

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER LA RESILIENCIA EN ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA RELACIONADA CON LA COVID-19

Presentado por: D^a Lara Viñuelas Ayuso

Tutora académica: Dra. Helena Garrido Hernansaiz

Alcalá de Henares, 9 de marzo de 2022

ÍNDICE

Resumen / Abstract / Palabras clave / Key words.....	3
1. Introducción y justificación.....	4
2. Objetivos e hipótesis del TFM.....	4
3. Marco teórico.....	5
3.1. Impacto de la COVID-19 en la salud mental.....	5
3.2. Definición y prevalencia del suicidio y las autolesiones.....	6
3.3. Factores que intervienen en la ideación suicida y los intentos autolesivos.....	7
3.4. La resiliencia como factor en la prevención.....	10
3.5. Programas de intervención previos.....	11
4. Metodología de investigación.....	19
4.1. Fuentes de información empleadas.....	19
4.2. Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores.....	19
5. Propuesta de intervención.....	20
5.1. Presentación de la propuesta.....	20
5.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta.....	21
5.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta.....	21
5.4. Metodología y recursos.....	22
5.4.1. Principios metodológicos básicos.....	22
5.4.2. Fórmulas organizativas.....	23
5.4.3. Recursos generales.....	24
5.5. Tareas / sesiones.....	25
5.6. Cronograma de aplicación.....	33
5.7. Evaluación de la propuesta.....	33
6. Conclusiones.....	37
7. Referencias bibliográficas.	38
8. Anexos.....	47

Resumen

El objetivo de esta propuesta de intervención es diseñar un programa que fomente la resiliencia y otros factores de protección, como la esperanza, la autoestima, la comunicación y habilidades sociales, de afrontamiento, toma de decisiones y resolución de problemas, tras la aparición o incremento de ideación suicida y conductas autolesivas o suicidas relacionadas con la COVID-19, así como la prevención de su reaparición en adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 18 años. El programa tiene un diseño pre-post con seguimiento y se desarrolla en 8 sesiones semanales de 1 hora de duración durante 2 meses, añadiendo 2 sesiones de seguimiento a los 6 y 12 meses de su finalización.

Palabras clave: ideación suicida, suicidio, autolesión, COVID-19, adolescentes y resiliencia.

Abstract

Following the appearance or increase of suicidal ideation and self-injurious or suicidal behaviors related to COVID-19 in adolescents between the ages of 12 and 18 the objective of this intervention proposal is to design a program that prevents its reappearance through the promotion of resilience and other protective factors such as hope, self-esteem, communication and social skills, coping, decision-making, and problem solving. The program has a pre-post design with one follow-up and it is developed in 8 weekly sessions of 1 hour duration for 2 months, adding 2 follow-up sessions 6 and 12 months after completion.

Keywords: suicidal ideation, suicide, self-harm, COVID-19, teenagers and resilience.

1. Introducción y justificación.

La pandemia de la COVID-19 ha tenido graves repercusiones en la salud mental de las personas debido tanto a factores como el miedo y el estrés por la transmisión y contagio del virus como las consecuencias derivadas de las medidas de contención de este, como el aislamiento social y la disminución de conexiones interpersonales y la falta de apoyos, provocando así sentimientos de soledad y elevada angustia que han desembocado, en muchas ocasiones, en comportamientos de riesgo relacionados con el suicidio y las conductas autolesivas, destacando su prevalencia en la población más joven (Melhem y Brent, 2021).

Por ello, se pretende establecer una propuesta de intervención destinada al fomento de la resiliencia y los factores de prevención implicados en las conductas suicidas y autolesivas desarrolladas a partir de estos acontecimientos, para así lograr reducirlas y prevenirlas ante futuras situaciones de estrés, como el posible incremento de los contagios por la COVID-19 u otras catástrofes.

Debido a las medidas de protección frente a la COVID-19, son numerosas las noticias que se han retransmitido en los telediarios acerca del incremento de tasas de suicidio en esta población, por lo que parece necesario el desarrollo e implantación de intervenciones con el fin de reducir esas elevadas tasas y aumentar la resiliencia de los jóvenes, pues se encuentran en una etapa vulnerable en la que el aislamiento social podría repercutir en su construcción de la identidad y salud mental. Además, la pandemia por la COVID-19 es un acontecimiento aún reciente, por lo que la existencia de programas adaptados para este tipo de situaciones es todavía escasa, motivo relevante en el desarrollo de la presente propuesta de intervención.

2. Objetivos e hipótesis del TFM.

El objetivo principal del presente trabajo es diseñar un programa que promueva la resiliencia tras la aparición o incremento de ideación suicida o intentos autolesivos relacionados con la COVID-19, así como la prevención de estos en adolescentes.

Los objetivos específicos son:

- Definir los conceptos necesarios para un buen entendimiento tanto de los factores que intervienen en el suicidio como de las autolesiones y para poder realizar posteriormente una correcta propuesta de investigación.
- Analizar el aumento de ideación suicida y autolesiones en jóvenes hasta la actualidad en relación con la pandemia COVID-19.
- Comparar investigaciones y propuestas de intervención previas que estén relacionadas con el aumento de casos con ideación suicida e intentos autolesivos en relación con la COVID-19. Recopilar y comparar la eficacia, fortalezas, debilidades y limitaciones de las mismas.
- Realizar una propuesta de intervención que tenga en cuenta los puntos fuertes y débiles de los programas previos, destinada a promover la resiliencia tras estos acontecimientos y prevenir su futura posible reaparición.

3. Marco teórico

3.1. Impacto de la COVID-19 en la salud mental.

Como consecuencia de la aparición de un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2 que causa un síndrome respiratorio agudo severo denominado COVID-19, se implementaron, a nivel mundial, restricciones para el movimiento social y la actividad humana, como el aislamiento social y confinamiento durante los primeros meses de pandemia, ya que para este virus no había un tratamiento médico específico y es altamente letal, lo que ha llevado a consecuencias significativas para la salud física y mental de las personas (Gabarrell-Pascuet et al., 2021; Killgore et al., 2020).

Las emergencias humanitarias tales como pandemias, huracanes u otras catástrofes y unos factores de riesgo y de protección inadecuados pueden llegar a desembocar en problemas para la salud mental de las personas y aumentar su vulnerabilidad (Samji et al., 2021). La situación mencionada de confinamiento indefinido y restricciones sociales se ha relacionado con un aumento de la ansiedad, el estrés, la depresión, la angustia

emocional y el insomnio. También se ha asociado con un aumento del sentimiento de soledad debido al aislamiento social al que la población se ha visto sometida. Dicho aislamiento ha disminuido la conexión interpersonal e identidad social, factores de riesgo para la aparición de ideaciones suicidas (Antonelli-Salgado et al., 2021; Bryan et al., 2020; Killgore et al., 2020). En efecto, Fountoulakis et al. (2021) encontraron en su estudio que los pensamientos suicidas aumentaron un 10,4% durante el confinamiento por la COVID-19.

Balluerka et al. (2020) también reflejan estas consecuencias sobre la población española en su investigación, donde el 46,7% de los participantes informó haber experimentado malestar psicológico en este periodo de tiempo. Dicho malestar afectó en mayor medida al género femenino, donde el 12% refiere haber experimentado mucho aumento del malestar, frente al 6,8% del género masculino. Además, el malestar fue mayor a menor edad, encontrándose el mayor incremento de malestar (53%) en las personas de 18 a 34 años.

Según Loades et al. (2020) y Murata et al. (2021), y en concordancia con los datos anteriores, el sentimiento de soledad provocado por las medidas impuestas de aislamiento del confinamiento parece ser más problemático en personas jóvenes, pues en estas edades el grupo de iguales cobra mayor relevancia en las vidas de las personas, está involucrado en la construcción de la propia identidad y representa un importante apoyo durante esta etapa, lo que hace a los jóvenes más vulnerables ante esta soledad provocada.

3.2. Definición y prevalencia del suicidio y las autolesiones.

El comportamiento suicida abarca tanto la ideación suicida, es decir los pensamientos de poner fin a la vida de uno mismo, como cualquier conducta autolesiva (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021). Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019), alrededor de 700.000 personas mueren al año por suicidio y, además, por cada suicidio que se realiza ocurren más de 20 intentos de suicidio de otras personas. Actualmente

el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años en los países desarrollados, siendo esta superada únicamente por los accidentes (Ougrin, 2020). Hermsillo-de-la-Torre et al. (2021) indican que entre el 9 y el 20% de los adolescentes y adultos jóvenes han tenido un intento de suicidio anterior a la COVID-19 y, durante el confinamiento, el 21% de las personas experimentaron comportamiento suicida, el 11% tuvieron un intento suicida de baja letalidad y aproximadamente el 4% lo tuvieron de alta letalidad; además, el 6% reportaron conductas autolesivas (Hermsillo-de-la-Torre et al., 2021). Asimismo, según Murata et al. (2021), el 37% de los jóvenes entre 13 y 18 años informó haber tenido ideación suicida y el 1,7% intentó suicidarse desde la COVID-19, teniendo todos en común como factor predictor la soledad, la cual está asociada a un aumento de la mortalidad, morbilidad sintomatología ansioso-depresiva e ideación suicida y autolesiva en esta población.

Según Ougrin (2020), otro de los mayores predictores del suicidio son las autolesiones previas, las cuales han aumentado peligrosamente entre los jóvenes los últimos años y aún más notoriamente en el inicio de la pandemia de la COVID-19. Balluerka et al. (2020) exponen que, en término medio, el 4,4% de hombres y el 4,7% de mujeres habían tenido un aumento de ideas autolíticas en el periodo del confinamiento. En la misma línea, Tanner et al. (2014) investigan y definen las autolesiones no suicidas como comportamiento de riesgo por el que se destruye el propio tejido corporal sin intención suicida, que puede desembocar en futuras autolesiones y suicidios, y que prevalece sobre la población adolescente con elevada angustia psicológica.

3.3. Factores que intervienen en la ideación suicida y los intentos autolesivos.

La ideación suicida se relaciona directamente con el comportamiento suicida, por lo que es imprescindible la detección de esta para una rápida prevención del suicidio (Tasnim et al., 2020). Calati et al. (2019) investigaron la relación entre el aislamiento social y los pensamientos y comportamientos suicidas, obteniendo como resultado una alta asociación entre estar solo y el sentimiento de soledad con la ideación suicida,

especialmente en personas jóvenes. Asimismo, Imaz et al. (2020) identifican el aislamiento social como un factor de riesgo significativo para el suicidio. En el estudio de Balluerka et al. (2020), el incremento de ideación autolítica durante el periodo de confinamiento fue de un 1% en personas que convivían con amigos o compañeros, un 3,8% en las personas que vivían con su pareja sentimental y un 5,9% en las personas que vivían solas, lo que muestra un mayor riesgo por aislamiento en este último grupo. El miedo a la COVID-19, respaldado por las continuas noticias desoladoras (y, en ocasiones, erróneas) proporcionadas por los medios de comunicación (Satici et al., 2020) y las respectivas restricciones han repercutido en la calidad de vida de las personas a nivel emocional, académico, financiero, social, físico y mental, lo que a su vez ha llevado a muchas personas a plantearse y realizar comportamientos de riesgo poniendo en peligro su integridad física (Burke et al., 2021). Así, Tasnim et al. (2020) exponen que una manera de aliviar los estados de ánimo negativos que utilizan muchas personas es su participación en conductas adictivas como el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, lo cual también estaría directamente relacionado con un aumento de la ideación suicida, ya que el riesgo de mortalidad por suicidio es mayor en personas con uso de sustancias o con trastornos por uso de sustancias.

Tanto Iob et al. (2020) como Tasnim et al. (2020) muestran que otros factores de riesgo para la ideación suicida son un bajo nivel socioeconómico, haber experimentado eventos traumáticos, especialmente en la vida temprana (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021), disponer de antecedentes familiares de suicidio o depresión, pertenecer al género femenino (Tasnim et al., 2020), la presencia de antecedentes de intentos suicidas (especialmente en población joven; Fountoulakis et al., 2021), la presencia de trastornos mentales y la exposición a la violencia física y / o sexual en el hogar (Hoekstra, 2020). Según Thakur y Jain (2020), la discriminación social por la portabilidad del virus también estaría relacionada con la ideación y comportamiento suicida, así como la situación de crisis económica simultánea a la COVID-19 que conllevaría desempleo y pobreza, provocando pánico, sensación de inutilidad y

desesperanza en la población e impulsando a esta a unas mayores tasas de intentos de suicidio. Además de los factores de riesgo expuestos, el afecto negativo y la baja autoestima aumentarían también el riesgo de comportamientos suicidas (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021).

Tanner et al. (2014) indagaron sobre los factores que intervienen en las autolesiones no suicidas, donde la rumiación representa un factor de riesgo, ya que se puede utilizar la autolesión como método distractor de esta. El optimismo, por otro lado, constituye un factor protector, puesto que disminuye la percepción de las situaciones estresantes como amenazantes o negativas y dota al individuo de creencias positivas respecto al futuro, lo que reduce la probabilidad de aparición de ideación autolítica o suicida, ya que interviene sobre la desesperanza e influye en la percepción de la adversidad de forma más transitoria, llevando al individuo a elegir estrategias más adaptativas y saludables frente a la adversidad. Otros factores protectores ante comportamientos suicidas son la disponibilidad de un apego seguro (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021), una activa participación educativa parental (Cheng et al., 2021) y el apoyo social, el cual debido a la situación de confinamiento se ha visto reducido a la vía de las comunicaciones en línea en muchas ocasiones (Satıcı et al., 2020; Plener, 2021).

El dolor mental, el cual representa un estado intenso de dolor y angustia psicológica que se relaciona con aspectos cognitivos y emocionales negativos del yo y se deriva de la diferencia entre el “yo real” y el “yo ideal” y, según Landi et al. (2021), la intensidad de este, así como la conciencia de la responsabilidad de uno mismo sobre el malestar emocional, son predictores del riesgo suicida y de las conductas desadaptativas ante situaciones de estrés. Sin embargo, la tolerancia a este dolor mental es un factor protector que, además, fomenta la resiliencia.

Debido a las consecuencias adversas descritas relacionadas con la COVID-19, la prevención del suicidio es primordial, así como el desarrollo de estrategias para mejorar la resiliencia individual, el afrontamiento del estrés y la implementación de apoyos económicos y de soporte (Casamayor et al., 2021; Imaz et al., 2020).

3.4. La resiliencia como factor en la prevención.

La resiliencia se define como la capacidad recuperarse rápidamente y volver al funcionamiento cotidiano después de exponerse a un acontecimiento vital estresante (Satici et al., 2020). Esta capacidad puede haberse visto afectada tras la aparición de la COVID-19, la cual podría haber aumentado la vulnerabilidad de la población (Sadati et al. 2020). Factores como el miedo, el pánico, la ansiedad o el estrés derivados de la pandemia pueden afrontarse de manera más efectiva si se cuenta con una fuerte resiliencia, la cual a su vez se asocia con el bienestar y con la felicidad. En la misma línea, la esperanza también representa un factor protector ante la COVID-19, pues comprende expectativas positivas ante el futuro y es la creencia de que es posible encontrar vías para alcanzar las metas deseadas y la motivación para recorrer las diferentes vías, así como para encontrar soluciones alternativas al problema y aplicarlas. Si las personas gozan de esperanza y capacidad de resiliencia tendrán menos posibilidades de experimentar las consecuencias psicológicas negativas derivadas de la pandemia y dispondrán de un mayor nivel de felicidad, así como una mayor protección de su salud mental (Satici et al., 2020). Asimismo, los pensamientos y comportamientos suicidas serán mucho más débiles en personas con un bajo nivel de desesperanza y una alta resiliencia (Knowles et al., 2021).

Otro factor protector y, a su vez, fuertemente relacionado con la resiliencia es la flexibilidad psicológica, que se define como la capacidad para estar abierto a la experiencia interna presente y modificar los propios comportamientos como respuesta a las diferentes circunstancias de cada situación e involucrando los valores personales (Pakenham et al., 2020). Además, Pakenham et al. (2020) exponen que este recurso se relaciona con una mejor salud mental y modera su relación con los factores de riesgo que derivan de la pandemia de la COVID-19, así como fomenta una mayor resiliencia a experiencias adversas.

Como se ha comentado, la pandemia de la COVID 19 ha tenido graves repercusiones en la salud mental de la población, especialmente en las personas más jóvenes ya que,

por diversos motivos asociados a su edad y momento vital, son más vulnerables a factores como el aislamiento social, la soledad, la discriminación social o el miedo provocado por el contagio a la COVID-19, desembocando en un aumento de las ideaciones suicidas o autolesivas entre estos, pudiendo tomar medidas desadaptativas como la autolesión o el propio suicidio para acabar con su sufrimiento.

Por estas consecuencias es importante la implantación de programas preventivos a este tipo de conductas que promuevan la resiliencia y los factores de protección que se han demostrado eficaces en investigaciones previas como el optimismo, la tolerancia al dolor mental, la esperanza, la autoestima, el apego seguro y el apoyo social principalmente.

3.5. Programas de intervención previos.

Son varios los estudios y programas que afirman que, tanto la resiliencia como los diversos factores de protección mencionados en el apartado anterior, intervienen de forma protectora ante acontecimientos traumáticos o que generen una elevada angustia y que, frecuentemente, desembocan en pensamientos y conductas autolesivas o suicidas.

Por esto, se van a exponer a continuación diversos programas (ver Tabla 1) destinados a la prevención e intervención sobre este tipo de conductas desadaptativas y diseñados para fomentar la resiliencia, la esperanza, la satisfacción con la vida, la autoestima y la autovalía, para prevenir sintomatología ansioso-depresiva y para entrenar a los adolescentes en habilidades socioemocionales, cognitivas, de comunicación y afrontamiento. Para ello se utilizan diversas técnicas, cuya eficacia se va a indicar a continuación.

Tabla 1.*Programas de intervención previos*

Autor y año	Características	Muestra	Resultados	Fortalezas y debilidades
Roberts et al. (2018)	Reducción y prevención de la ansiedad, la depresión e ideación o comportamiento suicida fomentando la resiliencia y las habilidades socioemocionales y cognitivas a través del "Aussie Optimism Program" (AOP), basado en la TCC.	N= 2288 de 9 a 13 años	Disminuyó la ideación suicida en comparación al grupo control, el cual solo recibió lecciones regulares de educación para la salud.	<u>Fortalezas:</u> intervención preventiva eficaz para la inoculación de la población o para grupos indicados en las escuelas. Incluye grupo control, capacitación y entrenamiento de docentes y un programa de formación para familias. Incluye 12 meses de seguimiento. <u>Debilidades:</u> La implementación duró 2 años, tuvo escasa individualización, no se incluye el optimismo ni se evalúa la autolesión no suicida ni la suicidalidad. Análisis de un pequeño número de trastornos de internalización.
De Jonge-Heesen et al. (2021)	Prevención sobre los síntomas relacionados con la depresión: ansiedad, suicidio, síntomas somáticos y perfeccionismo a través del "Op Volle Kracht" 2.0 (OVK 2.0) basado en la TCC.	N= 130 de 12 a 16 años	No se encontraron diferencias significativas entre la intervención y la condición de control en la tendencia suicida, disminuyendo levemente la suicidalidad en la condición de control, en la que se aplicó psicoeducación.	<u>Fortalezas:</u> diseño longitudinal, inclusión de un grupo de control activo, se trata de una intervención preventiva. Incluye seguimiento de 6 y 12 meses. <u>Debilidades:</u> la tendencia suicida no se redujo en el grupo de la intervención. No se incluyeron técnicas para favorecer la búsqueda de ayuda, el apoyo social y la conducta de seguridad.

Autor y año	Características	Muestra	Resultados	Fortalezas y debilidades
Marqués et al. (2011)	Fomento de la esperanza, la satisfacción con la vida, la autoestima, la salud mental y el rendimiento académico a través del programa "Building Hope for the Future", que integra técnicas basadas en soluciones, narrativas y TCC.	N= 62 de 10 a 12 años	Aumentó la esperanza, la satisfacción con la vida y la autoestima, pero las puntuaciones de salud mental no fueron significativas.	<u>Fortalezas:</u> bajo costo, breve (5 semanas), incluye un grupo de comparación sin intervención, grupo de padres y docentes. Mantenimiento de resultados 18 meses. <u>Debilidades:</u> no se incluye un diseño de ensayo de control aleatorio, la muestra es pequeña y mayoritariamente femenina. No evalúa la ideación y conductas autolesivas ni suicidas.
Stallard y Buck (2013).	Prevención de la depresión y promoción de la resiliencia dentro del contexto educativo mediante "The Resourceful Adolescent Programme (RAP)", basado en una la TCC.	N= 834 de 12 a 16 años	Aumentó la autoestima, conciencia emocional y pensamiento positivo. Los síntomas de bajo estado de ánimo y depresión disminuyeron en todos los grupos.	<u>Fortalezas:</u> el programa se desarrolla en la escuela, facilitando su accesibilidad. Incluye grupo de comparación en el que se brinda educación personal, social y de salud. Incluye seguimiento de 12 meses. <u>Debilidades:</u> el programa presta más atención a la accesibilidad de este que a su eficacia. No evalúa la ideación y conductas autolesivas ni suicidas.

Autor y año	Características	Muestra	Resultados	Fortalezas y debilidades
Quintana et al. (2007)	Entrenamiento de la autovalía para promover la resiliencia y prevenir conductas violentas a través de un taller basado en la TRE de Albert Ellis.	N= 115 de 14 a 16 años	Se aumentaron las conductas resilientes y se redujeron las actitudes violentas tras el taller.	<p><u>Fortalezas:</u> Es una intervención preventiva breve (2 semanas)</p> <p><u>Debilidades:</u> De las 115 participantes que se evaluaron, solo 22 se sometieron al taller. Solo se aplicó a chicas y no incluye un grupo control, se toman medidas antes y después de la intervención. No evalúa la ideación y conductas autolesivas ni suicidas. No incluye seguimiento.</p>
Alavi et al. (2013)	Prevención del suicidio y disminución de la ideación suicida, la desesperanza y la depresión mediante psicoeducación y entrenamiento en habilidades individuales y familiares basándose en la TCC.	N= 30 de 12 a 18 años	Las diferencias entre el grupo de intervención y control fueron significativas. Disminuyeron puntuaciones en ideación suicida, desesperanza y depresión.	<p><u>Fortalezas:</u> Es una intervención preventiva breve (12 semanas). La muestra tenía al menos un intento de suicidio en los últimos 3 meses. Incluye grupo control en lista de espera. Incluye una sesión de prevención de recaídas y a la familia dentro del programa.</p> <p><u>Debilidades:</u> La muestra es escasa y mayoritariamente femenina. No evalúa conductas autolesivas. No incluye seguimiento.</p>

Autor y año	Características	Muestra	Resultados	Fortalezas y debilidades
Pike et al. (2008)	Aumento de la resiliencia dentro de una escuela y disminución de los conflictos entrenando la comunicación con uno mismos y con los demás a través del "TALK Program"	N= 145 de 8 a 12 años	Se mejoró el apego y la comunicación con adultos y disminuyeron levemente las conductas violentas.	<u>Fortalezas:</u> bajo costo, se incluye a los maestros y es un programa de prevención integrado en la escuela. <u>Debilidades:</u> no hubo diferencias en los niveles de depresión de los niños. No evalúa la ideación y conductas autolesivas ni suicidas.
Hetrick et al. (2017)	Reducción de comportamientos relacionados con el suicidio, la depresión, la ansiedad y la desesperanza, así como mejorar la resolución de problemas y las habilidades cognitivas y conductuales a través del programa "Reframe-IT", basado en la TCC en línea más el tratamiento habitual empleado.	N= 50 de 13 a 19 años	Mayores mejoras en la ideación suicida, la frecuencia de los intentos de suicidio, la depresión, la desesperanza, la ansiedad y la capacidad de resolución de problemas en el grupo de intervención. La adquisición de habilidades de la TCC se asoció con mejoras en depresión y desesperanza.	<u>Fortalezas:</u> Es una intervención breve (10 semanas). Incluye grupo control aleatorio, que solo recibió el tratamiento habitual basado en el contacto con el personal de bienestar de la escuela, y con cualquier prestación adicional de servicios de salud mental externos normalmente disponibles. Incluye seguimiento hasta 22 semanas. El programa se desarrolló vía internet. <u>Debilidades:</u> La muestra es escasa y mayoritariamente femenina (80%)

Autor y año	Características	Muestra	Resultados	Fortalezas y debilidades
Lee et al. (2021)	Mejora de la resiliencia mediante psicoeducación y entrenamiento en salud y habilidades y estrategias de afrontamiento para aumentar su autoeficacia.	N= 287 de 11 a 12 años	Aumento de las medidas de resiliencia, depresión y ansiedad y mejoras en la autoeficacia y el empoderamiento.	<u>Fortalezas:</u> Es una intervención breve (8 semanas), la muestra es grande y equitativa en géneros. El programa se desarrolla en la escuela, facilitando su accesibilidad. <u>Debilidades:</u> No incluye grupo control, solo medidas antes y después de la intervención, ni tampoco seguimiento. La intervención se vio interrumpida por la pandemia. No evalúa la ideación y conductas autolesivas ni suicidas, aunque contempla el aumento de estas en la muestra seleccionada.

Nota. TCC = Terapia Cognitivo-Conductual; TRE= Terapia Racional-Emotiva.

Las diferentes intervenciones recogidas en la Tabla 1 han puesto a prueba la eficacia de diferentes terapias y técnicas para reducir la probabilidad de suicidio, demostrando la efectividad de la psicoeducación y diversas técnicas derivadas de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como característica común en la mayoría de las intervenciones. En varias de estas se implantan también técnicas de reestructuración cognitiva y activación conductual que resultan ser efectivas para la problemática existente, así como se entrenan habilidades de comunicación, sociales, de búsqueda de ayuda, de afrontamiento, toma de decisiones y resolución de problemas.

Todas estas técnicas se han visto efectivas principalmente en el fomento de la resiliencia y todo lo que este constructo abarca, previniendo o reduciendo en muchas ocasiones la ideación y conducta autolesiva o suicida. Una debilidad encontrada en las intervenciones previamente descritas ha sido que, en muchas de ellas, la reducción o prevención de esta tendencia suicida se ha evaluado más como un rasgo secundario al fomento de la resiliencia y otras habilidades que como un propósito principal.

Mayoritariamente se ha demostrado que las intervenciones son más accesibles si se desarrollan en el contexto escolar, así como se ha demostrado que, la inclusión tanto de padres como maestros supone un beneficio de cara a los resultados de las intervenciones ya que, mediante la capacitación de estos, los adolescentes adquieren un entorno facilitador para seguir entrenando las habilidades y técnicas aprendidas en el programa una vez este haya finalizado. Además, se ha observado en varias intervenciones que el funcionamiento de estos programas es efectivo cuando lo dirigen aproximadamente dos profesionales del ámbito de la psicología capacitados para este tipo de intervenciones mediante un entrenamiento previo.

Para la evaluación de las intervenciones, muchas de estas incluyen grupos control, a los que también se los somete al cumplimiento de los instrumentos, para poder comparar las puntuaciones obtenidas en los estos tanto en personas que han participado en las sesiones de los programas como en personas que no lo han hecho. Esta complementación de instrumentos se ha visto que se realiza, por lo general, antes

del inicio de la intervención e inmediatamente después. Más tarde, algunos de los programas implementan sesiones de seguimiento dónde se vuelven a rellenar los instrumentos con el fin de comprobar si los beneficios adquiridos en el programa se mantienen en el tiempo a través de las puntuaciones, las cuales se comparan con las puntuaciones obtenidas al terminar las intervenciones. Algunas de las debilidades encontradas en varias intervenciones han sido la realización de estas con muestras pequeñas y, en algunos casos, mayoritariamente femeninas.

En lo referido a la pandemia por la COVID-19, un punto débil encontrado generalmente es que estos programas no están adaptados a esta situación, ya que implican contacto físico entre los participantes, asumen una normalidad en las relaciones sociales y no se tienen en cuenta medidas de protección en su realización como el uso de mascarillas y gel hidroalcohólico, la ventilación de las estancias utilizadas y la distancia de seguridad entre los participantes. Además, tampoco se prevén medidas en caso de que algún participante no pueda acudir de forma presencial a alguna de las sesiones, en este caso por estar contagiado por la COVID-19, como la retransmisión de estas sesiones en directo mediante una videollamada.

Tras el análisis de las diferentes fortalezas y debilidades de los programas de intervención previos, surge la necesidad de elaborar una propuesta de intervención que tenga como propósito principal la reducción de la tendencia suicida o autolesiva mediante el fomento de la resiliencia e incluya técnicas eficaces como psicoeducación, técnicas de la TCC, reestructuración cognitiva, activación conductual y entrenamiento de diferentes habilidades, se desarrolle dentro de institutos para una mayor accesibilidad, se capacite a los profesionales que dirigirán las sesiones, se incluya a padres y maestros y se implante un diseño pre-post con un grupo control de lista de espera y seguimiento. Además, es necesario garantizar medidas de protección frente a la COVID-19, y facilitar la retransmisión en directo las sesiones mediante una videollamada en caso de que algún participante no pueda acudir a estas por algún motivo relacionado con la pandemia.

4. Metodología de investigación.

4.1. Fuentes de información empleadas.

En una primera parte, la metodología empleada para elaborar la fundamentación teórica ha partido de la investigación y el análisis de diversos artículos científicos, libros, revisiones y publicaciones de revistas. La procedencia de esta información ha sido variada, empleándose en su búsqueda bases de datos como Medline, PsycINFO, ScienceDirect, Wiley Online Library, Research Library, Google Scholar o Web of Science. En muchas ocasiones, también se ha examinado la bibliografía de algunos de los artículos encontrados para rastrear otros documentos de interés o para obtener investigaciones originales y completas. La mayoría de las investigaciones utilizadas se encuentran dentro de los últimos cinco años.

4.2. Criterios de inclusión, términos de búsqueda y operadores.

Los términos más empleados en la búsqueda de información fueron: ideación suicida, suicidio, autolesión, COVID-19, adolescentes y resiliencia. Estos términos fueron buscados tanto en español como en su traducción al inglés.

Los criterios de inclusión generales de la búsqueda fueron que los documentos estuvieran en español o inglés, que la población estudiada fuese general, incluyéndose adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años, y que incluyeran información sobre ideación autolesiva o suicida y conductas autolesivas o suicidas y su relación con la COVID-19. Además, la mayoría de los documentos utilizados se encuentran dentro de los últimos cinco años.

Los criterios de inclusión para la revisión de programas de intervención fueron que los documentos estuvieran en español o inglés, que los participantes del estudio fueran población general adolescente con edades comprendidas entre los 12 y 18 años, que se evaluaran diversos programas de intervención dirigidos a prevenir y reducir ideación o conductas autolesivas y suicidas y fomentar la resiliencia y que la mayoría de los programas estuviesen desarrollados en los últimos 10 años.

Como criterios de exclusión utilizados estarían las investigaciones y programas de intervención en los que los participantes están hospitalizados, son sanitarios o personas de la tercera edad.

5. Propuesta de intervención.

5.1. Presentación de la propuesta

La siguiente propuesta de intervención está dirigida a prevenir o reducir las ideaciones suicidas o autolesivas derivadas de la de las consecuencias de pandemia de la COVID-19 en la salud mental de los adolescentes, así como fomentar la resiliencia y factores protectores como la esperanza, la autoestima, la comunicación y habilidades sociales, de afrontamiento, toma de decisiones y resolución de problemas a través de 10 sesiones de intervención, de las cuales 8 de estas se implantarán semanalmente con una duración de una hora aproximadamente cada una de ellas y destinándose las 2 últimas al seguimiento de los resultados obtenidos a los 6 y 12 meses tras la participación en el programa. La duración total del programa será de 1 año y 4 meses, puesto que los 2 primeros meses se destinarán al primer desarrollo del programa en un grupo de participantes y, seguidamente a la terminación de las 8 primeras sesiones en este grupo, se comenzará de nuevo la intervención con el grupo control en lista de espera. Ambos grupos tendrán una sesión de seguimiento a los 6 y 12 meses tras terminar sus sesiones de intervención.

Está diseñada para su implantación con población general adolescente con edades comprendidas entre 12 y 18 años que hayan protagonizado algún intento de suicidio o presenten ideaciones suicidas o de la realización de autolesiones en los últimos 6 meses. Su desarrollo será en los institutos de los municipios de la Comunidad de Madrid con mayor prevalencia de esta población y estará dirigida por profesionales del ámbito de la psicología.

5.2. Objetivos concretos que persigue la propuesta

El objetivo de la presente propuesta de intervención es prevenir o reducir las ideaciones suicidas o autolesivas derivadas de la de las consecuencias de pandemia de la COVID-19 en la salud mental de los adolescentes, así como aumentar la resiliencia y otros factores protectores.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Prevenir y reducir las ideaciones suicidas o autolesivas y la propia conducta suicida.
- Fomentar la resiliencia, la esperanza, el optimismo, la regulación emocional y habilidades de afrontamiento.
- Mejorar la autoestima, la comunicación y los apoyos sociales.
- Fomentar un nivel general de felicidad y satisfacción con la vida.

5.3. Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta

El programa de intervención está diseñado su implantación con población general adolescente con edades comprendidas entre 12 y 18 años que hayan cometido algún intento de suicidio y hayan acudido a algún hospital público o hayan informado de estas ideaciones o de la realización de autolesiones a los psicólogos de la Unidad de Salud Mental de los hospitales de la Comunidad de Madrid en los últimos 6 meses.

Se reunirán todos los permisos y consentimientos necesarios para el cumplimiento de las normativas éticas y legales para los centros hospitalarios, los centros educativos, los padres o tutores legales de los adolescentes menores y a los propios participantes, ya que se trata de un programa de carácter voluntario en el que los participantes pueden abandonar su asistencia en cualquier momento.

5.4. Metodología y recursos

5.4.1. Principios metodológicos básicos.

En primer lugar, las solicitudes tendrán que ser presentadas, por un lado, a la Unidad de Salud Mental de los hospitales públicos correspondientes de la Comunidad de Madrid y por otro, a los centros educativos donde se realicen las sesiones planteadas. Con los centros educativos con mayor población con estas características elegidos se acordarán horarios y espacios cedidos para el desarrollo de las actividades.

En segundo lugar, se dispondrá a los progenitores o tutores legales de los menores de los consentimientos informados sobre la asistencia al programa durante una reunión telemática informativa anterior al inicio de este donde se explicará de forma clara los objetivos del programa e información básica sobre la realización de este. La reunión será de carácter telemático para evitar un contacto social poco necesario y garantizar medidas de protección frente a la COVID-19.

Por último, los adolescentes que asistan al programa también deberán rellenar informes de consentimiento como participantes. Con estos también se realizará una reunión telemática previa donde también se explicarán detenidamente los objetivos y se dejará claro que se trata de un programa voluntario en el que los participantes pueden abandonar las sesiones en cualquier momento. Se garantizará la confidencialidad de los datos recogidos y se tendrá en cuenta el tratamiento farmacológico de los pacientes, si es que disponen de él.

El programa se basará en una intervención basada en psicoeducación y diversas técnicas derivadas de la TCC ya que, de acuerdo con los programas de intervención previos, esta terapia se ha mostrado como la más efectiva para esta problemática (Alavi et al., 2013; Hetrick et al., 2017; De Jonge-Heesen et al.,2021; Marqués et al., 2011; Roberts et al., 2018; Stallard y Buck, 2013). Se pondrán en práctica técnicas de reestructuración cognitiva, al igual que en las intervenciones de Alavi et al. (2013), Hetrick et al. (2017) y Quintana et al. (2007), para los pensamientos irracionales y negativos que afectan tanto a las emociones como a los comportamientos de los

participantes, buscando reemplazar estos pensamientos por formas de pensar más equilibradas, facilitadoras y positivas que lleven a conductas adaptativas. Además, en esta línea, se fomentará la flexibilidad psicológica de acuerdo con la terapia de aceptación y compromiso (ACT), la cual se muestra efectiva en la investigación de Pakenham et al., (2020). Otra estrategia derivada de la TCC que se utilizará será la activación conductual, enfocada a la movilización hacia el aumento de actividades placenteras o significativas (Alavi et al., 2013; Hetrick et al., 2017). Se pondrán en práctica habilidades de comunicación y sociales para promover un aumento de los apoyos sociales y entrenar la búsqueda de ayuda, así como también se ejercitarán habilidades de afrontamiento, toma de decisiones y resolución de problemas (Alavi et al., 2013; Lee et al., 2021; Marqués et al., 2011; Pike et al., 2008; Roberts et al., 2018; Stallard y Buck, 2013). Para reducir los niveles de ansiedad se entrenará la relajación (Hetrick et al., 2017; De Jonge-Heesen et al., 2021) mediante la práctica de la respiración diafragmática.

5.4.2. Fórmulas organizativas

La intervención se realizará de forma presencial y grupal para fomentar el apoyo social, ya que se ha visto que es factor protector ante la problemática a tratar, y para que los participantes puedan compartir experiencias similares, apoyarse los unos en los otros y beneficiarse de esto. Cada sesión será desarrollada por dos líderes, psicólogos entrenados, que se encargarán de impartir y dirigir las sesiones para un buen funcionamiento de estas.

Se garantizarán medidas de protección frente a la COVID-19, como ventilación, distancia de 2 metros seguridad entre las mesas de los participantes, uso de mascarillas y gel hidroalcohólico. Además, ante futuras situaciones similares a la COVID-19, se podría implantar este programa vía telemática, desarrollando las sesiones a través de alguna plataforma virtual mediante videollamada.

5.4.3. Recursos generales.

Recursos materiales:

Los recursos indicados como material físico para una correcta realización de las sesiones serían bolígrafos, lápices, gomas de borrar, folios, cajas de pañuelos, sillas, mesas, disposición de alguna pizarra con tizas o rotuladores para escribir en ella e imprimir los instrumentos de evaluación para utilizarlos en las sesiones que se indique. También se dispondrá de mascarillas y gel hidroalcohólico para controlar la propagación de la COVID-19.

Recursos personales:

El programa será desarrollado por 2 líderes que se encargarán de impartir las sesiones. Estas personas tendrán que disponer de un título universitario de psicología y estar cualificados e interesados en el tema de estudio. Para la capacitación del personal se impartirá una reunión telemática previa al desarrollo del programa donde se explicarán conceptos clave y se desarrollará la teoría a impartir en las sesiones próximas. Además, se les ofrecerán manuales y artículos de interés para una mayor capacitación en la problemática a tratar.

Recursos ambientales:

El programa se impartirá en los municipios de la Comunidad de Madrid con mayor población con las características de interés del programa, ofertándolo en el centro educativo dentro por municipio seleccionado donde más problemática se haya observado para facilitar asistencia. Podrán acudir a las sesiones tanto los propios estudiantes del centro con las características que persigue el programa, como los demás estudiantes de otros centros educativos del municipio a los que se les haya ofertado y compartan dichas características.

5.5. Tareas / sesiones

Las sesiones del programa de intervención serán semanales, con una duración de una hora aproximadamente cada una de ellas, exceptuando las sesiones destinadas a la realización de los instrumentos de evaluación seleccionados, donde se dispondrá de más tiempo para su completa cumplimentación.

En caso de que algún participante no pueda acudir de forma presencial a las sesiones por algún motivo relacionado con la pandemia, estas, exceptuando en las que se rellenan instrumentos de evaluación, para las cuales habría que concretar otro día con el participante para su realización de forma presencial, podrán ser retransmitidas en directo mediante una videollamada, para que esa persona pueda interactuar con el grupo y estar presente en el desarrollo de las sesiones.

Sesión 1. Introducción

En la primera sesión, inicialmente se desarrollará una breve presentación personal de cada uno de los participantes y profesionales que dirigen al grupo para crear un clima de confianza y fomentar la cohesión y sentido de pertenencia a este. De forma posterior se realizará una breve exposición sobre los temas a tratar a lo largo del programa y se aclararán dudas, si es que las hubiese. Seguidamente se evaluará el nivel de resiliencia, desesperanza, ideación suicida y satisfacción con la vida de cada uno de los participantes a través del cumplimiento de diversos instrumentos, descritos en el próximo apartado para que, una vez finalizadas las sesiones, se puedan comparar los resultados anteriores a estas y posteriores.

Esta sesión se prolongará hasta la realización completa de los instrumentos por todos los participantes, pues la duración podrá variar de unos a otros. Se harán pausas de 5 minutos entre los instrumentos a realizar para prevenir la posible fatiga y cubrir necesidades de aseo.

Sesión 2. Conviviendo con la pandemia

Esta sesión introductoria se dirigirá a proporcionar psicoeducación sobre el suicidio entre los adolescentes y su reciente aumento en relación con la COVID-19. Se expondrán detalladamente las consecuencias a nivel de salud mental producidas por la COVID-19 en la población y sus respectivas restricciones, particularmente en la población más joven, y se guiará esta explicación hacia la aparición de ideación o conductas autolesivas o suicidas como solución a la problemática existente. Se incidirá en los factores que intervienen en la aparición de estas ideaciones, sobre todo en la etapa de la vida en la que se encuentran. Factores de protección como la resiliencia, el optimismo, la esperanza, una adecuada autoestima, apoyo social o apego seguro y, como factores de riesgo, el miedo a la COVID-19, el aislamiento social, el sentimiento de soledad, la desesperanza, la baja autoestima, el uso de sustancias, la vivencia de eventos traumáticos, los antecedentes familiares por depresión o suicidio, entre otros. Se pedirá y agradecerá la participación de los adolescentes, ya que es relevante que expresen sus sentimientos, opiniones y experiencias propias acerca de la problemática que se trata y que se compartan estas con el grupo y los profesionales que lo dirigen para mejorar sus habilidades de comunicación. De esta manera se beneficiarán los unos de los otros de las experiencias compartidas y podrán ofrecerse apoyo, factor de protección relevante en el tema tratado, viendo que sus vivencias no son únicas y no están solos. Esta dinámica se ejecutará abriendo un debate grupal en el que, uno a uno, vayan compartiendo sus pensamientos si así lo desean.

Sesión 3. Aproximación a la resiliencia

De nuevo se comenzará la sesión mediante una psicoeducación sobre la resiliencia, término que, según Satıcı et al. (2020), se refiere a la capacidad recuperarse de forma rápida para volver al funcionamiento cotidiano tras haber estado expuesto a un acontecimiento vital estresante y con el que los adolescentes se irán familiarizando a lo

largo de las demás sesiones. Se les explicarán conceptos clave acerca de este constructo psicológico y todo lo que este abarca.

Para facilitar el entendimiento de este constructo y fomentar un debate en el grupo acerca de los recursos y habilidades que posee y que tiene que mejorar cada miembro en cada área, se utilizará la Rueda de la Resiliencia (Anexo 1), que sirve para identificar factores de riesgo y protección presentes en cada participante con el fin de poder implementar unas estrategias positivas individualizadas para reforzar aquellas áreas en las que se muestre mayor vulnerabilidad. Dicha actividad consta de 6 áreas, la de los amigos o iguales que representan apoyo social, la de los adultos con los que puede comunicarse, la de las estrategias personales para resolver problemas, la de los problemas que se han resuelto satisfactoriamente, la de los objetivos o metas que he logrado hasta ahora y la de los lugares o situaciones en las que me gustaría estar. Una vez explicada la actividad y teoría necesaria, la tarea consistirá en que cada participante plasme en un folio la rueda y rellene cada una de las áreas con la información correspondiente su caso particular para después poner en común la información con el grupo y compartir experiencias, así como buscar alternativas de mejora en las áreas que se encuentren dificultades mediante un debate grupal. Los folios utilizados para las actividades los almacenarán los profesionales al final de cada una de las sesiones para poder utilizarlos más adelante si es necesario.

Sesión 4: Reconocimiento de emociones y pensamientos

La cuarta sesión se destinará a la toma de conciencia de los propios sentimientos, emociones y pensamientos, concretamente los negativos o desadaptativos, como los que intervienen en los comportamientos suicidas. Se empezará con una psicoeducación emocional destinada al conocimiento y función que tienen las emociones para las personas y, seguidamente, se trabajará con los adolescentes en la identificación y reconocimiento de emociones y pensamientos, explicándoles cómo se relacionan entre sí y con su comportamiento. Se fomentará la flexibilidad psicológica que, de acuerdo

con la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el estudio de Pakenham et al., (2020), esta promueve la conciencia del momento presente, interviniendo en los pensamientos y sentimientos no deseados para ajustar los comportamientos de respuesta desadaptativos, teniendo en cuenta los valores del individuo. Está fuertemente asociada a la resiliencia, representando un factor de protección frente a las consecuencias derivadas de la COVID-19 y experiencias adversas.

Mediante la técnica de la reestructuración cognitiva se buscará que los participantes anoten en un papel pensamientos negativos que tengan y quieran cambiar, en qué se basan o a partir de qué surgen esos pensamientos y cómo les hacen sentir. La finalidad será buscar interpretaciones alternativas a las situaciones que les producen esos pensamientos, para así poder reemplazar los pensamientos negativos por formas de pensar más equilibradas, facilitadoras y positivas, psicoeducándoles a su vez sobre la importancia de trabajar con pensamientos positivos y su relación con la resiliencia. Para esto, una vez anotada esta información, se pondrá en común con el grupo, en la medida en la que los participantes quieran, para compartir pensamientos, emociones y experiencias y beneficiarse de los testimonios de los demás, encontrando de este modo apoyo en las personas que comparten vivencias similares. Entre todos y con la dirección del profesional se buscarán alternativas más adaptativas a esas cogniciones negativas, promoviendo emociones más positivas y desarrollando estrategias de afrontamiento y tolerancia a la angustia.

Al final de la sesión se propondría realizar una breve técnica de relajación debido al alta intensidad emocional a la que se pueden haber visto sometidos con la realización de esta actividad. Se les explicará la técnica de la respiración diafragmática, informándoles de que es una forma de respiración profunda mediante la cual se usa el diafragma, el cual separa el pecho del abdomen, y su fin es expandir la parte inferior de los pulmones (Pérez, 2010). Seguidamente se les explicará cómo se realiza a través de la práctica, dotándoles así de una técnica de relajación que pueden utilizar como estrategia en su vida cotidiana. (Anexo 2)

Sesión 5: Fortalezas y autoestima

Se inicia la sesión mediante una psicoeducación sobre el concepto de autoestima y todo lo que este abarca, como la autovalía o autoaceptación, entre otras. Según Soto et al. (2019), la autoestima se refiere a cómo nos percibimos a nosotros mismos, cómo nos evaluamos y el valor que nos damos, procesos que, en ocasiones, se alejan de ser realistas, produciendo así una baja autoestima. Desarrollar una buena autoestima nos permite revelar nuestros recursos y valores personales, así como nuestras limitaciones, las cuales debemos aceptar de manera positiva o intentar modificar en la medida de lo posible.

Se incide en la toma conciencia de una buena autoestima como factor de protector relacionado con la resiliencia y frente al impacto y las consecuencias producidas por la pandemia de la COVID-19, además de también serlo frente a las conductas suicidas (Hermosillo-de-la-Torre et al., 2021).

Para integrar estos conocimientos y ponerlos en práctica se realizará una actividad que consistirá en la creación de un anuncio publicitario sobre nosotros mismos, mediante el cual vamos a plasmar por escrito en un folio nuestras cualidades positivas, para lo que se les ofrecerá una lista de ejemplos de cualidades como apoyo por si no se les ocurre ninguna en ese momento (Anexo 3). Seguidamente pondremos estos anuncios en común con el grupo y se pedirá a los participantes que ejemplifiquen las cualidades con las que se describen a partir de alguna experiencia en las que las hayan puesto en práctica. Por ejemplo, si se consideran una persona perseverante, se les pedirá que cuenten al grupo alguna experiencia en la que quede reflejado que lo han sido. Mediante este ejercicio, aumentarán su autoestima al recordar y tomar conciencia de sus cualidades y compartirlas con el grupo y ejercitarán habilidades de autorrevelación a los demás siendo beneficioso, una vez más, para el desarrollo de apoyos sociales dentro del grupo.

Sesión 6: El papel de la esperanza

Los profesionales introducirán el término de la esperanza y su importancia en relación con la resiliencia, concepto expuesto en las sesiones anteriores. Las personas que tienen esperanza tienen a tener mayor éxito en los objetivos que se proponen, lo que les hace experimentar un mayor número de emociones positivas que, a su vez, inciden en las expectativas, la motivación, y los sentimientos hacia el futuro, encontrando así mayores razones por las que seguir viviendo. El optimismo, por otro lado, constituye también un factor protector, ya que interviene positivamente en la percepción de las situaciones estresantes y nos hace evaluarlas de manera menos amenazante o negativa, reduciendo así la sintomatología depresiva y los comportamientos de riesgo. Además, este también dota a las personas de creencias positivas respecto al futuro lo que, al igual que la esperanza, reduce la probabilidad de aparición de ideación autolítica o suicida e influye en la percepción de la adversidad de forma más transitoria, lo que posibilita a las personas a elegir conductas más adaptativas y saludables frente situaciones adversas (Knowles et al., 2021; Satıcı et al., 2020; Tanner et al., 2014).

La actividad de esta sesión consistirá en crear y proponerse metas realistas y positivas, preferiblemente a corto o medio plazo para que, en las sesiones siguientes, se pueda revisar los pasos de acción de los participantes hacia las metas propuestas. Mediante esta actividad también se ejercitará la activación conductual, animando a los participantes a emprender o retomar actividades placenteras o significativas para ellos, planificando por escrito qué pasos van a dar para llegar a esas metas en la semana que tienen por delante, o que actividades agradables van a poner en práctica esa misma semana.

Sesión 7: Comunicación y habilidades sociales

Como en las demás sesiones, se comenzará con una psicoeducación sobre la comunicación y las diferentes formas de comunicarse para resaltar la importancia de esta, tanto con los demás como con uno mismo. Además, se introducirá el concepto de

asertividad, forma de comunicación en la que se tienen en cuenta los derechos y valores de uno mismo y los de los otros (Flórez y Prado, 2021), para mejorar las habilidades de comunicación y sociales de los participantes. El objetivo de esta sesión es mejorar las estrategias comunicativas de los participantes para así enriquecer y fomentar las relaciones sociales, incidiendo de esta manera en el aumento del apoyo social, factor de protección frente a conductas suicidas que se ha visto afectado por las medidas de protección frente a la pandemia de la COVID-19 (Satıcı et al., 2020; Plener, 2021).

Una adecuada comunicación es relevante para las habilidades de afrontamiento, resolución de problemas y búsqueda de ayuda, para ello se les pedirá que anoten en un folio situaciones en las que no supieron reaccionar de forma asertiva, cómo se sintieron ellos mismos, cómo creen que se sintieron los demás y cómo creen que sería la manera correcta de reaccionar después de los conocimientos adquiridos en la sesión. Seguidamente se abrirá un debate grupal y se pondrá en común con el grupo la actividad trabajada para que, una vez más, todos se beneficien de las experiencias compartidas, se fomenten los apoyos sociales y se practique la comunicación a través de una representación, mediante algunos roleplaying por parejas, donde se muestren diferentes habilidades de comunicación correctas que se pueden utilizar para cada una de las situaciones descritas anteriormente.

Sesión 8: Revisión de futuro

Se iniciará la sesión pidiendo a los participantes que compartan su testimonio sobre las expectativas que tenían al iniciar el programa y si se corresponden con las actuales, sobre los conocimientos que han adquirido y de qué manera les van a servir en el futuro, sobre cómo se han sentido a lo largo de las sesiones y dentro del grupo y sobre sus opiniones de mejora acerca del programa. Para finalizar, se les evaluará a través del cumplimiento de los instrumentos realizados en la primera sesión para poder comparar los resultados y visualizar si existe mejora en las puntuaciones, lo que revelaría la efectividad del programa. Además, se añadirá la Escala de Satisfacción con el

Tratamiento Recibido (CRES-4) de Feixas et al. (2012) para evaluar el grado en el que los adolescentes valoran su participación en el programa.

Esta sesión se prolongará hasta la realización completa de los instrumentos por todos los participantes, pues la duración podrá variar de unos a otros. Se harán pausas de 5 minutos entre los instrumentos a realizar para prevenir la posible fatiga y cubrir necesidades de aseo.

Sesión 9 y 10: Seguimiento

Se evaluará de nuevo a los participantes tras haber pasado 6 y 12 meses mediante los mismos instrumentos para poder comparar los resultados y visualizar si existe un mantenimiento de las puntuaciones adquiridas en la sesión 8, lo que revelaría la efectividad del programa. También se dará la oportunidad a los participantes de que expresen cómo se sienten en ese momento y qué dificultades han encontrado para poder abordarlas y buscar las estrategias necesarias para mejorar la situación.

Estas sesiones se prolongarán hasta la realización completa de los instrumentos por todos los participantes, pues la duración podrá variar de unos a otros. Se harán pausas de 5 minutos entre los instrumentos a realizar para prevenir la posible fatiga y cubrir necesidades de aseo.

Toda la información desarrollada en el transcurso de las sesiones será recogida en un folleto informativo que se repartirá a los participantes, a los progenitores o tutores legales y a los docentes mediante un correo electrónico, evitando una vez más el contacto social y facilitando el acceso. Alavi et al. (2013), Marqués et al. (2011) y Roberts et al. (2018) exponen los beneficios en sus intervenciones de incluir tanto a padres como docentes en el programa ya que, de esta manera, aumentaríamos su conciencia sobre los temas tratados en el programa, como la resiliencia, la esperanza o la comunicación, entre otras, y les capacitaríamos de habilidades para poder poner en práctica los conocimientos y estrategias aprendidas tanto en el funcionamiento del hogar y la vida cotidiana del adolescente, como dentro de las aulas y ámbito escolar.

5.6. Cronograma de aplicación

La temporalización del programa se expandiría a 8 semanas de aplicación, con sesiones de una hora aproximadamente en un espacio del centro educativo (e.g., aula, gimnasio...).

abril 2022						
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
	Sesión 1					
11	12	13	14	15	16	17
	Sesión 2					
18	19	20	21	22	23	24
	Sesión 3					
25	26	27	28	29	30	
	Sesión 4					

mayo 2022						
						1
2	3	4	5	6	7	8
	Sesión 5					
9	10	11	12	13	14	15
	Sesión 6					
16	17	18	19	20	21	22
	Sesión 7					
23	24	25	26	27	28	29
	Sesión 8					
30	31					

5.7. Evaluación de la propuesta

Para evaluar la eficacia del programa y valorar la consecución de los objetivos propuestos se administrarán varios instrumentos psicométricos para medir las variables objeto de estudio de la intervención. Se completarán mediante un diseño pre-post y seguimiento, rellenándose tanto en la primera sesión del programa como en la última. Además, en la última sesión se completará también la Escala de satisfacción con el

tratamiento recibido (CRES-4) de Feixas et al. (2012). De esta manera se obtendrán puntuaciones que se podrán comparar para evaluar el progreso. Además, se realizarán 2 sesiones de seguimiento a los 6 y 12 meses donde se volverán a administrar las escalas previamente rellenas para poder comparar los resultados con los de la última sesión y poder establecer si se presenta un mantenimiento de los resultados a largo plazo. Para la medición de estas puntuaciones se utilizarán los instrumentos que se indican a continuación.

- Escala Paykel de suicidio (PSS; Paykel et al., 1974, adaptada al español por Fonseca-Pedrero et al., 2018):

Evalúa la ideación suicida y el riesgo de manifestaciones de conducta suicida en los últimos 6 meses a través de 5 ítems, de los cuales el 1 y 2 evalúan los pensamientos de muerte, el 3 y 4 la ideación suicida y el 5 la intención de suicidio. Presenta una escala de respuesta dicotómica Sí/No (puntuación 1 y 0, respectivamente) con una puntuación de 0 a 5 puntos. Consta de una elevada fiabilidad mediante alfa ordinal ($\alpha = ,93$), elevada bondad de ajuste y es invariante en función del género. Está validada en población adolescente.

- Evaluación Funcional de la Automutilación (FASM; Lloyd et al., 1997, adaptada al castellano por Calvete et al., 2015):

Evalúa las tasas y los métodos empleados para la autolesión producida en los últimos 12 meses. En la primera parte se evalúa la frecuencia de autolesiones (10 ítems) con una escala de respuesta tipo Likert 1 (0 veces), 2 (1 vez), 3 (2 - 5 veces), 4 (6 - 10 veces), y 5 (> 11 veces). En la segunda parte se evalúa si se obtuvo tratamiento médico, cuánto tiempo contemplaron la(s) conducta(s), a qué edad comenzó, si se actuó bajo la influencia de drogas o alcohol, el grado de dolor físico experimentado y si hubo intento de suicidio. La tercera parte evalúa las funciones o razones de la autolesión (22 ítems)

mediante una escala tipo Likert 0 al 3 (Nunca, raramente, algunas veces y con frecuencia). Consta de 4 factores: refuerzo automático-negativo, refuerzo automático-positivo, refuerzo social-negativo, refuerzo social positivo que se agrupan en 2: refuerzo automático, refuerzo social. Estos constan de una consistencia interna alta ($\alpha = ,80$ y $,84$ respectivamente) y evidencia positiva de validez estructural. Está validada en población adolescente.

- Escala de resiliencia (RS; Wagnild y Young, 1993, adaptada al castellano por Rúa y Andreu, 2011):

Evalúa los niveles de adaptación psicosocial frente a eventos de la vida importantes mediante 25 ítems redactados de manera positiva con una escala de respuesta tipo Likert del 1 (no estoy de acuerdo en absoluto) al 7 (estoy de acuerdo totalmente), con una puntuación de 25 a 175 puntos. Consta de una elevada consistencia interna ($\alpha = ,86$) y una adecuada validez de constructo y validez discriminativa. Está validada en población adolescente.

- Escala de Esperanza para Niños (CHS; Snyder et al., 1997, adaptada al español por Pulido-Martos et al., 2014):

Evalúa el pensamiento de esperanza relacionado con el logro de metas en niños y adolescentes. Se compone de 6 ítems con una escala de respuesta tipo Likert del 1 (nunca) al 6 (siempre). Se divide en las dimensiones de agencia y caminos y se les pide a los participantes que respondan pensando en cómo son, cómo piensan y cómo actúan la mayor parte del tiempo. Consta de una consistencia interna adecuada ($\alpha = ,76$) y una buena validez convergente. Está validada en población adolescente.

- Escala satisfacción con la vida (SWLS; Diener et al., 1985; adaptada al español por Atienza, et al., 2000):

Evalúa la sensación de bienestar o satisfacción subjetiva mediante el componente emocional y el componente cognitivo. Se compone por 5 ítems redactados como oraciones afirmativas con una escala de respuesta tipo Likert del 1 (muy en desacuerdo) al 6 (muy de acuerdo), con una puntuación de 5 a 35 puntos. Consta de una elevada consistencia interna ($\alpha = ,84$) y una adecuada validez de constructo. Está validada en población adolescente.

- Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4; Feixas et al., 2012):
Evalúa las dimensiones de satisfacción, solución de problemas y percepción del cambio del estado emocional. Se compone por 4 ítems: una pregunta de satisfacción, una para obtener el grado de resolución de la problemática por la que se acude, una acerca del estado emocional antes de empezar el tratamiento y otra acerca del estado emocional del momento presente. Se utiliza un sistema de respuesta del 0 al 5 y seguidamente se multiplica por 100, pero en las preguntas sobre el estado emocional pre-tratamiento y post-tratamiento se restan las puntuaciones y se multiplica el resultado por 12,5 para evitar puntuaciones negativas. La puntuación total va de 0 a 300 puntos. Está validada en población adolescente.

Otra medida que se aplicará para evaluar la efectividad del programa y poder comparar los resultados de personas que han acudido a las sesiones y personas que no lo han hecho será dividir aleatoriamente a la muestra en dos grupos antes del inicio del programa, el de intervención y un grupo control de lista de espera. Este tipo grupo control consiste en que estos participantes se inscribirán en una lista de espera y recibirán la misma intervención una vez acabada las sesiones con el otro grupo, para así poder servir de grupo de comparación y, a su vez, poder beneficiarse también de las intervenciones del programa. Este grupo control rellenará los instrumentos mencionados también, aunque no acudirá a las sesiones de intervención del programa en un primer

momento. Se espera que las puntuaciones de los instrumentos varíen en el grupo de intervención entre la primera y la última sesión, pero no varíen en el grupo control.

6. Conclusiones.

Debido a que las consecuencias en la salud mental derivadas de la pandemia producida por la COVID-19 son relativamente recientes, no existe gran número de programas desarrollados para la intervención en la sintomatología presente ni adaptados a las medidas de protección o diversas situaciones que pueden ocurrir en este contexto, como cuarentenas por contagio, lo que ha supuesto una importante dificultad para la elaboración de esta intervención. Esta propuesta de intervención intenta cubrir estas necesidades, a la vez que está diseñada para fomentar la resiliencia y otros factores protectores ante la ideación o comportamientos suicidas relacionados con la COVID-19 a través de técnicas y estrategias eficaces en intervenciones previas, como psicoeducación, técnicas basadas en TCC, reestructuración cognitiva, activación conductual y entrenamiento de diferentes habilidades.

En futuras intervenciones sería conveniente la involucración de padres y maestros en las sesiones de intervención para que la experiencia sea más enriquecedora y, estas personas que están con continuo contacto con los adolescentes se encuentren más capacitadas para brindarles su ayuda cuando sea necesario y poder prevenir o reducir comportamientos de riesgo. Además, sería conveniente alargar la temporalización del programa, pues 8 sesiones pueden resultar escasas y alargar los seguimientos, ya que aportaría mayor evidencia sobre la eficacia del programa a largo plazo, así como se podrían establecer estrategias de intervención ante posibles recaídas.

7. Referencias bibliográficas.

- Alavi, A., Sharifi, B., Ghanizadeh, A., y Dehbozorgi, G. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in decreasing suicidal ideation and hopelessness of the adolescents with previous suicidal attempts. *Iranian journal of pediatrics*, 23(4), 467-472. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3883378/>
- Antonelli-Salgado, T., Monteiro, G. M. C., Marcon, G., Roza, T. H., Zimmerman, A., Hoffmann, M. S., Cao, B., Hauck, S., Brunoni, A. R., y Passos, I. C. (2021). Loneliness, but not social distancing, is associated with the incidence of suicidal ideation during the COVID-19 outbreak: a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 290, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.044>
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7597>
- Balluerka, M. N., Gómez, J., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, M. A., Espada, J. P., Padilla, J. L., y Santed, M. Á. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento*. Servicio Publicaciones de la Universidad del País Vasco. <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/45924/Consecuencias%20psicol%C3%B3gicas%20COVID-19%20PR3%20DIG.pdf?sequence=1>
- Bryan, C. J., Bryan, A. O., y Baker, J. C. (2020). Associations among state-level physical distancing measures and suicidal thoughts and behaviors among US adults during the early COVID-19 pandemic. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(6), 1223-1229. <https://doi.org/10.1111/sltb.12653>
- Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., y Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of affective disorders*, 245, 653-667. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>

- Calvete Zumalde, E., Orue Sola, I., Aizpuru, L., y Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psicothema*, 27(3), 223-228. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.262>
- Casamayor, E. C., Pérez, J. C., Pérez, M., y Chávez, B. (2021). Suicide in teenagers during the COVID-19 pandemic in Cuba: actions for its prevention. *Journal of Community Medicine and Health Solutions*, 2(1), 1-6. <https://dx.doi.org/10.29328/journal.icmhs.1001007>
- Cheng, G., Liu, J., Yang, Y., Wang, Y., Xiong, X., y Liu, G. (2021). Stressful events and adolescents' suicidal ideation during the COVID-19 epidemic: A moderated mediation model of depression and parental educational involvement. *Children and Youth Services Review*, 127, Artículo 106047. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106047>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Feixas i Viaplana, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García Grau, E., y Bados López, A. (2012). Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): la versión en español. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 51-58. <http://hdl.handle.net/2445/65891>
- Flórez, A. C., y Prado, 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, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, A., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Foncea, D., Espinosa, V., Gorriá, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M.S., Domínguez-Garrido, E., y Pérez de Albéniz, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>

Fountoulakis, K. N., Apostolidou, M. K., Atsiova, M. B., Filippidou, A. K., Florou, A. K., Gousiou, D. S., Katsara, A. R., Mantzari, S. N., Padouva-Markoulaki, M., Papatriantafyllou, E. I., Sacharidi, P. I., Tonia, A. I., Tsagalidou, E. G., Zymara, V. P., Prezerakos, P. E., Koupidis, S. A., Fountoulakis, N. K., y Chrousos, G. P. (2021). Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece. *Journal of Affective Disorders*, 279, 624-629. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.061>

Gabarrell-Pascuet, A., Félez-Nóbrega, M., Cristóbal-Narváez, P., Mortier, P., Vilagut, G., Olaya, B., Alonso, J., Haro, J. M., y Domènech-Abella, J. (2021). The role of social support, detachment, and depressive and anxiety symptoms in suicidal thoughts and behaviours during the Covid-19 lockdown: Potential pathways. *Current Psychology*. Publicación online avanzada. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02205-5>

Hermosillo-de-la-Torre, A. E., Arteaga-de-Luna, S. M., Acevedo-Rojas, D. L., Juárez-Loya, A., Jiménez-Tapia, J. A., Pedroza-Cabrera, F. J., González-Forteza, C., Cano, M., y Wagner, F. A. (2021). Psychosocial Correlates of Suicidal Behavior among Adolescents under Confinement Due to the COVID-19 Pandemic in Aguascalientes, Mexico: A Cross-Sectional Population Survey. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), Artículo 4977. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094977>

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.

- Hoekstra, P. J. (2020). Suicidality in children and adolescents: lessons to be learned from the COVID-19 crisis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 737–738. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01570-z>
- Imaz Roncero, C., González Serrano, F., Martínez de Salazar Arboleas, A., Arango López, C., Bellido Zanin., G., y Payá González, B. (2020). *Salud mental en la infancia y la adolescencia en la era del Covid-19*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud mental. https://www.sepyrna.com/documentos/2020_InformeCOVID_final.pdf
- lob, E., Steptoe, A., y Fancourt, D. (2020). Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry*, 217(4), 543-546. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.130>.
- De Jonge-Heesen, K. W., Rasing, S., Vermulst, A. A., Scholte, R. H., van Ettehoven, K. M., Engels, R. C., y Creemers, D. H. (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>
- Killgore, W. D., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., Allbright, M. C., y Dailey, N. S. (2020). Trends in suicidal ideation over the first three months of COVID-19 lockdowns. *Psychiatry Research*, 293, Artículo 113390. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113390>
- Knowles, J. R., Gray, N. S., O'Connor, C., Pink, J., Simkiss, N. J., y Snowden, R. J. (2021). The Role of Hope and Resilience in Protecting Against Suicidal thoughts and Behaviors During the COVID-19 Pandemic. *Archives of Suicide Research*. Publicación online avanzada. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1923599>
- Landi, G., Grossman-Giron, A., Bitan, D. T., Mikulincer, M., Grandi, S., y Tossani, E. (2021). Mental pain, psychological distress, and suicidal ideation during the covid-19 emergency: The moderating role of tolerance for mental

- pain. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Publicación online avanzada. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00646-4>
- Lee, J. A., Heberlein, E., Pyle, E., Caughlan, T., Rahaman, D., Sabin, M., y Kaar, J. L. (2021). Evaluation of a resiliency focused health coaching intervention for middle school students: Building resilience for Healthy Kids program. *American Journal of Health Promotion*, 35(3), 344-351.
- Loades, M., Chatburn, E., Higson, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M., Borwick, C., y Crawley, E. (2020). Revisión sistemática rápida: el impacto del aislamiento social y la soledad en la salud mental de niños y adolescentes en el contexto de Covid 19. *Revista de la academia estadounidense de psiquiatría infantil y adolescente*, 59(11), 1218-1239. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Lloyd, E. E. (1997). *Self-mutilation in a community sample of adolescents*. Louisiana State University and Agricultural & Mechanical College. <https://search.proquest.com/openview/4e9bba292ca1183d6eedf6f951ad87a0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Marqués, S. C., Lopez, S. J., y Pais-Ribeiro, J. L. (2011). "Building hope for the future": A program to foster strengths in middle-school students. *Journal of Happiness Studies*, 12(1), 139-152. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-009-9180-3>
- Melhem, N. M., y Brent, D. A. (2021). Debate: The toll of the COVID-19 pandemic on children's risk for suicidal thoughts and behaviors. *Child and adolescent mental health*, 26(3), 274-275. <https://doi.org/10.1111/camh.12488>
- Morales, M. E. (2014). Rueda de la Resiliencia, una herramienta para el trabajo con menores en prevención y riesgo en los Centros Educativos. *RES: Revista de Educación Social*, 18, 113-118. http://www.eduso.net/res/pdf/18/ex27_res_18.pdf

- Murata, S., Rezeppa, T., Thoma, B., Marengo, L., Krancevich, K., Chiyka, E., Hayes, B., Goodfriend, E., Deal, M., Zhong, Y., Brummit, B., Coury, T., Riston, S., Brent, D. A., y Melhem, N. M. (2021). The psychiatric sequelae of the COVID-19 pandemic in adolescents, adults, and health care workers. *Depression and Anxiety*, 38(2), 233-246. <https://doi.org/10.1002/da.23120>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Ougrin, D. (2020). Debate: Emergency mental health presentations of young people during the COVID-19 lockdown. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(3), 171-172. <https://doi.org/10.1111/camh.12411>
- Pakenham, K. I., Landi, G., Bocolini, G., Furlani, A., Grandi, S., y Tossani, E. (2020). The moderating roles of psychological flexibility and inflexibility on the mental health impacts of COVID-19 pandemic and lockdown in Italy. *Journal of contextual behavioral science*, 17, 109-118. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.003>
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., y Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry*, 124(582), 460– 469. <https://doi.org/10.1192/bjp.124.5.460>
- Pérez, J. F. (2010). Ansiedad y respiración diafragmática. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 89) 16-18. https://www.enfervalencia.org/ei/89/ENF_INTEG_89.pdf
- Pike, L., Cohen, L., y Pooley, J. (2008). Australian Approaches to Understanding and Building Resilience. En L. Liebenberg y M. Ungar (Eds.), *Resilience in Children and Youth* (pp. 264-288). <https://ro.ecu.edu.au/ecuworks/810>
- Plener, P. L. (2021). COVID-19 and Nonsuicidal Self-Injury: The Pandemic's Influence on an Adolescent Epidemic. *American Journal of Public Health*, 111(2), 195-196. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306037>

- Pulido-Martos, M., Jiménez-Moral, J. A., Lopez-Zafra, E., y Ruiz, J. R. (2014). An adaptation of the Children's Hope Scale in a sample of Spanish adolescents. *Child Indicators Research*, 7(2), 267-278. <https://doi.org/10.1007/s12187-013-9223-5>
- Quintana, A., Montgomery, W., Yanac, E., Sarria, C., Chávez, H., Malaver, C., Soto, J., Alvitias, J., Herrera, E., y Solórzano, L. (2007). Efectos de un modelo de entrenamiento en autovalía sobre la conducta resiliente y violenta de adolescentes. *Revista de investigación en psicología*, 10(2), 43-69. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2746861.pdf>
- Roberts, C., Kane, R., Rooney, R., Pintabona, Y., Baughman, N., Hassan, S., Cross, D., Zubrick, S., y Silburn, S. (2018). Efficacy of the aussie optimism program: promoting pro-social behavior and preventing suicidality in primary school 33 students. A randomised- controlled trial. *Frontiers in psychology*, 8, Artículo 1392. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01392>
- Rua, M. C., y Andreu, J. M. (2011). Validación psicométrica de la Escala de resiliencia (RS) en una muestra de adolescentes portugueses. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 11(1), 51-65. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6383207.pdf>
- Ruiz, P. J. (1998). *Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes*. Ministerio de Sanidad y Consumo. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/AdoCompleto.pdf>
- Sadati, A. K., B Lankarani, M. H., y Bagheri Lankarani, K. (2020). Risk society, global vulnerability and fragile resilience; sociological view on the coronavirus outbreak. *Shiraz E-Medical Journal*, 21(4), Artículo 102263. <https://doi.org/10.5812/semj.102263>.
- Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D., y Snell, G. (2021). Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children

- and youth – a systematic review. *Child and adolescent mental health*. Publicación online avanzada. <https://doi.org/10.1111/camh.12501>
- Satici, S. A., Kayis, A. R., Satici, B., Griffiths, M. D., y Can, G. (2020). Resilience, hope, and subjective happiness among the Turkish population: Fear of COVID-19 as a mediator. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Publicación online avanzada. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00443-5>
- Snyder, C. R., Hoza, B., Pelham, W. E., Rapoff, M., Ware, L., Danovsky, M., Highberger, L., Ribinstein, H., y Stahl, K. J. (1997). The development and validation of the Children's Hope Scale. *Journal of pediatric psychology*, 22(3), 399-421. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/22.3.399>
- Soto, V., Piqueras, J. A., Rodríguez, J., Pérez, M. T., Rodríguez, T., Castellví, P., Miranda, A., Pares, O., Almenara, J., Blasco, M. J., Cebria, A., Gabilondo, A., Gili, M., Roca, M., Lagares, C. M., 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>
- Stallard, P., y Buck, R. (2013). Preventing depression and promoting resilience: feasibility study of a school-based cognitive-behavioural intervention. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s18-s23. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119172>
- Tanner, A. K., Hasking, P., y Martin, G. (2014). Effects of rumination and optimism on the relationship between psychological distress and non-suicidal self-injury. *Prevention science*, 15(6), 860-868. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0444-0>
- Tasnim, R., Islam, M. S., Sujan, M. S. H., Sikder, M. T., y Potenza, M. N. (2020). Suicidal ideation among Bangladeshi university students early during the COVID-19 pandemic: Prevalence estimates and correlates. *Children and youth services review*, 119, Artículo 105703.

Wagnild, G., y Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

<https://cyberleninka.org/article/n/255719.pdf>

World Health Organization (2021, 16, June). *Suicide prevention*.

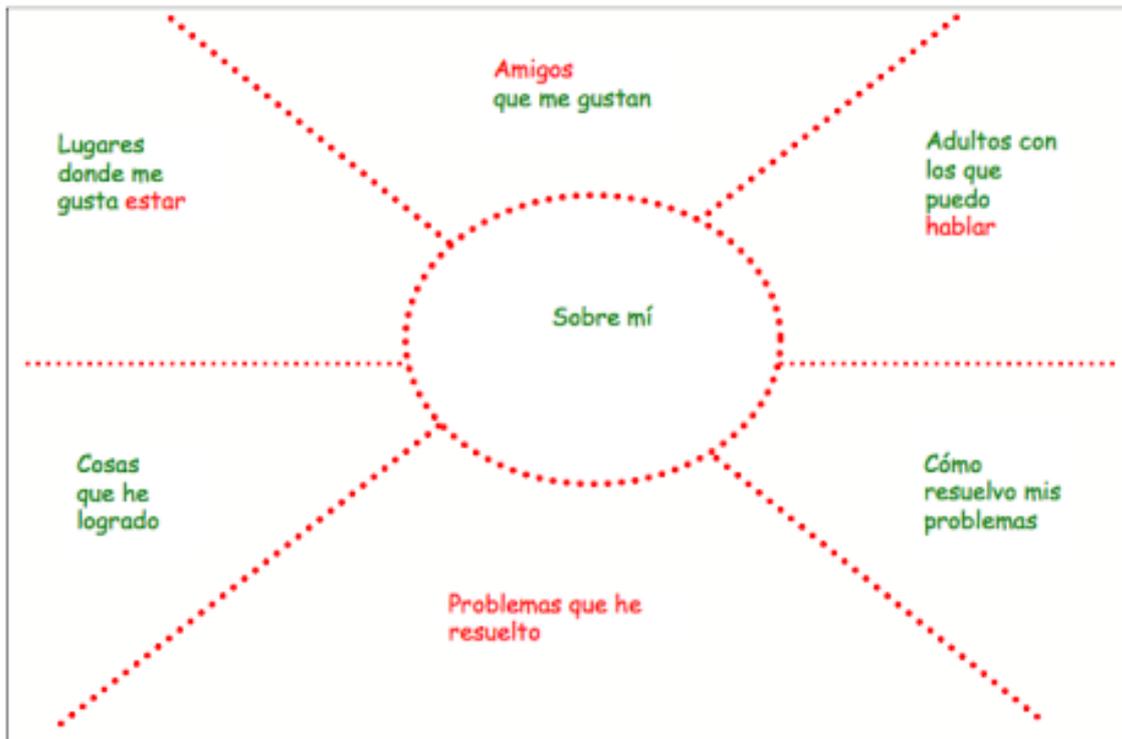
https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1

8. Anexos.

8.1 ANEXO 1

Figura 1

Rueda de la resiliencia



Nota. Rueda de la resiliencia. Tomado de “Rueda de la Resiliencia, una herramienta para el trabajo con menores en prevención y riesgo en los Centros Educativos”, en Morales (2014).

8.2. ANEXO 2

Práctica de la respiración diafragmática

Según Pérez (2010), la respiración diafragmática se tiene que realizar bajo la supervisión de los profesionales y, para realizarla, debemos estar tumbados, preferiblemente, o sentados en un lugar tranquilo y colocar una de nuestras manos sobre el pecho y otra sobre la barriga para comprobar que realizamos bien esta técnica. Inicialmente respiramos de forma natural sin modificar nuestra respiración, pero siendo conscientes de esta. seguidamente empezamos con la respiración diafragmática, mediante la cual inhalaremos de manera lenta y profunda por la nariz. Mientras inhalamos debemos expandir la barriga hacia afuera y sentirlo con la mano que tenemos sobre ella y, a su vez, debemos mantener quieta la mano que tenemos sobre el pecho. mantenemos el aire durante un par de segundos dentro de los pulmones y exhalamos de forma lenta el aire por la boca durante unos cuatro segundos aproximadamente, notando cómo se van vaciando los pulmones y, con ellos, la barriga vuelve a su posición normal.

Realizaremos este ejercicio durante 10-15 minutos aproximadamente o el tiempo que el profesional vea necesario según el transcurso de la sesión.

ANEXO 3

Figura 2

Guía de ejemplos de cualidades personales positivas

Determinación	Capacidad de hacer amigos	Entusiasmo
Perseverancia	Simpatía	Valentía
Dinamismo	Confianza en sí mismo / a	Cortesía
Capacidad de observación	Fuerza de voluntad	Paciencia
Previsor / a	Sensibilidad	Capacidad de disfrute
Comunicativo	Sentido del humor	Comprensivo / a
Fiable	Alegre	Responsable
Capacidad de escucha	Expresivo / a	Animoso / a
Organizado	Buena voz	Capacidad de concentración
Iniciativa	Ecuánime	Generosidad
Cordialidad	Franqueza	Adaptable
Auténtico / a	Honesto	Abierto / a
Afectuoso / a	Trabajador / a	Persistente
Independiente	Creativo / a	Original
Solidario / a	Marcar un gol	Conseguir ligar
Mantener un secreto	Conseguir hablar en público	Escribir sin faltas
Leer bien	Resolver un problema	Aprenderme una lección
Habilidades manuales	Controlar mis impulsos	Cantar
Bailar	Meter una canasta	Ayudar a otros
Ojos grandes	Tengo fé	Pensamiento lógico
Capacidad para intimar	Escribir poesías	... y todo lo que se te ocurra

Nota. Guía de ejemplos. Tomado de “Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes”, en Ruíz (1998).