

Análisis y diseño intervencionista de la conducta suicida en población con dificultades socio-económicas. Enfoque preventivo desde la Psicología Positiva

Elena Gamarra Jiménez

Trabajadora Social. Asociación para la Cooperación, el Desarrollo y la Promoción (Asociación CODEPRO)

Jaime de la Torre López

Asociación Justalegría

Lucía Pérez Costillas

Psiquiatra UGC Salud Mental Hospital regional Universitario de Málaga y Profesora Asociada de Psiquiatría UMA

Nicolás Sánchez Álvarez

Estudiante de doctorado, Miembro del laboratorio de Emociones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga

Resumen

Reducir las muertes por suicidio es uno de los principales desafíos sociales de la actualidad. Las conductas suicidas suelen incrementarse en tiempos de profundas crisis económicas como la que vivimos, por este motivo es importante desarrollar programas de carácter preventivo que puedan amortiguar sus consecuencias. Para lograrlo es importante conocer las características de la población y los factores de riesgo asociados, pero también las variables y recursos personales que pueden actuar como protectores. Este estudio exploratorio con un programa de intervención longitudinal con seguimiento describe el perfil epidemiológico de una muestra de 95 personas con dificultades socio-económicas usuarias de servicios sociales, y revela que existe una relación indirecta entre ciertas fortalezas personales (Curiosidad, Pasión por Aprender, Prudencia, Auto-regulación, Vitalidad, Optimismo, Perspectiva y Espiritualidad) y el riesgo autolítico a través de dos variables clave: la depresión y la impulsividad. Este hallazgo permite hacer una propuesta de programa de prevención, basado en Psicología Positiva, de carácter grupal, que puede ser implementado por profesionales de Trabajo Social en Centros de Servicios Sociales Comunitarios.

Palabras claves

Suicidio, terapia, psicología positiva, servicios sociales.

Abstract

Reduce deaths by suicide is one of the major social challenges of today. Suicidal behaviors tend to increase in times of deep economic crisis like the one we live in, for this reason it is important to develop preventive programs that could dampen its consequences. To achieve this it is important to know the characteristics of the population and associated risk factors, but also the variables and personal resources that can act as protectors. This exploratory study with a program of longitudinal in-

Intervention follow describe the epidemiological profile of a sample of 95 people with socio-economic users of social services difficulties, and reveals that there is an indirect relationship between certain personal strengths (curiosity, Passion for Learning, Prudence, Auto-regulation, Vitality, Optimism, Outlook and Spirituality) and self-lytic through two key risk variables: depression and impulsivity. This finding allows a prevention program proposal, based on positive psychology, group character, which can be implemented by professional Social Work Centers Community Social Services.

Keywords

Suicide, therapy, positive psychology, social services.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. El suicidio

La Organización Mundial de la Salud, OMS, define el suicidio como un problema mundial de primer orden, por ser una de las grandes causas prevenibles de muerte prematura. Más de 800.000 personas mueren cada año por suicidio, y esta es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que, por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse (World Health Organization, 2014). La OMS, promueve que gobiernos y sociedad civil desarrollen estrategias de prevención del suicidio a través de programas preventivos y actividades comunitarias (World Health Organization, 1996).

En España el suicidio es, desde el año 2008, la primera causa de muerte externa (Instituto Nacional de Estadística, 2010), por encima, incluso, de accidentes de tráfico. La evolución de estas dos causas de muerte ha sido dispar en los últimos diez años. Mientras que las causadas por conducta suicida se han incrementado de manera notable, 3.910 muertes en 2014 por 3.399 en el año 2005, las provocadas por accidentes de tráfico se han reducido sensiblemente, pasando de las 4.522 en 2005 a las 1.873 en 2014 (Instituto Nacional de Estadística, 2016). Es posible que políticas, planes y acciones preventivas en materia de seguridad vial hayan influido en esta reducción.

El análisis de la conducta suicida es tremendamente complejo puesto que es el resultado de la interacción de la enfermedad mental, factores psicológicos, sociales, ambientales, familiares, interpersonales y biológicos. Todo ello ha generado una ingente producción científica, cultural y artística. Para el ámbito socio-sanitario, el estudio del suicidio supone un reto enorme, sobre todo si se tiene en cuenta que el 90% de los pacientes que se suicidan tienen algún tipo de enfermedad mental. Asimismo, el suicidio supone una importante causa de muerte en los enfermos depresivos (hasta el 20%), bipolares (sobre un 15%), esquizofrénicos (4-15%) y pacientes con problemas relacionados con el abuso de sustancias (Foster et al, 1997). También diversos acontecimientos o circunstancias estresantes como el desempleo, las pérdidas de personas queridas, las discusiones con la familia o los amigos, la ruptura de relaciones, los problemas legales, laborales y financieros pueden aumentar el riesgo suicida (Cavanagh, Owens y Johnstone, 1999; Platt, 1984; Thacore y Varma, 2000). El abuso de alcohol y drogas, los antecedentes de abusos físicos y/o sexuales en la infancia, el aislamiento social (Brown et al, 1999; Murphy y Welzel, 1990; Qin, Agerbo y Mortensen,

2003), los trastornos mentales (Arsenault-Lapierre, Kim y Turecki, 2004; Cavanagh, Carson, Sharpe y Lawrie, 2003; Harris y Barraclough, 1997) y las enfermedades somáticas incapacitantes son considerados factores de riesgo (De Leo et al, 1999). Habría que añadir las tentativas de suicidio previas (Moscicki, 1997) y una historia familiar de suicidio y/o enfermedad mental (Brent y Mehlem, 2008; Kim et al, 2005; Runeson y Asberg, 2003; Runeson, 1998).

La investigación en el campo del suicidio se ha centrado principalmente en identificar factores de riesgos, tales como el maltrato durante la infancia, la pobreza, o problemas escolares o laborales, entre otros (Nock et al, 2008). Sin embargo, hay muchas personas que han padecido eventos estresantes y nunca han tenido ideaciones o intentos suicidas. Esto nos dirige la atención hacia la existencia de posibles factores protectores que ante la aparición de eventos estresantes previenen estas ideaciones suicidas. Desde el reciente movimiento de la Psicología Positiva, se plantea que las personas presentan una serie de fortalezas psicológicas operacionalizadas en sistemas de creencias positivas, rasgos de personalidad diferenciales, estilos estables de pensamiento, y un conjunto de competencias sociales y emocionales, que ayudarían a afrontar el efecto negativo de los estresores cotidianos, fomentando el bienestar y ayudando a evitar la aparición de problemas psicológicos, incluido las ideaciones de suicidio (Vázquez y Torres, 2009). Varios de los factores protectores encontrados dentro del nivel comunitario son la participación en actividades religiosas y comunitarias, el tener niños pequeños y un seguimiento médico continuado (Kposowa, 2000; Qin, y Mortensen, 2003). Por otro lado, a nivel intrapersonales destacan las habilidades personales que parecen incidir en la protección de aquellas variables envueltas en la tentativa de suicidio (Seligman et al, 1999; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Las tasas de suicidio se mantienen relativamente constantes a lo largo del tiempo, incrementadas en épocas de guerras o depresiones económicas, como la que vivimos ahora. Uno de los primeros trabajos sobre la conducta del suicidio señala que es un fenómeno individual que responde a causas sociales (Durkheim, 1897). Existe una relación entre aumento relativo del suicidio y la crisis económica en España, siendo los hombres en edad de trabajar un grupo especialmente vulnerable, que podría beneficiarse de intervenciones locales (Bernal, Gasparrini, Artundo, y McKee, 2013).

El desempleo y, en general, las condiciones socio-económicas adversas son fuertes estresores para las personas que se corresponden con factores de riesgo e inciden en su salud emocional, y por tanto, en el riesgo de suicidio. La tasa de paro española se sitúa en el 20% de la población, mientras que en la provincia de Málaga se sitúa en el 26,98% de la población. El conjunto de la población que vive bajo el umbral de pobreza relativa asciende al 22,2% (Instituto Nacional de Estadística, 2015). Estos datos, unidos a la ausencia de estrategias globales dirigidas a prevenir el suicidio en el ámbito de los servicios sociales comunitarios que incluyan instrumentos de detección temprana y propuestas de intervención basadas en recursos personales que actúen como protectores, para esta población con perfil de riesgo, pueden estar contribuyendo a mantener el problema.

No obstante, en la Comunidad Autónoma Andaluza desde la Junta de Andalucía y la Consejería de Salud se están realizando algunas intervenciones en los que ha participado diversos centros de salud de atención primaria de la provincia de Málaga, en la prevención que permite a los propios pacientes evitar la aparición de la depresión en sus vidas, factor de riesgo para el suicidio como se ha descrito anteriormente (Perea et al, 2010), o el proceso asistencial integrado, ansiedad, depresión, somatizaciones (Díaz et al., 2011). Así como,

la creación de una guía de práctica clínica para el Tratamiento de la depresión en Atención Primaria, llevada a cabo por los agentes de diversos centros de salud y hospitalarios de Málaga (García-Herrera, Nogueras, Muñoz, y Morales, 2011). A nivel comunitario, el Ayuntamiento de Málaga ha impulsado el Programa Alienta para la Prevención de la Conducta Suicida en la ciudad de Málaga. Entre las actuaciones desarrolladas cabe destacar formación a agentes comunitarios, la atención psicológica en situación de crisis que ofrece el Teléfono de la Esperanza, y la psicoterapia basada en fortalezas personales que desarrolla la asociación Justalegría y que es objeto de este artículo.

Por todo lo dicho, numerosas publicaciones y organizaciones internacionales recomiendan la identificación temprana del suicidio y su manejo (NICE, 2013). Se recomienda que se evalúen el riesgo de suicidio a partir de la visita inicial, en intervalos apropiados, y clínicamente indicados (Holland, 2007). En esa evaluación se deben identificar los factores de riesgo de suicidio, períodos de mayor vulnerabilidad, problemas físicos derivados de la enfermedad que pueden incrementar el estrés, los problemas familiares y sociales, así como suicidios previos, en la familia y amigos o ambiente (NICE, 2013), ya que las alteraciones en una dimensión, afectan a las demás (Ferrell, 1997).

Estas son algunas aproximaciones a las intervenciones que se están realizando hasta el momento, relacionadas con el tema que se presenta. Nos aportan algunas evidencias de la importancia de la prevención que debe hacerse en algunos factores de riesgo del suicidio. Por ello se debe seguir profundizando en el tema y se elabora la siguiente propuesta de intervención para su prevención.

1.2. Tratamiento del suicidio

Al mismo tiempo, una de las mayores dificultades en el estudio del tratamiento de la conducta suicida es que el suicidio consumado es un hecho excepcional, por lo que se necesita una muestra muy amplia para mostrar diferencias estadísticamente significativas cuando se comparan distintos tratamientos. A esta dificultad hay que añadir que muchos estudios excluyen a los pacientes de alto riesgo suicida y que los periodos de seguimiento no suelen ser largos. Debido a esto, una estrategia alternativa para analizar el efecto de un tratamiento sobre el suicidio es seleccionar variables de resultado altamente asociadas a la conducta suicida (Wenzel, Brown y Beck, 2009).

El tratamiento psicoterapéutico de la conducta suicida está adquiriendo cada vez más importancia, sobre todo aquél que se basa en técnicas cognitivo-conductuales. La mayor parte de las publicaciones llegan a la conclusión de que las intervenciones psicosociales son eficaces en lograr una reducción del riesgo suicida (Tarrier et al, 2008), recomendándose la integración de los aspectos psicosociales en la asistencia rutinaria de personas con riesgo medio y alto. Se recomienda la evaluación temprana del riesgo suicida y el uso de intervenciones psicosociales. Hay evidencia de que las intervenciones psicosociales son recomendables no sólo por su eficacia sino también por razones económicas (Carlson y Bultz, 2003).

Hay que abordar la conducta suicida desde una perspectiva más amplia, en la que se valoren de forma integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que el paciente pueda beneficiarse. Al mismo tiempo, contar con la implicación de los profesionales sociales y sanitarios de los distintos niveles asistenciales. Es recomendable promover la formación de una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el profe-

sional, así como contar con el apoyo del entorno del paciente, como parte fundamental del proceso terapéutico. Las intervenciones que se han propuesto, tienen distinto formato: psicoeducativo, enfoque cognitivo-conductual, terapia de apoyo individual y grupal (Schneiderman, 2001).

1.3. Intervenciones desde la Psicología Positiva

A los avances en tratamientos hay que añadir los valiosos aportes de la investigación en Psicología Positiva, de las llamadas psicoterapias de tercera generación que han introducido una importante crítica al marco teórico de la Psicología que ha permanecido centrada exclusivamente en la patología y la debilidad/vulnerabilidad del ser humano. Este fenómeno ha dado lugar a un marco teórico de carácter patogénico que ha sesgado el estudio de la mente humana (Poseck, 2006), creando un modelo de trauma que no ha sido capaz de acercarse a la prevención del trastorno mental. Una parte importante de la literatura sobre el proceso de la conducta suicida, se ha centrado exclusivamente en la identificación de los riesgos ignorando las fortalezas y capacidad de superación de las personas. La concepción basada en lo patológico se centra en corregir defectos y reparar. Por el contrario, la Psicología Positiva insiste en la creación de competencias y en la prevención (Seligman, 2000), incidiendo en que el ser humano tiene una gran capacidad para adaptarse y encontrar sentido a las experiencias traumáticas más terribles (Davidson, 2002). Gracias a la investigación teórica en torno a esta área, el abanico de la intervención se está enriqueciendo ampliamente (Poseck, 2006).

Las experiencias difíciles y los riesgos son inherentes a la vida de todos, aunque algunas personas son más fuertes que otras. De este modo se fue gestando el concepto de resiliencia como un proceso mediante el cual las personas superan y se recuperan de la adversidad (Dyer y McGuinness, 1996). El concepto de resiliencia surgió de la psicopatología del desarrollo para ayudar a explicar por qué algunos niños y adolescentes que se enfrentan a la adversidad en etapas tempranas de la vida superan las dificultades, mientras que otros no lo hacen. Las intervenciones centradas en el entrenamiento en resiliencia están arrojando resultados muy favorables y prometedores (Loprinzi, 2011; Steinhardt, 2008). Los dominios de la resiliencia son apropiados para el desarrollo y cambian a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital (Tusaie y Dyer, 2004). Por lo tanto, la resiliencia es compleja y dinámica, no estática. Desde la promoción de la resiliencia, el ejercicio de las fortalezas humanas genera emociones positivas que son elementos esenciales en el funcionamiento óptimo del ser humano, ya que amplían los repertorios de pensamiento-acción, reducen las emociones negativas prolongadas, estimulan la resiliencia psicológica y provocan espirales de estado de ánimo positivo que aumentan el bienestar emocional. El éxito o la felicidad del ser humano se encuentran indivisiblemente unidos a la aparición de ciertos estados de ánimo o emociones particulares (generalmente de tipo positivo) que a su vez pueden conllevar un mejor rendimiento individual (Fernández-Berrocal y Extremera, 2009). Las publicaciones inciden en la necesidad de crear nuevos instrumentos de evaluación, centrados en identificar las fortalezas del individuo, para orientar la prevención y los tratamientos, así como diseñar intervenciones dirigidas a desarrollar los valiosos recursos que las personas y los grupos poseen. Uno de esos recursos personales que pueden facilitar el proceso de adaptación, reducir el estrés, y en última instancia disminuir el riesgo de suicidio con resultados positivos en el bienestar subjetivo, el funcionamiento interpersonal, y compor-

tamientos de salud.

En los últimos años, han comenzado a aparecer publicaciones sobre el papel de distintos aspectos de las fortalezas y la influencia de la resiliencia y las estrategias de afrontamiento (Rey et al, 2013), en la reducción del estrés y la ansiedad (Loprinzi, 2011; Steinhart, 2008), con un gran impacto en la práctica clínica (Loprinzi, 2011). El estudio sobre la Psicología Positiva ha atraído la atención en la literatura debido a sus resultados positivos respecto al bienestar subjetivo, funcionamiento interpersonal, comportamientos de salud, y prevención de psicopatologías. De hecho, muchas investigaciones están interesadas en estudiar la correlación entre las capacidades resilientes y la salud (Keefer, Parker y Saklofske, 2009).

Las técnicas facilitadas por la Psicología Positiva están mostrando su eficacia para entender cómo la gente se enfrenta y adapta a estas situaciones y qué factores contribuyen al bienestar psicológico y la salud (van Heck y den Oudsten, 2008). La relación de variables como el optimismo, el humor, la inteligencia emocional o las emociones positivas en los estados físicos de salud se alza como uno de los puntos clave de la investigación. Estas habilidades personales y psicosociales pueden ser utilizadas en intervenciones psico-educativas dirigidas a aumentar el bienestar a largo plazo de las personas con situaciones complicadas (Carlson y Bultz, 2003).

El desarrollo de las fortalezas personales podría ejercer un efecto positivo sobre la salud reduciendo los efectos deletéreos de las emociones negativas provocadas por una enfermedad o propiciando una adaptación más activa o re-interpretaciones positivas de los estresores. La potenciación de la resiliencia, el manejo de las emociones, las ventajas eficaces en la disminución del estrés, el funcionamiento personal e interpersonal (Loprinzi, 2011; Nelis et al, 2011) todo ello podría ayudar a mejorar la forma de afrontar situaciones complicadas y propiciar el mayor grado de bienestar posible, ya que las investigaciones sugieren que el bienestar es influido no sólo por el proceso de superación de situaciones estresante, sino también por la adquisición de nuevos recursos psicológicos (Rey et al, 2013).

Dada la importancia de las intervenciones desde la Psicología Positiva y su repercusión en el afrontamiento positivo y la resiliencia de las personas en la supervivencia, nos planteamos evaluar el riesgo de suicidio experimentado y evaluar cuáles son las fortalezas que previenen dicho riesgo suicida por un grupo de personas usuarios de los servicios sociales con un riesgo medio a alto de suicidio, así como llevar a cabo intervenciones psicológicas basadas en la Psicología Positiva, psicoterapias de tercera generación para disminuir el riesgo suicida. Para lograr estos objetivos, se siguen las recomendaciones de autores que, dada la complejidad del tema, aconsejan que los proyectos de investigación en este campo, deben ser diseñados y llevados a cabo por equipos multidisciplinares que incorporen distintas dimensiones y perspectivas (Sanoff, 2007). Proponemos una intervención multi-componente conscientes de la dificultad de aislar los mecanismos de acción o las técnicas específicas pero también pensando en unir técnicas que aúnan el trabajo sobre las emociones, sobre el cuerpo y los pensamientos, así como el apoyo social del grupo con el objeto de encontrar instrumentos psicoterapéuticos que permitan disminuir el riesgo suicida, mejorar la calidad de vida y tener la oportunidad de tomar un papel activo en el propio cuidado (Specia, 2000). Como afirman Carlson y Bultz, ha llegado el tiempo de promover un modelo que contemple las necesidades físicas y emocionales de las personas como una parte vital de la asistencia sanitaria (Carlson y Bultz, 2003).

2. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN. METODOLOGÍA

2.1. Hipótesis

Existen una serie de recursos personales que actúan como factores protectores del suicidio. Identificarlos puede incrementar la detección temprana e implementar programas de prevención dirigidos a población usuaria de servicios sociales comunitarios.

2.2. Objetivos

1. Describir el perfil de riesgo suicida de personas usuarios de servicios sociales de Málaga.
2. Establecer los recursos personales que pueden proteger a esta población del riesgo suicida.
3. Diseñar un programa de prevención primaria para esta población que pueda ser implementado por agentes sociales.

2.3. Metodología

Se seleccionó como población diana del proyecto piloto a usuarios de los servicios sociales mayores de 18 años por sus dificultades socioeconómicas. Según los últimos datos publicados por el Observatorio Municipal para la Inclusión Social del Área de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Málaga, las características de las familias atendidas en Málaga (Servicios sociales de Málaga, 2012) son las descritas a continuación:

- El 31,9% son familias unipersonales, personas que viven solas, de las cuales el 65,6% son mujeres y el 59,1%, tiene más de 64 años.
- El 47,8% reside en viviendas de alquiler.
- El mayor número de familias atendidas se ha producido en el Centro de Servicios Sociales (CSS) de Carretera de Cádiz: 3.539, siendo el CSS Bailén-Miraflores el que registra mayor proporción de familias atendidas respecto al número total de hogares de su distrito: 14,9%.

Para centrar el estudio se eligió el Distrito Bailén- Miraflores, mostrando su población las siguientes características:

- El número total de familias/hogares atendidos es de 3.395, de los que el 72,9% tenían expedientes anteriores, mientras el 27,1% eran familias nuevas atendidas.
- El 34% son familias unipersonales, personas que viven solas, de las cuales el 65,5% son mujeres y el 67% tiene más de 64 años.
- Un 52,1% de las familias atendidas son con vivienda en régimen de alquiler
- El número total de personas atendidas son 9.333, de las cuales el 54,3% son mujeres, el 21,8% son personas extranjeras, el 24,4% son personas con discapacidad y el 4,8% son personas enfermas.
- El 53,3% son personas sin estudios, de las cuales el 58,2% son mujeres.
- Las personas activas representan el 49,8%, frente al 50,2 de las inactivas

- La tasa de actividad de las personas atendidas es del 49,8%.
- La tasa de empleo se sitúa en el 13,1% de las personas atendidas.
- La tasa de paro se sitúa en el 73,8%.
- De las personas ocupadas el 35,8% lo hacen en el sector servicios, en la construcción el 10,1% y el 21,1% lo hacen en ocupación irregular.

Además de estos datos que nos aproximan a la realidad que viven sus vecinos y vecinas, existiendo necesidades detectadas que se agrupan en cuatro bloques. Primero, necesidades que se relacionan con información sobre el acceso a recursos, que representa el 56,3% del total de las necesidades registradas por los servicios sociales, unas 5.998. El segundo bloque, hace referencia a las necesidades relacionadas con una adecuada convivencia personal-familiar que representa el 11,7%. El tercer bloque, corresponde a las necesidades relacionadas con una adecuada integración social, representando el 4,6%. El último bloque, referente a las necesidades relacionadas con la falta de medios para la cobertura de necesidades básicas, siendo el 27,4% del total de las necesidades atendidas (Servicios sociales de Málaga, 2012).

Esta descripción socio-económica de las personas que acuden a los servicios sociales del distrito, son elementos que pueden generar factores de riesgo que desencadenan conductas suicidas en los individuos, como anteriormente hemos descrito. Es por ello, que elegimos a las personas mayores de 18 años que acude a los servicios sociales como población diana de nuestro proyecto de intervención que aquí se presenta. Llegados a este punto cabe destacar la importancia del trabajo en red y coordinación con los agentes sociales del Distrito Bailén Miraflores, concretamente con los profesionales de su Centro de Servicios Sociales. Siendo indispensable una comunicación fluida y continua con los mismos.

A partir de estos datos se planteó realizar un estudio exploratorio con un programa de intervención longitudinal con seguimiento. Se estimó una oscilación de tamaño muestral de entre 80 y 100 sujetos mayores de 18 años que acudan a los servicios sociales del distrito.

Se elaboraron y seleccionaron cuestionarios que contemplan información sociodemográfica, económica, consumo de estupefacientes, acontecimientos vitales, enfermedad mental, tratamiento médico, percepción de estrés, impulsividad, sintomatología depresiva, y fortalezas personales. Los participantes fueron debidamente informados y firmaron un consentimiento informado. A posteriori se realizó la recogida y análisis de datos que se explican de forma detallada en los apartados siguientes.

2.4. Procedimiento de selección de muestra

Se realizó un procedimiento de selección de muestra de tipo no probabilístico por conveniencia debido a que la población seleccionada pertenece a una categoría sociodemográfica de nivel bajo-medio. La selección de los sujetos del estudio es accesible a la investigación gracias a que son usuarios de los servicios sociales. La muestra de conveniencia se suele utilizar en estudios de tipo exploratorio ya que permite al investigador obtener los datos básicos y las tendencias con respecto a su estudio. Esta técnica de muestreo es también útil para documentar que fenómeno se produce dentro de una muestra dada. Tales pruebas piloto, o de prueba inicial son también muy útiles para la detección de relaciones entre fenómenos diferentes. Así pues y de acuerdo con Flyvbjerg (2006) la estrategia seleccionada

para la selección de la muestra se determina acorde con el objetivo de la investigación.

La muestra del estudio estuvo compuesta por 91 usuarios de los servicios sociales, de los cuales el 63,7% fueron mujeres con una edad media de 44,53 años (DT = 10,04) y un rango de edad de los 27 a los 75 años. Los hombres participantes fueron el 36,3% de la muestra con una edad media de 47 años (DT = 10,23) y un rango de edad de los 19 a los 61 años. Se informó a los participantes sobre los objetivos del estudio y las condiciones éticas del mismo, y quienes voluntariamente decidieron participar en el estudio, firmaron el consentimiento informado y respondieron el cuestionario con la ayuda de psicólogos formados.

2.5. Definición de variables

Instrumentos de recogida de información

- Datos sociodemográficos. Cuestionario adaptado a la población diana: datos de filiación, lugar de nacimiento, sexo, estado civil, nivel de estudios, actividad laboral, antecedentes personales y familiares de salud mental, sexualidad, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, abusos en la infancia, adolescencia y adultez, ingresos y pobreza subjetiva, historia de intentos de suicidio.
- Riesgo suicida. Elaboración propia. Con el fin de evaluar el riesgo suicida, desde este proyecto de investigación se realizó el desarrollo de un instrumento que fuera de fácil uso para los agentes comunitarios. La evaluación del riesgo suicida se realizó mediante un cuestionario de 28 ítems que registra la ideación suicida y factores asociados tradicionalmente al suicidio.
- Sucesos vitales estresantes, List of Threatening Experiences Questionnaire (LTE-Q; Brugha y Cragg, 1990) adaptación al castellano. El cuestionario selecciona los 12 sucesos vitales estresantes más potentes e importantes en la vida de las personas entrevistadas. Cada ítem corresponde a un suceso vital negativo. El participante responde si ha experimentado el suceso vital en el último año.
- Escala de Ideación Suicida de Beck. La ideación suicida se evaluó por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB; Beck et al, 1979). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de auto-destructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck et al, 1979). La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de ‘intentar suicidarse’” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando (Beck et al, 1978).
- Escala de Impulsividad Barratt (Barrat impulsivity Scale, BIS; Patton, Stanford y Barrat, 1995). Para la evaluación de la impulsividad se utilizó la versión adaptada validada para población de habla castellana. Esta herramienta ofrece una puntuación total y tres subescalas: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planificada. No

propone un punto de corte, aunque generalmente se utiliza como tal la mediana de la distribución.

- Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983); versión al castellano por Remor y Carrobles (2001). Conformada por 4 ítems que miden el grado en que, durante el último mes, las personas se han sentido molestas o preocupadas por algo o, por el contrario, han percibido que las cosas les iban bien, o se han sentido seguras de su capacidad para controlar sus problemas personales.
- Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica, MINI (Sheehan et al, 1998). Versión española 5.0.0 (Bobes et al, 1997) usada para identificar desórdenes de estrés postraumáticos (post-traumatic stress disorder, PTSD) y desórdenes alimentarios (anorexia y bulimia) del eje I del DSM-IV, y desorden antisocial de personalidad del eje II del DSM-IV.
- Inventario de Fortalezas (Values in Action Inventory of Strengths, VIA-IS). Originalmente diseñado por Peterson y Seligman (2004), consta de 240 reactivos con cinco posibilidades de respuesta: (5) “Muy Parecido a mí”, (4) “Algo parecido a mí”, (3) “Neutro”, (2) “Algo diferente a mí”, (1) “Nada parecido a mí”. Distribuidos en seis dimensiones: sabiduría y conocimiento (50 ítems), coraje (40 ítems), humanidad y amor (30 ítems), justicia (30 ítems), templanza (40 ítems) y trascendencia (50 ítems). Los estudios de confiabilidad para la versión original (Peterson y Seligman, 2004) y la versión al castellano (realizada en España por Vázquez y Hervás, 2006), revelan valores de consistencia interna para cada uno de los factores superiores a 0.90 (Alfa de Cronbach).
- Escala de depresión, ansiedad y estrés, Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) (Antony et al, 1998). La DASS-21 es un autoinforme que evalúa los estados emocionales negativos durante la última semana. Consta de 21 afirmaciones en formato Likert de 4 categorías (desde 0 = “no se aplica en nada a mí” hasta 3 = “se aplica mucho a mí la mayor parte del tiempo”), distribuidos a lo largo de tres subescalas (con siete ítems cada una): Depresión, Ansiedad y Estrés. Se ha utilizado en muestras representativas de la población general (Henry y Crawford, 2005), en muestras clínicas (Antony et al, 1998), en población anciana (Gloster et al, 2008) y en adolescentes no clínicos (Duffy et al, 2005). Asimismo, se han obtenido diferentes evidencias de validez convergente y discriminante con otros autoinformes de ansiedad, depresión y psicopatología general, así como una solución tridimensional fue respaldada empíricamente las subescalas propuestas (Antony et al, 1998; Daza et al, 2002; Henry y Crawford, 2005). En este estudio se ha utilizado la versión adaptada y validada al español por Daza et al. (2002), en donde los niveles de consistencia interna estimados oscilaron entre .86 y .96.
- Cuestionario de Conducta Suicida (SBQ) de Linehan (1981): Consiste en una escala de cuatro preguntas tipo likert que indaga sobre frecuencia de ideas suicidas, comunicación de los pensamientos suicidas a otros y actitudes y expectativas de realizar actualmente un intento de suicidio (Brown, 2000; Winters, Myers y Proud, 2002)
- Escala de Satisfacción con la vida (Satisfaction with life scale; SWLS; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; adaptación española de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000). La escala de satisfacción vital es un cuestionario de 5 ítems (1 = Completamente en desacuerdo; 7 = Completamente de acuerdo) diseñado como una medida global acerca del grado percibido de satisfacción en la vida. Se evalúa a través de una escala tipo Likert de 7 puntos con ítems como los siguientes: “Estoy satisfecho con mi vida”; “Hasta ahora, he

conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida”. Diener et al. (1985) informaron de una elevada validez convergente y divergente y una alta consistencia interna. La validación al castellano de la escala presenta propiedades psicométricas similares a la versión anglosajona (Atienza et al, 2000; Atienza, Balanguer y Garcia-Marita, 2003).

2.6. Recogida de datos

Para la recogida de datos se formaron a 10 psicólogos voluntarias cualificadas para la intervención social en la aplicación de pruebas psicométricas y entrevistas semi-estructuradas. Se citó a los sujetos en el Centro de Servicios Sociales informando telefónicamente sobre el motivo del estudio, ampliando la información en la entrevista. Todos los participantes han sido informados y han firmado el documento de consentimiento informado. Los datos han sido recogidos en una sola aplicación, entrevistas que oscilaron entre los 90 y 120 minutos.

2.7. Análisis de datos

Para el análisis estadístico se empleó el software estadístico SPSS v19. Para hallar las diferencias individuales entre individuos con riesgo de suicidio y sin riesgo de suicidio se utilizó la T de Student para variables continuas y χ^2 para variables dicotómicas. Para hallar validez convergente y divergente se usó índice de correlación de Pearson. Para la fiabilidad de los instrumentos se utilizó el estadístico alfa de Cronbach. En los análisis de los efectos indirectos de las fortalezas personales en el riesgo de suicidio se utilizó un análisis de influencia indirecta a través de sistemas de ecuaciones estructurales, con software AMOS v19, mediante el método de máxima verosimilitud.

3. RESULTADOS

3.1. Resultados descriptivos

Tras la recogida de datos se llevó a cabo una descripción del perfil psicológico y socio-demográfico de la población usuaria de servicios sociales.

Destacamos que el screening inicial revela 13 personas de la muestra con intentos de suicidio a lo largo de su vida, lo que representa un 14,3% del total. Lo que hace destacar una población con un alto riesgo de conductas suicidas. Los datos revelan que un 12,1% de la muestra tiene un alto riesgo suicida, mientras que un 4,4% moderado riesgo, un 8,8% leve riesgo y un 74,7% ningún riesgo suicida (ver tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de riesgo suicida.

	Riesgo de suicidio	
	Frecuencia	Porcentaje
Ningún riesgo	68	74,7
Leve	8	8,8
Moderado	4	4,4
Alto	11	12,1
Total	91	100,0

3.2. Resultados comparativos

Los análisis comparativos de puntuaciones medias entre los participantes con intentos de suicidio y aquellos sin intentos, muestran diferencias significativas para los antecedentes familiares de depresión, antecedentes consumo de alcohol de familiares, número de acontecimientos vitales de Brugha, ideación suicida, impulsividad motora, cognitiva y total (ver tabla 2).

Tabla 2. Análisis de las diferencias entre los participantes con y sin intentos de suicidio.

	Intento Suicidio	N	Media	Desviación típ.	t	p																																																															
Antecedentes familiares depresión	NO	78	,32	,506	-2,073	,041																																																															
	SÍ	13	,62	,470			Acontecimientos vitales Brugha 1	NO	78	,15	,363	-2.059	,042	SÍ	13	,38	,506	Acontecimientos vitales Brugha 7	NO	78	,06	,247	-3,624	,001	SÍ	13	,38	,506	Ideación suicida beck	NO	78	3.55	1.918	-1,998	,049	SÍ	13	7.94	6.543	Impulsividad cognitiva	NO	78	13.32	6.087	-3.233	,003	SÍ	13	18.06	5.332	Impulsividad motora	NO	78	13.40	6.286	-2.583	.016	SÍ	13	17.35	5.590	Impulsividad total	NO	78	42.81	13.426	-2.473	,015	SÍ
Acontecimientos vitales Brugha 1	NO	78	,15	,363	-2.059	,042																																																															
	SÍ	13	,38	,506			Acontecimientos vitales Brugha 7	NO	78	,06	,247	-3,624	,001	SÍ	13	,38	,506	Ideación suicida beck	NO	78	3.55	1.918	-1,998	,049	SÍ	13	7.94	6.543	Impulsividad cognitiva	NO	78	13.32	6.087	-3.233	,003	SÍ	13	18.06	5.332	Impulsividad motora	NO	78	13.40	6.286	-2.583	.016	SÍ	13	17.35	5.590	Impulsividad total	NO	78	42.81	13.426	-2.473	,015	SÍ	13	51.82	14.518								
Acontecimientos vitales Brugha 7	NO	78	,06	,247	-3,624	,001																																																															
	SÍ	13	,38	,506			Ideación suicida beck	NO	78	3.55	1.918	-1,998	,049	SÍ	13	7.94	6.543	Impulsividad cognitiva	NO	78	13.32	6.087	-3.233	,003	SÍ	13	18.06	5.332	Impulsividad motora	NO	78	13.40	6.286	-2.583	.016	SÍ	13	17.35	5.590	Impulsividad total	NO	78	42.81	13.426	-2.473	,015	SÍ	13	51.82	14.518																			
Ideación suicida beck	NO	78	3.55	1.918	-1,998	,049																																																															
	SÍ	13	7.94	6.543			Impulsividad cognitiva	NO	78	13.32	6.087	-3.233	,003	SÍ	13	18.06	5.332	Impulsividad motora	NO	78	13.40	6.286	-2.583	.016	SÍ	13	17.35	5.590	Impulsividad total	NO	78	42.81	13.426	-2.473	,015	SÍ	13	51.82	14.518																														
Impulsividad cognitiva	NO	78	13.32	6.087	-3.233	,003																																																															
	SÍ	13	18.06	5.332			Impulsividad motora	NO	78	13.40	6.286	-2.583	.016	SÍ	13	17.35	5.590	Impulsividad total	NO	78	42.81	13.426	-2.473	,015	SÍ	13	51.82	14.518																																									
Impulsividad motora	NO	78	13.40	6.286	-2.583	.016																																																															
	SÍ	13	17.35	5.590			Impulsividad total	NO	78	42.81	13.426	-2.473	,015	SÍ	13	51.82	14.518																																																				
Impulsividad total	NO	78	42.81	13.426	-2.473	,015																																																															
	SÍ	13	51.82	14.518																																																																	

También se hallan diferencias significativas entre los participantes con intentos de suicidio y aquellos sin intentos en: abuso físico y emocional en la infancia, adolescencia y edad adulta, historia psicopatológica, tratamiento actual psiquiátrico y fármacos, suicidio consumado de un amigo, sintomatología depresiva, fobia social, abuso de drogas y trastorno antisocial.

Tabla 3. Análisis de las diferencias entre los participantes con y sin intentos de suicidio.

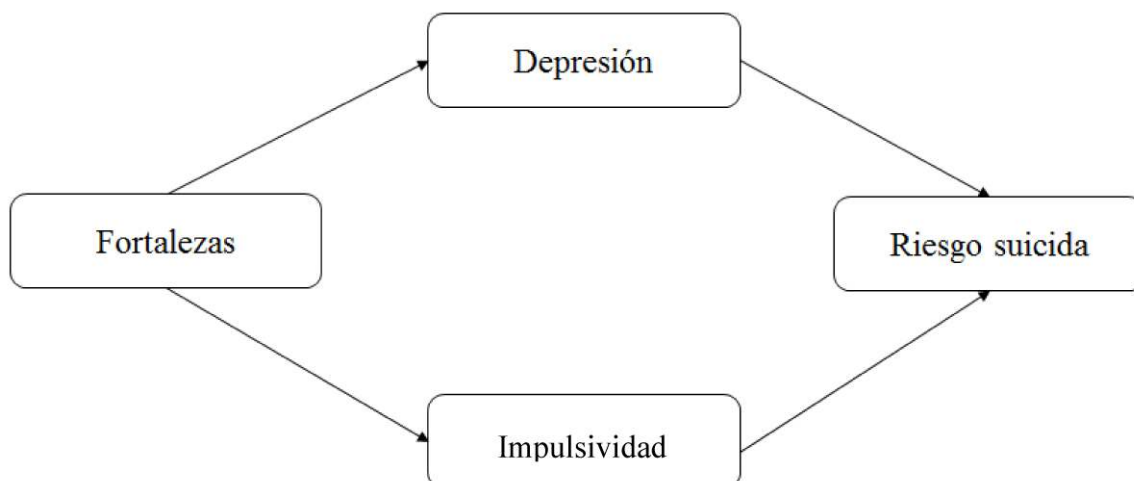
	Intento Suicidio	NO	SI	X ²	p																																																																																																																											
Abuso Infancia físico	NO	73	10	-2.811	.006																																																																																																																											
	SÍ	5	3			Abuso Infancia abandono	NO	75	10	4.493	.034	SÍ	3	3	Abuso Infancia emocional	NO	70	10	6.964	.008	SÍ	8	3	Abuso Infancia perdida padre	NO	74	10	6.128	.013	SÍ	4	3	Abuso Físico Adolescencia / Edad Adulta	NO	73	10	7.841	.005	SÍ	5	3	Abuso Emocional Adolescencia / Edad Adulta	NO	70	10	6.964	.008	SÍ	8	3	Historia Psicopatológica Previa Tratamiento	NO	54	3	6.909	.009	SÍ	24	10	Historia Psicopatológica Previa Hospitalización	NO	69	10	5.924	.015	SÍ	9	3	Tratamiento actual psiquiátrico	NO	74	10	9.597	.002	SÍ	4	3	Tratamiento actual fármacos	NO	55	3	5.299	.021	SÍ	23	10	Suicidio consumado entorno amigos	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini depresión mayor	NO	47	3	5.360	.021	SÍ	31	10	Mini fobia social	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002	SÍ	0	2	Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031
Abuso Infancia abandono	NO	75	10	4.493	.034																																																																																																																											
	SÍ	3	3			Abuso Infancia emocional	NO	70	10	6.964	.008	SÍ	8	3	Abuso Infancia perdida padre	NO	74	10	6.128	.013	SÍ	4	3	Abuso Físico Adolescencia / Edad Adulta	NO	73	10	7.841	.005	SÍ	5	3	Abuso Emocional Adolescencia / Edad Adulta	NO	70	10	6.964	.008	SÍ	8	3	Historia Psicopatológica Previa Tratamiento	NO	54	3	6.909	.009	SÍ	24	10	Historia Psicopatológica Previa Hospitalización	NO	69	10	5.924	.015	SÍ	9	3	Tratamiento actual psiquiátrico	NO	74	10	9.597	.002	SÍ	4	3	Tratamiento actual fármacos	NO	55	3	5.299	.021	SÍ	23	10	Suicidio consumado entorno amigos	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini depresión mayor	NO	47	3	5.360	.021	SÍ	31	10	Mini fobia social	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002	SÍ	0	2	Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031	SÍ	0	1						
Abuso Infancia emocional	NO	70	10	6.964	.008																																																																																																																											
	SÍ	8	3			Abuso Infancia perdida padre	NO	74	10	6.128	.013	SÍ	4	3	Abuso Físico Adolescencia / Edad Adulta	NO	73	10	7.841	.005	SÍ	5	3	Abuso Emocional Adolescencia / Edad Adulta	NO	70	10	6.964	.008	SÍ	8	3	Historia Psicopatológica Previa Tratamiento	NO	54	3	6.909	.009	SÍ	24	10	Historia Psicopatológica Previa Hospitalización	NO	69	10	5.924	.015	SÍ	9	3	Tratamiento actual psiquiátrico	NO	74	10	9.597	.002	SÍ	4	3	Tratamiento actual fármacos	NO	55	3	5.299	.021	SÍ	23	10	Suicidio consumado entorno amigos	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini depresión mayor	NO	47	3	5.360	.021	SÍ	31	10	Mini fobia social	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002	SÍ	0	2	Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031	SÍ	0	1															
Abuso Infancia perdida padre	NO	74	10	6.128	.013																																																																																																																											
	SÍ	4	3			Abuso Físico Adolescencia / Edad Adulta	NO	73	10	7.841	.005	SÍ	5	3	Abuso Emocional Adolescencia / Edad Adulta	NO	70	10	6.964	.008	SÍ	8	3	Historia Psicopatológica Previa Tratamiento	NO	54	3	6.909	.009	SÍ	24	10	Historia Psicopatológica Previa Hospitalización	NO	69	10	5.924	.015	SÍ	9	3	Tratamiento actual psiquiátrico	NO	74	10	9.597	.002	SÍ	4	3	Tratamiento actual fármacos	NO	55	3	5.299	.021	SÍ	23	10	Suicidio consumado entorno amigos	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini depresión mayor	NO	47	3	5.360	.021	SÍ	31	10	Mini fobia social	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002	SÍ	0	2	Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031	SÍ	0	1																								
Abuso Físico Adolescencia / Edad Adulta	NO	73	10	7.841	.005																																																																																																																											
	SÍ	5	3			Abuso Emocional Adolescencia / Edad Adulta	NO	70	10	6.964	.008	SÍ	8	3	Historia Psicopatológica Previa Tratamiento	NO	54	3	6.909	.009	SÍ	24	10	Historia Psicopatológica Previa Hospitalización	NO	69	10	5.924	.015	SÍ	9	3	Tratamiento actual psiquiátrico	NO	74	10	9.597	.002	SÍ	4	3	Tratamiento actual fármacos	NO	55	3	5.299	.021	SÍ	23	10	Suicidio consumado entorno amigos	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini depresión mayor	NO	47	3	5.360	.021	SÍ	31	10	Mini fobia social	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002	SÍ	0	2	Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031	SÍ	0	1																																	
Abuso Emocional Adolescencia / Edad Adulta	NO	70	10	6.964	.008																																																																																																																											
	SÍ	8	3			Historia Psicopatológica Previa Tratamiento	NO	54	3	6.909	.009	SÍ	24	10	Historia Psicopatológica Previa Hospitalización	NO	69	10	5.924	.015	SÍ	9	3	Tratamiento actual psiquiátrico	NO	74	10	9.597	.002	SÍ	4	3	Tratamiento actual fármacos	NO	55	3	5.299	.021	SÍ	23	10	Suicidio consumado entorno amigos	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini depresión mayor	NO	47	3	5.360	.021	SÍ	31	10	Mini fobia social	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002	SÍ	0	2	Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031	SÍ	0	1																																										
Historia Psicopatológica Previa Tratamiento	NO	54	3	6.909	.009																																																																																																																											
	SÍ	24	10			Historia Psicopatológica Previa Hospitalización	NO	69	10	5.924	.015	SÍ	9	3	Tratamiento actual psiquiátrico	NO	74	10	9.597	.002	SÍ	4	3	Tratamiento actual fármacos	NO	55	3	5.299	.021	SÍ	23	10	Suicidio consumado entorno amigos	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini depresión mayor	NO	47	3	5.360	.021	SÍ	31	10	Mini fobia social	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002	SÍ	0	2	Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031	SÍ	0	1																																																			
Historia Psicopatológica Previa Hospitalización	NO	69	10	5.924	.015																																																																																																																											
	SÍ	9	3			Tratamiento actual psiquiátrico	NO	74	10	9.597	.002	SÍ	4	3	Tratamiento actual fármacos	NO	55	3	5.299	.021	SÍ	23	10	Suicidio consumado entorno amigos	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini depresión mayor	NO	47	3	5.360	.021	SÍ	31	10	Mini fobia social	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002	SÍ	0	2	Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031	SÍ	0	1																																																												
Tratamiento actual psiquiátrico	NO	74	10	9.597	.002																																																																																																																											
	SÍ	4	3			Tratamiento actual fármacos	NO	55	3	5.299	.021	SÍ	23	10	Suicidio consumado entorno amigos	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini depresión mayor	NO	47	3	5.360	.021	SÍ	31	10	Mini fobia social	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002	SÍ	0	2	Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031	SÍ	0	1																																																																					
Tratamiento actual fármacos	NO	55	3	5.299	.021																																																																																																																											
	SÍ	23	10			Suicidio consumado entorno amigos	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini depresión mayor	NO	47	3	5.360	.021	SÍ	31	10	Mini fobia social	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002	SÍ	0	2	Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031	SÍ	0	1																																																																														
Suicidio consumado entorno amigos	NO	73	10	4.770	.029																																																																																																																											
	SÍ	5	3			Mini depresión mayor	NO	47	3	5.360	.021	SÍ	31	10	Mini fobia social	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002	SÍ	0	2	Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031	SÍ	0	1																																																																																							
Mini depresión mayor	NO	47	3	5.360	.021																																																																																																																											
	SÍ	31	10			Mini fobia social	NO	73	10	4.770	.029	SÍ	5	3	Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002	SÍ	0	2	Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031	SÍ	0	1																																																																																																
Mini fobia social	NO	73	10	4.770	.029																																																																																																																											
	SÍ	5	3			Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002	SÍ	0	2	Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031	SÍ	0	1																																																																																																									
Mini abuso drogas	NO	78	11	9.374	.002																																																																																																																											
	SÍ	0	2			Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031	SÍ	0	1																																																																																																																		
Mini antisocial	NO	78	12	4.637	.031																																																																																																																											
	SÍ	0	1																																																																																																																													

3.3. Resultados indirectos

Los análisis de los datos muestran una relación directa de los niveles y la sintomatología depresiva al igual de los niveles de impulsividad con el riesgo suicida formado por la ideación y los intentos de suicidio. La literatura científica sobre el suicidio apoya los resultados encontrados en este estudio. La novedad de este estudio radica en los hallazgos de varias fortalezas personales que tienen una vinculación indirecta con el riesgo suicida mediante

los niveles de depresión e impulsividad. Esos factores personales tendrán un efecto protector frente a la sintomatología depresiva e impulsiva, por lo que reducirán el riesgo de suicidio.

Figura 1. Mediación de la depresión y la impulsividad entre las fortalezas personales y el riesgo suicida. Elaboración propia.



Por un lado, los resultados encontrados muestran una vinculación indirecta entre los intentos de suicidio, la ideación suicida y las fortalezas. Las distintas fortalezas muestran relación con variables que a su vez se relacionan con la suicidabilidad, encontrando una influencia a través de dichas variables. Las fortalezas personales que tienen un efecto indirecto sobre el riesgo suicida mediante la impulsividad se encuentran detallados en la tabla 4. Mientras que las fortalezas personales que tiene un efecto indirecto significativo mediante los niveles de depresión se muestran en la tabla 5.

Tabla 4. Efectos indirectos significativos de las fortalezas sobre el riesgo suicida vía impulsividad

	Curiosidad	Aprender	Perspectiva	Vitalidad	Prudencia	Auto regulación	Esperanza	Espiritualidad
Riesgo suicida	,043	,029	-,007	-,056	,049	,021	,030	-,028

Tabla 5. Efectos indirectos significativos de las fortalezas sobre el riesgo suicida vía depresión

	Esperanza	Auto regulación	Vitalidad	Aprender	Curiosidad
Riesgo suicida	-,042	,078	,048	,036	,003

4. DISCUSIÓN

En el análisis de los resultados llama la atención en primer lugar el alto porcentaje, una vez excluidos los resultados no confiables, de personas que han presentado intentos previos a lo largo de su vida, el 12,63% de la muestra. Así mismo, un 28,5% presenta riesgo de suicidio en sus diferentes intensidades, lo cual muestra una alta concentración de sujetos en riesgo de llevar a cabo conductas de intentos suicidas. Estos datos están en consonancia con una de nuestras hipótesis de partida: la población usuaria de servicios sociales y, por ende, con dificultades socio-económicas tienen un porcentaje más alto de riesgo de suicidio que la media poblacional, ya que la tasa de suicidios en España se situó en 2014 en 8,42 (Instituto Nacional de Estadística, 2016). Dado que según los datos del Instituto Nacional de Estadística revelan que en 2014 hubo 3.910 suicidios consumados en España, un número mayor que los homicidios (317), los asesinatos de violencia machista (59) y los accidentes de tráfico (1.873) juntos (Instituto Nacional de Estadística, 2016), es lógico pensar que son necesarios planes de actuación para reducir y prevenir el intento de suicidio como la mayor lacra en nuestra sociedad actual.

En relación a los datos socio-demográficos, así como los factores clásicos de riesgo de suicidio, los resultados de este estudio están en línea con los obtenidos por las diversas investigaciones que se han desarrollado con anterioridad, no solo en población clínica (Foster et al, 1997). Destaca la importancia de variables como acontecimientos vitales, antecedentes familiares de depresión y alcoholismo (Cavanagh, Owens y Johnstone, 1999; Platt, 1984; Thacore y Varma, 2000), impulsividad, abusos en infancia, adolescencia o edad adulta (Arsenault-Lapierre, Kim y Turecki, 2004; Cavanagh, Carson, Sharpe y Lawrie, 2003; Harris y Barraclough, 1997), psicopatología previa o actual, depresión, fobia social o consumo de drogas (Brown et al, 1999; Murphy y Welzel, 1990; Qin, Agerbo y Mortensen, 2003), como principales factores de riesgo suicida (De Leo et al, 1999). Estos resultados resaltan la importancia de estudiar no solo variables asociadas a trastornos mentales sino también otras variables de tipo económico y socio-cultural que tienen unos efectos nocivos en las vidas de la población. La investigación en el campo del suicidio ha de centrarse en la identificación de factores de riesgos, tales como el maltrato durante la infancia, la pobreza, o problemas escolares o laborales, entre otros (Nock et al, 2008).

Como se ha descrito anteriormente, no sólo existen una serie de factores denominados de riesgo, sino que además existen factores protectores que modulan el riesgo suicida y que permiten que personas ante las mismas situaciones estresantes puedan afrontarlas de una manera más óptima (Seligman et al, 1999; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Dentro de estos factores protectores encontramos las fortalezas personales, que en esta investigación se han presentado a los sujetos participantes y que algunas se han revelado como importantes de forma indirecta, mostrando su estrecha relación con la depresión o la impulsividad, buenas predictores ambos del riesgo suicida. En este sentido, las que mayor significancia en los resultados de la investigación presentan son: Curiosidad, Pasión por Aprender, Perspectiva, Vitalidad, Prudencia, Auto-regulación, Optimismo y Espiritualidad. Las fortalezas y la influencia de la resiliencia antes una situación determinada repercute en una mejor elección de estrategias de afrontamiento (Rey et al, 2013), lo que influye negativamente en la impulsividad, siendo más conscientes de las repercusiones. Por otro lado, la influencia que tienen las fortalezas en la reducción del estrés y la ansiedad (Loprinzi, 2011; Steinhardt, 2008) modifican la percepción de la sintomatología depresiva

y la disminuye (Nelis et al, 2011). Es por ello, que los efectos beneficiosos de las terapias centradas en el desarrollo de las fortalezas personales están teniendo tanta atención debido a sus resultados positivos respecto al bienestar subjetivo, funcionamiento interpersonal, comportamientos de salud, prevención de psicopatologías y sobre todo de conductas desadaptativas como es el suicidio (Keefer, Parker y Saklofske, 2009). Las habilidades o recursos personales y psicosociales que se desarrollan en intervenciones psico-educativas desde el ámbito de la Psicología Positiva van dirigidas al aumento del bienestar a largo plazo de las personas con situaciones complicadas (Carlson y Bultz, 2003). Y no solo ayuda a la forma de afrontar situaciones complejas sino que ayuda en la adquisición de nuevos recursos psicológicos que los individuos pueden poner en marcha para su desarrollo personal y social (Rey et al, 2013).

Estos resultados son interesantes ya que nos permite incorporarlos a tratamientos empleados por los agentes comunitarios, y también utilizar terapias centradas en estas fortalezas para intervenciones sobre población en riesgo suicida. La intervención en la prevención del suicidio desde la Psicología Positiva se presenta como un campo novedoso para el conjunto de los profesionales que intervienen en él. Cobrando relevancia el papel de los profesionales del Trabajo Social, ya que son los agentes sociales de referencia para aquellas personas que acuden a los servicios sociales. Llegando a convertir la figura del trabajador social en un profesional potencial en la prevención ante situaciones de crisis de la conducta suicida. Esto conecta con instituciones internacionales y de reconocido prestigio, como la Organización Mundial de la Salud, que recomienda que se inicie la prevención de la conducta suicida desde espacios comunitarios para disminuir el riesgo poblacional.

4.1. Limitaciones

La principal limitación de este estudio es la muestra poblacional que no incluye aquellas personas que no asisten a los servicios sociales. Futuros estudios deberían incluir evaluaciones poblacionales más amplias para conocer las características específicas de cada población en distintos sectores. Al mismo tiempo, muestras más amplias podrán incluir evaluaciones por rangos de edad que muestren distintas necesidades de intervenciones en fortalezas.

4.2. Utilidad y Aplicabilidad

Este proyecto se enmarca en una tendencia creciente en evaluar las terapias de prevención del suicidio no sólo en términos de respuesta objetiva, biológica y de supervivencia, sino también en términos de medición del estrés y de bienestar. Es un trabajo pionero en España en el desarrollo de una intervención preventiva diseñada específicamente a reducir el riesgo suicida. Una intervención que puede ser llevada a cabo por los agentes sociales.

Los resultados de esta investigación permiten demostrar que la prevención, la identificación del riesgo suicida y el tratamiento temprano en el desarrollo de las fortalezas personales pueden producir una disminución en el riesgo suicida, bajos niveles de impulsividad, menor ansiedad y menor depresión. También pueden demostrar que la intervención grupal temprana en Psicología Positiva permite disminuir el estrés y mejorar el bienestar de estas personas en todas sus dimensiones. Se utiliza una metodología innovadora que proviene de la Psicología Positiva y que está centrada en la prevención. Esta intervención está ma-

nualizada y es susceptible de ser patentada una vez demuestre su efectividad.

Nuestra propuesta supone introducir un nuevo modelo de evaluación y de intervención en sujetos con riesgo suicida que contempla la prevención, evaluación e intervención temprana. Este modelo sería transferible y aplicable de forma inmediata a cualquier organización que la requiera. Los resultados esperados de la investigación pueden dar lugar a la generación de innovaciones tecnológicas, patentes o modelo de utilidad. Este proyecto pretende generar herramientas novedosas (reglas, algoritmos y software) susceptibles de ser patentadas.

5. PROPUESTAS INNOVADORAS

El desarrollo del estudio y la relación de las fortalezas personales con la prevención del suicidio a través de la depresión y la impulsividad nos ha permitido realizar el diseño de una intervención terapéutica de carácter comunitario, óptima para ser desarrollada por profesionales de Servicios Sociales con una adecuada formación en esta materia.

5.1. Características de la intervención

La psicoterapia grupal que se propone, trata de adaptarse a las características de las personas, las capacidades y la formación de los terapeutas, así como los recursos del centro. Puede ser aplicada por agentes sociales o facilitadores previamente entrenados.

Las sesiones terapéuticas se estructuran en bloques, lo que permite trabajar con una estructura de grupos semi-abiertos. Es decir, permite que los integrantes puedan incorporarse a la terapia en los distintos bloques, acudir a sólo uno de ellos o completar el programa completo. De ese modo intentamos adaptarnos a una población que puede tener problemas a la hora de garantizar la continuidad secuencial (lineal). Así por ejemplo un paciente que acude al primer bloque, pero no puede garantizar la asistencia al siguiente inmediatamente después, puede incorporarse para llevar a cabo ese bloque más adelante.

5.2. Objetivos

1. Lograr una autoconciencia emocional y conocimiento de las fortalezas personales.
2. Aprender opciones de cuidado de sí mismo que promuevan los sentimientos de competencia y dominio. Mejorar la flexibilidad y la adaptación a los cambios.
3. Potenciación de la resiliencia y desarrollo de una personalidad resistente.
4. Conseguir un adecuado control de las emociones. Gestión positiva del distrés. Lograr un mejor manejo de las emociones negativas: estrés, ansiedad, ira, tristeza... presentes en el distrés.
5. Proporcionar una oportunidad para examinar y desarrollar una comprensión de las respuestas emocionales negativas y activar estrategias que permitan modificarlas.
6. Desarrollar la empatía como comprensión de las emociones de los demás. Mejorar las relaciones y la comunicación interpersonal.
7. Desarrollar habilidades para la prevención y resolución de problemas

8. Proporcionar a través del grupo, un entorno seguro y de apoyo para poder exponer sus problemas y aprender nuevas habilidades de afrontamiento.

5.3. Estructura

La intervención se estructura en formato de grupo semi-abierto pero relacionados entre sí y 12 sesiones (con una frecuencia semanal) de 90 minutos de duración.

5.4. Metodología

El inicio del periodo terapéutico siempre será mediante la primera sesión. Presentación del programa de intervención, objetivos, dinámica, temporalización, entrevista. Para hacerlo posible todas las semanas habrá una sesión de presentación (sesión de inclusión). Tras esto los pacientes continuarán la terapia por alguno de los bloques activos. Siempre debe procurarse que haya al menos dos grupos funcionando y en distintos momentos de avance del programa.

La metodología utilizada a lo largo de las sesiones incluye:

- Clase expositiva apoyada por presentaciones en Power-Point y vídeos.
- Folleto explicativo sobre las bases de las técnicas empleadas y objetivos.
- Información escrita y visual de las tareas a llevar a cabo en casa.
- Auto-aplicación de cuestionarios y pruebas.
- Realización de actividades, ejercicios y simulaciones prácticas.
- Grupos de discusión y valoración de experiencias personales previas.
- Reflexiones sobre casos personales sucedidos en el grupo y resolución en equipos.
- Ejercicios sobre lecturas complementarias. Bibliografía para aquellos miembros del grupo que deseen profundizar temas relevantes.
- Realización de un diario personal en el que anotan las experiencias emocionales de la semana y luego serán discutidas en el grupo a la luz de la teoría explicada.

El programa terapéutico que se desarrolla a continuación está basado en técnicas de la Psicología Positiva, Psicoterapias de Tercera Generación.

5.5. Composición de la intervención

La intervención consta de 12 sesiones en las que se trabajarán las 10 fortalezas diana del programa. Se divide en 3 módulos de 4 sesiones cada uno, trabajando en el primero fortalezas sobre acontecimientos pasados que me afectan en el presente (Perdón y Gratitud), el segundo módulo se refiere a fortalezas que actúan sobre acontecimientos del presente (Curiosidad, Pasión por Aprender, Autorregulación y Prudencia), finalmente el tercero se enfoca hacia fortalezas más trascendentales y que están relacionadas con el sentido de la vida (Optimismo, Vitalidad, Perspectiva y Espiritualidad). Todas las sesiones tienen una estructura similar, comienzan con una breve presentación del grupo y del trabajo que se va a realizar en el día; y se comparten los ejercicios que los participantes deben realizar en casa

cuando procede. En el grueso de la sesión se desarrolla una explicación teórica en la que se introducen debates, elementos audiovisuales y gráficos. Finalmente se entrega un ejercicio que la persona realizará a lo largo de la semana en casa y se reservará un espacio final para construir las conclusiones y resolver las dudas. Toda la documentación está sistematizada a través de presentaciones con diapositivas.

La primera sesión sirve de presentación para el grupo y los terapeutas, para ello se emplea alguna dinámica grupal que favorezca la cohesión de grupos nuevos. Se hace una presentación de la terapia, solicitando la firma de un acuerdo compromiso que permita iniciar y fortalecer la alianza terapéutica. Se introducen los conceptos emoción y fortalezas personales, apoyados por material gráfico explicativo, donde se detallan cada una de las 24 fortalezas descritas por la Psicología Positiva. Se explicará un ejercicio de descripción positiva que los usuarios tendrán que desarrollar en casa, recordando y escribiendo una historia positiva que recuerden y sea significativa, donde ellos son los protagonistas. La segunda sesión tiene como objetivo reforzar el compromiso con la terapia. Para ello se identifican las fortalezas personales de cada participante a través de la historia positiva que escribieron como tarea para la semana. Posteriormente se describe la primera de las 10 fortalezas diana en la terapia, la Gratitude. Esta fortaleza se describe como el sentimiento positivo que surge como respuesta a recibir un regalo. Puede ser algo material, pero también algo más etéreo como la confianza demostrada por otro o incluso la propia vida. Clarificado el concepto, el terapeuta entregará un ejercicio para casa, un registro en el que cada participante anotará dos acontecimientos positivos que tengan lugar en cada día de la semana, focalizando su atención sobre ellos para desarrollar la gratitud. A lo largo de la tercera sesión se contextualizan las emociones negativas para trabajar el Perdón. Desde la Psicología Positiva se ha encontrado que el Perdón está vinculado con la salud mental y la disminución de sentimientos de duelo, la superación de estados depresivos y de ansiedad, y disminución de la ira. Para reforzar la gratitud se pide a los participantes que escriban una carta de agradecimiento a alguien a quien no se ha dado las gracias por algún regalo. A lo largo de la semana tendrá que leerla personal o telefónicamente a esa persona y registrar las emociones que se generan a lo largo del proceso. La cuarta sesión se dedica a reforzar gratitud y perdón. Para ello se compartirán las distintas experiencias con la carta de agradecimiento, recogiendo las emociones positivas que suscita la puesta en marcha de la carta de agradecimiento. En la segunda parte de la sesión se pondrá en práctica el perdón a través de una carta, en el que el individuo deberá perdonar una ofensa que hayan cometido sobre él, en esta ocasión la carta no deberá entregarse. Con esta sesión se cierra el primer módulo.

El módulo dos inicia con la quinta sesión de intervención. Estará dedicada a asimilar el concepto de fluidez (flow en inglés), experiencia psicológica en la que uno se sumerge por completo en lo que está haciendo generando grandes gratificaciones para el que lo practica. Esta sensación se caracteriza por poner en marcha de una habilidad sobre la que tengo una intensa sensación de control, requiere concentración, tiene unas metas claras y alcanzables, el sentido del tiempo se altera (parece que el reloj se ha detenido), produce emociones positivas, la realización de la actividad es un fin en sí mismo (no la hacemos como medio para otra cuestión), nos hace olvidarnos de los peligros que pueda acarrear (por ejemplo, en deportes de aventura). La sesión finaliza solicitando a los participantes que elaboren un plan de acción en el que deberán detallar cómo, cuándo, dónde van a poner en práctica cada una de sus cinco fortalezas. El plan quedará escrito y deberán com-

prometerse a ponerlo en marcha, siendo revisado en la siguiente sesión. La sexta sesión está dirigida a la puesta en marcha de dos fortalezas muy relacionadas Curiosidad y Pasión por Aprender. La primera, es un sistema emocional/motivacional positivo orientado hacia una forma alternativa de pensamiento, la actividad y la autorregulación de las experiencias ante informaciones nuevas y cambiantes. Existen dos tipos. Una, general, como búsqueda activa de fuentes varias de novedad y cambio. Otra, específica, asociada a un grupo concreto de experiencias y conocimientos. La Pasión por aprender se identifica con aquellas personas que tienen interés por lo que les rodea y disfrutan adquiriendo nuevos conocimientos y habilidades. Es frecuente que las personas que la emplean entren en proceso de *flow* cuando están aprendiendo o estudiando materias. Para apoyar su asimilación se entregan dos ejercicios que los usuarios realizarán a lo largo de la semana. En uno de ellos deberán investigar sobre alguna actividad que se encuentre entre sus aficiones, recopilando datos sobre el lugar en el que se desarrolla, cuándo, cómo. En la otra deberán buscar información sobre un lugar del mundo que les gustaría visitar, finalmente se lo presentarán al grupo en la próxima sesión. La sesión siete se dedica a contextualizar las otras dos fortalezas que componen el módulo, Autorregulación y Prudencia. La Prudencia es una orientación cognitiva hacia el futuro personal, una manera de razonamiento práctico que permite a la persona conseguir sus objetivos a largo plazo de forma efectiva. La Autorregulación hace referencia a cómo una persona ejerce control sobre su propia conducta (entendiendo ésta como pensamientos, emociones, impulsos...) con el fin de lograr sus objetivos y/o mantenerse dentro de lo que considera ideal, moral, justo, normativo, etc. En términos conductuales como el modo en que la persona es capaz de administrarse a sí misma premios o castigos para regular su propia conducta. Dos fortalezas muy relacionadas que trabajamos de forma conjunta a través de explicación teórica y un ejercicio consistente en detectar las situaciones en las que la persona actúa de forma impulsiva. Deberá registrar cinco situaciones a lo largo de la semana en las que suele actuar de esta forma, haciendo el ejercicio de pensar dos veces antes de actuar. Anotando la decisión final y las emociones generadas. La sesión octava se divide en dos partes. La primera se dedica a reforzar los conceptos aprendidos sobre las 4 fortalezas diana. Se emplean elementos audiovisuales como fragmentos de películas, programas o experimentos donde se detectan las fortalezas y se reflexiona sobre sus efectos positivos. En la segunda parte, se explica la importancia de desarrollar habitualmente actividades que resultan placenteras o reportan gratificaciones. Se explica el concepto regalo de tiempo y se solicita que se ponga en marcha a lo largo de la semana para compartirlo en la siguiente sesión. Consiste en planificar un momento del día (pueden ser 15 minutos) que deben dedicar a una actividad placentera o gratificante (la lectura de un libro, escuchar música, hacer un crucigrama, degustar una comida). Con esta sesión finaliza el segundo módulo de la intervención.

El último módulo, dedicado a fortalezas relacionadas con el sentido de la vida y la trascendencia inician con la sesión número nueve, centrada en explicar la importancia de las relaciones con los demás y el apego. La vida con sentido implica el uso de las principales fortalezas con el fin de pertenecer y servir a algo más grande que uno mismo. Las personas que persiguen con éxito las actividades que les ayudan a alcanzar sus objetivos es lo que llamamos tener una vida con sentido. Estas conexiones se pueden realizar a través de las relaciones interpersonales cercanas, el compromiso cívico, ejerciendo su profesión como una vocación, o mediante la participación en diversas instituciones positivas. Dentro de las relaciones interpersonales, el sentirse amado es una de las emociones que permite al

ser humano sentirse libre, apoyado y seguro. El amor entre padres-hijos, miembros de una pareja o amigos, son expresiones de este sentimiento; en todas ellas se manifiesta, en diferente medida, el deseo de estar junto al otro, de compartir y de ayudarse. Para mejorar estas relaciones se explica los estilos de respuestas que se dan a los demás y cómo con el estilo activo constructivo se generan emociones positivas y refuerzan los vínculos entre ambas partes. Se pide para la semana que se registren los tipos de respuestas que damos a nuestros seres queridos para tratar de sumar el máximo de activas constructivas. Además, se pedirá que se haga una reflexión sobre las principales fortalezas de uno de nuestros seres queridos, anotando las cinco principales y ejemplos prácticos sobre cada una de ellas. Ambos ejercicios se compartirán en la siguiente sesión. En la décima sesión se explicará el Optimismo. Posturas cognitivas, emocionales y motivacionales hacia el futuro. Pensar sobre el futuro, esperar que ocurran los resultados esperados, actuar de forma que esos resultados esperados sean más probables y confiar en que los esfuerzos que se realicen merecen la pena provoca buen ánimo y acciones dirigidas a la consecución de objetivos. En la sesión número once se entrenan Perspectiva y Vitalidad. La Perspectiva representa una forma superior de conocimiento, juicio y capacidad para aconsejar que permite a las personas responder a las importantes preguntas que se plantea sobre el cómo conducir y el significado de sus vidas. Se utilizada tanto para el buen funcionamiento personal como para mejorar el funcionamiento de los demás. La Vitalidad puede describirse como un aspecto dinámico del bienestar relacionado con la experiencia subjetiva de energía y de estar lleno de vida. Guarda relación tanto con la vitalidad física (encontrarse bien, sin fatiga ni enfermedad) como con la vitalidad psicológica (sentirse motivado, a gusto con uno mismo y con los demás, libre de tensiones, etc.). La sesión se cierra pidiendo a los participantes que empleen la reflexión realizada sobre las fortalezas del ser querido para hacer una planificación de cómo van a poner en marcha al menos una vez a la semana sus fortalezas respectivas. De esta forma se quiere reforzar el apego y el conocimiento de la persona usuaria y su ser querido. La sesión doce se emplea para explicar la Espiritualidad y hacer un cierre adecuado del módulo. La Espiritualidad hace referencia a las creencias y prácticas basadas en la concepción de que existe una dimensión transcendental de la vida. Estas creencias y prácticas dirigen las atribuciones que las personas hacen sobre lo que les ocurre y el modo de relacionarse con los demás. La puesta en marcha de esta fortaleza conecta a los usuarios con el sentido de la vida. Para cerrar la terapia se solicita a los participantes que se haga una puesta en común. Finalmente se emplea una dinámica de grupo que permita expresar las emociones que se han generado en el grupo y despedir el mismo.

Con la sesión doce finaliza el tercer módulo y esta propuesta de intervención basada en fortalezas personales que quiere reducir el riesgo de suicidio de sus personas usuarias, incrementando para ello 10 fortalezas diana, reduciendo sus niveles de depresión e impulsividad como factores de riesgo clave en la conducta suicida.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., y Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., y Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 4(1), 37.
- Atienza, L., Pons, D., Balanguer, I. y Garcia-Marita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicotherma*, 12, 314-319.
- Atienza, F. L., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2003). Satisfaction with Life Scale: analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and Individual Differences*, 35, 1255-1260.
- Beautrais, A., Fergusson, D., Coggan, C., Collings, C., Doughty, C., Ellis, P., y Surgenor, L. (2007). Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. *NZ Med J*, 120.
- Beck, A. T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Bernal, J. A. L., Gasparrini, A., Artundo, C. M., y McKee, M. (2013). The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *The European Journal of Public Health*, ckto83.
- Bobes, J., Gutierrez, M., Palao, D., Ferrando, L., Gibert-Rahola, J., y Lecrubier, Y. (1997). Validez del MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) en tres centros de AP en España. *Psqi Biol*, 4(2), 79.
- Brent, D. A., y Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 157-177.
- Brown, G. K. (2000). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults*. Bethesda, MD, National Institute of Mental Health.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., y Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490-1496.
- Brugha, T. S., y Cragg, D. (1990). The list of threatening experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(1), 77-81.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., y Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(03), 395-405.
- Cavanagh, J. T. O., Owens, D. G. C., y Johnstone, E. C. (1999). Suicide and undetermined death in southeast Scotland. A case-control study using the psychological autopsy method. *Psychological medicine*, 29(05), 1141-1149.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., y Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195-205.
- De Leo, D., Scooco, P., Marietta, P., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A. J., y Bjerke, T. (1999). Physical illness and parasuicide: evidence from the European Parasuicide Study

- Interview Schedule (EPSIS/WHO-EURO). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(2), 149-163.
- Diener, E., Emmons, A., Larsen, J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale A measurement of life satisfaction. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Duffy, C. J., Cunningham, E. G., y Moore, S. M. (2005). Brief report: the factor structure of mood states in an early adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 28, 677-680.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: étude de sociologie*. F. Alcan.
- Foster, T., Gillespie, K., y McClelland, R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *The British Journal of Psychiatry*, 170(5), 447-452.
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version of the trait meta-mood scale. *Psychological reports*, 94(3), 751-755.
- Flyvbjerg, B. (2006). *Five Misunderstandings about Case Study Research, Qualitative Inquiry*, vol.12(2). California: Sage.
- Gloster, A. T., Rhoades, H. M., Novy, D., Klotsche, J., Senior, A., Kunik, M., et al. (2008). Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 110, 248-259.
- Gould, M. S., y Kramer, R. A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(s1), 6-31.
- Harris, E. C., y Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205-228.
- Henry, J. D., y Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227- 239.
- Instituto Nacional de estadística (2010). Defunciones según la Causa de Muerte. Recuperado el 14 de septiembre de 2016, de <http://www.ine.es/prensa/np588.pdf>
- Instituto Nacional de estadística (2015). Encuesta de Condiciones de Vida. Recuperado en 5 de febrero de 2016, de <http://www.ine.es/prensa/np908.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2016). Defunciones según la causa de muerte, recuperado el 14 de septiembre de 2016, de <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S. L., Deane, F. P., Enns, M. W., y Sareen, J. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 260-268.
- Kim, C. D., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A. D., y Turecki, G. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1017-1019.
- Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of epidemiology and community health*, 54(4), 254-261.
- Linehan, M. M. (1981). *The Suicide Behaviors Questionnaire (SBQ)*. Unpublished instrument, University of Washington, Seattle.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., y Hendin, H. (2005).

- Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.
- Mościcki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 499-517.
- Murphy, G. E., y Wetzel, R. D. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of general psychiatry*, 47(4), 383-392.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., y Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS-11). *The European journal of psychiatry*, 15(3), 147-155.
- Patton, J., Stanford, M., y Barrat, E. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin. Psychol.*, 51, 768-74.
- Platt, S. (1984). Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social science & medicine*, 19(2), 93-115.
- Qin, P., Agerbo, E., y Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 765-772.
- Qin, P., y Mortensen, P. B. (2003). The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 797-802.
- Runeson, B. S. (1998). History of suicidal behaviour in the families of young suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(6), 497-501.
- Runeson, B., y Åsberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1525-1526.
- Servicio Andaluz de Salud (2010). Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. Recuperado el 1 de octubre de 2015, de http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/Conducta%20suicida_SAS_2010.pdf
- Servicios sociales de Málaga (2012). Área de Derechos Sociales Recuperado en 22 de Septiembre de 2016. http://observatoriosocial.malaga.eu/portal/seccion_0012.es
- Seligman, M. E., y Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. American Psychological Association.
- Seligman, M. E., Schulman, P., DeRubeis, R. J., y Hollon, S. D. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention & Treatment*, 2(1), 8.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59, 22-33
- Snyder, J. A. (1971). The use of gatekeepers in crisis management. *Bull Suicidology*, 8, 39-44.
- Tarrier, N., Taylor, K., y Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior modification*, 32(1):77-108.

- Thacore, V. R., y Varma, S. L. (2000). A study of suicides in Ballarat, Victoria, Australia. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 21(1), 26.
- Vázquez, C., y Torres, G. H. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid.
- Wenzel, A., Brown, G. K., y Beck, A. T. (2009). *Cognitive Therapy for Suicidal Patients. Scientific and Clinical Applications*. Washington: American Psychological Association.
- Winters, N., Myers, K., y Proud, L. (2002). Ten-Year Review of Rating Scales. III: Scales Assessing Suicidality Cognitive Style, and Self-Esteem. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(10): 1150-81.
- World Health Organization (1996). *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. Geneva: World Health Organization, 279.
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization.