



Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES TRANSGÉNERO.

Presentado por: D./D^a CARLOTA GARCÍA MÉNDEZ.

Tutor/a académico/a: Dr./Dra. D./D^a HELENA GARRIDO
HERNANSAIZ.

Alcalá de Henares, MARZO de 2023.

Índice.

Resumen/Abstract.....	4
1. Introducción.....	5
1.1. Marco teórico.....	5
1.1.1. Sexo, género, identidad y expresión de género, colectivo LGBTIQ+... 5	
1.1.2. Prevalencia de la población transgénero.....	5
1.1.3. Cambios biológicos y psicológicos ligados al proceso de transición....	6
1.1.4. Complicaciones y problemas del proceso de transición.....	7
1.1.5. Suicidio: conceptos básicos.....	8
1.1.6. Epidemiología (población en general, adolescente y adolescente transgénero).....	9
1.1.7. Factores de riesgo frente al suicidio.....	10
1.1.8. Factores de protección frente al suicidio.....	11
1.1.9. Programas de intervención previos	11
1.2. Objetivos e hipótesis	19
2. Metodología e investigación.....	20
2.1. Materiales e instrumentos.....	20
2.2. Procedimiento.....	21
3. Propuesta de intervención.....	24
3.1. Presentación de la propuesta.....	24
3.2. Objetivos.	24
3.3. Metodología.....	25
3.3.1. Recursos generales.....	25
3.3.2. Sesiones.....	25
3.4. Cronograma de aplicación.....	34
3.5. Evaluación de la propuesta.....	35
3.6. Estudio de viabilidad/ eficiencia.....	37

3.7. Plan de difusión.....	37
4. Discusión.....	37
5. Referencias.....	39
6. Anexos.....	52

Resumen.

La población transgénero y, en concreto, los adolescentes transgénero presentan un riesgo mayor de suicidio al compararse con los adolescentes cisgénero y otros miembros del colectivo LGTBIQ+. Por este motivo, se plantea un programa de intervención para poder reducir la ideación/posibles intentos futuros de suicidio en esta población de tan elevado riesgo. Durante la intervención se trabajarán la disminución de la ideación suicida, la probabilidad de acoso escolar en el aula, mejora de la autoestima, habilidades sociales, estrategias de gestión emocional o rigidez cognitiva entre otros, con adolescentes transgénero (14 y 15 años). Este programa consta de 12 sesiones semanales y tres sesiones de seguimiento.

Palabras clave: Suicidio, ideación suicida, adolescentes transgénero, prevención.

Abstract.

The transgender population and, specifically, transgender adolescents have a higher risk of suicide when compared to cisgender adolescents and other members of the LGTBIQ+ community. For this reason, an intervention program is proposed to reduce ideation/possible future suicide attempts in this high-risk population. During the intervention, the reduction of suicidal ideation, the probability of bullying in the classroom, improvement of self-esteem, social skills, emotional management strategies or cognitive rigidity among others, with transgender adolescents (14 and 15 years old) will be worked on. This program consists of 12 weekly sessions and three follow-up sessions.

Key words: Suicide, suicide ideation, transgender teenagers, prevention.

1. Introducción.

1.1. Marco teórico.

1.1.1. Sexo, género, Identidad de género, expresión de género y colectivo LGBTIQ+.

Tradicionalmente, el sexo es biológico, binario (hombre/mujer) y determinado en el nacimiento (Griffin et al., 2021). El género, por otro lado, es un sistema social, condicionado al lugar o la época, que engloba una serie de comportamientos relacionados con el sexo (Ashley, 2019). Dentro del género, se diferencia entre identidad y expresión. La primera es interna y personal, relacionada o no con el sexo de la persona (desde el sistema tradicional binario; Lamm, 2018). La segunda engloba cómo las personas se muestran a los demás físicamente (ropa, comportamientos, interacciones; Pérez-Enseñat y Moya-Mata, 2020). Cuando identidad y expresión se corresponden con el sexo binario asignado en el nacimiento, se hablaría de una persona cisgénero (Federación Española de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales [FELGTB], 2021a). El caso contrario, trataría de personas transgénero (Pérez-Enseñat y Moya-Mata, 2020), las cuales pertenecen al colectivo LGBTIQ+ (Ream, 2020).

1.1.2. Prevalencia de población transgénero.

Los estudios de prevalencia en la población transgénero presentan importantes limitaciones en la selección de la muestra (Coleman et al., 2022). Se pueden distinguir dos tipos de estudios: aquellos que estiman la prevalencia en función de los pacientes diagnosticados con disforia de género y aquellos que obtienen los datos con autoinformes administrados a la población general (Coleman et al., 2022).

Atendiendo a los estudios que abordan el diagnóstico de disforia de género (patologización de la condición de las personas transgénero recogida en algunos manuales psiquiátricos como “marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna al nacer, de una duración mínima de seis meses”;

American Psychiatric Association [APA], 2014, p. 452), se encuentra una proporción que oscila entre 0,02% y 0,08% (Coleman et al., 2022). Mediante encuestas, en cambio, la prevalencia aumenta a más del doble; así lo muestran estudios realizados en Suecia con un 2,3% de personas identificadas con otro género diferente al asignado al nacimiento (Ahs et al., 2018), Canadá con un 0,33% de su población reconocida como transgénero (Statistics Canada, 2022) o la encuesta realizada por Johns et al. (2019) a 120.000 personas menores de 19 años, donde un 1,8% se consideraba una persona transgénero.

En general, la prevalencia de personas que se identifican como transgénero oscila entre 0,3%-0,5% en población adulta y, en infantojuvenil, el porcentaje se duplica, alcanzando una proporción situada entre el 1,2%-1,7% (Coleman et al., 2022). La diferencia generacional observada se explica por la influencia de los medios de comunicación, la información actual y la existencia de clínicas especializadas (Pang et al., 2020).

1.1.3. Cambios biológicos y psicológicos ligados al proceso de transición.

Las personas transgénero atraviesan un proceso de cambio (tránsito o transición) cuyo objetivo es mostrar su verdadero ser (FELGTB, 2021a). Dichos cambios engloban aspectos sociales, físicos y psicológicos (White et al., 2018).

A nivel físico, en la edad adulta se encuentran cambios potenciados por el consumo de hormonas (terapia de afirmación con hormonoterapia [GAHT]; Coleman et al., 2022) o por procedimientos quirúrgicos (Coleman et al., 2022). La terapia hormonal [GAHT] varía en función del objetivo final de la transición, es decir, las mujeres transgénero deberán tomar estrógenos (Hembree et al., 2017) y los hombres transgénero serán tratados con testosterona (Aisner et al., 2020). Sin embargo, en la adolescencia, la terapia hormonal [GAHT] se complementa con las hormonas agonistas de la hormona

liberadora de gonadotropina (GnRHa), con el objetivo de ralentizar la progresión de esta etapa vital a nivel orgánico (Coleman et al., 2022), y comenzar a desarrollar las características sexuales del género con el que el adolescente se identifica.

Por otro lado, a nivel psicológico, en los adultos transgénero aparecen cambios adversos significativos, destacando el incremento de la soledad percibida y la pena durante el proceso de transición (FELGTB, 2021b). En los adolescentes, estos cambios se añaden a los ya presentes a nivel emocional y cognitivo característicos de esta etapa (Coleman et al., 2022).

1.1.4. Complicaciones y problemas del proceso de transición.

Cuando las personas transgénero quieren iniciar su proceso de transición se enfrentan, inicialmente, a un problema administrativo relacionado con el acceso a los sistemas de salud, siendo el tiempo de espera para poder acceder a una primera visita en atención primaria de 5 meses y 1 mes para una segunda (FELGTB, 2021b). Esta situación empeora en aquellos países donde no existe sanidad pública (Kirkland et al., 2021).

Una vez comenzado el proceso, tanto en adolescentes como en adultos, la terapia hormonal trae consigo algunas posibles complicaciones. En hombres transgénero es frecuente la aparición de eritrocitosis, así como problemas en el hígado, accidentes cerebrovasculares, hipertensión o cáncer de mama. Por otra parte, en mujeres transgénero es común que aparezca tromboembolismo venoso, cáncer de mama, macroprolactinoma y coleditiasis (Aisner et al., 2020). Asimismo, el consumo de dosis elevadas de estrógenos se relaciona con infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares (D'hoore y T'Sjoen, 2022).

Además de las complicaciones físicas mencionadas, durante el proceso de transición, las personas transgénero se enfrentan también a diversas alteraciones psicológicas. En

los adultos transgénero se observan trastornos afectivos, ansiedad, problemas relacionados con la adicción (Dias de Freitas et al., 2020), comportamientos suicidas (Adams et al., 2017) y problemas de alimentación, apareciendo con una mayor probabilidad en esta población frente a los adultos cisgénero (Mirabella et al., 2020). Estos problemas no son exclusivos de los adultos, pues los adolescentes transgénero también presentan, en una proporción mayor frente a sus pares cisgénero, alteraciones como depresión, ansiedad y conductas relacionadas con el suicidio (ideación y autolesiones; Becerra-Culqui et al., 2018; Veale et al., 2017). Asimismo, elementos como el estigma y la consecuente discriminación, junto con la transfobia internalizada que pueden sufrir tanto adultos como adolescentes, contribuyen a la aparición de problemas de salud mental (Breslow et al., 2015).

Este proceso de transición no solo trae complicaciones a nivel personal, sino también con los demás, pues las personas transgénero son, dentro de las personas del colectivo LGBTIQ+, las más susceptibles de sufrir delitos de odio (Walters et al., 2020) y ser víctimas de violencia sexual (Du Mont et al., 2020). Sin embargo, a pesar de todo lo comentado y los posibles problemas que puedan existir, los estudios longitudinales han demostrado que la transición mejora la calidad de vida de las personas transgénero (D'hoore y T'Sjoen, 2022; de Vries et al., 2014).

1.1.5. Suicidio: conceptos básicos.

El suicidio es definido como “la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a si mismo” (Cañón Buitrago, 2011, p. 63). Este fenómeno se encuadra dentro de un continuo, en cuyos extremos se encuentran el suicidio consumado y las ideas y deseos relacionados con quitarse la vida (ideación suicida; Cañón Buitrago, 2011). La expresión de esta ideación suicida puede ser muy variada en su forma e intencionalidad (Vigara Rey et al., 2019).

Entre medias de estos dos elementos (suicidio e ideación suicida) se encontrarían los intentos fallidos de suicidio y las autolesiones (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020). Las autolesiones engloban todas las lesiones que se realiza la persona a sí misma sin la intención de cometer suicidio (Brown y Plener, 2017).

1.1.6. Epidemiología (población en general, adolescente y adolescente transgénero).

Anualmente, 700.000 personas en el mundo pierden la vida por suicidio y se producen alrededor de veinte veces más intentos de suicidio (World Health Organization [WHO], 2021), es decir, fallece una persona cada 40 segundos (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020). En España, cada año fallecen entre 3500 y 3700 personas por suicidio (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020). En la población adolescente (10-19 años), la prevalencia es mayor en hombres (Bilsen, 2018), con una incidencia de 3,77 por 100.000 habitantes (Glenn et al., 2020), convirtiéndose así en la cuarta causa de muerte en esta población (WHO, 2021). Estos datos empeoran cuando se comparan con personas de minorías sexuales, como son los jóvenes transgénero (Price-Feeney et al., 2020) u otros miembros del colectivo LGBTIQ+ (Taliaferro et al., 2019). Concretamente, un 77% de las personas transgénero presentan ideación suicida y un 41% han realizado al menos un intento de suicidio, superando con creces los datos de la población general (9,2% y 2,7% respectivamente; Dubov et al., 2021). Así lo demuestran varios estudios donde se compara la ideación suicida entre personas transgénero y cisgénero (Ugueto y Lucassen, 2022).

Como se puede apreciar en las cifras presentadas anteriormente, el suicidio está presente en nuestra sociedad y se hace necesaria la presencia de programas de prevención para los adolescentes (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020), en especial, para los adolescentes transgénero por su mayor prevalencia de suicidio.

1.1.7. Factores de riesgo frente al suicidio.

En primer lugar, a nivel psicopatológico, los trastornos mentales y, en concreto, la depresión es uno de los principales factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes (Bilsen, 2018). El 50% de los niños y adolescentes con esta condición mueren por suicidio (Cañón-Buitrago, 2011) y, como se señaló anteriormente, la prevalencia del suicidio en adolescentes transgénero es mayor frente a los adolescentes cisgénero (Becerra-Culqui et al., 2018; Veale et al., 2017). Por tanto, si la depresión se relaciona con una mayor probabilidad de cometer suicidio y los adolescentes transgénero presentan una prevalencia mayor de depresión, estos serán más vulnerables ante el suicidio en comparación con sus iguales. Asimismo, otras patologías como el trastorno límite de la personalidad y la anorexia nerviosa, al igual que los intentos previos de suicidio, incrementan también su probabilidad (Bilsen, 2018).

En segundo lugar, desde una perspectiva psicológica, aspectos como una baja autoestima, una elevada desesperanza (Londoño Muriel y Cañón Buitrago, 2020) o una mala gestión de los impulsos (Domínguez Ortiz et al., 2019) contribuyen a aumentar el riesgo de cometer suicidio.

En tercer lugar, a nivel social, las situaciones de aislamiento y/o bullying aumentan el riesgo (Vigara Rey et al., 2019). Con relación al bullying, cabe destacar que los adolescentes transgénero tienen una probabilidad mayor de sufrirlo en comparación con sus compañeros cisgénero (Walls et al., 2019) y, puesto que sufrir bullying se relaciona con un mayor riesgo de cometer suicidio, los adolescentes transgénero se exponen a un incremento del peligro.

En cuarto y último lugar, dentro del ámbito familiar, la existencia de problemas como el maltrato infantil o conflictos constantes aumentan el riesgo de cometer suicidio (Russell y Fish, 2016). Asimismo, el entorno donde viva la familia puede influir en la probabilidad

de cometerlo, existiendo un mayor riesgo en los entornos rurales (Wang et al., 2021) o aquellos lugares donde existan muchos delitos por odio al colectivo (Russell y Fish, 2016).

1.1.8. Factores de protección frente al suicidio.

Por un lado, a nivel personal, entre los factores protectores frente al suicidio destacan: tener un autoconcepto positivo, la flexibilidad cognitiva, la autorregulación emocional, la esperanza o la existencia de razones que permitan a esa persona seguir viviendo. Asimismo, los ejercicios destinados a favorecer la gratitud o la perseverancia en el logro de las metas ante situaciones difíciles ayudan a encontrar sentido a la vida de la persona (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014).

Por otro lado, desde una perspectiva más social y/o familiar, una buena conexión familiar (Moran et al., 2018), un enfoque integrador con políticas inclusivas respecto a la población LGBTIQ+ en los centros educativos (Russell y Fish, 2016), una red social y escolar segura (Tankersley et al., 2021) o formaciones sobre depresión y comportamiento suicida (Mann et al., 2021), favorece que las personas pidan ayuda, permitiéndolas así trabajar sobre alternativas diferentes al suicidio y desarrollar herramientas para enfrentar situaciones difíciles.

1.1.9. Programas de intervención previos.

En base a los factores de riesgo y protección mencionados anteriormente, se han diseñado diversos programas destinados a prevenir el suicidio y reducir la ideación suicida existente en adolescentes cisgénero y transgénero. En la Tabla 1 se presenta una revisión de los programas destinados a adolescentes encontrados en los últimos 10 años

Tabla 1.

Programas previos de intervención.

Autores, año, título de la revista	Objetivos del programa de intervención	Población a la que iba destinado, y contexto de aplicación	Metodología, recursos, procedimiento	Resultados	Fortalezas y debilidades
(Kirchner et al., 2022) LGBT Health.	Disminuir la ideación suicida y favorecer la búsqueda de ayuda con "It Gets Better".	14-22 años LGBTQ+	Ensayo controlado aleatorizado doble ciego. Vídeos sobre suicidio y supervivencia.	No efecto significativo sobre ideación suicida, pero personas transgénero más mejoría, mejoras en búsqueda de ayuda	<u>Fortalezas:</u> intervención eficaz y preventiva para adolescentes transgénero, evaluación pre-post de esperanza, razones para vivir o capacidad de pedir ayuda y seguimiento (4 meses). Contenido de los videos: relatos de personas diversas sobre suicidio. <u>Debilidades:</u> no testimonios de personas transgénero en los vídeos, solo dos vídeos, implementación y seguimiento escasos, ausencia de un trabajo

					activo sobre factores de protección y/o riesgo.
(Saewyc, et al., 2014), International Journal of Child, Youth & Family Studies.	Evaluar diferencias entre institutos con GSA (alianzas gay-heterosexuales) y sin ellos en la ideación suicida de los jóvenes LGB y heterosexuales.	21.708 de 11-18 años LGB y heterosexuales, contexto educativo.	Estudio transversal, evaluación de discriminación homofóbica, síntomas depresivos e ideación suicida entre institutos con GSA y no.	Institutos con GSA menor porcentaje de ideación suicida e intentos.	<u>Fortalezas:</u> mejora la red social y búsqueda de ayuda. <u>Debilidades:</u> no incluye a adolescentes transgénero, no seguimiento. No evalúa ni trabaja sobre la ideación suicida o conductas autolesivas.
(Roberts et al., 2018), Frontiers in Psychology.	Reducir síntomas depresivos, ideación/comportamientos suicidas con el programa AOP (Aussie Optimistic Program)	2288 niños de 9 a 12 años, contexto escolar.	Estudio controlado aleatorizado. Tres condiciones: programa AOP (con ejercicio de la TCC), programa AOP + coaching + control.	Grupo experimental: menor ideación suicida.	<u>Fortalezas:</u> intervención eficaz para la prevención del suicidio, presencia de grupo control, formación y entrenamiento a profesionales/familias y seguimiento (12 meses). <u>Debilidades:</u> no adaptado a población transgénero adolescente, aplicación larga,

			Duración: 2 años con 12 meses de seguimiento		resultados valorados por la lealtad al maestro, no evaluación de la autolesión ni ideación suicida.
(Godoy Garraza et al., 2019), The Journal of Child Psychology and Psychiatry.	Disminuir los intentos de suicidio	Territorios > 3000 personas de 10-24 años.	Programa de prevención del suicidio juvenil (GLS) (entrenamiento para cuidadores, divulgación, entrenamiento en detección e intervención temprana y vinculaciones)	Reducción significativa de mortalidad por suicidio en tiempo prolongado.	<p><u>Fortalezas:</u> intervención preventiva eficaz, resultados significativos, efecto prolongado, seguimiento 8 años, entrenamiento para profesores y formación. Estudio realizado en ambiente rural también.</p> <p><u>Debilidades:</u> no recogida de datos, ni evaluación pre-post, ausencia de grupo control y población transgénero en la muestra. No evalúa la ideación suicida ni autolesión.</p>
(Schilling et al., 2016), Prevention Science.	Observar la relación entre depresión y suicidio, mejorar la interacción entre los jóvenes y	1575 participantes de 14-15 años, contexto escolar.	Diseño controlado aleatorizado con evaluación pre-post.	Grupo experimental: reducción de los intentos de suicidio	<u>Fortalezas:</u> programa preventivo eficaz y diverso, incluye vídeos sobre actuaciones ante el suicidio, psicoeducación y

	favorecer las conductas de ayuda.		Programa SOS (videos, grupos de discusión, guías identificar síntomas).	en 3 meses siguientes.	fomento del apoyo social, evaluación pre-post, presencia de grupo control activo. <u>Debilidades:</u> muestra sin población transgénero, seguimiento escaso (3 meses), no representatividad de resultados, no se evalúan ni trabaja activamente aspectos relacionados con la depresión o la ideación suicida.
(De Jonge-Heesen et al., 2021), Frontiers in Psychiatry.	Prevenir la aparición de ideación suicida, ansiedad, síntomas somáticos y perfeccionismo con el programa OVK 2.0	130 adolescentes de 12-16 años.	Ensayo controlado aleatorizado. Evaluación pre-post de ansiedad, ideación o comportamientos suicidas, perfeccionismo y síntomas somáticos.	No diferencias en ambas condiciones en la tendencia suicida. Mejorías en la condición control (psicoeducación).	<u>Fortalezas:</u> intervención preventiva, estudio longitudinal, grupo control con psicoeducación, resultados generalizables y seguimiento (6 y 12 meses). <u>Debilidades:</u> muestra sin población transgénero, evaluación con autoinformes, no se trabaja sobre factores de

			Dos condiciones: grupo control activo y grupo OVK 2.0 (basado en la TCC, técnicas de identificación de emociones y capacitación).		protección. Grupo control y experimental con los mismos resultados.
(King et al., 2019), JAMA Psychiatry.	Disminuir la probabilidad del acto suicida en personas con tentativa previa.	448 adolescentes de 13-17 años con ideación suicida moderada durante las 4 últimas semanas o un intento de suicidio en el mes anterior.	Análisis post-hoc de un ensayo aleatorizado. Programa YST: cuidadores adultos de las personas ingresadas por suicidio, seguimiento durante 3 meses tras el ingreso. Los pacientes se separan en: tratamiento normal	Menos fallecimientos por suicidio en el grupo que aplicaba la intervención + YST.	Fortalezas: adultos no asignados al azar, complemento a la terapia normal, intervención preventiva eficaz, evaluación específica de la ideación suicida, mejora de la red social. Debilidades: muestra sin personas transgénero, seguimiento corto (3 meses), no se realiza evaluación pre.

			y tratamiento normal + YST.		
(Hetrick et al., 2017), BMJ Journals.	Disminuir síntomas de suicidio con la TCC aplicada a través de una aplicación de internet (Programa Reframe-IT).	50 adolescentes de 13-19 años, contexto escolar.	Ensayo controlado aleatorizado. Dos condiciones: aplicación o programa habitual (asistencia de psicología y medicación). Programa aplicación: 8 módulos con evaluaciones al finalizar, a las 10 y 22 semanas.	Disminución de las conductas relacionadas con el suicidio, ideación suicida y desesperanza.	<u>Fortalezas:</u> realizado vía internet, intervención corta (10 semanas) y grupo control activo (tratamiento propio en servicios de salud mental y relación con personal de la escuela), evaluación pre-post y seguimiento (22 semanas). <u>Debilidades:</u> ausencia de población transgénero en la muestra, resultados no generalizables, no trabaja sobre aumento de factores de protección.
(Wasserman et al., 2015), The Lancet	Prevenir nuevos intentos de suicidio y disminuir la ideación grave a través del programa SEYLE	11.110 adolescentes con media de 15 años, contexto escolar.	Ensayo controlado multicéntrico aleatorizado por conglomerados.	A los 3 meses no diferencias significativas. A los 12 meses grupo de	<u>Fortalezas:</u> programa preventivo eficaz a largo plazo, grupo control activo, seguimiento (12 meses), capacitación de profesores,

			Centros asignados a tres condiciones o control. Programa SEYLE: psicoeducación, entrenamiento de cuidadores y procedimientos de cribado de profesores.	entrenamiento de cuidadores reducción de ideación e intentos.	detección de señales para los alumnos, evaluación pre-post. <u>Debilidades:</u> resultados recogidos en autoinforme, ausencia de población transgénero, se evalúa sintomatología patológica en general no específica de ideación suicida. No se trabaja activamente con los alumnos sobre elementos de riesgo para la ideación (rigidez de pensamiento, dinámicas para prevenir el bullying, estado de ánimo depresivo).
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Como se observa en la Tabla 1, todos los programas presentados consiguen disminuir la ideación y conducta suicida en la población adolescente a través de técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual, la psicoeducación, la exposición a vídeos de relatos, entrenamiento a cuidadores, cribados o presencia de grupos de alianzas gay-heterosexuales en las escuelas. Algunos de estos estudios también incorporan cambios en el ambiente (entrenamiento de profesores y cuidadores) o a otras personas (grupos de alianzas gay-heterosexuales) demostrando así la eficacia de las intervenciones en diferentes niveles y entornos (Soto-Sanz et al., 2019).

La mayoría de los estudios (a excepción de los grupos de alianzas gay-heterosexuales) actúan minimizando los factores de riesgo y no aumentando los factores de protección (mejorar la autoestima, aumentar la flexibilidad cognitiva o la gratitud). Asimismo, ninguno incluye otras propuestas de intervención, como, por ejemplo, ejercicios de psicología positiva (por ejemplo, diarios de gratitud), a pesar de mostrar buenos resultados en la reducción de la ideación e intentos autolíticos (Ducasse et al., 2019) o intervenciones destinadas a potenciar los factores de protección de la persona, entre los que destaca la resiliencia (Galarza, 2016). Por último, se aprecian pocos estudios específicos sobre adolescentes LGBTQ+ y, en especial, destaca la ausencia de investigaciones sobre los adolescentes transgénero. Por este motivo, se plantea la necesidad de crear un plan de intervención multinivel, variado e inclusivo basado en la evidencia y adaptado a las necesidades de los adolescentes transgénero.

1.2. Objetivos e hipótesis.

El objetivo general del presente trabajo es diseñar un programa de prevención frente al suicidio en adolescentes transgénero, a través del uso de múltiples técnicas diseñadas para aumentar los factores de protección y reducir la presencia de factores de riesgo.

Objetivos específicos:

- Definir conceptos relacionados con la sexualidad o el suicidio centrados en adolescentes transgénero.
- Revisar programas de prevención del suicidio en adolescentes transgénero previos y detectar sus principales características, fortalezas y debilidades.
- A partir de la revisión realizada, crear un programa de intervención de prevención primaria y secundaria.

2. Metodología de investigación.

2.1. Materiales e instrumentos.

Para poder recabar información y obtener una visión global sobre los adolescentes transgénero y la prevención del suicidio, se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: Psycinfo, Web of Science, Pubmed, Google Scholar, Elsevier, Dialnet, Medline, ScienceDirect, Scopus y Biblioteca de la Universidad de Alcalá de Henares (BUAH).

También se obtuvo información de instituciones relacionadas con el colectivo LGTBQ+ como la Federación Española de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales [FELGTB], que posee información actualizada sobre adultos y adolescentes transgénero.

Con relación a los términos empleados en la búsqueda en castellano, estos han sido: "LGTB", "Principios de Yogyakarta", "Expresión de género", "identidad de género", "Epidemiología", "Prevención suicidio", "adolescentes", "ideación suicida", "factores de riesgo", "factores de protección". Asimismo, para obtener una información más completa y actualizada se amplió la búsqueda con términos en inglés: "gender", "gender identity", "gender expresión", "transgender suicide", "transgender problems", "Young trans", "adolescents trans", "prevention", "program", "suicide ideation", "risk factor", "protective factor".

Estos términos se buscaron de manera individual y combinados entre sí a través de operadores booleanos de la siguiente manera:

- Suicide *and* Young trans.
- Gender *and* gender identity
- Prevention suicide *and* transgender adolescents.
- Prevention suicide program *and* transgender.
- Preventive suicide *and* transgender.
- Risk factor *and* transgender.
- Prevention suicide *and* LGBT.
- Protective factor *and* transgender.
- Suicide *and* definition.
- Prevention suicide *and* teenagers.

Con respecto a los criterios de inclusión de los artículos encontrados, se han seleccionado solo aquellos documentos relacionados con la población transgénero y la prevención del suicidio entre los años 2012 y 2022, en concreto, adolescentes transgénero y programas de prevención del suicidio para adolescentes pertenecientes o no al colectivo LGBT.

Asimismo, se han descartado todos aquellos artículos que no estuvieran relacionados con el tema (por ejemplo, infecciones de VIH y personas transgénero) o que fueran muy específicos (por ejemplo, artículos que investigaban sobre TEA y personas transgénero).

2.2. Procedimiento.

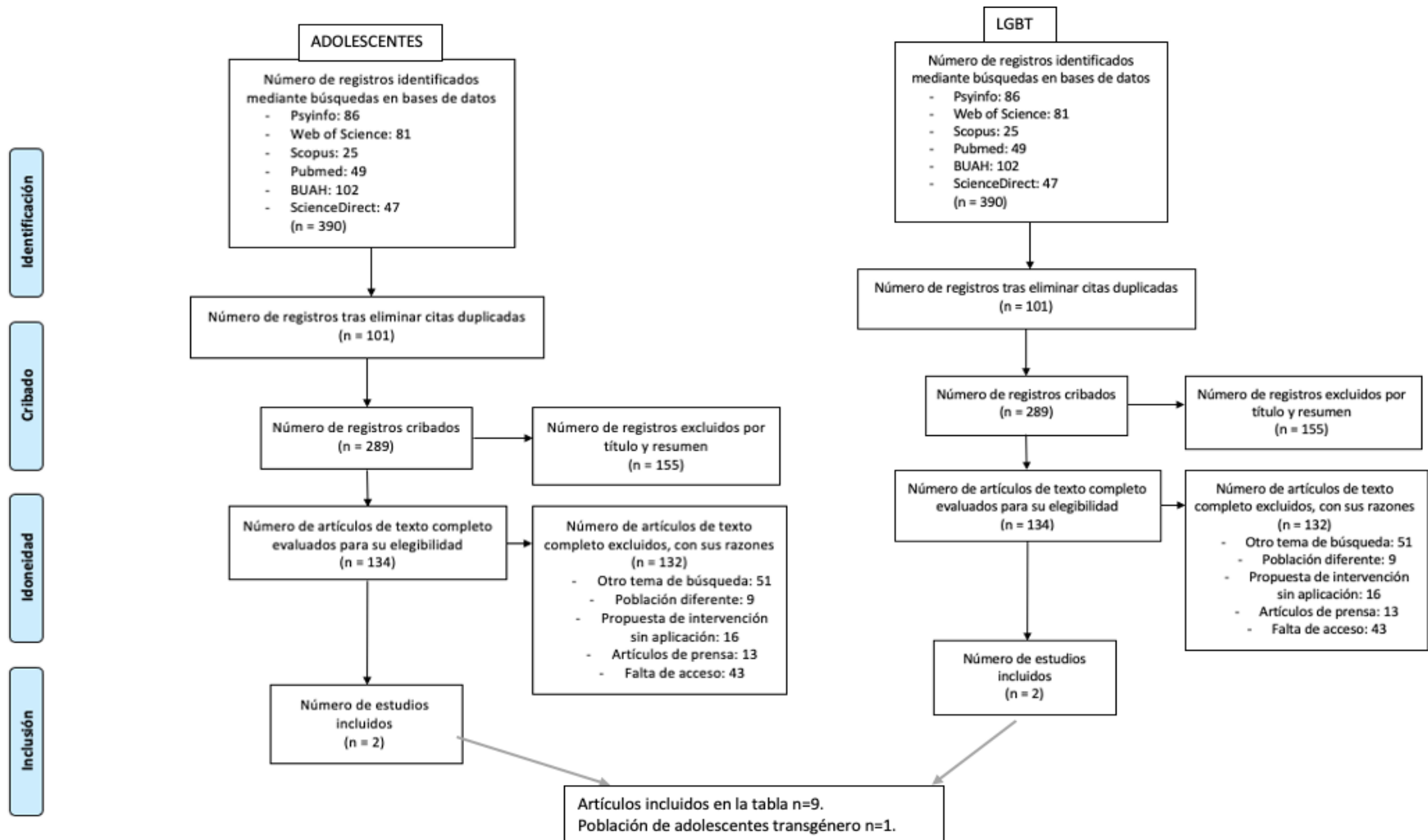
Para la información del marco teórico, se realizó una búsqueda con los términos indicados anteriormente combinados entre sí, seleccionando solo aquellos artículos comprendidos entre los años 2012 y 2022 con preferencia por los publicados en los

últimos 5 años (2018-2022), garantizando así la actualización de la información encontrada.

Por otro lado, las intervenciones para la prevención del suicidio se han desarrollado a través de una búsqueda sistemática representada en dos diagramas de flujo. Al solo existir un estudio que incluyera a adolescentes transgénero y, ante la escasez de estudios relacionados con esta problemática para esta población, se decidió crear dos diagramas realizando una segunda búsqueda más amplia para conseguir una mayor base bibliográfica en la que basar mi propuesta de intervención.

Figura 1.

Diagramas de flujo investigaciones.



3. Propuesta de intervención.

3.1. Presentación de la propuesta.

El programa de prevención del suicidio realiza una intervención a nivel secundario, al tener como objetivo adolescentes transgénero en riesgo. Se trata de una intervención multimodal y diversa, que pretende prevenir o disminuir, en caso de existir, la ideación y/o intentos de suicidio futuros.

El grupo poblacional al que va dirigido el programa son adolescentes transgénero con edades comprendidas entre los 14 y 15 años, por presentar una mayor prevalencia de suicidios (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2022). El género de las personas es indiferente para la formación del grupo al igual que el lugar de residencia, aunque sí sería recomendable que todos los participantes habitasen en el mismo distrito. El nivel sociocultural y económico no influye en la selección.

Al tratarse de una población que acude con frecuencia a diferentes ámbitos sanitarios para comenzar el proceso de transición, sería recomendable aplicarlo en este tipo de contextos, más concretamente en centros de salud mental o en unidades de género de los hospitales.

3.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta.

El objetivo es prevenir los suicidios consumados en los adolescentes transgénero con independencia de la presencia o ausencia de ideación o intentos previos de suicidio.

Objetivos específicos:

- Aumentar el conocimiento sobre suicidio y sus señales de alarma.
- Fomentar el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas frente al suicidio y de regulación emocional.
- Mejorar la autoestima.
- Incrementar la cantidad y calidad de apoyo social disponible.

3.3. Metodología: recursos y actividades.

3.3.1. Recursos generales.

- Materiales: se necesitarán bolígrafos, lápices, rotuladores, cartulinas y un proyector para exponer la presentación que servirá de guía de las actividades a realizar en el día. También, como recurso adicional, se emplearán videos con testimonios relacionados con el suicidio (Kirchner et al., 2022) o con el bullying.
- Personales: el programa se impartirá por dos psicólogos/as especializados en la materia (transgénero y suicidio), que no trabajen en el centro sanitario donde se desarrolle el programa, para evitar posibles coincidencias paciente-terapeuta.
- Ambientales: la intervención se desarrollará en una sala de formación del centro de salud u hospital. A las sesiones solo deberán acudir las personas objeto de la intervención, es decir, no podrán asistir amigos o familiares de los adolescentes.

3.3.2. Sesiones.

La intervención se desarrollará en sesiones grupales presenciales para propiciar la creación de un entorno seguro y conseguir una red social de apoyo. Estas sesiones serán controladas por dos psicólogas, para su dirección y supervisión. Los grupos deberán tener un tamaño reducido (10-12 personas) para facilitar el trabajo y la cohesión grupal. El programa consta de 12 sesiones semanales con una duración de entre 90 - 120 minutos. En caso de que algún participante no pudiera acudir presencialmente, se ofrece la posibilidad de realizar dicha sesión vía telemática.

Sesión 1. ¡Vamos a conocernos un poco más!

- Objetivo: conseguir un ambiente distendido y relajado y favorecer la creación de la alianza terapéutica.
- Desarrollo: se comenzará con una presentación de las terapeutas, algunas pautas del programa (asistencia, puntualidad, abandono, participación y clima de confianza) y un ajuste de las expectativas. A continuación, los participantes

se presentarán a través de una tabla que deberán rellenar individualmente siguiendo las instrucciones de las terapeutas para después compartirlo con el grupo (ver Anexo 1).

Después, se procederá a completar los siguientes cuestionarios, con periodos de descanso de 5 minutos entre ellos para prevenir el efecto de fatiga.

- Escala de Paykel (Fonseca-Pedrero et al., 2018)
- Inventario de depresión de Beck (BDI-II; Sanz et al., 2003)
- Escala de Resiliencia para intentos de suicidio (Sánchez-Teruel et al., 2022).
- Escala de Autoestima (Atienza González et al., 2000)

Como tarea para casa, se propondrá la visualización de un vídeo, un capítulo de un podcast y la lectura de un artículo:

- Hablemos de suicidios en personas trans/Ian Sua #ftm (Sua, 2020).
- Capítulo 3: Cambios con Ian Sua (Gimeno y Rodríguez, 2022).
- Nadie quiere hablar de “asesinato social” cuando el suicidio es de jóvenes trans (García Casuso y Avetín Ballarín, 2018).

Sesión 2. Aprendemos sobre nuestras emociones.

- Objetivo: promover la toma de conciencia e identificación de las emociones, función principal y su relación con los pensamientos.
- Desarrollo: la sesión empezará con una psicoeducación emocional (definición, función y tipos). Después, se presentará y repartirá a cada participante la herramienta de la rueda de las emociones. A continuación, se propondrán algunas situaciones (ver Anexo 2), donde los individuos deberán escribir en un papel la/s emoción/es que pudieran aparecer en ellos con mayor probabilidad ante estas. Tras esto, se animará a los participantes a compartirlo con el grupo si se encuentran preparados para ello.

Una vez trabajada la identificación de emociones, se procederá a explicar la relación entre pensamiento, emoción y conducta, como introducción a la siguiente sesión. Ante una determinada situación, pueden aparecer pensamientos negativos, que producen unas emociones desagradables y estas llevan a la aparición de conductas desadaptativas. Por tanto, la interpretación que realiza la persona de la situación condiciona su malestar/estabilidad emocional (Olivares Rodríguez et al., 2014).

Como tarea para casa, se propone una lectura, un video y el diario de gratitud.

- La tristeza y la furia (Bucay, 2016).
- Pon nombre a lo que te pasa para sentirte mejor (Olmedo, 2022).
- Diario de gratitud: las personas escribirán un día a la semana una sola cosa por la que se sientan agradecidas. Con este ejercicio, se trabaja la identificación de la emoción de gratitud, factor de protección frente al suicidio (Huen et al., 2015).

Sesión 3. Reestructuración cognitiva.

- Objetivo: facilitar la toma de conciencia de los pensamientos y potenciar la creación de alternativas.
- Desarrollo: al comenzar la sesión, se preguntará a los participantes por la evolución del diario de gratitud y sobre los materiales para casa. Posteriormente, se volverá a exponer la relación situación, pensamiento, emoción y acción como introducción a la técnica de reestructuración cognitiva.

Para poder aplicar esta técnica, se pedirá a los participantes que escriban en un papel un pensamiento negativo, las pruebas de que ese pensamiento es verídico y sus consecuencias emocionales. Después, se expondrá al grupo, en la medida de lo posible, este pensamiento junto con la situación que lo provocó para buscar conjuntamente interpretaciones alternativas a esa situación. Esto permitirá sustituir el pensamiento negativo por otros más adaptativos y positivos

promoviendo así diferentes estrategias de afrontamiento y flexibilidad cognitiva en la persona, factor de protección frente al suicidio (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014). Los pensamientos negativos se expondrán al grupo para garantizar la diversidad de alternativas y recibir apoyo de otros individuos con experiencias análogas.

Como tarea para casa, se propone un video y un autorregistro:

- Aunque nada cambie, si yo cambio, todo cambia (Rovira, 2020).
- Autorregistro de pensamientos negativos junto con sus posibles alternativas siguiendo el esquema (pensamiento, pruebas, emociones, alternativas, viabilidad de las alternativas, elección) (ver Anexo 3).

Sesión 4. Canalicemos la impulsividad.

- Objetivo: aprender una estrategia de regulación emocional y mejorar la gestión de la impulsividad.
- Desarrollo: se iniciará preguntando a los participantes sobre su semana y si han rellenado el autorregistro de pensamientos.

A continuación, se definirá la impulsividad destacando su condición como factor de riesgo para el suicidio. La impulsividad lleva consigo asociada una desinhibición y una falta de control del comportamiento, a la vez que problemas en el procesamiento de las situaciones (Gómez Tabares et al., 2020), lo cual puede llevar a la persona de la ideación a la tentativa, sin planificación previa (Sánchez-Teruel et al., 2018). Después, se explicará la técnica del semáforo, donde cada color se asocia a los diferentes pasos a realizar antes de un comportamiento impulsivo. Cuando aparezca un pensamiento y la persona necesite realizar una acción sin pensar en las consecuencias, se deberá parar (color rojo). Posteriormente, se valorarán todas las ventajas y desventajas de realizar dicha acción (color naranja) y, tras el análisis, ejecutar la acción (color

verde; Picón Pérez et al., 2021). Esta técnica se ensayará con situaciones propuestas por los participantes hasta consolidar el ejercicio.

Sesión 5. Habilidades sociales.

- Objetivo: mejorar las capacidades comunicativas de las personas para poder consolidar una red de apoyo segura y estable, factor protector frente al suicidio (Sánchez-Teruel et al., 2018).
- Desarrollo: se comenzará por una psicoeducación sobre el proceso de comunicación (definición, tipos y ventajas/inconvenientes).

Además, se profundizará en el concepto de asertividad, entendiendo esta como un estilo comunicativo donde se consideran los valores de los demás y los propios, intentando mantener un equilibrio entre ambos (Flórez-Madroñero y Prado-Chapid, 2021). Una buena comunicación asertiva permite enfrentar los problemas adaptativamente y una mayor facilidad para resolverlos. Después, se propondrá un ejemplo de situación y los individuos tendrán que construir una respuesta asertiva. A continuación, serán los participantes los que propongan una situación y en grupo se construirá una respuesta asertiva con las siguientes recomendaciones: comunicar el mensaje desde el yo (sentimientos propios), empatizar con la otra persona (¿por qué ha podido hacer X?), preguntar al otro por posibles soluciones y proponer tú también, recompensar cualquier pequeño cambio que se observe y comenzar el mensaje por algo positivo, después lo negativo y finalizar en positivo (ver Anexo 4).

Sesión 6. ¡Al instituto!

- Objetivo: promover dinámicas inclusivas en el aula (Russell y Fish, 2016) e intentar crear grupos de apoyo (Pérez-Albéniz et al., 2023), ambos factores de protección.
- Desarrollo: antes de comenzar las actividades, se realizarán a los alumnos preguntas para crear un sociograma de la clase e identificar las dinámicas.

Después, se procederá a la presentación de los siguientes videos: Vestido Nuevo-Corto-LGBT (Pérez, 2017) y Chico Trans-Cortometraje (Puñales, 2018) y, tras su visualización, se preguntará: que está ocurriendo, cómo se sienten los protagonistas y/o sus familiares y amigos, qué haríais vosotros ante esto y cómo se podría mejorar la situación. A continuación, se realizarán dos dinámicas: en primer lugar, se repartirán los nombres de las personas de la clase a los estudiantes y, anónimamente, se escribirá algo positivo de esa persona y una experiencia/recuerdo que hayas tenido con ella para después leerse en voz alta. El segundo ejercicio consiste en colocar un papel sobre la frente de una persona y que esta trate de adivinar qué personaje lleva escrito, teniendo este que ser alguien relevante para el otro. Para ello, la clase se repartirá en parejas y se irá rotando. Estos ejercicios favorecerán la inclusión al fomentar las relaciones entre los alumnos, evitando el aislamiento y promoviendo la creación de posibles grupos de apoyo.

Sesión 7. Todos somos iguales.

- Objetivo: promover un acercamiento entre alumnos e identificar las similitudes existentes.
- Desarrollo: la sesión comenzará con un ejercicio anónimo donde las personas escribirán en un papel algún aspecto que no les guste de ellas o que desearían cambiar. Seguidamente, se introducirán en una caja para después leerlos en alto. Esta dinámica permitirá a los estudiantes comprobar que todo el mundo tiene aspectos que desearía cambiar. A continuación, se pedirá a los alumnos que escriban una frase compasiva para ellos mismos o para alguno de sus compañeros.

Al final de la sesión, se solicitará un feedback de las dinámicas y se repetirá el sociograma para comprobar si existen cambios en las relaciones.

Sesión 8. Nos queremos y aceptamos.

- Objetivo: mejorar la autoestima y el autoconocimiento de los participantes.
- Desarrollo: se comenzará preguntando por los posibles cambios percibidos en el aula. A continuación, se realizará una psicoeducación sobre el concepto de autoestima. La autoestima es definida como “la evaluación positiva o negativa que un individuo hace de si mismo” (Soto-Sanz et al., 2019, p.247). Fortalecer la autoestima permitirá identificar los puntos fuertes y los elementos a cambiar o aceptar. Asimismo, una buena autoestima actúa como factor protector frente a la ideación y tentativa de suicidio, siendo la baja autoestima factor de riesgo ante futuros intentos en la población adolescente (Soto-Sanz et al., 2019). Para integrar todos estos conocimientos, se propone el ejercicio llamado “El árbol de la autoestima” (Dorado, 2020). Este ejercicio permitirá a los participantes visualizar sus objetivos vitales, sus valores y sus éxitos. Para empezar, se dibujará un árbol que contenga: raíces, ramas y frutos. Las raíces representan los valores y cualidades que posee la persona, proporcionándose como ayuda, una lista de adjetivos positivos para facilitar el trabajo (ver Anexo 5). En las ramas, las actividades donde la persona tiene un buen desempeño. Por último, los frutos representan aquellas cosas conseguidas que enorgullecen a los participantes (Dorado, 2020). Todo esto se escribirá en su lugar correspondiente y se pedirá a los sujetos que lo ubiquen en un lugar visible por el que suelen transitar. Como tarea para casa, se propondrá continuar completando el árbol con la pauta establecida en sesión.

Sesión 9. Aprendemos sobre el suicidio.

- Objetivo: psicoeducar sobre el suicidio y factores relacionados, facilitando una detección temprana de síntomas y situaciones de riesgo.
- Descripción: se procederá a preguntar por su semana y se discutirá en grupo las dificultades encontradas al completar el árbol y qué sentimientos aparecen cuando lo observan.

A continuación, se expondrán términos relacionados con el suicidio, mitos más comunes, factores de riesgo/protección y señales de alerta para identificar una situación de riesgo suicida (ver Anexo 6).

En la presentación de los mitos, se animará a los participantes a refutarlos. También, cuando se presenten los factores de riesgo y protección sería interesante que las personas identificaran cuáles de ellos cumplen y poder compartirlos con el grupo. De esta forma, se fomentará la participación en las sesiones y la cohesión grupal.

Como tarea para casa se propondrá la visualización del siguiente vídeo, donde se deberán identificar señales de alarma, factores de riesgo y/o de protección: Sí, hablemos de suicidio: Ana Lara, superviviente (Cruz Roja Española, 2020).

Sesión 10. Razones para vivir.

- Objetivo: fomentar la búsqueda del sentido de la vida.
- Desarrollo: las personas con ideación suicida suelen presentar una elevada desesperanza y una falta de metas u objetivos vitales. Esta desesperanza puede llevar a estilos de respuesta desadaptativos, que alimentan el círculo: falta de estímulos positivos- más desesperanza- más ideación suicida. Ante esta situación, la esperanza puede actuar como amortiguador de la desesperanza y la consecuente ideación suicida (Huen et al., 2015). Estos conceptos y la relación entre ambos serán presentados a los participantes. Después, se procederá a la realización del ejercicio “Razones para vivir” y “Razones para no morir”, donde los participantes rellenarán un cartel con las cosas que perderían si fallecieran y ahora pueden disfrutar. Dicho cartel se ubicará en un lugar visible y transitado diariamente.

Como complemento a esta actividad, se planteará “Razones para no morir”, donde los individuos apuntarán en otra cartulina los nombres de las personas más importantes para ellos y, a continuación, preguntas concretas sobre el escenario con el que se encontrarían esas personas ante su fallecimiento (por

ejemplo, ¿cómo se enfrentaría a nuestro cumpleaños mi hermano mellizo si yo muero?) Ambas estrategias se plantearán como recurso ante los pensamientos suicidas que aparezcan en la persona.

Para finalizar, se procederá a realizar un ejercicio de respiración diafragmática para reducir la intensidad emocional de la sesión. Este ejercicio se propondrá como otra herramienta a emplear ante situaciones de elevada ansiedad o nerviosismo (ver Anexo 7; Olivares Rodríguez et al., 2014).

Como tarea para casa, se deberá buscar una ubicación para los carteles de razones para no morir y razones para vivir y se practicará el último ejercicio (respiración diafragmática).

Antes de estos dos ejercicios, se comenzará preguntando por el autorregistro propuesto la semana anterior (dificultades encontradas o preguntas).

Sesión 11. Objetivos vitales.

- Objetivo: establecer propósitos vitales a corto/medio plazo y los pasos para conseguirlo, aumentando la satisfacción vital.
- Desarrollo: la sesión comenzará preguntando sobre la ubicación de los carteles creados la semana pasada y si han tenido que recurrir a ellos en algún momento.

A continuación, se comentará la importancia de tener objetivos vitales y cómo estos actúan de factor protector frente al suicidio y su ausencia se relaciona con un aumento de la frustración y una falta de sentido en la vida, que pueden llevar a la desesperanza y, en consecuencia, al suicidio (Marco et al., 2014). Tras plantear esta relación, se pedirá a los participantes que elaboren una lista de metas a conseguir a corto/medio plazo y cómo se sentirían al alcanzarlas, para después, grupalmente, plantear los diferentes pasos para poder lograrlo.

Como tarea para casa, se propondrá que, en la medida de lo posible, los participantes comiencen a realizar algunos de los pasos propuestos en la sesión.

Sesión 12. Despedida.

- Objetivo: reforzar lo aprendido en las sesiones, ser consciente de los cambios y prevenir posibles recaídas.
- Desarrollo: la sesión comenzará con un debate sobre la satisfacción del programa y/o posibles aspectos a mejorar. También, se animará a los participantes a compartir algunos elementos del diario de gratitud y se resumirán los contenidos más importantes de cada sesión. Después, se pedirá a los individuos que definan la experiencia en un color, un adjetivo o una palabra que la represente y, tras ello, se expondrán una lista de recursos a los que acudir en caso de necesitar más ayuda (ver Anexo 8). Por último, se volverán a realizar los cuestionarios suministrados al inicio del programa con la misma dinámica (5 minutos de descanso entre cuestionarios).

Como ejercicio para casa, se propondrá la lectura del cuento “Las ranitas en la crema” (Bucay, 2016).

3.4. Cronograma de aplicación.

Las sesiones se impartirán en 12 semanas con horario de tarde, para no interferir en el curso escolar. Comenzarán en el mes de febrero, puesto que, con el cambio estacional, el estado de ánimo de algunas personas puede verse afectado, por tanto, se comenzará un mes antes del mismo para que cuando este se produzca las personas cuenten con una red de apoyo y estrategias de afrontamiento.

SESIÓN	ACTIVIDAD	FEBRERO				MARZO				ABRIL			
		Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4
Autorregistro y Evaluación.													
Sesión 1.	¡Vamos a conocernos un poco más!												
Sesión 2.	Aprendemos sobre nuestras emociones.												
Sesión 3.	Reestructuración cognitiva.												
Sesión 4.	Canalicemos la impulsividad.												
Sesión 5.	Habilidades sociales.												
Sesión 6.	¡Al instituto!												
Sesión 7.	Todos somos iguales.												
Sesión 8.	Nos queremos y aceptamos												
Sesión 9.	Aprendemos sobre el suicidio.												
Sesión 10.	Razones para vivir.												
Sesión 11.	Objetivos vitales.												
Sesión 12.	Despedida y cierre.												
Evaluación.													

3.5. Evaluación de la propuesta.

Para evaluar la eficacia del programa y corroborar el cambio en las variables esperadas, se proponen unos cuestionarios entregados al inicio y al final (evaluación pre-post). Tras finalizar el programa, se realizarán 3 sesiones de seguimiento (6, 12 y 24 meses), donde se volverán a aplicar los cuestionarios y se realizarán algunas preguntas respecto al estado de ánimo y practica de las estrategias aprendidas. Los instrumentos a utilizar son:

- Escala Paykel de suicidio (PSS; Fonseca-Pedrero et al., 2018): evalúa a través de 5 ítems la ideación suicida en población adolescente. Los ítems 1 y 2 se relacionan con pensamientos de muerte, 3 y 4 con ideación suicida y 5 con intentos de suicidio. Las respuestas a la escala son SI/NO, cada SI es 1 punto, cuanto mayor es la puntuación, mayor riesgo de suicidio. A nivel psicométrico, consta con una fiabilidad excelente, con un alfa de Cronbach de 0.93.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Sanz et al., 2003): evalúa la depresión en adultos y adolescentes. Consta de 21 ítems, cada uno cuenta con tres frases

puntuadas del 0-3. La persona deberá marcar la opción que represente su estado de ánimo actual (del momento presente a dos semanas atrás). El rango de puntuaciones oscila entre 0-63 puntos, siendo de 0-9 puntos: no depresión; 10-18 puntos: depresión leve; 19-29 puntos: depresión moderada y 30 o más: depresión grave. Posee una fiabilidad buena con un alfa de Cronbach de 0.87.

- Escala de Resiliencia al Intento de Suicidio (SRSA-18; Sánchez-Teruel et al., 2022): evalúa la probabilidad de cometer suicidio en función de los factores protectores presentes. Cuenta con 18 ítems divididos en tres categorías: protección externa e interna y estabilidad emocional. Las respuestas proporcionadas son de tipo Likert 0-4 (nunca-siempre). A mayor puntuación, mayor protección. A nivel psicométrico, presentan una buena fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.88.
- Escala de autoestima de Rosenberg (Atienza González et al., 2000): evalúa la autoestima de la persona a través de 10 ítems (5 positivos y 5 negativos). Los ítems se valoran de 1-4 (muy de acuerdo-muy desacuerdo). Su puntuación oscila entre 10-40 puntos y cuanto mayor es la puntuación mejor nivel de autoestima presenta esa persona. Esta escala cuenta con una fiabilidad buena con un alfa de Cronbach de 0.86.

Otra medida para comprobar la efectividad del programa consistiría en dividir al grupo aleatoriamente en dos subgrupos: grupo control en lista de espera y grupo experimental. El grupo asignado a la condición lista de espera se inscribirá a la actividad, pero la recibirán más tarde, una vez que el grupo experimental haya finalizado la intervención. Ambos grupos rellenarán los cuestionarios antes y después de la misma para poder comprobar que los cambios observados se deben al programa de intervención y no al paso del tiempo.

3.6. Estudio de viabilidad/eficiencia.

Este programa de intervención se podría incorporar al Sistema Nacional de Salud a través de las unidades de identidad de género y de salud mental presentes dentro del sistema como parte obligatoria del tratamiento. Asimismo, los centros de atención primaria e institutos de educación secundaria podrían ser los encargados de la divulgación del servicio.

La intervención podría suponer un coste de, aproximadamente, 3750€ entre gastos materiales y humanos (material de papelería, proyector, ordenador, salarios de los profesionales). Asimismo, se trata de una intervención breve (3 meses) y de recursos accesibles. Por tanto, nos encontramos ante una propuesta viable económica y humanitariamente que podría salvar muchas vidas de adolescentes transgénero.

3.7. Plan de difusión.

Para dar a conocer el estudio sobre la eficacia de la intervención a la comunidad científica, se comenzará por publicaciones de los resultados del programa en asociaciones relacionadas con la comunidad transgénero (FELGTBIQ+ o WPATH). Tras ello, se presentará en formato póster en el congreso nacional de salud mental infantojuvenil o a las jornadas de prevención del suicidio del COP. Asimismo, se propondrán los resultados obtenidos tras la aplicación del programa de intervención a la revista *Journal of Adolescent Health*.

4. Discusión.

Debido a la falta de recursos destinados a la salud mental en nuestro país, 4003 personas se quitaron la vida el año pasado (INE, 2022). Los estudios sobre programas de prevención de este fenómeno son escasos, en especial, ante poblaciones concretas como los adolescentes transgénero, aún siendo una población de riesgo. Por este motivo, esta intervención pretende abordar esta situación, creando un programa de

prevención del suicidio para adolescentes transgénero que disminuya los factores de riesgo y potencie los factores de protección con técnicas eficaces.

Dentro de las fortalezas de la intervención, se encuentra su perspectiva inclusiva y diversa, la evidencia científica de las técnicas utilizadas y su innovación. Sin embargo, se podría tratar de una intervención preventiva ambiciosa, al tener un elevado número de sesiones y abordar temas complicados. Asimismo, el seguimiento solo se realiza a los alumnos y podría ser de utilidad realizarlo también con el ámbito familiar, consiguiendo así una perspectiva más sistemática de la problemática. Por último, al ser menores de edad y necesitar la autorización parental es posible que algunos no acepten que sus hijos reciban este tipo de contenido, dificultándose así la prevención. En futuras investigaciones, sería interesante poder aplicar actividades pertenecientes a la terapia cognitivo-conductual afirmativa, utilizada en la población LGBTIQ+, que promuevan la valoración positiva de la diversidad y aceptación de la persona transgénero, en combinación con los elementos presentes en esta intervención (Muevecela-Carmona y Hernández-Rodríguez, 2022).

5. Referencias.

- Adams, N., Hitomi, M., y Moody, C. (2017). Varied reports of adult transgender suicidality: synthesizing and describing the peer-reviewed and gray literature. *Transgender Health*, 2(1), 60-75. <https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0036>
- Åhs, J. W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., Arver, S., Dalman, C., y Kosidou, K. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *Plos One*, 13(10), Artículo e0204606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606>
- Aisner, A. J., Zappas, M., y Marks, A. (2020). Primary care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer/questioning (LGBTQ) patients. *The Journal for Nurse Practitioners*, 16(4), 281-285. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.12.011>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Médica Panamericana.
- Ashley, F. (2019). Gatekeeping hormone replacement therapy for transgender patients is dehumanising. *Journal of Medical Ethics*, 45(7), 480-482. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2018-105293>
- Atienza-González, F. L., Moreno Sigüenza, Y., y Balaguer Solá, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la escala de autoestima de rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 22, 29-42. https://www.researchgate.net/profile/Yolanda-Moreno-3/publication/308341043_Analisis_de_la_dimensionalidad_de_la_Escala_de_Autoestima_de_Rosenberg_en_una_muestra_de_adolescentes_valencianos/link/s/5a8d66f70f7e9b27c5b4ae9f/Analisis-de-la-dimensionalidad-de-la-Escala-de-Autoestima-de-Rosenberg-en-una-muestra-de-adolescentes-valencianos.pdf
- Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., y Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming

- youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), Artículo e20173845.
<https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Artículo 540.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>
- Breslow, A. S., Brewster, M. E., Velez, B. L., Wong, S., Geiger, E., y Soderstrom, B. (2015). Resilience and collective action: Exploring buffers against minority stress for transgender individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 253–265. <https://doi.org/10.1037/sgd0000117>
- Brown, R. C., y Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-Injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19, Artículo 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Bucay, J. (2016). *Cuentos para pensar*. RBA Bolsillo.
- Bucay, J. (2016). *Déjame que te cuente...Los cuentos que me enseñaron a vivir*. RBA Bolsillo.
- Cañón Buitrago, S. C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11(1), 62-67.
<https://www.redalyc.org/pdf/2738/273819434005.pdf>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, ..., Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23, 1-258.
<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Cortés Alfaro, A., Román Hernández, M., Suárez Medina, R., y Alonso Uría, R. M. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(2), Artículo e939. <http://scielo.sld.cu/pdf/aacc/v11n2/2304-0106-aacc-11-02-e939.pdf>

- Cruz Roja Española. (2020). *Sí, hablemos de suicidio Ana Lara: superviviente* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=x3V4AMJVarw&t=36s>
- D'hoore, L., y T'Sjoen, G. (2022). Gender-affirming hormone therapy: An updated literature review with an eye on the future. *Journal of Internal Medicine*, 291(5), 574-592. <https://doi.org/10.1111/joim.13441>
- Dias de Freitas, L., Léda-Rêgo, G., Bezerra-Filho, S., y Miranda-Scippa, Â. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(2), 99-104. <https://doi.org/10.1111/pcn.12947>
- Domínguez Ortiz, E. E., Meza Meza, M., y Cañón, S. (2019). Determinación de los factores de riesgo a la conducta suicida en adolescentes. *Collection of Articles on Medicine*, 1, 1-8. https://www.scipedia.com/public/Ortiz_et_al_2019a#
- Dorado, C. (24 de septiembre de 2020). El árbol de la autoestima. *Blog Isabel Menéndez Benavente. Clínica de psicología*. <https://clinicaisabelmenendez.wordpress.com/2020/09/24/el-arbol-de-la-autoestima/>
- Ducasse, D., Dassa, D., Courtet, P., Brand-Arpon, V., Walter, A., Guillaume, S., Jaussent, I. y Olié, E. (2019). Gratitude diary for the management of suicidal inpatients: a randomized controlled trial. *Depression & Anxiety*, 36(5), 400-411. <https://doi.org/10.1002/da.22877>
- Du Mont, J., Hemalal, S., Kosa, S. D., Cameron, L., y Macdonald, S. (2020). The promise of an intersectoral network in enhancing the response to transgender survivors of sexual assault. *PlosOne*, 15(11), Artículo 0241563. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241563>
- Dubov, A., Fraenkel, L., Goldstein, Z., Arroyo, H., McKellar, D., y Shoptaw, S. (2021). Development of a Smartphone App to Predict and Improve the Rates of Suicidal Ideation Among Transgender Persons (TransLife): Qualitative Study. *Journal of*

Medical Internet Research, 23(3), Artículo e24023.
<http://dx.doi.org/10.2196/24023>

Federación Española de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales [FELGTB]. (2021a). *Guía para el acompañamiento de personas trans jóvenes en los espacios de educación no formal*. <https://felgtb.org/wp-content/uploads/2021/09/guiaseducacionnoformal.pdf>

Federación Española de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales [FELGTB]. (2021b). *Experiencia de las mujeres trans en su proceso de transición médica. Investigación sobre la realidad de las mujeres trans en su proceso de transición médica y la visión de las personas expertas*. <https://felgtb.org/wp-content/uploads/2021/01/experienciamujerestransProcesoTranscionMedica.pdf>

Flórez- Madroñero, A. C., y Prado-Chapid, M. F. (2021). Habilidades sociales para la vida: empatía, relaciones interpersonales y comunicación asertiva en adolescentes escolarizados. *Revista Investigium IRE: Ciencias Sociales y Humanas*, 12(2), 13-26. <https://doi.org/10.15658/10.15658/INVESTIGIUMIRE.221202.02>

Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M. A., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Foncea, D., Espinosa, V., Gorriá, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina-Díaz, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E. y Pérez de Albéniz Iturriaga, A. (2018). Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>

Fonseca-Pedrero, E. y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>

- Galarza, A. L. (2016). Aporte de la psicología positiva a la comprensión y el abordaje de los comportamientos suicidas. *Psicodebate*, 16(1), 9-26. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v16i1.564>
- Garaigordobil, M. (2011). *LAEA Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto: Manual*. TEA.
- García Casuso, S. y Avetín Ballarín, N. (17 de mayo de 2018). Nadie quiere hablar de “asesinato social” cuando el suicidio es de jóvenes trans. *20minutos Blog*. <https://blogs.20minutos.es/1-de-cada-10/2018/05/17/7575/>
- Gimeno, A y Rodríguez, R. (Anfitrión). (2022-presente). *Pipas en el Banco* [Podcast]. Spotify. <https://open.spotify.com/episode/6EzoM4qDyAqU8YmvDp1hb7?si=HgQywXGzRbeNj9bScQihzQ>
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., y Boatman, A. E. (2020). Annual research review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 294–308. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13106>
- Godoy Garraza, L., Kuiper, N., Goldston, D., McKeon, R., y Walrath, C. (2019). Long-term impact of the Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention Program on youth suicide mortality, 2006–2015. *The Journal of Child Psychology Psychiatry*, 60(10), 1142-1147. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13058>
- Gómez Tabares, A. S., Núñez, C., Agudelo Osorio, M. P., y Grisales Aguirre, A. M. (2020). Riesgo e ideación suicidio y su relación con la impulsividad y la depresión en adolescentes escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(54), 147-163. <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.12>
- Griffin, L., Clyde, K., Byng, R., y Bewley, S. (2021). Sex, gender and gender identity: A re-evaluation of the evidence. *BJPsych Bulletin*, 45(5), 291-299. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.73>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Hassan Murad, M., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., y T’Sjoen, G.

- G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Hetrick, S. E., Yuen, H. P., Bailey, E., Cox, G. R., Templer, K., Rice, S. M., Bendall, S., y Robinson, J. (2017). Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with suicide-related behaviour (Reframe-IT): a randomised controlled trial. *Evidence-based Mental Health*, 20(3), 76–82. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102719>
- Huen, J. M. Y., Ip, B. Y. T., Ho, S. M. Y., y Yip, P. S. F. (2015). Hope and hopelessness: the role of hope in buffering the impact of hopelessness on suicidal ideation. *PlosOne*, 10(6), Artículo e0130073. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130073>
- Instituto Nacional de Estadística (2022). *Defunciones según la Causa de Muerte Año 2021 (datos definitivos) y primer semestre 2022 (datos provisionales)*. https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf
- Jiménez Pietropaolo, J., Martín Ulloa, S., Navío Acosta, M., Pacheco Tabuena, T., Pérez-Íñigo Gancedo, J. L., Ptersen Guitarte, G., Robles Sánchez, J. I., Santiago García, P., Tébar del Río, I., Torras García, A., y Villoria Borrego, L. (s.f). *Guía para la detección y prevención de la conducta suicida*. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017859.pdf>
- Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L., y Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students—19 states and large urban school districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67-71. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3>

- de Jonge-Heesen, K. W. J., Rasing, S. P. A., Vermulst, A. A., Scholte, R. H. J., van Ettehoven, K. M., Engels, R. C. M. E., y Creemers, D. H. M. (2021). Secondary outcomes of implemented depression prevention in adolescents: a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Artículo 643632. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.643632>
- King, C. A., Arango, A., Kramer, A., Busby, D., Czyz, E., Foster, C. E., y Gillespie, B. W. (2019). Association of the Youth- Nominated Support Team intervention for suicidal adolescents with 11- to 14-year mortality outcomes: Secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76(5), 492–498. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4358>
- Kirchner, S., Till, B., Plöderl, M., y Niederkrotenthaler, T. (2022). Effects of "It Gets Better" Suicide Prevention Videos on Youth Identifying as Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, or Other Sexual or Gender Minorities: A Randomized Controlled Trial. *LGBT health*, 9(6), 436–446. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0383>
- Kirkland, A., Talesh, S., y Perone, A. K. (2021). Health insurance rights and access to health care for trans people: The social construction of medical necessity. *Law & Society Review*, 55(4), 539-562. <https://doi.org/10.1111/lasr.12575>
- Lamm, E. (2018). Identidad de género. Sobre la incoherencia legal de exigir el sexo como categoría jurídica. *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 8, 230-278. <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/67237/230-278.pdf?sequence=1>
- Londoño Muriel, V., y Cañón Buitrago, S. C. (2020). Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. *Archivos de Medicina*, 20(2), 472-482. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3582>
- Mann, J. J., Michel, C. A., y Auerbach, R. P. (2021). Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *The American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>

- Marco, J. H., García-Alandete, J., Pérez, S., y 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. *Psicología Conductual*, 22(2), 293-305. <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/120322>
- Mirabella, M., Giovanardi, G., Fortunato, A., Senafonte, G., Lombardo, F., Lingiardi, V., y Speranza, A. M. (2020). The body I live in. Perceptions and meanings of body dissatisfaction in young transgender adults: a qualitative study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), Artículo 3733. <https://doi.org/10.3390/jcm9113733>
- Moran, T. E., Yung-Chi Chen, C., y Shick Tryon, G. (2018). Bully victimization, depression, and the role of protective factors among college LGBTQ students. *Journal of Community Psychology*, 46(7), 871– 884. <https://doi.org/10.1002/jcop.21978>.
- Muevecela-Carmona, D. L., y Hernández-Rodríguez, Y. C. (2022). Terapia cognitivo conductual afirmativa para la depresión en adolescentes con disforia de género: revisión sistemática. *Polo del Conocimiento*, 7(4), 1155-1168. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8483019>
- Olivares Rodríguez, J., Macià Antón, D., Rosa Alcázar, A. I., y Olivares-Olivares, P. J. (2014). *Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos*. Pirámide.
- Olmedo, S. (2022). *Pon nombre a lo que te pasa para sentirte mejor* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=0tCAY4c7E-0>
- Pang, K. C., de Graaf, N. M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D. R., Carmichael, P., y Steensma, T. D. (2020). Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender children and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open*, 3(7), Artículo e2011161. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>
- Pérez, S. (2017). *Vestido Nuevo-Corto-LGTB* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=LVdfnQPUYLY&t=727s>

- Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Gutiérrez, A., Elvira-Rey, C., Ortuño-Sierra, J., Díez-Gómez, A., y Fonseca-Pedrero, E. (2023). Orientación sexual, autoestima y rendimiento académico en la adolescencia. *Revista de Educación*, 399, 79-103. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2023-399-562>
- Pérez Enseñat, A., y Moya-Mata, I. (2020). Diversidad en la identidad y expresión de género en Educación Física: Una revisión de la literatura. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 38, 818-823. <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/74195/138727.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Picón Pérez, V., Belloch Mont, N., Puig Pérez, S., y Martínez López, P. (2021). Propuesta de un taller de habilidades socioemocionales y regulación emocional en el aula. *Humanismo y Trabajo Social*, 20, 217-237. <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/14956/8523.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Price-Feeney, M., Green, A. E., y Dorison, S. (2020). Understanding the mental health of transgender and nonbinary youth. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), 684-690. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.11.314>
- Puñales, F. (2018). *Chico Trans-Cortometraje* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=Ze74cyUXFYs>
- Ream, G. L. (2020). An investigation of the LGBTQ+ youth suicide disparity using National Violent Death Reporting System narrative data. *Journal of Adolescent Health*, 66(4), 470-477. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.10.027>
- Roberts, C. M., Kane, R. T., Rooney, R. M., Pintabona, Y., Baughman, N., Hassan, S., Cross, D., Zubrick, S. R., y Silburn, S. R. (2018). Efficacy of the aussie optimism program: promoting pro-social behavior and preventing suicidality in primary school students. A randomised-controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 8, Artículo 1392. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01392>

- Rovira, A. (2020). *Aunque nada cambie, si yo cambio, todo cambia* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=rsztkM2V2SQ>
- Russell, S. T., y Fish, J. N. (2016). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) Youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 465-487. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>.
- Saewyc, E. M., Konishi, C., Rose, H. A., y Homma, Y. (2014). School-based strategies to reduce suicidal ideation, suicide attempts, and discrimination among sexual minority and heterosexual adolescents in western Canada. *Journal of Child, Youth & Family Studies*, 5(1), 89-112. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs.saewyce.512014>
- Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J. A., y García-León, A. (2018). Variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 221-229. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.19106>
- Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35(2), 181-192. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2438.pdf>
- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A., Sarhani-Robles A., y Sarhani-Robles, M. (2022). Adaptation of the suicide attempt resilience scale (SRSA-18, Spanish version) for adolescents. *BJPsych Open*, 8(6), Artículo E193. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.601>
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., y James, A. (2016). The SOS suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention Science*, 17(2), 157-166. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0594-3>

- Soto-Sanz, V., Piqueras, J. A. Rodríguez-Marín, J., Pérez-Velázquez, M. T., Rodríguez-Jiménez, T., Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Roca, M., Lagares, C., y Alonso, J. (2019). Self-esteem, and suicidal behaviour in youth: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psicothema*, 31(3), 246-254. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.339>
- Statistics Canada (2022, Abril 27). Canada is the first country to provide census data on transgender and non-binary people. *The Daily*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.htm>
- Sua, I. (2020). *Hablemos de suicidios en personas trans/Ian Sua #ftm* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=dLV9EwdJtW0>
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N., y Eisenberg, M. E. (2019). Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 203–221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>
- Tankersley A. P., Grafsky, E. L., Dike, J., y Jones, R. T. (2021). Risk and resilience factors for mental health among transgender and gender nonconforming (TGNC) youth: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24, 183-206. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00344-6>
- Ugueto, A. M., y Lucassen, M. F. (2022). Differences in suicidality and psychological symptoms between sexual and gender minority youth compared to heterosexual and cisgender youth in a psychiatric hospital. *Children and Youth Services Review*, 138, Artículo 106504. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106504>
- Veale, J. F., Watson, R. J., Peter, T., y Saewyc, E. M. (2017). Mental health disparities among Canadian transgender youth. *Journal of Adolescent Health*, 60(1), 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.014>
- Vejar-Barra, M., y Ávila-Contreras, J. (2020). Emociones de estudiantes de tercer año básico en el contexto de las evaluaciones escritas en educación matemática.

Revista de Pedagogía Crítica, 23, 47-68.
<https://doi.org/10.25074/07195532.23.1652>

Vigara Rey, L., Cañete Pérez-Serrano, P., Gómez Carrasco, J. A., Ruiz Murugarren, S., y Fernández Leal, A. (2019). Daño autoinducido e ideación suicida en adolescentes: Perfil de los pacientes y factores de riesgo. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 4(2), 12-19.
<https://doi.org/10.37536/RIECS.2019.4.2.149>

de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H., y Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, 134(4), 696-704.
<https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>

Walls, N. E., Atteberry-Ash, B., Kattari, S. K., Peitzmeier, S., Kattari, L., y Langenderfer-Magruder, L. (2019). Gender identity, sexual orientation, mental health, and bullying as predictors of partner violence in a representative sample of youth. *Journal of Adolescent Health*, 64(1), 86-92.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.08.011>

Walters, M. A., Paterson, J., Brown, R., y McDonnell, L. (2020). Hate crimes against trans people: assessing emotions, behaviors, and attitudes toward criminal justice agencies. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(21-22), 4583-4613.
<https://doi.org/10.1177/0886260517715026>

Wang, Y., Feng, Y., Han, M., Duan, Z., Wilson, A., Fish, J., Sun, S., y Chen, R. (2021). Methods of attempted suicide and risk factors in LGBTQ+ youth. *Child Abuse & Neglect*, 122, Artículo 105352. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105352>

Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H..., Carli, V. (2015). School-based suicide prevention

- programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
- White, A., Moeller, J., Ivcevic, Z., Brackett, M., y Stern, R. (2018). LGBTQ adolescents' positive and negative emotions and experiences in U.S. high schools. *Sex Roles*, 79, 594-608. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0885-1>
- World Health Organization. (2021). *LIVE LIFE. An implementation guide for suicide prevention in countries*. Autor.

6. Anexos.

6.1. Anexo 1.

Tabla de presentación.

Nombre	Color	Adjetivo	Animal	Ambiente/Paisaje.
--------	-------	----------	--------	-------------------

Instrucciones:

1. La siguiente tabla deberá ser completada con las palabras que vosotros utilizaríais si tuvierais que definiros como un color ¿qué color seríais?
2. Si tuvierais que elegir un adjetivo que os representa ¿cuál sería?
3. De todos los animales que existen en el planeta, ¿cuál podría representar cómo os veis a vosotros mismos?
4. Por último, valorando la gran diversidad de ecosistemas que existen en el planeta, ¿qué paisaje podría representaron más?
5. A continuación, me gustaría que compartierais lo expuesto en la tabla con el grupo.

6.2. Anexo 2.

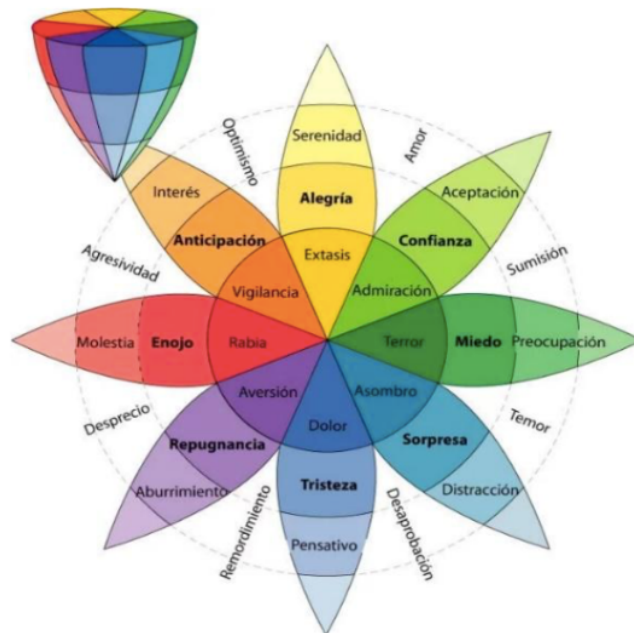
Las situaciones son las siguientes:

- Llegas a casa después del instituto tras haber discutido con una amiga. Tus padres te preguntan qué ocurre y cuando comienzas a contarlo pasan de ti y te dicen que hay cosas más importantes en la vida que eso.
- Has quedado con tus amigas como cada tarde de viernes y, al ver tu cara te pregunta qué ha ocurrido, cuando estás hablando ellas te escuchan muy atentamente, te hacen preguntas y resumen la información para ver si han comprendido bien todo lo que les estás contando.
- En una reunión familiar, tu tía que ves muy esporádicamente te pregunta si ya tienes novio/novia y dice la siguiente frase “porque a ti ¿qué es exactamente lo que te gusta?”

- Vas andando por la calle y notas como las personas a tu paso cuchichean y te miran.
- Es la hora de ducharte, entras al baño, te desnudas y te miras al espejo.
- Tienes cita con el psiquiatra/endocrino/psicólogo clínico, llegas al hospital/centro de salud y te sientas en la sala de espera. Cuando estás allí antes de que te llamen te sientes.....

Para facilitar el desarrollo de esta actividad, se expone la rueda de las emociones.

Rueda de las emociones.



Nota. Rueda de las emociones de Plutchik (Vejar-Barra y Ávila-Contretas, 2020).

6.3. Anexo 3.

Ejemplo de autorregistro.

Pensamiento	Pruebas	Emociones	Alternativas	Viabilidad	Elección
<i>Mis amigos no me valoran como yo a ellos.</i>	<i>No me acompañan al médico cuando se lo pido.</i>	<i>Tristeza, decepción, frustración.</i>	<i>Mis amigos no me acompañan porque también tienen una vida y tiene que hacer sus cosas, no porque no les importe. Cuando salgo del médico siempre me llaman o me preguntan por lo que algo les interesa. Es posible que ir al médico no sea un entorno agradable para ellos y por eso prefieren no acompañarme, pero no es porque no les interese.</i>	<i>Todas las opciones son posibles dado que siempre comentan que están muy atareados y que evitan casi siempre acudir al médico a pesar de estar muy enfermos.</i>	<i>No es que no me valoren, sino que las circunstancias de la vida les impiden acompañarme, además me preguntan cuando salgo del médico por cómo me ha ido por lo que algo les tengo que importar.</i>

6.4. Anexo 4.

Resumen sesión habilidades sociales.

TAREA DE HABILIDADES SOCIALES.

COMUNICACIÓN:

- Comunicar mensaje desde el yo
- Empatizar e intentar ver la situación desde el punto de vista del otro.
- Preguntar a la persona por posibles soluciones y proponer.
- Valorar cualquier cambio de la persona a partir de la conversación
- POSITIVO-NEGATIVO-POSITIVO.

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN: evaluar la situación para que sea lo más idónea posible para la conversación (entorno relajado o “normal”), evitar situaciones donde la persona esté alterada o muy relajada, entornos públicos o sociales.

6.5. Anexo 5.

Listado de adjetivos.

Soy una persona...

1	Guapa, atractiva	0	1	2	3	4
2	Fuerte físicamente	0	1	2	3	4
3	Ágil	0	1	2	3	4
4	Sana	0	1	2	3	4
5	Deportista	0	1	2	3	4
6	Elegante	0	1	2	3	4
7	Seductora	0	1	2	3	4
8	Limpia	0	1	2	3	4
9	Confiada	0	1	2	3	4
10	Cooperativa	0	1	2	3	4
11	Cariñosa, afectuosa	0	1	2	3	4
12	Generosa, altruista	0	1	2	3	4
13	Sincera, franca	0	1	2	3	4
14	Tolerante	0	1	2	3	4
15	Sociable, comunicativa	0	1	2	3	4
16	Compasiva, comprensiva	0	1	2	3	4
17	Solidaria	0	1	2	3	4
18	Leal, fiel	0	1	2	3	4
19	Amistosa, simpática	0	1	2	3	4
20	Servicial	0	1	2	3	4
21	Educada	0	1	2	3	4
22	Apreciada por los demás	0	1	2	3	4
23	Confiable, digna de confianza	0	1	2	3	4
24	Cordial, cortés	0	1	2	3	4
25	Optimista	0	1	2	3	4
26	Pacífica, no agresiva	0	1	2	3	4
27	Alegre, divertida	0	1	2	3	4
28	Tranquila, relajada	0	1	2	3	4
29	Valiente	0	1	2	3	4
30	Segura de mí misma	0	1	2	3	4
31	Buena	0	1	2	3	4
32	Feliz	0	1	2	3	4
33	Expresiva emocionalmente	0	1	2	3	4

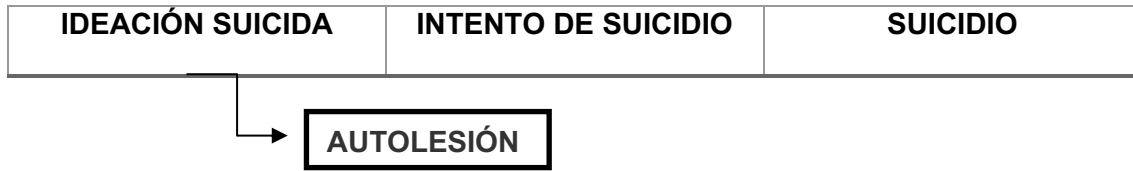
34	Sensible, sentimental	0	1	2	3	4
35	Activa, dinámica	0	1	2	3	4
36	Responsable	0	1	2	3	4
37	Decidida	0	1	2	3	4
38	Reflexiva	0	1	2	3	4
39	Con sentido del humor	0	1	2	3	4
40	Constante, perseverante, tenaz	0	1	2	3	4
41	Independiente	0	1	2	3	4
42	Estable, equilibrada	0	1	2	3	4
43	Madura, fuerte emocionalmente	0	1	2	3	4
44	Admirable, elogiabile	0	1	2	3	4
45	Satisfecha conmigo misma	0	1	2	3	4
46	Flexible	0	1	2	3	4
47	Racional	0	1	2	3	4
48	Honrada, honesta, moral	0	1	2	3	4
49	Inteligente, lista	0	1	2	3	4
50	Creativa, imaginativa, original	0	1	2	3	4
51	Curiosa, con amplios intereses	0	1	2	3	4
52	Observadora	0	1	2	3	4
53	Organizada, ordenada en el trabajo o en tareas académicas	0	1	2	3	4
54	Con buena memoria	0	1	2	3	4
55	Mentalmente rápida	0	1	2	3	4
56	Capaz, competente en el trabajo o en tareas académicas	0	1	2	3	4
57	Trabajadora, estudiosa	0	1	2	3	4

Nota. Ejemplos de adjetivos (Garaigordobil, 2011).

6.6. Anexo 6.

Aspectos básicos sobre suicidio.

- Continuo entre ideación suicida, suicidio, intento de suicidio y autolesión.



- Tabla con los mitos sobre el suicidio (Cortes Alfaro et al., 2021).

MITOS DEL SUICIDIO.
1. Preguntar a una persona que tiene pensamientos negativos o ideación suicida, si está pensando en hacerlo, aumenta la probabilidad de que cometa suicidio.
2. Si la persona expresa abiertamente que quiere suicidarse nunca lo hará.
3. Cuando alguien se va a suicidar lo hace en silencio.
4. Las personas que se suicidan lo hacen de manera impulsiva, casi sin pensar.
5. Las personas con trastornos mentales graves son las que se suicidan.
6. La principal razón por la que las personas se suicidan es para llamar la atención.
7. Cuando alguien ha conseguido superar un intento de suicidio, nunca más lo va a volver a intentar.

- Factores de riesgo y de protección.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Trastornos mentales (depresión principalmente, TLP, Antisocial o anorexia nerviosa). Baja capacidad para resolver problemas. Pensamiento rígido o dicotómico. Intentos de suicidio previos.	Autoconcepto positivo. Falta de rigidez cognitiva Autorregulación emocional Esperanza o razones para vivir. Fomentar la gratitud o la perseverancia en situaciones complicadas.

<p>Aislamiento social/bullying.</p> <p>Maltrato infantil, problemas constantes en el hogar.</p> <p>Vivir en áreas rurales o donde existen muchos delitos de odio contra la comunidad LGBT.</p>	<p>Buena conexión familiar.</p> <p>Políticas inclusivas de la población LGBT en los colegios.</p> <p>Psicoeducación sobre el comportamiento suicida.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Señales de alerta.

Señales de alerta verbales

- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o sobre su vida.

p.e. "No valgo para nada", "Esta vida es un asco", "Mi vida no tiene sentido", "Estaríais mejor sin mí", "Soy una carga para todo el mundo", "Toda mi vida ha sido inútil", "Estoy cansado de luchar".

- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre su futuro.

p.e. "Lo mío no tiene solución", "Quiero terminar con todo", "Las cosas no van a mejorar nunca".

- Despedidas verbales o escritas.

p.e. "Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho".

- Comentarios o verbalizaciones relacionadas con el acto suicida o la muerte.

p.e. "Me gustaría desaparecer", "Quiero descansar", "No deseo seguir viviendo", "Me pregunto cómo sería la vida si estuviese muerto", "Quiero quitarme la vida pero no sé cómo", "Nadie me quiere y es preferible morir", "No merece la pena seguir viviendo", "Después de pensar mucho ya se cómo quitarme de en medio".

- Cambio repentino en su conducta. Este cambio puede ir en dos sentidos:
 - Aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual.
 - Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. Considerar esta situación como una mejoría de la persona podría ser un error; puede constituir una señal de peligro de riesgo inminente.
- Aparición de lesiones recientes en alguna de parte del cuerpo.
- Regalar objetos muy personales, preciados y queridos.
- Cerrar asuntos pendientes.
- Preparación de documentos para cuando uno no esté (p.e. testamento, seguro de vida, etc.).

Nota. Señales de alerta (Jiménez Pietropaolo et al., s.f).

6.7. Anexo 7.

Ejercicio de relajación.

El ejercicio de respiración tiene una duración aproximada de 2-3 minutos y deberá ser repetido un mínimo de dos veces con periodos de descanso de 1 minuto entre ejercicios. Antes de comenzar el ejercicio, es importante que la persona se encuentre en un lugar cómodo y que no sea interrumpida. El ejercicio consta de tres partes: inspiraciones, espiraciones y combinación entre ambas a turnos alternos (Olivares Rodríguez et al., 2014).

En primer lugar, se comenzarán a realizar inspiraciones, llevando el aire hasta la parte baja de los pulmones, colocando una mano sobre por debajo del ombligo y otra en el estómago, moviéndose tras la respiración solo la mano situada por debajo del ombligo. A continuación, se vuelven a colocar las manos en el mismo lugar, pero el aire deberá llevarse a la parte media y baja de los pulmones, esperando un movimiento de ambas manos no simultáneamente. Después, tras situar las manos en la misma posición llevaremos el aire a la parte baja, media y alta de los pulmones, encontrando un movimiento de ambas manos y el pecho. En segundo lugar, se trabajará la espiración. En esta ocasión, se pedirá a los participantes que inspiren normal pero que, cuando espiren coloquen los labios entreabiertos y lo realicen de manera pausada, controlada y a un ritmo constante. Por último, practicaremos la fase de alternancia donde la persona deberá inspirar y espirar según lo ensayado (Olivares Rodríguez et al., 2014).

6.8. Anexo 8.

Recursos de ayuda especializados en población transgénero.

RECURSOS DE AYUDA.

- CHRYSALLIS: asociación de familias de infancia y juventud trans.
<https://chrysallis.org>
- NAIZEN: asociación de familias de menores transexuales.
<https://naizen.eus>
- Teléfono de la esperanza: 717 003 717
- Fundación ANAR: 91 726 27 00
- Cruz Roja Te Escucha: 900 107 917
- Transexualia: asociación española de transexuales.
<http://transexualia.org/servicios/>
- Línea de ayuda a la conducta suicida: 024.