



UNIVERSITAS

Miguel Hernández

Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2023/2024
Convocatoria Junio

Modalidad: Propuesta de intervención

Título: “¡Todo por mi vida!”: Programa de prevención del suicidio en los Cuerpos de Seguridad del Estado.

Auto: María Navarro Moreno

Tutores: Javier Manchón López y Victoria Soto Sanz

Código de autorización COIR (UMH):

TFG.GPS.JML.MNM.231221

Elche a 31 de mayo de 2024

ÍNDICE

RESUMEN	4
1. Introducción	5
2. Detección de Necesidades	9
3. Objetivos	10
4. Método	11
5. Temporalización y Sesiones	14
6. Discusión.....	27
7. Referencias Bibliográficas	29
8. Anexos	32
Anexo 1: Autorización Investigación Responsable	32
Anexo 2: Preguntas para las entrevistas.....	33
Anexo 3: Resultado de detección de necesidades	35
Anexo 4: SSI	38
Anexo 5: CCCS-18.....	40
Anexo 6: PPS.....	41
Anexo 7: Test Creencias Irracionales	42
Anexo 8: Escala Autoestima Rosenberg	45
Anexo 9: Escala Beck Desesperanza	46
Anexo 10: ABA.....	47
Anexo 11: CAMI	48
Anexo 12: Cuestionario Actitud hacia el Consumo	55
Anexo 13: Mensaje en el teléfono.....	58
Anexo 14: Plan de contingencia	58
Anexo 15: Presentación Suicidio	60
Anexo 16: Tarjetas factores de riesgo y protección	66
Anexo 17: Casos breves estrés.....	70
Anexo 18: Técnicas de respiración.....	71
Anexo 19: Mitos sobre la depresión.....	71
Anexo 20: Infografía Desesperanza	72
Anexo 21: Explicación Mapa de las emociones.....	73
Anexo 22: Preguntas sobre corto de suicidio	73
Anexo 23: Mitos sobre estigma	73
Anexo 24: Situaciones Role-playing	73
Anexo 25: Presentación consumo	74

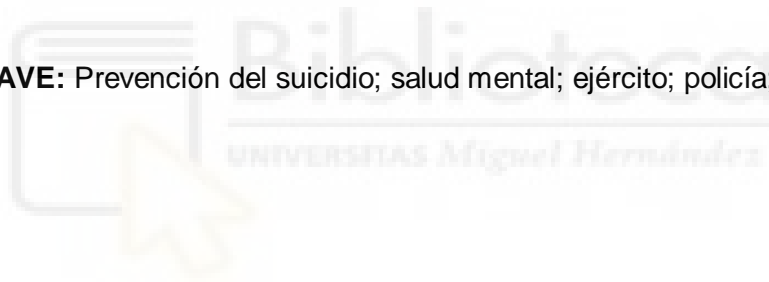
Anexo 26: Casos de consumo.....	77
Anexo 27: Explicación del árbol del compromiso.....	78
Anexo 28: Encuesta de satisfacción	78



RESUMEN

El suicidio en la actualidad supone un serio problema de salud pública, ya que afecta a todos los sectores, pero es particularmente preocupante entre los miembros de los Cuerpos de Seguridad del Estado. Solo en España, la tasa de suicidio en esta población es un 62% superior al promedio nacional. La depresión y el estrés, junto con el consumo de sustancias y el estigma que está presente en este colectivo, son factores de riesgo críticos que incrementan la incidencia de comportamientos suicidas en estos profesionales. En el presente trabajo, se propone como objetivo crear una propuesta de programa de prevención del suicidio en los Cuerpos de Seguridad del Estado. En primer lugar, se hizo una búsqueda bibliográfica y se confeccionó una entrevista con el fin de realizar una detección de necesidades específicas. Se diseñó un programa de prevención del suicidio dirigido a los miembros de este grupo, abordando cuatro grandes variables que son el estrés, la depresión, estigma del malestar psicológico y adicciones. Consta de 12 sesiones repartidas para trabajar las variables con una duración de 1 hora. Con la implementación del programa se pretende reducir la incidencia de suicidio y mejorar la salud mental entre los integrantes de los Cuerpos de Seguridad.

PALABRAS CLAVE: Prevención del suicidio; salud mental; ejército; policía; suicidio.



1. Introducción

1.1 Suicidio en los Cuerpos de Seguridad del Estado

El suicidio es un problema grave de salud pública y afecta a toda la sociedad, independientemente de edades o nivel de ingresos. Por esto, es importante abarcar el suicidio desde una perspectiva preventiva e integral (OMS, 2021). En 1737, René Desfontaines describió por primera vez el término "suicidio". Lo define como la acción nociva que un organismo aplica sobre sí mismo, es decir, acción deliberada en la que un individuo tiene la intención, planifica y logra causar su propia muerte (Martínez y Arnaldo, 2019).

En España se ha observado que el índice de suicidios en los Cuerpos de Seguridad del Estado es un 62% más alto que el promedio de la población general. Este grupo incluye tanto a la Guardia Civil como a la Policía Local, la Policía Nacional, los Mossos d'Esquadra y la Ertzaintza, con un total de 233.000 agentes en activo (De la Serna, 2021).

El suicidio en las fuerzas militares también está presente, ya que se ha relacionado con el acceso a determinados medios para llevarlo a cabo (Milner et al., 2017). En España, en el año 2022 se registraron tasas de suicidio con las que se asume que, en este grupo poblacional, existe un riesgo mayor, y por ello es necesaria la prevención (Recio, 2023).

1.2 Factores de riesgo en Cuerpos de Seguridad

Dentro de los Cuerpos de Seguridad del Estado, se han identificado múltiples factores de riesgo que se han relacionado con mayor probabilidad de aparición de comportamiento de suicidio (Ruiz-Flores Bistuer, 2020).

Según estudios recientes (Baños-Chaparro, 2021; Ocampo-Ortega, 2020), entre los factores de riesgo de comportamiento de suicidio más estudiados, se encuentran los trastornos mentales, tanto crónicos como agudos, el estrés postraumático y el estrés crónico. Otros elementos que pueden determinar la aparición de este tipo de conductas son: la turnicidad de su jornada laboral, tiempo de servicio inferior a dos años y el traslado a otros países. Asimismo, aspectos como pertenecer a un rango inferior como cabo o policía, tener fácil acceso a armas de fuego o medicamentos, el consumo habitual de alcohol, y enfrentarse a eventos de vida altamente estresantes, también elevan el riesgo. Del mismo modo, se ha demostrado que factores personales como el sexo masculino, superar los 45 años, ser soltero y tener una escasa formación, también se han relacionado con mayor riesgo (Baños-Chaparro, 2021; Ocampo-Ortega, 2020).

Un indicador crucial en este grupo poblacional es el estigma asociado a la salud mental, que con frecuencia ocasiona una negación de recibir ayuda o cualquier tipo de intervención. Este estigma puede ser percibido como un signo de debilidad, lo que afecta directamente a la cultura de autosuficiencia y fortaleza que caracteriza a este colectivo. Como resultado, los individuos pueden evitar mostrar signos de vulnerabilidad (González del Campillo et al., 2023).

El estrés laboral o “burnout” está estrechamente relacionado con el comportamiento suicida. Las consecuencias personales y organizacionales de este factor de riesgo son extremas. Destaca la carga percibida como predictor importante del estrés laboral, y puede traer como consecuencia el deterioro de la salud mental y el aumento del riesgo de suicidio, agravándose al hablar de población que pertenece a los Cuerpos de Seguridad (García-Guiarao, 2021).

Otro de los factores de riesgo más destacables es la depresión, relevante no solo por su prevalencia, sino por su fuerte correlación con la conducta suicida. En este grupo específico, se ha demostrado que la ideación suicida se encuentra íntimamente vinculada con la autoestima negativa y la sensación de desesperanza (Alvarán et al., 2020).

Finalmente, cabe destacar que según estudios recientes (Lodoño-Pérez et al., 2022), en relación con los factores de riesgo, el consumo de sustancias se relaciona con un aumento del riesgo de comportamientos suicidas en esta población concreta. Las sustancias psicoactivas pueden ser utilizadas por algunos individuos como una forma de autogestión del estrés y los trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad, que son prevalentes en los Cuerpos de Seguridad del Estado y en las Fuerzas Armadas, debido a las demandas y riesgos del trabajo. Por tanto, es destacable la importancia de programas de intervención y prevención que aborden tanto la salud mental como el uso de sustancias en estos grupos (Lodoño-Pérez et al., 2022).

1.3. Herramientas actuales

En el año 2020 se aprobó el Plan de Promoción de la Salud Mental y Prevención de la conducta suicida en la Dirección General de la Policía (Ministerio del Interior, 2020). Hasta el año 2021 no comenzó a implementarse, y, por tanto, la policía carecía de instrucciones formales de prevención o intervención en este sentido. En respuesta a la preocupante situación de casos de suicidio, la Guardia Civil implementó un protocolo establecido para la prevención del suicidio, además de disponer de un servicio telefónico dedicado a los agentes (López, 2021).

En definitiva, la Guardia Civil presenta como medidas el protocolo de prevención y un teléfono de guardia, pero algunos agentes señalan que no es suficiente. Por otro lado, en la policía no tienen medidas de prevención e intervención. Si bien es cierto que comenzaron a elaborarse, en 2018 cesaron esta actividad. Además, explican que en los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad la tasa de suicidio es 2,5 veces más alta que en la población general (RINED, 2021). Por tanto, se ha comprobado que es un problema preocupante por sus índices y tasas (Segovia, 2020). Así, surge la necesidad de la creación de un plan nacional para las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Criado, 2019).

Se considera necesario señalar como antecedente que, en marzo de 2023, se realizó una conferencia acerca de la prevención e intervención en los casos de suicidio en la Asociación Unificada de Guardias Civiles (AUGC) de Alicante. Se evidenció la falta de medidas preventivas y protocolos completos. La AUGC exige desestigmatizar el suicidio y crear planes y protocolos de investigación, a la vez que detectar riesgos (AUGC, 2023).

Por otro lado, el Departamento de Psicología explica que ya existen campañas anuales para advertir sobre riesgos a los mandos de los Cuerpos de Seguridad. Además, dentro de la Guardia Civil cuentan con un equipo de psicólogos especialistas en conductas suicidas. En 2018 se puso en marcha un plan de prevención de comportamientos anómalos, y se puede constatar que este proyecto está desactualizado (Recio, 2022).

Dentro del enfoque para la prevención del suicidio de las fuerzas armadas, se podrían priorizar las recomendaciones de la OMS y, de esta forma, realizar un abordaje integral. Se deberían coordinar diferentes elementos como las campañas de concienciación de los problemas de salud y la búsqueda de ayuda, la detección del malestar psicológico y emocional y la creación de programas de salud y asistencia militar apropiados (Ocampo-Ortega, 2020).

Asimismo, la formación en prevención del suicidio dirigida a los líderes militares es crucial, ya que están en una posición única para identificar y manejar problemas de conducta suicida dentro de sus unidades. Deben saber cómo dirigir adecuadamente a los afectados hacia recursos especializados de salud mental o grupos de apoyo. Es necesario que aborden sus necesidades incluyendo técnicas como tener conversaciones directas con los soldados y sus cercanos, coordinación de reuniones de liderazgo para evaluar riesgos, seguimiento de casos individuales, y organizar encuentros mensuales con varios niveles de mando para mejorar la toma de decisiones (Curley et al., 2019).

Es de vital importancia sensibilizar a los entornos militares sobre los estresores psicosociales y las señales de advertencia de comportamientos suicidas. A partir de la información disponible en la literatura, se considera necesario contar con programas de prevención que no sólo identifiquen los factores de riesgo tempranos, sino que también promuevan intervenciones oportunas. La capacitación del personal militar para reconocer y responder adecuadamente a las señales de alarma puede ser un paso decisivo hacia la reducción de las tasas de suicidio, demostrando que una mejor comprensión y manejo de los signos precursores puede salvar muchas vidas en contextos altamente estresantes (Sinha et al., 2020).

Por tanto, según las tasas de suicidio observadas en los Cuerpos de Seguridad del Estado, que son un 62% más altas que en la población general, y puesto que los principales factores de riesgo son el estrés, el estigma asociado a la salud mental, depresión y adicciones, se considera necesario implementar medidas más efectivas. Aunque se han realizado planes y protocolos como el “Plan de Promoción de la Salud Mental y Prevención del Suicidio” y el protocolo de prevención del suicidio en la Guardia Civil, estos han demostrado ser insuficientes y, en algunos casos, están desactualizados. Por ello, se hace indispensable la creación de un plan nacional integral que aborde de manera efectiva estos factores de riesgo y proporcione un enfoque coordinado y sostenido para la prevención del suicidio en los Cuerpos de Seguridad del Estado. Por tanto, el objetivo de este trabajo es diseñar un programa de prevención del suicidio en los Cuerpos de Seguridad de Estado, abordando como variables la depresión, el estrés, el estigma asociado a la salud mental y las adicciones.

2. Detección de Necesidades

Se realizó un estudio para entender las preocupaciones actuales de los integrantes de los Cuerpos de Seguridad del Estado respecto a su bienestar psicológico (Anexo 2). Se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a nueve miembros de estos cuerpos, compuesta por ocho hombres y una mujer, con una edad promedio de 55 años ($M = 55$ años y $DT = 14$ años). Las entrevistas incluyeron preguntas abiertas sobre el impacto de las condiciones de trabajo en su salud mental, y los hallazgos detallados están disponibles en el Anexo 3.

Las entrevistas revelaron una percepción generalizada de que el ambiente laboral contribuye negativamente a su bienestar psicológico, principalmente debido al estrés elevado que provoca síntomas como el síndrome de Burnout o la depresión. Los participantes indicaron que, aunque existen algunos recursos de apoyo, como gabinetes de psicología y programas de manejo de estrés, hay una notable falta de utilización de estos servicios debido al estigma asociado dentro de los cuerpos de seguridad.

Además, destacaron la importancia de implementar programas de prevención y la necesidad de incluir a todos los rangos dentro de los cuerpos, especialmente dado el notable impacto del estrés en la salud mental.

Los participantes también enfatizaron la importancia de crear espacios seguros donde poder expresarse y compartir sus experiencias, promoviendo un ambiente más saludable y abierto.

3. Objetivos

Objetivo general

- Prevenir el comportamiento de suicidio en los Cuerpos de Seguridad del Estado

Objetivos específicos

Al finalizar este programa, los participantes serán capaces de:

- Adquirir conocimientos sobre el comportamiento de suicidio, factores de riesgo y factores de protección
- Reconocer y detectar el estrés, tanto propio como de compañeros de los Cuerpos
- Utilizar herramientas para manejar el estrés
- Identificar creencias erróneas sobre la depresión
- Mejorar su autoestima
- Conocer los sentimientos de desesperanza y poder tratarlos
- Disminuir el prejuicio sobre la búsqueda de ayuda ante riesgo de suicidio
- Saber usar los servicios sanitarios ante el riesgo de suicidio
- Identificar y reducir el estigma asociado al malestar psicológico
- Conocer los riesgos asociados al consumo de sustancias
- Disponer de habilidades de protección frente al consumo de sustancias



4. Método

Participantes

El programa está destinado a miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, que estén laboralmente activos. Las sesiones se llevarán a cabo en grupos de 12 personas y tendrán lugar en las aulas del departamento de Psicología de los espacios policiales. El programa estará abierto a cualquier rango dentro de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, intentando fomentar que sean grupos en los que estén representadas las diferentes posiciones jerárquicas.

Variables e instrumentos

Las variables que se trabajarán en el programa serán las recogidas en la literatura científica y en la detección de necesidades, concretamente, el estigma asociado a la salud mental (González del Campillo et al., 2023), el estrés (García-Guiarao, 2021), la depresión (Alvarán et al., 2020) y las adicciones (Lodoño-Pérez et al., 2022).

Para evaluar las distintas variables mediante una evaluación pre-post, se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Comportamiento de suicidio: Se utilizará la Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation (SSI) (Beck et al., 1979) en su traducción y validación al castellano (Rodríguez-Pulido et al., 2000) (Anexo 4). Evalúa la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad sobre ideación suicida. Es una escala de 19 ítems dividida en varias secciones: Actitud hacia la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado y antecedentes de intentos previos de suicidio. Cada ítem se puntúa de 0 a 2. En cuanto a sus propiedades psicométricas, presenta una consistencia interna alta ($\alpha = ,89$).
- Conocimiento sobre suicidio: Se medirá con el Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento de suicidio (CCCS-18) (Ruiz et al., 2005) (Anexo 5). Consta de 18 ítems y presenta cuatro factores que reflejan creencias sobre la legitimación del suicidio, el suicidio en enfermos terminales, la dimensión moral del suicidio y el propio suicidio. Se responde a través de una escala de tipo Likert que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). El coeficiente de alfa de cronbach es ,87.
- Estrés: Se medirá con "Perceived Stress Scale" (PSS), (Cohen et al., 1983), en su versión española (Reyna et al., 2019) (Anexo 6). Esta escala se utiliza para verificar los niveles de estrés percibido en situaciones cotidianas. Consta de 14 ítems

evaluados mediante una escala de tipo Likert de 6 puntos, que oscila entre 0 (nunca) y 5 (siempre). Los ítems se agrupan en dos dimensiones principales: estrés negativo y estrés positivo ($\alpha = ,91$).

- Depresión: Se usará la "Escala de Creencias Irracionales abreviada" (Jones, 1968) en su versión revisada (Calvete y Cardeñoso, 1999) (Anexo 7). Evalúa diversas creencias irracionales sobre la depresión que pueden influir en el estado emocional de los individuos. Se compone de 46 ítems con una escala de Likert de cinco puntos, donde 1 es "Desacuerdo total" y 5 es "Acuerdo total". Se agrupan en ocho factores: Necesidad de aprobación, altas autoexpectativas, culpabilización, control emocional, evitación de problemas, dependencia de los demás, indefensión acerca del cambio y perfeccionismo ($\alpha = ,72$).
- Autoestima: Se trabajará con la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) (Anexo 8) en su adaptación española (Atienza et al., 2000). Tiene la finalidad de explorar la autoestima personal. La escala consta de 10 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos. La consistencia interna entre las escalas es de ,86.
- Sentimientos de desesperanza: se medirá con la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Beck, 1967) (Anexo 9), en su traducción y validación al castellano (Aliaga et al., 2006). Consta de 20 afirmaciones a las que se responder con una escala dicotómica "Verdadero o Falso", ($\alpha = ,80$).
- Estigma sobre búsqueda de ayuda: Se evaluará mediante el Self-Stigma of Seeking Help (SSOSH) (Vogel et al., 2006), en su validación y traducción al castellano Autoestima por Búsqueda de Ayuda (ABA) (Larrañondo et al., 2020) (Anexo 10). Cuenta con 10 ítems que se responden con una escala de tipo Likert de 5 puntos donde 1 es muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo ($\alpha = ,89$).
- Estigma asociado a salud mental: Se evaluará con "Community Attitudes towards Mental Illness" (CAMI) (Taylor & Dear, 1981) en su validación al castellano (Ochoa, 2016) (Anexo 11). Se utiliza para evaluar las actitudes sociales hacia las personas con trastornos mentales. Se constituye de 40 ítems evaluados mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos, que va desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Los ítems se agrupan en cuatro factores: autoritarismo, benevolencia, restricción social e ideología de salud mental en la comunidad. El valor del coeficiente de correlación es ,78 en el análisis de ítem por ítem ($\alpha = ,90$).

- Actitud hacia el consumo: Se evaluará con el Cuestionario de Actitudes hacia el Consumo de Sustancias Psicoactivas (Maciá, 1986) (Anexo 12). Consta de 30 ítems, de respuesta tipo Likert de 5 puntos, desde “Muy de acuerdo” hasta “en desacuerdo”. Su alfa de cronbach es de ,93.



5. Temporalización y Sesiones

El programa consta de 12 sesiones que irán destinadas a personal de los Cuerpos de Seguridad del Estado. En la primera y última sesión, se realizará un pase de cuestionarios para poder hacer una evaluación pre y post del programa. Por otra parte, se realizará un seguimiento a los tres, seis y 12 meses, una vez impartido el programa, para comprobar el cumplimiento de los objetivos. Para ello, se administrará de nuevo la batería de cuestionarios. La duración de las sesiones será de 1 hora.

Cronograma

ENERO 2024				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Sesión 1				Sesión 2
Sesión 3				Sesión 4
Sesión 5				Sesión 6
Sesión 7				Sesión 8
Sesión 9				
FEBRERO 2024				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
				Sesión 10
Sesión 11				Sesión 12

Sesión 1: Conozcámonos

Objetivo:

Realizar la evaluación pretest de las variables y objetivos del programa.

Materiales:

Instrumentos de evaluación (Anexos 4,5,6,7,8,9,10,11 y 12)

Ordenadores

Contenido de la sesión:

Se comenzará con la presentación del profesional de la salud. Se expone el objetivo general del taller y la calendarización. Se intentará crear un clima de confianza y respeto. (5 minutos)

Posteriormente, se hará una breve dinámica en la que se agruparán por parejas, hablarán entre ellos y se les pedirá que presenten al compañero. (5 minutos)

Tras esto, se procederá al pase de todos los instrumentos de evaluación que se realizarán de forma individual. (45 minutos) Se hará de manera online mediante la aplicación Google Forms, con ordenadores. Se tendrán en cuenta las puntuaciones obtenidas con respecto a los instrumentos que mide la conducta suicida y de ser altas, aparecerá un aviso (Anexo 13) tanto para el usuario como para el profesional. Posteriormente, se reunirán confidencialmente para derivar a un recurso específico, y el profesional tendrá como apoyo un plan de contingencia disponible para utilizar en todas las sesiones si algún interviniente manifiesta riesgo (Anexo 14). Para el resto de las escalas, será el profesional quien debe analizarlas.

Se dará por finalizada la sesión, se agradecerá participación y se abrirá un espacio para dudas. (5 minutos)

Sesión 2: Entendiendo el suicidio

Objetivo:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

-Adquirir conocimientos sobre el comportamiento de suicidio, factores de riesgo y factores de protección

Materiales:

Presentación PowerPoint

Tarjetas

Contenido de la sesión:

Se comenzará la sesión presentando el objetivo y aumentando el rapport con los participantes. (5 minutos)

Se expondrá una presentación (Anexo 15) sobre el comportamiento de suicidio y mitos relacionados. Se deja tiempo para consultar dudas. (15 minutos)

Se repartirán tarjetas (Anexo 16) donde podrán encontrar factores de riesgo y factores de protección acerca del suicidio, incluyendo los específicos de su colectivo. Individualmente, tendrán que leer todas las tarjetas y clasificarlas. (10 minutos)

Posteriormente, se agruparán en parejas y discutirán sobre la organización de las tarjetas. (10 minutos)

Se leerá en voz alta la agrupación correcta (10 minutos). Se procede a finalizar la sesión. (5 minutos)

Sesión 3: En guardia

Objetivo:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

-Reconocer y detectar el estrés, tanto propio como de compañeros de los Cuerpos

Materiales:

Proyector

Contenido de la sesión:

Esta sesión comienza con una breve presentación sobre el estrés, los tipos que existen y sus efectos en la salud. Para ello contaremos con dos vídeos: <https://youtu.be/2QndOFv7fQc> y https://youtu.be/91RX_W7-HRE . (10 minutos)

Se exponen cinco casos escritos breves y por parejas discuten posibles signos de estrés (Anexo 17). Posteriormente, se hace una puesta en común para detectar todos los signos de estrés existentes. (30 minutos)

Se les pide que pongan en común alguna situación en la que han sentido estrés, síntomas percibidos y cómo lo resolvieron. (10 minutos)

Se procede al cierre de la sesión. Se recomendará traer ropa cómoda para la siguiente sesión. (5 minutos)

Sesión 4: En el frente interno

Objetivo:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

-Utilizar herramientas para manejar el estrés

Materiales:

Aula con buena temperatura e iluminación

Contenido de la sesión:

La sesión comenzará con una breve discusión donde se preguntará por qué creen que es importante manejar el estrés y cómo creen que afecta al rendimiento y bienestar. (15 minutos)

Se procederá a enseñar y practicar diferentes técnicas de respiración (Anexo 18), en concreto, la respiración contando, la respiración profunda y la respiración mediante suspiro. (30 minutos)

A continuación, se les preguntará qué técnica usan ellos y cuál les ha gustado más. (10 minutos) Se dará por finalizada la sesión. (5 minutos)

Sesión 5: ¡Vida segura!

Objetivo:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

-Identificar creencias erróneas sobre la depresión

Materiales:

Ordenadores

Contenido de la sesión:

Se iniciará la sesión con una propuesta en la que todos deben escribir qué significa para ellos la depresión incluyendo alguna reflexión personal. (10 minutos)

Se agrupará a los participantes y se le dará a cada grupo dos mitos que deben derribar acerca de la depresión (Anexo 19). (20 minutos)

Por último, se invitará como ponencia a un profesional de la psicología clínica dentro de los Cuerpos de Seguridad del Estado, experto en el tratamiento y estudio de la depresión, para que explique cuestiones relevantes sobre diagnóstico, tipos de tratamiento y, por último, concluir con la exposición de algún caso concreto. Se abrirá un espacio de preguntas y aclaraciones. De este modo, podrán conocer aún más sobre los recursos y servicios de Psicología. (30 minutos)

Sesión 6: Reflejando valor

Objetivo:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

-Mejorar su autoestima

Materiales:

Proyector

Contenido de la sesión:

Se proyectará un vídeo sobre la autoestima: <https://youtu.be/mT8qVzEhiEA?si=PiMKgPkTGEYIBfcM> , dejando unos minutos para que escriban lo que más le ha gustado del vídeo o frases que les hayan llamado la atención. (15 minutos)

El siguiente ejercicio se llama “identifico mis fortalezas”. Consiste en anotar los puntos fuertes de uno mismo, tanto a nivel profesional como personal. Se hará una breve puesta en común donde cada participante compartirá lo que ha puesto. El profesional encargado reforzará positivamente los comentarios. (15 minutos)

Más tarde, se propone una actividad llamada “reconozco mis logros” en la que tendrán que recordar situaciones en las que se hayan encontrado competentes. Se realizará una breve discusión grupal donde cada participante compartirá lo que ha escrito. El profesional a cargo valorará positivamente los comentarios. (15 minutos)

Por último, se propone que, entre los participantes, se den feedback positivo sobre alguna situación en la que han sido ayudados por otro integrante del grupo, o destaquen algún aspecto del taller en el que ha tenido una aportación beneficiosa para el grupo. (10 minutos)

Se dejará un espacio para preguntas. (5 minutos)

Sesión 7: Camino a la claridad

Objetivo:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

-Conocer los sentimientos de desesperanza y poder tratarlos

Materiales:

Cartel

Papel A2

Contenido de la sesión:

En primer lugar, se hará una breve introducción sobre el sentimiento de desesperanza y la relación con el estado de ánimo (Anexo 20). (10 minutos)

La siguiente actividad propuesta consiste en un “mapa de las emociones”. Esta actividad se realizará entre todos los integrantes del taller, pero cada uno de manera individual deberá ir completándola en un papel A2 (Anexo 21). (30 minutos)

Se usarán los pensamientos negativos del ejercicio anterior para cambiarlos a positivos con la ayuda del grupo. (15 minutos)

Se resuelven las dudas y se cierra la sesión. (5 minutos)

Sesión 8: Ayuda en tiempos de crisis

Objetivo:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

-Disminuir el prejuicio sobre la búsqueda de ayuda ante riesgo de suicidio

Materiales:

Pósit para cada participante

Contenido de la sesión:

Comienza la sesión y se plantea la siguiente situación: “Mi compañero pide ayuda al gabinete de psicología. Lo que pienso de él es...”, dejando un momento para que todos respondan con sinceridad. (10 minutos)

Se propone un cortometraje sobre el suicidio y las señales de alerta: <https://www.youtube.com/watch?v=-CEvFRCO3AQ> hasta el minuto 3.50 (5 minutos). Se propone que hagan reflexiones personales sobre la importancia de pedir ayuda a través de preguntas planteadas (Anexo 22). (20 minutos)

Se planteará hacer un “árbol de los recursos”. Cada uno escribirá en un pósit qué estrategia usaría si él mismo u otro compañero tuviera ideación suicida. (15 minutos)

Se dejará un tiempo para comentar qué recurso de otro compañero le ha gustado y quiere implementar. (15 minutos) Se abre un espacio de preguntas o sugerencias y finaliza la sesión. (5 minutos)

Sesión 9: Unidos por el respeto

Objetivo:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

-Identificar y reducir el estigma asociado al malestar psicológico

Materiales:

Tarjetas individuales

Ordenadores

Contenido de la sesión:

Recibimiento y se explica el objetivo de la sesión. (5 minutos)

Se distribuye a los participantes en cuatro grupos, y a cada uno de ellos se les proporcionará un ordenador y se le asignará un mito (Anexo 23). Tendrán tiempo para derrumbar ese mito con la ayuda de búsqueda bibliográfica y posteriormente, en un breve discurso lo expondrán al resto del grupo. (15 minutos)

Se propone hacer un role-playing con situaciones (Anexo 24) de este contexto concreto. Luego, se les da retroalimentación. (20 minutos)

Continúa la sesión explicando la importancia de disponer de un entorno donde sentirse seguro para expresar el malestar. Se propone realizar una reflexión indicando alguna vez que se hayan sentido juzgados o hayan juzgado a otros por dificultades mentales, y se invita a que expliquen cómo se sintieron. En una tarjeta deben poner un compromiso sobre cómo cambiarán su comportamiento para evitar juicios y cómo apoyarán directamente a los compañeros con dificultades. (15 minutos)

Se da por finalizada la sesión y se deja espacio para preguntas. (5 minutos)

Sesión 10: Riesgos revelados

Objetivo:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

-Conoces los riesgos asociados al consumo de sustancias

Materiales:

Presentación PowerPoint

Contenido de la sesión:

Inicialmente se propone usar la técnica del balance decisional con respecto a consumir cualquier tipo de sustancia. La estrategia será agrupar todo lo positivo, mientras que se intentará extender lo negativo para que visualmente presente más consecuencias perjudiciales que beneficiosas. (30 minutos)

En segundo lugar, se expondrá un PowerPoint sobre el consumo (Anexo 25). Se realiza tras el balance decisional para no condicionar las respuestas hacia la primera actividad. (10 minutos)

Por último, se expondrán dos casos (Anexo 26) para que por parejas expliquen los riesgos a corto plazo y a largo plazo (15 minutos).

Se dará por finalizada la sesión. (5 minutos)

Sesión 11: Prevención en acción

Objetivo:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

-Disponer de habilidades de protección frente al consumo de sustancias

Materiales:

Papel A2 y A3

Lápices de colores

Pósit

Sobre

Contenido de la sesión:

La primera actividad propuesta consiste en crear un "Árbol de Decisiones". Se llevará a cabo en grupos de cinco personas, pero cada participante contribuirá de manera individual. Se proporcionará a cada grupo un folio A2, en el que dibujarán un árbol (Anexo 27). (20 minutos)

En esta actividad, se creará un "Muro de soporte". Cada participante recibirá un pósit, en el que podrá escribir sus fuentes de apoyo como personas, actividades o instituciones que consideren un recurso en el que apoyarse para no consumir. Se formará un muro colectivo donde cada uno pegará sus notas. (15 minutos)

Por último, se realizará una "Cápsula del Tiempo". Cada participante recibirá un sobre y una hoja de papel. Se les pedirá que escriban una carta a su yo futuro, sobre cómo manejarán las situaciones de presión para consumir sustancias. Una vez escritas, las cartas se sellarán y la abrirán cuando se les plantee el contexto. (20 minutos)

Para finalizar, se agradecerá la participación y se recuerda la importancia de asistir a la última sesión. (5 minutos)

Sesión 12: ¡Continuad vigilantes!

Objetivo:

Realizar la evaluación post-test de las variables y objetivos a trabajar.

Materiales:

Instrumentos de evaluación (Anexos 4,5,6,7,8,9,10 ,11, 12 y 28)

Ordenadores

Bolígrafo

Contenido de la sesión:

Al comenzar se hará un repaso general de los contenidos abordados en todas las sesiones. (10 minutos)

Se procederá al pase de los instrumentos de evaluación post-test con las mismas condiciones que las de la primera sesión. (45 minutos) Se les pedirá que realicen también en papel una encuesta de satisfacción general con el programa, totalmente anónima (Anexo 28).

Para finalizar, se agradece la participación y se piden sugerencias de mejora para el programa. Despedida y cierre del programa. (5 minutos)

6. Discusión

El objetivo principal de este trabajo era diseñar un programa de prevención del suicidio en los Cuerpos de Seguridad del Estado, abordando variables como la depresión, el estrés, el estigma asociado a la salud mental y las adicciones. Este objetivo es crucial considerando el alto índice de suicidios en estos colectivos, que es 2,5 veces mayor que en la población general (Alvarán et al., 2020). La implementación de programas de prevención puede ayudar a reducir estos índices al abordar los factores de riesgo específicos identificados en la literatura.

El estigma es un obstáculo significativo para la búsqueda de ayuda en los Cuerpos de Seguridad (González del Campillo et al., 2023). Otros estudios han encontrado que la desestigmatización es fundamental para mejorar la disposición de los individuos a buscar ayuda. Por tanto, si este objetivo se consigue y aumenta esta predisposición, se puede prever que más agentes estén dispuestos a participar en programas de intervención y prevención, lo que podría resultar en una reducción significativa de las tasas de suicidio (AUGC, 2023).

Asimismo, el estrés laboral, o burnout se relaciona con el suicidio, y su manejo es esencial para la salud mental de los agentes. Los estudios han mostrado que intervenciones que reducen el estrés laboral pueden disminuir significativamente la conducta suicida. Por ello, es esperable que, al saber manejar síntomas de estrés, se reduzca el riesgo de comportamiento suicida entre los agentes (García-Guiarao, 2021).

Por otro lado, la depresión tiene una fuerte correlación con la conducta suicida (Alvarán et al., 2020). La ideación suicida está vinculada con la autoestima negativa y la sensación de desesperanza. Se podría esperar que un programa que aborde estos dos constructos de manera efectiva reduzca el riesgo de suicidio en este colectivo (Londoño-Pérez et al., 2022).

De la misma forma, el consumo de sustancias es otro factor de riesgo significativo. Las sustancias psicoactivas a menudo exacerban el riesgo de suicidio (Ocampo-Ortega, 2020). La implementación de programas de prevención y tratamiento del abuso de sustancias puede tener varios beneficios. Si se aborda eficazmente el abuso de sustancias, se puede esperar una reducción en la prevalencia de comportamientos suicidas. Además, una mejor gestión del consumo de sustancias contribuirá a la mejora general del bienestar y la salud mental de los agentes, lo que

puede prevenir episodios de depresión y ansiedad asociados al abuso de sustancias (Lodoño-Pérez et al.,2022).

Una de las posibles limitaciones que podemos encontrar es la resistencia al cambio que puede presentar alguno de los integrantes del grupo. Debido a la cultura de fortaleza pueden presentar resistencia a los programas de prevención del suicidio. Por otro lado, que la evaluación sea con instrumentos autoinformados puede plantear sesgos característicos de este tipo de escalas, como la deseabilidad social.

Cabe destacar ciertos aspectos en relación con la entrevista de detección de necesidades. En primer lugar, el muestreo de bola de nieve puede afectar a que la muestra no sea representativa. Además, a esta limitación se añade que el número de participantes es reducido. Para sobrellevar los sesgos se ha intentado que estén representados distintos rangos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

En futuras líneas de investigación, se podría estudiar el impacto de factores culturales en la percepción de la salud mental y la búsqueda de ayuda, así como la influencia de la cultura organizacional y las normas sociales en la conducta suicida de este colectivo. Esto puede ayudar a diseñar programas más efectivos y culturalmente adaptados, asegurando que se aborden las necesidades específicas de diferentes subgrupos dentro de los Cuerpos de Seguridad.

En conclusión, la implementación de un programa de prevención del suicidio en los Cuerpos de Seguridad del Estado es fundamental para abordar los altos índices de suicidio en este colectivo. Es crucial abordar el estigma asociado a la salud mental, el estrés, la depresión y el consumo de sustancias para reducir el riesgo de suicidio. A pesar de las limitaciones, este trabajo pretendía aportar un programa capaz de mejorar significativamente la salud mental de los agentes y prevenir la conducta suicida.

7. Referencias Bibliográficas

- Alarcón, D. L. (2021). El suicidio: grupos de alto riesgo y grupos vulnerables. *RINED: Revista de Recursos para la Inclusión Educativa*, 1(1), 29-36.
- Alvarán, S. M., et al. (2020). "Correlación entre depresión e ideación suicida en cuerpos de seguridad." *Investigación en psicología: aplicaciones e intervenciones II*, 135-155.
- AUGC. (2023, 13 marzo). AUGC Alicante organiza una conferencia de psicología sobre 'prevención e intervención en casos de suicidio'. *Asociación Unificada de Guardias Civiles*. https://www.augc.org/actualidad/augc-alicante-organiza-conferencia-psicologia-sobre-prevencion-intervencion-en-casos-suicidio_21765_102.html
- Barroso Martínez, A. A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66.
- Baños-Chaparro, J. (2021). Importancia de cursos de prevención del suicidio en ciencias de la salud y fuerzas armadas. *Revista de Investigación En psicología/Revista de Investigación En Psicología*, 24(2), 125-137. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v24i2.21214>
- Baños-Chaparro, J., Ynquillay-Lima, P., Lamas-Delgado, F. y Fuster-Guillen, F. G. (2021, 24 junio). *Inventario de Frecuencia de Ideación Suicida: evidencias psicométricas en adultos peruanos*. Baños-Chaparro | Revista Información Científica. <https://revinformcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3507>
- Bistuer, M. R. F. (2020) Tema a debate: el suicidio en los cuerpos policiales.
- Curley, J. M., Penix, E. A., Srinivasan, J., Sarmiento, D. M., McFarling, L. H., Newman, J. B. y Wheeler, L. A. (2019). Development of the U.S. Army's Suicide Prevention Leadership Tool: The Behavioral Health Readiness and Suicide Risk Reduction Review (R4). *Military Medicine*, 185(5-6), e668-e677. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz380>
- De la Serna (2021). La realidad del suicidio en el ámbito policial. En J.M. De la Serna, *Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz*. Montefranco: Tektime, 143- 176.
- García-Guirao, N. M. (2021). El estrés laboral (Burnout) como riesgo psicosocial en la Guardia Civil: Un estudio exploratorio. Universidad de Murcia, Escuela Internacional de Doctorado. <http://hdl.handle.net/10201/117505>
- González del Campillo, A., Moya, A. M., Florido, B. J. y González, J. L. (2023). Tipología del agente de la Guardia Civil que se suicida. *Behavior y Law Journal*, 9(1), 125-146. <https://doi.org/10.47442/blj.2023.105>
- La plataforma Zero Suicidio Policial *RINED, Revista de Recursos para la Educación Inclusiva*, Vol. 1. Núm. 1 (2021) ISSN: 2792-369X 35 (ZSP)

- La Policía Nacional aprueba su Plan de promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida.* (2022, 24 febrero). <https://www.interior.gob.es/opencms/ca/detalle/articulo/La-Policia-Nacional-aprueba-su-Plan-de-promocion-de-la-salud-mental-y-prevencion-de-la-conducta-suicida/>
- Londoño-Pérez, C., Moreno-Méndez, J. H., Ortiz-Garzón, E. Y., Rozo-Sánchez, M. M., Núñez, C., Alvarán-López, S. M., Albeza, M. A. y Rojo, C. (2022). Acciones eficaces de prevención del riesgo suicida en militares y policías: sinopsis de revisiones sistemáticas. En *Editorial Universidad Católica de Colombia eBooks* (pp. 173-189). <https://doi.org/10.14718/9786287554320.2022.8>
- López, S. M. A., Bedoya Mejía, S., Henao Valencia, M. C., Velasquez Correa, J. C. y amp; Grisales Romero, H. (2020). Prevalencia de depresión en soldados regulares de un batallón de una ciudad colombiana, 2017. *Revista Médica de Risaralda*, 26(1), 7-16. <https://orcid.org/0000-0003-2036-6993>
- Milner, A., Witt, K., Maheen, H. y LaMontagne, A. (2017). Access to means of suicide, occupation and the risk of suicide: a national study over 12 years of coronial data. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1288-0>
- Ocampo-Ortega, R. (2020, 31 enero). *Riesgo de suicidio en militares.* Ocampo-Ortega | *Revista Cubana de Medicina Militar.* <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/363/441>
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., Villellas, R., Martín, J. R., Pérez-Franco, M. B., Valduciel, T., García-Franco, M., Miguel, J., Balsera, J., Pascual, G., Julia, E., Casellas, D. y Haro, J. M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150-157. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.02.002>
- Ramos Brieva, J. A., Madoz-Gúrpide, A. y Sansebastián Cabasés, J. (2001). Desarrollo, validez y seguridad de una escala de adicción general. Un estudio preliminar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 368-373.
- Recio, E. (2022, 16 diciembre). Los guardias civiles exigen actualizar el plan antisuicidios tras dos casos en menos de un día. *THE OBJECTIVE.* <https://theobjective.com/espana/2022-12-16/guardias-civiles-antisuicidios/>
- Recio, E. (2022, diciembre 31). El suicidio entre los agentes no cesa: 2022 registra uno de los peores datos de la década. *THE OBJECTIVE.* <https://theobjective.com/espana/2023-01-01/suicidio-agentes-peores-datos/>
- Reyna, C., Mola, D. J. y Correa, P. S. (2019). Escala de Estrés Percibido: análisis psicométrico desde la TCT y la TRI. *Ansiedad y Estrés/Ansiedad y Estrés*, 25(2), 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.04.003>

- Sinha, A., Gupta, S., Ray, M., Kumar, S. y Gupta, A. K. (2020). Lessons Learned from Psychological Autopsies in Armed Forces. *Indian Journal Of Psychological Medicine*, 43(2), 150-153. <https://doi.org/10.1177/0253717620950254>
- World Health Organization: WHO. (2023, 28 agosto). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Zumalde, E. C. y Ramírez, O. C. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 15(2), 179-190.



8. Anexos

Anexo 1: Autorización Investigación Responsable



Dr. D. Javier Manchón López
Dpto. Psicología de la Salud

Elche, 29 de mayo de 2024

Tutor/a	Javier Manchón López
Estudiante	María Navarro Moreno
Tipo de actividad	TFG
Título del trabajo	Programa de prevención del suicidio en los Cuerpos de Seguridad del Estado
Alcance de la evaluación	<input checked="" type="checkbox"/> Proyecto completo <input type="checkbox"/> Evaluación parcial (subproyecto/provisional) <input type="checkbox"/> Adenda un de proyecto previamente autorizado
Códigos GIS estancias donde se desarrolla la actividad	-
Evaluación de riesgos laborales	Conforme (Autodeclaración)
Evaluación ética uso muestras biológicas humanas	No solicitado
Evaluación ética humanos	Favorable
Evaluación ética animales	No solicitado
Código provisional	231221140900
Código de autorización COIR	TFG.GPS.JML.MNM.231221
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

No se ha evaluado el uso de muestras biológicas humanas porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

No se ha evaluado el uso de animales en un proyecto de investigación porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

La evaluación de la participación de voluntarios humanos en un proyecto de investigación, desde el punto de vista ético y de riesgos laborales, es favorable.

Por todo lo anterior, el dictamen del CEII es **favorable**.

Atentamente,

Fdo. digitalmente por:
Alberto Pastor Campos
Secretario CEII
Vicerrectorado Investigación y Transferencia

Javier Sáez Valero
Presidente CEII
Vicerrectorado Investigación y Transferencia

Página 1 de 2

Anexo 2: Preguntas para las entrevistas

Entrevista programa de prevención del suicidio en los Cuerpos de Seguridad del Estado

Datos sociodemográficos

Sexo

Edad

Rango

Años de servicio

PREGUNTA INICIAL:

- ¿Cómo piensas que la labor en los Cuerpos de Seguridad del Estado puede afectar a la salud mental o malestar psicológico de los trabajadores?

1º BLOQUE: Malestar psicológico

- Con frecuencia se dice que trabajar en los Cuerpos de Seguridad del Estado puede causar mucha presión. ¿Qué consecuencias a nivel de salud mental crees que puede tener?
 - ¿Por qué consideras que tiene esas consecuencias?
- ¿Cómo afecta el malestar psicológico en vuestro trabajo? Por ejemplo, ¿Has notado algún cambio en el estado de ánimo o motivación en el trabajo en alguno de tus compañeros, derivado del malestar psicológico?
- ¿Qué consideras que puede generar malestar emocional/psicológico en este entorno de trabajo? Pueden ser tanto situaciones como aspectos relevantes del contexto.
- ¿En qué proporción consideras que es común el malestar psicológico en los Cuerpos de Seguridad del Estado?
 - ¿Cómo crees que afecta el puesto y funciones que desempeñan?

2º BLOQUE: Herramientas para enfrentarlo actualmente

- ¿Consideras que actualmente se trata este malestar en vuestro entorno laboral?

 - ¿Según tu conocimiento, sabes de la existencia de algún programa que tenga como finalidad abordar el malestar psicológico en cuerpos de seguridad del estado?

 - Por otro lado, ¿Conoces algún programa o protocolo para abordar la problemática relacionada con el comportamiento de suicidio en los Cuerpos de Seguridad del Estado?
 - ¿Concretamente conoces alguno de prevención del suicidio?
 - ¿Consideras que son efectivos y suficientes?

 - En el caso de que te haya sucedido o si no, que te pudiera suceder, el que algún compañero/a te informe sobre la presencia de comportamientos de suicidio (idea, deseo, plan o intento), ¿Sabrías qué hacer o cómo actuar?
 - ¿Crees que es importante tener más información para saber cómo actuar ante situaciones de este estilo?
 - ¿Qué información y de qué tipo crees que sería importante recibir para saber qué hacer en esos momentos?
- 3º BLOQUE: Aceptabilidad del programa *Miguel Hernández*
- ¿En qué medida consideras que el comportamiento de suicidio y el suicidio es un problema real en los Cuerpos de Seguridad del Estado?

 - ¿Consideras que es necesario llevar a cabo un programa enfocado a la prevención de comportamientos de suicidio (idea, deseo, plan o intento) en esta población en concreto?
 - ¿Cómo lo harías o qué te gustaría que incluyera?
 - ¿Cómo se podría enfocar para que fuera aceptado por ellos?

Anexo 3: Resultado de detección de necesidades

En el presente estudio se entrevistó a nueve integrantes de los Cuerpos de Seguridad del Estado. Cabe destacar que ocho de los nueve entrevistados eran hombres y la participante restante una mujer, hecho que remarca el alto porcentaje de puestos ocupados por hombres en los Cuerpos de Seguridad, ya que, en la búsqueda de las personas que participarían en el estudio se hizo complicado encontrar más figuras femeninas en estos cargos. Por otro lado, la edad media entre los entrevistados también es un dato significativo debido a que esta se sitúa en los 55 años. Derivado de este dato, los años de servicio de media entre los participantes es de 25 años. Finalmente, los puestos que ocupan estos oficiales pertenecen a los siguientes rangos: tres al cuerpo de policía, de la escala básica (local); uno al cuerpo de la guardia civil; y, por último, cinco al ejército, dividiéndose entre cabos, capitanes y tenientes.

La entrevista semiestructura que se realizó se dividió en tres bloques más una pregunta inicial. La pregunta inicial hace referencia a en qué medida afecta la labor de los Cuerpos de Seguridad del Estado en la salud mental o el malestar psicológico de los trabajadores. Por lo general, la respuesta es de manera negativa, ya que esta labor te puede someter a altos niveles de estrés que llegan a causar algunas intervenciones. En su mayoría, opinan que esto puede verse reflejado en que estas situaciones finalmente pueden derivar en “Síndrome de Burnout” o en tristeza permanente. Asimismo, en el primer bloque se esclarecen algunas de las consecuencias que pueden tener estos niveles de presión en el ámbito laboral. Por ejemplo, la autoestima se puede ver afectada llegando al nivel de poder pensar que no eres capaz de realizar tu trabajo de manera diligente o no encuentras apoyo para hacerlo.

“La exigencia que tenemos causa malestar psicológico y se junta con el nivel de responsabilidad y destroza psicológicamente” asegura uno de los entrevistados.

“Muchas veces siento que no voy a ser capaz de hacer las tareas que me mandan los superiores, y nunca suelo decir que no me veo preparado porque tampoco tendría ayuda”

Otra consecuencia que reportan es el trastorno de adaptación de conductas en personal de reciente incorporación a consecuencia de todo lo explicado anteriormente. Gran parte de los entrevistados afirman que han presenciado cambios tanto en el estado de ánimo como en la motivación de compañeros los cuales se han visto mermados tras situaciones altamente estresantes. Esto puede derivar en cambios en las relaciones interpersonales provocando incluso aislamientos sociales. Todos los participantes confirman que el malestar es común por lo general. Entre los testimonios destaca una valoración que afirma que el malestar psicológico se presenta en una proporción alta y afecta bastante, llegando a

ocasionar modificaciones en los puestos más solicitados. En los últimos años, comentan que se ve una amplia tendencia a la solicitud de puestos que tienen funciones más administrativas.

“El malestar mental es tan frecuente que ahora la gente que está quemada pide que lo manden a hacer funciones administrativas. Piden eso y a veces ni si quiera les gusta, es simplemente porque no se encuentran bien, muchos incluso dejan de hablar con sus compañeros de hace muchos años por esta misma causa”

En segundo lugar, en el segundo bloque profundizamos en las herramientas que existen en estas instituciones para evitar el malestar psicológico o el comportamiento de suicidio. Los entrevistados mencionan que en el ámbito laboral no es un tema que se trate demasiado. Por lo tanto, si existe esta problemática los trabajadores acudirían al gabinete de psicología en las fuerzas armadas o al equipo de intervención psicosocial de la policía. A su vez, también se pone a su disposición un número de teléfono de atención a conductas suicidas y se llevan a cabo jornadas para la gestión del estrés.

Sin embargo, “a pesar de los muchos esfuerzos por parte de las instituciones, los trabajadores que pertenecen a este colectivo no asisten a intervenciones o no comunican situaciones problemáticas por el estigma que se encuentra presente en los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado” confirmó uno de los entrevistados.

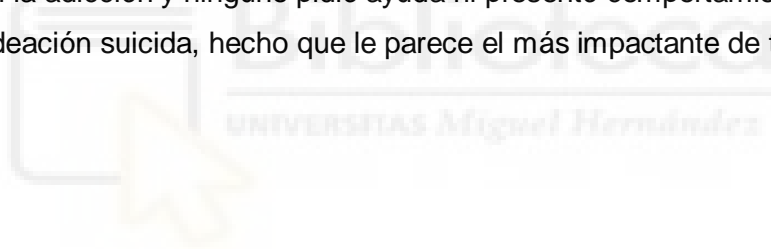
“Si yo tuviera un problema del estilo, no acudiría a nadie del trabajo, ni si quiera amigos. Un día después te retiran el arma, se entera todo el mundo y en vez de ayudarte, te miran como si no hubieras hecho bien tu trabajo”

Además de qué herramientas les ofrece su ámbito laboral para abordar este tema, también se les ha preguntado por qué herramientas personales tienen en su repertorio conductual para hacer frente a situaciones en presencia de conductas de suicidio. La respuesta más común es que estas herramientas son insuficientes y que hay una falta general de estrategias para abordar situaciones que presentan ideación suicida. Por último, un entrevistado menciona que a nivel nacional se ha puesto en marcha un programa de prevención del suicidio llamado “MAPSIET”, centrado en factores de riesgo y protección sobre el suicidio. Aunque afirma, “Como limitación, encontramos que únicamente usa la herramienta de psicoeducación y está enfocado a cargos superiores, por tanto, los cargos inferiores quedan sin cubrir”.

Por último, en el tercer bloque se pregunta de manera subjetiva si creen que es un problema real y en qué medida lo es, además de si existe actualmente la necesidad de la creación de un programa de prevención. De los nueve encuestados, siete piensan que es un problema real y que se debe actuar inmediatamente. Los otros dos individuos refieren que ellos no han presenciado un intento autolítico o ideación suicida y no consideran que sea un “problema grande”. Sin embargo, sí creen que estas circunstancias puedan ser reales y que, por tanto, es necesaria la creación de un programa de prevención que aborde de manera efectiva esta problemática. Derivadas de las respuestas de los participantes se ve la necesidad de abordar las siguientes problemáticas:

- El estrés (mencionado por tres participantes)
- La prevención de drogas o alcohol (mencionado por siete participantes)
- Depresión (mencionado por ocho participantes)

Para finalizar, cabe mencionar que uno de los entrevistados destacó que los intentos autolíticos que había presenciado tenían en común cuatro factores de riesgo en este grupo poblacional: síntomas depresivos, presencia de situaciones estresantes, problemas relacionados con la adicción y ninguno pidió ayuda ni presentó comportamientos indicadores de ideación suicida, hecho que le parece el más impactante de todos los mencionados.



Anexo 4: SSI

6.2. Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1

1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, periodos pasajeros 1. Por amplios periodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. <i>Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento</i> 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente 1. Inseguridad sobre su valor 2. Seguros de su valor, capacidad
15. <i>Expectativas/espera del intento actual</i> 0. No 1. Incierto 2. Sí
16. <i>Preparación actual para el intento contemplado</i> 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada 2. Nota terminada
18. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)</i> 0. Ninguno 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19. <i>Engaño/encubrimiento del intento contemplado</i> 0. Reveló las ideas abiertamente 1. Frenó lo que estaba expresando 2. Intentó engañar, ocultar, mentir



Anexo 5: CCCS-18

<i>Anexo</i>							
Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18)							
<p>A continuación aparecen una serie de frases sobre <i>lo que las personas piensan y sienten acerca del comportamiento suicida</i>. Ten en cuenta que no hay frases buenas ni malas, ni correctas ni incorrectas, sólo nos interesa tu opinión al respecto. Por favor, trata de responder con sinceridad y usa tu propio criterio. Tus respuestas son totalmente anónimas.</p> <p>Para contestar, rodea en cada frase la opción que mejor indique tu grado de acuerdo o desacuerdo mediante la siguiente escala:</p> <p style="text-align: center;">1= Totalmente en desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3= Un poco en desacuerdo; 4= Indiferente; 5= Un poco de acuerdo; 6= Bastante de acuerdo; 7= Totalmente de acuerdo</p>							
1. Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej.: sobredosis de pastillas)	1	2	3	4	5	6	7
2. Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	1	2	3	4	5	6	7
3. El suicidio va en contra de la moral	1	2	3	4	5	6	7
4. Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema	1	2	3	4	5	6	7
5. Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir	1	2	3	4	5	6	7
6. El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	1	2	3	4	5	6	7
7. El suicidio es un acto inmoral	1	2	3	4	5	6	7
8. El suicidio debería ser una forma legítima de morir	1	2	3	4	5	6	7
9. Bajo ningún concepto me suicidaría	1	2	3	4	5	6	7
10. Aceptaría el suicidio en personas mayores	1	2	3	4	5	6	7
11. Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	1	2	3	4	5	6	7
12. Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad	1	2	3	4	5	6	7
13. Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	1	2	3	4	5	6	7
14. Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento	1	2	3	4	5	6	7
15. Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	1	2	3	4	5	6	7
16. Se debería prohibir el suicidio por que es un asesinato	1	2	3	4	5	6	7
17. Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida	1	2	3	4	5	6	7
18. El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal	1	2	3	4	5	6	7



Anexo 6: PPS

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS)

Versión 2.0

Anexo 7: Test Creencias Irracionales

TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES (VERSIÓN CORREGIDA Y ABREVIADA)

A continuación se presentan una serie de ideas acerca de diversos aspectos de la vida. Deberá indicar en que medida describen su forma de pensar habitual con la siguiente clave de acuerdo:

TD= Totalmente en desacuerdo
BD= Bastante en desacuerdo
AD= Algo en desacuerdo
AA= Algo de acuerdo
BD= Bastante de acuerdo
TD= Totalmente de acuerdo

	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es importante para mí que los demás me aprueben	1	2	3	4	5	6
Me gusta el respeto de los otros pero no necesito tenerlo.	6	5	4	3	2	1
Quiero gustar a todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
Puedo gustarme a mi mismo incluso cuando no les agrado a otras personas.	6	5	4	3	2	1
Si no gusto a otras personas es su problema no el mío.	6	5	4	3	2	1
Aunque me gusta la aprobación, no es una autentica necesidad para mí.	6	5	4	3	2	1
Es molesto pero no insoportable que te critiquen.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Necesidad de Aceptación por parte de los demás	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Odio fallar en cualquier cosa.	1	2	3	4	5	6
Me gusta tener éxito en cualquier cosa pero no siento que lo tenga que lograr	6	5	4	3	2	1
Para mí es extremadamente importante tener éxito en todo lo que hago.	1	2	3	4	5	6
No me importa realizar cosas que no puedo hacer bien.	6	5	4	3	2	1
Se puede disfrutar de las actividades por sí mismas sin importar lo bueno que sea en ellas.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Altas Autoexpectativas	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Las personas que actúan mal merecen lo que les ocurre.	1	2	3	4	5	6
Demasiadas malas personas escapan al castigo que merecen	1	2	3	4	5	6
Aquellos que actúan mal deben ser castigados.	1	2	3	4	5	6
La inmoralidad debería castigarse intensamente.	1	2	3	4	5	6
Todo el mundo es básicamente bueno.	6	5	4	3	2	1

Nadie es malvado, incluso cuando sus actos lo sean.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Culpabilización	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es mejor aceptar las cosas como son, incluso si no me gustan.	6	5	4	3	2	1
Las cosas deberían ser diferentes de cómo son.	1	2	3	4	5	6
Es terrible pasar por situaciones que no me gustan	1	2	3	4	5	6
Es difícil para mí realizar tareas desagradables.	1	2	3	4	5	6
Creo que puedo soportar los errores de los demás.	6	5	4	3	2	1
Una vida de facilidades rara vez es recompensante	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Intolerancia a la frustración	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
No hay motivo para temer peligros inesperados o sucesos futuros.	6	5	4	3	2	1
Si no puedo evitar que ocurra algo, es mejor no preocuparse por ello	6	5	4	3	2	1
No puedo soportar correr riesgos.	1	2	3	4	5	6
Es mejor no pensar en cosas tales como la muerte o grandes desastres.	6	5	4	3	2	1
Es conveniente planificar lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Preocupación y ansiedad	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Si una persona quiere, puede ser feliz casi bajo cualquier circunstancia.	6	5	4	3	2	1
Las personas no se ven perturbadas por las situaciones sino por la forma en que las ven.	6	5	4	3	2	1
Yo soy la causa de mis propios estados de ánimo.	6	5	4	3	2	1
Normalmente las personas que son desdichadas se han hecho a sí mismas de esa manera.	6	5	4	3	2	1
Una persona no permanecerá mucho tiempo enfadada o triste a menos que se mantenga a sí misma de esa manera.	6	5	4	3	2	1
Nada es insoportable en sí mismo, solo en la forma en que tú lo interpretas	6	5	4	3	2	1
La persona hace su propio infierno dentro de sí mismo.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Irresponsabilidad Emocional	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Es mejor posponer las decisiones importantes.	1	2	3	4	5	6
Es preferible tomar las decisiones tan pronto como se pueda.	6	5	4	3	2	1

Es mejor evitar las cosas que no puedo hacer bien.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Evitación de Problemas	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Todo el mundo necesita alguien de quien depender para ayuda y consejo.	1	2	3	4	5	6
Considero adecuado resolver mis propios asuntos sin ayuda de nadie.	6	5	4	3	2	1
Encuentro fácil aceptar consejos.	1	2	3	4	5	6
Soy el único que realmente puede entender y afrontar mis problemas.	6	5	4	3	2	1
Creo que no tengo que depender de otros	6	5	4	3	2	1
He aprendido a no esperar que otros se preocupen acerca de mi bienestar.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Dependencia	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Siempre nos acompañaran los mismos problemas.	1	2	3	4	5	6
Es casi imposible superar las influencias del pasado.	1	2	3	4	5	6
Por el hecho de que en una ocasión algo afecte de forma importante a tu vida, no significa que tenga que ser necesariamente así en el futuro.	6	5	4	3	2	1
Rara vez pienso que experiencias del pasado me estén afectando ahora.	6	5	4	3	2	1
Somos esclavos de nuestras propias historias personales.	1	2	3	4	5	6
Una vez que algo afecta a tu vida siempre lo hará.	1	2	3	4	5	6
La gente nunca cambia básicamente.	1	2	3	4	5	6
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Indefensión	Suma:					
	TD	BD	AD	AA	BD	TD
Existe una forma correcta de hacer cada cosa.	1	2	3	4	5	6
No hay una solución perfecta para las cosas.	6	5	4	3	2	1
Rara vez hay una forma fácil de resolver las dificultades de la vida.	6	5	4	3	2	1
Todo problema tiene una solución correcta.	1	2	3	4	5	6
Rara vez hay una solución ideal para las cosas.	6	5	4	3	2	1
Sume la puntuación correspondiente a las respuestas a cada una de las frases anteriores y así obtendrá su puntuación en Perfeccionismo	Suma:					

Tras contestar el test anterior y calcular la puntuación para cada una de las creencias sumando los puntos correspondientes a cada frase, compare sus puntuaciones con los datos que se ofrecen en la siguiente tabla (provisionalmente no están disponibles los datos a todas las creencias pero en breve lo estarán)

Anexo 8: Escala Autoestima Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Anexo 9: Escala Beck Desesperanza

ESCALA DE BECK

Se trata de una escala **autoadministrada**

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

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

Anexo 10: ABA

1	Me sentiría incompetente si fuera donde un terapeuta para obtener ayuda psicológica
2	La confianza en mí mismo NO se vería amenazada si llegara a buscar ayuda profesional
3	Buscar ayuda psicológica me haría sentir menos inteligente
4	Mi autoestima aumentaría si hablara con un terapeuta
5	La manera en que me percibo a mí mismo NO cambiaría solamente por decidir consultar a un terapeuta
6	Me haría sentir inferior pedir ayuda a un terapeuta
7	Me sentiría bien conmigo mismo si decidiera buscar ayuda profesional
8	Si fuera a un terapeuta, me sentiría menos satisfecho conmigo mismo
9	La confianza en mí mismo permanecería igual si yo buscara ayuda profesional para un problema que no pudiera resolver
10	Me sentiría peor conmigo mismo si no pudiera resolver mis propios problemas

1: muy en desacuerdo; 2: en desacuerdo; 3: ni de acuerdo ni en

Anexo 11: CAMI

CUESTIONARIO DE ACTITUDES DE LA COMUNIDAD HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (CAMI)

Las afirmaciones siguientes expresan opiniones distintas sobre enfermedades mentales y las personas que las padecen. El concepto de personas con enfermedades mentales se refiere a personas que necesitan tratamiento para trastornos mentales, pero que son capaces de vivir de forma independiente fuera de un hospital. Debes marcar con un círculo la respuesta que refleja más adecuadamente tu reacción a cada frase. La primera reacción es la más importante. No te preocupes si algunas son parecidas a otras que ya has respondido anteriormente. Por favor, no dejes ningún ítem sin respuesta.

1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

3. Las personas con enfermedades mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

4. La mejor terapia para muchas personas con enfermedades mentales es formar parte de la comunidad

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

19. No me gustaría vivir a lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratados como marginados sociales.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

37. Prácticamente cualquier persona puede sufrir una enfermedad mental

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	No estoy de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------	---------------------	--------------------------



Anexo 12: Cuestionario Actitud hacia el Consumo

CUESTIONARIO DE ACTITUDES

CLAVE

Este cuestionario pretende obtener información precisa y cierta sobre tus opiniones respecto al consumo de algunos productos entre los estudiantes. Te rogamos pues que si contestas lo hagas con seriedad y sinceridad.

Toda la información recogida se considerará estrictamente confidencial y secreta.

Esperamos tu colaboración y sinceridad. GRACIAS.

Consumo de tabaco

Instrucciones: Pon una "X" en el recuadro correspondiente a tu respuesta a las dos siguientes

preguntas:

(1) ¿En general, tienes una opinión favorable o desfavorable al consumo de tabaco?

Muy desfavorable []

Desfavorable []

Indistinta []

Favorable []

Muy favorable []

(2) El consumir tabaco es:

	Muy	Bastante	Un poco	Neutro	Un poco	Muy	
BUENO							MALO
AGRADABLE							DESAGRADABLE
GRATO							PENOSO
ADMIRABLE							DESPRECIABLE
CONVENIENTE							INCONVENIENTE
INTELIGENTE							ESTÚPIDO

Instrucciones

Rodea con un círculo tu elección a las siguientes preguntas en base a:

MA/Muy de acuerdo; A/De acuerdo; ?/Inseguro; D/En desacuerdo;

MD/Muy en desacuerdo;

1	Estaría dispuesto a probar el tabaco por curiosidad	MA	A	?	D	MD
2	Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de tabaco	MA	A	?	D	MD
3	Estaría dispuesto a comprar tabaco para mi uso	MA	A	?	D	MD
4	Estaría dispuesto a rechazar la invitación de alguien para que fume	MA	A	?	D	MD
5	Estaría dispuesto a mantener mi postura contraria en un grupo sobre el consumo de tabaco	MA	A	?	D	MD
6	Estaría dispuesto a resistir la insistencia de un grupo de amigos para que fumase	MA	A	?	D	MD
7	Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo de fumar	MA	A	?	D	MD
8	Estaría dispuesto a fumar cuantas veces fuera necesario	MA	A	?	D	MD
9	Estaría dispuesto a proporcionar tabaco a mis amigos para que lo probasen por primera vez	MA	A	?	D	MD
10	Estaría dispuesto a felicitar a alguien por dejar de fumar	MA	A	?	D	MD

Consumo de alcohol

(1) ¿En general, tienes una opinión favorable o desfavorable al consumo de alcohol?

- Muy desfavorable []
- Desfavorable []
- Indistinta []
- Favorable []
- Muy favorable []

(2) El consumir alcohol es:

	Muy	Bastante	Un poco	Neutro	Un poco	Muy	
BUENO							MALO
AGRADABLE							DESAGRADABLE
GRATO							PENOSO
ADMIRABLE							DESPRECIABLE
CONVENIENTE							INCONVENIENTE
INTELIGENTE							ESTÚPIDO

Instrucciones

Rodea con un círculo tu elección a las siguientes preguntas en base a:
 MA/Muy de acuerdo; A/De acuerdo; ?/Inseguro; D/En desacuerdo;
 MD/Muy en desacuerdo;

1	Estaría dispuesto a dejar de frecuentar ambientes por ser sitios de consumo de alcohol	MA	A	?	D	MD
2	Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de alcohol	MA	A	?	D	MD
3	Estaría dispuesto a comprar alcohol para mi uso	MA	A	?	D	MD
4	Estaría dispuesto a rechazar la invitación de alguien para que tome alcohol	MA	A	?	D	MD
5	Estaría dispuesto a mantener mi postura contraria en un grupo sobre el consumo del alcohol	MA	A	?	D	MD
6	Estaría dispuesto a resistir la insistencia de un grupo de amigos para que bebiese alcohol	MA	A	?	D	MD
7	Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo del alcohol	MA	A	?	D	MD
8	Estaría dispuesto a tomar alcohol cuantas veces fuera necesario	MA	A	?	D	MD
9	Estaría dispuesto a convencer a mis amigos para que probasen el alcohol por primera vez	MA	A	?	D	MD
10	Estaría dispuesto a felicitar a alguien por dejar de beber	MA	A	?	D	MD

Consumo de psicofármacos y drogas ilegales

(1) ¿En general, tienes una opinión favorable o desfavorable al consumo de drogas ilegales? (porros, coca, etc.).

- Muy desfavorable []
- Desfavorable []
- Indistinta []
- Favorable []
- Muy favorable []

(2) El consumir droga es:

	Muy	Bastante	Un poco	Neutro	Un poco	Muy	
BUENO							MALO
AGRADABLE							DESAGRADABLE
GRATO							PENOSO
ADMIRABLE							DESPRECIABLE
CONVENIENTE							INCONVENIENTE
INTELIGENTE							ESTÚPIDO

Instrucciones

Rodea con un círculo tu elección a las siguientes preguntas en base a:

MA/Muy de acuerdo; A/De acuerdo; ?/Inseguro; D/En desacuerdo; MD/Muy en desacuerdo;

1	Estaría dispuesto a probar la droga por curiosidad	MA	A	?	D	MD
2	Estaría dispuesto a ser consumidor habitual de droga	MA	A	?	D	MD
3	Estaría dispuesto a rechazar la invitación de alguien a que tome droga	MA	A	?	D	MD
4	Estaría dispuesto a dejar de frecuentar ambientes por ser sitios de consumo de drogas	MA	A	?	D	MD
5	Estaría dispuesto a comprar droga para mi uso	MA	A	?	D	MD
6	Estaría dispuesto a mantener mi postura contraria en un grupo sobre el consumo de droga	MA	A	?	D	MD
7	Estaría dispuesto a resistir la insistencia de un grupo de amigos para que tomase droga	MA	A	?	D	MD
8	Estaría dispuesto a tratar de convencer a alguien sobre el riesgo del consumo de drogas	MA	A	?	D	MD
9	Estaría dispuesto a tomar cualquier tipo de droga	MA	A	?	D	MD
10	Estaría dispuesto a dejar unas compañías por consumir ellos drogas	MA	A	?	D	MD

Anexo 13: Mensaje en el teléfono

Su bienestar es muy importante. Busque ayuda ahora.

Hemos detectado que sus puntuaciones indican que se encuentra en una situación difícil y puede pensar que no tiene solución, sin embargo, es importante que busque ayuda.

El profesional a cargo del programa está disponible para que puedas consultarle sobre esta puntuación así como puedes contactar a través de este e-mail:

maria.navarro101@goumh.uhm.es.

Anexo 14: Plan de contingencia

INFORMACIÓN POSIBLE COMPORTAMIENTO SUICIDIO

Deseos/Ideas/Plan/Intento autolítico

Según me comentas, está claro que muy probablemente estés viviendo una situación difícil que pienses que no tiene solución o salida.

Sin embargo, la mayoría de las situaciones difíciles disponen de alguna solución, aunque no la sepamos encontrar en un determinado momento. En algunas situaciones, puede no haber posibilidad de solución, pero siempre podemos aprender a afrontarlas con menos sufrimiento.

Por ello, es muy importante que busques una persona con quien hablar de esto lo antes posible, un/a amigo/a, un familiar o un/a profesional de la salud (como tu médico/a de atención primaria o de urgencias), te pueden ayudar a afrontar esta situación.

Puedes contactar con:

- Tu médico/a de atención primaria aquí:

Región de Murcia: <https://sede.carm.es/sms/citainternet/login.xhtml>

Aragón: <https://www.saludinforma.es/portalsi/tramites-gestiones/cita-previa>

Cataluña: <https://citasalut.gencat.cat/PPM/Access/Login>

Islas Baleares: <https://www.ibsalut.es/es/info-ciudadania/cita-previa-ibsalut>

C. Valenciana: http://www.san.gva.es/cita_previa/cita_asistencia_sanitaria_cas.html

Andalucía: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/clicsalud/>

- El Teléfono de la Esperanza: 971 46 11 12 / 717 003 717 (móvil Movistar), para hablar de lo que te está ocurriendo de forma confidencial las 24h del día/7 días a la semana.

- La línea de atención a la conducta suicida del ministerio: 024, para hablar de lo que te está ocurriendo de forma confidencial las 24h del día/7 días a la semana.

-Apps para la prevención del suicidio: Prevensuic, MasCaminos y Suicide Lifeguard.

- Teléfono de emergencias: 112, para recibir atención presencial inmediata por un/a profesional de la salud especializado/a. Es gratuito y está disponible las 24 horas del día/7 días de la semana.

El profesional a cargo del programa está disponible para que puedas consultarle sobre esta puntuación, así como puedes contactar a través de este e-mail:
maria.navarro101@goumh.uhm.es.



Comportamiento de suicidio y mitos

CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO

Taller impartido por: María Navarro

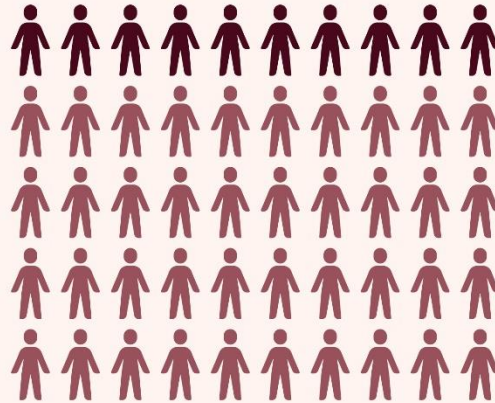


¿Qué es el comportamiento de suicidio?

El comportamiento suicida incluye la ideación (pensar en suicidarse), planificación, intentos de suicidio, y el suicidio consumado.



**EN ESPAÑA SE HA
OBSERVADO QUE EL
ÍNDICE DE SUICIDIOS EN
LOS CUERPOS DE
SEGURIDAD DEL ESTADO
ES UN 62% MÁS ALTO
QUE EL PROMEDIO DE
LA POBLACIÓN
GENERAL.**



“
**"LAS PERSONAS QUE HABLAN
DE SUICIDIO NO LO
INTENTAN REALMENTE."**

REALIDAD



Hablar de suicidio puede ser una señal de alerta de que una persona está considerando seriamente esta acción. Siempre debe tomarse en serio.

“
Biblioteca
**“SOLO LAS PERSONAS CON
TRASTORNOS MENTALES SON
SUICIDAS.”**

REALIDAD

Aunque los trastornos mentales son un factor de riesgo importante, muchas personas sin trastornos diagnosticados también experimentan comportamientos suicidas debido a una variedad de factores estresantes.

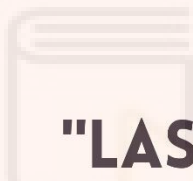


“
Biblioteca
**"HABLAR SOBRE EL SUICIDIO
ES UNA MALA IDEA, YA QUE
PUEDE SER VISTO COMO UNA
INVITACIÓN A SUICIDARSE."**

REALIDAD

Hablar sobre el suicidio de manera abierta y responsable puede proporcionar alivio a alguien en crisis y puede ser el primer paso hacia la búsqueda de ayuda.



 **“**
"LAS PERSONAS QUE
INTENTAN SUICIDARSE ESTÁN
DECIDIDAS A MORIR."

REALIDAD



Muchas veces, las personas en crisis están ambivalentes respecto a la muerte; lo que buscan es una salida a su dolor.

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández
¡Muchas gracias!

MARÍA NAVARRO MORENO

Anexo 16: Tarjetas factores de riesgo y protección

Ser hombre	Turnicidad
------------	------------

Acceso a armas	Movilidad geográfica
----------------	----------------------

Servicio >2 años	Consumo alcohol
------------------	-----------------

Ser soltero	Mayor de 45
-------------	-------------

Escasa
formación

Sufrir
desesperanza

Victima de
violencia

Alta
autoexigencia

Malestar con
desempeño

Acoso
laboral

Soledad

Mitos y
tabúes

Autoestima
saludable

Hab. de
comunicación

Autorregu-
lación

Valor de
cooperación

Red social de
calidad

Relación
saludable entre
iguales

Protocolos de
prevención

Ayuda
externa

Recursos de
ayuda eficaces

Conciencia
social

Información
veraz

Esperanza

Gratitud

Depresión

Razones
para vivir

Flexibilidad
cognitiva

Anexo 17: Casos breves estrés

Caso 1: El sargento Martínez

Contexto: El sargento Martínez, un militar experimentado, ha comenzado a llegar tarde al trabajo, algo inusual en su conducta previa. Sus compañeros han notado que se muestra irritable y menos comunicativo durante las reuniones. Recientemente, se le vio olvidando detalles importantes de las operaciones en curso.

Caso 2: La oficial Ramírez

Contexto: La oficial Ramírez, quien siempre ha sido muy meticulosa con su uniforme y apariencia, ha empezado a descuidar su vestimenta. En las últimas semanas, sus colegas han observado que parece exhausta y ha mencionado tener problemas para dormir. Además, ha evitado participar en las actividades sociales del departamento, que antes disfrutaba.

Caso 3: El capitán López

Contexto: El capitán López, conocido por su actitud positiva, ha mostrado un cambio notable en su estado de ánimo, pareciendo desesperanzado sobre el futuro. Ha expresado en varias ocasiones su frustración por la carga de trabajo y se le ha visto tomando decisiones apresuradas o poco consideradas, lo cual es atípico en él.

Caso 4: El agente Soto

Contexto: El agente Soto ha estado trabajando en casos particularmente desafiantes últimamente. Aunque es conocido por su habilidad para manejar situaciones difíciles, ha comenzado a quejarse de dolores de cabeza frecuentes y de malestar estomacal antes de ir al trabajo. Recientemente, ha pedido varios días libres, citando sentirse "quemado".

Caso 5: La capitana García

Contexto: La capitana García ha sido muy efectiva en su trabajo, pero durante el último mes, ha tenido dificultades para concentrarse en sus tareas. Sus informes, una vez detallados y puntuales, ahora a menudo contienen errores y son entregados tarde. Además, ha mencionado sentirse abrumada y ansiosa, especialmente cuando se acercan los plazos de entrega.

Anexo 18: Técnicas de respiración

Se procederá a enseñar diferentes técnicas de respiración, en concreto, la respiración contando, que consiste en inspirar mientras se cuenta hasta 3, contener el aire mientras se cuenta hasta dos, y expirar mientras se cuenta hasta 3. Esto se debe repetir al menos 2 minutos.

También enseñaremos la respiración profunda en la que se inspirará profundamente, habrá un período de retención de entre 5 y 10 segundos y se exhalará, Explicaremos que esta técnica se usa en las situaciones de crisis.

Por último, se explicará la respiración mediante suspiro, que consiste en suspirar de forma voluntaria e intensa de 8 a 10 veces por minuto. Todas las técnicas se practicarán. (30 minutos)

Anexo 19: Mitos sobre la depresión

Se proponen los siguientes mitos:

- La depresión no es una enfermedad real
- La gente con depresión puede mejorar solo si lo intentan más.
- La depresión es una señal de debilidad personal.
- La depresión siempre es causada por eventos tristes o traumáticos.
- Si puedes ir a trabajar o sonreír, no estás realmente deprimido.
- Solo las mujeres sufren de depresión.
- Los niños y adolescentes no pueden estar deprimidos; sus emociones son solo parte de crecer.
- La depresión se cura con medicación.
- Hablar sobre la depresión solo empeora las cosas.

Anexo 20: Infografía Desesperanza



La infografía presenta un flujo de información sobre la desesperanza. Comienza con un título principal y el nombre de la autora. A continuación, se detallan cinco puntos clave: definición, características, efectos negativos, consecuencias y un mensaje final. El diseño utiliza un fondo azul con una cuadrícula y elementos decorativos como rayos amarillos y ilustraciones de personas angustiadas.

DESESPERANZA

MARÍA NAVARRO MORENO

- Definición**

se describe como un sentimiento de falta de expectativas y posibilidades. Surge de la percepción de que los objetivos personales no pueden ser alcanzados y que no hay soluciones efectivas a los problemas.
- Características**
 - Sentimiento persistente de pesimismo.
 - Sensación de impotencia.
 - Creencia de que el futuro no traerá cambios positivos.
- Efectos negativos**
 - Puede conducir a la depresión o intensificarla.
 - Aumento de la irritabilidad y el aislamiento social.
 - Disminución en la motivación y la energía, afectando el desempeño diario.
- Puede provocar...**

La desesperanza puede iniciar una cadena de tristeza, ansiedad, y frustración, que afectan profundamente el bienestar emocional y físico.
- ¡FIN!**

Programa de prevención del suicidio en
Cuerpos de Seguridad del Estado

Anexo 21: Explicación Mapa de las emociones

En el centro del papel pondremos “sentimiento de desesperanza”, y de ahí se sacarán emociones o sentimientos que provoca (por ejemplo, tristeza o miedo). De ellas, se sacan pensamientos asociados (como “nunca mejoraré” o “todo está perdido”), que relacionan a su vez con comportamientos tales como aislamiento social, disminución del rendimiento o menor motivación.

Anexo 22: Preguntas sobre corto de suicidio

- ¿Qué señales de alerta identificaste en el cortometraje que te parecieron más importantes?
- ¿Qué recursos o apoyos consideras más efectivos para alguien que está atravesando una etapa de estas características?
- ¿Qué medidas podríamos tomar como grupo para promover la salud mental y prevenir el suicidio?

Anexo 23: Mitos sobre estigma

Serán: “las personas con problemas de salud mental no pueden desempeñar bien sus trabajos en el ámbito militar o policial”; “buscar ayuda psicológica es señal de debilidad”; “el malestar psicológico siempre es visible”; y “solo necesitas más voluntad para superar un problema de salud mental”.

Anexo 24: Situaciones Role-playing

Las situaciones serán: “Estás de misión el extranjero y un compañero comienza a mostrar signos de aislamiento social y desinterés”; “En una evaluación de rendimiento se observa que el desempeño de un oficial ha disminuido significativamente debido al malestar emocional que presenta”; “Un miembro del equipo ha estado mostrando signos de depresión, como falta de energía, cambios en el apetito y expresiones de desesperanza”.



CLASIFICACIÓN DE SUSTANCIAS

- Estimulantes (Cafeína, Cocaína): Sustancias que incrementan la actividad cerebral, resultando en un aumento de la alerta y la energía.
- Depresores (Alcohol, Benzodiazepinas): Sustancias que disminuyen la actividad neuronal y ralentizan las funciones corporales.
- Alucinógenos (LSD, Psilocibina): Sustancias que alteran la percepción y pueden causar alucinaciones.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS Y FÍSICOS

- **Estimulantes:**

- Efectos Psicológicos: Aumento de la alerta, mejora del humor, sensación de gran energía.
- Efectos Físicos: Aumento de la presión arterial, ritmo cardíaco acelerado, insomnio.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS Y FÍSICOS

- **Depresores:**

- Efectos Psicológicos: Reducción de la ansiedad, inhibición disminuida.
- Efectos Físicos: Lentitud en la respiración y el ritmo cardíaco, coordinación reducida.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS Y FÍSICOS

- **Alucinógenos:**

- Efectos Psicológicos: Alucinaciones visuales y auditivas, alteración del estado de ánimo.
- Efectos Físicos: Náuseas, desorientación, variaciones en la percepción del tiempo.

ALGUNOS RIESGOS

- **Estimulantes:** Riesgo de adicción, problemas cardiovasculares.
- **Depresores:** Sobredosis, dependencia y retirada severa.
- **Alucinógenos:** Episodios psicóticos, desorientación prolongada.



Anexo 26: Casos de consumo

Los casos serán los siguientes:

Caso 1: Carlos es un joven oficial de policía de 29 años que ha comenzado a consumir cannabis regularmente para lidiar con el estrés del trabajo. Aunque inicialmente lo utilizaba solo los fines de semana, ahora ha empezado a consumirlo más frecuentemente durante la semana.

Caso 2: Marta es una veterana del ejército de 35 años que empezó a beber alcohol excesivamente para sobrellevar los síntomas del estrés tras volver de una misión. Su consumo ha escalado desde un “consumo social” a beber sola en casa casi todas las noches.

Anexo 27: Explicación del árbol del compromiso

El tronco del árbol representa una situación donde se enfrenta la decisión de consumir o no sustancias. De este tronco saldrán ramas que representan las posibles decisiones a tomar. Cada rama se extenderá en hojas, que simbolizarán las consecuencias de estas decisiones. Los participantes deberán considerar tanto consecuencias positivas como negativas y a corto y largo plazo.

Anexo 28: Encuesta de satisfacción

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN						
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Estoy satisfecho con los conocimientos sobre suicidio que tengo	1	2	3	4	5
2	Reconozco mejor el estrés	1	2	3	4	5
3	Sé cómo manejar el estrés	1	2	3	4	5
4	Estoy satisfecho con los conocimientos sobre depresión que tengo	1	2	3	4	5
5	Mi autoestima ha mejorado	1	2	3	4	5
6	Conozco mejor el sentimiento de desesperanza	1	2	3	4	5
7	Tengo menos prejuicios para pedir ayuda	1	2	3	4	5
8	Tengo menos prejuicios sobre el malestar psicológico	1	2	3	4	5
9	Tengo más conocimientos sobre los riesgos de consumir	1	2	3	4	5
10	Estoy satisfecho con el programa en general	1	2	3	4	5
11	Cambiaría o mejoraría algún aspecto del programa: (índica cuál abajo)	1	2	3	4	5