, B., Postuvan, V., Saiz, P., Reiter-Theil, S., Varnik, A., Varnik, P. y Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977) 1536–1544.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61213-7)

Apéndices.

Apéndice A. Escala de Elaboración Propia.

Con esta escala se van a evaluar los conocimientos relativos al suicidio por parte de los participantes.

Lee las siguientes afirmaciones e indica si el contenido es verdadero o falso.

1. Las personas que pretenden suicidarse no lo comunican y las personas que exteriorizan su ideación suicida no la llevarán a cabo.
2. Los jóvenes no se suicidan, quienes lo hacen suelen tener problemas mentales o problemas muy graves.
3. Todo el que se suicida padece una enfermedad mental.
4. Tener relaciones afectuosas y saludables nos protege frente al suicidio.
5. Preguntar o hablar del suicidio puede incrementar el riesgo de conducta suicida.
6. El suicidio no se puede prevenir.
7. La persona que se suicida quiere morir.
8. La gran mayoría de los suicidios vienen precedidos por señales de alarma.
9. Hablar de suicidio es liberador para la persona que lo piensa.
10. El suicidio no tiene nada que ver con la cobardía o la valentía de un individuo.
11. Las tasas de suicidio aumentan con la edad, siendo los intentos más planificados y letales.
12. Exponerse a situaciones de violencia o traumáticas aumenta el riesgo de suicidio.
13. En torno a la mitad de las personas que se suicidan, en el mes anterior habían realizado una consulta al médico.
14. El suicidio provoca más muertes que la malaria y el cáncer de mama juntos.
15. La persona que haya intentado suicidarse alguna vez nunca dejará de intentarlo.
16. La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin aviso previo.
17. Las personas que se autolesionan, sólo quieren llamar la atención.
18. Sentir odio hacia sí mismo y culpabilidad es una señal de alerta de suicidio.

1. Las personas que pretenden suicidarse no lo comunican y las personas que exteriorizan su ideación suicida no la llevarán a cabo. Falso.
2. Los jóvenes no se suicidan, quienes lo hacen suelen tener problemas mentales o problemas muy graves. Falso.
3. Todo el que se suicida padece una enfermedad mental. Falso.
4. Tener relaciones afectuosas y saludables nos protege frente al suicidio. Verdadero.
5. Preguntar o hablar del suicidio puede incrementar el riesgo de conducta suicida. Falso.
6. El suicidio no se puede prevenir. Falso.
7. La persona que se suicida quiere morir. Falso.
8. La gran mayoría de los suicidios vienen precedidos por señales de alarma. Verdadero.
9. Hablar de suicidio es liberador para la persona que lo piensa. Verdadero.
10. El suicidio no tiene nada que ver con la cobardía o la valentía de un individuo. Verdadero.
11. Las tasas de suicidio aumentan con la edad, siendo los intentos más planificados y letales. Verdadero.
12. Exponerse a situaciones de violencia o traumáticas aumenta el riesgo de suicidio. Verdadero.
13. En torno a la mitad de las personas que se suicidan, en el mes anterior habían realizado una consulta al médico. Verdadero.
14. El suicidio provoca más muertes que la malaria y el cáncer de mama juntos. Verdadero.
15. La persona que haya intentado suicidarse alguna vez nunca dejará de intentarlo. Falso.
16. La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin aviso previo. Falso.
17. Las personas que se autolesionan, sólo quieren llamar la atención. Falso.
18. Sentir odio hacia sí mismo y culpabilidad es una señal de alerta de suicidio. Verdadero.

Apéndice B. Presentación del Programa.



HABLAREMOS SOBRE...



AUTOCONCEPTO

PEDIR AYUDA

SALUD MENTAL

SEÑALES DE ALARMA

EMOCIONES

CUIDAR A OTROS



SESIONES

1. "Presentación del Programa y recogida de información"
2. "La ventana de Johari"
3. "¿Qué me (te) pasa?"
4. "La fórmula ABC"
5. "¿Cómo resuelves tus conflictos?"
6. "Desbloqueando soluciones"
7. "Conecta con el ahora"
8. "¿Cuánto sabes acerca del suicidio?"
9. "Aprendiendo a detectar luces y sombras"
10. "Tejiendo lazos: ¿qué sabemos del otro?"
11. "Rompiendo el silencio".
12. "Antes y después: ¿Qué me llevo en mi mochila?"
13. "Nos despedimos".



Apéndice C. Psicoeducación sobre el Autoconcepto Sesión 2: “La ventana de Johari”.

Para llevar a cabo la psicoeducación, se utilizará la definición que propone González-Pienda et al. (1997) considerando el autoconcepto como “el sistema de creencias que la persona posee respecto a sí misma”.

Posteriormente, se explicará que el autoconcepto personal incluye diferentes dimensiones (Fitss, 1972; Pérez et al., 2020):

- Autoconcepto afectivo-emocional. Hace referencia a la visión de una persona sobre sí misma con respecto a la regulación de sus propias emociones.
- Autoconcepto ético-moral. Indica la percepción que tiene un individuo sobre su honradez, valores y comportamiento moral.
- Autoconcepto de la autonomía. Hace referencia a la visión que una persona tiene de sí misma para tomar decisiones de forma independiente en base a sus propios criterios.
- Autoconcepto de la autorrealización. Corresponde a la percepción de un individuo sobre sí mismo con respecto al alcance de sus metas.

Por otro lado, se hablará de los factores influyentes en la formación del autoconcepto (Pérez et al., 2020):

- La interacción social: Conocer la visión que otras personas tienen sobre nosotros nos ayuda a tomar conciencia de algunas cualidades sobre nosotros que no somos capaces de ver. No obstante, es conveniente valorar cuando esas opiniones vienen por parte de personas que tienen buenas o malas intenciones.
- La interpretación sobre las propias experiencias: Reflexionar acerca de los sucesos vividos ayuda a las personas a identificar fortalezas y debilidades en uno mismo.

Apéndice D. La Ventana de Johari.

La ventana de Johari es una dinámica propuesta por Joseph Luft y Harry Ingham (1955) que consiste en llevar a cabo una ventana compuesta por cuatro áreas (Pérez et al., 2020):

1. Área pública: todo lo que sabe una persona sobre sí misma.
2. Área ciega: lo que las otras personas saben pero nosotros no.
3. Área oculta: todo lo que se oculta al resto de personas.
4. Área desconocida: todo aquello que no conocemos ni nosotros ni los demás.

Para llevar a cabo la dinámica se pedirá a los participantes que escriban diez características que posean sobre sí mismos y se invitará a un compañero que les conozca del grupo que haga la misma tarea. Tras esto, compartirán lo que han escrito y deberán hacer una clasificación de esas características en cada uno de los cuadrantes de la ventana (Ver Tabla 5.)

Tabla 5

Ventana de Johari.

	Yo conozco	Yo desconozco
Los demás conocen	Área pública	Área ciega
Los demás desconocen	Área oculta	Área desconocida

Apéndice E. Psicoeducación Sesión 3: ¿Qué me (te) pasa?

La sesión comenzará preguntando al grupo acerca de qué saben sobre las emociones, si tienden a transitarlas o a evitarlas y si toman conciencia de las mismas. Se les preguntará por las emociones que conocen y se indicará que todos tenemos cinco emociones básicas: la alegría, la ira, el miedo, la tristeza y el asco (Bisquerra, 2009).

Posteriormente, se utilizará la definición recogida por Montoya, Postigo y González (2020) que establece que las emociones son un conjunto innato de mecanismos de adaptación al entorno con una gran importancia para la supervivencia de la humanidad, ya que nos ayudan a responder de forma inmediata a las modificaciones de lo que ocurre a nuestro alrededor e influyen en nuestro juicio y bienestar.

Estas emociones incluyen cuatro componentes (Bisquerra, 2009):

- Componente fisiológico: supone un conjunto de cambios a nivel corporal que pueden ser percibidos tanto por nosotros como por los demás. Por ejemplo: cuando sentimos miedo ante un peligro nuestro ritmo cardíaco aumenta, las palmas de las manos sudan, los músculos se tensan y la respiración se acelera.
- Componente subjetivo: implica el modo en el que cada persona siente y entiende su emoción, es decir, cómo la interpreta, con qué experiencias o ideas la relaciona, cómo afecta a su estado de ánimo y si la acepta o no. Por ejemplo: si discutimos con un amigo y sentimos tristeza, se puede percibir esa emoción como un dolor emocional, relacionarla con una posible pérdida de esa amistad y valorar si nos permitimos llorar, buscar cómo solucionar el conflicto, etc.
- Componente social: Hace referencia a cómo las emociones se relacionan con personas, objetos o actividades, indicándonos lo importante que es algo para nosotros. Por ejemplo: sentir alegría al estar con un amigo nos muestra lo valiosa que es esa relación para nosotros.
- Componente intencional o motivacional: Cada emoción provoca una reacción en nuestro cuerpo que nos impulsa a hacer algo determinado, como alejarnos del peligro o acercarnos a una fuente de placer. De este modo, las emociones nos motivan y nos orientan hacia lo que consideramos importante o valioso para nosotros. Por ejemplo,

sentir miedo nos motiva a evitar una amenaza, mientras que la alegría nos impulsa a compartir un buen momento.

Tras esta explicación, se indicará que las emociones se encuentran presentes en todos los momentos de nuestra vida y que debemos aprender a manejarlas de forma adecuada, de modo que funcionen como un vehículo, es decir, manejando nosotros a las emociones y no ellas a nosotros.

Apéndice F. Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.

Para llevar a cabo la relajación se pedirá a los usuarios que se coloquen de una forma cómoda y cierren los ojos. A continuación, se comenzará a realizar la primera fase del ejercicio, que consistirá en ir generando tensión y luego relajación en los diferentes grupos musculares de todo el cuerpo, considerando el siguiente orden:

- Brazos y manos: Contrae el brazo derecho y mantén el puño apretando y relaja lentamente. Repite lo mismo con el brazo izquierdo.
- Cara: Arruga unos segundos la frente y luego relaja lentamente. Abre los ojos y ciérralos lentamente. Arruga la nariz y relaja lentamente. Sonríe de forma amplia y relaja lentamente. Haz presión con la lengua sobre el paladar y relaja lentamente. Presiona los dientes notando tensión en la zona de la mandíbula y relaja lentamente. Frunce los labios y relaja lentamente.
- Cuello: Flexiona el cuello hacia atrás y vuelve a la posición cómoda. Después flexiona hacia adelante y vuelve a la posición de inicio.
- Hombros: Eleva ambos hombros hacia arriba y vuelve lentamente a la postura inicial.
- Torác, espalda y abdomen: Lleva los codos hacia atrás, notando la tensión en la espalda y los hombros y vuelve a la posición de inicio. Inspira y mantén el aire en los

pulmones, sintiendo la tensión en el pecho, luego espira lentamente. Tensa la zona abdominal y relaja lentamente.

- Piernas: Estira la pierna derecha, levanta el pie hacia arriba y nota toda la tensión en el glúteo, el muslo y el pie, y relaja lentamente. Repite lo mismo con la pierna izquierda.

A continuación, se irá revisando cada uno de los grupos musculares y se irá comprobando si aún queda tensión en alguna parte del cuerpo o ya se ha alcanzado la relajación al máximo. Por último se realizará la relajación mental, que consiste en imaginar una escena positiva que nos resulte agradable, de forma que experimenten una relajación mental a medida que se continúa en un estado de relajación corporal.

Apéndice G. Psicoeducación Modelo ABC.

El modelo ABC de Ellis (1955) defiende que las personas no reaccionan de forma directa a los acontecimientos de su vida, sino que responden a dichos eventos según la interpretación o evaluación que realizan de estos.

De este modo, A representa el "acontecimiento activador", B se refiere al "pensamiento irracional", y C corresponde a la "consecuencia emocional o conductual". No obstante, como esta consecuencia ocurre casi de manera inmediata tras el acontecimiento activador, muchas personas creen erróneamente que A provoca directamente C. La Terapia Racional Emotiva Conductual, indica que C no surge de A de forma inmediata, sino que proviene de B, es decir, del sistema de creencias de la persona. (Pérez-Acosta et al., 2008).

Posteriormente se presentarán algunas creencias irracionales que Ellis describe (Navas, 1981):

1. Es de suma necesidad que nos quieran y aprueben todas las personas significativas de nuestra vida.

2. Hay que ser competente en todos los aspectos de nuestra vida, para poder considerarnos personas de valor.
3. Ciertas personas son malas, perversas y ruines y deben ser severamente castigadas y penalizadas.
4. Es tremendamente horroroso que las cosas no nos salgan tan perfectas como desearíamos que salieran.
5. La infelicidad humana se debe a causas externas y nosotros no tenemos capacidad para controlar nuestras emociones perturbadoras.
6. Todas aquellas situaciones amenazantes o que nos pueden dar grandes preocupaciones, deben ser evitadas a cualquier precio.
7. Es mucho más fácil evitar las dificultades y responsabilidades que afrontarlas.
8. Uno debe ser siempre dependiente de los demás y tener a alguien más fuerte en quien confiar.
9. Nuestras experiencias y eventos del pasado son los que determinan nuestra conducta presente; no podemos nunca librarnos de la influencia del pasado.

Apéndice H. Situaciones diseñadas para la Sesión 4: “La fórmula ABC”..

Las situaciones que se repartirán a las diferentes parejas son las siguientes:

1. Un compañero te coge algo que sabes que es tuyo sin permiso.
2. El educador no les deja salir al patio.
3. Durante una sesión grupal, te piden compartir tus sentimientos sobre una situación personal, pero decides no participar por miedo al juicio de los demás.
4. Un/a educador/a te echa la bronca injustamente por una discusión en la que crees no haber tenido la culpa.

5. Decides no participar en una actividad académica porque te resulta difícil o aburrida, diciendo que no te servirá para nada en el futuro.
6. Un compañero hace un comentario negativo sobre tu aspecto físico
7. No recibes una visita familiar que esperabas el fin de semana.
8. Tras un conflicto, justificas tu mal comportamiento diciendo que actúas así porque en el pasado siempre te trataban mal.

Apéndice I. Situaciones Diseñadas para la Sesión 5. “¿Cómo resuelves tus conflictos?”.

Las situaciones que se repartirán a las diferentes parejas son las siguientes:

1. Tienes una llamada o una visita familiar que acaba en discusión.
2. Recibes una bronca injustamente por parte de un educador del centro.
3. Ves que están insultando a un compañero y quieres defenderlo.
4. Te dan una mala noticia que como consecuencia implica que debas estar más tiempo en el centro.
5. Ves que un compañero se lleva algo que no le pertenece a su habitación.
6. Vuelves de un permiso con la familia y sientes mucha angustia de volver al centro.

Apéndice J. Técnica de Resolución de Problemas de D’Zurilla.

La técnica de resolución de problemas consta de los siguientes pasos (Bados y García, 2014).

1. Orientación o actitud hacia los problemas.

Este proceso depende de las valoraciones, creencias, expectativas y reacciones emocionales que presenta una persona, los cuales van a funcionar como facilitadores o inhibidores de la resolución de problemas.

2. Definición y formulación del problema.

En este paso los objetivos serán recoger la información relevante acerca del problema, clarificar la naturaleza y los factores determinantes del problema (valorar si el problema a resolver es un problema primario o la consecuencia de otro problema más importante), establecer metas realistas y realizar una reevaluación de la importancia del problema.

3. Generación de soluciones alternativas.

Una vez formulado el problema, habrá que elaborar diferentes posibles soluciones. Para ello, es conveniente tener presente principios como la especificidad, la lluvia de ideas y la variedad. Además, es conveniente insistir en que se debe dejar trabajar a la imaginación y no hacer una evaluación crítica de las soluciones generadas, pues esto puede limitar la cantidad de las mismas.

4. Toma de decisión.

Tras formular varias posibles soluciones, hay que valorar cuáles pueden acercarse a la meta propuesta inicialmente, teniendo en cuenta la relación beneficio/coste. Para ello, se realizará una cribado eliminando aquellas soluciones que impliquen consecuencias negativas que puedan ser intolerables. Luego, se anticiparán los posibles resultados de las soluciones, teniendo en cuenta aquellas consecuencias que sean probables. Posteriormente, se realizará una evaluación de las soluciones, atendiendo a los cuatro criterios que propone D’Zurilla (1986):

- ¿En qué medida es probable que la solución alcance la/s meta/s propuesta/s?

- ¿En qué medida es probable que me sienta bien o mal si pongo en práctica esta solución?
- ¿Cuánto tiempo y esfuerzo es probable que requiera esta solución?
- ¿En qué medida es favorable (beneficios sobrepasan a los costos) o desfavorable (costos sobrepasan a los beneficios) la razón beneficio/costos con esta solución?

5. Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad.

A continuación, se pondrá en práctica la solución elegida, por lo que será conveniente observar y registrar los resultados obtenidos tras su aplicación. Posteriormente, tras llevar un tiempo aplicando la solución, se evaluarán los resultados obtenidos, atendiendo a factores como el tiempo y esfuerzo necesario y las consecuencias personales y en los demás.

Apéndice K. Explicación de la Técnica de Mindfulness.

El mindfulness es una práctica cuyo objetivo es centrar la atención en el momento presente de forma contemplativa, es decir, sin realizar valoraciones (Linehan, 1993). Los elementos principales son:

- Atención en el momento presente: Consiste en vivir las experiencias tal y como ocurren, sin ejercer control sobre las mismas.
- Apertura a la experiencia: Hace referencia a la capacidad de percibir y sentir las experiencias de forma abierta, sin establecer interferencias verbales que puedan alterar la percepción.
- Aceptación radical: Implica aceptar las experiencias sean buenas o malas, sin rechazarlas. Por ejemplo, percibir una situación que genera enfado o malestar sin la necesidad de huir o evitar, sino aceptando que forma parte del proceso de vivir.
- Control: Se trata de vivir las experiencias tal cual son, sin intentar controlar o reducir emociones como el miedo, la ira o la tristeza.

Apéndice L. Ejercicios de Mindfulness: Uva Pasa.

El ejercicio de la uva pasa ha sido descrito por autores como John Kabat-Zinn (Baer, 2017) y tiene como objetivo practicar la capacidad de prestar atención al momento presente, tomando conciencia de nuestras acciones.

Para empezar, se pedirá a los usuarios que entren en un estado de relajación, realizando unas pequeñas respiraciones antes de iniciar la actividad. A continuación, se pedirá que coman la uva como lo hacen de forma habitual, rápidamente sin saborearla. Se pedirá que intenten prestar atención a lo que les surge (por ejemplo: no me gusta, ojalá no fuera una uva). Posteriormente, se darán las siguientes instrucciones:

Vuelve a coger la uva pasa con los dedos, sintiendo su peso, la textura, etc. Deja que tus ojos examinen el aspecto de la uva pasa, los pliegues que contiene. Acerca la uva a la nariz e inhala para sentir cómo huele, incluso si no huele a nada. Coloca la pasa en la boca con delicadeza, notando el gesto que hace la lengua para saborearla, sin mastigarla. A continuación, mastica de forma consciente la uva pasa, percibiendo los sabores sin tragar. Ahora, nota como la boca se prepara para tragar el alimento e intenta prestar atención a cómo baja hasta tu estómago y qué hace la lengua una vez has tragado la uva pasa.

Ahora, se les preguntará “¿Continúa el sabor en tu boca?”, “¿Qué sientes ahora que ya no está la pasa en la boca?”.

De nuevo, se pedirá que vuelvan a tomar otra pasa y esta vez lo harán sin recibir instrucciones por parte del/a psicólogo/a.

Para terminar, se realizará la siguiente reflexión del ejercicio. El hecho de comer pasas no resulta importante en nuestra vida, por lo que si lo hacemos de forma rápida y automática, normalmente estamos pendientes a algo que consideramos más importante. En

este caso, sólo perdemos el sabor de la pasa pero no nos damos cuenta que a veces no prestamos atención a pequeñas cosas de la vida que también son valiosas.

Con este ejercicio se ha buscado prestar atención plena a actividades que normalmente realizamos con el piloto automático, perdiendo la oportunidad de disfrutar muchos momentos por estar más pendiente de nuestro pasado o futuro. Al estar más conscientes de lo que hacemos, adquirimos una mayor capacidad para reflexionar y decidir sobre cómo queremos actuar en las diferentes situaciones a las que nos enfrentamos en el día a día.

Apéndice M. Ejercicios de Mindfulness: Técnica de los Cinco Sentidos.

Para llevar a cabo el ejercicio, se proyectará un vídeo en youtube publicado por el Canal Mundo Emociones titulado “Descubre la técnica 5 4 3 2 1: el ejercicio de mindfulness más fácil y efectivo” y se pedirá a los usuarios que vayan siguiendo las indicaciones del mismo: <https://www.youtube.com/watch?v=3AiOBN5Rqew>

Posteriormente, se les preguntará qué les pareció el ejercicio, si creen que utilizar los sentidos les acerca a vivir más presentes en el aquí y ahora y si son capaces de aplicar lo aprendido en su vida diaria.

Apéndice N. Terminología del Suicidio.

Para llevar a cabo la psicoeducación se utilizarán algunos conceptos propuestos por la nomenclatura del Programa "Prevensuic. Hablar es prevenir" de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio.

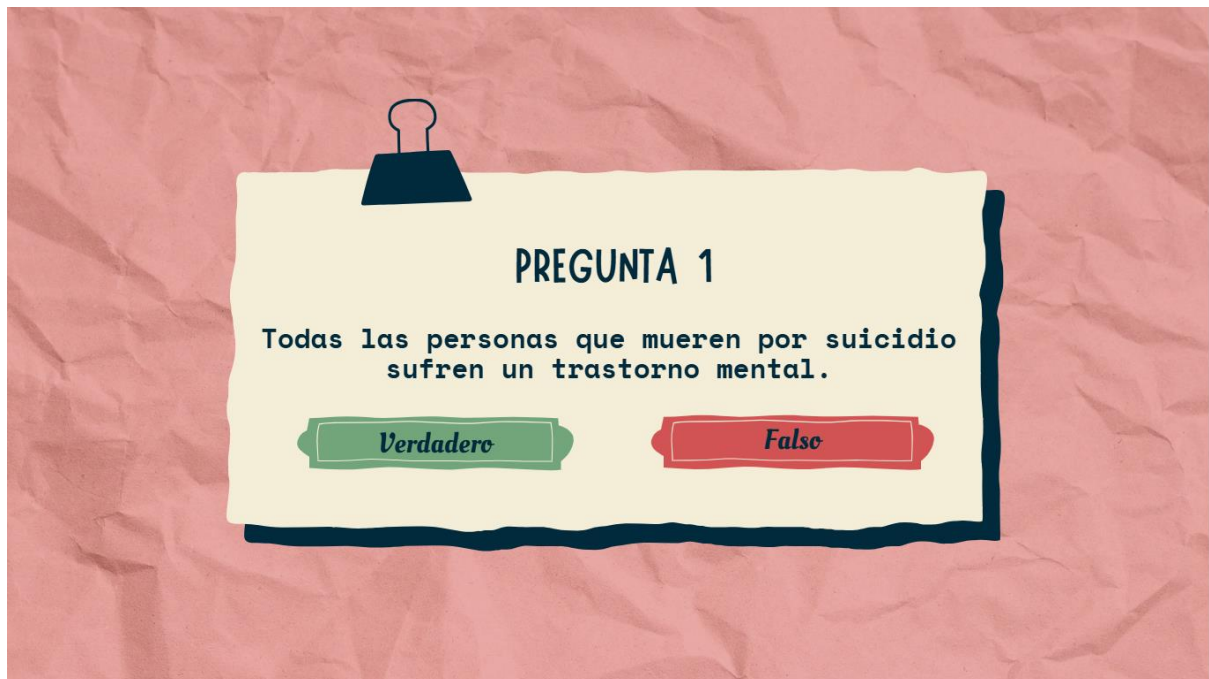
- **Acto suicida.** Acción autolesiva con grado variable de daño físico o de intencionalidad suicida.
- **Antecedente suicida.** Existencia de actos suicidas previos.

- **Comunicación suicida.** Manifestaciones verbales o no verbales sobre ideación suicida, independientemente de su intencionalidad.
- **Conducta suicida.** Ideación suicida, intentos de suicidio y muertes por suicidio.
- **Ideación suicida.** Deseos y pensamientos suicidas.
- **Intento suicida.** Acto suicida sin resultado de muerte.
- **Planificación suicida.** Ideas y conductas organizadas y premeditadas (lugar, método, momento, etc.) para cometer un acto suicida.
- **Suicidio.** Acto suicida con resultado de muerte.
- **Suicidio protesta.** Suicidio realizado para reivindicar una causa que el sujeto considera justa o la abolición de una situación que considera injusta.
- **Pacto suicida.** Acuerdo entre varias personas para cometer un acto suicida.
- **Supervivientes o sobrevivientes.** Personas cuyo familiar o allegado ha fallecido por suicidio. También se refiere así a personas que sobreviven a un acto suicida.

Apéndice Ñ. Actividad Sesión 8: “¿Cuánto sabes acerca del suicidio?”.



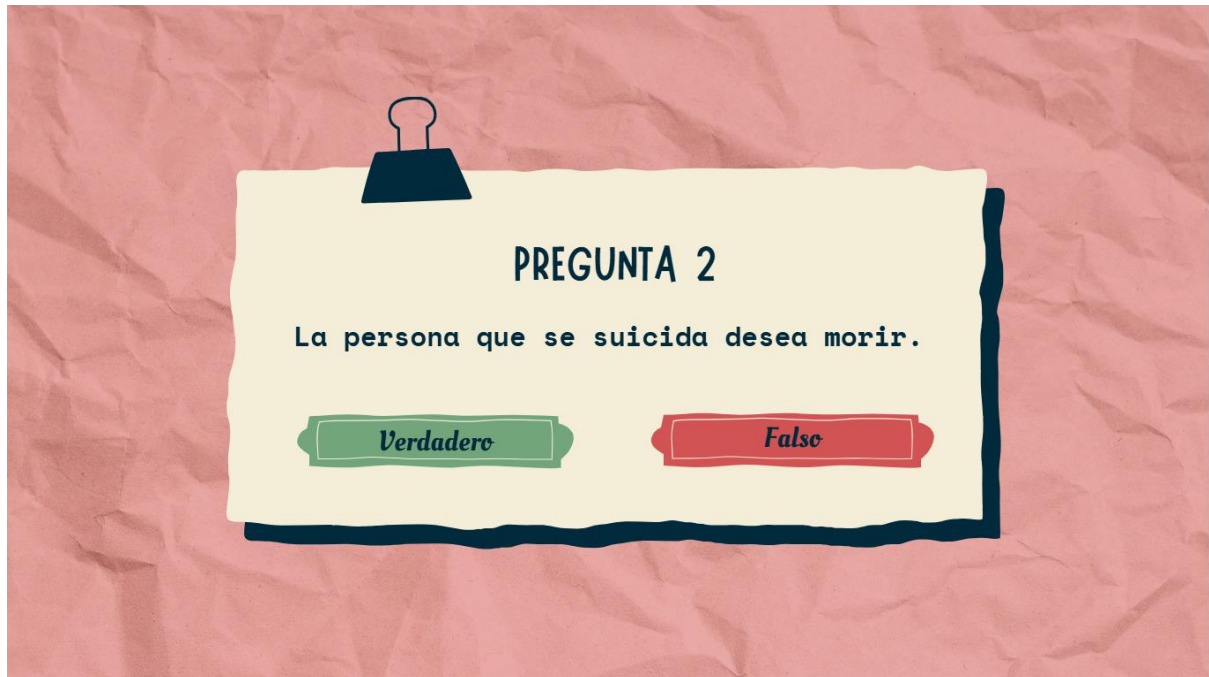
**¿Cuánto sabes acerca del
suicidio?**



Falso.

Cuando alguien piensa en quitarse la vida no tiene que poseer necesariamente un trastorno mental. Muchas veces sienten un gran malestar y sufrimiento y el dolor es tan intenso que conduce a pensar que la única solución posible es la muerte.

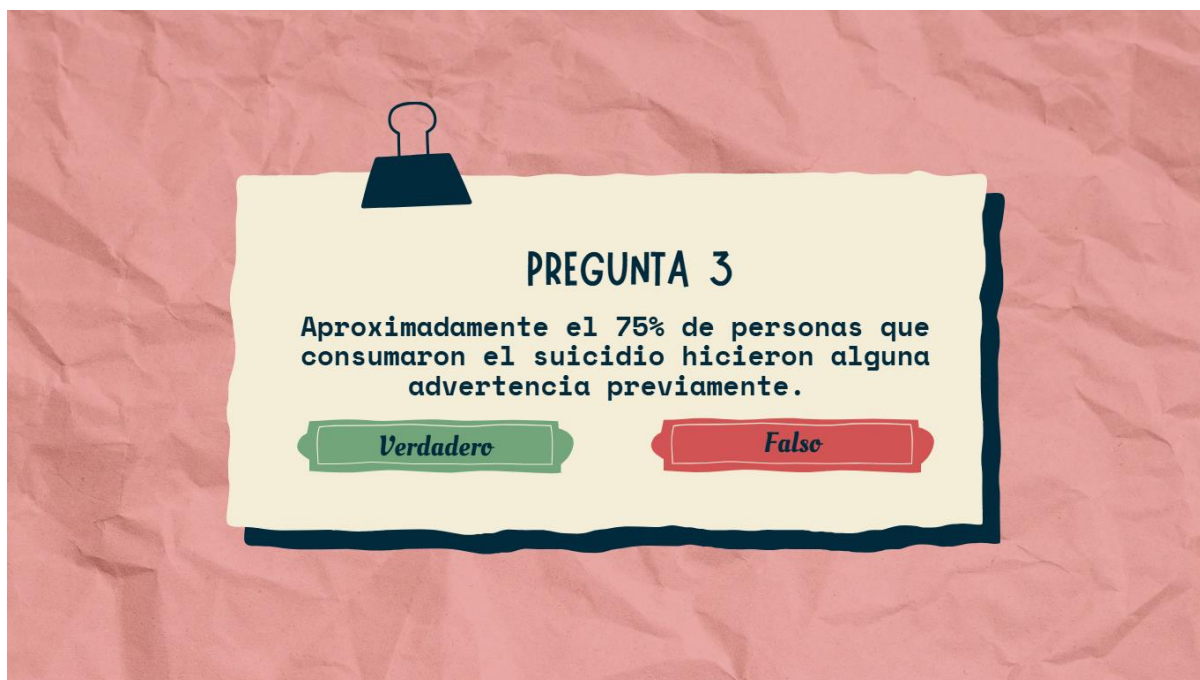




Falso.

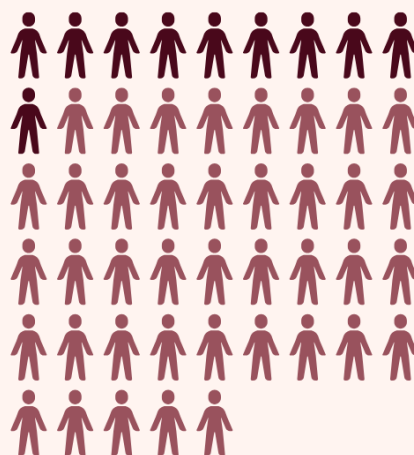


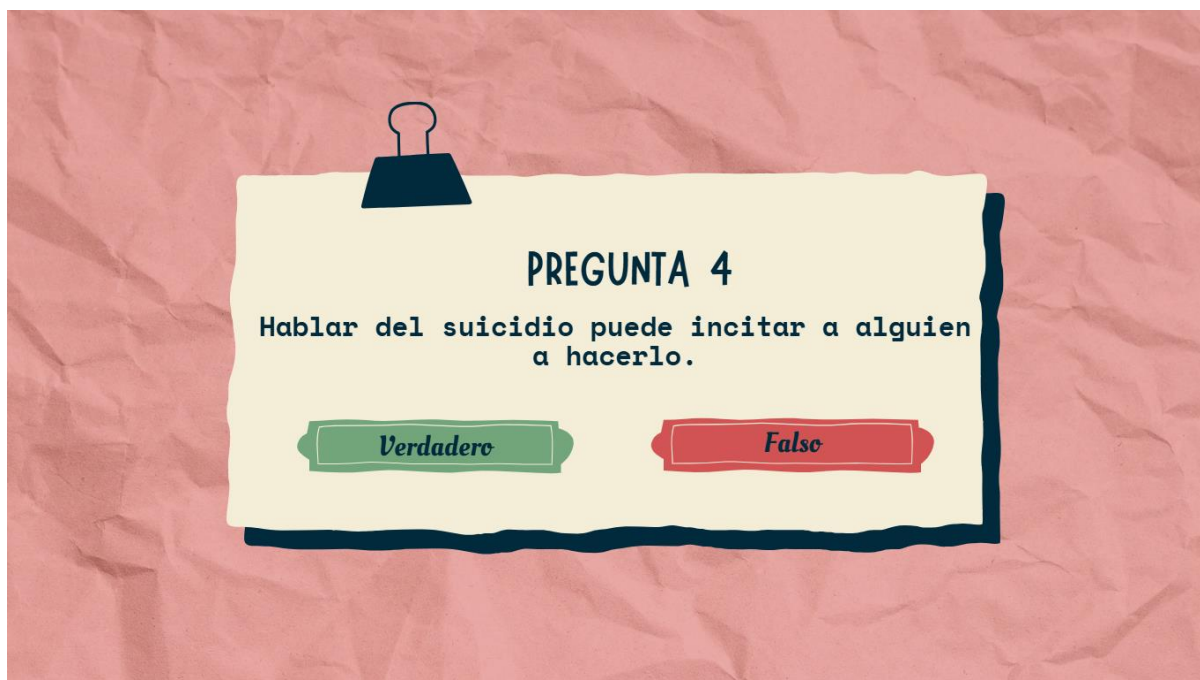
Las personas que realizan tentativas no suelen tener claro si vivir o morir. Algunos que se quitaron la vida hubieran preferido seguir viviendo, solamente querían liberarse del malestar emocional que estaban sintiendo.



Verdadero.

Estas personas no quieren llamar la atención. Cuando observamos señales de alarma no hay que ignorar este tipo de mensajes. Hablar sobre el tema puede ser una vía para pedir ayuda.

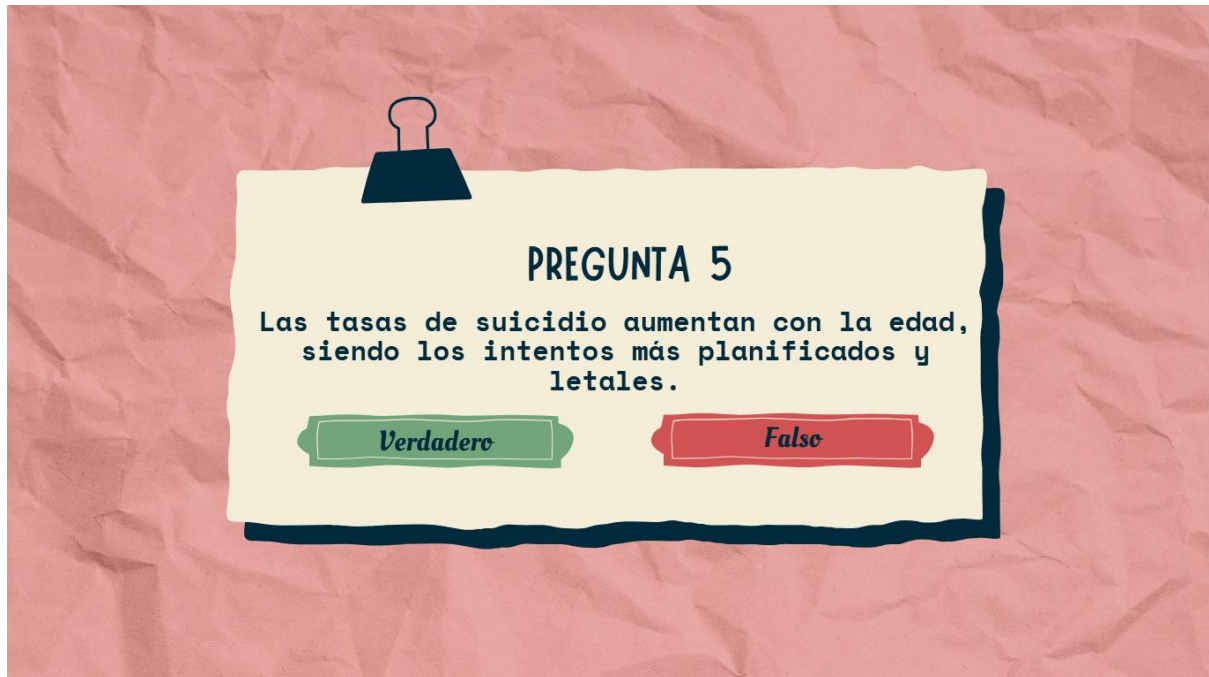




Falso.

Muchas de las personas que valoran el suicidio no saben con quién compartirlo. Hablar de ello puede ser una oportunidad para prevenirlo y contemplar una nueva visión de la situación.

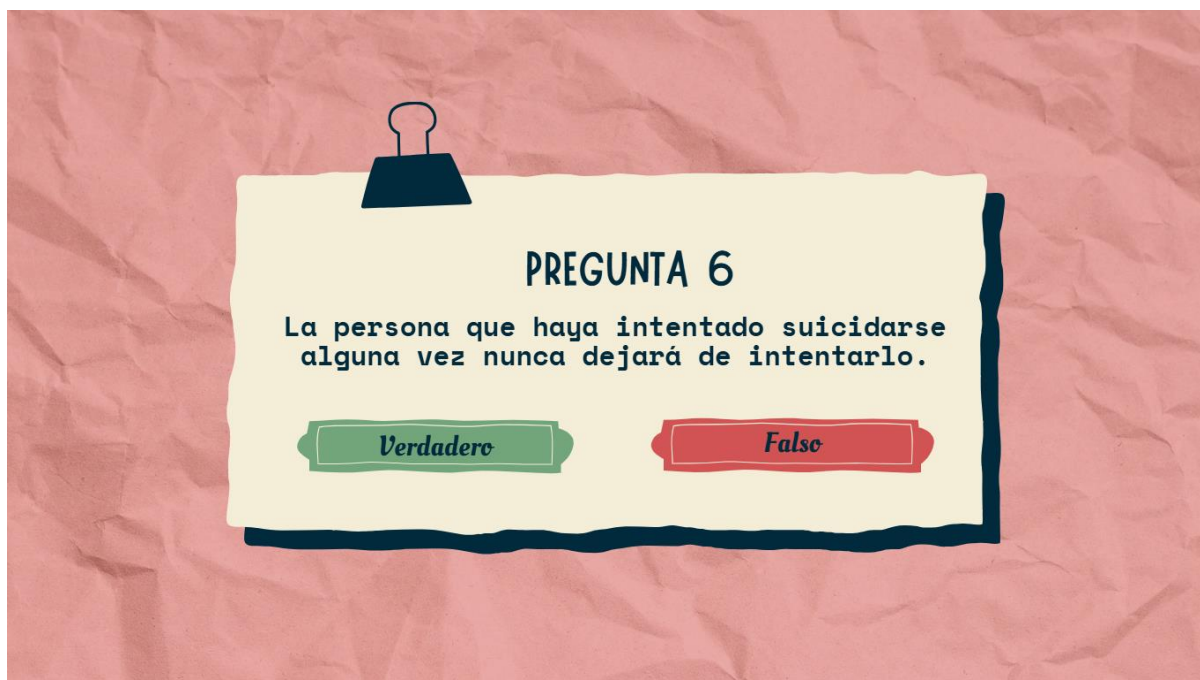




Verdadero.

En la actualidad se consuman uno de cada dos personas en edades muy avanzadas.

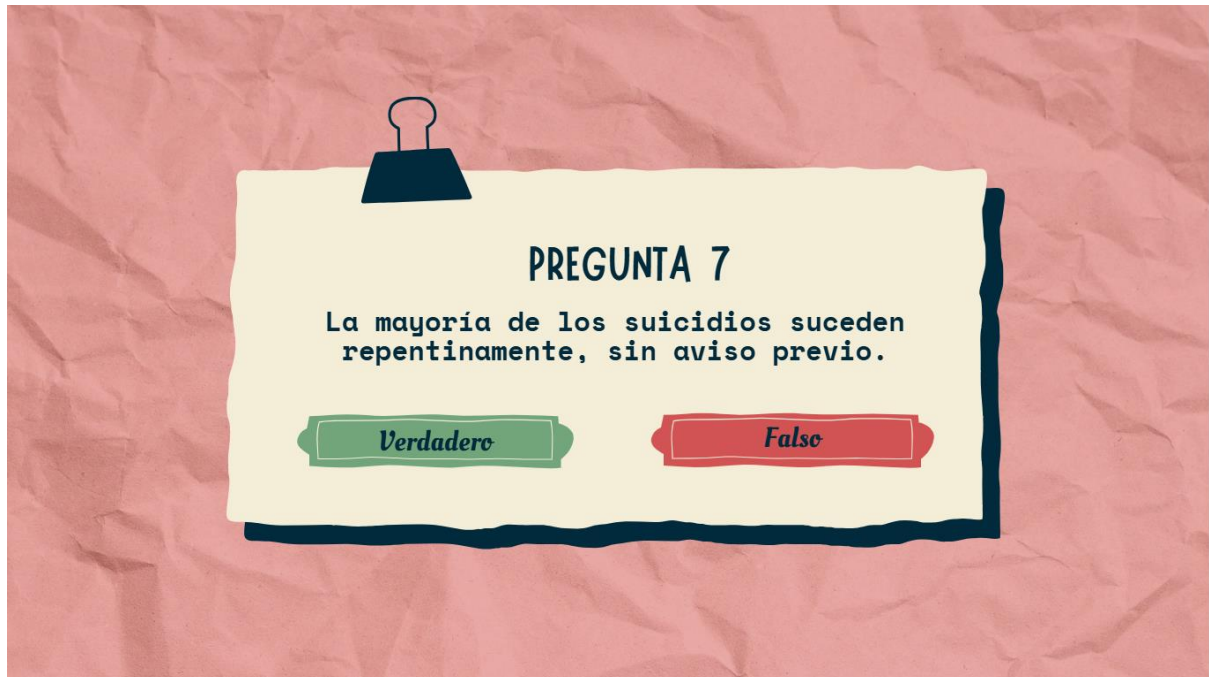




Falso.



El mayor riesgo de suicidio suele ser a corto plazo y según la situación. Las personas que hayan tenido ideación e intentos suicidas puede tener después una larga vida.



Falso.

La mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia a nivel verbal o conductual. Aunque algunos suicidios se pueden llevar a cabo sin advertencia previa, es fundamental saber cuáles son las señales de alarma.

Referencias.

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Uruguay: *Mitos acerca del suicidio*. Organización Panamericana de la Salud. URL: <https://www.paho.org/es/campanas/uruguay-mitos-acerca-suicidiopia>

Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (s.f.). *Prejuicios sobre la conducta suicida*. Hablar es prevenir. <https://www.prevensuic.org/la-conducta-suicida/prejuicios-sobre-conducta-suicida/>

Apéndice O. Factores de Riesgo y Protección Frente al Suicidio y Señales de Alarma

A continuación, se describen los factores de riesgo y de protección frente al suicidio y las posibles señales de alarma a tener en cuenta, de acuerdo a la Guía Práctica de Prevención del Suicidio para Profesionales Sanitarios (Prevensuic) (Anseán y Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2015).

En primer lugar, los factores de riesgo pueden clasificarse en aspectos individuales o sociofamiliares y contextuales (Ver tabla 6).

Tabla 6

Factores de riesgo frente al suicidio.

Individuales	Sociofamiliares y Contextuales
Problemas de salud mental.	Historia familiar de suicidio.
Factores psicológicos y rasgos de personalidad.	Falta de apoyo sociofamiliar y discriminación.
Intentos de suicidio o ideación suicida previa.	Exposición a violencia, situaciones traumáticas o abusos.

Enfermedad física, dolor crónico o discapacidad.	Nivel socioeconómico y situación laboral.
Factores genéticos.	Estigma o barreras culturales que dificultan la búsqueda de ayuda.
Edad. Menor letalidad en adolescencia y mayor en la tercera edad.	Barreras en el acceso al sistema de salud
Sexo. Ser hombre para el suicidio y ser mujer para los intentos autolíticos.	

Seguidamente, se exponen algunos factores de protección frente al suicidio, atendiendo a la edad de referencia (ver Tabla 7).

Tabla 7

Factores protectores frente al suicidio según la edad.

Edad temprana	Edad escolar	Edad adulta	Edad laboral
Desarrollar el bienestar físico, emocional y psicológico.	Estimular la autoestima, comunicación y afrontamiento.	Tener la capacidad de cuidar de la propia salud y bienestar y poder acceder a recursos de apoyo.	Tener una identidad fuerte con sentido de propósito y control sobre la propia vida.
Tener relaciones afectuosas y saludables.	Desarrollar relaciones de apoyo con la familia con las y los compañeros/as y la comunidad.	Tener herramientas para crear y mantener relaciones personales y sociales satisfactorias.	Participar en actividades para buscar el bienestar continuo y la salud.
Adquirir habilidades efectivas de afrontamiento.	Participar en actividades escolares, educativas y recreativas.	Tener la habilidad para afrontar emociones o problemas difíciles.	Relaciones familiares y sociales responsables y más profundas.

Tener apoyo extendido de la familia y la comunidad.	Potenciar la seguridad personal y ayudar o establecer límites apropiados.	Desarrollar habilidades para vivir de forma independiente y alcanzar metas personales.	Tener oportunidades para hacer una contribución significativa o mostrar liderazgo en casa, en el trabajo o en la comunidad.
---	---	--	---

Por último, se detallan algunas señales de alerta que presentan las personas que poseen ideación suicida (ver Tabla 8). No obstante, en este punto hay que tener en cuenta que las señales pueden manifestarse de forma diferente en cada individuo, siendo lo realmente importante atender a cualquier cambio notorio y poco habitual que pueda detectarse en la otra persona o en uno mismo.

Tabla 8

Señales de alerta verbales y comportamentales en el suicidio.

Señales de alerta verbales			Señales de alerta comportamentales
Sobre su vida y futuro	Sobre sí mismo	Sobre su muerte o suicidio	
Cansancio vital.	Culpabilidad.	De huida.	Cambios de humor.
Insatisfacción.	Odio hacia sí mismo.	De liberación.	Cambios en horarios y hábitos.
Infelicidad.	Vergüenza.	De tener las ideas claras.	Discusiones y peleas.
Sufrimiento.	Impotencia.	De dejar de sufrir.	Indiferente a elogios y refuerzos.
Anhedonia.	Inutilidad.	De agradecimiento.	Infracción de normas o leyes.
Desesperanza.	Miedo a “volverse loco”.	De despedida.	Falta de concentración.
			Despreocupación por la higiene o imagen corporal.

Apéndice P. Afirmaciones Sesión 9. “Aprendiendo a detectar luces y sombras”.

Con esta actividad, se presentarán los contenidos trabajados en la sesión y los usuarios deberán clasificar si se trata de un factor de riesgo, de protección o una señal de alarma mediante las siguientes afirmaciones:

1. Tener un problema de salud mental. (Factor de riesgo).
2. Tener mala higiene o imagen corporal. (Señal de alarma)..
3. Poseer relaciones afectuosas y saludables. (Factor protector).
4. Hablar acerca de la infelicidad y desesperanza sobre el futuro. (Señal de alarma).
5. Ser capaz de afrontar emociones o problemas difíciles. (Factor protector).
6. Haber tenido un intento de suicidio previamente. (Factor de riesgo).
7. Tener habilidades para vivir de forma independiente y alcanzar metas personales.
(Factor protector).
8. Verbalizar ideas como “quiero dejar de sufrir”. (Señal de alarma).
9. Haber sido expuesto a situaciones traumáticas. (Factor de riesgo).
10. Tener una identidad fuerte con sentido de propósito y control sobre la propia vida.
(Factor protector).

Apéndice Q. Programa CIPRÉS.

Para esta sesión se ha tomado de referencia el Manual de Prevención del riesgo suicida en adolescentes, elaborado por Bahamón, Alarcón y Trejos (2019). El programa consta de diez sesiones distribuidas en tres ejes principales: el eje de redefinición y proyección subjetiva positiva, el eje de control emocional y el eje orientado a la interacción social. Este último es el que se ha utilizado como referencia para el diseño de las sesiones 10 y 11 del presente programa y está compuesto por diferentes estrategias orientadas a servir, es

decir, a llevar a cabo acciones en los demás sin esperar nada a cambio con el fin de promover el propio bienestar; a las relaciones personales, de forma que los participantes establezcan relaciones estables; y a pedir ayuda, incluyendo tanto la habilidad de formar relaciones personales positivas, como el fomento del apoyo social percibido, funcionando ambos como factores protectores frente al suicidio.

Apéndice R. Vídeo Sesión 11. “Rompiendo el silencio”.

En esta sesión, en caso de que el grupo se muestre poco participativo y no quiera compartir su experiencia, se proyectará el siguiente vídeo publicado por el canal de Nuna Films llamado “Estoy bien - Cortometraje”:

<https://www.youtube.com/watch?v=XeUjlh4HXt0&rco=1>