

## Efectos del programa CIPRES sobre el riesgo de suicidio en adolescentes

Marly J. Bahamón<sup>1</sup>, Yolima Alarcón-Vásquez<sup>1</sup>, Ana M. Trejos-Herrera<sup>2</sup>, Stefano Vinaccia<sup>3</sup>, Andrés Cabezas Corcione<sup>4</sup> y Joaquín Sepúlveda-Aravena<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia

<sup>2</sup> Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

<sup>3</sup> Universidad del SINU, Montería, Colombia

<sup>4</sup> Centro Latinoamericano de Psicología Positiva (CELAPPA), Talca, Chile

<sup>5</sup> Centro de Educación Emocional Positiva (CEDEMOP), Talca, Chile

**Abstract:** *Effects of the CIPRES program on suicidal risk in adolescents.* The objective of the study was to evaluate the specific changes generated by the CIPRES program on suicidal risk in adolescents. The sample comprised 106 adolescents aged between 13 and 18 years old (53 in the experimental group, 53 in the control group), of which 54.7% were women ( $n = 58$ ). The study used a quasi-experimental design of repeated pretest-posttest measures with a control group. Two assessment instruments were administered before and after the program: The Scale of the Suicide Risk (ERS) and the Inventory of Positive and Negative Suicidal Ideation (PANSI). The pretest-posttest ANCOVAs showed that the program significantly reduced ( $p < .05$ ) the scores of suicidal ideation, planning, self-harm, isolation/social support, lack of family support, and global suicide risk. In addition, it significantly increased positive ideation scores. The results support the relevance of this program to reduce suicidal risk in adolescents.

**Keywords:** CIPRES; suicide risk; adolescents; psychological intervention; quasi-experiment.

**Resumen:** El estudio tuvo por objetivo evaluar los cambios específicos generados por el programa CIPRES sobre el riesgo suicida en adolescentes. La muestra se configuró con 106 adolescentes entre los 13 y 18 años (53 experimentales, 53 controles), de los cuales el 54.7% eran mujeres ( $n = 58$ ). El estudio utilizó un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas pretest-posttest con grupo de control. Se administraron dos instrumentos de evaluación antes y después de la aplicación del programa: la Escala de Riesgo Suicida (ERS) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI). Los ANCOVAs pretest-posttest evidenciaron que el programa redujo significativamente ( $p < .05$ ) las puntuaciones en ideación suicida, planificación, autolesión, aislamiento/soporte social, falta de apoyo familiar, y riesgo suicida global. Además, aumentó significativamente las puntuaciones en ideación positiva. Los resultados apuntan a la relevancia de este programa para reducir el riesgo suicida en adolescentes.

**Palabras clave:** CIPRES; riesgo de suicidio; adolescentes; intervención psicológica; cuasiexperimento.

### Introducción

A nivel mundial cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, y el suicidio es la segunda causa principal de

defunción en el grupo etario de 15 a 29 años (Organización Mundial de la Salud, 2018). En concreto, el suicidio en adolescentes es un fenómeno multicausal. En este sentido, Casullo, Bonaldi y Fernández (2000), afirman que el suicidio no se trata de una mera entidad psicopatológica, sino de un fenómeno complejo y de un acontecimiento vital en el que intervienen componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos.

El riesgo de suicidio en adolescentes está asociado a un conjunto de factores que aumentan la letalidad de la

Recibido: 30 de enero 2019; aceptado: 12 de julio 2019

Correspondencia: Dra. Marly J. Bahamón, Programa de Psicología, Universidad Simón Bolívar, Calle Cl. 58 #55-132, Barranquilla, Colombia. Correo-e: mbahamon@unisimonbolivar.edu.co

conducta suicida. En primer lugar, intervienen los factores de vulnerabilidad biológica relacionados con la enfermedad mental y/o física como, por ejemplo, depresión, esquizofrenia, consumo de sustancias psicoactivas, presentar un diagnóstico de enfermedad transmisible y/o de condición no transmisible (Crump, Sundquist, Sundquist, y Winkleby, 2014; Eisen et al., 2017). En segundo lugar, intervienen los factores de vulnerabilidad psicológica como la desesperanza, el aislamiento, el bajo apoyo familiar y social, el sentimiento de frustración, el afrontamiento pasivo, la angustia psicológica, la ansiedad, la ideación suicida, el intento suicida previo y el efecto imitativo del suicidio (Álvarez, Ayala, y Bascañán, 2019; Sánchez-Teruel, Muela-Martínez, y García-León, 2018; Silva, Valdivia, Vicente, Arévalo, Dapelo, y Soto, 2017). En tercer lugar, intervienen los factores sociales: de tipo sociodemográfico (el suicidio en adolescentes es más frecuente en el sexo masculino y entre 11 y 15 años), y haber tenido experiencias adversas como violencia, bullying, cyberbullying, fracaso escolar, conflictos con pareja o expareja, rupturas sentimentales, o muerte o suicidio de un familiar o amigo (Bahamón et al., 2018; Crump et al., 2014; Dube et al., 2001; Wang et al., 2012).

El suicidio es un fenómeno multicausal que afecta al sistema familiar, social, educativo y a la red de apoyo social de amistades del adolescente. Sus consecuencias son tan graves para la salud mental y física de los miembros sobrevivientes de la familia, que pueden verse expuestos a la agudización y desarrollo de psicopatología y a problemas sociales de diversa índole, incluyendo duelo patológico y prolongado, sentimientos de tristeza, rabia, culpa y fracaso del rol familiar. Además, es frecuente percibir un estigma asociado al suicidio que puede llevar a la familia a ocultar la causa real de la muerte para evitar la vergüenza (McLaughlin, McGowan, Neill, y Kernohan, 2014; Nova, Hamid, y Daulima, 2019).

Las comunidades educativas también son contextos vulnerables debido a que sus miembros pueden experimentar sentimientos de culpa y, si se maneja inadecuadamente la información sobre el suicidio, puede aumentar el riesgo de suicidio en otros estudiantes. Es importante que en los contextos educativos se fortalezcan las habilidades de detección y manejo temprano de los adolescentes con riesgo suicida, promoviendo sistemas de citación temprana a los padres en la escuela, remisiones a valoración psiquiátrica y psicológica, y seguimiento por parte de un docente, psicoorientador o psicólogo de la institución educativa a estudiantes en riesgo (Bahamón, 2017).

Teniendo en cuenta que el suicidio es prevenible mediante intervenciones basadas en la evidencia, se hace

necesario que se desarrollen programas que aborden los factores de riesgo mencionados con anterioridad, que incluyan un conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales e interdisciplinarias encaminadas a disminuir la problemática del suicidio en adolescentes. Arman, Keypour, Maracy y Attari (2012), afirman que los adolescentes son una población con alta prevalencia de síntomas psicopatológicos; por esta razón, es relevante que cuenten con intervenciones tempranas para promover su bienestar psicológico y los factores protectores frente al suicidio.

Considerando que actualmente existe consenso en concebir la salud mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2013), la prevención del suicidio también debe incluir la promoción y el desarrollo de las fortalezas del individuo para reducir la vulnerabilidad a sufrir trastornos mentales (Baños et al., 2017). En este sentido, centrarse en aspectos positivos del sujeto puede ser útil para el abordaje inicial del riesgo suicida (DeBiase, 2017), fortaleciendo los factores protectores como la autoestima o las adecuadas estrategias de afrontamiento.

Diversos programas han evaluado la efectividad de intervenciones específicas en niños, niñas y adolescentes con alto riesgo suicida (Hernández-Cervantes, 2007; Palencia, 2014; Reijas, Ferrer, González, e Iglesias, 2013; Shannonhouse, Lin, Shaw, y Porter, 2017), y han mostrado reducción de la ideación e intencionalidad suicida tras enfocarse en el desarrollo de habilidades socioemocionales en los niños, niñas y adolescentes, y en el fortalecimiento de habilidades en profesores, consejeros escolares y administrativos para prevenir el suicidio.

Una de las intervenciones que existen basadas en la evidencia para la prevención del suicidio, es el programa CIPRES de intervención para la promoción del bienestar psicológico y la reducción del riesgo suicida en adolescentes (Bahamón, Alarcón-Vásquez, y Trejos-Herrera, 2019). El programa CIPRES es el único que, centrándose en el fortalecimiento del bienestar, ha demostrado ser eficaz para la reducción del riesgo suicida en adolescentes residentes en Colombia. Los resultados han mostrado una reducción estadísticamente significativa de las puntuaciones obtenidas por los participantes en riesgo suicida y depresión, así como un aumento importante en el bienestar psicológico (Bahamón et al., 2019). Para lograr este propósito, el programa se desarrolla en función de tres ejes: redefinición y proyección subjetiva positiva, control emocional e interacción social positiva; estos ejes fueron derivados de un estudio sobre el bienestar psicológico en adolescentes con alto y bajo riesgo suicida (Bahamón, 2018).

Este estudio tuvo como objetivo evaluar los cambios específicos generados por el programa CIPRES sobre el riesgo suicida en adolescentes colombianos. Se hipotetizó que los adolescentes participantes del grupo experimental después de la intervención mostrarían una reducción en el riesgo suicida en comparación con el grupo control.

## Método

### Participantes

En el estudio participaron 106 adolescentes entre 13 y 18 años, de los cuales 53 se asignaron al grupo control y 53 al grupo experimental. De la totalidad de los jóvenes, el 45.3% eran hombres ( $n = 48$ ) y el 54.7% eran mujeres ( $n = 58$ ). Todos cursaban secundaria y pertenecían a los estratos de ingresos económicos medios-bajos de Colombia (estratos 1, 2 y 3)<sup>1</sup>. Todos los participantes del grupo experimental asistieron al menos al 90% de las

sesiones del programa, mientras que el grupo control asistió una sesión única de la intervención psicoeducativa. La Tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos de las características sociodemográficas de los adolescentes participantes. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el sexo, edad, escolaridad, estrato socio-económico y religión de los participantes asignados al grupo control y al grupo experimental (ver Tabla 1).

### Diseño y procedimiento

El diseño de la investigación fue de tipo cuasi-experimental con diseño de grupo control no equivalente y con medidas antes y después de la aplicación del tratamiento (Shaghnessy, Zechmeister, y Zechmeister, 2007).

<sup>1</sup> En Colombia los estratos 1 y 2 corresponden a la clase de ingresos económicos bajos, los estratos 3 y 4 representan la clase media, y los estratos 5 y 6 a la clase de ingresos altos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes participantes

		Grupo control		Grupo experimental		$\chi^2$	<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Sexo	Hombre	24	45.3	24	45.3	.000	1.00
	Mujer	29	54.7	29	54.7		
Edad	13	1	1.9	1	1.9	6.871	.230
	14	9	17.0	11	20.8		
	15	19	35.8	8	15.1		
	16	11	20.8	18	34.0		
	17	10	18.9	10	18.9		
	18	3	5.7	5	9.4		
Estrato socioeconómico	1	5	9.4	8	15.1	5.369	.147
	2	10	18.9	17	32.1		
	3	38	71.7	28	52.8		
Escolaridad	Noveno	15	28.3	15	28.3	.000	1.00
	Décimo	17	32.1	17	32.1		
	Undécimo	21	39.6	21	39.6		
Religión	Católica	24	45.3	23	43.4	5.711	.335
	Cristiana	14	26.4	10	18.9		
	Judio	2	3.8	0	0		
	Mormón	0	.0	1	1.9		
	Ateo	2	3.8	1	1.9		
	No report	11	20.8	18	34.0		
	Total	53	100.0	53	100.0		

Se obtuvo aval de las autoridades escolares para iniciar el proceso de contacto con los sujetos de estudio. Los datos fueron recolectados entre mayo y noviembre de 2017. Se solicitó la firma del formulario de consentimiento informado a los padres y/o tutores legales de los sujetos participantes por ser menores de edad, estableciendo objetivos explícitos, procedimientos, riesgos-beneficios, autonomía para continuar o retirarse del estudio sin que existieran consecuencias y aspectos relacionados con la confidencialidad. De la misma manera, se solicitó un formulario de asentimiento informado para los menores de edad.

La conformación del grupo experimental y del grupo control se realizó mediante selección aleatoria de seis grupos naturales (específicamente, grados escolares), pertenecientes a dos instituciones educativas. Así, se seleccionó aleatoriamente el mismo número de grados escolares por cada sede, siendo los grupos de la Sede 1 asignados al grupo control y los grupos de la Sede 2, asignados al grupo experimental. De un total de 160 adolescentes, los padres de 106 participantes otorgaron el consentimiento informado.

Al grupo tratamiento se le aplicó la intervención CIPRES a través de varias sesiones basadas en la promoción del bienestar psicológico, y al grupo de comparación se le aplicó una sesión psicoeducativa sobre los mismos tópicos y se le entregó lineamientos escritos sobre como promover el propio bienestar.

El procedimiento de recolección de datos se realizó en tres momentos: 1) pretest, para el que se aplicaron los instrumentos de evaluación para la medición del riesgo suicida a todos los adolescentes participantes antes de la implementación del programa; 2) aplicación del programa al grupo experimental, y la participación en la sesión única para los del grupo control; y, 3) postest, evaluándose los dos grupos luego de finalizado el programa. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo por un grupo de investigadores capacitados para ello, y para garantizar la evaluación a ciegas de los mismos.

### Instrumentos

*Escala de Riesgo Suicida* (ERS; Bahamón y Alarcón-Vásquez, 2018). Se trata de una escala tipo Likert compuesta por 20 ítems con seis opciones de respuesta, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 6 (totalmente de acuerdo). La escala evalúa los siguientes factores: 1) desesperanza; 2) ideación, planeación y autolesión; 3) aislamiento/soporte social, y 4) falta de apoyo familiar. La consistencia interna reportada en su versión original para la totalidad de los ítems es de  $\alpha = .934$  y para las subescalas reportan valores  $\alpha$  entre  $.710$  y  $.929$ . Los ín-

dices para determinar la validez de la escala, de acuerdo con el reporte de las autoras, muestran un ajuste satisfactorio, dado que el RMSEA fue  $.07$ , y el CFI y TLI presentaron valores mayores de  $.89$ . De igual manera, el instrumento presenta evidencia de validez concurrente con el IRISA y el SLC-90 con indicadores por encima de  $.77$  y  $.47$ , respectivamente. Según Bahamón y Alarcón-Vásquez (2018), los puntos de corte para determinar el nivel de riesgo suicida en hombres son: bajo (puntuación total entre 1 y 32), moderado (puntuación total entre 33 y 48), alto (puntuación total entre 49 y 112) y en mujeres: bajo (puntuación total entre 1 y 36), medio (entre 37 y 53) y alto (entre 54 a 112).

*Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa* (PANSI; Osman et al., 2003; versión en español de Villalobos-Galvis, 2009). Este cuestionario consta de 14 ítems con dos escalas factorialmente derivadas: ideación suicida positiva (factores protectores) con 6 ítems, e ideación suicida negativa (factores de riesgo) con 8 ítems. Cada uno de estos ítems es evaluado para las últimas dos semanas, y en los que se pregunta qué tan a menudo la persona ha presentado cada uno de estos pensamientos. La persona debe responder haciendo uso de una escala de 5 puntos que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (siempre). La consistencia interna reportada para la totalidad de los ítems fue de  $\alpha = .899$  y para las subescalas fue de  $\alpha = .931$  para la subescala de ideación negativa, y  $.826$  para la subescala de ideación positiva. Los puntos de corte se establecieron a partir del reporte de los autores tanto para la subescala de ideación positiva (bajo: puntuación de 0 a 5; medio: puntuación de 6 a 8; alto: de 9 a 24), como para la de ideación negativa (bajo: puntuación de 0; medio: 1 a 2; alto: puntuación de 3 a 32); así como para el puntaje total (bajo: puntuación de 0 a 6; medio: 7 a 10; alto: puntuación de 11 a 56) (Osman et al., 2003).

### Intervención

El programa CIPRES para reducir el riesgo suicida en adolescentes al potenciar su bienestar psicológico, fue manualizado (Bahamón et al., 2019). Se compone de tres ejes: redefinición y proyección subjetiva positiva, control emocional e interacción social positiva; y una dimensión transversal centrada en técnicas de relajación y respiración, así como de autoafirmaciones positivas, las cuales se desarrollan, en su mayoría, como tareas para la casa.

La *redefinición y proyección subjetiva positiva* se centra en la capacidad de detección de aspectos a mejorar, mediante estrategias de autovaloración positiva, de cumplimiento de metas y de desarrollo de actitud opti-

mista. El *control emocional* considera acciones orientadas al afrontamiento de problemas y al desarrollo de la capacidad de goce y disfrute del adolescente. La *interacción social positiva* agrupa acciones dirigidas a establecer relaciones sociales satisfactorias de los adolescentes, que les proporcionen apoyo emocional, generalmente referidas a la familia y a los amigos.

La dimensión transversal de respiración y relajación provee de herramientas conductuales para que los adolescentes identifiquen sus propios niveles de activación y usen afirmaciones positivas que reorienten sus pensamientos y que favorezcan el bienestar.

El programa se desarrolló en 12 sesiones con intensidad de una 1 hora semanal para el grupo experimental, el cual se dividió en tres subgrupos conformados por un número de 15 a 21 adolescentes cada uno. La intervención fue desarrollada por una psicóloga con estudios postgraduales y formación en psicoterapia. El programa tuvo por objetivo desarrollar y potenciar las habilidades personales y las competencias emocionales de los adolescentes a través de ejercicios, técnicas y herramientas individuales y grupales. En las sesiones iniciales (1-2), además de tomar las medidas de reporte, los participantes recibieron una sensibilización y conceptualización acerca del bienestar. Las sesiones 3-6 comprendieron una intervención de redefinición y proyección subjetiva positiva, mediante la ejecución de 8 actividades. Las sesiones 7-8 desarrollaron intervenciones orientadas al goce y disfrute, a través de 5 actividades; y en las sesiones 9-12, se desarrolló una intervención orientada a la interacción social mediante 7 actividades (ver Tabla 2).

Los adolescentes del grupo control recibieron una conferencia de una (1) hora de duración en la que se explicaron magistralmente los mismos tópicos del programa CIPRES con una orientación psicoeducativa, y al final se les entregó un folleto que contenía información sobre las actividades que podían realizar de manera independiente, las cuales eran las mismas que se plantearon al grupo experimental, pero con el propósito de que éstas fueran autoaplicadas por los participantes del grupo control.

#### *Análisis estadístico*

Para el pretest se obtuvieron estadísticos descriptivos de las medidas de riesgo suicida. Se analizaron los estadísticos descriptivos pretest y posttest de la Escala de riesgo suicida ERS y del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI), tanto del grupo experimental como del grupo de comparación. A continuación, se realizó un análisis de la diferencia de medias pretest y posttest de los adolescentes en ambos grupos. Para con-

tratar la hipótesis de normalidad de la población se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Una vez se estableció si la distribución era normal se procedió a aplicar la prueba *t* de Student para muestras independientes. En cuanto a las variables que no cumplieron con los parámetros de normalidad se procedió a aplicar la prueba *U* de Mann-Whitney. Se realizaron análisis de varianza multivariante y univariante (MANOVA, ANOVA) con las puntuaciones pretest de los grupos experimental y control. Posteriormente, se analizó la covarianza de las diferencias pretest-posttest (MANCOVA, ANCOVA). Finalmente, se calculó el tamaño del efecto ( $\eta^2$ ), que se interpreta como pequeño si está alrededor de .01, medio si está alrededor de .06, y grande si es superior a .14. Los datos fueron analizados por medio del paquete IBM SPSS Software®, versión 24.

### **Resultados**

En primer lugar, para de establecer las condiciones de las variables antes de la implementación del programa CIPRES, se realizó análisis multivariante de los puntajes obtenidos en los instrumentos (ERS, PANSI) en el grupo experimental y control en la fase pretest. Los resultados MANOVA pretest del conjunto de variables estudiadas no mostró diferencias entre ambos grupos de la intervención, Lambda de Wilks,  $\lambda = .897$ ,  $F(10,94) = .141$ , *ns*. A pesar de que los análisis descriptivos muestran algunas diferencias en entre los dos grupos, éstas no son significativas puesto que los resultados de los ANOVAs pretest (ver Tabla 3) indican que antes de implementación del programa CIPRES no había diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y control en el conjunto de variables evaluadas, indicando un adecuado nivel de homogeneidad entre ambas condiciones.

En segundo lugar, para evaluar la eficacia del programa en las variables objeto de estudio se analizó el cambio pretest-posttest. Los resultados del MANCOVA llevado a cabo con las diferencias pretest-posttest, mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control, Wilks,  $\lambda = .92$ ,  $F(8,04) = .23$ , *ns*), siendo el tamaño del efecto mediano ( $\eta^2 = .61$ ;  $r = .42$ ). Concretamente, los datos exponen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control para cinco de las ocho variables objeto de estudio. Se hallaron diferencias significativas y tamaño del efecto mediano en las medidas de ideación, planeación y autolesión  $p = .045$ ,  $F = 2.66$ ,  $\eta^2 = .062$ ; aislamiento/soporte social  $p = .044$ ,  $F = 2.77$ ,  $\eta^2 = .060$ ; falta de apoyo familiar  $p = .047$ ,  $F = 3.74$ ,  $\eta^2 = .061$ , total riesgo suicida  $p = .044$ ,  $F = 4.28$ ,  $\eta^2 = .069$ , ideación positiva  $p = .022$ ,  $F = 4.95$ ,  $\eta^2 = .060$ .

Tabla 2. Descripción del programa CIPRES

Eje	Estrategia	Definición de la estrategia	Nombre de la actividad	Sesión
Redefinición y proyección subjetiva positiva	Orientada al optimismo	Presencia continua de expectativas positivas frente a los sucesos a ocurrir en el futuro. Sus principales expresiones se evidencian como parte de una estructura cognitiva que le permite al sujeto realizar evaluaciones positivas sobre lo que ocurrirá	Urna de pensamientos positivos Las cosas positivas a lo largo de tu vida Lo positivo de hoy	1 y 2
	Orientada a la valoración positiva de sí mismo	Busca mejorar la autoaceptación, que se refiere a la manera cómo las personas se sienten acerca de sí mismas, valorando sus capacidades sin perder de vista las limitaciones.	El reflejo en el espejo El baúl de los halagos	3
	Orientada al cumplimiento de metas	Se vincula estrechamente a la teoría de la autodeterminación que explica la motivación como el compromiso que las personas asumen para realizar acciones voluntariamente y por elección personal. Se considera como una tendencia necesaria para el crecimiento de las personas y el cumplimiento de sus necesidades psicológicas	Mi prioridad hoy Mi último día	4
			Orientada al crecimiento personal	Hace alusión al desarrollo permanente como persona, se trata de la percepción propia de expansión personal que incluye nuevas experiencias y sentido de realización del potencial personal.
	Control emocional	Orientada al goce y disfrute	Plantea que las emociones positivas extienden los repertorios de pensamiento y acción de las personas. Los estados afectivos de las personas pueden tener efectos duraderos aumentando recursos físicos, psicológicos, cognitivos y sociales otorgando al sujeto la posibilidad de mayor exploración y disfrute.	Mis gustos al rescate Porqué fui feliz la última vez?
Orientada a la solución de problemas		Se refiere a la interacción entre las emociones positivas y la capacidad de dominar el entorno mediante la selección adecuada de alternativas para resolver una situación dada.	Los momentos más tristes que ya pasaste y que aprendiste Carta de despedida a situaciones infelices	7
Interacción social	Orientación al servicio	Supone que las acciones que desarrolle el sujeto para otorgar a otras personas un servicio sin esperar nada a cambio puede favorecer en gran medida el bienestar propio	La última vez que brindé ayuda Puedo servir a...	8
	Orientada a las relaciones personales	Promueve en los participantes la capacidad de establecer y mantener relaciones sociales estables y se fundamenta en la capacidad para amar	Mis relaciones personales Compartir hoy con... Cuéntale a...	9
	Orientada a pedir ayuda	Involucra no sólo la capacidad para establecer relaciones personales positivas, sino, además, el apoyo social percibido, otorgando recursos para que el adolescente pueda pedir ayuda	S.O.S	10

Adaptado de Bahamón et al., 2019

Para cada variable se llevaron a cabo análisis descriptivos y análisis de covarianza de las diferencias pretest-postest entre ambas condiciones, teniendo en cuenta las diferencias a priori (covariando las puntuaciones pretest).

Respecto a los análisis descriptivos que se llevaron a cabo, teniendo en cuenta las diferencias a priori (co-

variando las puntuaciones pretest). Los resultados ANCOVAs pretest-postest corroboran la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones pretest-postest entre los dos grupos de estudio, para las variables referidas en el párrafo anterior (tabla 3).

Tabla 3. Medias, desviaciones típicas, resultados de análisis de varianza pretest, covarianza pretest-postest y tamaño del efecto ( $\eta^2$ ) en las variables de los grupos experimental y control, en la fase pretest y diferencias pretest-postest

Variables	Pretest				Postest				Anova Pretest			Ancova Prest-Postest		
	Experimental		Control		Experimental		Control		<i>F</i> (1,40)	<i>p</i>	$\eta^2$	Ancova Prest-Postest		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>				<i>F</i> (1,40)	<i>p</i>	$\eta^2$
Depresión y desesperanza	12.8	6.26	10.06	4.24	9.66	4.38	9.06	3.94	7.31	.088	0.065	1.348	.249	.015
Ideación, planeación y autolesión	12.0	8.49	9.57	5.05	9.85	6.62	9.83	6.48	3.47	.065	0.032	2.66	.045	.062
Aislamiento/soporte social	12.89	5.48	10.67	3.69	10.08	4.71	10.30	4.17	5.41	.220	0.049	2.77	.044	.060
Falta de apoyo familiar	9.79	5.79	7.81	3.79	7.13	3.96	8.11	4.92	4.32	.400	0.039	3.74	.047	.061
Riesgo global suicida	47.64	20.12	38.21	12.57	36.72	14.52	37.30	15.00	8.38	.050	0.074	4.23	.044	.069
Ideación positiva	15.34	5.36	16.57	4.92	17.94	4.72	16.81	4.54	1.50	.222	0.014	4.95	.029	.060
Ideación negativa	5.51	7.62	2.89	5.48	4.21	7.06	2.23	4.40	4.13	.450	0.038	.090	.764	.001
PANSI total	21.02	7.65	19.45	5.13	22.15	8.51	19.04	5.39	1.53	.219	0.014	2.21	.141	.028

Al comparar los cambios presentados en el grupo experimental y el grupo control se observa que mientras en el experimental disminuyen sus medidas en las puntuaciones de riesgo suicida (depresión desesperanza; ideación, planeación y autolesión; aislamiento/soporte social; falta apoyo familiar; la ideación negativa), los de control mantienen puntuaciones muy similares a las medidas previas a la intervención. Así mismo, mientras que el grupo experimental aumenta sus medidas en ideación positiva, los del grupo control mantienen sus puntuaciones muy similares al pretest.

### Discusión

El estudio tuvo como objetivo evaluar los cambios específicos generados por el programa CIPRES sobre el riesgo suicida en adolescentes. En primer lugar, los resultados mostraron que la implementación del programa redujo significativamente varias medidas de riesgo suicida, puesto que disminuyeron las puntuaciones de ideación, planeación y autolesión, de aislamiento/soporte social, de falta de apoyo familiar, y el valor global del riesgo suicida, y por el contrario, aumentó el puntaje de ideación positiva.

En segundo lugar, el programa disminuyó los factores de riesgo y aumentó los factores protectores para el

suicidio, posiblemente, porque sus actividades se centran en el fortalecimiento de estrategias personales que favorecen la revisión subjetiva de las acciones y el control emocional, necesarias para disminuir los pensamientos suicidas (Bahamón y Alarcón-Vásquez, 2019). Estos datos coinciden con los de otros estudios en los que se ha evidenciado que potenciar los recursos psicológicos mejora el estado de ánimo y reduce los síntomas depresivos (Amorós, 2007; Ougrin, Tranah, Stahl, Moran, y Rosenbaum, 2015; Seligman, Rashid, y Parks, 2006).

En tercer lugar, el programa no afectó significativamente a la depresión/desesperanza, ni a la ideación negativa (aunque estas variables mostraron reducción en la condición experimental). Los hallazgos en este sentido sugieren que la intervención requiere mayor énfasis en la reestructuración cognitiva de contenidos vinculados a ideas y pensamientos desesperanzadores para el sujeto; así, aunque el fomento de la redefinición subjetiva y el control emocional aportan a la reducción de la depresión/desesperanza en los adolescentes, parece ser que no es suficiente para generar cambios sustanciales en ese sentido. En esta dirección, algunos estudios reportan que es necesario incluir información explícita sobre la depresión a través de recursos como la biblioterapia o estrategias cognitivas para la reducción del riesgo de pade-

cer trastornos depresivos en adolescentes al abordar el estilo atribucional negativo (Rohde, Stice, & Gau, 2012).

En cuarto lugar, los resultados muestran una disminución importante en el aislamiento/soporte social y en la percepción de falta de apoyo familiar para el grupo experimental. La disminución de esta percepción en los adolescentes, responde, posiblemente, al énfasis del programa CIPRES en la vinculación con los otros y en el establecimiento de relaciones personales positivas, a través de estrategias promotoras de la interacción social para comunicarse, para pedir y brindar ayuda. Si bien en la intervención no se involucró a otras personas cercanas a los adolescentes, las últimas sesiones del programa se centraron en la capacidad de interacción, brindar y pedir ayuda, mostrando un impacto positivo en la manera en que el joven se vincula con su contexto, lo cual funciona como un factor protector importante del riesgo suicida. Así mismo, favorecen el desarrollo de las capacidades del joven para buscar y recibir ayuda, así como la reducción de las barreras para el acceso a la atención sanitaria (Rey, Quintana-Orts, Mérida-López, y Extremera, 2019).

En quinto lugar, los resultados hallados después de la aplicación del programa mostraron variaciones significativas en las medidas de riesgo suicida para el grupo experimental pero no para el grupo control, lo cual, permite aseverar que los cambios hallados no se deben al paso del tiempo u otros factores externos a la intervención realizada. Por otra parte, los datos concuerdan con los planteamientos de Fordyce (1983), al determinar que los programas que incluyen actividades participativas y vivenciales tienen un efecto mayor en el bienestar personal, que aquellos de naturaleza meramente educativa o informativa, tal como lo sugiere este estudio. Lo anterior, permite aseverar que no es suficiente enseñar a las personas qué es y cómo ser felices, sino que es necesario que las personas hagan cosas para ser felices (Vásquez y Hervás, 2008).

El programa de intervención se desarrolló bajo el supuesto de que al intervenir sobre el bienestar psicológico, mediante la aplicación de estrategias de redefinición y proyección positiva, control emocional e interacción social, se reducirían las medidas de riesgo suicida. Esto coincide con autores que exponen que el desarrollo de la salud mental positiva promueve factores protectores frente a enfermedades o alteraciones psicológicas (Jahoda, 1958; Ho, Tong, & Lai, 2006; Seligman et al., 2006).

El estudio tiene como limitaciones las siguientes: a) El uso de autoinformes para determinar el riesgo suicida presente en los adolescentes, involucran algunas cuestiones referidas al sesgo presente en los participantes por deseabilidad social, máxime cuando el suicidio está rodeado de falsas creencias y estigmatizaciones; por lo cual, en futuras investigaciones será necesario incluir otras me-

didias que puedan diligenciar padres, profesores y pares; b) las condiciones ambientales en que se desarrollaron las sesiones no siempre fueron las más idóneas (ruidos, calor, etc., debido a que se realizaron en aulas de instituciones escolares, las cuales no escapaban de situaciones propias del contexto escolar); lo cual debería cuidarse para un mejor desarrollo de las actividades del programa; c) la falta de seguimiento a los cambios logrados en el actual estudio, invita a ser superada en posteriores investigaciones para mejorar la confiabilidad de los resultados.

Finalmente, los resultados de la evaluación de la implementación del programa CIPRES, apoyan su efectividad para la reducción del riesgo suicida en adolescentes colombianos. Además, deja líneas abiertas para posteriores investigaciones que puedan incluir estrategias de intervención directa sobre el estilo cognitivo y las ideas concretas referidas al suicidio; así como sobre el efecto posible del programa sobre otras variables como la satisfacción con la vida, el bienestar subjetivo, el optimismo y otras variables positivas que contribuyan a la reducción del riesgo suicida en adolescentes.

### Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

### Referencias

- Álvarez, L., Ayala Moreno, N. Y., y Bascuñán, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional. *Psicogente*, 22(41), 1-22.
- Amorós, M. (2007). *Evaluación de un programa de potenciación de los recursos psicológicos para la mejora del bienestar psicológico y de la salud* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Arman, S., Keypour, M., Maracy, M., & Attari, A. (2012). Epidemiological study of youth mental health using strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Iran Red Crescent Medical Journal*, 14(6), 371-375.
- Bahamón, M. (2017). Prevención del riesgo suicida en adolescentes: una propuesta de abordaje desde la psicología positiva. En M. Bahamón, Y. Alarcón-Vásquez, L. Albord & Y. Martínez. (Eds.), *Estudios actuales en psicología. Perspectivas en clínica y salud* (pp.58-66). Barranquilla, Colombia: Editorial Universidad Simón Bolívar.
- Bahamón, M. (2018). *Efectos de un programa psicológico sobre el bienestar psicológico y el riesgo suicida en adolescentes*. (Tesis de Doctorado). Universidad de Flores, Buenos Aires.
- Bahamón, M. y Alarcón-Vásquez, Y. (2018). Diseño y evaluación de una escala para evaluar riesgo suicida (ERS), en adolescentes colombianos, *Univesitas Psychologica*, 17 (1), 1-15.
- Bahamón, M., Alarcón-Vásquez, Y., y Trejos-Herrera, A. (2019). *Manual de intervención: prevención del riesgo suicida en adolescentes- CIPRES*. Ed. Manual Moderno: México



- Bahamón, M., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos, A.M., Reyes, L., Uribe, J., y García, C. (2018). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 21(39), 50-61.
- Baños, R., Etchemendy, E., Mira, A., Riva, G., Gaggioli, A., & Botella, C. (2017). Online positive interventions to promote well-being and resilience in the adolescent population: A narrative review. *Frontier Psychiatry*, 8(10), 1-9.
- Casullo, M., Bonaldi, P., y Fernández, M. (2000). *Comportamientos suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Crump, C., Sundquist, K., Sundquist, J., & Winkleby, M. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: A Swedish national cohort study. *Psychological Medicine*, 44(2), 279-289.
- DeBiase, E. (2017). *Improving well-being and behavior in adolescents utilizing a school-based positive psychology intervention* (Doctoral Dissertations). University of Connecticut Graduate School, U.S.A.
- Dube, S., Anda, R., Felitti, V., Chapman, D., Williamson, D., & Giles, W. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the adverse childhood experiences study. *Journal of American Medical Association*, 286(24), 3089-3096.
- Eisen, R., Perera, E., Bawor, M., Dennis, B., Bhatt, M., Zielinski, L., & Samaan, Z. (2017). Sex differences in social risk factors for suicidal behavior. *Mental Health & Prevention*, 8, 1-6.
- Fordyce, M. (1983). A program to increase happiness: further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30(4), 483-498.
- Hernández-Cervantes, Q. (2007). *Estrategia de intervención para adolescentes en riesgo suicida* (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ho, S., Tong, A., & Lai, W. (2006). From positive psychology to positive intervention - some reflections. Documento presentado en 1s Asian Cognitive Behavior Therapy (CBT) Conferencia: Evidence-based assessment, theory and treatment. Hon Kong, China.
- Jahoda, M. (1958). *Joint commission on mental health and illness monograph series: Vol. 1. Current concepts of positive mental health*. New York, NY, US: Basic Books.
- Mclaughlin, C., McGowan, I., Neill, S., & Kernohan, G. (2014). The burden of living with and caring for a suicidal family member. *Journal Mental Health*, 23(5), 236-40.
- Nova, R., Hamid, A., y Daulima, N. (2019). La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia. *Enfermería Global*, 53, 445-454.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Centro de prensa: nota descriptiva suicidio. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Osman, A. Barrios, F., Gutierrez, P., Wrangham, J., Kopper, B., Truelove, R., & Linden, S. (2003). A preliminary validation of the positive and negative suicide ideation (PANSI) inventory with normal adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 493-512
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Rosenbaum, J. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107
- Palencia, B. (2014). *Diseño de un modelo de intervención del suicidio en niños y adolescentes* (Tesis de maestría). Universidad el Rosario/ Universidad CES de Medellín, Medellín.
- Reijas, T., Ferrer, E., González, A., e Iglesias, F. (2013). Evaluación de un programa de intervención intensiva en conducta suicida. *Actas Especialidad Psiquiatría*, 41(5), 279-86
- Rey, L., Quintana-Orts, C., Mérida-López, S., & Extremera, N. (2019). Being bullied at school: gratitude as potential protective factor for suicide risk in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-10.
- Rohde, P., Stice, E., & Gau, J. (2012). Effects of three depression prevention interventions on risk for depressive disorder onset in the context of depression risk factors. *Prevention Science*, 13(6): 584-593.
- Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J., y García-León, A. (2018). Variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23, 221-229.
- Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788.
- Shannonhouse, L., Lin, Y., Shaw, K. & Porter, M. (2017). Suicide intervention training for K-12 schools: a quasi-experimental study on ASIST. *Journal of Counseling & Development*, 95(1), 3-13.
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., y Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 33-42.
- Vásquez, C. y Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Villalobos-Galvis, F. (2009). Validez y fiabilidad del inventario de ideación suicida positiva y negativa - PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520.
- Wang, Y., Sareen, J., Afifi, T., Bolton, S., Johnson, E., & Bolton, J. (2012). Recent stressful life events and suicide attempt. *Psychiatric Annals*, 42(3), 101-108