



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE MÁSTER
MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

"Prevención del suicidio: Desarrollo de un componente autoaplicado online y opinion de los profesionales clínicos"

Alumno: Noelia Edo Aliaga

NIA: **770252**

Director/a: Diana Castilla López

AÑO ACADÉMICO 2018-2019



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

ÍNDICE

Presentación.....	3
1 Introducción	4
1.1 Ideación suicida-Suicidio:	4
1.2 Uso de TICs en Psicología Clínica y de la Salud.	6
2 Método.....	9
2.1 Objetivos	9
2.2 Participantes	10
2.3 Componente psicológico de intervención	10
2.4 Materiales	11
2.4.1 Software	11
2.4.2 Materiales multimedia.	11
2.4.3 Materiales para la presentación del focus group	11
2.5 Instrumentos y medidas	12
2.6 Procedimiento.....	12
2.7 Resultados	13
3 Discusión y conclusiones	15
4 Referencias.....	18
5 Anexos	21

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Comparativa epidemiología suicidio según la OMS, UE y España	4
Tabla 2 Factores de riesgo.....	5
Tabla 3 Tratamiento pacientes con riesgo de suicidio	6
Tabla 4 Descripción de los módulos del ensayo Australiano LifeSpan.....	8
Tabla 5 Nivel de impacto, variables y consideraciones importes	14

Resumen La problemática del suicidio supone un grave problema de salud a nivel mundial, situándose en la primera causa de muerte no natural en España, por encima de las muertes causadas por accidentes de tráfico. Este problema, silenciado, hace que muchos profesionales, de diversos campos, trabajen para paliar o disminuir dichas cifras donde el objetivo principal no es morir, sino acabar con el sufrimiento de la persona. En este trabajo, se ha realizado una revisión teórica de la literatura existente acerca del suicidio y se ha centrado en investigaciones donde se trabaja con nuevas tecnologías para reducir los efectos de la problemática, además se ha presentado un componente de intervención autoaplicado online para trabajar sobre ella. El uso de nuevas tecnologías, como se ha visto en el tratamiento de otras problemáticas, reside en la idea de favorecer a la persona que padece una enfermedad en aspectos como accesibilidad al tratamiento tanto por tema geográfico como por reducción de listas de espera y actuación inmediata. Puesto que existe escasa evidencia acerca de estos programas, en el campo del suicidio, el componente autoaplicado, fue sometido a juicio clínico para obtener feedback acerca de la adecuación del contenido clínico y si cubría las necesidades que el usuario podía presentar. Cabe tener en consideración que nos encontramos ante un estudio piloto y es necesario continuar trabajando en él y someterlo a prueba con la población en general y realizar un ensayo controlado para conocer su efectividad y su fiabilidad.

PALABRAS CLAVE: suicidio, prevención del suicidio, prevención, intervención, aplicaciones web, aplicaciones móviles, tratamiento ideas suicidas, tratamientos eficaces suicidio, ensayo controlado aleatorio.

Abstract The problem of suicide is a serious health problem worldwide, being the leading cause of unnatural death in Spain, above the deaths caused by traffic accidents. This problem, silenced, makes many professionals, from various fields, work to alleviate or reduce these figures where the main objective is not to die, but to end the suffering of the person. In this work, a theoretical review of the existing literature about suicide has been carried out and it has focused on research where new technologies are used to reduce the effects of the problem, and a self-applied online intervention component has been presented to work on she. The use of new technologies, as seen in the treatment of other problems, lies in the idea of favoring the person suffering from a

disease in aspects such as accessibility to treatment both by geographical issue and by reduction of waiting lists and immediate action .

Since there is little evidence about these programs, in the field of suicide, the self-applied component was submitted to clinical judgment to obtain feedback about the adequacy of the clinical content and if it covered the needs that the user could present. It should be taken into consideration that we are facing a pilot study and it is necessary to continue working on it and test it with the general population and conduct a controlled trial to know its effectiveness and reliability.

KEYWORDS: suicide, suicide prevention, prevention or intervention, web applications, mobile apps, suicidal ideas treatment, effective suicide treatments, randomized controlled trial.

Presentación

El objetivo de este trabajo es desarrollar un componente psicoeducativo autoaplicado online para la prevención del suicidio. Para conseguir dicho objetivo el trabajo se ha dividido en 4 partes:

- 1) Breve marco teórico
- 2) Estudio: En primer lugar, se ha trabajado en el desarrollo de un componente de intervención autoaplicado online para la prevención del suicidio, el cual y como parte de este estudio, se ha sometido a juicio clínico.

El componente desarrollado, se basa, concretamente en el aspecto psicoeducativo y se realizó en un primer momento en formato papel, para posteriormente implementarlo online.

El resultado de este componente fue la presentación del mismo a un grupo de expertos en psicología clínica y desarrollo de tratamientos online y uso de aplicaciones basadas en TICs. Los resultados de este estudio han permitido identificar aspectos susceptibles de mejora tanto a nivel técnico como a nivel clínico.

- 3) Conclusiones y discusión. En estos apartados se revisa de forma sucinta las conclusiones más importantes alcanzadas en este trabajo y a la vista de los resultados, *se propone para* el desarrollo de este tipo de intervenciones explorar marcos de trabajo que incluyan clínicos expertos no sólo en protocolo de intervención a aplicar, sino también en el ámbito de las nuevas tecnologías.

1 Introducción

1.1 Ideación suicida-Suicidio:

El suicidio es un problema grave de salud pública a nivel mundial que afecta a más de 800.000 personas al año, entendiéndose este como el acto deliberado de la persona de quitarse la vida (SUPRE, 2007).

No todas las personas llegan a consumir dicho acto y por tanto, se considera importante diferenciar entre dos aspectos clave como son el intento de suicidio, refiriéndonos a cualquier comportamiento, que aunque no llegue a causar la muerte, se caracteriza por lesiones autoinflingidas intencionales y el comportamiento suicida, entendiéndose como la diversidad de comportamientos, (ideación suicida, planificación o intento suicida) (Generalitat Valenciana. Conselleria de sanitat universal i salut publica, 2007). Por otro lado, en la tabla 1m se puede observar otro de los aspectos relevantes del suicidio que cabe tener en consideración para poder situarnos en la gravedad del mismo. y es conocer la prevalencia y las características demográficas de las personas que llevan a cabo dicho acto.

Tabla 1 Comparativa epidemiología suicidio según la OMS, UE y España

	OMS	UNIÓN EUROPEA	ESPAÑA
Año	2016	2015	2016
Tasa de suicidio	800.000	56.000	3569
Edad	15-29	45-60	60 en adelante
Sexo	Hombres	Hombres	Hombres
Variables influyentes	Ingresos económicos bajos y medios (75%)		

Tal y como se puede apreciar en la tabla anterior, la prevalencia de suicidio presenta dos características significativas, por un lado ser varón está asociado a mayores tasas de suicidio y por otro, la importancia de la economía, pues en aquellas zonas en las que los ingresos son medios o bajos es donde se observan las mayores tasas de suicidio, llegando esta hasta el 75% (OMS. Organización Mundial de la Salud, 2013).

El conjunto de estos datos, hacen que el suicidio sea considerado uno de los problemas con mayor alcance y es por ello, por lo que la prevención del suicidio, se convierte en una prioridad para diversos profesionales de todo el mundo (Czernin et al., 2012).

Autores como Dalglish et al., (2007), argumentan que el suicidio presenta un carácter multifactorial donde influyen gran variedad de componentes, desde un nivel psicológico, social, biológico, cultural hasta ambiental y por tanto es primordial identificar diferentes estudios que han puesto de manifiesto dichos factores, los cuales quedan recogidos en la siguiente tabla.

Tabla 2 Factores de riesgo

FACTORES DE RIESGO	REFERENCIAS
Fobia social.	(Civelek, Lusic, Genetics, & Angeles,
Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	2014)
Problemas de integración escolar.	(Sánchez-Sosa, Villarreal-González,
Depresión, baja autoestima.	Musitu, & Martinez Ferrer, 2010)
Mal funcionamiento del ámbito familiar.	
Presencia de algún trastorno mental o enfermedad crónica incapacitante.	(Goñi Sarriés & Zandio Zorrilla, 2017)
Intentos previos de suicidio.	
Acontecimientos vitales o estresantes.	
Experiencias de trauma.	(van Heeringen et al., 2016)
Abuso de sustancias y alcohol	
Altos niveles de dolor mental. Desesperanza	(Gvion & Levi-Belz, 2018)
Soledad, impulsividad y agresividad	

Tal y como se observa, son diversos factores los que conllevan al desarrollo de dicha conducta, para ello, varias líneas de trabajo, las cuáles se mostrarán en la tabla 3, se encargan de investigar acerca de los tratamientos más efectivos para paliar la ideación suicida y la sintomatología depresiva, en ella se muestra en primer lugar la terapia elegida por los investigadores en su estudio así como los resultados que han obtenido, de esta manera se ofrece una idea de los tratamientos que se han llevado a cabo para tratar dicha problemática.

Tabla 3 Tratamiento pacientes con riesgo de suicidio

TERAPIA APLICADA	RESULTADOS	REFERENCIA
Terapia Cognitivo Conductual (TCC)	Reducción del 50% en intentos de suicidio reiterados por disminución de desesperanza	(Matthews, 2013)
Terapia de Comportamiento Dialéctica (DBT)	Terapia de elección en trastornos más graves(TLP)	(Yust & Pérez-Díaz, 2012)
Terapia Interpersonal Psicodinámica (PIT)	Eficacia estadísticamente significativa en formato breve o intensivo	Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, (2012)
Farmacoterapia	Suministro de ISRS en primeras semanas reducen los pensamientos suicidas.	(van Heeringen et al., 2016)
Terapia electroconvulsiva	Reducción de la ideación suicida, pero escasez de ensayos controlados	
Terapia multisistémica	Reducción intentos de suicidio	(van Heeringen et al., 2016)
Intervenciones comunitarias y basadas en la familia	No efectivas en pacientes con problemas mentales graves. Promueven la aceptación del tratamiento y reducen la hospitalización	

Como se puede observar, son muchos los estudios que se centran en demostrar la eficacia de un tratamiento, basado en la evidencia, que ayude a la persona a paliar esta problemática, y obtener una salud mental óptima.

1.2 Uso de TICs en Psicología Clínica y de la Salud.

La psicoterapia ha avanzado de una manera considerable, pero las formas habituales de administrarlas (terapia individual o grupal) suponen un gran coste tanto a nivel económico como a nivel social y personal, muchas personas demandan algún tipo de ayuda pero muy pocas consiguen recibir un tratamiento adecuado. Por esto, es necesario trabajar en el desarrollo de nuevas estrategias de intervención que faciliten el acceso a un tratamiento psicológico adecuado, como pueden ser las nuevas tecnologías o las TICs. Este tipo de metodología, si se aplica al mundo de la psicología clínica podría ayudar a todas las personas que presentan algún problema mental, demanden o no ayuda

pues permite mayor acceso a cualquier tipo de tratamiento (Larsen, Nicholas, & Christensen, 2016) , además de suponer una reducción del coste económico al reducir las listas de espera y por tanto acarrea una aceleración de la recuperación clínica con soluciones potenciales (Maria et al., 2013).

El uso de la tecnología aplicada en psicoterapia, puede representar una forma más eficaz de difundir las intervenciones empíricamente validadas (Tulbure, 2011). Gracias a sistemas como la realidad virtual (RV) y la realidad aumentada (RA), entre otros, se ha trabajado en diversos trastornos como los de tipo alimenticio, adicciones y trastornos de ansiedad, en todos ellos, el profesional puede monitorizar al paciente y obtener un seguimiento sobre sus avances o estancamientos que este presente a lo largo del proceso terapéutico (Botella Arbona et al., 2007).

Como se ha mencionado, el uso de las nuevas tecnologías en la práctica clínica, va adquiriendo cada vez más adeptos, pues en los últimos tiempos se ha producido un aumento considerable del uso de dispositivos móviles y de aplicaciones para gestionar la salud mental en la población (Larsen et al., 2016), pero es necesario matizar aquellos aspectos que cabe tener en consideración a la hora de aplicarla y de utilizarla, tanto por parte del profesional como del propio paciente.

En primer lugar, y como ya se comenta con anterioridad, la terapia online presenta grandes ventajas, pero además de las ya indicadas, cabe resaltar otras; por un lado y dentro del aspecto social, la mentalidad de la población ha avanzado respecto a siglos anteriores, pero existen algunos temas que generan gran controversia como es el suicidio, puesto que acarrea un gran estigma social (Ferré-Grau, et al. 2011).

En cuanto al aspecto geográfico, destacar la posibilidad de aproximar al paciente a la figura del terapeuta, es decir, estas intervenciones pueden llegar a un gran número de personas que residen en zonas geográficas más aisladas (Melia et al., 2018) o aquellas que presentan dificultades de acceso (Castillo & Lopez-coronado, 2017).

Finalmente y en lo referente al aspecto más individualizado de la persona, este medio de llevar a cabo la intervención terapéutica, no solo puede ayudar a tratar gran variedad de trastornos, sino que también puede aplicarse en trastornos depresivos y en pacientes con sintomatología suicida, siendo, esta herramienta, muy útil para detectar señales de advertencia de ideaciones suicidas además de realizar una evaluación del riesgo y una intervención de carácter preventivo (Melia et al., 2018).

A todas estas ventajas hay que añadir que cabe la posibilidad de que la terapia pueda suministrarse de una forma más autoaplicada, es decir, otorgarle a la persona la libertad para decidir el lugar, horario y ritmo de aplicación de la misma, haciéndola, momentánea en el caso de que la persona esté atravesando un momento de crisis (Melia et al., 2018) convirtiéndola así, en una gran herramienta de apoyo (Manfrida, Albertini, & Eisenberg, 2017).

A día de hoy, y como se va a desglosar en la tabla 4, se conoce la existencia de un ensayo controlado en Australia, donde los participantes realizan esta terapia distribuida en seis módulos con cuatro componentes por cada uno de estos (Estudio et al., 2015).

Tabla 4 Descripción de los módulos del ensayo Australiano LifeSpan

COMPONENTE	TEORÍA	EJERCICIOS OBLIGATORIOS
Psicoeducación	Pensamiento suicida e ideación.	Reconocimiento de la frecuencia y manejo de la repetitividad
Regulación emocional	Reconocer las crisis futuras.	Activación comportamental Aceptación Plan de crisis
Identificación pensamientos automáticos	Reconocimiento de patrones de pensamiento comunes	
Prevención de recaídas	Posibilidad de futuras decepciones	Imágenes realistas del futuro. Plan de prevención de recaídas

Como se puede ver en la tabla, todos los módulos constan de dos componentes a los cuáles hay que añadir un tercero de ejercicios opcionales, otro de asignación semanal y finalmente, evaluación y preguntas, el cual se encuentra al finalizar cada módulo.

Finalmente, mencionar que a lo largo del tratamiento, los módulos se van abriendo de manera secuencial y una vez realizados estos, se mantienen abiertos y disponibles para el usuario a lo largo de todo el tratamiento.

La investigación existente acerca de la tecnología y los componentes psicológicos necesarios para la prevención online del suicidio de manera autoaplicada sigue siendo escasa, aunque autores como Devenish, Berk, & Lewis, (2016), afirman que el uso de la tecnología móvil puede ser eficaz si se aplica el contenido de dicha intervención, de una manera específica, al problema del suicidio y no a patologías más generales, solo de esta manera, se pueden obtener unos resultados más favorables.

En España, cuyos datos de ideación suicida y comportamientos suicidas se han incrementado notablemente desde el comienzo de la crisis económica, la prevención del suicidio sigue siendo una necesidad clínica no resuelta (Ayuso-Mateos et al., 2012).

El objetivo de este trabajo es desarrollar un componente específico para el tratamiento del suicidio, en una plataforma online que permita la administración de tratamientos autoaplicados con apoyo de un terapeuta.

Para poder elegir el componente el cual se va a trabajar se ha realizado una revisión de diversas guías de práctica clínica, las cuáles pueden observarse en el anexo 1, así como la revisión de diversos artículos, revisiones y meta análisis donde se ha implementado terapia psicológica en pacientes con conducta suicida (anexo 2). Tras estas revisiones se ha seleccionado el componente de psicoeducación, pues se considera, una pieza fundamental en el inicio de la terapia ya que proporciona las estrategias necesarias al paciente para conocer su enfermedad y comenzar a trabajar en ella.

2 Método.

2.1 Objetivos

El presente trabajo, tiene dos objetivos centrales. El primero de ellos pretende desarrollar un componente específico para el tratamiento del suicidio en una plataforma online que permita la administración de tratamientos autoaplicados con apoyo de un terapeuta.

El segundo, se basa en conocer la opinión de psicólogos expertos en tratamiento online mediante un estudio cualitativo o *focus group*.

Como se ha mencionado anteriormente, el primer módulo es el de psicoeducación, en este se propuso como objetivo principal, acercarnos a todas aquellas personas que presentan ideación o intención suicida y que, por diversos motivos, no se encuentran dentro del circuito de atención primaria.

Para lograrlo, se propusieron una serie de objetivos específicos para ir alcanzando la meta propuesta, los cuales se basaban desde explicar el aspecto más básico como es el concepto, en sí, del suicidio, hasta adentrarnos en aquellas personas a las que afecta y mencionar las diferencias entre sexo y edad, y los subtipos del mismo como la conducta suicida y la ideación suicida.

2.2 Participantes

La muestra estuvo compuesta por un hombre y cuatro mujeres, con una media de edad de 37, 4 años (SD=7,02) todos eran psicólogos clínicos, expertos en la elaboración y aplicación de tratamientos psicológicos online. e investigadores *senior*, pertenecientes al Laboratorio de Psicología y Tecnología (LABPSITEC) de la Universidad Jaume I de Castellón profesionales de psicología clínica.

Tres participantes indicaron tener un conocimiento avanzado y dos de ellos indicaron conocimiento normal de la misma.

2.3 Componente psicológico de intervención

El componente de tratamiento seleccionado para desarrollar este trabajo fue la psicoeducación entorno al suicidio. En su versión online, denominaremos al componente completo como “módulo de tratamiento”. Para la elaboración del módulo de tratamiento, se realizó una selección de los puntos clave de la intervención para la prevención del suicidio desarrollada por “*The black dog institute*”: 1) bloque de teoría, 2) bloque de ejercicios obligatorios, 3) bloque de ejercicios para casa y 4) una evaluación al finalizar el modulo (Estudio et al., 2015).

El primer apartado del módulo psicoeducativo, hace referencia a la bienvenida, en ella se le explica al usuario en qué consiste este módulo y cuáles son sus objetivos.

Los siguientes apartados, se centran en explicar que es el suicidio y a las personas afecta distinguiendo entre sexo y edad así como las diferencias entre la conducta y la ideación suicida.

Tras la parte teórica, el usuario entra en la parte práctica del módulo, en primer lugar tiene un ejercicio inicial el cual consiste en crear de una manera visual el círculo de confianza que presenta la persona; a continuación se le da un apartado de autoevaluación para comprobar si los conceptos vistos han quedado afianzados o es necesario repasar alguno de ellos finalmente un ejercicio para casa que consiste en tener una lista de personas, lugares o pensamientos a los que pueda recurrir en caso de emergencia.

En todo momento y al inicio del módulo se le comunica que dispone de un teléfono al cual pueda llamar en cualquier momento. En el anexo 3, se incluye una tabla sintetizando esta información.

2.4 *Materiales*

Para la elaboración de este trabajo se utilizaron los siguientes materiales:

2.4.1 **Software**

- El módulo fue elaborado utilizando el Software *Constructor Labpsitec*: www.modulos.labpsitec.es El grueso del módulo online, se ha realizado mediante la plataforma desarrollada por LABPSITEC, Laboratorio de Psicología y Tecnología de la Universidad Jaime I de Castellón (UJI), en el anexo 4 se pueden consultar algunas capturas de pantalla de este software. Cabe destacar, que este software permite que una persona clínica, sin conocimiento técnico, programe las distintas páginas web que compone un módulo de tratamiento.
- La plataforma de software utilizada para visualizar y presentar el módulo de tratamiento durante el *focus group* fue: www.psicologiaytecnologia.com. Una plataforma desarrollada por profesionales de la UJI (ver anexo 5), cuya finalidad es proporcionar tratamientos psicológicos online autoaplicados y personalizables para cada paciente.
- Para realizar los videos que se incluyeron dentro del módulo se utilizó el programa Movavi Video Editor Plus.
- Para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos, el IBM SPSS Statistics Base 22.0.

2.4.2 **Materiales multimedia.**

Todas las imágenes que aparecen a lo largo del módulo han sido extraídas de un banco de imágenes, libres de derechos de autor, propiedad de LABPSITEC de la UJI.

2.4.3 **Materiales para la presentación del focus group**

Los materiales que se utilizaron para la presentación del módulo durante el *focus group* fueron:

- Ordenador portátil.
- Pantalla de proyección.
- Power point de presentación.
- Grabadora de sonido para facilitar su transcripción (ver anexo 6).

2.5 Instrumentos y medidas

Los instrumentos que se utilizaron en la realización del *focus group* fueron:

- Consentimiento informado (ver anexo 7).
- Cuestionario PRE, en el que se recoge el perfil de los participantes del *focus group* (ver anexo 8).
- Entrevista estructurada final (anexo 9).

2.6 Procedimiento

A continuación se describen el procedimiento que se llevó a cabo para la elaboración del módulo online.

La creación del módulo de intervención se llevó a cabo en dos fases. La primera de ellas fue la creación del contenido clínico de psicoeducación, el cual se llevó a cabo mediante un borrador utilizando el programa Word. En una segunda fase, se adaptó dicho contenido a su formato web online, que se estructuró en los siguientes pasos:

1. Creación de los metadatos del módulo de intervención: asignar un nombre al módulo, descripción (sólo visible para terapeutas) y selección de un logotipo que permita identificar el componente online visualmente.
2. Creación de permisos: consistió en asignar permisos a otros terapeutas, en este caso a la tutora de este trabajo, para que pudiera acceder al trabajo en tiempo real.
3. Creación del módulo: Se crearon tres páginas de contenido psicoeducativo, una de ejercicios, autoevaluación y tareas para casa.
4. Edición de contenidos del módulo: El software utilizado permitió incluir gran variedad de elementos de texto (título, subtítulo, cuadros, etc.), multimedia (videos, imágenes, pdf), texto y multimedia, recursos clínicos (recuerda, tareas para casa, índice, etc) y finalmente un apartado con otros en donde se observan posibilidades de añadir enlaces a páginas webs entre otros.

Una vez finalizado el módulo se procedió a realizar el estudio cualitativo mediante la realización del *focus group*. Para ello se solicitó la colaboración de especialistas clínicos, que trabajan en el campo de las nuevas tecnologías (Laboratorio de Psicología y Tecnología), de la universidad Jaume I de Castellón. Este perfil de usuario fue elegido con la finalidad de obtener información cualitativa de calidad que permitiera detectar aspectos susceptibles de mejora, tanto a nivel clínico como a nivel técnico.

Para el llamamiento se contó con la colaboración de la tutora de este trabajo, Diana Castilla, que fue quien contactó con los miembros del grupo de investigación LABPSITEC. Un total de 5 profesionales accedieron a participar y fueron citados el 1 de julio de 2019 en el edificio de investigación II, de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Jaume I de Castellón, concretamente en la sala de reuniones a las 13:00 horas.

Al *focus group* asistieron los 5 profesionales de LABPSITEC, la autora de este trabajo en el rol de experimentador y conductora del *focus group* y la tutora de este trabajo de fin de máster como observadora. Antes de comenzar la sesión, se repartió entre los asistentes la hoja de consentimiento informado, donde se les indicó las condiciones del estudio y que la sesión iba a ser grabada en audio. A continuación rellenaron un cuestionario PRE elaborado AD HOC para este estudio, para conocer su familiaridad con la plataforma *Psicología y Tecnología*.

El *focus group* tuvo una duración de 69 minutos y se estructuró tal y como se detalla a continuación: En primer lugar, y con la ayuda de un power point explicativo se comentaron los objetivos que se perseguían así como el que tema trabajado.

En segundo lugar, se presentó página por página la propuesta de módulo de intervención para prevención de suicidio, facilitando mediante preguntas el debate y la participación de todos los profesionales.

Para concluir con la sesión, los participantes respondieron un cuestionario POST para que pudieran, de manera individual valorar la utilidad clínica del componente de prevención de suicidio presentado y proporcionar un espacio en el que pudieran añadir cualquier cuestión que consideraran importante que no se hubiera abordado durante la sesión de *focus group*.

2.7 Resultados

A continuación se presentan los resultados más relevantes obtenidos en el *focus group*. En la tabla 5 se recoge un resumen de los datos extraídos de la reunión divididos según el impacto que tienen en el trabajo, así como los aspectos que miden en la aplicación dichas variables.

Tabla 5 Nivel de impacto, variables y consideraciones importantes.

IMPACTO	VARIABLE	¿QUÉ MIDE?	COMENTARIOS
ALTO	Incoherencia de contenido con la temática propuesta	Nivel de utilidad. Clínico	Ajustar el contenido, al tema psicoeducativo que se presenta.
	Delimitar población objetivo y punto de partida de la intervención	Nivel de utilidad. Clínico	
	Diferenciar y explicar, los conceptos y subtipos del suicidio de manera clara.	Nivel de utilidad. Contenido y clínico	
	Utilizar testimonios y ejemplos más específicos	Nivel de utilidad. Contenido y clínico	
	Otorgar herramientas de actuación inmediatas.	Nivel de utilidad. Clínico	Creación del plan de seguridad, actuación en crisis...
MEDIO	Establecimiento de metas más accesibles	Nivel de utilidad. Clínico	Reducir la propuesta de metas fijadas a largo plazo.
	Número de atención en crisis	Nivel de utilidad. Contenido. Utilidad percibida	Poner a disposición de la persona en todas las páginas un número de contacto en caso de emergencia.
	Feedback en la autoevaluación	Nivel de utilidad. Contenido	
	Importancia video narrativo introductorio	Facilidad de uso percibida	
BAJO	Aspectos formales videos	Facilidad de uso percibida	Incorporación botón “play” en los videos.

Tal y como se puede ver en la tabla 5, se identificaron ocho aspectos susceptibles de mejora. Se categorizaron en función de niveles de impacto (alto, medio y bajo), para posteriormente categorizarlos en nivel de utilidad (clínica y de contenido) y facilidad de uso percibida para el usuario. A nivel cualitativo, mencionar que los profesionales destacaron la importancia de adecuar el contenido a un enfoque más centrado en la psicoeducación, así como la necesidad de dejar claros y establecidos, los diferentes tipos y los aspectos más relevantes sobre esta enfermedad.

Por otro lado, se consideró de gran importancia, identificar una población objetivo, es decir, o bien delimitar la población a una franja de edad determinada o establecer varios

aspectos para abarcar un grupo más amplio de población, para lo cual se recomendó además el uso de testimonios o ejemplos adaptados al destinatario.

En lo referente a las variables de impacto medio y bajo, se puso en cuestión, la necesidad de establecer unas herramientas de actuación inmediatas a lo largo del módulo así como un número de teléfono donde recurrir en situaciones de crisis.

Finalmente, destacar algunos de los aspectos más relevantes a nivel de contenido o facilidad de uso percibida, pues se consideró necesario, adaptar los videos en cuanto a aspectos más técnicos y formales el contenido para que el usuario pueda entenderlos mejor.

3 Discusión y conclusiones

El objetivo general de este trabajo es la creación de un componente psicoeducativo autoaplicado a nivel online para la prevención del suicidio cuyos objetivos específicos se basan en si la creación de dicho módulo se adecua a las necesidades del usuario, tanto a nivel clínico como a nivel de facilidad de uso percibida, para ello nos hemos basado en lo que la literatura indica para los contenidos clínicos y en el modelo TAM (Modelo de Aceptación de la Tecnología, propuesto por Davis) para los aspectos relacionados con la experiencia de usuario (aceptabilidad y usabilidad).

Para alcanzar estos objetivos, se realizó una revisión teórica de la literatura científica para poder seleccionar el componente adecuado de prevención y desarrollarlo en formato autoaplicado online. Las publicaciones llevadas a cabo por “*The black dog Institute*” uno de los centros de investigación del mundo más importantes en materia de depresión y suicidio, ubicado en Australia, han sido de especial relevancia en esta revisión de la literatura. Autores como Spijker et al., 2015 desarrollaron y estudiaron los efectos clínicos de dos programas orientados a la prevención del suicidio: *LifeSpan* donde se promovían 9 estrategias de prevención e *iBobbly*, cuyo objetivo era estimular los comportamientos de búsqueda de ayuda en los jóvenes aborígenes e isleños. En lo referente a la eficacia de estos estudios, se observó que la implementación de una aplicación específica para la prevención del suicidio, presentaba resultados significativos a la hora de reducir pensamientos suicidas en pacientes no crónicos, puesto que presentan menor deterioro en diversas áreas como la concentración, atención

y motivación (Van Spijker et al., 2018). Es por esto que consideramos necesario realizar un abordaje primario de dicha problemática desde la psicoeducación. También, se observó, que la inclusión en los diferentes módulos, de un protocolo de seguridad, monitorización quincenal del usuario así como la creación de alertas de riesgo, seguimiento y entrega de materiales útiles para el día a día, contribuía significativamente en la reducción de las tendencias suicidas de las personas.

Cabe destacar que la evidencia disponible actualmente acerca de estos programas de prevención del suicidio online, es escasa, estableciéndose mejoras a nivel significativo en grupos muy determinados de población, como era el caso del programa *iBobbly*, para poder establecer la eficacia de estos programas sería necesario poder extrapolar dichos resultados a otros grupos de población. En este sentido, al no disponer de ningún programa de estas características en España, este trabajo representa una primera aproximación al desarrollo de un programa de estas características en nuestro país.

Sin embargo, es imprescindible madurar este tipo de propuestas de intervención y someterlas a juicio clínico antes de implementarlas en población general. Por eso, se llevó a cabo una discusión cualitativa mediante la técnica del *focus group* con profesionales del ámbito de la psicología clínica y de las nuevas tecnologías aplicadas al tratamiento psicológico, para valorar si el contenido clínico desarrollado era adecuado y si podría responder a las necesidades de los usuarios. Una de las conclusiones más importantes de este estudio cualitativo, es el alto grado de acuerdo entre los clínicos de la necesidad de realizar este tipo de programas de intervención, pues actualmente no existe ninguna aplicación en sí para la prevención del suicidio en España, a pesar de que sí que existen numerosas aplicaciones para reducir la ansiedad y la depresión (Tighe et al., 2017). El módulo presentando, tuvo una gran aceptación entre los profesionales, puesto que lo consideraron una intervención rápida, momentánea y potencialmente eficaz. Por tanto, cabe concluir que nuestra propuesta de seleccionar un módulo psicoeducativo fue apoyada por la opinión de los participantes del estudio. No obstante, el *focus group* puso de manifiesto distintos aspectos susceptibles de mejora en relación a las características clínicas y técnicas. A modo de recomendaciones para futuros trabajos se podrían resumir en las siguientes:

1. Definir una población objetivo sobre la que se desea actuar para obtener mayores beneficios en la implementación.
2. Adaptabilidad de ejemplos y posibilidad de incluir testimonios para que el usuario se sienta identificado con su problemática y parte del proceso terapéutico.
3. Profundizar en el aspecto psicoeducativo indicando que el suicidio es una elección errónea e irreversible para aliviar el sufrimiento y dotarle de herramientas y posibles estrategias de afrontamiento.
4. Adecuación de los contenidos multimedia para crear en el usuario un sentimiento de empatía y comprensión que afiance la alianza terapéutica.
5. Dotar al programa de estrategias inmediatas para actuar en situaciones de crisis. Teléfonos, centros de referencia, webs o personas de contacto en caso de crisis

Las nuevas tecnologías pueden favorecer un gran avance en la disseminación y acceso a tratamientos psicológicos, al hacerlos más accesibles, disminuir las listas de espera de la salud pública, y reducir costes, lo cual podría permitir ofrecer tratamientos eficaces de forma momentánea en situaciones de crisis. Este trabajo puede ayudar a avanzar en el conocimiento que tenemos acerca de los componentes clínicos y técnicos que podrían ser necesarios para desarrollar este tipo de intervenciones.

Este trabajo ha sido realizado con una intención exploratorio y piloto, y es necesario poner de manifiesto, algunas de sus limitaciones. En primer lugar, la revisión de la literatura llevada a cabo ha sido una revisión narrativa. Una revisión sistemática de este tipo de intervenciones fortalecería las conclusiones acerca de qué módulos de intervención podrían ser más adecuados. En segundo lugar, el estudio empírico de este trabajo se ha realizado con profesionales, dado el grado de madurez del contenido clínico no se ha estimado conveniente someterlo a prueba con población clínica/general. Como línea de trabajo futura, se plantea mejorar el contenido clínico psicoeducativo y complementarlo con medidas de contingencia específicas para cada grupo de población (donde llamar o acudir en caso de crisis) en función de la edad o comunidad autónoma y someterlo a prueba con población general, en primer lugar en un estudio piloto y en función de los resultados ampliar la muestra en un ensayo no controlado.

4 Referencias.

- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., ... Saiz Ruiz, J. (2012). Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 5(1), 8–23. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>
- Barnes, D. H. (2010). *The truth about suicide*.
- Botella Arbona, C., Baños Rivera, R. M., García Palacios, A., Quero Castellano, S., Guillén, V., & Marco, H. J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. *UOC Papers: Revista Sobre La Sociedad Del Conocimiento*, (4), 8. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2271719&info=resumen&idioma=SPA>
- Castillo, G., & Lopez-coronado, M. (2017). *Mobile Apps for Suicide Prevention: Review of Virtual Stores and Literature*. (October). <https://doi.org/10.2196/mhealth.8036>
- Civelek, M., Lusic, A. J., Genetics, M., & Angeles, L. (2014). Impulsivity and Suicidality in Adolescent Inpatients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(1), 34–48. <https://doi.org/10.1038/nrg3575>.Systems
- Czernin, S., Vogel, M., Flückiger, M., Muheim, F., Bourgnon, J. C., Reichelt, M., ... Stoppe, G. (2012). Cost of attempted suicide: A retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Medical Weekly*, 142(JULY), 1–10. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13648>
- Estudio, P. D. E., Spijker, B. A. J. Van, Caele, A. L., Batterham, P. J., Mackinnon, A. J., Gosling, J. A., ... Salomón, D. (2015). *La reducción de pensamientos suicidas en la población general de Australia a través de autoayuda basado en la web: protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorizado*. (ensayos), 1–10.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de sanitat universal i salut publica. (2007). Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. *Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública*, Vol. 136, pp. 23–42.
- Goñi Sarriés, A., & Zandio Zorrilla, M. (2017). El suicidio: Un reto para la prevención. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(3), 335–338.

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0122>

- Gvion, Y., & Levi-Belz, Y. (2018). Serious suicide attempts: Systematic review of psychological risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9(MAR), 1–17. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00056>
- Larsen, M. E., Nicholas, J., & Christensen, H. (2016). A Systematic Assessment of Smartphone Tools for Suicide Prevention. 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152285>
- Manfrida, G., Albertini, V., & Eisenberg, E. (2017). Connected: Recommendations and Techniques in Order to Employ Internet Tools for the Enhancement of Online Therapeutic Relationships. Experiences from Italy. *Contemporary Family Therapy*, 39(4), 314–328. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9439-5>
- Matthews, J. D. (2013). Cognitive Behavioral Therapy Approach for Suicidal Thinking and Behaviors in Depression. In *Mental Disorders - Theoretical and Empirical Perspectives* (pp. 23–43). <https://doi.org/10.5772/52418>
- Melia, R., Francis, K., Duggan, J., Bogue, J., O’Sullivan, M., Chambers, D., & Young, K. (2018). Mobile Health Technology Interventions for Suicide Prevention: Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Research Protocols*, 7(1), e28. <https://doi.org/10.2196/resprot.8635>
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2013). *Suicidio : hechos y datos* (p. 1). p. 1. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf
- Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Musitu, G., & Martínez Ferrer, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 279–287. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n3a8>
- SUPRE, O. (2007). Prevención del suicidio. un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. In *Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías* (Vol. 136).
- Tighe, J., Shand, F., Ridani, R., MacKinnon, A., De La Mata, N., & Christensen, H. (2017). Ibobly mobile health intervention for suicide prevention in Australian Indigenous youth: A pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*, 7(1), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013518>
- Tulbure, B. T. (2011). The efficacy of Internet-supported intervention for social anxiety disorder: A brief meta-analytic review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*,

- 30, 552–557. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.108>
- van Heeringen, K., Höschl, C., Cozman, D., Carli, V., Lipsicas, C. B., Sarchiapone, M., ... Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30030-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30030-x)
- Van Spijker, B. A. J., Werner-Seidler, A., Batterham, P. J., Mackinnon, A., Callear, A. L., Gosling, J. A., ... Christensen, H. (2018). Effectiveness of a web-based self-help program for suicidal thinking in an australian community sample: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2). <https://doi.org/10.2196/jmir.8595>
- Wassarman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowsky, M., Titalmen, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., Carli, V. (2012). Az Európai Pszichiátriai Szövetség (*European Psychiatric Association* , *EPA*) útmutatója az öngyilkosság kezelésére és megelőzésére. 113–136. <https://doi.org/10.5706/nph201206004>
- Yust, C. C., & Pérez-Díaz, A. G. L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97–114. <https://doi.org/10.1021/jf405554z>

5 Anexos

ANEXO 1: Guías de práctica clínica

TERAPIA	ASPECTOS ESTUDIADOS	ANOTACIONES	REFERENCIAS
TCC	<ul style="list-style-type: none"> -Reestructuración cognitiva como técnica fundamental. -Modificación de conductas disfuncionales. -Pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas -Activación conductual 	<p>Sesiones semanales 15-20 sesiones en total Duración: 60 minutos</p>	Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, (2012)
DBT	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de mindfulness -Regulación emocional -Eficacia interpersonal (cambio y mejora de las relaciones interpersonales) -Aumento de la tolerancia a la ansiedad 	<p>Terapia elegida ante TLP o conducta suicida crónica Sesiones individuales, grupales o de apoyo telefónico</p>	
MACT	<ul style="list-style-type: none"> -Basada en el entrenamiento de habilidades 	<p>Idónea para trastornos de personalidad. Las sesiones son con el terapeuta y autoayuda</p>	
TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (TRP)	<ul style="list-style-type: none"> -El aumento de las habilidades de resolución de problemas supone una disminución de la carga e ideación suicida. -Listado de priorización de problemas, propuesta y estrategias de afrontamiento. 		

	-Generalización de habilidades adquiridas		
TERAPIA INTERPERSONAL (TIP)	-Mejora de las relaciones interpersonales y contexto social inmediato. -Trabajo sobre los síntomas y malestar relacionado con la situación del paciente	Sesiones semanales 12-16 sesiones en total Objetivo sesión: facilitar la comprensión de sucesos recientes y explorar las alternativas	
TERAPIA FAMILIAR	-Componer y encuadrar el comportamiento individual en el contexto de las interacciones con 4 fases : evaluación, psicoeducación, intervención en las áreas (cognitivo, afectiva, interpersonal y conductual) y retroalimentación	Sesiones combinadas con el paciente y la familia en un total de 6 sesiones Duración: 60 minutos Combina la terapia conductual, psicodinámica y sistémica	
TERAPIA PSICODINÁMICA	Trabajo sobre la resolución de la naturaleza de los conflictos que se dan en el inconsciente	Centrada en el aquí y ahora.	
TERAPIA ELECTROCONVULSIVA	Reducción significativa del comportamiento suicida	El apoyo social es esencial en cualquier tipo de tratamiento elegido para la prevención del suicidio	(Wassarman, D., et al., 2012)
	Preferible combinar con farmacoterapia y psicoterapia		(Barnes, 2010)


ANEXO 2: Revisiones y metaanálisis con terapia psicológica aplicada

ACTIVIDADES PROGRAMA	RESULTADOS	ANOTACIONES	REFERENCIAS
<p>Valoración y tratamiento TCC orientada al manejo de situaciones de ideación y comportamiento suicida Plan de cuidados específico Apoyo telefónico</p>	<p>Reducción de recaídas en un 51% Los pacientes que recayeron no necesitaron ingreso hospitalario. No se vieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo, método empleado, edad o número de intentos previos</p>	<p>10 sesiones durante 6 meses</p>	<p>Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, (2012)</p>
<p>Plan terapéutico individualizado. Integración del paciente a salud mental Grupos de TCC, de intervención en crisis y ayuda a los supervivientes Seguimiento presencial o telefónico a los 6 y 12 meses</p>	<p>Reducción de la conducta suicida en un 11% y de hospitalización en un 9,5% La psicoeducación en fase temprana propició una reducción de las ideas autolíticas La información previa facilita la petición de ayuda</p>		
<p>Intervención comunitaria en 4 niveles: -Cooperación con los equipos de atención primaria -Cooperación con los medios de comunicación y programas escolares de concienciación y prevención -Sesiones de formación de trabajadores sociales, educadores, etc. -Intervenciones específicas para grupos de alto riesgo</p>	<p>Se redujo la tasa de pacientes con riesgo de suicidio en un 8%. Los que recibieron atención telefónica tardaron mayor tiempo en un reintento de autólisis</p>	<p>En los grupos de alto riesgo se desarrolló un programa de gestión telefónica durante un año</p>	
<p>Psicoeducación, dando a conocer los determinantes del suicidio y las actitudes y comportamientos a desarrollar de autoayuda Evaluación y prevención de recaídas</p>	<p>Durante el periodo de seguimiento el 80% de los pacientes no presentaron recaídas</p>		

ANEXO 3: Contenido del módulo

APARTADO	ASPECTOS CLÍNICOS	CONTENIDO MULTIMEDIA.
Bienvenida 1	Índice de los contenidos a tratar y objetivos del módulo.	Vídeo introductorio
Bienvenida 2	Información básica antes de comenzar.	Recuerda.
Contenido 1	Qué es el suicidio y a quienes afecta.	Vídeos ejemplos prácticos.
Contenido 2	Diferencias según sexo y edad	Gráficas.
Contenido 3	Diferencias conducta e ideación suicida	Imágenes, recuadro contenido importante y resumen pdf. Plantilla en pdf con los ejercicios
Ejercicios obligatorios	Explicación ejercicio “Estableciendo nuestro círculo”	Imágenes y plantilla pdf
Preguntas de autoevaluación	Preguntas de opción dicotómica o múltiple.	Preguntas con feedback correcto, incorrecto
Tareas para casa	Explicación del ejercicio “Creando mi plan de seguridad”	Imágenes, recuadro de información importante y plantilla pdf.
Cierre	Despedida del primer módulo	Imágenes pdf resumen.

ANEXO 4: Constructor.



CONSTRUCTOR
Teradmin

Crear Módulo

Editar Módulo

Añadir Idioma

Permisos

Vista Definitiva

Bienvenido/a Noelia Edo Aliaga Cerrar sesión 

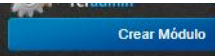
Listado de Módulos

Buscar:

Selecciona un idioma: Todos ▼

Nombre Corto	Nombre Largo	Idioma	Nombre Interno	Preview
PS1	Conocimientos generales	es	01. Prevención de suicidio	

Constructor© 2012, Labpsitec | LabHuman



CONSTRUCTOR
Teradmin

Crear Módulo

Editar Módulo













Añadir Idioma

Permisos

Vista Definitiva

Páginas Módulo 01. Prevención de suicidio

Nueva página

Orden	Tipo	Ver	Borrar
1	Bienvenida		
2	Bienvenida		
3	Contenido		
4	Contenido		
5	Contenido		
6	Ejercicios		

ANEXO 5: Plataforma www.psicologiytecnologia.com

← → 📄 psicologiytecnologia.com ☆

Psicología y Tecnología

USUARIO
CONTRASEÑA
¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA? [ENTRAR](#)

¿QUÉ ES? **OBJETIVO** ¿QUIÉN SE PUEDE BENEFICIAR? ¿QUIÉNES SOMOS?

La salud es uno de los bienes más preciados que tenemos, es importante cuidarla y promoverla.

Durante años, la investigación científica en psicología ha desarrollado intervenciones psicológicas que han demostrado ser eficaces para tratar distintos trastornos y también para abordar diversos aspectos psicológicos que afectan a las personas que sufren enfermedades. En la actualidad ya es posible aplicar algunos de esos programas a través de Internet.

Psicología y Tecnología contiene programas de tratamiento para distintos problemas de salud mental y física, que pueden ser aplicados en función de las necesidades específicas de cada persona, paso a paso, y adaptándose al ritmo del usuario, desde casa o desde cualquier lugar con acceso a Internet. Algunos de ellos son auto-aplicados y otros requieren, en menor o mayor medida, el apoyo de un profesional, en menor o mayor medida.

Psicología y Tecnología

¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA? [ENTRAR](#)

¿QUÉ ES? **OBJETIVO** ¿QUIÉN SE PUEDE BENEFICIAR? ¿QUIÉNES SOMOS?

Psicología y Tecnología está diseñada para ayudar a muchas personas. Incluye programas de intervención para ayudar a las personas a superar distintos problemas que dan lugar a sintomatología clínica.

- **Problemas psicológicos.** Por ejemplo, estar triste y decaído, sin ganas de hacer nada, experimentar nerviosismo o ansiedad, no disfrutar de cosas con las que antes sí se disfrutaba, tener dificultades para dormir, cambios en el apetito y la ingesta, experimentar inquietud, irritabilidad y/o tensión muscular, tener miedo de hablar en público o de interactuar con otras personas, tener miedo de estar en lugares en los que haya aglomeraciones, miedo a las sensaciones corporales como palpitaciones, sudoración o mareo, tener preocupaciones constantes o ideas obsesivas, necesitar hacer determinadas cosas por miedo a posibles consecuencias etc.
- **Un problema médico,** para el que esté indicado apoyo psicológico como condiciones de dolor crónico (fibromialgia, lumbalgia crónica), cáncer y obesidad.
- **Deseos de mejorar su bienestar psicológico** en general y que no sufren ningún trastorno mental, ni enfermedad médica.

Psicología y Tecnología

¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA? [ENTRAR](#)

¿QUÉ ES? **OBJETIVO** ¿QUIÉN SE PUEDE BENEFICIAR? **¿QUIÉNES SOMOS?**

Las intervenciones psicológicas se asocian, sobre todo, a trastornos mentales como la depresión y trastornos de ansiedad. También existen intervenciones psicológicas que pueden beneficiar a personas que sufren enfermedades médicas.

Por otra parte, las intervenciones psicológicas no sólo se aplican a personas que sufren problemas, sino también a personas que necesitan mejorar su estado psicológico o emocional. Es lo que llamamos "promoción del bienestar"

Psicología y Tecnología ofrece distintos programas para el tratamiento de algunos trastornos mentales, el tratamiento de aspectos psicológicos en enfermedades médicas y la promoción del bienestar. También se ofrecen algunas técnicas que pueden complementar a cualquiera de los 3 grupos de intervenciones disponibles.

[TRATAMIENTOS PARA PROBLEMAS PSICOLÓGICOS \(ampliar\)](#)

[ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN ENFERMEDADES MÉDICAS \(ampliar\)](#)

[PROMOCIÓN DEL BIENESTAR \(ampliar\)](#)

[HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS COMPLEMENTARIAS \(ampliar\)](#)

ANEXO 6: Transcripción *Focus group*.

A: -Nuestra línea principal de investigación, es la utilización de tecnologías en psicología clínica y de la salud, entonces desde hace muchos años estamos trabajando en eso y nuestra opinión a lo largo de los años y apoyándonos en la literatura científica al respecto, parece que funciona la terapia online, tiene muchos datos de eficacia, estudios de meta-análisis que lo demuestran.

Se ha trabajado mucho en patologías como la depresión, trastornos emocionales en general, dolor crónico, etc... y los datos son muy buenos en cuanto a eficacia, aceptación por parte del paciente y ahora trabajamos con el hándicap de la implementación en todos los ámbitos como por ejemplo en la sanidad pública.

B: Añadir la experiencia con realidad virtual, realidad aumentada, uso de dispositivos móviles y también la implementación de la línea autoaplicada con apoyo del terapeuta y sin apoyo donde quizá la característica fundamental es la difusión que puede tener, la cantidad de personas a las que puede llegar a través de un tratamiento online, llegando a todas las personas que lo necesitan.

C: También comentar, que los programas auto-aplicados pueden ayudar también a personas con problemas de estigma social y sobretodo en la problemática que se plantea, el suicidio, donde la persona puede recibir información basada en la evidencia, evitando el estigma que le pueda suponer.

D: Finalmente comentar, que en el aspecto del suicidio, la evaluación en salud se hace de una forma exhaustiva, cuando la persona se encuentra dentro de un circuito de salud mental pero cuando esta no está dentro del circuito (atención primaria), la valoración de la ideación suicida o la intención es más poco frecuente y muchos casos acaban con un desenlace de suicidio sin llegar a salud mental. Entonces herramientas como la tecnología que puedan llegar a tanta gente, que ayuden a detectar casos, o a reducir el desconocimiento de la población, se puede dar respuesta a este problema Infra-detectado.

Por tanto, es un proyecto muy bien planteado el que quizá se pueda dividir en dos fases una primera de detección y una segunda de tratamiento ya sea derivación o un abordaje autoaplicado a través de la aplicación, pero es totalmente necesaria una fase de detección.

E: Mencionar que existen personas que pueden tener dificultad de desplazamiento, además añadir algunas ventajas, basadas en la literatura como reducción de costes y agilización de las listas de espera.

C: Respecto a lo que comenta mi compañero de la detección, destacar la importancia que esto tiene, pues gracias a esta se puede ver otros aspectos como la aceptabilidad, la diseminación de cómo llegar a todas las personas, adecuación a los pacientes, abandonos que se puede dar a lo largo de la terapia, así como la alianza terapéutica con el programa online.

Es importante comentar todos los aspectos de la aplicación tanto a nivel de contenido como lo que refiere al aspecto más clínico.

En lo referente al aspecto clínico cabe mencionar varios aspectos. En primer lugar, se observar una **incoherencia presentación módulo psicoeducativo** para prevención de suicidio, pues el contenido que se presenta, está enfocado a una terapia cognitiva sin verse en ningún momento claramente el concepto en sí de la psicoeducación.

C: Sería conveniente especificar que es el suicidio, así como tipos de este y sobre todo mostrarle a la persona ejemplos enfocados a la problemática y no a nivel general, pues la persona no se puede sentir identificada y puede pensar, yo pienso que tengo esa idea en la cabeza y entro a este módulo y no están hablando de lo que a mí me pasa.

A: Se podría incluso establecer factores de riesgo y factores protectores, así como factores socio- demográficos.

D: En cuanto a los factores socio- demográficos, yo lo llamaría factores bio-psico- sociales, es decir hay que tener en cuenta la diferencia entre *el perfil de persona que se suicida en lo referente a prevalencia (varón, mayor residente en el mundo rural), pensamientos más enfocados a mi contribución en la vida ya ha finalizado, ya no apporto nada, he perdido el sentido de la vida, pérdida de valores, cambio en el rol familiar. Consideraría la necesidad de enfocar el tratamiento a un grupo específico de población.*

B: También puedes barajar la opción de otorgarle un enfoque más complicado al destinarlo a franjas de población dispares y que no se escape ninguno, en este caso, cabría jugar con la habilidad de intentar encajar diferentes piezas con la ayuda por ejemplo de testimonios lo que puede ayudar a abarcar a un grupo de población amplio y acercarnos a todos ellos.

D: Además podrías incluir una diferenciación de los tipos de suicidio pues es importante diferenciar entre ideación, plan, intención...y de esta forma puedes abarcar a un amplio grupo de población jugando con que algún ejemplo de los propuestos capte su atención al sentirse identificada

E: Mencionar también que existen diferencias entre estos subtipos según el rango de edad de la persona, existen personas mayores del ámbito rural que son los que estadísticamente tienen un porcentaje mayor de acto suicida pero también hay que considerar la importancia del suicidio en jóvenes. Según la edad, el sexo y las características demográficas de las personas se observan diferencias en los factores que le llevan a cometer dicho acto, pues como decía mi compañero la persona mayor puede tener un sentido de desesperanza o pérdida de valores, pero muchos los jóvenes o adultos, también tienen la idea de acabar con el sufrimiento y por ello es necesario otorgarle diversidad de recursos para que la persona no vea como única solución el suicidio pues es un acto irreversible. Recordar que el suicida no quiere suicidarse, sino acabar con su sufrimiento.

C: El otorgarle recursos y herramientas es importante, pero hay que tener en cuenta que el suicidio es más una intervención en crisis, yo no lo plantearía como un tratamiento de larga duración, ante pensamientos suicidas de la persona hay que hacer algo con carácter urgente no es un proceso de estado de ánimo bajo, hay que darle a la persona una herramienta rápida, que provoque un cambio.

D: Exacto, se podría plantear la posibilidad de trabajar la defusión como técnica más inmediata de separarnos de los pensamientos que nos acechan pero en módulos más avanzados, es decir, cambiar la relación con los pensamientos para llevar a cabo una conducta contraria.

A raíz de estos comentarios surgió, por tanto la necesidad de saber con que población objetivo se iba a trabajar, si se establecería la psicoeducación para una franja de población muy reducida y limitar el componente a aspectos más específicos de esta población, o intentar abarcar a la población en general.

D: En España cuando una persona tiene un intento de suicidio, entra en circuito de salud mental y cuando esta dentro de este circuito, carece de sentido llevar a cabo un tratamiento online porque está dentro de este circuito (hospitalización, derivación a salud mental...) El problema reside en al gente que está infra detectada y con la gente

que se debe trabajar. En salud mental existe un seguimiento por parte de estos, por tanto darle importancia a este tipo de gente, la cual no esta en atención primaria y puede llegar a esta información a través de las nuevas tecnologías.

En lo referente a los aspectos de contenido de la aplicación, se comentaron diversos aspectos comentados a continuación:

A: Es importante que todos los vídeos queden remarcados como tal estableciendo el botón del play pues en el primero a mi me llevó a confusión por no saber si era una imagen o un video.

E: Estoy de acuerdo con mi compañera, además mencionar que las fotos que presentan algunos videos, hace que te pierdas de la temática, no son totalmente adecuadas a la narración y por tanto considero necesario modificar algunas de estas.

B: Decir, en lo referente a los vídeos que la idea de introducir los conceptos explicando en que consiste el módulo es un acierto pues se le facilita a la persona una parte más “pesada” ofreciéndole todo esto de una forma visual que puede facilitar la adherencia terapéutica de la misma.

C: Una parte que considero importante mencionar, es que sería adecuado proporcionar en todas las páginas un número telefónico donde la persona pueda recurrir si se encuentra en una situación grave donde su vida corre peligro.

D: Se podría plantear la posibilidad de incluir en el módulo un feedback donde en primer lugar se evalúa al paciente y en base a sus respuestas remitirlo a un punto u otro del módulo, según si la persona presenta ideación, intención, plan...


A: Por mi parte, añadir que en las preguntas de auto- comprobación, es muy positivo incluir un feed-back en la respuesta del usuario, de esta manera se siente implicado en el proceso y puede suponer un gran apoyo.

Finalmente, en cuanto a sugerencias aportadas en un nivel más general, se establecieron varias como por ejemplo, la eliminación de determinados tecnicismos utilizados para hacerlo más accesible para el paciente, así como eliminar el miedo del terapeuta al hablar del suicidio.

A: Hay que tener en cuenta que al hacer prevención hay que tener en cuenta la peligrosidad que puede acarrear, con el suicidio no existe efecto llamada, es necesario trabajarlo y hablarlo y centrarnos en qué momento estamos actuando (prevención primaria, secundaria, terciaria...)

Además se destacó la importancia de establecer metas a corto plazo pues, C: *Hay que entender que la situación de la persona, es una situación difícil y seguramente no tenga ganas de realizar un esfuerzo o no vea salida, por tanto sería conveniente exigirle unas metas adecuadas al momento en el que se encuentra y quizá eliminar las tareas para casa.*

ANEXO 7 y 8: Consentimiento informado y cuestionario pre



PRESENTACIÓN

Buenos días,

Mi nombre es Noelia Edo Aliaga y soy estudiante del Máster de Psicología General Sanitaria, impartido por la Universidad de Zaragoza (Campus de Teruel) me he reunido con vosotros para mostraros un componente autoaplicado online para la prevención de suicidio el cual ha sido desarrollado en el marco de mi TFM.

En primer lugar, nos gustaría facilitaros la hoja de consentimiento informado de participar en este focus group.

A continuación recogeremos de forma breve algunos datos sociodemográficos.

Finalmente, queríamos mostraros el componente online que se ha creado para después abrir un pequeño debate y recoger vuestra opinión, como profesionales de la materia que sois, con la finalidad de poder aplicarlo y mejorarlo, en la medida de lo posible.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento: Noelia Edo Aliaga
Tutor académico: Diana Castilla
Título trabajo: "Prevención del suicidio mediante un programa web autoaplicado: Desarrollo del componente de psicoeducación y opinión de profesionales clínicos"
Centro: Universidad de Zaragoza

Yo (nombre y apellidos) _____

He sido informado de la naturaleza de la actividad de investigación en la que acepto participar: La realización de un focus group con profesionales con experiencia en el uso de TICs en Psicología para la evaluación de un componente de psicoeducación destinado a la prevención del suicidio.

He sido informado que la sesión será grabada para un posterior tratamiento de la información, única y exclusivamente en el marco de este estudio.


Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:/...../..... Fecha:/...../.....
 Firma del participante: Firma del investigador:

UNIZAR
 C/Ciudad Escolar s/n. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Máster Psicología General Sanitaria.



ENCUESTA INICIAL

1. Edad _____

2. Sexo _____

3. Profesión: _____

4. ¿Conoce la plataforma www.psicologiaytecnologia.com?

Sí NO

En caso afirmativo, ¿la utiliza con algunos de sus pacientes?

Sí NO

5. Marque una X la afirmación que más se parezca a usted.

Cuando manejo las nuevas tecnologías, considero que soy una persona con habilidad:

<input type="checkbox"/>	ESCASA o NULA. La mayoría de las veces tengo que pedir ayuda a alguien más experto que yo.
<input type="checkbox"/>	BAJA. Me defiendo pero con dificultad.
<input type="checkbox"/>	NORMAL. Consigo hacer las cosas que necesito.
<input type="checkbox"/>	AVANZADA. Considero que sé hacer más cosas que el resto de personas.
<input type="checkbox"/>	NIVEL EXPERTO. Tengo formación a nivel técnico. Soy capaz de crear contenidos, programar, etc.

UNIZAR
 C/Ciudad Escolar s/n. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Máster Psicología General Sanitaria.

ANEXO 9: Cuestionario post- plataforma



ENCUESTA POST- PLATAFORMA

(preguntas orientativas, no es necesario realizar todas las preguntas, permitir que los participantes hablen)

6. ¿Habéis trabajado alguna vez con tratamientos autoaplicados online?
(En caso negativo, ¿Incorporarías a tus sesiones esta metodología de tratamiento?)
7. Actualmente, vivimos en una sociedad tecnológica y esta cada vez se utiliza más en el ámbito sanitario, por tanto, ¿Se podría considerar beneficiosa la integración de TICs, dentro del campo de la psicología?, ¿Podría ayudar a aspectos como la aceptación de la terapia o el éxito del propio proceso?
8. ¿Qué os ha parecido el módulo de intervención que se propone?
9. ¿Qué aspectos positivos destacaríais y cuales podrían mejorar?
10. ¿Crees que esta herramienta, tanto para el profesional como para el paciente, es intuitiva y sencilla para utilizarla o crees que sería necesario algún tipo de formación?
(En caso afirmativo saber si la formación la considerarían básica o extensa)
11. Un tratamiento autoaplicado para prevención de suicidio ¿En qué medida os parece aceptable? o ¿Qué reservas os produce a nivel clínico?
12. Esta herramienta puede ser considerada un apoyo tanto para el paciente como para el profesional en el ámbito de la formación, en este caso, como profesionales:
¿Qué aspectos considerarías que podrían ser de ayuda?, ¿Qué otros aspectos abordaríais a nivel clínico?
13. Y en lo que refiere al paciente, ¿Qué aspectos se podrían considerar beneficiosos a lo largo del proceso terapéutico?
14. En cuanto a contenido del módulo, ¿consideráis que este está adaptado, es adecuado y fácil de entender para todo tipo de población?
15. ¿Qué ventajas consideras que puede otorgar este tipo de terapia autoaplicada frente a la terapia tradicional?
¿Creéis que un tratamiento que aborde el suicidio puede ser abordado de forma completamente autoaplicada? O por el contrario, ¿Sería preferible que este tipo de material fuera complementario a una terapia tradicional?
16. ¿Qué requisitos, o aspectos considerarías necesarios o importantes a la hora de que un paciente complemente su terapia con este tratamiento web autoaplicado?
17. Aportaciones y sugerencias

UNIZAR

C/Ciudad Escolar s/n. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Máster Psicología General Sanitaria.



EVALUACIÓN POST MODULO

INDICA EL GRADO DE ACUERDO PARA LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES:

18- En qué medida crees que este componente de psicoeducación podría ser útil en el contexto de un protocolo de prevención de suicidio.

Nada										Completamente
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19- Si hay alguna cuestión que creas que es importante y que no te hemos preguntado o no se ha mencionado en el focus group, por favor escríbela.

UNIZAR

C/Ciudad Escolar s/n. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Máster Psicología General Sanitaria.