



**Universidad
Europea CANARIAS**

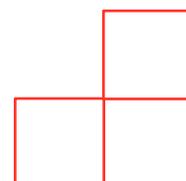
Propuesta de Intervención Psicológica de prevención de suicidio en adultos en edad de jubilación.

Trabajo fin de Máster

Autor/a: Andrea Piñero Acosta

Tutor/a: Anastasio González Báez

11 de febrero de 2024



Resumen.

Antecedentes:

El suicidio es materia de reciente interés en las entidades sanitarias, debido a sus altas tasas e incremento de incidencias en los últimos años. Concretamente, las tasas de suicidio en adultos mayores han incrementado un 8,8% en los últimos 5 años. Se ha demostrado que la desesperanza es uno de los factores de riesgo más vinculados con la conducta suicida, y que el 83,3% de las personas en edad de jubilación presentan un alto nivel de desesperanza.

Intervención:

Para ser participante de este proyecto se deberá tener más de 65 años y encontrarse en estado de jubilación. Además, se deberá cumplir los siguientes criterios de inclusión: a. elevado nivel de desesperanza y b. signos que indiquen ideación suicida. Esta intervención es de carácter preventivo y se basa en las Terapias de Tercera Generación, más concretamente, en la Terapia de Aceptación Y Compromiso, creado y promulgado por Steven Hayes y colaboradores. Se hará dos evaluaciones de medida pre-post de los criterios a y b para la selección de participantes, mediante la Escala de Desesperanza de Beck y la Escala Columbia para evaluar la seriedad de ideación suicida (C-SSRS). Esta intervención no se basa en la psicopatología de la persona, sino en su historia, valores y esperanzas, con el fin último de que los participantes creen una vida valiosa, que valga la pena vivir.

Conclusiones:

Se espera conseguir la reducción de los niveles de desesperanza de los adultos mayores, reduciéndose en consecuencia la ideación y conducta suicida de los participantes.

Palabras clave: Adultos mayores, Desesperanza, Jubilación, Suicidio

Abstract

Background:

Suicide has become a matter of recent interest in healthcare entities, due to its high rates and increasing incidences in recent years. Specifically, suicide rates among older adults have increased by 8.8% in the last 5 years. It has been demonstrated that hopelessness is one of the risk factors most closely linked to suicidal behavior, with 83.3% of retirement-age individuals exhibiting a high level of hopelessness.

Intervention:

To participate in this project, individuals must be over 65 years old and retired. Additionally, they must meet the following criteria: a) high level of hopelessness, and b) signs indicating suicidal ideation. This intervention is preventive in nature and is based on Third Generation Therapies, specifically Acceptance and Commitment Therapy, created and advocated by Steven Hayes and collaborators. Two pre-post measurement evaluations of criteria a and b will be conducted for participant selection using the Beck Hopelessness Scale and the Columbia Scale to assess the severity of suicidal ideation (C-SSRS). This intervention is not based on the individual's psychopathology, but on their history, values, and hopes, with the ultimate goal of participants creating a valuable life worth living.

Conclusions:

The aim is to reduce levels of hopelessness among older adults, consequently reducing suicidal ideation and behavior among participants.

Keywords: Hopelessness, Older adults, Retirement, Suicide

1. Introducción

El suicidio representa uno de los mayores problemas de salud pública en la actualidad. El suicidio es una de las principales causas de muerte entre adolescentes y jóvenes, la principal causa de muerte externa en numerosos países y una de las principales causas de años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP), indicador epidemiológico que refleja el fallecimiento de personas que murieron prematuramente con respecto a la esperanza de vida en general (Al-Halabi y Fonseca-Pedrero, 2021). En el año 2022 hubo un total de 4.097 muertes en España debidas a suicidio, sufriendo un incremento del 2,3% con respecto a 2021. Y un incremento del 15,8% con respecto a 2018. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) se estima que, de media, se producen un total de 11 suicidios al día.

A pesar del aumento de incidencias en nuestro país, todavía no se ha alcanzado un consenso en la definición de suicidio (Fonseca, 2021, p. 640). Existen numerosas nomenclaturas que se han utilizado en los últimos años para intentar delimitar el significado de este término. (O'Carroll et al. 1996; Silverman et al., 2007). Una de las definiciones más conocidas es aquella que nos aporta la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014: "Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil". Otra manera de entender el suicidio es el que lo considera como el acto final, resultado de ideaciones y conductas previas que realiza la persona. Por lo tanto, el suicidio no solo se refiere al acto de quitarse la vida, sino a un contiguo de conductas que incluyen aspectos cognitivos, ideación suicida, planificación y aspectos conductuales tales como autolesiones e intentos previos de suicidio (Mosquera, L., 2016).

Para entender con profundidad el suicidio, se debe abordar los motivos por los cuales se llega a cometer. Según la OMS, el 90% de las personas que se suicidan padecen de una enfermedad mental. Sin embargo, esta afirmación puede facilitar el reduccionismo de la conducta suicida y dar

lugar a que se produzca una confusión de correlación con causalidad. Sin embargo, la conducta suicida debe de entenderse y tratarse como un conjunto de factores que llevan a la persona a pensar que, quitarse la vida, es una solución a su dolor. (García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Martínez, S., & García-Pascual, R., 2020).

El suicidio se trata de un fenómeno complejo, multidimensional y multifactorial. El reduccionismo del suicidio resulta en la disolución de la esencia misma de este fenómeno. El quitarse la vida implica la participación simultánea de realidades totalmente diferentes, que se explican en el ámbito cultural-social-institucional, el psicopatológico y el biológico- corporal. El suicidio es, en resumidas cuentas, un fenómeno complejo único en la especie humana (Fonseca, 2021, p.640).

A raíz de las nuevas conceptualizaciones de suicidio y el enfoque multidimensional y complejo de esta conducta, surgen otros enfoques que acotan la intervención del suicidio desde otras perspectivas. El enfoque contextual-existencial pone el foco en la conducta suicida en sí misma, y no la trata como una consecuencia o evolución “natural” de una enfermedad mental (Al-Halabi y Fonseca-Pedrero, 2021). Este enfoque pone de manifiesto que, cualquier persona, bajo determinadas circunstancias, puede pensar en la muerte como una forma de escape de una situación vital extrema. Así lo ilustró Victor Frankl, autor de *El hombre en busca de sentido*, “En una situación anormal, una reacción anormal constituye una conducta normal” (1946). Haciendo referencia a que todas las personas podemos llegar a tomar decisiones extremas en contextos que lo requieran.

Siguiendo esta línea, existen estudios de García-Alandete (2014) y Pérez Rodríguez (2017) que determinan que el sentido de la vida es un mediador de la desesperanza y de las conductas suicidas. En relación a esto, Beck destacaba ya, en 1989, la importancia de la desesperanza como un factor de riesgo de la conducta suicida y que esta desesperanza puede ser reducida rápidamente gracias a ciertas terapias específicas (Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., & Nock, M. K., 2017). Por lo tanto, debemos de adoptar una perspectiva

distinta de la prevención del suicidio, ayudando a las personas a construir contextos de vida más saludables, antes que eliminar “síntomas mentales”. Las nuevas perspectivas que apoyan esta idea, tienen como objetivo principal la promoción del deseo de vivir, más que el impedimento de la muerte. (Al-Halabi y Fonseca-Pedrero, 2021).

Según el Instituto Nacional de Estadística o INE, el suicidio en personas mayores incrementó un 8,8% en los últimos 5 años, según los datos aportados desde 2017 hasta 2021. Aunque en España la población mayor de 65 años representa solo un 20% de la población, el 30% del total de suicidios consumados fue cometido por este grupo de edad. A nivel global, la población de edad avanzada representa el grupo de edad con mayores tasas de suicidio (Torrijo, S. L., García, A. I. C., González, R. Y., Sánchez, E. M., & Rubio, Á. M., 2022).

Como factor añadido, sus métodos son más letales y las señales de aviso son menores o menos llamativas que las de personas más jóvenes, lo que se traduce a un menor número de intentos de suicidio, pero una mayor estadística de suicidio consumado (Reyes, V. D. L. C. R., Romero, M. A., Arteaga, M. E. R., & Castillo, A. G., 2012). Esto tiene como resultado la dificultad de prevención de la conducta suicida en los más mayores.

La conducta de los adultos mayores es diferente en algunos aspectos con respecto a la población más joven. La principal diferencia es que el comportamiento suicida se puede manifestar en dos conductas antagónicas, pero que persiguen un objetivo común. La primera es la forma activa de suicidio, que tiene lugar cuando la persona busca de forma directa la muerte (ahogamientos, intoxicación, etc.). La segunda es la forma pasiva, que ocurre cuando se dejan de realizar conductas dirigidas a la propia supervivencia (dejar de alimentarse, dejar de seguir un tratamiento farmacológico o la renuncia a autocuidados básicos) (Al-Halabi y Fonseca-Pedrero, 2021). Por lo que se debe prestar atención, no solo a aquellas actitudes activas de suicidio, sino todo aquel comportamiento que pueda llegar a indicar una “dejadez” por parte de la persona mayor, ya que pueden ser una señal de alarma.

Los factores de riesgo que hacen más probable la ideación suicida, de manera genérica, son: la *desesperanza*, anteriores intentos de suicidio, diagnóstico de depresión, historia de abusos y diagnóstico de ansiedad (Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K., 2017). Aunque, concretamente, se habla de los siguientes factores de riesgo en los adultos mayores: el sentimiento de soledad, la ausencia de apoyo social, la vivencia de un mayor número de duelos de seres queridos y una mayor presencia de enfermedad o dolor crónico (Al-Halabi y Fonseca-Pedrero, 2021).

Las personas mayores de 65 años se enfrentan a varios retos que pueden significar un mayor nivel de desesperanza, la cual interactúa con el desvanecimiento del sentido de la vida: el evento principal que ocurre en estas edades es la jubilación, la cual puede llegar a suponer una pérdida del sentido del yo. El empleo es una de las mayores fuentes de autorrealización e identidad de una persona. Ya que determina en gran parte nuestra historia (qué he conseguido), nuestro presente (qué consigo cada día) y el futuro (qué quiero llegar a conseguir) (Reyes, 1999).

Juntándose estos factores, se encuentra un nicho de población en la que se hace más probable la ideación y el acto suicida. Así lo señalan los datos estadísticos, en los que se comprueba que, el riesgo de suicidio aumenta conforme mayor es la edad (Vera-Varela, C., Barbería, E., Giner, L., Xifró, A., Suelves, J. M., & Guija, J., 2019). Es por ello que este proyecto de intervención se centra en aquellas personas que se encuentran en edad de jubilación. Y que pierden el sentido de manera tan profunda que, unido a otros factores, desembocan en la idea de que quitarse la vida es una opción viable, incluso preferible, antes que continuar perdidos en su sin-sentido.

La desesperanza juega un papel importante en la conducta suicida, este factor de riesgo cuenta con la mayor cantidad de estudios y evidencia de predicción de intentos suicidas y de suicidio consumado en adultos en edad de jubilación (Inostroza C., 2016). La preocupación y la necesidad de actuar de manera preventiva con este sector de población, es que el 83,3% de ellos presenta algún

nivel de desesperanza (Luengo Martínez, C., Ocares Bravo, J., Sandoval San Martín, P., Santana Uribe, T., Vázquez Carrasco, K., & Morales Ojeda, I., 2021).

Por este motivo, este programa de intervención se basa en la idea de crear una vida valiosa para el usuario y, en consecuencia, reducir los sentimientos de desesperanza, propios en edades avanzadas. Para ello, este programa de prevención de suicidio dirigido a personas en edad de jubilación, se basa en la Terapia de Aceptación y Compromiso, también conocido como ACT.

La ACT es una terapia contextual funcional, perteneciente a la tercera generación de terapias psicológicas. Fue creada por Steven Hayes y colaboradores en los años 80 y está adquiriendo vigor y relevancia en la actualidad. Esta teoría defiende que toda conducta se desarrolla por un motivo y con un propósito, es decir, pone énfasis en la función de la conducta y no en la forma de la misma (Castells, A., 2018).

El objetivo principal de ACT es crear un repertorio flexible de conductas dirigidas a metas ligadas a los valores personales, incluso en presencia de situaciones de malestar (Luciano y Valdivia, 2006). Este objetivo es especialmente relevante para esta intervención, porque se ha demostrado que estos patrones de rigidez, la evitación experiencial y las rumiaciones, llevan a las personas mayores a una reducción del sentido de la vida (Krause, 2007) y, por tanto, un incremento de la ideación suicida y síntomas depresivos (Andrew y Duling, 2007; Cukrowicz, Ekblad, Cheavens, Rosenthal y Lynch, 2008).

2. Intervención

Participantes

Los participantes de esta intervención deberán cumplir necesariamente las condiciones de edad (mayor de 65 años) y encontrarse en estado de jubilación.

Es necesario que los asistentes estén en buenas condiciones de salud, tanto físicas, como mentales. Y que no se encuentren en un estado avanzado de ninguna enfermedad física, ni demencia.

Los participantes del proyecto deberán cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Tener al menos 65 años o más y encontrarse en estado de jubilación.
- Presentar niveles de desesperanza elevados, medidos a través de la *Escala de Desesperanza de Beck* o BHS por sus siglas en inglés. La puntuación total se puede clasificar en desesperanza normal (0-3 puntos), desesperanza mínima (4-8 puntos), desesperanza moderada (9-14 puntos) y desesperanza elevada (15-20 puntos). Los usuarios que obtengan una puntuación de 9 o más serán considerados aptos para el proyecto. (Anexo 1).
- Presentar signos que indiquen ideación suicida. Este factor se medirá a través de la *Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida* (C-SSRS) adaptada al español (Sp-CSSRS) (Anexo 2).

Además, se tendrán en cuenta los siguientes factores no excluyentes:

- Diagnóstico de depresión
- Diagnóstico de ansiedad
- Tener historia de abusos de cualquier tipo
- Manifestación de sentimientos de soledad
- Falta de apoyo social
- Presencia de enfermedad o dolor crónico
- Estar experimentando un proceso de duelo

Este programa se presenta a los ayuntamientos de la isla de Tenerife, por lo que los participantes serán propuestos por las entidades sanitarias correspondientes. Así como centros de salud de atención primaria, centros de día, asociaciones de jubilados, etc.

Desarrollo del Programa de Intervención

Contenidos y Actividades.

El programa se divide en 3 fases: la primera es la correspondiente a la evaluación y cribado de los participantes, la segunda corresponde al periodo de intervención y el tercer periodo es el de

seguimiento.

Periodo 1- evaluación.

El objetivo principal de este primer contacto con el paciente es el de evaluar si los usuarios entran dentro de los criterios de selección, así como de determinar el nivel de gravedad. Además, es en esta sesión donde se recogen los datos para el análisis posterior de la intervención.

Para ello, se realizará en primer lugar una entrevista semiestructurada (Anexo 3), con el fin de que la persona exprese la razón por la que le gustaría acceder al proyecto. En dicha entrevista se deberá de tener en cuenta los factores de riesgo y protectores de cada persona. Esta entrevista se basa en los principales factores de riesgo y protección psicológicos implicados en el suicidio y la conducta suicida. Los factores considerados para la entrevista se basan en aquellos descritos por O'Connor y Nock, en 2014. Estos factores a su vez son divididos por la naturaleza con la que están relacionados, tales como factores de personalidad, cognitivos y eventos negativos de la vida de la persona:

a. Factores relacionados con la personalidad:

- Desesperanza
- Impulsividad
- Perfeccionismo
- Neuroticismo y extroversión
- Optimismo
- Resiliencia

b. Factores relacionados con los factores cognitivos:

- Rigidez cognitiva
- Rumiación
- Supresión del pensamiento

- Sesgos en la memoria autobiográfica
 - Pertenencia y sobrecarga
 - Tolerancia al miedo al daño y a la muerte
 - Insensibilidad al dolor
 - Resolución de problemas y afrontamiento
 - Agitación
 - Asociaciones implícitas
 - Sesgos atencionales
 - Pensamiento del futuro
 - Razones para vivir
 - Derrota y atrapamiento
- c. Factores relacionados con eventos negativos de la vida:
- Adversidades de la infancia
 - Eventos traumáticos en la vida adulta
 - Enfermedades físicas
 - Otros estresores personales
 - Respuesta psicofisiológica al estrés

Además, en dicha entrevista se registrarán datos con información general (nombre, edad, género, estado civil, etc.). Así como otros datos médicos relevantes para la intervención (si padece de alguna enfermedad grave, medicamentos psiquiátricos, si ha acudido con anterioridad a terapia, etc.).

También se harán preguntas relacionadas con el motivo de consulta y preocupaciones del paciente.

Por otro lado, se evaluará la desesperanza mediante el pase de la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Anexo 1). Y para determinar el nivel de gravedad y de ideación suicida, se hará uso de la Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS) (Anexo 2).

Las puntuaciones de las anteriores escalas serán utilizadas como comparativa con los resultados que se obtengan al final del tratamiento, obtenidos a través de las mismas escalas.

Además, en esta fase se le facilitará a los participantes un documento de consentimiento informado (Anexo 4)

Periodo 2 - intervención.

Los objetivos de la intervención son:

Objetivos primarios:

1. Reducir el sentimiento de desesperanza de los participantes.
2. Reducir la ideación y conductas suicidas.

Objetivos secundarios:

1. Debilitar el soporte verbal/social que promueve y mantiene las conductas de evitación.
2. Defusionar procesos verbales-cognitivos de la experiencia directa.
3. Aprender la importancia de vivir en el presente y desarrollar herramientas que lo faciliten.
4. Crear en la persona un sentido de identidad diferenciado de los estados de ánimo.
5. Crear un sentido de dirección y significado.
6. Comprometer al paciente con sus valores.

En todas las sesiones de evaluación están presentes ambos objetivos primarios, mientras que los objetivos secundarios corresponden con los objetivos únicos de cada sesión de intervención.

Sesión 1. Contextualización y enfoque de la intervención.

El objetivo principal de esta primera sesión es la de entender por qué el paciente acude a terapia. Este primer encuentro va a ayudar a delimitar los objetivos de la terapia y las áreas que son relevantes para el paciente.

En primer lugar, se facilita al cliente que delimite áreas de su vida mediante la entrevista, en la que se guiará al cliente a dividir sus contextos (contexto familiar, hogar/residencia, amistad, autocuidado, etc.) A continuación, se hará uso de una versión adaptada de la metáfora del jardín

(Wilson y Luciano, 2002) (Anexo 5), se utiliza para orientar al paciente a reflexionar sobre las diferentes áreas de las que se compone su vida.

Con el fin de una mayor interiorización del contenido, se hará uso de una ficha (Anexo 6) que se trabajará en casa de manera individual fuera de la consulta.

Sesión 2. Desesperanza Creativa.

El objetivo de esta sesión es el de debilitar el soporte verbal/social de la evitación del cliente. Trabajar la desesperanza creativa ayuda al consultante a dejar de sentirse atrapado en patrones de pensamiento y comportamiento que le impiden avanzar y que, en muchas ocasiones, se vivencian como algo negativo por parte del paciente. Trata de que la persona comprenda que es la propia evitación del sufrimiento la que acaba provocando un mayor dolor en su vida.

Para ello, en primer lugar, y con el fin de darle continuidad a la terapia, hablaremos de manera conjunta sobre el ejercicio que se le envió para casa la sesión anterior (Anexo 6).

A través de la metáfora del jardín (Wilson y Luciano, 2002) (Anexo 5) anteriormente trabajada, reflexionaremos con el paciente sobre aquellas conductas de evitación que lleva a cabo y cómo podríamos actuar de manera más eficaz y afrontar la situación. Para ello, se le insta al paciente a que imagine que en su jardín han crecido malas hierbas. “En caso de que aparezcan malas hierbas, ¿usted qué haría?” Cuando las respuestas sean conductas de evitación (por ejemplo: consumir algún tipo de medicación o sustancia, patrones de rumiación, dormir, etc.) se le hará las siguientes preguntas: “¿Tener esas conductas ha solucionado el problema? ¿Durante cuánto tiempo sintió alivio? Tras realizar esa conducta ¿volvieron aparecer las mismas malas hierbas? ¿Hay otras formas diferentes de acabar con la plaga que está en su jardín?”

A raíz de estas respuestas, se reflexiona sobre si realmente estas acciones han hecho que las malas hierbas desaparezcan, o si por el contrario ha empeorado la situación, haciendo que otras áreas del jardín se vean afectadas.

Para introducir la idea de cambio conductual, se hará uso de la metáfora de arenas movedizas (Anexo 7). Para mejorar la comprensión e internalización de las ideas comentadas en terapias, se usará la metáfora del parabrisas de elaboración propia (Anexo 8).

Sesión 3. Defusión del lenguaje.

En esta sesión se trabaja el tercer objetivo secundario: aprender la importancia de vivir en el presente y desarrollar herramientas que lo faciliten.

“El desafío fundamental del ser humano consiste en aprender cuándo seguir lo que dice la mente y cuándo ser solo consciente de la propia mente” (Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K. G., 2012, p. 358). Se trabaja la defusión del lenguaje en ACT, debido a que esta teoría defiende la idea de que, en muchas ocasiones, se interpretan los pensamientos como reales y a veces se puede perder de vista que los pensamientos no son más que un proceso del funcionamiento humano. Nuestra mente está funcionando todo el tiempo, evalúa, compara, predice, planifica, etc. y aunque eso nos permite ser quiénes somos, a veces esta misma herramienta nos genera sufrimiento. La defusión se basa en separar los procesos verbales-cognitivos y la experiencia directa. Cuando las personas están fusionadas al lenguaje, se tiende a la evitación experiencial. Los ejercicios de ACT dirigidos a esta cuestión tienen como objetivo el separar al oyente (“ser humano”) del hablante (“mente”) (Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K. G., 2012).

En esta sesión se trabaja el ejercicio del limón (Anexo 9) y el ejercicio de los pasajeros del autobús (Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K. G., 2012, pp. 368-370) (Anexo 10).

Sesión 4. Control como problema - mindfulness.

Con esta sesión se pretende que la persona entienda la importancia de estar en el momento presente y aprenda la utilidad de la atención consciente tanto dentro, como fuera de consulta. Generar esta habilidad en el cliente es especialmente útil, para trabajar en ACT necesitamos que la persona esté en un punto concreto. Y no se hace referencia al presente como antagónico del pasado o

futuro, sino que se refiere a vivir de manera flexible el aquí y el ahora (Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K. G., 2012).

Para ello, se preguntará al paciente si recuerda algún momento de su vida en el que, por estar atareado o preocupados, han pasado algo importante por alto.

Luego, continuará la sesión y se hará uso de la metáfora “pararse a oler las rosas” (Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K. G., 2012, pp. 305-307) (Anexo 11) A través de esta metáfora, se le explicará al paciente que en sesión vamos a practicar el darnos cuenta o el parar a oler las rosas. Se le dirá que es una habilidad como otra cualquiera y que esta, con la práctica, se puede mejorar.

A continuación, se les explicará que las personas tenemos dos modos mentales, el de solución de problemas y el de modo atardecer: “El modo de solución de tareas es un modo automático, que nos permite solucionar algunas cosas rápidamente (como elegir qué ropa ponernos, o qué camino tomar para regresar a casa). Este modo es necesario y útil, pero puede convertirse en un obstáculo cuando es el único modo que usamos. A veces lo usamos tan rápidamente que ni nos damos cuenta de que lo hemos usado.

Luego, existe el modo atardecer, “¿qué hacemos cuando observamos el atardecer?” “¿o cuando vemos un cuadro?” “¿No le ha pasado alguna vez que no se ha dado cuenta del atardecer por estar en el modo de solución?”. Hay veces que nos encontramos con situaciones a las que nos es difícil hacerles frente. Esto hace que queramos librarnos de la manera más rápida de ellos, usando el modo de soluciones. Pero, a veces, querer acelerarse y resolver el problema cuanto antes, hace que tengamos más problemas y nos sintamos peor. Por lo que, a veces, necesitamos usar el modo atardecer y tomar contacto con el presente.” (Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K. G., 2012, pp. 305-307)

Por último, y con el fin de practicar el “modo atardecer”, se hará el ejercicio de la uva pasa. (Anexo 12).

Sesión 5. Yo contenido - yo contexto.

El objetivo principal de la diferenciación entre yo contenido y yo contexto es el de crear en la persona un sentido de identidad, que esté más allá de los estados de ánimo que puede estar atravesando en ese momento. Muchas veces los pacientes llegan a terapia muy fusionados con conceptos de sí mismos. Estos conceptos hacen que las personas no sean conscientes de otras descripciones del yo, y estén alejados de saber qué sienten. Además, estar tan unidos a un único concepto del yo, limita las acciones del cliente y hacen que el repertorio de conducta disminuya, no permitiendo el crecimiento y la flexibilidad del comportamiento. En cuanto al yo-contexto, las historias de aprendizaje pueden dar lugar a problemáticas actuales. Por ejemplo, si una persona desde niño ha estado acostumbrado a describir sus necesidades en función de la de los demás, cuando sea adulto es probable que la descripción del *self* se vea limitada a las interacciones y deseos de las personas de su alrededor (Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K. G., 2012).

Para trabajar la defusión del yo, se hace uso de la metáfora del tablero de ajedrez, extraída del manual de Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K. G., 2012, pp. 341-344) (Anexo 13).

El objetivo principal de trabajar este aspecto es el de crear flexibilidad en la toma de perspectiva, y entender que el yo puede describirse de formas diferentes a las habituales. Para ello, se realizará la actividad del Anexo 14.

Sesión 6. Promoción de valores.

Esta sesión de intervención se corresponde con el quinto objetivo secundario: crear un sentido de dirección y significado.

Los valores nos ayudan a crear un sentido de dirección y significado (Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K. G., 2012). Crear este sentido ayuda a disminuir los sentimientos de desesperanza y desasosiego.

Para trabajar la promoción de los valores personales, se hace uso de nuevo de la metáfora del jardín (Anexo 5), ya que facilita el trabajo porque se ha visto con anterioridad. Se hará una reflexión sobre su vida actual y qué elementos de su vida son importantes para el paciente. Para ello, se realizará una entrevista semiestructurada (Anexo 15).

A continuación, se realizará una actividad escrita en la que tenga que plasmar los valores personales (descritos con ayuda del terapeuta) (Anexo 16)

Para establecer cuánto de cercanos estamos de cumplir los valores que hemos determinado, realizaremos el ejercicio de la diana, elaborado por Tobias Lundgren y colaboradores (2011). (Anexo 17)

Se le mandará tarea para casa un registro de valores y acciones asociadas (Anexo 18). Estas acciones deberán ser operativizables, es decir, deben ser concretas y medibles. Esto se realiza con el fin de que la persona tome consciencia de sus propias acciones y ponga en marcha lo que hemos trabajado en terapia.

Sesión 7. Compromiso de acción.

En esta sesión se pretende afianzar los aprendizajes que han tenido lugar durante las últimas sesiones, así como tratar el compromiso con la acción y los valores. Se hablará de la importancia de actuar de manera proactiva. Para facilitararlo, se hará uso de la metáfora de la montaña (Anexo 19).

Es importante que en esta sesión se le haga ver al paciente lo que ha avanzado estas últimas semanas. Como se trata de la última sesión de intervención, se le preguntará qué ha aprendido y qué se lleva de la terapia. Así como atender las dudas y dificultades que puedan surgir del cliente.

Periodo 3 - seguimiento.

El periodo de seguimiento se corresponde con las sesiones 8, 9 y 10. Estas consultas tendrán lugar 1 mes, 3 meses y 6 meses después de la última sesión de intervención, respectivamente.

En dichos encuentros se le hará una entrevista semiestructurada al paciente, para conocer cómo se ha encontrado el tiempo en el que no ha habido consulta y preguntar si lo que aprendió las

últimas semanas le ha resultado útil. En esta misma entrevista se explorará el bienestar subjetivo de la persona.

Además, se volverá a implementar la Escala de Desesperanza de Beck y la Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS). Para conocer si se han cumplido los 2 objetivos principales de la intervención.

Instrumentos, Recursos Humanos y Materiales.

El espacio en el que se llevan a cabo las sesiones se sujeta a la aprobación de cada uno de los ayuntamientos a los que se presente el proyecto. Dicha entidad cederá el espacio que considere apto para la realización de la intervención.

En relación a los instrumentos, se hará uso de dos escalas de evaluación:

- a. Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Anexo 1)
- b. Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS) adaptada al español (sp-CSSRS) (Anexo 2).

Para las sesiones de intervención, se hará uso de fichas de trabajo y metáforas. El contenido de dichos materiales se encuentra en los anexos.

En cuanto a los recursos humanos, el proyecto de intervención se llevará a cabo por un/a psicólogo/a general sanitario/a.

Temporalización de las Sesiones.

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	M1	M3	M6
evaluación										
intervención										
seguimiento										

S: Semana M: Mes

La sesión de evaluación inicial tendrá lugar antes del comienzo del plan de tratamiento.

El periodo de intervención tendrá lugar una vez a la semana durante 7 semanas.

El periodo de administración de las escalas para obtener las puntuaciones post-tratamiento tendrán lugar tras la finalización del programa de intervención. 1 mes, 3 meses y 6 meses tras la última sesión de tratamiento.

Evaluación de la Intervención

Se realizará una evaluación pre y post tratamiento, con el fin de evaluar la eficacia del tratamiento y determinar si ha habido algún cambio en la sintomatología inicial. Así como determinar un cambio en el funcionamiento y los resultados del individuo, comparando las puntuaciones obtenidas antes del tratamiento con las que se realicen después de este. A partir de estas puntuaciones, se evaluará si en futuras ocasiones se deberá hacer cambios en el plan de tratamiento, o si por el contrario el tratamiento es efectivo.

En primer lugar, se medirá el nivel de desesperanza, a través de la Escala de Desesperanza de Beck o BHS por sus siglas en inglés. Se trata de un cuestionario de 20 afirmaciones, las cuales se pueden clasificar de verdaderas o falsas. Principalmente sondean las expectativas negativas del futuro próximo y a largo plazo. Cada ítem que indique desesperanza se evalúa con 1 punto. La puntuación total se puede clasificar en desesperanza normal (0-3 puntos), desesperanza mínima (4-8

puntos), desesperanza moderada (9-14 puntos) y desesperanza elevada (15-20 puntos). Los items que conforman esta escala pueden ser encontrados en el Anexo 1.

En segundo lugar, se evaluará la ideación suicida a través de la Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS) adaptada al español (Sp-CSSRS). Se trata de una entrevista semiestructurada, que recoge la aparición, frecuencia y gravedad de pensamientos relacionados con el suicidio. Los items de esta escala se encuentran en el Anexo 2 de este documento.

Dichas escalas se administran en la primera sesión con el paciente, para la evaluación pre-tratamiento. Para obtener los resultados del post-tratamiento, se administran las mismas escalas 1 mes, 3 meses y 6 meses después de la finalización del tratamiento. Con el fin de observar la eficacia a corto, medio y largo plazo. Y determinar si los resultados se mantienen a lo largo del tiempo.

Estas escalas son administradas por el/la psicólogo/a responsable del tratamiento del paciente.

3. Conclusiones

La necesidad de investigar y crear programas de intervención de suicidio para adultos mayores se hace cada vez más evidente con el crecimiento de los suicidios consumados en mayores de 65 años.

La intervención tradicional sobre el suicidio se centra casi de manera exclusiva en la clínica psicopatológica, a pesar de que haya numerosos estudios que demuestren que no son únicamente estos factores los que llevan a las personas a cometer suicidio. Es por estas razones por las que se propone una intervención dirigida a una de las poblaciones olvidadas en este tema, en la que no se hace foco en la psicopatología de la persona, sino a su historia, valores y esperanzas.

Con este programa se espera que disminuyan los niveles de desesperanza, medida a través de la Escala de Desesperanza de Beck. Así como las puntuaciones obtenidas de ideación suicida,

evaluada mediante la Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS) adaptada al español (Sp-CSSRS).

Una de las principales fortalezas de este programa de intervención, es el de haber puesto el foco en una población con altas tasas de suicidio, pero cuya relevancia ha sido olvidada. Se pretende facilitar la oportunidad de comenzar a crear programas de intervención dirigidos a este grupo de población. Otras de las fortalezas de la intervención es la de centrar la atención en los valores y el sentido de la vida de la persona, y no en sus defectos o dificultades. Creando el espacio y la oportunidad para que las personas creen una vida que valga la pena vivir.

Por el lado contrario, una debilidad del programa es que no muchas personas de esta generación están familiarizadas con el trabajo psicológico, y en muchas ocasiones encontramos que las personas más mayores no están habituadas a hablar de sus emociones, miedos y preocupaciones. Por lo que este factor puede resultar en una dificultad para llevar a cabo el programa. En el caso de que ocurriera, se podría adaptar la temporalidad de las sesiones, con el fin de que hubiera más tiempo para que el terapeuta y el paciente pudieran conocerse en mayor profundidad y así promover la relación terapéutica.

4. Referencias

- Alamo, C., Baader, T., Antúnez, Z., Bagladi, V., & Bejer, T. (2019). *Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(2), 167-175.
- Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2023). *Manual de psicología de la conducta suicida*. *Psicothema*, 35(3), 321-324.
- Bazley, R., & Pakenham, K. (2019). *Suicide prevention training for Christian faith-based organizations using acceptance and commitment therapy: a pilot controlled trial of the HOLLY program*. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 6-14.
- Benavides-Mora, V. K., Villota-Melo, N. G., & Villalobos-Galvis, F. H. (2019). *Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 181-195.
- Calderón-Cholbi, A., Mateu-Mollá, J., & Lacomba-Trejo, L. (2021). *Factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores: una revisión sistemática*. *Información Psicológica*, (121), 85-105.
- Campillo Serrano, Carlos, & Fajardo Dolci, Germán. (2021). *Prevención del suicidio y la conducta suicida*. *Gaceta médica de México*, 157(5), 564-569. Epub 13 de diciembre de 2021. <https://doi.org/10.24875/gmm.21000205>
- Fonseca, E. (2021). *Manual de Tratamientos Psicológicos*. Adultos. Pirámide.
- Frankl, V. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). *Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years*

- of research. *Psychological bulletin*, 143(2), 187.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., Aranguren, P., Martínez-Sallent, M., Blanco, E., Barrio-Martínez, S., & Sánchez Pérez, M. T. (2023). *Una meditación existencial-contextual sobre el suicidio*. *Revista de Psicoterapia*, 34(124).
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Martínez, S., & García-Pascual, R. (2020). *Suicidio y trastorno mental: Una crítica necesaria*. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 35-42.
- González González, M., García-Haro, J., & García-Pascual, H. (2019). *Evaluación contextual-fenomenológica de las conductas suicidas*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 15-31.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change*. The Guilford Press, A Division of Guilford Publications, Inc.
- Inostroza C.(2016). *Procesos psicológicos de riesgo de intento suicida en usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado de la provincia de Concepción* [Tesis no publicada]. Concepción (Chile): Universidad de Concepción.
- López Capilla, J. (2022). *Revisión bibliográfica de la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en individuos con ideación suicida*.
- Luengo Martínez, C., Ocares Bravo, J., Sandoval San Martín, P., Santana Uribe, T., Vásquez Carrasco, K., & Morales Ojeda, I. (2021). *Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile*. *Gerokomos*, 32(4), 216-220.
- Marco, J. H., García Alandete, J., Pérez, S., & Botella, C. (2014). *El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad*.

- de Oca Valdez, L. A. M., & Medina, D. A. R. (2019). *Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores*. *Psicología y Salud*, 29(2), 187-194.
- Portocarrero, C. I. C., Cely, J., Nemeguen, R., & Sanabria, W. (2008). *Características del proceso de duelo por pérdida de actividad laboral que se presenta en población en proceso de pre-jubilación del DANE*. *Umbral Científico*, (12), 101-116.
- Reyes, V. D. L. C. R., Romero, M. A., Arteaga, M. E. R., & Castillo, A. G. (2012). *Suicidio en el adulto mayor*. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(S5), 699-708.
- Sánchez, L. J. R., Cangas, A. J., & Rubio, A. B. (2014). *Intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva*. *International journal of psychology and psychological therapy*, 14(1), 445-458.
- Tomicic, A., Immel, N., & Martínez, C. (2021). *Experiencias de ayuda psicológica y psicoterapéutica de jóvenes LGBT sobrevivientes a procesos de suicidio*. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 55(1).
- Torrijo, S. L., García, A. I. C., González, R. Y., Sánchez, E. M., & Rubio, Á. M. (2022). *El suicidio en personas mayores*. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(2), 12.
- Vera-Varela, C., Barbería, E., Giner, L., Xifró, A., Suelves, J. M., & Guija, J. (2019). *Aportaciones de la medicina forense en la mejora del conocimiento del suicidio*. *Revista Española de Medicina Legal*, 45(2), 67-72.

5. Anexos

Anexo 1. Escala de Desesperanza de Beck.

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

Anexo 2. Escala Columbia para evaluar la seriedad de la Conducta Suicida (C-SSRS).

IS. IDEACIÓN SUICIDA

Las siguientes cinco preguntas van de menor a mayor severidad. Preguntar gradualmente hasta identificar la de mayor severidad.		Último mes	Antes
IS1	1. Deseo de estar muerto/a Pensamientos no activos sobre el deseo de estar muerto/a o de no seguir viviendo. ¿Alguna vez ha deseado estar muerto/a o dormirse y no volver a despertar? Notas:	Sí NO IS2 IS1 CS1	Sí NO Sí NO
IS2	2. Pensamientos activos de suicidio no específicos Pensamientos generales no específicos de suicidarse, sin contemplar todavía la forma de hacerlo ni el método a emplear. ¿Alguna vez ha tenido realmente pensamientos de quitarse la vida? Notas:	Sí NO IS3 IS1 IS2	Sí NO Sí NO
IS3	3. Ideas activas de suicidio con cualquier método, sin intención de actuar, sin plan específico La persona manifiesta ideas de suicidio y ha pensado como mínimo en un método para hacerlo. Todavía no tiene intención de llevar a cabo el suicidio, ni existe un plan específico. ¿Ha estado pensando en cómo podría hacerlo? Notas:	Sí NO IS4 IS1 IS3	Sí NO Sí NO
IS4	4. Ideas activas de suicidio con cualquier método con alguna intención de actuar, sin plan específico La persona indica que si ha tenido alguna intención de llevar a cabo el suicidio, pero todavía no tiene un plan ni método específico. ¿... y en este último tiempo, ha tenido alguna intención de llevarlo a cabo? Notas:	Sí NO IS5 IS1 IS4	Sí NO Sí NO
IS5	5. Ideas activas de suicidio con intención de actuar y con plan específico Existe método y un plan, total o parcialmente elaborado para llevar a cabo el suicidio. ¿Ha empezado a preparar o ha preparado los detalles de cómo quitarse la vida? ¿Tiene intención de llevar a cabo este plan? Notas:	Sí NO IS5 IS1	Sí NO Sí NO

La existencia de ideas de suicidio anteriores al último mes informa de la persistencia de la ideación que debe considerarse en la intervención clínica.

IIS. INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA

Idea más grave:		Rodee con un círculo la opción más se ajusta
IIS1	Frecuencia ¿En el último mes, con qué frecuencia ha tenido estos pensamientos? Notas:	1 Menos de una vez a la semana 2 Una vez a la semana 3 2-5 veces a la semana 4 Diariamente o casi diariamente 5 Muchas veces al día
IIS2	Duración: ¿Cuándo tiene esos pensamientos, cuánto tiempo duran? Notas:	1 Momentáneamente, unos segundos o minutos 2 Menos de 1 hora/algun rato 3 1-4 horas/mucho tiempo 4 4-8 horas/ la mayor parte del día 5 Más de 8 horas/persistentes o continuos
IIS3	Capacidad de controlarlos: ¿Si se lo propone, puede dejar de pensar en ellos? Notas:	1 Puede hacerlo fácilmente 2 Puede hacerlo con bastante facilidad 3 Puede hacerlo con alguna dificultad 4 Puede hacerlo, pero con mucha dificultad 5 Es incapaz de controlar los pensamientos 0 No intenta controlar estos pensamientos
IIS4	Razones disuasorias ¿Existe alguna cosa - alguien o algo que le haga abandonar la idea de quitarse la vida o de llevar a cabo la idea? Notas:	1 Hay alguna razón por la que decide no hacerlo 2 Hay alguna razón por la que quizás no lo haga 3 Duda de que exista alguna para no hacerlo 4 Seguramente no existe ninguna razón 5 No existe ninguna razón para no hacerlo 0 Sin valorar
IIS5	Razones para las ideas suicidas ¿Qué tipo de razones tiene o ha tenido para querer morir o pensar en matarse? ¿Ha sido para dejar de sentir dolor o dejar de sentirse como se sentía (en otras palabras, vivir así le causa un dolor que no puede seguir soportando) o ha sido para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de los demás? ¿O ambas cosas? Notas:	1 Lo hago para ver si se dan cuenta que las cosas no pueden seguir así. 2 Quiero que todos se den cuenta, de una vez por todas, que las cosas no pueden seguir así. 3 Son varias razones que hacen que, en general, no quiera seguir viviendo. 4 Son varias las razones, pero sobre todo, para no seguir soportando este dolor 5 No poder soportar ya más seguir viviendo con este dolor 0 Sin evaluar

Si los pensamientos tienen alta frecuencia y duración, poca capacidad de control y los elementos disuasorios tienen poco peso, podemos formar un criterio clínico sobre la severidad de la ideación, sobre todo cuando las razones tienen base en el dolor o el sufrimiento.

CS. CONDUCTA SUICIDA

(Marque todas las opciones que se apliquen, siempre que sean episodios diferenciados; deberá preguntarse sobre todos los tipos)		Últimos 3 meses	Antes
CS1	Intento de suicidio: Una acción potencialmente dañina cometida al menos con cierto deseo de morir como resultado de la misma. La intención no tiene que ser del 100%. Si hay alguna intención/deseo de morir asociado a la acción, entonces puede considerarse como un intento real de suicidio. No tiene que haber lesión o daño, simplemente el potencial de lesionarse o dañarse. ¿Ha cometido alguna tentativa de suicidio? ¿Ha hecho algo para autolesionarse? ¿Ha hecho algo peligroso con lo que podría haber muerto? Con la información obtenida, completar con las siguientes preguntas: ¿Quería morir (aunque fuera un poco) cuando...? ¿Intentaba acabar con su vida cuando...? ¿Pensaba que era posible morir cuando...? Notas:	Sí NO Sí NO	Sí NO Sí NO
CS2	Intento de suicidio interrumpido: CS2A. Por otros: Cuando la persona se ve interrumpida (por una circunstancia externa) al iniciar la acción potencialmente dañina (y de no ser por ello se habría producido realmente la tentativa). ¿Alguna vez ha empezado a hacer algo para acabar con su vida pero alguien o algo le ha detenido antes de que pudiera hacerlo realmente? Notas: CS2B. Por uno mismo: Cuando la persona empieza a dar pasos para intentar suicidarse, pero se detiene antes de adoptar realmente una conducta autodestructiva. ¿Alguna vez ha empezado a hacer algo para intentar acabar con su vida pero se detuvo antes de que pudiera hacerlo realmente? Notas:	Sí NO Sí NO	Sí NO Sí NO
CS3	Otros comportamientos suicidas preparatorios: Acciones o preparación para una tentativa de suicidio de forma inminente. ¿Ha dado algún paso para intentar suicidarse o para prepararse para quitarse la vida? Notas:	Sí NO Sí NO	Sí NO Sí NO
CNS	CUANDO... lo hizo por otras razones, sin NINGUNA intención de matarse (como para liberar tensión, sentirse mejor, obtener comprensión o para que pasara algo distinto)? (Conducta autoinflingida no suicida) Notas:	Sí NO Sí NO	Sí NO Sí NO

1. La existencia de intento de suicidio actual (real o interrumpido) así como de comportamientos preparatorios, requiere un seguimiento e intervención clínica.
2. La existencia de intentos anteriores constituye un factor de riesgo que requiere un seguimiento e intervención clínica

Factores de riesgo		Últimos 3 meses	Antes	
Enfermedad mental	Depresión, trastorno bipolar,	Sí No	Sí No	
	Alucinaciones sobre mandatos para autolesionarse (psicosis)	Sí No	Sí No	
	Abuso o dependencia de sustancias (alcohol, drogas)	Sí No	Sí No	
	Agitación, ansiedad o pánico	Sí No	Sí No	
	Agresividad hacia los demás	Sí No	Sí No	
	Insatisfacción con el tratamiento	Sí No	Sí No	
	Incumplimiento del tratamiento	Sí No	Sí No	
	Sin tratamiento	Sí No	Sí No	
	Otros:	Sí No	Sí No	
	Intentos anteriores	Intento de suicidio	Sí No	Sí No
	Intento de suicidio interrumpido por otros	Sí No	Sí No	
	Intento de suicidio interrumpido por uno mismo	Sí No	Sí No	
Enfermedad con dolor	Dolor crónico u otros problemas médicos (sida, cáncer, etc.)	Sí No	Sí No	
	Crisis vital	Una pérdida importante reciente - muerte, divorcio, empleo...	Sí No	Sí No
Factores protectores	Encarcelación, sin techo (pérdida de libertad, vivienda)	Sí No	Sí No	
	Impotencia y desesperanza	Sí No	Sí No	
	Sensación de carga	Sí No	Sí No	
	Desprecio de sí mismo, sentimientos de culpabilidad, vergüenza, baja autoestima	Sí No	Sí No	
	Falta de sentido de la vida	Sí No	Sí No	
	Historia familiar de suicidio	Sí No	Sí No	
	Otros:	Sí No	Sí No	
	Aislamiento social	Sentimientos de soledad, aislamiento	Sí No	Sí No
		Rechazo a los planes de ayuda	Sí No	Sí No
	Otros:	Sí No	Sí No	

Factores protectores		Actualmente
Factores protectores	Identifica razones para vivir	Sí No
	Responsabilidad con la familia u otras personas	Sí No
	Red de apoyo social o de la familia	Sí No
	Miedo a la muerte o al dolor	Sí No
	Crecencias sobre el suicidio de tipo espiritual	Sí No
Otros:	Sí No	

Anexo 3. Entrevista semiestructurada. (Elaboración propia).

1. Información General:

- Nombre:
- Edad:
- Género:
- Estado civil:
- Nivel educativo:

2. Motivos de Consulta:

- ¿Qué te ha llevado a buscar ayuda psicológica en este momento?
- ¿Qué preocupaciones o dificultades estás experimentando actualmente en tu vida?

3. Antecedentes Médicos y Psicológicos:

- ¿Has tenido alguna enfermedad física o mental en el pasado?
- ¿Has recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico anteriormente? De ser así, ¿cuál fue el motivo?

4. Factores de Riesgo Relacionados con el Suicidio:

- ¿Has experimentado sentimientos de desesperanza o falta de esperanza en tu vida últimamente?
- ¿Qué situaciones o pensamientos te llevan a sentirte desesperado/a?
- ¿Cómo manejas los desafíos o adversidades en tu vida?
- ¿Cómo te sientes con respecto a tus relaciones personales y sociales?
- ¿Experimentas una sensación de sobrecarga emocional o responsabilidad?
- ¿Has experimentado dificultades para expresar o procesar emociones, incluido el dolor emocional?
- ¿Experimentas dificultades para calmarte o controlar tus emociones en momentos de estrés?
- ¿Alguna vez has experimentado sentimientos de derrota o atrapamiento?
- ¿Has vivido experiencias traumáticas o adversidades significativas en tu infancia o vida adulta?

- ¿Cómo crees que estas experiencias han afectado tu bienestar emocional actual

Anexo 4. Documento de consentimiento informado (Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D^a _____ con DNI/Pasaporte n^o, _____, con domicilio en _____, actuando en:

___ Mi propio nombre,

___ como padre/madre o tutor/a del/la menor _____

MANIFIESTO QUE:

1. He recibido del/la Psicólogo/a _____ toda la información necesaria, de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso que se deriva de la demanda que al mismo he formulado, una vez efectuada la inicial valoración profesional que al mismo/a corresponde, aplicándose al efecto la obligación de confidencialidad y el resto de los preceptos que rigen en el Código Deontológico y normas de deontología profesional de la Psicología. Así mismo reconozco expresamente que el psicólogo/a me ha informado de la necesidad de informar al otro/a padre/madre respecto de la intervención solicitada para lo cual el/la solicitante se compromete a comunicárselo, eximiendo al psicólogo de realizar tal comunicación, por expresado motivo.

2. Que, una vez valorada la necesidad del tratamiento o intervención precisa, de la que he recibido información en los términos antes indicados, **ACUERDO Y COMPROMETO** con el Psicólogo/a que suscribe este documento, que será solo él/ella quien se encargará de prestarlo, conforme a indicada información.

3. Así mismo quedo informado de que el presente consentimiento **PODRÁ SER REVOCADO**

LIBREMENTE, en cualquier momento, tanto por el paciente como por el profesional, de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable.

4. Igualmente, he sido informado/a de:

- Que en cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 diciembre de PDGDD, los datos personales que facilita, se recogerán en el fichero de pacientes cuyo responsable es _____ . Los datos se recogerán con la única finalidad de elaborar los documentos derivados de esta intervención profesional, su facturación, seguimiento posterior y las funciones propias de la actividad profesional que los justifica.

- Que en cualquier momento el titular de los datos personales podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, portabilidad y limitación del tratamiento, dirigiéndose por escrito al profesional de la psicología antes indicado, en la dirección de correo electrónico o dirección postal _____ .

- Que el responsable del fichero, ha adoptado las medidas de seguridad que están a su alcance para proteger la inviolabilidad de sus datos personales en sus instalaciones, sistemas y ficheros. Asimismo, el responsable del fichero garantiza la confidencialidad de los datos personales; éstos sólo podrán ser revelados a las autoridades públicas competentes en caso que le sean requeridos de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

Tomando ello en consideración, por el presente documento, expresamente AUTORIZO y COMPROMETO, con el/la Psicólogo/a D./D^a _____ para realizar la citada intervención profesional, y OTORGO mi expreso CONSENTIMIENTO para que realice las indicadas intervenciones, y para que los datos sean incorporados a los ficheros antes mencionados para su tratamiento conforme a los fines especificados. Doy mi consentimiento expreso para recibir información comercial por vía electrónica SI [] NO []

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: D./D^a _____ Fdo.: D./D^a _____

Psicólogo/a Col. n^o - _____

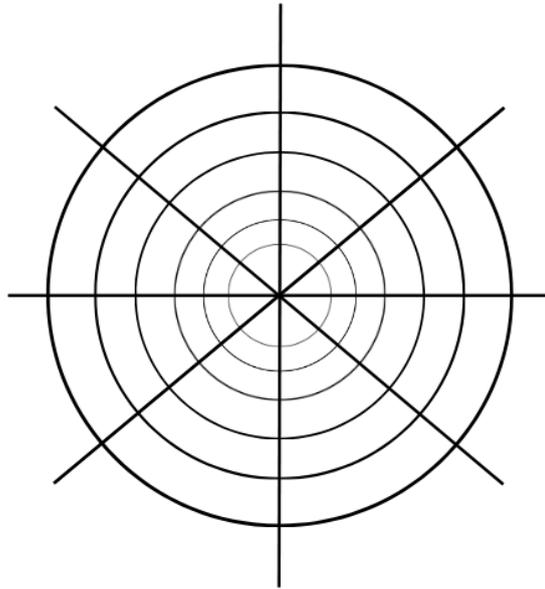
Anexo 5. Metáfora del jardín. (Wilson y Luciano, 2002)

La *metáfora del jardín* (Wilson y Luciano, 2002) se utiliza para orientar al paciente a reflexionar sobre las diferentes áreas de las que se compone su vida. “Imagina que tu vida es un jardín. Hay muchos diferentes tipos de flores y plantas. Cada sección de tu jardín deberá tener un cuidado distinto en función de lo que necesite.” A partir de esta metáfora se le reflexiona con el paciente si cree que el jardinero está cuidando bien de esas plantas, si podría decir cuándo las cuidó la última vez, si estaba satisfecho con el cuidado de dichas plantas, etc. En el caso de que exprese que hay áreas en las que las plantas no están bien cuidadas, se le plantearía la cuestión de qué haría para cuidarlas mejor si no hubiera ningún obstáculo que lo impidiera.

Anexo 6. Ficha de actividad para la sesión 1 (Elaboración propia).

Instrucciones: “Imagina que eres un jardinero cuidando de sus plantas y flores. Cada área de su vida representa un área del jardín. ¿Cómo creen que están las plantas en cada sección? ¿Hay algún área que esté más verde? ¿Hay algún área que tal vez esté menos cuidada?”

Para hacer la tarea, escribe en cada sección del quesito un área de tu vida, por ejemplo: ejercicio, estudios, trabajo, familia, amigos, etc. Luego, colorea, dibuja o indica en qué grado crees que ocupa ese área en tu vida”



Anexo 7. Metáfora de las arenas movedizas (Hayes, S.C., 2012).

" ¿Conoces las arenas movedizas? Seguramente las has podido ver en alguna película o serie. Cuando una persona pisa las arenas movedizas, ¿qué le ocurre?. Esta persona se hunde, ¿verdad? Por lo general, las personas luchan contra la arena, se remueven y eso hace que se hundan cada vez más en ellas. Curiosamente, para salir de una arena movediza hay que intentar moverse lo menos posible. Quizás lo que te pasa es parecido a esto. Cuando nos viene un pensamiento negativo a la cabeza o intentamos evitar una situación que nos hace daño, nos estamos revolviendo en la arena movediza y nos hundimos cada vez más en esos pensamientos. Tal vez no suele lógico, pero a lo mejor, la mejor forma para salir de esos pensamientos no sea luchar contra ellos, sino entra en contacto total con lo que has estado intentando evitar."

Anexo 8. Metáfora del parabrisas, adaptada de Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K. G., 2012).

"Imagina que la vida es como montar en coche. Cuando empieza a llover, es necesario activar el parabrisas, tenemos que poner una solución para ver por dónde vamos conduciendo ¿verdad? Ahora imagina que el día está muy soleado, ¿usaría el parabrisas?. A veces las soluciones no son

incorrectas, sino que las usamos en momentos que no hacen falta. La evitación (fumar, beber alcohol, jugar a las recreativas, apostar...) o la sobre preocupación son como activar el parabrisas cuando el sol está en su esplendor. “

Anexo 9. [Ejercicio del limón].(s.f.)

Haremos que el cliente nos describa un limón, qué sensaciones tiene cuando piensa en él, palabras asociadas, qué sabor tiene... A continuación le diremos que con esas descripciones casi hemos podido sentirlo y saborearlo. Una vez que haya descrito completamente el limón, le pediremos al cliente que repita la palabra limón durante 30 segundos, tras este tiempo, le preguntaremos si las sensaciones que tuvimos antes sobre el limón siguen ahí.

Anexo 10. Ejercicio de los pasajeros del autobús. (Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K. G., 2012).

“Imagina que eres el conductor del autobús y que a éste se suben unos pasajeros que son muy desagradables. Llevan navajas y cuchillos con los que te amenazan para que tú tomes el rumbo que ellos quieren. Tú aceptas que estos pasajeros te digan lo que tienes que hacer, con tal de que se sienten detrás y no los veas más. En un desvío, realmente tú quieres girar a la derecha, pero ellos te obligan a girar a la izquierda, y tú aceptas con tal de no verlos y tenerlos atrás del autobús, porque tienes miedo de que te hagan daño. Hasta que un día te das cuenta que realmente eres tú quien lleva el volante, y que eres capaz de tomar la dirección que tú quieres tomar. Por querer tener el control sobre los pasajeros, has perdido el control del autobús. Con los pensamientos pasa lo mismo, te dirigen y te dicen que huyas de las situaciones porque te dan miedo. Tal vez, lo que más te va a ayudar es coger el volante y tomar tus propias direcciones”.

Anexo 11. Metáfora de parar a oler las rosas. Elaboración propia, adaptado de S.C. Hayes.

“Parece que nunca hay un momento perfecto en el que pararse a oler las rosas, siempre vamos

ajetreados y con prisas, y nos decimos a nosotros mismos que habrá otro momento en el que podamos pararnos a olerlas, pero ese momento nunca llega, porque siempre creemos que tenemos otra cosa más importante que hacer”. Si esperamos a que la vida nos brinde un momento para pararnos, vamos a sentirnos completa y absolutamente decepcionados.

Anexo 12. [Ejercicio de la uva pasa].(s.f.)

“El aspecto positivo es que el modo atardecer puede ensayarse y entrenarse. Trabajar este modo mental es como ir al gimnasio y trabajar un músculo, cuanto más lo ensayemos, más fácil será utilizarlo. Te voy a enseñar un ejercicio con el que podrás practicar el modo atardecer”

El ejercicio trata de darle una uva pasa al paciente, previamente preguntándole si es alérgico. Le pediremos al clientes que sea consciente de todos los sentidos cuando sostenga la pasa: le pediremos que nos describa el olor, la textura, el aspecto y su sabor.

“El modo atardecer se puede trabajar de dos formas, la primera es lo que hemos hecho ahora, concentrándonos en lo que estamos haciendo, y la segunda es siendo conscientes de que la mente se distrae.

Anexo 13. Metáfora del tablero de ajedrez (Hayes, S.C., 2012)

Imagina un tablero de ajedrez que se extiende de manera infinita. Las piezas que las forman están agrupadas en pensamientos y emociones desagradables y en pensamientos y emociones agradables. Parece que de lo que se trata el juego es de elegir en qué bando estamos y luchar contra el otro equipo y ganar. El problema es que cuando optamos por tomar esa actitud, parece que estamos en constante guerra con nosotros mismos, y este hecho hace que interpretemos que algo malo está pasando en nosotros mismos. Te das cuenta de que, a más que luchas contra las otras piezas, más grandes se vuelven y más importancia tienen en tu vida. Esos pensamientos se vuelven más dominantes y son cada vez más habituales. Al final te sientes obligado a seguir luchando, aunque te

des cuenta de que de esa forma nunca vas a ganar. Y terminas viviendo en una guerra, aunque la guerra no sea vida. ¿Qué crees que eres en este juego? No eres el jugador, tal vez eres el tablero de ajedrez que contiene esas piezas. Si tú no existieras, las piezas tampoco lo harían, te necesitan para existir. Por lo tanto, no son ellas las que te contienen a ti, sino que eres tú quien las contiene a ellas. Date cuenta de que si tú fueras alguna de las piezas, de ganar la batalla dependería tu vida. Pero si eres el tablero, en realidad no importa la batalla que se esté librando entre las piezas. Eres capaz de simplemente observar los movimientos de las piezas, sin intervenir, simplemente puedes ver cómo las piezas simplemente se mueven.

Anexo 14. [Yo-sabio].(s.f.)

Se le va a pedir al cliente que se escriba a sí mismo desde un yo más sabio, una persona que es capaz de aconsejarle y que sea capaz de encontrar soluciones más saludables a los problemas que tiene ahora.

Anexo 15. Entrevista semiestructurada; conexión con los valores. Elaboración propia.

Se le explicará al paciente que las áreas importantes de su vida que ha escrito en el jardín, se pueden traducir a valores y, por tanto, a direcciones valiosas para su vida. Luego, se realizarán las siguientes preguntas con el fin de que reflexione acerca de sus acciones y la importancia que le está dando.

Del 1-10 cuánta atención crees que le estás prestando a cada una de las áreas.

¿Crees que la atención debería ser distinta?

¿Qué podemos hacer para cambiar eso?

¿Qué dificultades puedo encontrar?

Si ocurren estas dificultades, ¿qué herramientas tengo para hacerles frente?

Anexo 16. Tabla ejemplo para realización de ejercicio de conciencia de valores personales. (Elaboración propia).

Los valores se basan en las áreas del jardín que ha elegido el paciente. Le explicaremos que los valores son independientes de los sentimientos que tengamos en cada momento, y que los valores nos sirven como guía para nuestro comportamiento. Para ayuda al paciente a establecer las acciones que pertenecen a cada valor, podríamos preguntarles cómo querrían que fueran recordados en cada área. Por ejemplo, “¿cómo te gustaría que te recuerde tu familia?” “¿Qué acciones tuviste que llevar a cabo para que te recuerden de esa forma?”

VALORES	¿QUÉ ACCIONES PUEDO LLEVAR A CABO?
Familia.	- Preguntar a mi hijo cómo le ha ido el día y ayudarle con la tarea.
Cuidado personal.	- Entrenar al menos 3 veces a la semana durante 30 minutos.
Amistad.	- Llamar a un amigo por teléfono al menos 1 vez a la semana.
Aficiones.	- Ir a hacer un sendero al menos 1 vez por semana.
Salud.	- Tomar los medicamentos que me han enviado en el médico.

Anexo 17. Ejercicio de la diana . Elaborado por Tobias Lundgren y colaboradores (2021).

Se dibuja en un papel una diana. Se le preguntará al cliente si alguna vez ha visto una diana y le preguntaremos si alguna vez ha jugado con una. Se le recordará que cuando das en el centro de la diana tienes muchos puntos, y cuanto más te alejes del círculo más pequeño, menos puntos ganarás.

Se le pedirá al cliente cómo de lejos se encuentra éste de cumplir con las acciones relacionadas con sus valores, en cada área que el paciente haya elegido.

Anexo 18. Registro de acciones asociadas a valores. (Elaboración propia).

FECHA	VALOR	ACCIÓN

Anexo 19.[Metáfora de la montaña] (s.f.)

“Supón que estás empezando un viaje hacia una bonita montaña que estás viendo claramente desde la distancia. Al poco tiempo de empezar la marcha andas derecho a un lodazal que se extiende tan lejos como te alcanza la vista en todas direcciones. Te dices a ti mismo: No voy a hacer lo que iba a hacer si tengo que ir a través del barro. Todo es maloliente y fangoso y me humedece los zapatos. Me cuesta sacar los pies fuera del fango. Estoy mojado y cansado. ¿Por qué nadie me habló de este lodazal? Cuando esto ocurre uno puede elegir: abandonar el viaje o entrar en el lodo. La terapia es como eso. La vida es como eso. Vamos hacia el barro, no porque queramos ponernos perdidos, sino porque hay barro entre nosotros y el lugar hacia el que nos dirigimos.”