



**Universidad
Europea** CANARIAS

**Propuesta de intervención para
adultos que tienen ideación suicida o
han tenido un intento de suicidio
asociado al acoso laboral.**

Trabajo fin de Máster

Autor/a: Cristina Rubio García-Pardo y Fernando León Pérez De Sevilla

Tutor/a: Francisco Luis Rivero Pérez

06-04-2026



1. Resumen

El suicidio constituye un importante problema de salud pública y una de las principales causas de muerte externa en España. Entre los factores de riesgo asociados a la conducta suicida, el acoso laboral destaca como un estresor crónico con un impacto significativo sobre el bienestar psicológico, especialmente cuando se combina con antecedentes de ideación o intento de suicidio. A pesar de ello, existen escasas intervenciones psicológicas dirigidas específicamente a personas adultas que han realizado conductas suicidas en el contexto del acoso laboral. El objetivo es desarrollar una propuesta de intervención psicológica online y grupal dirigida a personas adultas de entre 40 y 50 años que han presentado ideación suicida actual y/o al menos un intento de suicidio previo asociado al acoso laboral. La intervención se plantea desde un enfoque de prevención indicada, incorporando también elementos de prevención selectiva, y se fundamenta en la evidencia empírica disponible sobre Terapia Cognitivo-Conductual, regulación emocional, resiliencia, sentido vital y prevención de recaídas. El programa consta de nueve sesiones semanales de 60 minutos, una sesión a la semana, estructuradas de forma progresiva, con el objetivo de favorecer la seguridad emocional, reducir la ideación suicida y la desesperanza, fortalecer la autoeficacia y la resiliencia, y promover la reconstrucción del sentido vital y el apoyo social. Esta propuesta pretende aportar una intervención específica para un problema poco abordado en la literatura, ofrecer una intervención estructurada, replicable y adaptada a una población especialmente vulnerable, contribuyendo a la prevención del suicidio y a la recuperación emocional tras experiencias de acoso laboral.

Palabras clave: Acoso laboral, intervención, prevención, resiliencia, suicidio.

2. Abstract

Suicide is a major public health problem and one of the leading causes of external death in Spain. Among the risk factors associated with suicidal behavior, workplace harassment stands out as a chronic stressor with a significant impact on psychological well-being, especially when combined with a history of suicidal ideation or attempts. Despite this, there are few psychological interventions specifically aimed at adults who have engaged in suicidal behavior in the context of workplace harassment. This proposal aims to develop an online and group psychological intervention program for adults between 40 and 50 years of age who have experienced current suicidal ideation and/or at least one previous suicide attempt related to workplace harassment. The intervention is designed from an indicated prevention approach, also incorporating elements of selective prevention, and is based on available empirical evidence regarding Cognitive Behavioral Therapy, emotional regulation, resilience, meaning in life, and relapse prevention. The program consists of nine weekly 60-minute sessions, one session per week, structured progressively, with the aim of fostering emotional security, reducing suicidal ideation and hopelessness, strengthening self-efficacy and resilience, and promoting the reconstruction of meaning in life and social support. This proposal seeks to fill an existing gap in the literature and offer a structured, replicable intervention adapted to a particularly vulnerable population, contributing to suicide prevention and emotional recovery following experiences of workplace harassment.

Keywords: Intervention, Prevention, Resilience, Suicide, Workplace bullying.

3. Introducción

El suicidio constituye una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. De acuerdo con los datos provisionales de defunciones correspondientes al año 2024 publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se registraron 3.953 fallecimientos por suicidio, lo que representa una reducción del 4,0 % en comparación con el año 2023. La tasa bruta de mortalidad asociada a esta causa se situó en 8,1 muertes por cada 100.000 habitantes, mostrando un ligero descenso respecto al ejercicio anterior (Equipo Plataforma Nacional Suicidio, 2025). Tras el aumento observado entre los años 2020 y 2022, las cifras correspondientes a 2023 y 2024 sugieren el posible inicio de una tendencia descendente. No obstante, pese a esta evolución reciente, el suicidio continúa ocupando el segundo lugar entre las causas de muerte externa en España, lo que pone de manifiesto la persistencia de este problema como un importante desafío de salud pública (Equipo Plataforma Nacional Suicidio, 2025). El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal, resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales (Suicide worldwide, 2021). No existe una única causa que lo explique, sino un entramado de vulnerabilidades individuales y contextuales que pueden confluir en momentos de crisis. Entre los factores de riesgo más reconocidos se incluyen los trastornos mentales, las experiencias traumáticas, el consumo de sustancias, los problemas interpersonales, las dificultades económicas o laborales y la falta de apoyo social (Ministerio de Sanidad, 2020). Esta multicausalidad explica por qué el suicidio se considera un grave problema de salud pública y uno de los principales desafíos para los sistemas sanitarios y sociales, requiriendo estrategias de prevención e intervención que aborden simultáneamente los distintos niveles de riesgo y protección (Jiménez & de Lourdes Rodríguez-Peralta, 2021). Desde una perspectiva conceptual, la conducta suicida ha sido definida por numerosos autores como un conjunto de pensamientos y comportamientos relacionados con el deseo de poner fin a la propia vida, que pueden incluir la ideación suicida y el intento de suicidio. Algunos enfoques teóricos describen estas manifestaciones como un continuo, mientras que otros modelos sostienen que la transición entre ideación y conducta no es necesariamente lineal ni inevitable (O'Connor & Kirtley, 2018). En los últimos años, diversos modelos teóricos han intentado explicar el proceso que conduce de la ideación a la acción. Entre ellos, el Modelo Integrado Motivacional-

Volitivo (IMV) de Rory O'Connor se ha consolidado como uno de los más influyentes. Este modelo propone que la transición hacia la conducta suicida se produce a través de tres fases interrelacionadas: la fase pre-motivacional, que incluye factores biológicos y contextuales; la fase motivacional, en la que se generan sentimientos de derrota, atrapamiento y desesperanza; y la fase volitiva, donde intervienen variables como la impulsividad, la exposición a conductas suicidas en otros y la capacidad de planificar el acto. Este enfoque aporta una visión integradora que permite comprender la multidimensionalidad del suicidio y diseñar intervenciones más precisas dirigidas tanto a la prevención como a la recuperación.

Dentro de los múltiples factores que aumentan el riesgo de suicidio, el acoso laboral o mobbing emerge como uno de los más relevantes y menos abordados clínicamente. Este fenómeno se caracteriza por la exposición reiterada a comportamientos hostiles, humillaciones, aislamiento o descalificaciones en el entorno de trabajo (Nielsen et al., 2015). Las consecuencias psicológicas del mobbing incluyen síntomas depresivos graves, ansiedad, desesperanza, pérdida de autoestima, indefensión y alteraciones del sueño, todos ellos factores de riesgo directo para la conducta suicida (Magnusson Hanson et al., 2023). En España, alrededor del 5 % de las personas acosadas con sintomatología depresiva o ansiosa manifiestan haber considerado el suicidio como una posible alternativa para poner fin a su malestar (Ministerio de Sanidad, 2023). Las personas que han realizado una tentativa previa presentan un riesgo significativamente mayor de volver a tener ideación suicida o de llevar a cabo nuevos intentos, en comparación con aquellas que nunca lo han intentado. (World Health Organization [WHO], 2023). El intento de suicidio constituye uno de los predictores más consistentes y estables del riesgo suicida, incluso por encima de otros factores psicológicos o sociales (Favril et al., 2022; Favril et al., 2023). Este riesgo se ve incrementado cuando, además del intento previo, concurren factores estresantes persistentes, como experiencias de trauma o situaciones de violencia interpersonal. En este sentido, las personas adultas que han sufrido acoso laboral prolongado presentan una mayor probabilidad de desarrollar ideación suicida y de realizar intentos de suicidio que aquellas que no han estado expuestas a este tipo de experiencias (Conway et al., 2022; Magnusson Hanson et al., 2023). El acoso laboral genera un deterioro progresivo del bienestar psicológico, caracterizado por sentimientos de humillación, desesperanza, pérdida

de autoestima y aislamiento social, que pueden intensificar el riesgo suicida, especialmente en personas con antecedentes de tentativa (Luo et al., 2023). Sin embargo, este grupo poblacional suele quedar fuera de los programas tradicionales de intervención, que priorizan la prevención general o el tratamiento de la depresión sin considerar el contexto laboral como factor precipitante. Distinguimos tres niveles de prevención del suicidio:

- Prevención universal, dirigida a la población general (campañas educativas, sensibilización).
- Prevención selectiva, orientada a grupos de alto riesgo, como personas con depresión, antecedentes de trauma o acoso laboral, así como colectivos con mayor exposición al estrés psicosocial, como profesionales sanitarios, fuerzas y cuerpos de seguridad, docentes o personas desempleadas de larga duración (Ministerio de Sanidad, 2023). En España, este nivel de prevención se implementa a través de programas específicos como el Código Riesgo Suicidio (CRS), vigente en comunidades autónomas como Cataluña, Comunidad Valenciana, Aragón o Castilla y León, que permite la detección precoz y el seguimiento intensivo de personas que han intentado suicidarse (Recursos per a professionals en l'atenció al risc de suïcidi, s/f). Asimismo, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026 establece la creación de redes de apoyo y derivación coordinada entre atención primaria, salud mental y servicios sociales, con especial atención a los grupos en situación de vulnerabilidad o exposición a factores de riesgo psicosocial (Ministerio de Sanidad, 2022).
- Prevención indicada, centrada en individuos con intentos o ideación suicida (WHO, 2023). En el marco de la prevención indicada, la TCC se ha consolidado como una intervención de referencia para personas que ya han presentado ideación suicida intensa o intentos de suicidio previos. En este nivel, la terapia se centra de manera directa en los pensamientos y comportamientos suicidas, en la elaboración de planes de seguridad y en la reducción del riesgo de recaídas, habiendo demostrado eficacia significativa en la disminución de nuevos intentos y en la mejora del pronóstico clínico (Baker, J.C. et al., 2024; Bryan et al., 2021). Se ha demostrado la eficacia de versiones breves y digitales de la TCC: por ejemplo, un ensayo

controlado (Baker, J.C. et al., 2024) encontró una reducción del 41 % en intentos de suicidio tras aplicar TCC vía telemedicina en adultos con riesgo elevado; asimismo, una revisión sistemática y metaanálisis sobre psicoterapia digital (Oh et al., 2024) reportó un tamaño del efecto moderado en la reducción de ideación suicida ($g \approx 0,478$) y en otros indicadores suicidas. Estas evidencias más recientes refuerzan la inclusión de la TCC como intervención de primera elección, con respaldo empírico actualizado. Además, los estudios diferencian entre intervenciones directas (centradas en pensamientos y comportamientos suicidas) e indirectas (orientadas a depresión o ansiedad). Las primeras muestran mayor eficacia inmediata, mientras que las segundas producen beneficios más sostenidos en el tiempo (Bryan et al., 2017). Modelos integrados, como la Entrevista Motivacional combinada con TCC, han mostrado resultados particularmente prometedores: disminuciones significativas en la ideación suicida y ausencia de recaídas en intentos posteriores (Britton et al., 2011). Más allá de la reducción de síntomas, la recuperación tras un intento de suicidio requiere fomentar procesos de crecimiento postraumático y resiliencia. A su vez, el crecimiento postraumático describe transformaciones positivas que emergen tras un evento adverso: mayor apreciación de la vida, fortalecimiento personal, relaciones más profundas y descubrimiento de nuevos propósitos (Tedeschi & Calhoun, 2004). Se estima que entre el 30 % y el 70 % de las personas expuestas a traumas reportan algún grado de crecimiento postraumático (Zoellner & Maercker, 2006). Las intervenciones que promueven la autocompasión y la práctica de mindfulness también han demostrado eficacia en la autorregulación emocional, al reducir la activación fisiológica, disminuir los niveles de cortisol y fortalecer la red neuronal del sistema de calma (Neff & Germer, 2018). El auge de las intervenciones psicológicas digitales ofrece una oportunidad sin precedentes para mejorar la accesibilidad al tratamiento. Los programas online permiten llegar a personas con dificultades geográficas, económicas o de movilidad, y pueden ser especialmente útiles para sobrevivientes de acoso laboral que sienten desconfianza o estigma hacia la atención presencial (Yosep et al., 2024). En el contexto hispanohablante, iniciativas como el programa BIZI, orientado a la prevención comunitaria del suicidio, han demostrado resultados prometedores en la reducción del riesgo suicida y la mejora del bienestar psicológico (Suárez-Soto et al., 2025). A pesar de los avances descritos, existe un vacío importante en la literatura respecto a programas



psicológicos que aborden de forma integral la situación de adultos que han tenido un intento a consecuencia del acoso laboral. La mayoría de intervenciones se enfocan en la prevención universal del suicidio, el tratamiento de la depresión con ideación suicida, sin contexto ocupacional, o la gestión del acoso laboral sin incluir el riesgo suicida (Hallett et al., 2024). Además, muchas investigaciones se centran en poblaciones adolescentes o estudiantiles, dejando en segundo plano a los adultos en edad laboral. Por ello, se requieren intervenciones que integren la reconstrucción de la identidad profesional, la recuperación del sentido vital, el fortalecimiento de la resiliencia y el fomento del crecimiento postraumático, abordando de forma simultánea las secuelas del acoso y las del intento suicida. La motivación que impulsa esta propuesta de intervención radica en la necesidad de atender a una población doblemente vulnerable: adultos que han sufrido acoso laboral y que además han tenido un intento de suicidio. Esta propuesta busca ofrecer una intervención innovadora, con modalidad online, que combine evidencia empírica, flexibilidad tecnológica y un enfoque centrado en la recuperación emocional y el crecimiento personal.

Tabla 1

Estudios	Autores	Tipo	Población	Resultados
eBridge	King et al. (2015)	Online: screening con feedback personalizado + counseling asincrónico guiado por Motivacional Interviewing	Estudiantes universitarios (N=76; 59% M/41% H; edad media 22,9 años) con riesgo suicida elevado (ideación, intento previo, depresión o abuso alcohol)	App aceptable, segura y útil; mejora en capacidad manejo emocional y comprensión triggers autolesión; calificaciones satisfacción altas
BlueIce	(Cliffe et al., 2024)	App móvil TCC-DBT autoadministrada con monitoreo estado de ánimo	Adolescentes (N=40; edad 12-17 años; 91% F) en servicios salud mental especializada con autolesiones actuales o historia	73% con autolesiones reportaron reducción; depresión (MFQ $\Delta=-4,91$; $p=.04$); ansiedad (RCADS $\Delta=-13,53$; $p=.001$); 308 episodios autolesión prevenidos durante 12 semanas; aceptabilidad alta (8,9/10 facilidad uso)

Tabla 1

Estudios	Autores	Tipo	Población	Resultados
Internet- Based CBT for Suicide Prevention	Büscher et al. (2020, JAMA Network Open)	Revisión sistemática + meta-análisis de RCTs de iCBT online	6 RCTs; N=1.567 participantes (66,8% F; edad media 36,2 ± 12,5 años); adultos y jóvenes con ideación suicida	Reducción ideación suicida post-intervención (SMD=-0,29; IC 95% -0,40 a -0,19; p<.001); efecto mantenido 6-26 semanas (SMD=-0,18; p=.03)
Living with Deadly Thoughts (iCBT unguiada)	(van Spijker et al., 2018)	iCBT online unguiada, 6 módulos (30 min/día, 6 semanas) basada en scheduling preocupación y regulación emocional	Adultos con ideación suicida actual (N=3 estudios en meta-análisis; edad media adulta; predominio F 66-82%)	Incluida en meta-análisis Büscher 2020 con efecto reducción ideación suicida; adherencia 45-93% completaron 50% de los módulos

Tabla 1

Estudios	Autores	Tipo	Población	Resultados
Telehealth Brief CBT + Treatment as Usual	(Yang et al., 2025)	TCC estructurada breve (5 sesiones, 4 semanas) + TAU vs TAU solo	Adultos edad 18-44 años (N=162; 55% F) con depresión e ideación suicida o intento suicidio último mes (N=48 con intento previo)	Mejoría más rápida intensidad ideación suicida 6 semanas (iCBT+TAU vs TAU; $p<.05$); SIN efecto significativo intentos suicidio (3 intervención vs 2 control); mejoría sostenida depresión/ansiedad semanas 16 y 28.
Brief Online Intervention for Self-Harm	Cliffe et al. (2024, BMJ Open)	Intervención online breve teoría + mobile app	Estudiantes universitarios (N=muestra pequeña; edad 18+ años) con autolesiones actuales o pensamiento de autolesión.	App aceptable, segura y útil; mejora en capacidad manejo emocional y comprensión triggers autolesión; calificaciones satisfacción altas

NOTA. TCC= TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL ; DBT= TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL; CBT = INTERNET-BASED COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (TCC BASADA EN INTERNET); RCT = RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL (ENSAYO CONTROLADO ALEATORIZADO); TAU = TREATMENT AS USUAL (TRATAMIENTO HABITUAL); SMD = STANDARDIZED MEAN DIFFERENCE (DIFERENCIA DE MEDIAS ESTANDARIZADA); IC 95% = INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%; MFQ = MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE; RCADS = REVISED CHILDREN'S ANXIETY AND DEPRESSION SCALE; N = TAMAÑO MUESTRAL; F = FEMENINO; M = MASCULINO; H = HOMBRE; Δ = CAMBIO PRE-POST.

4. Objetivos

Objetivo general

Diseñar y describir una propuesta de intervención psicológica online, con posibilidad de formato grupal o individual, dirigida a adultos con ideación suicida o antecedentes de intento de suicidio asociados al acoso laboral.

Objetivos específicos

- Evaluar que la intervención produzca una disminución en la ideación suicida de los participantes.
- Reducir los niveles de desesperanza.
- Aumentar los niveles de resiliencia psicológica.
- Aumento de la percepción de autoeficacia personal.
- Generar un incremento en la percepción de apoyo social, sentido vital y propósito personal.

5. Metodología

Población diana

La intervención estará dirigida a 32 personas adultas de entre 40 y 50 años que hayan experimentado acoso laboral prolongado y que presenten riesgo suicida, manifestado bien a través de ideación suicida actual o de antecedentes de intento de suicidio. La selección de esta población se justifica por la confluencia de factores de riesgo individuales y contextuales característicos de esta etapa vital.

Criterios de inclusión

Los siguientes criterios serán utilizados para seleccionar a los participantes:

- Edad comprendida entre 40 y 50 años: Este rango de edad permitirá delimitar una población homogénea desde el punto de vista evolutivo y laboral.
- Presencia de ideación suicida actual o intento previo: se incluirán personas que cumplan al menos uno de los siguientes criterios: Haber presentado al menos

un intento de suicidio previo, o presentar ideación suicida en el momento actual, sin haber realizado intentos previos.

- Asociación del riesgo suicida con acoso laboral: Las personas participantes deberán identificar el acoso laboral como un factor relevante en el origen o mantenimiento de su malestar psicológico y de su riesgo suicida.
- Acceso a recursos tecnológicos: Dado el formato online de la intervención, será necesario disponer de acceso a dispositivos digitales y conexión a Internet, garantizando así la participación efectiva y continuada.
- La participación será voluntaria y basada en el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Serán excluidas las personas que cumplan alguno de los siguientes criterios:

- Ideación activa con planificación concreta. Este criterio se evaluará mediante: Beck Scale for Suicide Ideation (BSS), prestando atención a los ítems relacionados con deseo de morir, intención y planificación, y una entrevista clínica semiestructurada, orientada a valorar la inmediatez del riesgo.
- Trastornos psicóticos o deterioro neurocognitivo grave: Se excluirán aquellas personas que presenten trastornos psicóticos activos o deterioro neurocognitivo grave.
- Dificultades significativas de comprensión del idioma español: la intervención se desarrollará en lengua española y se basará en contenidos psicoeducativos, dinámicas grupales y ejercicios de reflexión personal.
- Dificultades graves para la participación en formato grupal: se excluirán aquellas personas que, por motivos clínicos relevantes, por ejemplo, ansiedad social severa o dificultades graves de interacción, no puedan participar de forma adecuada en un formato grupal.

Tipo de diseño

El diseño se situará principalmente en el nivel de prevención indicada, por antecedente de intento, e incorporará componentes propios de la prevención selectiva; intervención temprana con ideación suicida sin intento, en línea con los marcos actuales que recomiendan adaptar la intensidad y el foco de la intervención al nivel de riesgo y a los factores contextuales que lo mantienen (World Health Organization [WHO], 2023; Ministerio de Sanidad, 2020). Se llevará a cabo una evaluación pre–post, dado que este esquema facilita estimar cambios en variables clínicas y protectoras (Craig et al., 2018).

El programa se implementará en nueve sesiones, una a la semana, de aproximadamente 60 minutos, con cuatro grupos de ocho personas. En cuanto a la orientación terapéutica, el programa se diseñará como una intervención multicomponente que integrará: estrategias cognitivas y conductuales para reducir ideación suicida y desesperanza. Además, se incorporará un componente de seguridad clínica, incluyendo valoración inicial de riesgo y un protocolo de actuación ante ideación activa con planificación.

Variables del estudio

El antecedente de un intento de suicidio se incluirá como una variable clínica de caracterización de la muestra. El resto de variables serán: La ideación suicida, la desesperanza, la resiliencia, la autoeficacia personal, el apoyo social percibido y el sentido vital.

Tabla 2

Variable	Instrumento / material de evaluación	Finalidad	Validación en España
Antecedente de intento de suicidio e ideación suicida	-Beck Scale for Suicide Ideation	Caracterizar el nivel de riesgo y diferenciar perfiles (prevención indicada o selectiva)	Escala de Ideación Suicida de Beck. Adaptación española de Vázquez y Sanz
Sentido Vital	-Meaning in Life Questionnaire (MLQ; Steger et al., 2006)	Evaluar cambios en la percepción de significado y propósito vital tras la intervención	Cuestionario de Sentido de Vida (MLQ). Adaptación española de Steger et al.
Desesperanza	Beck Hopelessness Scale (BHS)	Valorar la evolución de expectativas negativas sobre el futuro	Escala de Desesperanza de Beck
Resiliencia	Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	Evaluar el fortalecimiento de recursos de afrontamiento	Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). Versión española
Autoeficacia	General Self-Efficacy Scale (GSES)	Evaluar la reconstrucción de la percepción de competencia personal	Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer

Variable	Instrumento / material de evaluación	Finalidad	Validación en España
Apoyo social percibido	Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	Valorar cambios en la percepción de apoyo y reducción del aislamiento	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

NOTA. BSS = BECK SCALE FOR SUICIDE IDEATION; BHS = BECK HOPELESSNESS SCALE; CD-RISC = CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE; GSES = GENERAL SELF-EFFICACY SCALE; MSPSS = MULTIDIMENSIONAL SCALE OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT; MLQ = MEANING IN LIFE QUESTIONNAIRE.

6. Descripción y temporalización de la intervención

La intervención se llevará a cabo en modalidad online, a través de la plataforma Google Meet, para facilitar el desplazamiento y a las personas que se encuentran en situaciones laborales o personales complejas. La modalidad online facilita además la participación desde entornos percibidos como seguros, lo que puede favorecer la adherencia al programa y la expresión emocional.

El programa estará compuesto por nueve sesiones de 60 minutos aproximadamente, desarrolladas a lo largo de nueve semanas consecutivas, con una frecuencia de una sesión semanal. Esta periodicidad permite mantener la continuidad terapéutica sin generar una carga excesiva para los participantes, favoreciendo al mismo tiempo la práctica entre sesiones y la consolidación progresiva de los aprendizajes. La intervención se organizará combinando sesiones individuales y grupales, dado que esta modalidad permite responder a distintas necesidades clínicas. Las sesiones individuales facilitarán la creación de alianza terapéutica, la evaluación rigurosa del estado psicológico y la devolución personalizada de resultados, mientras que las sesiones grupales se orientarán al entrenamiento en habilidades, la normalización del malestar y el fortalecimiento del apoyo social percibido. Los contenidos de la intervención se organizarán de forma progresiva, comenzando por la evaluación inicial y la creación de un clima de seguridad, continuando con el trabajo sobre regulación emocional, cogniciones desadaptativas, autoeficacia personal y apoyo social, y finalizando con la prevención de recaídas y la evaluación final.

Fase 1. Acogida, resolución de dudas y evaluación inicial

La primera fase de la intervención tiene como finalidad favorecer la adaptación de los participantes al programa, garantizar su comprensión del proceso terapéutico y realizar una evaluación inicial rigurosa que permita establecer una línea base de las variables de estudio. Esta fase resulta especialmente relevante debido a la vulnerabilidad clínica de la población destinataria, ya que los participantes presentan ideación suicida actual y/o antecedentes de intento, lo que hace necesario priorizar la seguridad, la contención emocional y la creación de un clima terapéutico de confianza desde el inicio.

Esta fase cumple tres objetivos principales:

1. Favorecer la creación de alianza terapéutica y un clima de seguridad psicológica.
2. Resolver dudas y explicar el funcionamiento del programa, reduciendo incertidumbre y ansiedad anticipatoria.
3. Realizar la evaluación inicial individual, garantizando condiciones emocionales adecuadas para la cumplimentación de las escalas.

Para alcanzar estos objetivos, la fase se organiza en dos sesiones diferenciadas, ambas en formato individual, lo que permite una atención más personalizada y reduce la presión social que podría generar el contexto grupal en un momento inicial.

Sesión 1. Acogida, información del programa y creación de alianza terapéutica

Duración aproximada: 60 minutos (individual)

Esta primera sesión se orienta a establecer las bases relacionales y organizativas del programa. Se considera fundamental que los participantes dispongan de un espacio previo a la evaluación donde puedan expresar inquietudes, conocer el encuadre terapéutico y sentirse escuchados, ya que esto puede influir positivamente en la adherencia al tratamiento y en la sinceridad de sus respuestas posteriores.

La sesión comienza con una presentación del terapeuta y del programa, explicando de manera clara el objetivo general de la intervención, la duración, el formato de las sesiones y el tipo de actividades que se desarrollarán. Se informa también sobre aspectos éticos relevantes, como la confidencialidad, el tratamiento de los datos y los límites de la intervención en situaciones de riesgo.

Posteriormente se dedica un tiempo específico a la resolución de dudas, animando a los participantes a plantear cualquier cuestión relacionada con el programa, el formato online, la dinámica grupal o la evaluación psicológica. Este momento permite reducir incertidumbre y favorecer la percepción de control sobre el proceso terapéutico.

A continuación, se trabaja la creación de alianza terapéutica, mediante una conversación semiestructurada centrada en conocer brevemente la situación actual del participante, sus expectativas respecto al programa y sus principales necesidades percibidas. No se realiza aún una evaluación formal, sino una

exploración inicial orientada a establecer vínculo, validar emociones y transmitir disponibilidad profesional.

La sesión finaliza con una explicación del procedimiento de evaluación de la siguiente sesión, anticipando que se aplicarán diferentes escalas psicológicas de forma individual, aclarando que no se trata de un examen ni de un juicio personal, sino de herramientas que permitirán adaptar mejor la intervención a sus necesidades.

Sesión 2. Evaluación inicial individual

Duración aproximada: 60 minutos (individual)

La segunda sesión se dedica a la evaluación psicológica inicial. Se opta por separarla de la sesión de acogida porque la cumplimentación de escalas relacionadas con ideación suicida, apoyo social o estado emocional puede activar malestar psicológico, por lo que se considera clínicamente más adecuado realizarla cuando el participante ya conoce al terapeuta y entiende el sentido del proceso.

Conviene distinguir con claridad entre los instrumentos utilizados para la selección de los participantes (fase de cribado) y los empleados para la evaluación pre-post del programa (fase de medición de resultados), ya que cumplen funciones distintas dentro del diseño de la intervención.

Instrumentos de selección:

- Beck Scale for Suicide Ideation (BSS; Beck et al., 1979): para determinar la presencia e intensidad de ideación suicida y discriminar entre ideación pasiva e ideación activa con planificación concreta.
- Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay et al., 1987): para descartar la presencia de sintomatología psicótica activa o deterioro neurocognitivo grave.
- Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS; Liebowitz, 1987): para valorar el grado de ansiedad social y determinar la viabilidad de la participación en formato grupal.
- Entrevista clínica semiestructurada: para recoger antecedentes de intentos de suicidio, historia laboral, duración del acoso, tipo de conductas experimentadas y su impacto psicológico.

Instrumentos de evaluación pre-post

Los siguientes instrumentos se administrarán antes y después de la intervención para evaluar los cambios en las variables dependientes:

- Beck Scale for Suicide Ideation (BSS; Beck et al., 1979; adaptación española: García-Nieto et al., 2014): para evaluar la presencia e intensidad de ideación suicida.
- Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck et al., 1974; adaptación española: Aguilar et al., 1995): para medir desesperanza.
- Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC-25; Connor & Davidson, 2003; adaptación española: Notario-Pacheco et al., 2011): para evaluar resiliencia.
- General Self-Efficacy Scale (GSES; Schwarzer & Jerusalem, 1995; adaptación española: Baessler & Schwarzer, 1996): para medir autoeficacia general.
- Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet et al., 1988; adaptación española: Landeta-Bur & Calvete, 2002): para evaluar apoyo social percibido.
- Meaning in Life Questionnaire (MLQ; Steger et al., 2006): para evaluar la presencia y búsqueda de sentido vital.

Tabla 3

INSTRUMENTO	Nº ÍTEMS	RANGO PUNTUACIÓN	de Cronbach (r)	Media (M) normativa	Desviación típica (Sx)	Fuente validación española
BSS (Beck Scale for Suicide Ideation)	19	0-38	.89	~10.0 (muestra clínica)	~8.9 (ver manual)	Vázquez & Sanz (1991)
BHS (Beck Hopelessness Scale)	20	0-20	.80	~6.0 (muestra clínica)	~5.0 (ver manual)	Aguilar et al. (1995)
CD-RISC 10 (Connor- Davidson Resilience Scale)	10	0-40	.85	29.08	7.70	Notario- Pacheco et al. (2011)

INSTRUMENTO	Nº ÍTEMS	RANGO PUNTUACIÓN	de Cronbach (r)	Media (M) normativa	Desviación típica (Sx)	Fuente validación española
GSES (General Self-Efficacy Scale)	10	10-40*	.87	30.0 (aprox.)	~6.0	Sanjuán, Pérez & Bermúdez (2000)
MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)	12	12-84	.93	~62.0	~13.0	López- Castedo et al. / Lucas- Molina et al. (2025)
MLQ - Presencia (Meaning in Life Questionnaire)	5	5-35	.87	26.62	6.21	Marco et al. (2022)
MLQ - Búsqueda (Meaning in Life Questionnaire)	5	5-35	.92	20.41	8.43	Marco et al. (2022)

Para evaluar si los cambios observados tras la intervención son clínicamente significativos, se utilizará el Índice de Cambio Fiable (Reliable Change Index, RCI). Este indicador permite determinar si la variación en las puntuaciones entre el pretest y el posttest supera el margen de error de la medida, es decir, si el cambio es atribuible a la intervención y no al azar o a la variabilidad propia del instrumento.

El RCI se calculará mediante la siguiente fórmula:

$RCI = (X_{post} - X_{pre}) / (Sx \cdot \sqrt{2 \cdot (1 - r)})$, donde X_{post} representa la puntuación obtenida tras la intervención, X_{pre} la puntuación previa al tratamiento, Sx la desviación típica de la población de referencia (según el manual del instrumento utilizado) y r el índice de fiabilidad de la prueba, estimado habitualmente a través del coeficiente alfa de Cronbach. En cuanto a su interpretación, se considerará que existe una mejora clínicamente significativa cuando el valor del RCI sea superior a 1.96, mientras que valores inferiores a -1.96 indicarán un empeoramiento significativo. Por su parte, aquellos valores comprendidos entre -1.96 y 1.96 se

interpretarán como cambios no significativos, es decir, dentro del margen de error de la medida.

Al inicio de la sesión se realizará un breve check-in emocional, preguntando por el estado actual del participante y recordando que puede solicitar pausas si lo necesita. Esto ayuda a asegurar que la evaluación se realiza en condiciones adecuadas y transmite una actitud de cuidado. A continuación se procede a la administración de los instrumentos de evaluación previamente seleccionados. El terapeuta permanece presente durante la cumplimentación para resolver dudas, garantizar la correcta comprensión de los ítems y observar posibles reacciones emocionales relevantes. En caso necesario, se ofrecen pausas breves para evitar saturación.

Una vez finalizada la evaluación, se dedica el tiempo restante a un cierre emocional de la sesión, en el que se pregunta al participante cómo se ha sentido durante la cumplimentación y se refuerza la idea de que la información recogida servirá para adaptar mejor el trabajo terapéutico. No se proporciona aún devolución de resultados, ya que esta se realizará en la fase final del programa.

Fase 2. Inicio del trabajo grupal y psicoeducación emocional

La segunda fase del programa marca el comienzo del trabajo terapéutico en formato grupal. Tras la evaluación inicial individual y el establecimiento de un vínculo terapéutico básico, esta fase tiene como objetivo facilitar la transición hacia el contexto grupal, promover la cohesión entre los participantes y comenzar a trabajar los primeros contenidos psicológicos relacionados con la comprensión del malestar emocional, la ideación suicida y los efectos del acoso laboral en la salud mental.

Esta fase cumple una función fundamental dentro del programa, ya que constituye la base sobre la que se desarrollará el resto de la intervención. Desde el punto de vista clínico, el inicio del trabajo grupal requiere generar un clima de seguridad, respeto y confidencialidad que permita a los participantes sentirse cómodos compartiendo experiencias personales. Además, en esta etapa se introducen contenidos psicoeducativos que facilitan la comprensión del propio sufrimiento, reducen la autoatribución de culpa y favorecen una visión más normalizada del proceso de recuperación.

Los objetivos principales de esta fase son:

1. Favorecer la cohesión grupal y el sentimiento de pertenencia.
2. Establecer normas de funcionamiento y seguridad emocional.
3. Proporcionar psicoeducación sobre ideación suicida, acoso laboral y malestar psicológico.
4. Iniciar la identificación de emociones y pensamientos asociados a la experiencia vivida.

La fase se desarrolla a lo largo de dos sesiones grupales consecutivas, cada una con una duración aproximada de 60 minutos.

Sesión 3. Presentación grupal, normas y cohesión

Duración: 60 minutos (grupal)

Esta sesión constituye el primer encuentro grupal del programa. Su finalidad principal es facilitar la transición desde el trabajo individual hacia el contexto grupal, promoviendo un clima de seguridad que permita la participación progresiva de los asistentes. La sesión comienza con una bienvenida formal al grupo, en la que el terapeuta recuerda brevemente el objetivo del programa y agradece la participación de los asistentes. Se enfatiza que el grupo no es un espacio de juicio, sino un lugar de apoyo y aprendizaje compartido.

A continuación se realiza una dinámica de presentación estructurada, en la que cada participante comparte información básica sobre sí mismo (por ejemplo, nombre, qué espera del programa y algún recurso personal que considere útil). No se solicita en este momento que relaten su experiencia de intento o ideación suicida, con el fin de evitar una sobreexposición emocional temprana.

Posteriormente se establecen de forma conjunta las normas de funcionamiento del grupo, que incluyen aspectos como la confidencialidad, el respeto en el turno de palabra, la libertad para no compartir si alguien no se siente preparado y la importancia de mantener una actitud de escucha activa. El terapeuta explica que estas normas buscan garantizar la seguridad psicológica de todos los miembros.

En la segunda parte de la sesión se introduce una dinámica breve orientada a favorecer la cohesión, centrada en identificar elementos comunes entre los participantes, como emociones compartidas, dificultades habituales o necesidades

de apoyo. Esta actividad permite reducir la sensación de aislamiento y promover la percepción de que no están solos en su proceso.

La sesión finaliza con un cierre emocional guiado, en el que se pregunta a los participantes cómo se han sentido en este primer encuentro grupal y se refuerza positivamente la participación. También se anticipa que en la siguiente sesión comenzarán a trabajarse contenidos más específicos sobre el impacto del acoso laboral y la ideación suicida.

Sesión 4. Psicoeducación sobre acoso laboral, malestar emocional e ideación suicida

Duración: 60 minutos (grupal)

Esta sesión tiene como objetivo proporcionar un marco explicativo que ayude a los participantes a comprender la relación entre la experiencia de acoso laboral, el deterioro emocional y la aparición de ideación suicida. La psicoeducación se plantea como un elemento clave, ya que contribuye a reducir la culpa, normalizar las reacciones psicológicas y favorecer una comprensión más realista del proceso vivido.

La sesión comienza con una breve revisión del encuentro anterior, preguntando cómo se han sentido durante la semana y si ha surgido alguna reflexión relevante.

Posteriormente se introduce el contenido principal mediante una explicación psicoeducativa estructurada, apoyada en material visual compartido por pantalla. En esta explicación se abordan:

- Qué se entiende por acoso laboral y cuáles son sus efectos psicológicos más frecuentes.
- Cómo el estrés crónico puede afectar a la regulación emocional y al autoconcepto.
- La ideación suicida como señal de sufrimiento intenso, no como debilidad personal.
- Factores que mantienen el malestar (aislamiento, rumiación, desesperanza).

Tras la explicación, se realiza una actividad guiada de reflexión, en la que los participantes identifican qué aspectos de la información presentada conectan con su propia experiencia. Esta actividad se realiza de forma voluntaria y respetando el ritmo de cada persona. En la parte final de la sesión se introduce un primer ejercicio breve de identificación emocional, en el que los participantes reflexionan sobre qué emociones predominan actualmente en su vida diaria y cómo las experimentan. Este ejercicio sirve como puente hacia las siguientes fases del programa, donde se trabajará de forma más directa la regulación emocional.

La sesión concluye con un resumen de las ideas principales y un cierre emocional en el que se valida la dificultad de los temas tratados y se refuerza la importancia de haber comenzado a comprenderlos.

Fase 3. Intervención terapéutica central: regulación emocional, resiliencia y reconstrucción cognitiva

La tercera fase constituye el núcleo del programa de intervención, ya que en ella se desarrollan los contenidos terapéuticos principales orientados a producir cambios en las variables psicológicas del estudio. Tras el establecimiento de una base grupal segura y la introducción de contenidos psicoeducativos, esta fase se centra en el entrenamiento activo de habilidades psicológicas dirigidas a reducir la ideación suicida, disminuir la desesperanza y fortalecer recursos protectores como la resiliencia, el sentido vital y la percepción de apoyo.

Desde un enfoque cognitivo-conductual con integración de elementos de psicología positiva y regulación emocional, esta fase busca que los participantes pasen de una posición más pasiva o centrada en el sufrimiento a una posición activa de comprensión, afrontamiento y reconstrucción personal. Se parte de la idea de que el intento de suicidio asociado al acoso laboral suele ir acompañado de esquemas cognitivos negativos, dificultades para gestionar emociones intensas y una pérdida de sentido vital, por lo que la intervención se orienta a trabajar estos tres niveles.

Los objetivos de esta fase son:

1. Reducir la intensidad de pensamientos negativos automáticos y creencias desadaptativas.
2. Entrenar estrategias de regulación emocional adaptativa.

3. Favorecer el desarrollo de resiliencia y crecimiento tras la experiencia vivida.
4. Promover la reconstrucción del significado vital y del proyecto personal.
5. Potenciar la conexión interpersonal y la percepción de apoyo.

Esta fase se desarrolla a lo largo de cuatro sesiones grupales consecutivas, cada una con una duración aproximada de 60 minutos. Este número de sesiones permite trabajar los contenidos de forma progresiva, evitando la sobrecarga emocional y facilitando la consolidación de aprendizajes entre sesiones.

Sesión 5. Identificación de pensamientos negativos y reestructuración cognitiva inicial

Duración: 60 minutos (grupal)

Esta sesión marca el inicio del trabajo terapéutico activo del programa. Tras las fases iniciales de acogida, evaluación y psicoeducación, se introduce el abordaje cognitivo como herramienta fundamental para reducir la ideación suicida y la desesperanza.

Las personas con ideación o intento suicida suelen presentar patrones de pensamiento caracterizados por:

- Visión negativa de sí mismas
- Interpretación pesimista del futuro
- Percepción de falta de alternativas
- Atribuciones de culpa o fracaso personal

En el caso específico del acoso laboral, estos patrones cognitivos suelen consolidarse tras experiencias prolongadas de desvalorización, injusticia y pérdida de control. Por ello, resulta fundamental comenzar el trabajo terapéutico ayudando a los participantes a identificar estos pensamientos y comprender cómo influyen en su estado emocional.

Objetivos de la sesión

Objetivo general

Iniciar el entrenamiento en identificación y modificación de pensamientos desadaptativos relacionados con el malestar emocional y el riesgo suicida.

Objetivos específicos

- Comprender la relación entre pensamientos, emociones y conducta
- Identificar pensamientos automáticos negativos asociados a situaciones personales
- Reconocer cómo estos pensamientos influyen en el estado emocional
- Introducir estrategias básicas de cuestionamiento cognitivo

El terapeuta inicia la sesión dando la bienvenida y recordando brevemente el contenido trabajado en sesiones previas. Se realiza una pregunta abierta general, por ejemplo: “Antes de empezar, ¿cómo ha sido la semana para vosotros desde la última sesión?” No se profundiza en relatos personales extensos para no desestructurar la sesión, pero se valida emocionalmente cualquier comentario breve que surja.

Se presenta el modelo cognitivo básico de forma sencilla, utilizando un esquema visual compartido en pantalla. Se explica que:

- Las situaciones no determinan directamente cómo nos sentimos
- Lo que influye es la interpretación que hacemos
- Los pensamientos automáticos suelen aparecer de forma rápida y poco consciente

Se utiliza un ejemplo neutro para facilitar la comprensión y evitar activar experiencias dolorosas del grupo.

Después se conecta el modelo con la experiencia del acoso laboral, explicando que:

- Las experiencias repetidas de crítica o desvalorización pueden generar pensamientos negativos automáticos
- Estos pensamientos pueden mantenerse incluso cuando la situación laboral ha cambiado



- Identificar estos pensamientos es el primer paso para poder modificarlos

Se propone una actividad práctica. El terapeuta comparte una ficha sencilla con tres columnas:

1. Situación
2. Pensamiento que apareció
3. Emoción asociada

Se pide a los participantes que, de forma voluntaria, piensen en una situación reciente que les haya generado malestar (no necesariamente relacionada con el acoso).

Se les da unos minutos para escribir de forma individual.

Después, quien lo desee puede compartir un ejemplo.

El terapeuta:

- Ayuda a diferenciar pensamiento de emoción
- Reformula cuando es necesario
- Valida sin juzgar

No se fuerza la participación para mantener la sensación de seguridad.

Tras la identificación, se introduce la idea de que los pensamientos no siempre son hechos objetivos.

Se explican tres preguntas básicas para empezar a cuestionarlos:

- ¿Qué pruebas tengo de que este pensamiento es totalmente cierto?
- ¿Existe otra forma de interpretar la situación?
- ¿Este pensamiento me ayuda o me perjudica?

Se aplica este esquema a uno de los ejemplos compartidos por el grupo, siempre con consentimiento.

Finalmente, el terapeuta resume los puntos clave:

- Los pensamientos influyen en cómo nos sentimos

- Muchos aparecen automáticamente
- Podemos empezar a observarlos y cuestionarlos

Se propone una tarea opcional: Intentar anotar algún pensamiento que genere malestar, sin necesidad de cambiarlo todavía.

Se agradece la participación del grupo y se anticipa que en la siguiente sesión se trabajará cómo manejar emociones intensas.

Recursos necesarios

- Plataforma Google Meet
- Presentación visual del modelo cognitivo
- Ficha de registro de pensamientos
- Documento resumen enviado tras la sesión

Sesión 6. Autoeficacia y reconstrucción personal

Duración: 60 minutos (grupal)

Esta sesión se centra en el fortalecimiento de la autoeficacia personal y en la reconstrucción del autoconcepto tras la experiencia de acoso laboral y crisis suicida.

En personas que han sufrido acoso laboral prolongado, es frecuente la aparición de:

- Sensación de incompetencia
- Pérdida de confianza en las propias capacidades
- Internalización del discurso desvalorizador recibido
- Percepción de pérdida de identidad profesional

Cuando además ha existido ideación o intento de suicidio, esta autopercepción negativa puede intensificarse, generando una narrativa personal centrada en el fracaso o la incapacidad. Por ello, esta sesión busca iniciar un proceso de reconstrucción identitaria más ajustada y compasiva.

Objetivos de la sesión

Objetivo general

Fortalecer la percepción de autoeficacia y promover una reconstrucción del autoconcepto más realista y resiliente.

Objetivos específicos

- Identificar el impacto del acoso laboral en la identidad personal y profesional
- Detectar creencias de incompetencia interiorizadas
- Reconocer habilidades y recursos personales previos y actuales
- Iniciar una narrativa alternativa basada en fortalezas

El terapeuta inicia con una breve revisión de la tarea opcional de la sesión anterior.

Se realiza una pregunta abierta: ¿Alguien ha podido observar algún pensamiento automático durante la semana?

Se valida cualquier experiencia compartida, reforzando el esfuerzo por observar sin juzgar.

Posteriormente se introduce el tema del día explicando:

- El acoso laboral no solo genera malestar emocional, sino que puede dañar profundamente la percepción de competencia.
- Muchas personas comienzan a verse a sí mismas a través del mensaje repetido del acosador.
- Recuperar la confianza no significa negar lo vivido, sino integrar la experiencia sin que defina toda la identidad.

Se explica de forma sencilla que:

- La autoeficacia es la creencia en la propia capacidad para afrontar situaciones.
- No depende solo de habilidades reales, sino de cómo interpretamos nuestras experiencias.
- El acoso puede generar un “sesgo de incompetencia”, donde se sobrevaloran errores y se minimizan logros.

Se utiliza un ejemplo neutro para ilustrar cómo dos personas pueden interpretar el mismo error de manera distinta (aprendizaje vs. fracaso).

Se conecta con el grupo preguntando: ¿Habéis notado cambios en cómo os describís a vosotros mismos desde que comenzó la situación laboral?

La participación es voluntaria y el terapeuta contiene posibles activaciones emocionales.

Se comparte una ficha con dos bloques:

Bloque A: Impacto del acoso en mi autoconcepto

- ¿Qué mensajes negativos empecé a creer sobre mí?
- ¿Qué etiquetas me he puesto desde entonces?

Bloque B: Recursos y fortalezas personales

- ¿Qué habilidades tenía antes de esta situación?
- ¿Qué cualidades me ayudaron a sobrevivir?
- ¿Qué diría alguien que me aprecia sobre mí?

Se da tiempo para reflexión individual (8–10 minutos).

Posteriormente, quien lo desee puede compartir alguna reflexión.

El terapeuta:

- Refuerza verbalizaciones de fortaleza.
- Reformula creencias absolutistas.
- Señala evidencias de resiliencia implícita (por ejemplo, “seguir aquí buscando ayuda ya habla de capacidad de afrontamiento”).

Se enfatiza que la supervivencia a una crisis suicida implica recursos psicológicos, aunque la persona no los reconozca aún.

En el siguiente ejercicio, el terapeuta propone completar la frase: “A pesar de todo lo que he vivido, sigo siendo una persona que...”

Cada participante puede escribir una o dos frases.

Se anima a que incluyan cualidades, valores o aprendizajes emergentes.

Se explica que este ejercicio es un primer paso hacia una narrativa más integrada y menos centrada en el daño.

Finalmente, el terapeuta resume los puntos clave:

- El acoso puede distorsionar la percepción de competencia.
- Las creencias negativas no son hechos.
- Existen recursos personales que han permitido resistir.
- La identidad es más amplia que la experiencia traumática.

Como actividad complementaria, el terapeuta propone durante la semana, anotar una acción, por pequeña que sea, que refleje capacidad o responsabilidad personal.

Se anticipa que en la siguiente sesión se trabajará específicamente la regulación emocional y el manejo de emociones intensas.

Recursos necesarios

- Plataforma Google Meet
- Ficha de reconstrucción del autoconcepto (PDF editable)
- Presentación breve sobre autoeficacia
- Documento resumen enviado tras la sesión

Sesión 7. Regulación emocional y manejo de emociones intensas

Duración: 60 minutos (grupal)

Esta sesión se centra en el entrenamiento en regulación emocional, una variable clave en la conducta suicida. La literatura muestra que la dificultad para tolerar emociones intensas (vergüenza, desesperanza, rabia, culpa) constituye un factor central en la transición desde la ideación hacia la conducta (O'Connor & Kirtley, 2018).

En el contexto de acoso laboral, las emociones suelen estar caracterizadas por:



- Vergüenza y humillación
- Rabia contenida
- Miedo anticipatorio
- Desesperanza
- Sensación de atrapamiento

Cuando estas emociones se perciben como insoportables o interminables, la ideación suicida puede aparecer como una estrategia de escape del dolor. Por ello, esta sesión tiene como objetivo ofrecer herramientas prácticas para modular la intensidad emocional sin evitarla ni amplificarla.

Objetivos de la sesión

Objetivo general

Entrenar habilidades básicas de regulación emocional para disminuir la intensidad del malestar y reducir el riesgo de conductas impulsivas.

Objetivos específicos

- Comprender la función adaptativa de las emociones
- Diferenciar emoción, pensamiento y conducta
- Identificar señales tempranas de activación emocional intensa
- Aprender técnicas breves de autorregulación aplicables en crisis

Se inicia con una breve revisión de la tarea opcional sobre autoeficacia.

Pregunta de apertura: ¿Habéis podido detectar algún momento esta semana en el que os sintierais capaces o responsables de algo, aunque fuera pequeño?

Se refuerza cualquier ejemplo compartido.

Posteriormente se introduce el tema: Hoy vamos a trabajar qué hacer cuando la emoción es tan intensa que parece que nos desborda.

Se normaliza que hablar de emociones intensas puede activar recuerdos y se recuerda que cada persona puede participar al ritmo que necesite.



Se explica brevemente que:

- Las emociones tienen función adaptativa.
- El problema no es sentir, sino quedar atrapado en la intensidad.
- Evitar emociones suele mantenerlas a largo plazo.
- La regulación no significa suprimir, sino modular.

Se presenta el modelo básico:

Situación → Pensamiento → Emoción → Conducta

Se conecta con el grupo: ¿Qué emociones aparecen con más frecuencia cuando recordáis la situación laboral?

Se recogen respuestas sin profundizar excesivamente en relatos traumáticos.

Se propone una breve reflexión individual:

- ¿Cómo noto en mi cuerpo que estoy empezando a desbordarme?
- ¿Qué señales físicas aparecen primero?
- ¿Qué pensamientos acompañan a esa emoción?

El terapeuta explica que reconocer las señales tempranas permite intervenir antes de que la intensidad sea máxima.

Se refuerza la idea de que la regulación comienza con la conciencia.

A continuación, se introduce una técnica breve basada en respiración y anclaje atencional.

Ejercicio “Pausa de 3 minutos”

1. Detenerse y tomar conciencia del momento presente
2. Focalizar la atención en la respiración durante un minuto
3. Ampliar la atención al cuerpo completo

El terapeuta guía el ejercicio durante 3–4 minutos en directo.

Después se pregunta: ¿Qué habéis notado durante el ejercicio?

Se normalizan posibles dificultades (mente inquieta, incomodidad).

Se explica que la práctica repetida reduce la activación fisiológica y aumenta sensación de control.

Después se introduce una frase de regulación cognitiva: Esto es una emoción intensa, pero es temporal.

Se explica que en momentos de crisis, recordar la temporalidad de la emoción reduce la sensación de atrapamiento.

Se anima a que cada participante formule su propia frase de autorregulación.

Finalmente, se realizará el cierre de la sesión, haciendo un breve resumen:

- Las emociones no son el enemigo.
- Se pueden identificar señales tempranas.
- Existen herramientas breves para reducir intensidad.
- La regulación disminuye impulsividad y riesgo.

Como tarea opcional, el terapeuta manda practicar la “pausa de 3 minutos” al menos una vez al día, incluso sin crisis. Se anticipa que la siguiente sesión estará orientada a sentido vital, valores y prevención de recaídas, integrando todo lo trabajado.

Recursos necesarios

- Plataforma Google Meet
- Guion de ejercicio de respiración
- Ficha de identificación de señales emocionales
- Documento resumen enviado tras la sesión

Sesión 8. Sentido vital, prevención de recaídas y cierre del programa

Duración: 60 minutos (grupal)

Esta sesión tiene una doble finalidad:

1. Consolidar los aprendizajes adquiridos a lo largo del programa.

2. Fortalecer factores protectores a largo plazo, especialmente el sentido vital, la esperanza realista y la prevención de recaídas en ideación suicida.

La evidencia señala que la presencia de significado en la vida actúa como factor protector frente a la conducta suicida, reduciendo la desesperanza y aumentando la resiliencia (Steger et al., 2006; WHO, 2023). Asimismo, tras una crisis suicida o experiencia traumática como el acoso laboral, es fundamental trabajar la integración narrativa y la planificación preventiva para momentos de vulnerabilidad futura.

Esta sesión no busca transmitir un mensaje de “todo está resuelto”, sino reforzar la idea de que la recuperación es un proceso continuo en el que ahora disponen de más herramientas.

Esta sesión constituye el cierre del trabajo grupal. La sesión individual de evaluación posttest (Sesión 9) completará el programa de forma personalizada para cada participante.

Objetivos de la sesión

Objetivo general

Consolidar habilidades adquiridas, fortalecer el sentido vital y elaborar un plan básico de prevención de recaídas.

Objetivos específicos

- Identificar cambios percibidos a lo largo del programa
- Reconectar con valores personales y metas futuras
- Elaborar un plan individual de actuación ante señales de riesgo
- Favorecer un cierre emocional estructurado del grupo

El terapeuta inicia agradeciendo la implicación del grupo a lo largo de las ocho sesiones transcurridas. Pregunta inicial: Si miráis hacia atrás al inicio del programa, ¿qué diferencia notáis en vosotros hoy?

Se permite compartir reflexiones breves.

El terapeuta señala posibles cambios observables en el grupo (mayor participación, lenguaje más equilibrado, identificación de recursos, etc.), reforzando progresos sin exagerar ni idealizar.

Se introduce el concepto de sentido vital como:

- dirección, no necesariamente claridad absoluta
- conexión con valores, no solo metas concretas
- aquello que hace que la vida merezca ser vivida incluso con dificultades

Se aclara que el objetivo no es encontrar “la gran misión”, sino identificar pequeños anclajes significativos.

Actividad guiada

Se comparte una ficha con tres preguntas:

1. ¿Qué cosas, personas o valores siguen siendo importantes para mí?
2. ¿Qué tipo de persona quiero ser en el futuro, incluso tras lo vivido?
3. ¿Qué pequeño paso coherente con mis valores podría dar en las próximas semanas?

Se da tiempo para reflexión individual (5–7 minutos).

Posteriormente, quien lo desee puede compartir.

El terapeuta ayuda a transformar ideas abstractas en acciones concretas (ej.: “cuidar mi salud”, “retomar contacto con alguien”, “buscar orientación laboral”).

Se explica que:

- Las crisis emocionales pueden reaparecer.
- Tener un plan reduce impulsividad.
- Pedir ayuda es una estrategia adaptativa, no un fracaso.

Se trabaja un esquema básico de prevención:

1. Señales tempranas personales

- Aumento de rumiación



- Aislamiento
- Pensamientos de desesperanza
- Cambios en sueño o apetito

2. Estrategias internas que puedo usar

- Registro de pensamientos
- Pausa de 3 minutos
- Frases de autorregulación
- Contactar con alguien de confianza

3. Recursos externos

- Persona de apoyo
- Profesional de salud mental
- Línea 024 u otros recursos de emergencia

Cada participante completa su plan personal de forma escrita.

Se recalca que este plan es flexible y puede actualizarse.

El terapeuta propone una breve reflexión final: Si tuvierais que describir esta etapa como un capítulo de vuestra vida, ¿qué título le pondríais

Se anima a pensar en términos de aprendizaje, resistencia o transformación.

Se refuerza la idea de que:

- La experiencia de acoso y crisis no define la totalidad de la identidad.
- Puede convertirse en parte integrada de la historia personal.
- El crecimiento no elimina el dolor, pero lo resignifica.

El terapeuta realiza un cierre estructurado:

- Agradece la confianza compartida.
- Refuerza la valentía de participar.



- Normaliza emociones mixtas ante el final.
- Recuerda los recursos disponibles tras el programa.

Se puede realizar una última ronda voluntaria:

“Una palabra que represente lo que os lleváis del programa.”

Recursos necesarios

- Plataforma Google Meet
- Ficha de valores personales
- Plantilla de plan de prevención de recaídas
- Documento resumen final enviado por correo

Sesión 9. Evaluación posttest y devolución individual de resultados

Duración: 60 minutos (individual)

Esta sesión tiene como finalidad realizar la evaluación posttest del programa y ofrecer una devolución individualizada de los resultados obtenidos, favoreciendo la integración de los cambios experimentados y consolidando el cierre terapéutico.

En intervenciones dirigidas a población con ideación o intento suicida, la evaluación final no debe limitarse a la administración de instrumentos, sino que constituye también un espacio clínico relevante para:

- Valorar evolución del riesgo.
- Detectar posibles necesidades adicionales de intervención.
- Reforzar avances y recursos desarrollados.
- Garantizar una transición segura tras el programa.

Objetivos de la sesión

Objetivo general

Evaluar los cambios producidos tras la intervención y proporcionar una devolución clínica individualizada.

Objetivos específicos

- Administrar los instrumentos de evaluación posttest.
- Comparar resultados pre–post de forma comprensible para el participante.
- Explorar percepción subjetiva de cambio.
- Valorar riesgo actual y necesidad de seguimiento adicional.
- Cerrar el proceso terapéutico de forma estructurada.

La sesión comienza con una exploración breve del estado actual: Antes de empezar con la evaluación, ¿cómo te encuentras hoy?

Se valora:

- Estado emocional actual.
- Presencia o ausencia de ideación suicida.
- Situación laboral actual.
- Uso de herramientas aprendidas.

Si se detectara aumento significativo de riesgo, se activa el protocolo correspondiente.

Se aplican los mismos instrumentos utilizados en la evaluación inicial:

- Beck Scale for Suicide Ideation (BSS)
- Beck Hopelessness Scale (BHS)
- Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
- General Self-Efficacy Scale (GSES)
- Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

El terapeuta permanece disponible durante la cumplimentación. Se observa reacción emocional ante ítems sensibles.

Una vez corregidas las escalas (si es posible en el momento o con resultados preliminares), se realiza una devolución estructurada:



a) Comparación cuantitativa sencilla

Se explica de forma comprensible:

- Cambios en ideación suicida
- Cambios en desesperanza
- Cambios en resiliencia y autoeficacia
- Cambios en apoyo social percibido

No se presentan cifras técnicas, sino tendencias: Observamos una disminución significativa en..., Tu percepción de capacidad personal ha aumentado respecto al inicio...

b) Integración cualitativa

Se pregunta: ¿Estos resultados encajan con cómo te percibes ahora?

Se explora:

- Cambios subjetivos.
- Áreas aún vulnerables.
- Factores que más ayudaron.

Se revisa el plan de prevención de recaídas trabajado en sesión 8.

Se valora:

- ¿Está activo actualmente?
- ¿Requiere ajustes?
- ¿Necesita seguimiento individual adicional?

Si procede, se facilita derivación a:

- Psicoterapia individual
- Servicios públicos de salud mental
- Recursos específicos



Se cierra reforzando:

- Recursos desarrollados.
- Capacidad de pedir ayuda.
- Proceso realizado.

Además de los instrumentos, al finalizar la sesión se administrará un cuestionario de satisfacción ad hoc diseñado específicamente para este programa. Este cuestionario tiene como objetivo recoger la valoración de los participantes tanto sobre el programa en sí como sobre los terapeutas que lo han facilitado, proporcionando información cualitativa y cuantitativa útil para la mejora continua de la intervención. El cuestionario incluirá los siguientes ítems, valorados en una escala Likert de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo):

Valoración del programa

- Los contenidos del programa me han resultado útiles para mi situación personal.
- La duración y estructura de las sesiones han sido adecuadas.
- Me he sentido emocionalmente seguro/a durante las sesiones.
- El formato online ha facilitado mi participación en el programa.
- El trabajo en grupo me ha ayudado a sentirme comprendido/a y acompañado/a.
- Recomendaría este programa a otras personas en una situación similar a la mía.

Valoración de los terapeutas

- El/la terapeuta ha mostrado una actitud empática y respetuosa.
- Me he sentido escuchado/a y comprendido/a por el/la terapeuta.
- El/la terapeuta ha explicado los contenidos de forma clara y comprensible.
- El/la terapeuta ha gestionado adecuadamente los momentos emocionalmente difíciles.



Además, se incluirán dos preguntas abiertas: ¿Qué aspecto del programa te ha resultado más útil o significativo? y ¿Qué mejorarías o cambiarías del programa? Los resultados de este cuestionario se analizarán de forma agregada y se utilizarán para introducir mejoras en futuras implementaciones del programa.

Tabla 3

Cronograma

SESIÓN	MODALIDAD	DURACIÓN	SEMANA	CONTENIDO	OBJETIVOS
Sesión 1	Individual	60 minutos	Semana 1	Acogida, información del programa y creación de alianza terapéutica	Establecer vínculo terapéutico, explicar encuadre y resolver dudas
Sesión 2	Individual	60 minutos	Semana 2	Evaluación inicial (pretest)	Establecer línea base de ideación suicida, desesperanza, resiliencia, autoeficacia y apoyo social
Sesión 3	Grupal	60 minutos	Semana 3	Presentación grupal y normas	Favorecer cohesión, seguridad psicológica y sentimiento de pertenencia
Sesión 4	Grupal	60 minutos	Semana 4	Psicoeducación sobre acoso laboral e ideación suicida	Comprender relación entre mobbing, malestar emocional y riesgo suicida
Sesión 5	Grupal	60 minutos	Semana 5	Identificación y reestructuración cognitiva inicial	Detectar pensamientos automáticos y comenzar cuestionamiento cognitivo

Tabla 4

SESIÓN	MODALIDAD	DURACIÓN	SEMANA	CONTENIDO	OBJETIVOS
Sesión 6	Grupal	60 minutos	Semana 6	Autoeficacia y reconstrucción personal	Fortalecer autoconcepto y percepción de competencia personal
Sesión 7	Grupal	60 minutos	Semana 7	Regulación emocional	Aprender estrategias de autorregulación y manejo de emociones intensas
Sesión 8	Grupal	60 minutos	Semana 8	Sentido vital y prevención de recaídas	Reforzar valores personales y elaborar plan de prevención de recaídas
Sesión 9	Individual	60 minutos	Semana 9	Evaluación final (postest) y devolución de resultados	Valorar cambios pre–post, evaluar riesgo actual y cerrar proceso terapéutico

Las sesiones 1, 2 y 9 tienen formato individual, lo que implica que cada psicólogo realizará 8 sesiones individuales por semana durante las dos primeras semanas (cuatro por grupo, dos grupos por psicólogo), distribuidas a lo largo de los cinco días laborables. Se estima una media de dos sesiones individuales diarias por psicólogo durante esas semanas. Para la semana 1 y 2, cada psicólogo organizará las citas individuales con los 16 participantes de sus dos grupos en franjas horarias distintas, garantizando al menos 15 minutos de margen entre sesiones para registro y transición. El mismo esquema se aplica en la semana 9 para las sesiones de evaluación posttest.

4. Cierre clínico de la sesión y del programa

El programa se cerrará reforzando la idea de que la recuperación es un proceso continuo, que puede incluir momentos de dificultad, y que disponer de recursos, habilidades y apoyos constituye una base sólida para afrontar futuras crisis. Se enfatizará que pedir ayuda es una estrategia adaptativa y que el plan elaborado puede servir como guía en momentos de vulnerabilidad. El programa se ha diseñado con un nivel de detalle suficiente para permitir su replicabilidad por otros profesionales en contextos similares. Para ello, cada sesión ha sido descrita de manera estructurada, indicando de forma clara los objetivos, los contenidos a trabajar, las actividades propuestas, la duración de cada bloque y los materiales necesarios para su desarrollo. La intervención se organiza en nueve sesiones secuenciales, con una temporalización definida y una progresión coherente de los contenidos, lo que facilita su aplicación siguiendo el mismo orden y lógica terapéutica. Asimismo, se han especificado las técnicas psicológicas empleadas y los instrumentos de evaluación utilizados, todos ellos utilizados y validados en el ámbito de la intervención psicológica. El uso de materiales estandarizados, como fichas de trabajo, registros y guías estructuradas, contribuye a que la intervención pueda ser aplicada de forma similar por distintos profesionales, reduciendo la variabilidad en su implementación. Del mismo modo, la definición previa de la población destinataria y de los criterios de inclusión y exclusión permite delimitar claramente el contexto de aplicación del programa.

Distribución de participantes y profesionales:

Tabla 5

Grupo	Horario	Día	Nº Participantes	Psicólogo Asignado	Espacio/Plataforma
Grupo A	18:00-19:00	Lunes	8	Psicólogo o 1	Sala virtual 1
Grupo B	10:00-11:00	Miércoles	8	Psicólogo o 1	Sala virtual 2
Grupo C	19:30-20:30	Viernes	8	Psicólogo o 2	Sala virtual 3
Grupo D	11:00-12:00	Sábado	8	Psicólogo o 2	Sala virtual 4

La coordinación entre el personal administrativo y el psicólogo es clave para el buen funcionamiento del programa. El coordinador se encarga de enviar un recordatorio a los participantes indicados con 24 horas de antelación a cada sesión, preferiblemente por correo electrónico y, si es posible, también mediante SMS. Por su parte, el psicólogo abre la sala virtual con al menos 15 minutos de antelación para comprobar que todos los participantes pueden conectarse sin dificultades técnicas y garantizar un inicio fluido. La sesión comienza siempre a la hora exacta, manteniendo un alto nivel de rigor y respeto por el tiempo de los participantes, especialmente teniendo en cuenta que muchos de ellos compaginan el programa con obligaciones laborales. El coordinador registra la asistencia a cada sesión, ya que este dato es fundamental para evaluar la adherencia al programa. En caso de ausencia de algún participante, se realiza un contacto de seguimiento entre 24 y 48 horas después para conocer el motivo de la falta y ofrecer apoyo si fuera necesario. Tras cada sesión, el psicólogo envía por correo electrónico un resumen del contenido trabajado junto con las tareas asignadas, dentro de las 24 horas posteriores a la sesión.

Las sesiones pueden ser grabadas siempre que exista consentimiento informado previo, firmado en el contrato, lo que permite al supervisor revisar muestras

aleatorias, una sesión cada dos semanas, para asegurar la adherencia al protocolo. En caso de que surja un incidente crítico, como la detección de riesgo activo en un participante durante una sesión grupal, el psicólogo informa de manera inmediata al supervisor para activar los procedimientos de derivación y seguimiento correspondientes.

Con el objetivo de facilitar el mantenimiento de los vínculos generados durante el programa, se contempla la posibilidad de crear un espacio de comunicación entre participantes posterior a la intervención. Este espacio, de participación estrictamente voluntaria, deberá contar con normas de funcionamiento acordadas colectivamente durante la sesión 8 (incluyendo el compromiso de no compartir contenido que pueda activar crisis emocionales en otros miembros) y con la posibilidad de contacto con el psicólogo referente ante cualquier situación de riesgo. Dado que la población destinataria presenta antecedentes de ideación o intento de suicidio, no se recomienda un canal completamente autónomo. En su lugar, se propone un canal de comunicación supervisado de forma periódica (con una frecuencia mínima de revisión quincenal por parte del terapeuta) o, en su defecto, la derivación a recursos comunitarios de apoyo mutuo ya existentes con supervisión profesional establecida.

De manera opcional, se puede organizar una reunión final de graduación, consistente en una sesión única de dos horas en la que se reúnen todos los participantes del programa para celebrar el cierre, compartir aprendizajes y reforzar el vínculo grupal. Aunque esta actividad requiere una mayor coordinación logística, suele generar un impacto emocional positivo y una sensación de cierre especialmente significativa.

Para garantizar la calidad y la fidelidad de la intervención, el programa dispone de un manual de facilitación detallado que incluye viñetas transcritas, ejemplos de preguntas para cada sesión y pautas para el manejo de situaciones habituales, como el llanto de un participante, silencios prolongados o conflictos entre miembros del grupo. El supervisor audita periódicamente los contenidos para comprobar que se cubren todos los elementos previstos en cada sesión. Además, mediante el análisis de grabaciones, se aplica una herramienta de evaluación de fidelidad basada en una rúbrica que valora aspectos como la cobertura del contenido, el respeto a la duración prevista, el estilo empático y no directivo del psicólogo, el uso

de ejemplos concretos y la validación emocional. Al finalizar cada sesión, los participantes completan un breve cuestionario de satisfacción en el que puntúan, en una escala de 1 a 5, la claridad, utilidad, sensación de seguridad emocional y conexión grupal, lo que permite realizar ajustes en tiempo real si se detecta alguna dificultad. Cualquier incidente relevante, como ausencias sin aviso, crisis emocionales o problemas técnicos, se registra sistemáticamente para analizar tendencias y promover la mejora continua.

Replicabilidad de la Intervención

El programa ha sido diseñado específicamente para facilitar su replicabilidad en distintos contextos. Cuenta con un manual del psicólogo y un guion detallado de las sesiones disponibles en formato PDF, de manera que cualquier profesional pueda seguir la estructura establecida. Los materiales utilizados, plantillas, diarios y planes de seguridad, están estandarizados y pueden descargarse y personalizarse según las necesidades del contexto. Asimismo, se contempla la posibilidad de ofrecer una formación breve de dos a tres días a nuevos psicólogos, centrada en el protocolo del programa, fundamentos de terapia cognitivo-conductual, manejo de crisis y trabajo en modalidad online. Las escalas de evaluación empleadas, como la BSS, BHS, CD-RISC-25, MLQ y MSPSS, son públicas o de bajo coste, y los cuestionarios específicos del programa están disponibles para su uso. Finalmente, aunque la estructura y los componentes principales se mantienen, el programa permite adaptaciones en función de las características de la población destinataria, como la edad, el idioma o el contexto geográfico, garantizando así su aplicabilidad en entornos diversos.

7. Conclusión, limitaciones y líneas futuras

Conclusiones

Se ha detectado una falta de programas psicológicos estructurados dirigidos a adultos que han tenido un intento de suicidio en el contexto de acoso laboral. La confluencia de estos dos factores, antecedente de intento suicida, reconocido como el predictor más sólido de futuros comportamientos suicidas (WHO, 2023; Favril et al., 2022), y exposición a acoso laboral prolongado, identificado como factor estresante crónico que incrementa significativamente el riesgo suicida (Magnusson

Hanson et al., 2023; Conway et al., 2022), configura un grupo de riesgo doblemente vulnerable, con necesidades clínicas específicas que las intervenciones genéricas de prevención del suicidio u obligaciones de manejo del acoso no cubren adecuadamente. El programa propuesto integra tres componentes clínicamente fundamentados:

1) Intervención en conducta suicida: Basada en modelos teóricos consolidados como el Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (O'Connor & Kirtley, 2018) y Terapia Cognitivo-Conductual para prevención del suicidio (Bryan et al., 2021; Baker, J.C. et al., 2024), con énfasis en identificación de factores de riesgo, construcción de planes de seguridad, regulación emocional y reestructuración de creencias disfuncionales que mantienen ideación suicida.

2) Intervención en trauma ocupacional: Reconociendo que acoso laboral genera síntomas de estrés postraumático y profundo deterioro del autoconcepto (especialmente en mediana edad donde identidad laboral es central), el programa incorpora validación del impacto del mobbing, educación sobre ciclos refuerzo negativo, y estrategias de desacoplamiento identidad-rol laboral para permitir reconstrucción de sí mismo más allá del contexto ocupacional.

3) Fomento de procesos de crecimiento y resiliencia: Reconociendo que supervivientes de crisis suicida pueden experimentar crecimiento postraumático (PTG), el programa no se limita a reducir síntomas sino a favorecer transformaciones positivas: clarificación de valores, reconexión con significado vital, identificación de fortalezas, y reconstrucción de un autoconcepto que integra la experiencia traumática pero no se limita a ella (Tedeschi & Calhoun, 2004).

El diseño multicomponente permite atender simultáneamente la multicausalidad de la conducta suicida: factores cognitivos (reestructuración), emocionales (regulación), comportamentales (activación conductual, prevención de evitación), relacionales (construcción redes apoyo) y existenciales (significado, valores, resiliencia). El formato grupal añade dimensión terapéutica específica: normalización (No soy el único que pasó por esto), universalidad de sufrimiento, desarrollo de competencias sociales, y posibilidad de ayuda mutua. La modalidad online es una ventaja, ya que reduce barreras geográficas y laborales particularmente relevantes para adultos con acoso laboral persistente o que se encuentran en desempleo post-crisis; facilita

privacidad percibida crucial para personas que sienten vergüenza y permite participación flexible desde espacio seguro personal.

Por último, el programa también contribuye al reconocimiento y visibilización del acoso laboral como factor de riesgo suicida en población adulta, aspecto históricamente infraestimado en investigación y práctica clínica comparado con otras formas de trauma o estrés psicosocial. En conclusión, este programa ofrece un modelo innovador, fundamentado en evidencia, diseñado para replicabilidad, y centrado en la recuperación y el crecimiento post-crisis de una población que merece atención especializada y que hasta ahora ha quedado en los intersticios de intervenciones genéricas. La intervención no pretende ser cura definitiva sino punto de inflexión: facilitar que personas en mayor riesgo accedan a herramientas, reconocimiento, conexión humana y esperanza fundamentada para continuar su reconstrucción más allá de las nueve sesiones del programa.

Limitaciones

La principal limitación del estudio tiene que ver con la ausencia de un grupo control. Al tratarse de un diseño pretest-posttest sin condición comparativa, no es posible afirmar con seguridad que los cambios observados en las variables de resultado sean consecuencia directa de la intervención. Cabe la posibilidad de que parte de la mejoría se deba simplemente al paso del tiempo, a la expectativa de recibir ayuda (lo que en investigación se conoce como efecto Hawthorne), o a cambios relevantes en la vida de los participantes durante las semanas que dura el programa. Somos conscientes de que esta limitación es especialmente delicada cuando se trabaja con personas en situación de riesgo suicida, ya que sus estados emocionales pueden fluctuar de forma considerable por razones completamente ajenas a la intervención. En futuras implementaciones, sería imprescindible incorporar al menos una lista de espera como condición de comparación para poder extraer conclusiones más sólidas sobre la eficacia real del programa.

Todos los instrumentos de evaluación utilizados en este programa son cuestionarios de autoinforme, y eso conlleva un riesgo real de que los participantes respondan condicionados por la deseabilidad social. En este contexto concreto, alguien que ha pasado semanas en un grupo terapéutico y tiene una relación con el terapeuta puede sentirse inclinado a reportar mejoría aunque su situación interna no haya

cambiado tanto. Esto es especialmente problemático cuando hablamos de ideación suicida, donde subestimar los síntomas tiene consecuencias clínicas directas. No es un problema exclusivo de este estudio (es una limitación compartida por la mayoría de investigaciones en salud mental), pero en una población de riesgo elevado adquiere una relevancia que no puede ignorarse. Para futuras versiones sería recomendable complementar los autoinformes con al menos una entrevista semiestructurada de seguimiento a mitad del programa.

Durante las nueve semanas de intervención pueden ocurrir muchas cosas en la vida de los participantes que influyan en su evolución clínica sin tener ninguna relación con el programa: que el acoso laboral se intensifique o cese, que inicien una medicación psiquiátrica, que sufran una ruptura de pareja o que comiencen una psicoterapia individual en paralelo. Ninguna de estas variables está controlada en el diseño propuesto, y eso supone un problema metodológico real. Sin un registro sistemático de estos eventos a lo largo del proceso algo que sería perfectamente viable mediante un breve diario intersesiones, similar al propuesto por Linehan (2015) en la Terapia Dialéctico-Conductual, donde los participantes registran de forma sistemática entre sesiones eventos vitales relevantes, cambios en la medicación, variaciones en la situación laboral y fluctuaciones emocionales significativas, no es posible distinguir qué parte del cambio se debe al programa y qué parte responde a factores externos. Es una limitación que conviene reconocer, pero que debe abordarse con más rigor en implementaciones futuras.

Por último, el propio formato grupal, que es una de las apuestas más importantes del programa, también genera sus propias limitaciones. Trabajar en grupo con personas que tienen antecedentes de ideación o intento de suicidio implica asumir riesgos que no existen en el formato individual. El más evidente es el riesgo de contagio emocional: que el relato de una crisis ajena reactive la propia. También puede ocurrir que algunos participantes se comparen negativamente con otros y eso aumente su sensación de fracaso, o que ciertas dinámicas grupales generen tensión en lugar de cohesión. El terapeuta actuará como regulador y se establecerán normas grupales desde la primera sesión, pero estos efectos no pueden eliminarse del todo. Son riesgos inherentes al formato y deben ser monitorizados activamente durante todo el proceso, no solo mencionados en el papel.

Líneas futuras

Las limitaciones identificadas sugieren múltiples direcciones para un futuro:

La continuación más lógica de este trabajo sería implementar el programa en condiciones reales y evaluarlo mediante un diseño experimental con asignación aleatoria. Un ensayo controlado en el que una parte de los participantes recibiera la intervención y otra quedara en lista de espera o continuara con la atención habitual permitiría responder algo que este TFM no puede responder: si el programa funciona realmente mejor que no hacer nada, o que lo que ya se está haciendo. Dentro de ese diseño, sería especialmente interesante incluir análisis de mediación para identificar qué componentes del programa son los que más influyen en los cambios observados, porque eso permitiría optimizar la intervención en futuras versiones, eliminando lo que no aporta y reforzando lo que sí.

Uno de los vacíos más evidentes del diseño propuesto es que no incluye seguimiento posterior. Sabemos lo que ocurre antes y después de las nueve semanas, pero no lo que pasa tres meses después, ni seis, ni un año. En una población con riesgo suicida esto no es un detalle menor: el objetivo no es que las personas estén mejor al terminar el programa, sino que sigan estando mejor tiempo después. Sería fundamental incorporar evaluaciones de seguimiento al menos en los tres y seis meses posteriores al cierre, lo que además permitiría estudiar qué variables predicen una recuperación sostenida y cuáles se asocian a recaídas. Esa información sería de un valor clínico enorme para ajustar el módulo de prevención de recaídas del programa.

Más allá de afinar el diseño de investigación, creemos que tiene mucho sentido explorar cómo este programa podría adaptarse a otros colectivos que comparten una vulnerabilidad similar pero tienen características propias. Adultos jóvenes en sus primeras experiencias laborales que sufren acoso, trabajadores inmigrantes en situaciones de explotación, o mujeres que han vivido acoso sexual en el trabajo son grupos que también se encuentran doblemente expuestos (al daño laboral y al riesgo para su salud mental) y para los que prácticamente no existen intervenciones específicas. Cada adaptación requeriría un trabajo serio de ajuste cultural y clínico, y su propia validación empírica, pero la estructura modular del programa lo hace razonablemente transferible.

Una de las cosas que mejoraría notablemente la calidad de la evaluación en futuras versiones es incorporar medidas que vayan más allá de lo que las personas reportan sobre sí mismas. Datos como el número de visitas a urgencias por crisis suicidas antes y después del programa, los contactos con la Línea 024 durante y tras la intervención, o los registros de derivación a salud mental especializada aportarían una imagen mucho más completa del impacto real del programa sobre la conducta suicida. Obtener estos datos requeriría coordinación con los sistemas sanitarios y el consentimiento explícito de los participantes, lo que añade complejidad, pero el valor de esa información justifica el esfuerzo.

Finalmente, si el programa demuestra ser eficaz, el siguiente paso natural es que pueda ser aplicado por otros profesionales en otros contextos sin perder su coherencia interna. Para eso sería necesario desarrollar un manual clínico completo (no solo el cronograma de sesiones, sino los protocolos de actuación ante riesgo, los criterios de supervisión, los materiales de trabajo adaptables) y publicarlo en acceso abierto. Acompañar ese manual con formación específica para terapeutas garantizaría que la intervención se implemente con fidelidad al protocolo, que es la condición mínima para que los resultados obtenidos en un contexto puedan reproducirse en otro.

8. Referencias bibliográficas

Aguilar, E. J., Hidalgo, M. D., Cano, R., López, J. C., Campañá, M., & Hernández, J. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 121–125.

Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia general. *Ansiedad y estrés*, 2(1), 1–8.
<https://psycnet.apa.org/fulltext/1999-00958-001.pdf>

Baker, J. C., Starkey, A., Ammendola, E., Bauder, C. R., Daruwala, S. E., Hiser, J., Khazem, L. R., Rademacher, K., Hay, J., Bryan, A. O., & Bryan, C. J. (2024). Telehealth brief cognitive behavioral therapy for suicide prevention: A randomized clinical trial: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 7(11), e2445913. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.45913>

Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2024). Current status and future prospects of clinical psychology: Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 25(1), 1-50. <https://doi.org/10.1177/17456916231175233>

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention:

The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>

Britton, P. C., Patrick, H., Wenzel, A., & Williams, G. C. (2011). Integrating motivational Interviewing and Self Determination Theory with cognitive Behavioral Therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 16–27. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.004>

Bryan, C. J., Peterson, A. L., & Rudd, M. D. (2021). Brief interventions for suicide prevention. In C. J. Bryan & D. M. Rudd (Eds.), *Clinical handbook for the management of suicide risk* (2nd ed., pp. 267-291). Guilford Press.

Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., Maney, E., & Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64–72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.028>

Büscher, R., Torok, M., Terhorst, Y., & Sander, L. (2020). Internet-based cognitive behavioral therapy to reduce suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(4), e203933. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3933>

Büscher, R., Toussaint, A., Berger, M., & Dum, M. (2020). Internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) for depression and anxiety disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(44), 745-751.

Cliffe, B., Moore, E., Whittle, K., & Stallard, P. (2024). Is a smartphone application (BlueIce) acceptable and safe for university students who self-harm: an open study. *BMJ Open*, 14(4), e069862. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069862>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>

Conway, P. M., Campanini, P., Sartori, S., Dotti, R., & Costa, G. (2022). Main and interactive effects of workplace bullying and supervisory justice on psychological distress in Italian healthcare workers. *Journal of Nursing Management*, 30(2), 451-461.

Conway, P. M., Erlangsen, A., Grynderup, M. B., Clausen, T., Rugulies, R., Bjorner, J. B., Burr, H., Francioli, L., Garde, A. H., Hansen, Å. M., Hanson, L. M., Kirchheiner-Rasmussen, J., Kristensen, T. S., Mikkelsen, E. G., Stenager, E., Thorsen, S. V., Villadsen, E., & Høgh, A. (2022). Workplace bullying and risk of suicide and suicide attempts: A register-based prospective cohort study of 98 330 participants in Denmark. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 48(6), 425–434. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4034>

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council Guidance. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>

El Sns, G. D. E. P. C. E. N. (n.d.). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Gob.Es. Retrieved November 5, 2025, from https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf

El Sns, G. D. E. P. C. E. N. (s/f). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Gob.es. Recuperado el 13 de enero de 2026, de

https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf

Equipo Plataforma Nacional Suicidio. (2025, diciembre 17). *El Instituto Nacional de Estadística libera los datos de mortalidad por suicidio en 2024: la tasa desciende hasta 8,1 por cada 100.000 habitantes*. Plataforma nacional Para el estudio y la prevención del suicidio.

<https://www.plataformanacionalsuicidio.es/noticias/el-instituto-nacional-de-estadistica-libera-los-datos-de-mortalidad-por-suicidio-en-2024-la-tasa-desciende-hasta-81-por-cada-100000-habitantes>

Favril, L., Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2023). Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: an umbrella review. *The Lancet. Public Health*, 8(11), e868–e877. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00207-4)

Favril, L., Wittouck, C., Audenaert, K., & Penninckx, J. (2022). Suicide attempts as a risk factor for subsequent completed suicide: A meta-analysis. *Crisis*, 43(2), 83-91.

Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy

studies. *Evidence-Based Mental Health*, 25(4), 148–155.

<https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>

Fundación ANAR - Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo. (2021, noviembre 8).

Fundación ANAR. <https://www.anar.org/>

García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Yepes, M. P., & Baca-García, E. (2014).

Traducción y validación de la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSS) en adolescentes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(2), 203–211.

Hallett, N., Rees, H., Hannah, F., Hollowood, L., & Bradbury-Jones, C. (2024).

Workplace interventions to prevent suicide: A scoping review. *PloS One*, 19(5), e0301453. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301453>

Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P.,

Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(5), CD012189. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012189>

Jiménez, A. H., & de Lourdes Rodríguez-Peralta, M. (2021). El riesgo de suicidio en

el adolescente, ¿se puede evitar con la formación integral? *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(5), 9181–9200.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.981

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276.

<https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>

King, C. A., Eisenberg, D., Zheng, K., Czyz, E., Kramer, A., Horwitz, A., & Chermack, S. (2015). Online suicide risk screening and intervention with college students: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology, 83(3), 630–636. <https://doi.org/10.1037/a0038805>

Landeta-Bur, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8(2–3), 173–182.

Leach, L. S., Too, L. S., Batterham, P. J., Kiely, K. M., Christensen, H., & Butterworth, P. (2020). Workplace bullying and suicidal ideation: Findings from an Australian longitudinal cohort study of mid-aged workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1448.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17041448>

Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality

disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry* (Chicago, Ill.), 72(5), 475–482.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>

Magnusson Hanson, L. L., Nyberg, U., Vinberg, M., & Westerlund, H. (2023).

Workplace bullying as a risk factor for mental health: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 51(1), 36-45.

Magnusson Hanson, L. L., Pentti, J., Nordentoft, M., Xu, T., Rugulies, R., Madsen, I.

E. H., Conway, P. M., Westerlund, H., Vahtera, J., Ervasti, J., Batty, G. D., &

Kivimäki, M. (2023). Association of workplace violence and bullying with later suicide risk: a multicohort study and meta-analysis of published data. *The*

Lancet. Public Health, 8(7), e494–e503. <https://doi.org/10.1016/S2468->

[2667\(23\)00096-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00096-8)

Milner, A., Spittal, M. J., Pirkis, J., & LaMontagne, A. D. (2013). Suicide by

occupation: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203(6), 409–416.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128405>

Ministerio de Sanidad (2020). *Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2020-2026*. Gobierno de España.

<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/GPCConductaSuicida.pdf>

Ministerio de Sanidad. (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Gobierno de España.

https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf

Ministerio de Sanidad. (2023). Informe de salud mental en España 2023. Gobierno de España.

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudiosPublicaciones/estadisticas/docs/InformeSaludMental2023.pdf>

Neff, K., & Germer, C. (2018). The Mindful Self-compassion workbook: A proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive. *Guilford Publications*.

Nielsen, M. B., Nielsen, G. H., Notelaers, G., & Einarsen, S. (2015). Workplace bullying and suicidal ideation: A 3-wave longitudinal Norwegian study. *American Journal of Public Health, 105*(11), e23-8.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302855>

Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-

Gutiérrez, R., García-Campayo, J., & Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability

and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-63>

Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173. <https://doi.org/10.1159/000414022>

Luo, Z., Wang, J., Zhou, Y., Mao, Q., Lang, B., & Xu, S. (2023). Workplace bullying and suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 222, 166–174.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.07.007>

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 373(1754).
<https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>

Oh, H., DeRenne, M. E., & Gonzalez-Mendez, S. (2024). Digital mental health interventions for suicide prevention: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 114(2), 148-156.

Oh, J., Ho, J., Lee, S., & Park, J.-H. (2024). Effects of digital psychotherapy on suicide: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 12.

<https://doi.org/10.3390/healthcare12141435>

Recursos per a professionals en l'atenció al risc de suïcidi. (s/f). Departament de

Salut. Recuperado el 12 de noviembre de 2025, de

<https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-salut-mental-addiccions/pla-prevencio-suicidi-catalunya-plapresc/recursos-professionals/>

Rojas, S. M., Gold, S. D., Bryan, C. J., Pruitt, L. D., Felker, B. L., & Reger, M. A.

(2022). Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (BCBT-SP) via video telehealth: A case example during the COVID-19 outbreak. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(2), 446–453.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.12.001>

Sanz, J., & Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes

Disfuncionales (DAS) de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y modificación de conducta*, 19(67), 707-750.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. En J.

Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio* (pp. 35–37). NFER-NELSON.

Stallard, P., Porter, J., & Grist, R. (2018). A smartphone app (BlueIce) for young people who self-harm: Open phase 1 pre-post trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(1), e32. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8917>

Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>

Suárez-Soto, E., Sánchez-Carro, Y., Pemau, A., García-Ramos, A., Díaz-Marsá, M., Grande, I., Sáiz, P. A., Ruiz-Veguilla, M., Palao-Tarrero, Á., Cebrià, A., Elices, M., González-Pinto, A., Ayuso, J. L., Solà, V. P., & de la Torre-Luque, A. (2025). National suicide prevention Spanish platform: Creation and components. *The European Journal of Psychiatry*, 39(3), 100314.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2025.100314>

Suicide worldwide in 2021: global health estimates. (2025, mayo 23). Who.int; World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069>

Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis: A systematic

review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(1), 77–108.

<https://doi.org/10.1177/0145445507304728>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: “posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence.” *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1007/bf02103658>

van Spijker, B. A., Werner-Seidler, A., Batterham, P. J., Mackinnon, A., Calex, A. L., Gosling, J. A., Reynolds, J., Kerkhof, A. J., Solomon, D., Shand, F., & Christensen, H. (2018). Effectiveness of a web-based self-help program for suicidal thinking in an Australian community sample: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e15. <https://doi.org/10.2196/jmir.8595>

Valero, C. Z. V. (2015). *Adaptación y validación de la Escala de Percepción de Apoyo Social de Vaux*.

Wenzel, A., & Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied & Preventive Psychology: Journal of the American*

Association of Applied and Preventive Psychology, 12(4), 189–201.

<https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>

Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD013668.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013668.pub2>

World Health Organization (2023). *World Mental Health Report: Mental Health as a Global Priority*. WHO.

Yang, J. H., Keun Park, C. H., Rhee, S. J., Kang, D. H., Lee, S. Y., Yang, C.-M., Shim, S.-H., Moon, J.-J., Cho, S.-J., Lee, H., & Ahn, Y. M. (2025). Effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy in reducing suicidality among high-risk patients with depression: A multicenter randomized controlled trial in Korea. *Journal of Psychiatric Research*, 181, 640–646.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.12.034>

Yang, J. H., Park, C. H. K., Rhee, S. J., Kang, D. H., Lee, S. Y., Yang, C.-M., Shim, S.-H., Moon, J.-J., Cho, S.-J., Lee, H., & Ahn, Y. M. (2025). Effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy in reducing suicidality among high-risk patients with depression: A multicenter randomized controlled trial in

Korea. *Journal of Psychiatric Research*, 181, 640–646.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.12.034>

Yosep, I., Hikmat, R., Mardhiyah, A., & Hernawaty, T. (2024). A scoping review of digital-based intervention for reducing risk of suicide among adults. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 3545–3556.

<https://doi.org/10.2147/JMDH.S472264>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

(N.d.). Gob.Es. Retrieved November 5, 2025, from

https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf



9. Apéndices

Página Web empleada en el programa

<https://tfmcyf2026.netlify.app/>

Fichas empleadas para la realización de las sesiones

Ficha1:

<https://drive.google.com/file/d/1orfwa2oMopFwaQLWqhFb7ZL6kYtc4uT/view?usp=drivesdk>

Ficha 2:

https://drive.google.com/file/d/12P8bgNRVbpTNicqXpDCeglsGFPzX_KSL/view?usp=drivesdk

Ficha 3:

https://drive.google.com/file/d/13oU5VcOHLybtjQheuRdtvOmHh_leH2E6/view?usp=drivesdk

Ficha 4:

<https://drive.google.com/file/d/1ABXwrqudYogcojAtuAhSUaORzHXjs1y4/view?usp=drivesdk>

Ficha 5:

https://drive.google.com/file/d/1JXlqFGs2imln_Qkzb5-4Odn5J1V9yZLV/view?usp=drivesdk

Ficha 6:

<https://drive.google.com/file/d/1kndgPIL1tRQmtBo7m3pymOUVt3j7ivyD/view?usp=drivesdk>



Ficha 7:

<https://drive.google.com/file/d/1pPKRPU8i4UvwgQQrTJdZH7F5fVPRNFB2/view?usp=drivesdk>

Ficha 8:

https://drive.google.com/file/d/1fh_m-8aDs_cXb-JQP7GuXXcxCRnLbjw_/view?usp=drivesdk

Ficha 9:

https://drive.google.com/file/d/1JZo9h8O_6tuNYygLOh5aUMf9R90rvLqS/view?usp=drivesdk

Ficha 10:

<https://drive.google.com/file/d/1e-jvNYBWlcROfjXHRq1Emzy1Vldt4cOW/view?usp=drivesdk>