



Universidad de Oviedo

**Universidad de Oviedo**

**Trabajo Fin de Grado**

**Grado de Enfermería**

**“DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN LLEVADA A CABO  
POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL  
SUICIDIO ADOLESCENTE”**

**Yara Villarejo Galán  
Mayo 2023**

**Trabajo Fin de Grado**





Universidad de Oviedo

**Universidad de Oviedo**

**Trabajo Fin de Grado**

**Grado de Enfermería**

**“DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN LLEVADA A CABO  
POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL  
SUICIDIO ADOLESCENTE”**

**Trabajo Fin de Grado**

**Yara Villarejo Galán**

**Autora**

**Xana González Méndez**

**Tutora**



Universidad de Oviedo

**XANA GONZÁLEZ MÉNDEZ**, Graduada en Enfermería por la Universidad de Oviedo, enfermera en el CS Corvera, Área Sanitaria III del Servicio de Salud del Principado de Asturias y profesora asociada del Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo.

CERTIFICO:

Que el Trabajo Fin de Grado presentado por D/Dña. Yara Villarejo Galán, titulado “**DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN LLEVADA A CABO POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO ADOLESCENTE**”, realizado bajo mi dirección, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Grado de Enfermería

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 25 de abril de 2023.

Vº Bº

Fdo. Xana González Méndez

Tutora del proyecto

# Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>2</b>
<i>Definición de suicidio.....</i>	<i>2</i>
<i>Suicidio y adolescencia.....</i>	<i>4</i>
<i>Análisis del comportamiento suicida en adolescentes.....</i>	<i>5</i>
<i>Factores de riesgo y comportamiento suicida en adolescentes.....</i>	<i>7</i>
<i>Situación actual y justificación.....</i>	<i>8</i>
<b>2. Hipótesis y objetivos.....</b>	<b>11</b>
<b>3. Metodología.....</b>	<b>12</b>
<i>3.1. Tipo de estudio.....</i>	<i>12</i>
<i>3.2. Población a estudio.....</i>	<i>12</i>
<i>3.3. Cálculo del tamaño muestral.....</i>	<i>13</i>
<i>3.5. Variables del estudio.....</i>	<i>14</i>
<i>3.6. Instrumentos de medida.....</i>	<i>16</i>
<i>3.7. Procedimiento.....</i>	<i>17</i>
<i>3.8. Análisis de datos.....</i>	<i>19</i>
<i>3.9. Limitaciones.....</i>	<i>19</i>
<i>3.10. Consideraciones éticas.....</i>	<i>20</i>
<b>4. Cronograma.....</b>	<b>21</b>
<b>5. Presupuesto y recursos necesarios.....</b>	<b>22</b>
<b>6. Bibliografía.....</b>	<b>23</b>
<b>7. Anexos.....</b>	<b>30</b>

## 1. Introducción

### **Definición de suicidio.**

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud como el “acto deliberado de quitarse la vida” (UNICEF, 2017). Recientemente ha escalado hasta llegar al primer puesto como causa principal de muerte violenta a nivel global, por ello hay autores que la definen como la epidemia del siglo XXI (Mengual & Izeddin, 2011). La percepción de este fenómeno como algo “normal”, así como su estigmatización, contribuyen al incremento del riesgo de suicidio (Oexle et al., 2022). Además del suicidio propiamente dicho, es importante tener en cuenta la ideación suicida, es decir, los pensamientos y preocupaciones relacionados con la muerte y la autolisis (Harmer et al., 2022).

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) estima que 703.000 personas mueren por suicidio cada año; 1 de cada 100 muertes es por esta causa. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2021a), durante el año 2021, 4003 personas se quitaron la vida en España, el año con más suicidios desde que se registran estos datos (1906). Esto significa 11 personas al día, o lo que es lo mismo, una cada 2,15 horas. Durante este mismo año, 131 personas cometieron suicidio en Asturias (INE, 2021b), comunidad que se encuentra a la cabeza de la tasa de mortalidad por suicidio por comunidades autónomas, con 12 muertes por cada 100.000 habitantes (INE, 2020).

Una de las principales razones por la que debe darse importancia a este fenómeno es que el suicidio es prevenible. Y en su prevención es donde entra en juego el personal sanitario, realizando una detección precoz de trastornos mentales y conductas que puedan llevar al suicidio (OMS, 2014a).

Según la ex Directora General de la OMS, Margaret Chan, el suicidio no suele priorizarse como un problema de salud pública grave. A pesar del aumento de conocimientos acerca del

mismo, el estigma persiste, y los servicios de salud no logran ayudar de manera eficaz (OMS, 2014b). Esto conlleva que muchas personas no reciban la ayuda necesaria para paliar la ideación suicida, previa al acto suicida, y se queden solas. Los últimos años se ha logrado incrementar el número de países que llevan a cabo protocolos con el fin de prevenir el suicidio, que aún así son insuficientes (OMS, 2014b). Es importante destacar que España no cuenta con ninguna estrategia ni plan a nivel estatal para la prevención del suicidio (Observatorio del Suicidio en España, 2022).

La OMS publica en el año 2021 una guía de aplicación para la prevención del suicidio estructurada en cuatro puntos útiles: limitar el acceso a los medios de suicidio; formar a los medios de comunicación para una difusión de noticias sobre el suicidio responsable; fomentar en adolescentes la adquisición de competencias sociales y emocionales para la vida; y, por último, detectar de forma temprana y realizar un correcto seguimiento de personas con ideación y comportamientos suicidas. De ellos, los dos últimos pueden ser especialmente aplicados por el personal sanitario (OMS, 2021a).

El Plan de acción integral sobre salud mental 2013 – 2020, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), destaca el incremento de probabilidad de muerte prematura en las personas con trastornos mentales en un 40 – 60%, muerte que puede ser debida al suicidio. Esto se achaca a una mala respuesta sanitaria con respecto a este tipo de pacientes, ya que incluso en países con altos ingresos, entre un 35% y un 50% de estas personas no reciben tratamiento. Además, se aprecia una carencia importante de personal sanitario especializado en salud mental, así como de tratamientos no farmacológicos para personas con estos trastornos (OMS, 2013).

## **Suicidio y adolescencia.**

Según la OMS, la adolescencia es el periodo comprendido entre la niñez y la edad adulta, con edades que van entre los 10 y los 19 años (OMS, 2019). El cerebro de un adolescente está en su etapa más maleable, debido a la habilidad que posee para adaptarse a los cambios propios de la adolescencia (físicos, sociales, intelectuales, etc.) (Casey et al., 2019). Este desarrollo cerebral, unido a factores hormonales, ambientales, y genéticos, puede influir en la aparición de comportamientos sociales alterados, incitando al aumento de conductas de riesgo, como el consumo de drogas o conductas sexuales irresponsables; lo cual puede aumentar el riesgo de aparición de trastornos mentales (Spear, 2010).

El 58% de los suicidios a nivel mundial son llevados a cabo por personas menores de 50 años (OMS 2019). Una encuesta llevada a cabo en Estados Unidos durante el año 2017 muestra que el 7% de los jóvenes de entre 14 y 18 años cometieron uno o más intentos de suicidio a lo largo del año (Kann et al., 2017). El análisis estadístico de diferentes estudios revela que la ideación suicida aumenta exponencialmente entre los 12 y los 15 años y se estabiliza a partir de los 17 (Benton et al., 2021). Según la bibliografía casi un 20% de los jóvenes encuestados que cumplimentaron la Youth Risk Behaviour Surveillance Survey en 2019 en Estados Unidos contemplaron la opción del suicidio. Esta tasa se presenta más elevada en las mujeres, llegando casi al 25% (Ivey-Stephenson et al., 2020).

Centrándonos en nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística revela que 316 jóvenes de hasta 29 años se quitaron la vida durante el año 2021 (INE, 2021c). Desde el año 2019, el número de fallecimientos debidos al suicidio supera al de los tumores y al de los accidentes de tráfico, siendo la principal causa de muerte en la franja de edad que va de los 15 a los 29 años (Observatorio del Suicidio en España, 2022). Es importante destacar que durante el año 2021 se duplicaron las cifras de suicidio en menores de 15 años (Observatorio del Suicidio en España, 2022).

La iniciativa HAT (Helping Adolescents Thrive) de la OMS (OMS, 2021b), recoge las estrategias para promover y proteger la salud mental de los adolescentes y reducir conductas autolesivas y comportamientos de riesgo. Para ello, recomienda favorecer entornos saludables e implementar intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes, además de apoyar a sus cuidadores, todo ello con el objetivo de tratar de mejorar su salud mental (OMS, 2021b).

### **Análisis del comportamiento suicida en adolescentes.**

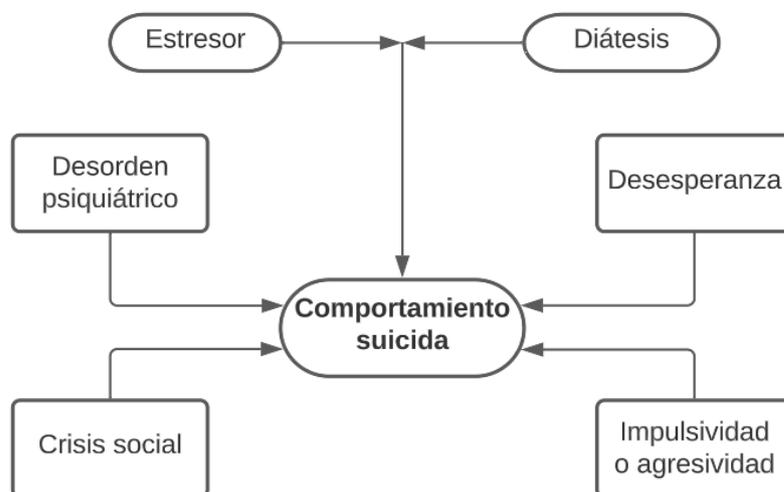
El comportamiento suicida en los adolescentes es el resultado de la combinación de factores genéticos, psicopatológicos, experiencias de la infancia temprana, interacciones familiares, estrés social, malestar físico y estructura neurobiológica (Mann & Arango, 1992).

La explicación de la intervención de estos elementos en el desarrollo de la conducta suicida se basa en de un modelo de diátesis-estrés, en el cuál “diátesis” corresponde a aquellos factores que pueden ser predisponentes y aumentar la vulnerabilidad y “estresores” se refiere a los sucesos vitales (externos) que pueden desencadenar directamente una alteración en el bienestar físico, mental o social (Dwivedi, 2012). Generalmente, la diátesis por sí misma no es suficiente para provocar el comportamiento suicida, sino que necesita de otros factores externos como puede ser la vulnerabilidad al estrés (Zuckermann, 1999).

La interacción de ambos elementos, como podemos observar en la Figura 1, puede desembocar en una alteración mental que lleve al suicidio (Hawton & Heeringen, 2009).

**Figura 1**

*Modelo para la ilustración del funcionamiento diátesis – estrés en el comportamiento suicida*



*Nota.* Adaptado de *A stress–diathesis model of suicide*, de Hawton & Heeringen, 2009.

Desde el punto de vista de la Psicología, tradicionalmente se creía que cuando una persona tomaba la decisión de suicidarse, lo hacía por una necesidad imperante de atención que no era complacida, conociéndose como “grito de ayuda” o “cry for help” (Rasmussen et al., 2010). En oposición a esta teoría y tras comprender mejor el comportamiento suicida, Williams y Pollock crearon en 2001 un modelo llamado “cry of pain”, también conocido como “grito de dolor”, que trata de explicar el proceso mental por el que pasan estas personas en términos de psicología cognitiva (Dwivedi, 2012).

Los estudios más recientes sobre este tema sostienen que la persona que toma la determinación de suicidarse quiere escapar de una situación que considera insostenible, no tiene un deseo de morir como tal, sino que busca dejar de sufrir (Rasmussen et al., 2010).

Según el modelo “cry of pain”, el comportamiento suicida surge de un sentimiento de derrota ante una serie de situaciones percibidas como humillantes o de rechazo, que derivan en una sensación de atrapamiento cuya reacción o “grito” es la conducta suicida. (Williams, 2014).

El comportamiento suicida representa una respuesta a una situación compuesta por los siguientes tres elementos: hipersensibilidad a los signos de derrota (derrotismo, baja autoestima); sensación de ausencia de escapatoria y sensación de ausencia de rescate (ausencia de círculo social o de apoyo efectivo) (Dwivedi, 2012).

### **Factores de riesgo y comportamiento suicida en adolescentes.**

Se pueden enumerar varios factores de riesgo asociados al suicidio en las personas jóvenes. En primer lugar, encontramos los aspectos genéticos y neurobiológicos. Existen estudios que muestran la existencia de un 35 – 50% de heredabilidad del comportamiento suicida en familias (Lutz et al., 2017). Además, en los últimos años se han identificado más de 200 genes como posibles desencadenantes del suicidio, pudiendo ser transmitidos a sus descendientes (Lutz et al., 2017).

Otro factor determinante es el entorno familiar. En este círculo psicosocial pueden existir disfunciones asociadas a fallecimientos de familiares, estilos de crianza inapropiados, conflictos interfamiliares, etc. (Wasserman et al., 2021). Se ha demostrado que en torno al 50% de los adolescentes que cometen suicidio son hijos de padres divorciados o separados (Pelkonen & Marttunen, 2003). Además del entorno familiar es necesario tener en cuenta otros ámbitos, como puede ser el escolar, ya que los jóvenes pasan muchas horas al día en los colegios e institutos, y según estudios de incidencia, en España se estima que el 23% del alumnado sufre acoso escolar, Asturias se sitúa entre las tres primeras comunidades con más bullying (Sarasola & Salceda, 2019).

La psicopatología de la persona también se asocia al riesgo de suicidio. Las autopsias psicológicas muestran que entre el 30% y el 60% de los jóvenes que cometieron suicidio presentaban algún trastorno mental (Soole et al., 2015). Hay que destacar que el 50% de los

trastornos mentales aparecen antes de los 14 años, por lo que es importante contar con herramientas eficaces de detección precoz y con un sistema de respuesta adecuado que respete los Derechos del Niño (OMS, 2013). Existen estudios que muestran que el 50% de los jóvenes que padecen trastorno bipolar intentan suicidarse antes de cumplir los 18 años (Bhangoo et al., 2003).

Dentro de los factores internos, encontramos características propias de la personalidad como pueden ser la impulsividad y la agresividad que incrementan el riesgo de cometer suicidio (Turecki, 2005), además de otros factores como eventos estresantes que puedan ocurrir a lo largo de la vida: conflictos, experiencias traumáticas, bullying, malas o nulas relaciones sociales, etc. (Zatti et al., 2017).

El estilo de vida que lleva la persona también puede constituir en sí mismo un factor de riesgo, como por ejemplo el consumo de alcohol o drogas, mantener una inadecuada higiene del sueño, o la realización de prácticas sexuales de riesgo y/o a edades tempranas; ya que esto puede incrementar la probabilidad de deterioro de la salud mental (Wasserman et al., 2021).

En contraposición a todo lo anterior, las personas también disponemos de factores protectores, como son la presencia de un círculo social de apoyo y que actúe de sostén, una familia con la que poder comunicarse y una autoestima alta (Wasserman et al., 2021). La presencia de estos factores protectores reduce significativamente el riesgo de suicidio en jóvenes, se encuentren en riesgo de suicidio o no (Borowsky et al., 2001).

### **Situación actual y justificación.**

Existen revisiones que avalan la realización de intervenciones educativas en jóvenes en el entorno escolar y rechazan la existencia de efectos perjudiciales (Calear et al., 2016). Es evidente que, debido al gran número de horas que los adolescentes pasan en colegios e

institutos, el entorno educativo supone un lugar idóneo para reconocer los signos previos al suicidio y ampliar la educación en la prevención de estos comportamientos (Stickl Haugen et al., 2022). Además, intervenciones educativas en niños y jóvenes mostraron un mayor éxito a la hora de mantener el comportamiento y los conocimientos que en el caso de los adultos, debido a su mayor capacidad de aprendizaje (Laska et al., 2012).

En Oslo en el año 2019 se llevó a cabo una revisión bibliográfica acerca del efecto de las intervenciones en prevención del suicidio en adolescentes por trabajadores de centros especializados en salud mental. Sus resultados mostraron que las intervenciones llevadas a cabo en escuelas pueden prevenir ideaciones suicidas e intentos de suicidio a corto plazo, y posiblemente también a largo plazo. Asimismo, en sus conclusiones destacaron la carencia de planes de prevención del suicidio a nivel local y la falta de información sobre el tema en general (Morken et al., 2019)

De la misma manera, un programa llevado a cabo en Alberta durante el año 2014 en el que participaron 2790 alumnos de instituto muestra la utilidad de programas de prevención del suicidio en adolescentes. Al comparar las encuestas pre-intervención con las realizadas 12 semanas después del fin de la intervención es significativo el descenso del número de estudiantes clasificados como “activamente suicidas”. La investigación concluye que una intervención multimodal centrada en escuelas es una manera efectiva de ayudar a identificar y reducir los casos de depresión y suicidio (Silverstone et al., 2015)

Es conveniente realizar esta clase de formación en adolescentes para que tomen consciencia de la dimensión del problema y sepan reconocer signos de alarma en sus compañeros, ya que generalmente los adolescentes prefieren buscar ayuda en jóvenes de su misma edad antes que en profesores o sus padres (Pelkonen & Marttunen, 2003). Además, hay que tener en cuenta el impacto que pueden tener estas intervenciones educativas sobre los progenitores, dada la influencia que ejercen sobre sus hijos (Crowell et al., 2019).

Un estudio que examinó la efectividad de programas de vigilancia para la prevención del suicidio dirigidos a padres y profesores concluyó la necesidad de ampliar las estrategias para aumentar esta formación en competencias, ya que es una de las fuentes más fiables en materia de soporte a los adolescentes en situación de vulnerabilidad (Torok et al., 2019). Los adolescentes tienden a rechazar la ayuda de sus mayores, por ello es vital que tanto familiares como docentes desarrollen habilidades en identificación de comportamientos de riesgo debido al tiempo que pasan con ellos (Torok et al., 2019).

Otro estudio, realizado en adolescentes israelíes durante el año 2008, llega a la misma conclusión. Sus resultados indican que los jóvenes pasan prácticamente el mismo tiempo con sus familias que con sus compañeros en el colegio o instituto, siendo con diferencia los dos círculos sociales que más influencia tienen sobre ellos (Arnon et al., 2008). En lo que la mayoría de bibliografía sobre prevención del suicidio está de acuerdo es que la identificación temprana de los estudiantes que se encuentran en una situación de riesgo es un aspecto primordial a la hora de planificar intervenciones efectivas. Además, los adultos que pasan más tiempo con los jóvenes (padres y profesores), deberían poseer competencias para poder identificar este tipo de comportamientos y poder realizar una intervención adecuada (Torok et al., 2019).

No se han encontrado estudios que analicen específicamente el efecto de intervenciones educativas para la prevención del suicidio en adolescentes llevadas a cabo por profesionales de enfermería en nuestro país. Debido a ello y por la relevancia que tiene este tema en particular, se ha decidido diseñar este proyecto de investigación.

## 2. Hipótesis y Objetivos

### **Hipótesis.**

Una intervención educativa llevada a cabo por profesionales de enfermería en adolescentes de entre 13 y 15 años debería prevenir actos suicidas.

### **Objetivo Principal.**

Diseñar una intervención educativa llevada a cabo por profesionales de enfermería en adolescentes con la finalidad de prevenir las conductas suicidas y evaluar su efectividad.

### **Objetivos Específicos.**

- Identificar el nivel de riesgo de conducta suicida que presentan los adolescentes antes y después de la intervención.
- Describir las características sociodemográficas de los adolescentes participantes en el estudio antes de la intervención.
- Describir la percepción sobre el funcionamiento del ámbito familiar de los adolescentes participantes en el estudio en el pre-test y en el post-test.
- Comparar los datos sobre conducta suicida entre los grupos en el post-test.
- Analizar la relación entre las características sociodemográficas de los participantes y sus conductas suicidas.
- Examinar la relación entre la percepción de los adolescentes sobre el funcionamiento de su ámbito familiar y sus conductas suicidas.

### 3. Metodología.

#### **Tipo de estudio.**

El estudio propuesto será de tipo cuasi experimental con un grupo control y un grupo intervención. En primer lugar, se seleccionará al azar un centro educativo de la ciudad de Oviedo en el que se imparta educación secundaria obligatoria. A continuación, se escogerá, del total de centros educativos de la misma ciudad los que reúnan las características similares al centro de intervención: área urbana, número de alumnos, tipo de financiación del centro, etc.

De los que se identifiquen como similares se seleccionará, nuevamente al azar, el que será considerado como centro educativo de control.

#### **Población a estudio.**

La población de referencia estará constituida por los estudiantes de los centros educativos seleccionados según el procedimiento anteriormente descrito, que estén cursando 2º y 3º de la ESO y tengan edades comprendidas entre los 13 y los 15 años.

La muestra elegible estará compuesta por aquellas personas que cumplan los criterios de inclusión y exclusión:

- ***Criterios de inclusión:***

- Ser alumno de segundo o tercero de la ESO en un instituto.
- Tener 13 o 14 años en el momento de cumplimentar el cuestionario pre-intervención.
- Aceptar participar voluntariamente en el estudio.
- Entregar el consentimiento informado firmado por sus progenitores o representantes legales.

- **Criterios de exclusión:**

- Estudiantes con dificultades para entender y/o cumplimentar el cuestionario.
- Estudiantes que vayan a cambiar de centro educativo durante el periodo de duración de la investigación.

### **Cálculo del tamaño muestral.**

Según los boletines estadísticos del Principado de Asturias, en el curso 2018/2019 un total de 5700 alumnos estaban matriculados en los cursos 2º y 3º de la ESO en centros de Oviedo.

Para realizar el cálculo del tamaño muestral, se utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Donde:

- $n$  = tamaño de muestra buscado
- $N$  = tamaño de la población
- $Z_{\alpha}$  = parámetro estadístico que depende del nivel de confianza (NC); 1.645 al cuadrado (si la seguridad es del 90%)
- $p$  = probabilidad de que ocurra el evento que estoy estudiando (en este caso 50% = 0.50)
- $q$  = probabilidad de que no ocurra el evento estudiado.  $1 - p$  (en este caso  $1 - 0.50 = 0.50$ )
- $e$  = precisión (5%)

$$n = \frac{5700 \times 1,645^2 \times 0,50 \times 0,50}{0,10^2 \times (5700 - 1) + 1,645^2 \times 0,50 \times 0,50} = 67,66$$

El tamaño de muestra necesario para este nivel de confianza es  $\approx 68$  sujetos.

Basándonos en estos datos, el estudio se realizará en cuatro clases de al menos 20 alumnos cada una, dos de 2º y dos de 3º de la ESO en cada uno de los institutos participantes (control e intervención), para llegar al tamaño mínimo muestral obtenido.

## VARIABLES DEL ESTUDIO.

**Tabla 1**

*Naturaleza y codificación de las variables empleadas en el estudio*

<b>VARIABLE</b>	<b>NATURALEZA</b>	<b>CODIFICACIÓN</b>
Edad	Cuantitativa discreta	En años
Género	Cualitativa nominal	Hombre; mujer; otro
Orientación sexual	Cualitativa nominal	Heterosexual; homosexual; bisexual; otro
¿Has sentido que la vida no merece la pena? (1)	Cualitativa nominal	0 = no; 1 = sí
¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse (2)	Cualitativa nominal	0 = no; 1 = sí
¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer? (3)	Cualitativa nominal	0 = no; 1 = sí
¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías? (4)	Cualitativa nominal	0 = no; 1 = sí

¿Alguna vez has intentado quitarte la vida? (5)	Cualitativa nominal	0 = no; 1 = sí
Suma de las puntuaciones de las variables (1), (2), (3), (4) y (5)	Cuantitativa discreta	Rango que oscila desde 0 (bajo riesgo de conducta suicida) a 5 (alto riesgo de conducta suicida)
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia (6)	Cualitativa ordinal	0 = casi siempre; 1 = algunas veces; 2 = casi nunca
Me gusta la manera en la que mi familia habla y comparte los problemas conmigo (7)	Cualitativa ordinal	0 = casi siempre; 1 = algunas veces; 2 = casi nunca
Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer (8)	Cualitativa ordinal	0 = casi siempre; 1 = algunas veces; 2 = casi nunca
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc. (9)	Cualitativa ordinal	0 = casi siempre; 1 = algunas veces; 2 = casi nunca
Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempo juntos (10)	Cualitativa ordinal	0 = casi siempre; 1 = algunas veces; 2 = casi nunca
Suma de las puntuaciones de las variables (6), (7), (8), (9) y (10)	Cualitativa ordinal	Puntuación 10 – 7 = funcionalidad normal; puntuación 6 – 4 = disfunción moderada; puntuación ≤ 3 = disfunción familiar grave

## **Instrumentos de medida.**

Se emplearán como instrumento de medida las siguientes escalas:

### ***Escala de suicidio Paykel*** – (Anexo 1).

Se trata de una escala diseñada originalmente por Paykel et al. (1974), y posteriormente adaptada al castellano y validada por Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz (2020). Sirve tanto de instrumento de evaluación como de herramienta de cribado de conductas suicidas en distintos entornos de evaluación, como los centros educativos o las consultas de Atención Primaria. Ha demostrado ser una escala sencilla y efectiva en su utilización como herramienta de screening, recogiendo información fiable que posteriormente puede ser empleada a la hora de diseñar intervenciones o evaluaciones psicológicas más complejas en sujetos que muestren riesgo de suicidio.

Está compuesta por 5 ítems con un sistema de respuesta dicotómico (Sí/No), obteniendo 1 punto si la respuesta es “sí” y 0 si la respuesta es “no”. La puntuación final oscilará entre 0 y 5, suponiendo una mayor puntuación un mayor riesgo teórico de conducta suicida.

### ***Escala APGAR familiar (adaptada a niños)*** – (Anexo 2).

Esta escala fue elaborada por el doctor Gabriel Smilkstein en 1978 específicamente para su aplicación por los equipos de Atención Primaria (Suárez Cuba et al., 2014). La adaptación de esta escala para niños fue realizada por Austin y Huberty (1989), reduciendo el número de ítems y simplificando las preguntas. Su objetivo es medir la percepción del sujeto sobre el funcionamiento de su ámbito familiar.

Evalúa 5 aspectos: nivel de adaptación, grado de participación, gradiente de recursos, afectividad y recursos o capacidad resolutoria. Para ello utiliza 5 ítems con formato de

respuesta tipo Likert en un rango de 0 a 2, siendo 0 = casi siempre, 1 = algunas veces y 2 = casi nunca. La puntuación global oscila entre 0 y 10, de forma que una puntuación de entre 7 y 10 sugiere una funcionalidad normal; una puntuación de entre 4 y 6 refleja una disfunción moderada; y, por último, las puntuaciones inferiores a 3 indican una disfunción familiar grave. (Anexo 2)

Además de estas dos escalas, para medir las características demográficas de los participantes se incluirán previamente en la hoja de respuestas las siguientes preguntas: edad, género y orientación sexual.

### **Procedimiento.**

En primer lugar, se contactará con los equipos directivos de los institutos de educación secundaria (públicos, privados o concertados), de la localidad de Oviedo (Anexo 3). Se solicitará su colaboración para hacer llegar a sus alumnos de 2º y 3º de la ESO, así como a sus progenitores/representantes legales, una carta por correo postal con información básica acerca del estudio, el consentimiento informado para permitir la participación del adolescente en el mismo y los datos de contacto de los representantes de la investigación (Anexo 4).

Una vez recibidos los consentimientos informados firmados por duplicado, se acudirá a los centros educativos durante la última semana de septiembre de 2023 para entregar los cuestionarios pre-intervención a los alumnos que participarán en el estudio con el objetivo de que los cumplimenten en el aula, devolviéndolos a los miembros del equipo investigador presentes una vez finalizados.

Estos cuestionarios serán codificados utilizando un código alfanumérico compuesto por dos letras y dos números, con el fin de garantizar el enmascaramiento para el investigador que realice el análisis estadístico y guardar, en todo momento, su anonimato.

Durante los meses de noviembre a abril se desarrollará la intervención, que constará de 8 sesiones de 50 minutos de duración llevadas a cabo por profesionales de enfermería durante el horario escolar, en un aula facilitada por los centros educativos a tal efecto. En las sesiones se tratarán temas identificados por la bibliografía como relevantes para la prevención de las conductas suicidas en adolescentes, como los siguientes:

1. En la primera sesión se procederá a explicar un tema introductorio al suicidio. Mediante este se tratará la definición del suicidio, estadísticas y mitos o realidades; todo ello de manera lo más interactiva posible para que los jóvenes se encuentren motivados y participen. En el apartado de mitos o realidades se hará uso de material publicado por la Confederación de Salud Mental de España (2018), con el objetivo de sensibilizar a la población sobre la problemática del suicidio.
2. En el siguiente taller se hablará de los factores de riesgo que llevan a las conductas suicidas, haciendo especial hincapié en el bullying. Se informará además de las estadísticas de acoso en nuestro país.
3. A partir de la tercera sesión la información se centrará en los factores de protección del suicidio, concretamente en la autoestima como herramienta de prevención, (empleando talleres procedentes de un programa de mejora de la autoestima validado en España (González Sala & Gimeno Collado, 2013). Los 5 talleres sucesivos tratarán los principales factores de protección (familia, círculo social y autoestima), todos ellos relacionados entre sí. Además, se trabajarán las habilidades sociales y la resolución de problemas de manera asertiva.

En el mes de septiembre, al inicio del siguiente curso escolar, se acudirá nuevamente a los centros educativos para realizar el cuestionario post intervención a los alumnos participantes en el estudio.

## **Análisis de datos.**

El análisis de los datos obtenidos se llevará a cabo mediante la plataforma de software de análisis estadístico avanzado SPSS en su versión para Apple macOS. Se realizarán las siguientes pruebas:

- **Análisis descriptivo.** Se estudiarán las medidas de frecuencia absoluta y relativa dentro de las variables cualitativas. En las variables cuantitativas se analizarán la media, la desviación estándar y el rango.
- **Análisis bivariante.** En las variables cualitativas este análisis se realizará mediante la prueba de chi cuadrado. Se estudiará la relación entre variables cuantitativas y cualitativas dicotómicas (siempre y cuando la distribución sea normal, comprobado con el test de Shapiro-Wilk), mediante t de Student, para analizar la existencia de diferencias significativas en las medias de ambos grupos. En el caso contrario se empleará la versión no paramétrica de esta última, la prueba U de Mann-Whitney. En las variables cualitativas que posean más de dos categorías se empleará el análisis de la varianza ANOVA de distribuciones normales, y si la distribución no cumple los criterios de normalidad, se utilizará la prueba de Kruskal Wallis. El intervalo de confianza aceptado en todos los casos será del 95% ( $p \leq 0,05$ ).
- **Análisis multivariante.** Para poder descartar errores de interpretación, se realizarán pruebas de regresión lineal, modelo lineal y regresión logística binaria, según corresponda en cada situación.

## **Limitaciones.**

Al tratarse de un estudio de carácter voluntario realizado en un área geográfica limitada es posible que los resultados obtenidos en la investigación no sean representativos de todos los adolescentes de Asturias, ni de España. Además, la participación de los jóvenes en la

intervención está sujeta a previa autorización por parte de sus padres o tutores legales, lo que supone un sesgo añadido.

Debido a la temática sensible del cuestionario es posible que los adolescentes perciban ciertas respuestas como mejores o más deseables, omitiendo aquellas con un carácter más negativo. Por ello, es importante tener en cuenta la aparición de un sesgo de complacencia o aceptabilidad social.

### **Consideraciones éticas.**

Para la realización de este proyecto de investigación se seguirán los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki: será necesario entregar consentimiento informado, será respetado el derecho de los participantes a abandonar su participación en el estudio en cualquier momento; y se velará por la confidencialidad de los datos aportados por los integrantes según la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales. Previamente será necesario solicitar la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias

En la primera etapa del estudio se contactará con las juntas directivas de los centros educativos seleccionados, que deberán dar su consentimiento informado para participar en la investigación. Una vez se cuente con su autorización, se solicitará la de los padres y/o tutores legales de los adolescentes (menores de edad), para poder llevar a cabo el estudio y su correspondiente intervención.



## 5. Presupuesto y recursos necesarios.

**Tabla 3**

*Presupuestos y recursos necesarios para el desarrollo del estudio*

<b>Recursos necesarios</b>	<b>Unidad</b>	<b>Precio / unidad</b>	<b>Precio total</b>
Programa de análisis de datos SPSS	-	-	Sin coste
Consentimientos informados y cuestionarios	750	0,10€	75€
Cartulinas DinA3	500	0,50€	250€
Material de papelería	-	-	± 50€
Material informático	-	-	Sin coste
Envíos postales y sobres pre-franqueados	500	1,10€	550€
Gastos de desplazamiento	-	-	± 50€
<b>TOTAL</b>			<b>± 970€</b>

*Nota.* Presupuesto calculado para una participación máxima de 250 alumnos.

## 6. Bibliografía.

Arnon, S., Shamai, S., & Ilatov, Z. (2008). Socialization agents and activities of young adolescents. *Adolescence*, 43(170), 129–144.

Benton, T. D., Muhrer, E., Jones, J. D., & Lewis, J. (2021). Dysregulation and Suicide in Children and Adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 30(2), 389–399. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.10.008>

Bhangoo, R. K., Dell, M. L., Towbin, K., Myers, F. S., Lowe, C. H., Pine, D. S., & Leibenluft, E. (2003). Clinical correlates of episodicity in juvenile mania. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 13(4), 507–514. <https://doi.org/10.1089/104454603322724896>

Borowsky, I. W., Ireland, M., & Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*, 107(3), 485–493. <https://doi.org/10.1542/peds.107.3.485>

Calear, A. L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Busby Grant, J., van Spijker, B., & Donker, T. (2016). A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European child & adolescent psychiatry*, 25(5), 467–482. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0783-4>

Casey, B. J., Heller, A. S., Gee, D. G., & Cohen, A. O. (2019). Development of the emotional brain. *Neuroscience letters*, 693, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.11.055>

Crowell, J. A., Keluskar, J., & Gorecki, A. (2019). Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Comprehensive psychiatry*, 90, 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.007>

Confederación Salud Mental España. (2018, 19 de marzo). Mitos y realidades sobre el suicidio [Comunicado de prensa]. <https://consaludmental.org/sala-de-prensa/mitos-realidades-suicidio/>

Dwivedi, Y. (Ed.). (2012). *The Neurobiological Basis of Suicide*. CRC Press/Taylor & Francis.

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

González Sala, F., & Gimeno Collado, A. (2013). Menores en situación de riesgo social: valoración de un programa para la mejora de la autoestima. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 1-5. <https://dx.doi.org/10.5093/in2013a1>

Harmer, B., Lee, S., Duong, T. V. H., & Saadabadi, A. (2022). Suicidal Ideation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet (London, England)*, 373(9672), 1372–1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)

Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, edad, sexo y periodo*. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=46688#!tabs-mapa>

Instituto Nacional de Estadística. (2021a). *Suicidios por edad y sexo*. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=55317>

Instituto Nacional de Estadística. (2021b). *Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad*. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=55325>

Instituto Nacional de Estadística. (2021c). *Suicidios por edad y sexo*. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=55317>

Ivey-Stephenson, A. Z., Demissie, Z., Crosby, A. E., Stone, D. M., Gaylor, E., Wilkins, N., Lowry, R., & Brown, M. (2020). Suicidal Ideation and Behaviors Among High School Students - Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. *MMWR supplements*, 69(1), 47–55. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su6901a6>

Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., Lowry, R., Chyen, D., Whittle, L., Thornton, J., Lim, C., Bradford, D., Yamakawa, Y., Leon, M., Brener, N., & Ethier, K. A. (2018). Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C.: 2002)*, 67(8), 1–114. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6708a1>

Laska, M. N., Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2012). Does involvement in food preparation track from adolescence to young adulthood and is it associated with better dietary quality? Findings from a 10-year longitudinal study. *Public health nutrition*, 15(7), 1150–1158. <https://doi.org/10.1017/S1368980011003004>

Lutz, P. E., Mechawar, N. & Turecki, G. (2017). Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Molecular Psychiatry*, 22, 1395–1412. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.141>

Mann, J. J., & Arango, V. (1992). Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior. *Journal of clinical psychopharmacology*, 12(2 Suppl), 2S–7S.

Mengual, E. & Izeddin, D. (2011, 27 octubre). Suicidios, la epidemia del siglo XXI. *El Mundo*. <https://www.elmundo.es/elmundo/2011/10/27/espana/1319712105.html>

Morken, I. S., Dahlgren, A., Lunde, I., & Toven, S. (2019). The effects of interventions preventing self-harm and suicide in children and adolescents: an overview of systematic reviews. *F1000Research*, 8, 890. <https://doi.org/10.12688/f1000research.19506.2>

*Observatorio del Suicidio en España 2021*. (2022). [Diapositivas]. Fundación Española para la Prevención del Suicidio. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/>

Oexle, N., Valacchi, D., Grübel, P., Becker, T., & Rüschi, N. (2022). Two sides of the same coin? The association between suicide stigma and suicide normalisation. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 31, e78. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000610>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2014a). *Preventing suicide: A global imperative*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

Organización Mundial de la Salud. (2014b, 4 de septiembre). *Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio* [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/04-09-2014-first-who-report-on-suicide-prevention>

Organización Mundial de la Salud. (2019, 26 de noviembre). *Salud del adolescente*. <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>

Organización Mundial de la Salud. (2021a, 17 de junio). *Una de cada 100 muertes es por suicidio* [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>

Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Helping adolescents thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours: executive summary*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027693>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *World Suicide Prevention Day 2022*. World Health Organization. <https://www.who.int/campaigns/world-suicide-prevention-day/2022>

Paykel, E., Myers, J., Lindenthal, J., & 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>

Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatric drugs*, 5(4), 243–265. <https://doi.org/10.2165/00128072-200305040-00004>

Rasmussen, S. A., Fraser, L., Gotz, M., MacHale, S., Mackie, R., Masterton, G., ... & O'Connor, R. C. (2010). Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(1), 15-30. <https://doi.org/10.1348/014466509X415735>

Rebecca Soole, Kairi Kõlves & Diego De Leo (2015) Suicide in Children: A Systematic Review, *Archives of Suicide Research*, 19:3, 285-304. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.996694>

Sarasola Gastesi, M., & Ripoll Salceda, J. C. (2019). Una revisión de la eficacia de los programas anti-bullying en España. *Pulso*.

Silverstone, P. H., Bercov, M., Suen, V. Y., Allen, A., Cribben, I., Goodrick, J., Henry, S., Pryce, C., Langstraat, P., Rittenbach, K., Chakraborty, S., Engels, R. C., & McCabe, C. (2015). Initial Findings from a Novel School-Based Program, EMPATHY, Which May Help Reduce Depression and Suicidality in Youth. *PloS one*, 10(5), e0125527. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125527>

Spear, L. P. (2010). *The behavioral neuroscience of adolescence*. W. W. Norton & Company.

Stickl Haugen, J., Sutter, C. C., Tinstman Jones, J. L., & Campbell, L. O. (2022). Teachers as Youth Suicide Prevention Gatekeepers: An Examination of Suicide Prevention Training and Exposure to Students at Risk of Suicide. *Child & youth care forum*, 1–19. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10566-022-09699-5>

Suarez Cuba, Miguel A., & Alcalá Espinoza, Matilde. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es).

Torok, M., Caelear, A. L., Smart, A., Nicolopoulos, A., & Wong, Q. (2019). Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *Journal of adolescence*, 73, 100–112. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.04.005>

Turecki G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 30(6), 398–408.

UNICEF. (2017). Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas.

Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A., & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific psychiatry: official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 13(3), e12452. <https://doi.org/10.1111/appy.12452>

Williams, M. (2014). *Cry of pain: understanding suicide and the suicidal mind*. Hachette UK.

Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegaro, V. C., Freitas, L. H., Cereser, K. M. M., Rocha, N. S. D., Bastos, A. G., & Schuch, F. B. (2017). Childhood trauma and suicide

attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Research*, 256,353–358. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.082>

Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10316-000>

## 7. Anexos

### Anexo 1 – Escala Paykel de suicidio.

<b>TABLA 1 ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO</b>		
Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más lo que has sentido o experimentado durante el <b>último año</b>		
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí	No
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	Sí	No
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	Sí	No
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Sí	No
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Sí	No

### Anexo 2 – Escala APGAR de disfunción familiar.

**Cuadro N° 2  
APGAR familiar para uso en niños**

PREGUNTA	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.			
Me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas conmigo.			
Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc.			
Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempos juntos.			

### **Anexo 3 – Carta de solicitud de autorización a los centros educativos.**

Estimados/as [Junta directiva del centro educativo],

Me dirijo a ustedes en calidad de investigadora con el objetivo de realizar una intervención educativa en alumnos de 2º y 3º de la ESO de su centro educativo. Mi nombre es Yara Villarejo Galán, soy estudiante del Grado de Enfermería en la Universidad de Oviedo, y el proyecto que pretendo realizar consiste en evaluar la efectividad de una intervención educativa llevada a cabo en adolescentes para la prevención del suicidio.

Una vez cuente con su aprobación, me pondré en contacto con los representantes legales de los jóvenes vía correo postal para administrarles un documento informativo con los objetivos del estudio y el consentimiento informado que deben devolver firmado para autorizar la participación de sus hijos.

La intervención consistirá en la administración de dos cuestionarios, uno en septiembre del presente año y otro en septiembre del año próximo. Durante los meses de noviembre a abril, con una separación aproximada de 3 semanas, se realizarán 8 talleres con una duración aproximada de 50 minutos en el horario lectivo de su elección.

Estas sesiones contarán con presentaciones y juegos destinados a ampliar los conocimientos de los jóvenes sobre la materia y a ayudarles a desarrollar habilidades para la prevención del suicidio.

En caso de que acepten la participación de su centro en el estudio, ruego se pongan en contacto conmigo en el siguiente correo electrónico adjuntando debidamente cumplimentado el consentimiento informado de la siguiente hoja:

<b>Investigador principal</b>	<b>Correo electrónico</b>
Yara Villarejo Galán	

**Consentimiento informado junta directiva de los centros educativos:**

Yo [nombre completo] como [cargo directivo] del centro [nombre del centro educativo] acepto la participación de los alumnos a mi cargo en el proyecto de investigación “Diseño y evaluación de una intervención llevada a cabo por profesionales de enfermería para la prevención del suicidio adolescente”; siempre y cuando sus representantes legales firmen a su vez el consentimiento informado.

Además, con la firma en el presente documento reconozco haber leído y entendido la información que se me administra.

<b>Firma del representante del centro:</b>	<b>Firma del investigador principal:</b>
Fecha:	Fecha:

## Anexo 4 – Consentimiento informado para los padres/tutores legales.



Comité de Ética  
en la Investigación  
Universidad de Oviedo

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTOS EN LOS QUE SE EMPLEEN DATOS PERSONALES CON FINES NO BIOMÉDICOS

#### A. HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN (GRUPO INTERVENCIÓN)

De conformidad con la normativa vigente de protección de datos, le informamos que los datos personales solicitados serán tratados por la Universidad de Oviedo, como Responsable del tratamiento, con la finalidad de que sirvan de soporte en la investigación llevada a cabo en centros educativos de ESO de Oviedo. Titulado "**DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN LLEVADA A CABO POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO ADOLESCENTE**", en la que usted libremente ha decidido participar facilitando su consentimiento expreso a través de este documento.

El citado proyecto de investigación se encuentra dirigido por Dña. Yara Villarejo Galán, junto con su tutora Xana González Méndez, siendo sus datos de contacto los siguientes:

Nombre y apellidos	Yara Villarejo Galán	
DNI:		
Dirección:	r	
Teléfono fijo/móvil		u

Con respecto a la investigación de la que su hijo/tutelado formará parte, se le informa que versará sobre una intervención educativa mediante talleres y sesiones expositivas en horario lectivo; cuyo objetivo es: diseñar y evaluar la eficacia de una intervención educativa llevada a cabo por profesionales de enfermería en adolescentes con la finalidad de prevenir las conductas suicidas y evaluar su efectividad. Para ello, se desarrollarán los siguientes temas: suicidio en adolescentes, factores de riesgo y prevención, bullying, autoestima, personas de apoyo. A través de juegos se pretende aumentar y mejorar las herramientas de los adolescentes en el papel de prevención de conductas suicidas. Los datos personales facilitados serán tratados con las siguientes finalidades:

- Contribuir a la actividad investigadora en los términos descritos.

Los datos que nos facilite serán almacenados en formato digital con sistemas de control de acceso seguro, cumpliendo con todas las medidas de seguridad establecidas en la normativa en protección de datos, de forma que los datos solo estén disponibles y puedan ser consultados por el equipo y/o responsable del proyecto. En caso de querer publicar sus datos, estos serán previamente anonimizados.



Comité de Ética  
en la Investigación  
Universidad de Oviedo

El citado proyecto de investigación tendrá una duración aproximada de un año y se llevará a cabo en centros educativos de ESO de la localidad de Oviedo. Los datos que le son solicitados, y que van a utilizarse para la finalidad anteriormente descrita son los siguientes:

- Edad, género y orientación sexual.
- Escala de cribado de conductas suicidas Paykel.
- Escala de percepción de funcionamiento familiar APGAR.

Todos los datos personales facilitados serán tratados conforme a la normativa actual de protección de datos, especialmente con sujeción a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de éstos (en adelante, RGPD) y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (en adelante, LOPDGDD).

La Universidad de Oviedo, como Responsable del tratamiento, en cumplimiento de lo dispuesto en el RGPD, le informa por medio del presente documento de que el hecho de participar en este estudio facilitando los datos requeridos, conllevará el tratamiento por parte del equipo investigador, única y exclusivamente para los fines que le han sido mencionados. No obstante, si tiene cualquier duda sobre el estudio, puede contactar con Yara Villarejo Galán, en la siguiente dirección de correo electrónico: [uo278577@uniovi.es](mailto:uo278577@uniovi.es)

Le informamos de que sus datos se conservarán mientras exista un interés científico y cuando ya no sea necesario para este, se suprimirán aplicando medidas de seguridad adecuadas. Por otro lado, y en aras de proteger su privacidad, no identificaremos los datos a través del nombre del participante, si no que le será asignado un código del que únicamente tendrá conocimiento el equipo y/o responsable de este proyecto. También le informamos de que, podrán acceder a sus datos autoridades competentes, en su caso, y los miembros del Comité de Ética, de considerarlo necesario para la supervisión del citado estudio de investigación. Le recordamos, que es usted responsable de la veracidad de los datos facilitados.

Partiendo de que su participación es totalmente voluntaria, le recordamos que puede revocar su consentimiento en cualquier momento, sin tener que justificar su decisión ni que ello suponga ningún inconveniente para usted. Asimismo, le informamos de que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y a la portabilidad de sus datos, a través de la siguiente dirección de correo electrónico [secretariageneral@uniovi.es](mailto:secretariageneral@uniovi.es) o contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos en la dirección de correo electrónico [delegadopdatos@uniovi.es](mailto:delegadopdatos@uniovi.es). Igualmente, podrá solicitar la tutela de la Agencia Española de Protección de Datos, de considerar que no se han atendido sus derechos adecuadamente.



Comité de Ética  
en la Investigación  
Universidad de Oviedo

**Consentimiento informado para menores de edad participantes en la investigación:**

Dado que el sujeto participante es menor de edad, firma el presente documento su representante legal, D/Dña. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ haciendo constar que por parte del equipo investigador se le ha hecho partícipe de las características y el objetivo del estudio, y que éste a su vez ha informado a su representado, de acuerdo con sus capacidades y que no hay oposición por su parte.

El responsable legal del participante otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

En Oviedo, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia del presente documento.

Firmado

(Nombre y apellidos del tutor o representante legal)

Firmado: Yara Villarejo Galán



Comité de Ética  
en la Investigación  
Universidad de Oviedo

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTOS  
EN LOS QUE SE EMPLEEN DATOS PERSONALES CON FINES NO BIOMÉDICOS**

**A. HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN (GRUPO CONTROL)**

De conformidad con la normativa vigente de protección de datos, le informamos que los datos personales solicitados serán tratados por la Universidad de Oviedo, como Responsable del tratamiento, con la finalidad de que sirvan de soporte en la investigación llevada a cabo en centros educativos de ESO de Oviedo. Titulado "**DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN LLEVADA A CABO POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO ADOLESCENTE**", en la que usted libremente ha decidido participar facilitando su consentimiento expreso a través de este documento.

El citado proyecto de investigación se encuentra dirigido por Dña. Yara Villarejo Galán, junto con su tutora Xana González Méndez, siendo sus datos de contacto los siguientes:

<b>Nombre y apellidos</b>	Yara Villarejo Galán
DNI:	
Dirección:	
Teléfono fijo/móvil	

Con respecto a la investigación de que su hijo/tutelado formará parte, se le informa de que formará parte del grupo control de un estudio experimental cuyo objetivo es: diseñar una intervención educativa llevada a cabo por profesionales de enfermería en adolescentes con la finalidad de prevenir las conductas e ideaciones suicidas y evaluar su efectividad; de tal modo que los datos personales facilitados serán tratados con las siguientes finalidades:

- Contribuir a la actividad investigadora en los términos descritos.

Los datos que nos facilite serán almacenados en formato digital con sistemas de control de acceso seguro, cumpliendo con todas las medidas de seguridad establecidas en la normativa en protección de datos, de forma que los datos solo estén disponibles y puedan ser consultados por el equipo y/o responsable del proyecto. En caso de querer publicar los datos, estos serán previamente anonimizados.

El citado proyecto de investigación tendrá una duración aproximada de un año y se llevará a cabo en centros educativos de ESO de la localidad de Oviedo.

Los datos que le son solicitados, y que van a utilizarse para la finalidad anteriormente descrita son los siguientes:



Comité de Ética  
en la Investigación  
Universidad de Oviedo

- Edad, género y orientación sexual.
- Escala de cribado de conductas suicidas Paykel.
- Escala de percepción de funcionamiento familiar APGAR.

Todos los datos personales facilitados serán tratados conforme a la normativa actual de protección de datos, especialmente con sujeción a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de éstos (en adelante, RGPD) y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (en adelante, LOPDGDD).

La Universidad de Oviedo, como Responsable del tratamiento, en cumplimiento de lo dispuesto en el RGPD, le informa por medio del presente documento de que el hecho de participar en este estudio facilitando los datos requeridos, conllevará el tratamiento por parte del equipo investigador, única y exclusivamente para los fines que le han sido mencionados. No obstante, si tiene cualquier duda sobre el estudio, puede contactar con Yara Villarejo Galán, en la siguiente dirección de correo electrónico: [uo278577@uniovi.es](mailto:uo278577@uniovi.es)

Le informamos de que sus datos se conservarán mientras exista un interés científico y cuando ya no sea necesario para este, se suprimirán aplicando medidas de seguridad adecuadas. Por otro lado, y en aras de proteger su privacidad, no identificaremos los datos a través del nombre del participante, si no que le será asignado un código del que únicamente tendrá conocimiento el equipo y/o responsable de este proyecto. También le informamos de que, podrán acceder a sus datos autoridades competentes, en su caso, y los miembros del Comité de Ética, de considerarlo necesario para la supervisión del citado estudio de investigación. Le recordamos, que es usted responsable de la veracidad de los datos facilitados.

Partiendo de que la participación es totalmente voluntaria, le recordamos que puede revocar su consentimiento en cualquier momento, sin tener que justificar su decisión ni que ello suponga ningún inconveniente para usted. Asimismo, le informamos de que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y a la portabilidad de sus datos, a través de la siguiente dirección de correo electrónico [secretariageneral@uniovi.es](mailto:secretariageneral@uniovi.es) o contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos en la dirección de correo electrónico [delegadopdatos@uniovi.es](mailto:delegadopdatos@uniovi.es). Igualmente, podrá solicitar la tutela de la Agencia Española de Protección de Datos, de considerar que no se han atendido sus derechos adecuadamente.



Comité de Ética  
en la Investigación  
Universidad de Oviedo

**Consentimiento informado para menores de edad participantes en la investigación:**

Dado que el sujeto participante es menor de edad, firma el presente documento su representante legal, D/Dña. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ haciendo constar que por parte del equipo investigador se le ha hecho partícipe de las características y el objetivo del estudio, y que éste a su vez ha informado a su representado, de acuerdo con sus capacidades y que no hay oposición por su parte.

El responsable legal del participante otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

En Oviedo, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firmo por duplicado, quedándome con una copia del presente documento.

Firmado

(Nombre y apellidos del tutor o representante legal)

Firmado: Yara Villarejo Galán

## Anexo 5 – Hoja de recogida de datos.

### ***Cuestionario pre/post intervención.***

El siguiente documento forma parte del estudio “Diseño y evaluación de una intervención llevada a cabo por profesionales de la enfermería para la prevención del suicidio adolescente”. Vuestra participación es esencial para lograr los objetivos de la investigación. La información proporcionada en el cuestionario será tratada de forma confidencial y su único fin será el académico.

El cuestionario consta de 13 preguntas, lo que conlleva un tiempo estimado de 20 minutos para su realización. Si en algún momento os sentís incómodos/as o preferís no responder alguna pregunta, podéis omitirla sin ninguna consecuencia negativa.

#### Primera parte: información relativa a variables sociodemográficas.

1. Edad:	[ Número en años ]
2. Género:	<input type="radio"/> Hombre
	<input type="radio"/> Mujer
	<input type="radio"/> Otro
3. Orientación sexual:	<input type="radio"/> Heterosexual
	<input type="radio"/> Homosexual
	<input type="radio"/> Bisexual
	<input type="radio"/> Otro

#### Segunda parte: cuestionario Paykel.

Responde con sinceridad las siguientes preguntas sobre el último año:

1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	<input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Sí

2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	<input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Sí
3. ¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer?	<input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Sí
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	<input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Sí
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	<input type="radio"/> No
	<input type="radio"/> Sí

### Tercera parte: cuestionario APGAR.

En este apartado, deberás responder con sinceridad con qué grado estás de acuerdo que ocurren las diferentes situaciones (casi siempre, algunas veces o casi nunca):

1. Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.	<input type="radio"/> Casi siempre
	<input type="radio"/> Algunas veces
	<input type="radio"/> Casi nunca
2. Me gusta la manera en la que mi familia habla y comparte los problemas conmigo.	<input type="radio"/> Casi siempre
	<input type="radio"/> Algunas veces
	<input type="radio"/> Casi nunca
3. Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc.	<input type="radio"/> Casi siempre
	<input type="radio"/> Algunas veces
	<input type="radio"/> Casi nunca
4. Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer.	<input type="radio"/> Casi siempre
	<input type="radio"/> Algunas veces
	<input type="radio"/> Casi nunca

5. Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempo juntos.	<input type="radio"/> Casi siempre
	<input type="radio"/> Algunas veces
	<input type="radio"/> Casi nunca

## Anexo 6 – Contenido de los talleres.

Las sesiones estarán distribuidas de la siguiente manera:

- **1ª sesión:**

- Título: *Conceptos básicos sobre el suicidio, estadísticas y mitos.*
- Objetivo: *Definir de manera completa el suicidio a través de estadísticas, datos y el juego “mito o realidad”; contando con las aportaciones de los adolescentes.*
- Contenido:

<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>
Presentación del tema a tratar dejando que los adolescentes aporten sus ideas.	10 min
Presentación PowerPoint: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es el suicidio?</li> <li>• Definición del suicidio.</li> <li>• Gráfico con estadísticas del suicidio por edades y años.</li> </ul>	20 min
Juego “¿Mito o realidad?”, se preguntará a los jóvenes si creen que varios enunciados son verdad o mentira, mostrándoles a continuación la respuesta correcta.	15 min
Turno de preguntas	5 min

- **2ª sesión:**

- Título: *Factores de riesgo del suicidio. Acoso escolar.*
- Objetivo: *Mostrar los factores de riesgo que pueden llevar a la ideación suicida centrándonos en el acoso escolar.*
- Contenido:

<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>
Presentación del tema a tratar dejando que los adolescentes aporten sus ideas.	5 min
Presentación PowerPoint: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es un factor de riesgo?</li> <li>• Aspectos genéticos y neurobiológicos.</li> <li>• Entorno familiar y ámbito escolar.</li> <li>• Psicopatología.</li> <li>• Características de la personalidad.</li> <li>• Bullying o acoso escolar. Cifras de acoso en nuestro país.</li> </ul>	25 min
Se presentará una infografía sobre los mitos y realidades del acoso escolar, dejando que los adolescentes aporten sus opiniones acerca de cada ítem.	15 min
Turno de preguntas	5 min

- **3ª sesión:**

- Título: *Factores de protección contra comportamientos suicidas.*
- Objetivo: *Introducir a los adolescentes a los diferentes factores que pueden ofrecer protección contra el suicidio impulsando su desarrollo.*

- Contenido:

<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>
Presentación del tema a tratar dejando que los adolescentes aporten sus ideas.	10 min
Presentación PowerPoint: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es un factor de protección?</li> <li>• Círculo social de apoyo y sostén.</li> <li>• El papel de la familia como factor de protección.</li> <li>• La importancia de una autoestima alta.</li> </ul>	35 min
Turno de preguntas	5 min

- **4ª sesión:**

- Título: *¿Quién soy y cómo me gustaría ser?*
- Objetivo: *A través de un juego con el mismo título, los alumnos buscarán aspectos positivos y negativos de sí mismos y aprenderán a valorar sus diferencias.*
- Contenido:

<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>
Presentación de la pregunta a tratar dejando que los adolescentes respondan.	10 min
Juego: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se dará a cada alumno una cartulina en la que deberán dibujar su silueta.</li> <li>• Dentro, deberán escribir las características que creen poseer, su “yo real”; y a su alrededor escribirán las habilidades que les gustaría tener y los objetivos que querrían completar; la distancia a la cual lo escriben significa la dificultad de lograrlo que creen que tiene.</li> </ul>	35 min

<ul style="list-style-type: none"> <li>• El objetivo es explorar las características de su personalidad y sus metas, reflexionando cómo poder alcanzarlas.</li> </ul>	
Turno de preguntas	5 min

- **5ª sesión:**

- Título: *Personas significativas.*
- Objetivo: *Identificar el círculo más próximo (ya sea de su familia o amigos), tomando conciencia de la importancia que cada persona tiene en su vida y viceversa.*
- Contenido:

<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>
Presentación del tema a tratar dejando que los adolescentes aporten sus ideas.	10 min
<p>Juego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se dará a cada alumno una cartulina en la que deberán dibujar su silueta, y alrededor de ella círculos que deben representar cada uno una persona relevante. La distancia a la cuál la dibujan de ellos implicará el nivel de importancia que le dan dentro de su vida.</li> <li>• Una vez hayan realizado la tarea, se les invitará a comentar por qué piensan que esas personas son importantes, qué cosas buenas hacen con ellos, si la relación es recíproca o no.</li> <li>• Con ello se pretende que profundicen en sus relaciones cercanas y valoren el círculo de apoyo que tienen a su alrededor.</li> </ul>	35 min
Turno de preguntas	5 min

- **6ª sesión:**

- Título: *¿Qué hago yo para merecer esto?*
- Objetivo: *Reconocer la atribución que hacen los alumnos de los sucesos positivos negativos y positivos que les ocurren en su vida.*
- Contenido:

<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>
Presentación de la pregunta a tratar dejando que los adolescentes respondan.	10 min
Juego: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le entregará a cada adolescente un folio con dos columnas, una llamada “Yo soy responsable de...”, y otra titulada “Los demás son responsables de...”.</li> <li>• La tarea que deben realizar es reflexionar sobre los sucesos, importantes o no, que recuerden que les han sucedido, y le adjudiquen un culpable.</li> <li>• De esta manera se espera que tomen conciencia de la responsabilidad que tienen sobre los hechos que les suceden y reivindiquen sus éxitos como propios.</li> </ul>	35 min
Turno de preguntas	5 min

- **7ª sesión:**

- Título: *Autocomunicación positiva.*
- Objetivo: *Dotar a los jóvenes de habilidades de comunicación consigo mismos en un lenguaje motivador, y enseñarles a llevar un hilo de pensamiento constructivo y razonado.*
- Contenido:

<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>
Presentación del tema a tratar dejando que los adolescentes aporten sus ideas.	10 min
<p>Juego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pondrá una golosina en la mesa de cada estudiante y se les dirá que no pueden comerla.</li> <li>• A continuación, deberán decir en alto los pensamientos que se les ocurren, tanto los que les incitan a comerlos como los que no.</li> <li>• Cada vez que surja un pensamiento negativo (en este caso los que los animan a comer la golosina), les ayudaremos a buscar un distractor, es decir, llegar a un razonamiento que les sea suficiente para desechar el anterior pensamiento.</li> </ul>	35 min
Turno de preguntas	5 min

• **8ª sesión:**

- Título: *Los otros y yo.*
- Objetivo: *Incrementar las habilidades sociales de los jóvenes, como la empatía y las estrategias o respuestas asertivas en la resolución del problema.*
- Contenido:

<b>Actividad</b>	<b>Duración</b>
Presentación del tema a tratar dejando que los adolescentes aporten sus ideas.	10 min
<p>Juego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pedirá a los jóvenes que digan un problema cotidiano que se les ocurra.</li> <li>• A través de él se explicarán las fases de resolución de problemas y los tres tipos de</li> </ul>	35 min

<p>respuesta (agresiva, pasiva y asertiva), y sus consecuencias.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se continuará de esta manera, pidiendo ideas de problemas y preguntando cómo los resolverían hasta comprobar que entienden estos conceptos y saben poner en práctica el estilo de respuesta asertivo.</li></ul>	
Turno de preguntas	5 min