



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Departamento de Derecho del Trabajo y Trabajo Social

Área de Trabajo Social y Servicios Sociales

**PREVENCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO EN PERSONAS CON
ALCOHOLISMO, LA IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS
TERAPÉUTICOS.
PROYECTO DE INTERVENCIÓN**

**THE IMPORTANCE OF THERAPEUTIC GROUPS AT
PREVENTING SUICIDAL RISK IN ALCOHOLIC PEOPLE.
INTERVENTION PROJECT**

Alumna: Irene Corroto Aparicio

Tutora: María Moya Gil

Salamanca, 19 de Junio de 2020

PREVENCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO EN PERSONAS CON ALCOHOLISMO, LA IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

RESUMEN: El suicidio sigue siendo un problema de gran envergadura en nuestras sociedades, confluyendo diversas dimensiones en las que es necesario intervenir para lograr una correcta prevención. En el caso del alcoholismo, supone un factor de riesgo por sí mismo en la ideación y tentativas suicidas; necesitando de un tratamiento psicosociosanitario específico preventivo en dicha población de riesgo. Para ello, el grupo terapéutico realizará talleres formativos y psicosociales que incluyan herramientas, recursos sociales y a las propias familias; factor clave en la mejora de su bienestar.

PALABRAS CLAVE: Alcoholismo, Suicidio, Prevención, Terapia grupal, Familias

THE IMPORTANCE OF THERAPEUTIC GROUPS AT PREVENTING SUICIDAL RISK IN ALCOHOLIC PEOPLE. INTERVENTION PROJECT

ABSTRACT: Suicide is still a problem of great magnitude in our societies, converging several dimensions where a preventive intervention is needed. Alcoholism is a risk factor in suicide ideation and attempt by itself, requiring a specific psychosociosanitary preventive treatment with alcoholic population. Therefore, the therapeutic group will perform educational and psychosocial workshops involving tools, social resources and their own families, which is the most important factor for their wellness.

KEY WORDS: Alcoholism, Suicide, Prevention, Group Therapy, Families

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
2. FUNDAMENTACIÓN	7
2.1. Marco Teórico.....	7
2.1.1. Alcoholismo	7
2.1.2. Suicidio	8
2.1.3. Grupos Terapéuticos	9
2.2. Marco Normativo e Institucional	10
2.2.1. Internacional (Europa)	10
2.2.2. Nacional	11
2.2.3. Regional	13
2.2.4. Local.....	14
2.3. Datos Poblacionales y Territoriales	15
3. DIAGNÓSTICO	20
3.1. Necesidades de la persona con alcoholismo	20
3.1.1. Necesidades ante la motivación suicida de las personas con alcoholismo	20
3.2. Necesidades de las familias.....	21
4. PLANIFICACIÓN	21
4.1. Objetivos	22
4.1.1. Generales.....	22
4.1.2. Específicos	22
4.2. Localización	23
4.3. Población Diana	23
4.4. Actividades.....	24
4.4.1. BLOQUE 1. Información sobre alcoholismo y suicidio.....	24
4.4.2. BLOQUE 2. Habilidades de comunicación, resolución de conflictos y gestión emocional para usuarios.....	25
4.4.3. BLOQUE 3. Habilidades de comunicación, resolución de conflictos y gestión emocional para familiares	26
4.4.4. BLOQUE 4. Mejora de las dinámicas familiares y organización del tiempo de ocio en familia.....	29
4.5. Metodología	30
4.6. Temporalización.....	31

4.7. Recursos	32
4.7.1. Humanos	32
4.7.2. Materiales.....	32
4.7.3. Espaciales.....	32
4.7.4. Económicos.....	33
4.8. Evaluación.....	34
4.8.1. ¿Cuándo se va a evaluar?	34
4.8.2. ¿Qué se va a evaluar?.....	34
4.8.3. ¿Cómo se va a evaluar?.....	35
4.8.4. Resultados esperados	37
5. BIBLIOGRAFÍA.....	38
6. ANEXOS.....	46
6.1. Glosario de conceptos relacionados	46
6.2. Mitos sobre el suicidio	48
6.3. Directrices EUREGENAS	49
6.4. Funciones del profesional del Trabajo Social en el Proceso de Atención a la Conducta suicida de SACYL (2020).....	50
6.5. Factores de riesgo y protección.....	52
6.6. Hoja de consentimiento.....	55
6.7. Registro de sesión	56
6.8. Hoja de evaluación.....	57
6.9. Estructura del “Plan de seguridad”	58

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La presencia de estudios sobre alcoholismo y suicidio desde los diferentes ámbitos de actuación denotan el carácter multidisciplinar con el que se deben abordar estas situaciones, puesto que es esencial la coordinación de los distintos profesionales e instituciones para poder ofrecer la mejor prevención posible.

Desde el punto de vista sanitario, la prevención cobra gran importancia; ya que la atención a nivel primario proporciona un trato cercano a la población, donde se busca incrementar los niveles de salud para evitar futuros costos tanto a nivel económico como sociosanitarios. Las doctrinas de la Salud pública clasifican esta atención integral en (Villar Aguirre, 2011):

- 1) Promoción de la salud: proporcionar medios para conocer cómo controlar y mejorar la salud.
- 2) Protección de la salud: por medio de sanitarios tanto medioambientales como en la higiene alimentaria, siendo responsabilidad de los poderes públicos.
- 3) Prevención de la enfermedad: reduciendo los de riesgo predisponentes a determinadas enfermedades.
- 4) Restauración de la salud: asistencia sanitaria como tal, pudiendo ser los primeros contactos con los centros de salud; o a nivel hospitalario, donde se brinda una atención más especializada para la recuperación de la salud.
- 5) Rehabilitación: una vez superada la enfermedad, proporcionar la ayuda tanto física, psicológica como social para superar sus limitaciones y desarrollar todo el potencial posible comparado con el estado anterior a la enfermedad.

Desde el punto de vista social, pueden entenderse varios niveles en la prevención según la manera de abordarlo (Barrero, 2005):

- General: actuaciones de apoyo psicosociales e institucionales que busquen propiciar mejores condiciones de manejo de las situaciones problemáticas vitales y disminuir sus consecuencias en la ciudadanía.
- Indirecta: intervención o eliminación de las situaciones que predisponen a desarrollar trastornos mentales, enfermedades físicas o crisis.
- Directa: aportar soluciones para resolver el problema presente y evitar empeoramiento.

Nuestra cultura alienta al consumo excesivo en eventos sociales, mientras que rechaza a quienes desarrollan una enfermedad provocada por la tolerancia orgánica de un consumo

desmesurado. Las principales consecuencias son la morbilidad, mortalidad, violencia y accidentes de tráfico; produciéndose a nivel social rechazo, estigma y marginación. Debido a ello, tanto la persona enferma como su familia, unido a la desinformación y falta de conciencia de enfermedad; se ven arrastradas al aislamiento social y desesperanza, necesitando de asistencia terapéutica (Cantú, 2005; Lima-Rodríguez, Guerra-Martín, Domínguez-Sánchez y Lima-Serrano, 2015).

Esa misma cultura también estigmatiza el suicidio, siendo históricamente un tabú condenado tanto por religiones como Estados, pues educar o hablar sobre la muerte siempre se ha visto prohibido y reprochado; en vez de abordarse abiertamente para prevenirlo. Su prevención debe basarse tanto en los factores de riesgo que predisponen a la persona, como los de protección que van a evitarlo; involucrando a los ámbitos de la salud, social y comunitario (Mansilla Izquierdo, 2010).

Las personas con alcoholismo tienen mayor riesgo de cometer suicidio debido a que el abuso y dependencia al alcohol supone un factor de riesgo, unido a las patologías asociadas en salud tanto física como mentales derivadas del alcoholismo, como las que desencadenaron el inicio del consumo. Resulta sorprendente la falta de estudios donde se relacione alcoholismo y suicidio, ya que sólo los muestran como factores individuales donde se hace uso de la sustancia para llevar a cabo el acto suicida; y no como un problema de consumo crónico de éste, ya que es un trastorno adictivo que influencia la conducta (Gálvez, 2015).

El apoyo y el establecimiento de redes sociales comunitarias fomentan aptitudes para hacer frente a tales dificultades, tanto para los propios individuos como sus familias (Saxena, Krug, Chestnov y Fleischmann, 2014). Por parte de los profesionales del Trabajo Social, es nuestra obligación proporcionar apoyo profesional para disminuir los factores de riesgo interpersonales y sociales; promover los recursos asistenciales necesarios y las herramientas para que los usuarios, familiares y entorno sepan advertir las situaciones que requieran de nuestra intervención o la de otros profesionales de forma conjunta.

Implicar a las familias supone un gran factor de protección proveedor de apoyo social y emocional que les aporta seguridad, confianza y control (SAS, 2010); además de demostrarse una mejoría en los propios integrantes (Pastor, 2015). Se emplearán los Grupos Terapéuticos (a continuación, denominados G.T), ya que suponen la reunión de las personas directa o indirectamente afectadas por un problema para compartir sus sentimientos y experiencias, además de buscar un consuelo (Mansilla Izquierdo, 2010). Éstos aportan efectos directos en la

salud física, mental y social de los miembros; ayudando a comprender la situación que viven y que les genera conflicto para así poder proyectar de manera positiva y activa su futuro; desarrollando habilidades de afrontamiento con la participación de antiguos miembros que, mediante la reciprocidad y solidaridad, generan perspectivas de futuro, adhesión y conciencia de grupo (Mandujano, López, Hernández y Padilla, 2012; Domenech, 1998).

2. FUNDAMENTACIÓN

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. ALCOHOLISMO

Para poder definir y tratar el alcoholismo, es necesario entender el proceso por el cual la persona desarrolla una dependencia a esta sustancia, siendo éste el resultado (Pastor, 2019):

- 1) Uso: consumo esporádico o recreativo tolerable de alcohol que no implica ninguna consecuencia ni deterioro en los ámbitos de la salud, social, familiar, laboral, etc.
- 2) Abuso: uso en cantidades que supongan riesgo, provoquen alteraciones o intoxicaciones en el organismo, o sean consumidas por colectivos más vulnerables a sus efectos.
- 3) Dependencia: abuso continuo que se incrementa en cantidad a lo largo del tiempo para poder afrontar situaciones, conseguir el mismo efecto que en anteriores veces que se consumió menor cantidad debido a la tolerancia desarrollada; o como mecanismo de evasión de problemas.
- 4) Alcoholismo: estado patológico de la dependencia al alcohol, afectando tanto en la esfera funcional, corporal, psicológica y social; convirtiéndose en enfermedad por el sometimiento que provoca en las personas consumidoras. La persona alcohólica necesita ser tratada como cualquier otro paciente con otra enfermedad crónica, necesitando de intervención médica, psicológica y social.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, se define como “un fuerte impulso y deseo de consumo que la propia persona no es capaz de controlar y que acapara todas sus actividades” (CIE-11, 2019). Su tratamiento consta de una secuencia de varias fases, pudiendo ocurrir una recaída en cualquiera de ellas (Pastor, 2019):

- 1) Desintoxicación: eliminación de la necesidad física de consumir. Para ello se suspende por completo la ingesta de alcohol, con la ayuda muchas veces de fármacos para paliar

los síntomas ocasionados por la abstinencia. Es la fase más corta, pudiendo durar entre 7-10 días.

- 2) Deshabitación: eliminación de la necesidad psicológica y social de consumir. La persona tiene que cambiar de hábitos para romper con sus rutinas de consumo y aprender a vivir sin beber alcohol. Sin duda es la fase más difícil, debido a esa aceptación social respecto al alcohol antes mencionada; por lo que la asistencia a las terapias es de gran importancia. Esta fase tiene una duración indeterminada, siendo la más común en cuanto a la aparición de recaídas, teniendo que volver a empezar el tratamiento desde el principio.
- 3) Reinserción: reintegración en la sociedad con el apoyo psicosocial brindado, pues el alcoholismo les afecta a nivel social, psicológico, laboral, familiar...; pudiendo presentar diversas problemáticas relacionadas con el grupo de iguales, entorno familiar y comunitario, vivienda, económico, o justicia; entre otros.
- 4) Rehabilitación: la persona cuenta con los recursos y apoyo necesarios obtenidos durante el tratamiento para no recaer en el consumo de alcohol, viviendo y desarrollándose de forma autónoma en su entorno.

Serán tanto las fases de desintoxicación, deshabitación y recaídas las que sitúen a la persona en una situación de riesgo de cometer suicidio, pues muchas personas no cuentan con las habilidades de afrontamiento o recursos necesarios que les ayuden a cumplir con el tratamiento; precisando de especial atención por parte de profesionales y personas del entorno para identificarlo e intervenir para prevenir un suicidio.

2.1.2. SUICIDIO

Al igual que ocurre con el alcoholismo, el suicidio es el último paso de una sucesión gradual de ideaciones, comunicaciones y conductas; aunque no por ello tienen que sucederse todos, o la conducta final deba resultar siempre en el fallecimiento de la persona:

- 1) Riesgo de suicidio: peligrosidad para uno mismo por la presencia de factores de riesgo asociados al suicidio y ausencia de factores de protección que pueden conducir a cualquier comportamiento con consecuencias potenciales o inmediatas de ocasionar daños. La suma de todas estas fuerzas autodestructivas se denominará "Suicidabilidad" (Altavilla, Antequera, Basile, Beines, Bentolila, Boronat y Serfaty, 2010; Baader, Urra, Millán y Yáñez, 2011; Dumon y Portzky, 2014).
- 2) Ideación suicida: interacción de factores ambientales, situacionales, físicos, psicológicos, sociales, biológicos y genéticos que provocan un proceso complejo de cogniciones,

fantasías y pensamientos; planificando el deseo de cometer la conducta suicida para detener el malestar o problema como única alternativa (Docentes INC, 2015; Dumon y Portzky, 2014),

- 3) Comunicación suicida: transmitir la intencionalidad y el deseo de acabar con la propia vida, sin llegar a cometer ningún acto, pudiendo ser sólo un deseo o el paso previo a la intención de cometer daños. Puede ser en forma de amenaza que prediga un intento cercano en el tiempo, o la manifestación de dicha intencionalidad con detalles sobre el método de llevarlo a cabo, conocido también como “Plan suicida” (Ministerio de Sanidad, 2012).
- 4) Conducta parasuicida, Autolesión o Gesto suicida: realizar conductas de riesgo intencionadas y autodestructivas para influenciar, manipular o cambiar una situación mediante la expresividad comunicativa del método, con el convencimiento de que no causará la muerte de la persona, aunque corra el riesgo de ello. Pueden ser formas de descargar rabia o angustia incontroladas con el propósito de sentir dolor (Baader, Urra, Millán y Yáñez, 2011; Docentes INC, 2015; Dumon y Portzky, 2014).

Por tanto, el suicidio sería el “elevado deseo de morir que provoca una conducta o acto autodestructivo y autoinfligido deliberado, concluyendo con la propia muerte a través de diversos métodos con la intención, esperanza o creencia de modificar su entorno o situación”. Su gravedad resulta de una urgencia vital derivada de la pérdida o debilitamiento de salud, redes afectivas o sociales que llevan a tomar determinada decisión al no concebir otra salida; manifestando sufrimiento intenso, carencia de recursos de afrontamiento y desesperanza (Baader, Urra, Millán y Yáñez, 2011; Dumon y Portzky, 2014; Echeburúa, 2015; Ministerio de Sanidad, 2012). Si el resultado final es la muerte, será un suicidio consumado; si no, un intento de suicidio.

Debido a la desinformación derivada por la oposición a hablar abiertamente del suicidio, se han establecido unas percepciones generales erróneas o mitos¹ alrededor de las personas que lo cometen y la forma de abordarlo, dificultando su intervención y prevención.

2.1.3. GRUPOS TERAPÉUTICOS (G.T)

Serán los conformados por personas que presentan una misma problemática emocional, conductual y/o personal que les produce sufrimiento o les impide desarrollarse plenamente. Realizados por un profesional, desarrollarán estrategias que les ayuden a resolver sus problemas

¹ “Mitosis sobre el suicidio” en el apartado de Anexos.

y aportarles los conocimientos o habilidades necesarias para afrontarlos. La terapia grupal supone un aspecto positivo frente a la individual, pues es más fácil cambiar la actitud del individuo y conlleva un ahorro de tiempo para el profesional; además del efecto terapéutico del grupo al compartir experiencias y aprender de los consejos de los demás al haber vivido las mismas situaciones (Rossell, 1998; Zastrow, 2008).

Se deberá tener en cuenta las vivencias individuales de cada miembro, por lo que deben responder a un conjunto de necesidades comunes para que todos puedan identificarse; evaluándose posteriormente de forma tanto individual como grupal. Las características del grupo tendrán en cuenta la edad, sexo, etnia o estilos de vida, pues según cómo se organicen pueden actuar como factores de cohesión o de inconsistencia (Rossell, 1998).

La labor del profesional del Trabajo Social será la de hacer que el grupo fluya, verbalizando los problemas, expresando los sentimientos y estimulando la reflexión crítica mediante apoyo emocional; destacando los aspectos positivos y logros de cada uno. Las técnicas que utilizará serán directivas, en cuanto a su papel central de dinamizador y preparador de las actividades a realizar en cada sesión; empleando también técnicas semidirectivas para promover la comunicación dentro del grupo y motivar a los integrantes para que se expresen abiertamente. Estas técnicas serán utilizadas para desarrollar sus capacidades de afrontamiento de problemas mediante apoyo; pues muchas veces se incorporan al grupo con la creencia de que sólo se les facilitarán consejos e información y el profesional será el responsable de solucionarlos. Para ello, el grupo pasará por varias fases desde su formación hasta finalización, conformándose el compromiso con el grupo, responsabilizándose del propio cambio y asimilando aprendizajes que pondrán en práctica en su vida diaria (Rossell, 1998).

2.2. MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

2.2.1. *INTERNACIONAL (EUROPA)*

A nivel internacional, la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol de la OMS 2010 analiza el panorama general de consumo para exponer los retos y oportunidades a las que se enfrentan los Estados para ejecutar sus políticas e intervenciones. La finalidad de esta Estrategia es mostrar la realidad mundial para que los países sean conscientes y tengan en cuenta dicha información al desarrollar e implementar sus políticas (OMS, 2010).

Dentro de la UE, contamos con el Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2017-2020); donde establece la reducción de la oferta y demanda de las drogas para

evitar la dependencia y los riesgos tanto sociales como en la salud, invertir en investigación para una mejor difusión y conocimiento en este ámbito; y finalmente, aumentar la coordinación y cooperación internacional (Unión Europea, 2017). La Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020) proporciona un marco político basándose en los valores en los que se fundamenta la UE (respeto, dignidad humana, libertad, democracia, igualdad, solidaridad, estado de derecho y derechos humanos) para así poder proteger y mejorar el bienestar de la sociedad; necesitando de la cooperación de todos sus miembros (Unión Europea, 2012).

La normativa europea referente al suicidio puede verse reflejada en el Plan de Acción de Salud Mental Europeo (2013-2020) de la OMS; donde se expone la necesidad de implementar Estrategias de prevención del suicidio. Además, se sustenta en la evidencia de los beneficios aportados por el apoyo social y la integración; demostrando que las actuaciones que atienden a factores psicosociales y culturales desde un modelo integral proporcionan mejor efectividad y menor coste que la intervención individual sin atender a dichos factores (World Health Organization, 2015). Las acciones propuestas serán las encaminadas a la sensibilización pública, política y mediática; la restricción de acceso a medios lesivos para cometer suicidios, promoción de información responsable, mejoras en las respuestas de los sistemas de salud; y la optimización tanto del apoyo psicosocial como los recursos comunitarios para las propias personas afectadas y sus familias (OMS, 2012).

2.2.2. NACIONAL

La Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024) es un documento nacido del acuerdo entre Administraciones Públicas, organizaciones no gubernamentales, sociedades científicas, centros de investigación, e instancias públicas y privadas para lograr una coordinación e implementar una política de drogas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018 a). Surge así el Plan de Acción sobre Adicciones (2018-2020), que busca una mejor información en la sociedad sobre salud; previniendo, reduciendo los riesgos y ofreciendo una atención multidisciplinar e integral. Además, destaca que para poder conseguir beneficios a nivel social, es necesario intervenir en la seguridad para reducir y controlar la oferta de las drogas por medio de cooperación policial y judicial; necesitando también una actualización y adaptación de las normativas vigentes (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018 b).

En lo relativo a salud mental, la Ley General de Sanidad otorga importancia al ámbito comunitario, teniendo siempre una coordinación con los Servicios Sociales en la prevención

primaria y atención psicosocial de las problemáticas que afecten a la salud general de las personas; adoptando una atención integral y desarrollando servicios de rehabilitación y reinserción social (Ley 14/1986, de 25 de abril).

Si bien se propuso una actualización en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el periodo de 2015-2019, aún tiene vigencia la de 2009-2013; mencionando como guías para una futura planificación: la promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado; atención a los trastornos mentales, coordinación intrainstitucional como interinstitucional, formación del personal sanitario e investigación en salud mental (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Respecto al suicidio, cabe destacar que España no cuenta con una regulación nacional en actuación y prevención del suicidio, quedando muchas veces en manos de las CCAA la opción de desarrollar dichos Planes; dejando un vacío normativo e inseguridad en las actuaciones.

El Proyecto EUREGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide), financiado por la UE y llevado a cabo entre los años 2010-2014; proporcionó investigación, sensibilización para acabar con el estigma creado y prevención del suicidio para desarrollar e implementar estrategias tanto sanitarias como para la sociedad civil a nivel de todos los países participantes (Italia, Bélgica, Suecia, Rumanía, Finlandia, Alemania, Eslovenia, Reino Unido y España).

Otros países europeos que cuentan con una regulación han demostrado la diferencia estadística respecto a índices de suicidio antes y después de la instauración de sus programas. Para poder elaborar una Estrategia o un Plan nacional es necesaria una base de datos estadísticos científicos y un compromiso del Gobierno para coordinar los programas de salud y asociaciones existentes para integrar las políticas y leyes (Dumon y Portzky, 2014); pudiendo utilizar unos principios orientadores que propone la OMS para dirigir su planificación y aplicación².

En España existen iniciativas para concienciar, sensibilizar y visibilizar la problemática del suicidio, siendo algunas de ellas la “Sociedad Española de Suicidología”³, la “Fundación Española para la Prevención del Suicidio”⁴ y su Observatorio del Suicidio; o la “Asociación de

² “Directrices EUREGENAS” en el apartado de Anexos.

³ Sociedad Española de Suicidología. Recuperado el 9 de abril de 2020 desde: <https://suicidologia.jimdo.com/>

⁴ Fundación Española para la Prevención del suicidio. Recuperado el 9 de abril de 2020 desde: <https://www.fsme.es/>

Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (RedAIPIS-FAeDS)⁵; creando guías de autoayuda, impartiendo conocimientos a profesionales de los ámbitos sanitario, social, psicológico o educativo; realizando informes con los datos obtenidos a partir de sus investigaciones y ofreciendo apoyo en forma de grupos de ayuda mutua para familias afectadas por esta problemática.

2.2.3. REGIONAL

A nivel autonómico, el Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente de Castilla y León busca ordenar las actuaciones de las entidades tanto públicas como privadas en cuanto a prevención y asistencia integral en materia de drogas. Los servicios sociosanitarios ofrecerán atención terapéutica profesional individualizada, fomentando en lo posible la permanencia en su entorno social por medio de la comunidad y programas ambulatorios; proporcionando asistencia sanitaria, psicológica, social, laboral y jurídica para su correcta reinserción social (Ley 3/1994, de 29 de marzo). Respecto VII Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (2017-2021), sus objetivos vienen definidos por el ámbito de la salud y social para reducir la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales más directamente relacionados con el abuso y la dependencia de las drogas. Para ello, se centra en la asistencia e integración social de drogodependientes, formación, evaluación e investigación. Además, establece las entidades encargadas de cada función en diferentes niveles de asistencia, tipo de acceso a cada uno y las intervenciones a realizar. Estos niveles se dividen en (Junta de Castilla y León, 2017):

- 1^{er} Nivel: detección, captación, motivación y derivación para tratar y atender las necesidades sociosanitarias del paciente y sus familias.
- 2^o Nivel: equipos ambulatorios interdisciplinarios que, por medio de la coordinación con otros recursos, diseñan y aplican planes de tratamiento terapéutico individualizados con intervenciones psicológicas, sanitarias y sociolaborales.
- 3^{er} Nivel: recursos específicos de régimen residencial, accediéndose por derivación desde los otros niveles para un tratamiento especializado.

En cuanto a salud mental, la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León analiza la situación de la Comunidad, destacando la estrecha relación muchas veces entre enfermedad mental y suicidio, persiguiendo la capacitación de las personas para hacer frente a los acontecimientos difíciles de sus vidas por medio de programas

⁵ RedAIPIS-FAeDS. Recuperado el 11 de abril de 2020 desde: <https://www.redaipis.org/>

de educación para la salud y colaboración con las asociaciones relacionadas con la salud mental; además de modificar comportamientos relacionados con el consumo de sustancias (Junta de Castilla y León, 2003). En esta Estrategia, se menciona el Plan Sectorial de Prevención y Atención de las conductas suicidas para Castilla y León, que, aprobándose en 1993, considera el suicidio como un problema de interés estatal y sanitario que necesita de prevención y mejoras en la atención. Para ello, destaca la importancia de la formación de los profesionales en detección, promoción y tratamiento, llegando a mencionar la figura de los/las profesionales del Trabajo Social como agentes evaluadores en el desarrollo de actividades de prevención (Decreto 255/1993, de 21 de octubre).

Finalmente, establecido y desarrollado por el IV Plan de Salud de Castilla y León, Perspectiva 2020 de la Junta de Castilla y León, se crea el documento de trabajo “Proceso de Atención a la Conducta Suicida”. En éste se indican las acciones preventivas, coordinadoras e interventivas multidisciplinares e integrales para identificar a las personas en riesgo, disminuir los intentos y asegurar una correcta coordinación asistencial para las personas que al acudir a los servicios y recursos sanitarios presenten ideas o tentativas suicidas (SACYL, 2020); estableciendo un flujograma que analiza el tipo de intervención a realizar según el nivel de acceso al servicio sanitario, nivel de riesgo determinado en la evaluación por el profesional, derivación a servicios de Urgencias y Salud Mental, seguimiento y postvención. Al ser multidisciplinar, comprende la intervención de profesionales sanitarios, mencionando las funciones del profesional del Trabajo Social⁶.

2.2.4. LOCAL

A nivel de la localidad de Salamanca encontramos el IV Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Salamanca (2010-2013), que, a través de las acciones comunitarias, pretende incidir a nivel familiar, psicológico, social, educativo, cultural, sanitario y económico. Para ello, el Ayuntamiento se valdrá de actuaciones tales como la educación de calle, promoción de ocio y tiempo libre alternativo, campañas informativas, notas de prensa a los medios de comunicación, talleres formativos, aumentar los controles policiales, fomento del transporte alternativo...; entre otras (Ayuntamiento de Salamanca, 2009 a). En este Plan se apoya la Ordenanza Municipal para la Prevención del Alcoholismo y Tabaquismo para adoptar una política integral que permita una intervención, prevención y control de establecimientos

⁶ “Funciones del profesional del Trabajo Social en el Proceso de Atención a la Conducta Suicida de SACYL (2020)” en el apartado de Anexos.

hosteleros, integración sociolaboral de las personas drogodependientes, coordinación y participación social en el municipio de Salamanca (Ayuntamiento de Salamanca, 2009 b).

Si bien existe una estrecha relación entre el Ayuntamiento de Salamanca y el Teléfono de la Esperanza de Salamanca, a día de hoy no existe un protocolo específico de prevención para el suicidio; aunque se está avanzando en su creación para involucrar tanto a los Centros de Acción Social como los diferentes colectivos y servicios municipales (Ayuntamiento de Salamanca, 29 agosto 2019).

2.3. DATOS POBLACIONALES Y TERRITORIALES

Según la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES), en 2017 el alcohol suponía el 62'7% de las drogas legales consumidas en la población de 15-64 años. El consumo se incrementa con la edad, predominando los hombres (**Tabla 1**) (OEDA, 2019 a).

Prevalencia del consumo de alcohol en 2017 según rango de edad, sexo, frecuencia y bebida (%)												
Edad Sexo	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		15-64	Edad media inicio: 16'6 años
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	Ambos sexos	
Frecuencia												
Alguna vez	86'8	83'4	94'3	89	93'8	89'5	94'5	91'1	96'9	89'1	91'2	Perfil medio: Hombre de 41 años
Últ. 12 meses	79'1	2'5	84	72'1	82'2	69'2	80'5	69'5	80'2	63	75'2	
Últ. 30 días	64'4	3'5	73'2	56'8	73'9	53'8	72'4	56'4	71	47'7	62'7	
Diario	1'8	4'5	5'3	1'2	8'1	2'4	15'2	4	25'7	7'6	7'4	
Nunca	13'2	16'6	5'7	11	6'2	10'5	5'5	8'9	3'1	10'9	8'8	
	Combinados		Cerveza		Cerveza		Cerveza		Vino		Bebida más consumida	

Tabla 1: Reproducción desde OEDA (2019 a), p. 35. Recuperado el 29 de mayo de 2020.

La cerveza es la bebida por excelencia, excepto los combinados en los más jóvenes y el vino en los más mayores. Respecto a las diferentes prácticas (**Tabla 2**), tanto las “borracheras”, el Binge Drinking y el “botellón” los practican más los jóvenes, disminuyendo con la edad y percibiéndose un mayor o menor riesgo según la frecuencia (**Tabla 3**) (OEDA, 2019 a).

Diferentes prácticas de consumo de alcohol y rango de edad mayoritario que lo realiza en 2017 (%)		
Intoxicación etílica aguda (borrachera)	Binge Drinking	“Botellón”
15-24	20-24	15-24

Tabla 2: Reproducción desde OEDA (2019 a), pp. 35-41. Recuperado el 29 de mayo de 2020.

Riesgo percibido si realizan o no prácticas de consumo según frecuencia en 2017 (%)			
Diario		Fines de semana	
81'9 Sí lo realiza	92'7 No lo realiza	25'6 Sí lo realiza	53'4 No lo realiza

Tabla 3: Reproducción desde OEDA (2019 a), p. 84. Recuperado el 29 de mayo de 2020.

Además, el 38% asegura que es frecuente ver botellones en la zona donde vive. La opinión mayoritaria sobre las medidas de control del consumo es la información y educación, pues los motivos principales para beber se relacionan con la diversión, encajar socialmente y olvidar problemas (OEDA, 2019 a).

La Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) de 2018 recoge en sus datos que, 3 de cada 4 estudiantes entre 14-18 años consumen alcohol. El consumo en menores aumenta con la edad, siendo las chicas las que más consumen (**Tabla 4**). Además, se destaca una relación estrecha entre el consumo de los padres y el de sus hijos, pues a mayor cantidad consumida por los primeros, influenciará de forma proporcionalmente directa en los segundos (OEDA, 2018).

Prevalencia de consumo de alcohol según edad, sexo, frecuencia, inicio y prácticas en 2018 (%)							
Frecuencia Edad	Alguna vez		Últ. 12 meses		Últ. 30 días		Edad media de inicio: 14 años
	14	58'3		56'1		36	
15	72'5		70'2		49'9		Edad media consumo semanal: 15 años
16	84'3		82'5		65'3		
17	88'5		86'7		72'9		Intoxicación etílica aguda media: 24'3
18	89		86'9		74'7		
Sexo	♂ 76'3	♀ 79'4	♂ 74'1	♀ 77'5	♂ 57'2	♀ 59'8	Binge Drinking media: 32'3
Media total	77'9		75'9		58'5		

Tabla 4: Reproducción desde OEDA (2018), pp. 20-23. Recuperado el 29 de mayo de 2020.

Respecto a la información recibida (**Tabla 5**), muy pocos se consideran bien informados, siendo más los chicos que las chicas, teniendo las mismas motivaciones que los adultos para consumir. Entre el 90-96% opina que la mejor forma de resolver los problemas causados por el consumo de alcohol se soluciona por medio de educación, tratamiento voluntario, control policial o por tratamiento obligado.

Percepciones respecto al alcohol por parte de los menores de 14-18 años en 2018 (%)					
Beber 5-6 copas en fin de semana es problemático	76'8	Están bien informados sobre riesgos	Total 26'31	♂ 31'42	♀ 21'2
Beber 1-2 copas diarias es problemático	57'6	Información proveniente de centros educativos	Total 81'7	♂ 79'7	♀ 83'7
Es fácil de conseguir	94'9	Información proveniente de la familia	Total 68'6	♂ 68'6	♀ 68'5
Principal motivo para consumir	diversión, desinhibición social, combatir la tristeza y "ligar"				

Tabla 5: Reproducción desde OEDA (2018). Recuperado el 29 de mayo de 2020.

El grupo de iguales representa una gran influencia, pues el 80% de los que beben lo hacen con más personas dentro del grupo; disminuyendo al 39'6% los que consumen aunque el grupo no lo haga. A nivel socioeconómico, la gran mayoría (81'5%) considera que su economía

familiar se encuentra en la media, estando sólo el 4'5% por debajo y el 14% por encima. A consecuencia del consumo, se establece la correlación de que los estudiantes que no consumen alcohol sacan más sobresalientes que aprobados/bien y viceversa (OEDA, 2018).

En el Informe sobre consumo problemático de drogas 2006-2017 se utilizan los datos de EDADES y la herramienta AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para establecer un perfil según determinadas características (**Tabla 6**), siendo en 2017 : hombres solteros de 38 años con estudios secundarios que se encuentran actualmente trabajando y consumen sólo alcohol, realizando atracones (OEDA, 2019 b).

Características del consumidor problemático según sexo, edad, nacionalidad, estado civil, estudios, situación laboral y prácticas de consumo con AUDIT en 2017 (%)								
Sexo		Nacionalidad		Nivel de estudios		Consumo		Otra droga
♂	♀	Española	Extranjera	Sin estudios/ primarios	14'6	Últ. 12 meses		
74'7	25'3	90'2	9'8	Secundarios/universitarios	85'4	Borrachera	70'9	No 65'3
Edad		Estado Civil		Situación laboral		Inestabilidad	63'8	
15-24	20'4	Soltero	56'6	Trabaja	54'5	Botellón	29'4	
25-34	22'3	Casado	30'7	Parado sin experiencia	2'3	Últ. 30 días		Sí 34'7
35-44	24'7	Separación/ Divorcio	11'1	Parado con experiencia	15'7	Borrachera	46'4	
45-54	21'2	Viudo	1'6	Otro	27'5	Binge Drinking	73'8	

Tabla 6: Reproducción desde OEDA (2019 b), pp. 7-8. Recuperado el 29 de mayo de 2020.

Cuando la persona es consciente de este consumo problemático o es aconsejado por su médico o familia, se decide tratar su problema de consumo. La contabilización queda plasmada en el Indicador de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, habiendo un recuento de 25.753 admisiones por abuso o dependencia del alcohol en 2017, representando un 35'7% del total de las drogas; y dentro de éste, el 75'2% exclusivamente consume alcohol. El perfil medio resultante es el de: hombres de 46 años que viven con su familia (pareja y/o hijos) y acuden por iniciativa propia o son derivados por su médico de atención primaria para ser admitidos a tratamiento de consumo diario de alcohol (OEDA, 2019 c).

Perfil del consumidor de alcohol a partir del Indicador de Urgencias Hospitalarias o el Indicador de mortalidad por reacción aguda según edad, sexo y otras características según situación en 2017 (%)				
	Presencia alcohol	♂	Edad	Evidencia de suicidio consumado
Urgencias Hospitalarias	42'6	79'8	35	
Mortalidad	43'7	61'3	+ 40	22'9 (142 casos)

Tabla 7: Reproducción desde OEDA (2019 d), p. 9 y OEDA (2019 e), pp. 7-8. Recuperado el 29 de mayo de 2020.

Existe un problema en cuanto a las estadísticas sobre el Indicador de Urgencias Hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas de 2017 y el Indicador de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas de 2017, ya que el alcohol sólo se registra cuando

aparece junto a otra sustancia (**Tabla 7**), dificultando conocer la realidad en estas dos situaciones; estableciendo un perfil poco elaborado (OEDA, 2019 d; OEDA, 2019 e).

En Castilla y León, la prevalencia en borracheras aumenta de hasta el 21,1% y el Binge Drinking se mantiene en un 15,1%; siendo un consumo superior a las cifras nacionales. Además, sólo un 21,1% de la población le parece mal que otros consuman bebidas alcohólicas (Junta de Castilla y León, 2017 y 2018). Respecto a las admisiones a tratamiento, ha habido un aumento en número, edad, inicio de consumo como de consumo problemático (**Tabla 8**).

Evolución de las admisiones a tratamiento por alcohol (Castilla y León) en 2018 respecto a 2017 según edad, sexo, consumo, patologías asociadas y otras circunstancias (%)									
Nº admitidos (Uds.)	♂	605 (+178)	♀	155 (+11)	Nacional	Sí	89'6 (-0'1)	No	10'3 (=)
Sexo	♂	79'6 (+4'8)	♀	20'4 (-4'8)	Patología orgánica	Sí	25'1 (-2)	No	58'6 (+1'7)
Edad	♂	47'7 (+0'4)	♀	48'7 (+3)	Trastorno mental	Sí	25'1 (-1'1)	No	58'6 (+7'6)
Edad inicio	♂	15'8 (+0'2)	♀	19'7 (+0'9)	Años de consumo	31'2 (+0'7)			
Edad consumo problemático	♂	29'6 (+0'6)	♀	34'5 (+2'4)	Policonsumo	Alcohol 77'4 (-7'4)	2 drogas 16'3 (+5'1)	3 o más 6'3 (+2'3)	

Tabla 8: Reproducción desde SAITCyL (2018), pp. 29-40. Recuperado el 29 de mayo de 2020.

En cuanto al suicidio, se estima que la presencia una enfermedad mental es del 90%, siendo la primera causa de muerte en población diagnosticada (**Tabla 9**).

Aumento del riesgo de suicidio en personas con enfermedad mental en comparación con la población general (%)			
Enfermedad mental	Riesgo superior	Mín. 1 intento	Fallecimientos
Depresión mayor	× 20	-	15
Trastorno bipolar	× 15	56	15
Esquizofrenia	× 9	30	10
Trast. personalidad límite	× 4-8	70	8

Tabla 9: Reproducción desde Jiménez, Martín, Pacheco, Pérez-Iñigo, Robles, Santiago, y Torras (2010), p. 2. Recuperado el 29 de mayo de 2020.

El riesgo en personas con trastorno por consumo de sustancias, ligado a dificultades en las relaciones interpersonales, supone un factor de riesgo superior al resto de la población (Jiménez, Martín, Pacheco, Pérez-Iñigo, Robles, Santiago, y Torras, 2010).

Aunque en el año 2018 descendieron, se estima que se cometen 10 suicidios al día, 1 cada 2'5 horas; siendo el mayor porcentaje de muertes por causa externa (22'44%). Respecto a la edad (**Tabla 10**), el rango con más número de suicidios es el de 30-39 años para los hombres,

seguido de los 55-59 años en mujeres; pudiendo establecerse que el ciclo vital con mayor prevalencia es la edad adulta media en hombres y la tardía en mujeres.

Prevalencia de suicidio en 2018 atendiendo a N° de casos, rangos de edad, sexo y metodología						
Orden	Edad	♂	♀	Metodología (%)		
15º	-15	7	4	3	Ahorcamiento/ estrangulamiento	46'68
7º	15-29	268	203	65	Salto elevado	25'35
1º	30-39	396	309	87	Envenenamiento con fármaco	11'67
5º	40-44	315	236	79	Arma de fuego/ explosivo/ vapor	5'2
2º	45-49	393	298	95	Otros	4'46
4º	50-54	377	280	97	Ahogamiento/ sumersión	2'32
3º	55-59	381	275	106	Objeto cortante	2'06
6º	60-64	273	196	77	Arrojarse a objeto en movimiento	1'89
8º	65-69	239	164	75	Colisión con otro vehículo intencionalmente	0'37
9º	70-74	230	160	70	Casos según sexos y evolución con el año anterior	
12º	75-79	173	129	44	♂ 2619 74% (-3'78%)	Total 2018: 3539
10º	80-84	228	167	61		♀ 920 26% (-4'45%)
11º	85-89	175	134	41		
13º	90-94	73	53	17		
14º	+95	11	8	3		

Tabla 10: Reproducción desde INE (2018 a), RedAIPIS-FAeDS (2018) y Observatorio del Suicidio en España, (2017). Recuperado el 29 de mayo de 2020.

Si bien se ha observado una disminución aproximada del 68% en las cifras en accidentes de tráfico desde el año 2000 hasta la actualidad tras la aplicación de políticas preventivas; en el caso del suicidio, se muestran constantes año tras año, necesitando la implementación de las mismas actuaciones (INE, 2018 a: RedAIPIS-FAeDS, 2018; Observatorio del Suicidio en España, 2017).

Castilla y León se posicionó en 2018 como la 6ª CCAA con mayor número de suicidios, siendo un 6% del total nacional, por detrás de Andalucía (18'45%), Cataluña (12'9%), Comunidad Valenciana (11'18%), Comunidad de Madrid (9'66%) y Galicia (7'74%). Con un total de 213 casos, se produce un descenso del 2'29% desde el año 2017 (mismo descenso en hombres, pero un aumento del 12'69% en mujeres). El rango de edad medio es superior a los datos nacionales, siendo de 55-59 años y 45-49 años en segundo lugar, siendo una muestra más mayor (INE, 2018 b ; INE, 2017).

Los datos recogidos no explican la motivación suicida, y mucho menos en las personas consumidoras de alcohol; estableciendo sólo una relación física entre suicidio y alcohol, constatando únicamente si se consumió alcohol al datar la defunción. Esto obviaría la carga psicosocial y emocional por la dependencia alcohólica que lleva a cometer el suicidio, siendo de interés para los profesionales del Trabajo Social.

3. DIAGNÓSTICO

3.1. NECESIDADES DE LA PERSONA CON ALCOHOLISMO

Como se ha mencionado, las consecuencias del alcoholismo afectan tanto en la esfera física, como psicológica y social. Es por ello que el abordaje en la intervención sea integral y multidimensional (Pastor, 2019):

- Ante las necesidades físicas, la abstinencia del alcohol es primordial, pues supone un gran deterioro en su salud y es a su vez la causa de las consecuencias psicológicas y sociales. Además, muchos usuarios no son conscientes o no aceptan su condición de enfermedad frente a la adicción, por lo que será necesaria una labor informativa en este aspecto. Una vez tratadas las enfermedades y síntomas derivados del abuso del alcohol, se podrá pasar a tratar la dependencia y consecuencias psicológicas y sociales; por lo que la coordinación con los profesionales en los ámbitos afectados en el usuario es esencial.
- La dificultad de romper con la dependencia psicológica, las escasas habilidades sociales y de afrontamiento que presentan muchos usuarios; unidas a los sentimientos negativos y desesperanza, son un objetivo de la intervención respecto a las necesidades psicológicas.
- El deterioro en la esfera social se manifiesta en la pérdida de vínculos y relaciones sociales de apoyo, provocando aislamiento; necesitando crear redes de apoyo, proporcionar un grupo de tratamiento y apoyo entre iguales, fomentar los recursos comunitarios e implicar a las familias.

Se puede observar que los tres tipos de necesidades son, muchas veces, causa y consecuencias de las otras; necesitando de una actuación integral, multidisciplinar y simultánea.

3.1.1. NECESIDADES ANTE LA MOTIVACIÓN SUICIDA EN LA PERSONA CON ALCOHOLISMO

Retomando las necesidades psicológicas y sociales antes mencionadas, la intervención en estos aspectos estará relacionada con el restablecimiento o creación de vínculos sociales y familiares, pues el círculo de amigos disminuye y los conflictos derivados hace que las relaciones familiares se vuelvan más tensas e incluso inexistentes. Esta falta de apoyo derivará en una disminución de autoestima y capacidad de hacer frente al, provocando desesperanza y pensamientos de falta de autovalía que pueden derivar en el aumento de sentimientos de abandono del tratamiento e ideas suicidas. Ante estos efectos, se deberá mejorar la autoestima del usuario, proporcionándole habilidades sociales y de afrontamiento para saber conocer sus

propias emociones y controlar sus cambios conductuales; tratando la agresividad, tristeza, ansiedad y cualquier otro problema conductual y emocional que provoquen una recaída en el consumo de alcohol o en un intento de suicidio.

Existen otras situaciones personales que pueden actuar como factores de riesgo y/o protección⁷; debiendo proporcionar además una intervención lo más individualizada posible para la consecución de unos objetivos compartidos para todos.

3.2. NECESIDADES DE LAS FAMILIAS

Los familiares necesitarán unas correctas habilidades de afrontamiento y comunicación para poder prestar apoyo social y resolver de forma asertiva los problemas que puedan surgir durante el transcurso; pues muchas veces son familias conflictivas donde se ha perdido toda relación por la frustración del usuario al no abandonar el consumo del alcohol. Por otro lado, pueden demandar ayuda para cambiar las dinámicas familiares de cara a una nueva rutina donde no exista el alcohol y poder ofrecer alternativas de ocio y tiempo libre con el fin de evitar una recaída en el consumo de alcohol; así como la información sobre la realidad del alcoholismo, su tratamiento y el apoyo de otras personas que vivan la misma situación que ellos.

4. PLANIFICACIÓN

El Proyecto está pensado para que la intervención se realice en la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Salamanca (A.R.SA), cuyos objetivos en la provincia de Salamanca son (Estatutos A.R.SA, 2011):

- Ayudar a mantener el estado de abstinencia de los usuarios y socios para que su recuperación sea definitiva, por medio del ofrecimiento de un grupo terapéutico de rehabilitación.
- Informar, escuchar y ayudar tanto a usuarios como sus familiares para la consecución de un fin común, la rehabilitación; además de asesorarles en cuestiones legales, sociales o de cualquier índole, estableciendo una coordinación y contacto con los recursos a su disposición y entidades involucradas.
- Ofrecer formación cultural, moral y social; así como a la sociedad por medio de la concienciación y sensibilización, con la ayuda de la Administración pública; dando a conocer la problemática social real, informando sobre la existencia de A.R.SA para la

⁷ “Factores de riesgo y protección” en el apartado de Anexos.

ayuda de las personas que necesiten prevención, curación y rehabilitación del alcoholismo.

Las condiciones para poder ser socio de A.R.SA serán las de padecer alcoholismo, además de abonar las cuotas periódicas tras realizar su solicitud de ingreso; no siendo obligatoria para asistir a las reuniones grupales con el fin de asegurar la confidencialidad y anonimato, al igual que sus familiares. Además, deberán cooperar con los intereses de la asociación y captar nuevos socios que necesiten de su ayuda (Estatutos A.R.SA, 2011).

Respecto al anteriormente mencionado Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente de Castilla y León, A.R.SA se encontraría en el 1^{er} nivel; ofreciendo una intervención social y coordinándose estrechamente con la Unidad de Tratamiento del Alcoholismo de Salamanca (U.T.A) para las necesidades sanitarias que presenten.

4.1. OBJETIVOS

Según las necesidades planteadas tanto para los usuarios, sus familias, los factores de riesgo y protección del suicidio; se desglosan los siguientes objetivos para una correcta intervención integral en las personas con alcoholismo que presentan un inicio en la ideación suicida, y sus familiares.

4.1.1. *GENERALES*

1. Prevenir, detectar e intervenir ante situaciones de riesgo de suicidio en los usuarios que se encuentran en tratamiento de su alcoholismo.
2. Fomentar el apoyo a los usuarios incluyendo a sus familiares en el proceso de intervención.
3. Entablar coordinación con todos los recursos, autoridades y entidades necesarios para el correcto funcionamiento de la asociación y tratamiento de los usuarios.

4.1.2. *ESPECÍFICOS*

1. Ofrecer un grupo de apoyo para que los usuarios y familiares se brinden apoyo emocional mutuo bajo la guía de un profesional.
2. Informar, escuchar y ayudar a sus familiares para la consecución de la rehabilitación del usuario.

3. Realizar actividades terapéuticas y formativas para que tanto usuarios como sus familiares tengan conocimientos sobre la relación entre alcoholismo y suicidio.
4. Proporcionar herramientas y conocimientos sobre habilidades sociales, resolución de conflictos, gestión emocional y recursos que promuevan la autonomía de los pacientes.
5. Mejorar las dinámicas familiares para que puedan continuar de forma autónoma una vez finalice el Proyecto, desarrollando actividades de ocio y tiempo libre en familia.

4.2. LOCALIZACIÓN

A.R.SA está localizada en el Paseo de San Vicente 101, en frente del Complejo Hospitalario de Salamanca y al lado de la Unidad de Tratamiento del Alcoholismo (U.T.A); siendo una localización óptima si se necesitase una valoración médica urgente por parte de los sanitarios de la U.T.A o un ingreso de urgencia en la planta de Psiquiatría del hospital.

4.3. POBLACIÓN DIANA

De manera directa, serán los usuarios mayores de edad de A.R.SA que manifiesten o se les detecte la existencia de riesgo suicida; así como por la información proveniente de sus familiares, amigos o cualquier otro profesional que tenga conocimiento de su situación.

Además, las sesiones y actividades tienen un apartado enfocado hacia los familiares de referencia de los usuarios (padres, hermanos, parejas o hijos; siendo siempre personas mayores de edad).

Cada usuario podrá llevar entre 1-3 familiares/acompañantes, valorando la necesidad de implicar a otras personas o disminuir el número de familiares/acompañantes a criterio de la Trabajadora Social, la situación del usuario y la calidad de las relaciones de éste con sus familiares/acompañantes.

4.4. ACTIVIDADES

4.4.1. *BLOQUE 1. Información sobre alcoholismo y suicidio.*

El primer bloque sirve de presentación entre los integrantes del grupo y las profesionales, constando de 2 sesiones conjuntas de contenido formativo e introductorio que ayudará al desarrollo de los posteriores bloques. La intención de las actividades busca hacer protagonista al usuario y agente de prevención a su acompañante, implicando y motivando a ambas partes.

BLOQUE 1	SESIÓN 1	DURACIÓN: 90 min
Información sobre alcoholismo y suicidio: <u>Presentación e Introducción</u>		
<u>OBJETIVOS:</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentar brevemente el programa. 2. Repartir el material para las sesiones (una libreta y un bolígrafo para cada participante). 3. Crear cohesión de grupo. 4. Explicar las características del alcoholismo y su relación con el suicidio. 		
<u>DESARROLLO:</u>		
<ul style="list-style-type: none"> - Las profesionales se presentarán y explicarán el funcionamiento de las sesiones y los grupos que participarán en cada una, recordándose el compromiso y la asistencia al total de las sesiones. - Se realizará una ronda breve de presentación de cada participante. - Se repartirán los materiales que servirán para realizar anotaciones durante las sesiones y para la creación de su “Plan de seguridad” en la próxima sesión. - Se explicará a los participantes los beneficios de tener un grupo de iguales para apoyarse y comprenderse al compartir un mismo problema, recalcando la necesidad de respetar la confidencialidad fuera del grupo. - La Psiquiatra realizará un taller formativo para la comprensión de la relación existente entre alcoholismo y suicidio, denotando la necesidad de prevención y colaboración del entorno social del usuario para brindarle apoyo; y, por otro lado, la necesidad del usuario de buscar apoyo y dejarse aconsejar por profesionales y familiares. <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">• Riesgo, ideación, comunicación y conducta suicida <li style="width: 50%;">• Relación alcoholismo-suicidio <li style="width: 50%;">• Recursos a nivel sanitario para la prevención del suicidio <li style="width: 50%;">• Estresores - La Trabajadora Social hará un avance sobre el “Plan de seguridad” para la próxima sesión, relacionándolo con los conceptos impartidos por la Psiquiatra. <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">• Mitos sobre el suicidio <li style="width: 50%;">• Recursos psicosociales para la prevención del suicidio - Ronda de preguntas. 		
<u>PROFESIONALES</u>	Trabajadora Social de A.R.SA y Psiquiatra de la U.T.A	
<u>RECURSOS</u>	ESPACIAL: A.R.SA	MATERIAL: Proyector, pantalla, ordenador, libreta, bolígrafo.

BLOQUE 1	SESIÓN 2	DURACIÓN: 90 min
Información sobre alcoholismo y suicidio: “Plan de seguridad”		
<u>OBJETIVOS:</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer la utilidad de un “Plan de seguridad” y elaborar uno propio. 2. Identificar las situaciones de riesgo y estresores para poner en práctica el “Plan de seguridad”. 3. Hacer conscientes a los usuarios de los muchos motivos para afrontar su alcoholismo y seguir adelante. 4. Involucrar a los acompañantes y reconocer su papel como agentes de prevención, además de los profesionales. 		
<u>DESARROLLO:</u>		
<ul style="list-style-type: none"> - La Trabajadora Social explicará el funcionamiento de un Plan de seguridad y mostrará el esquema de éste para que puedan crear uno propio, rellenando los diferentes apartados basándose en su propia experiencia y los recursos con los que cuentan cada uno. - Se les explicará que la finalidad de la libreta entregada será para que puedan llevarlo consigo mismo y poderlo consultar ante cualquier situación de necesidad. - Se creará un diálogo donde todos los participantes podrán comentar qué recursos tiene cada uno y qué ponen en práctica cuando se encuentran en dicha situación, aconsejándose y aprendiendo unos de otros. - Se les cita para la próxima semana según el grupo que pertenezcan para la realización de los bloques 2 y 3. 		
<u>PROFESIONALES</u>	Trabajadora Social de A.R.SA	
<u>RECURSOS</u>	ESPACIAL: A.R.SA	MATERIAL: Proyector, pantalla, ordenador, libreta, bolígrafo.

4.4.2. BLOQUE 2. *Habilidades de comunicación, resolución de conflictos y gestión emocional para usuarios.*

El segundo bloque constará de 4 sesiones únicamente para los usuarios, teniendo un enfoque psicosocial. Se impartirán talleres sobre ansiedad y depresión, gestión emocional, autoestima y habilidades sociales; todas con role-playing para aplicarlas en su entorno.

BLOQUE 2	SESIÓN 1	DURACIÓN: 90 min
Habilidades de comunicación, resolución de conflictos y gestión emocional para usuarios: Ansiedad y Depresión		
<u>OBJETIVOS:</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender cómo afecta la ansiedad y los pensamientos negativos en la vida para saber gestionarlos. 2. Identificar los sesgos cognitivos para desarrollar la resiliencia y el afrontamiento. 3. Enseñar técnicas de relajación o de desviación de la atención de la ansiedad. 4. Aplicar los conceptos a situaciones que puedan experimentar los usuarios. 		
<u>DESARROLLO:</u>		
<ul style="list-style-type: none"> - La Trabajadora Social explicará los conceptos de la ansiedad, estresores y pensamientos negativos/depresivos y cómo afecta en la autoestima y capacidad de afrontamiento de las personas, necesitando comprenderlos para saber gestionarlos. - Se explicarán técnicas de relajación para poder controlar la ansiedad y evitar pensamientos negativos que surgen por la incapacidad de controlar una situación estresante. - Se informará sobre los recursos existentes que ofrezcan apoyo psicológico y psiquiátrico. - La sesión finalizará con un role-playing de diversas situaciones que produzcan ansiedad para saber interpretarlas y actuar en consecuencia. - La Trabajadora Social hará de mediadora y guía durante toda la terapia. 		
<u>PROFESIONALES</u>	Trabajadora Social de A.R.SA	
<u>RECURSOS</u>	ESPACIAL: A.R.SA	MATERIAL: Proyector, pantalla, ordenador, libreta, bolígrafo.

BLOQUE 2	SESIÓN 2	DURACIÓN: 90 min
Habilidades de comunicación, resolución de conflictos y gestión emocional para usuarios: Gestión emocional		
<u>OBJETIVOS:</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender cómo afecta una mala gestión emocional para saber regularlas. 2. Enseñar estrategias de afrontamiento ante problemas que puedan experimentar los usuarios. 3. Introducir el concepto de inteligencia emocional, su utilidad y aplicaciones. 4. Realizar la primera evaluación respecto a objetivos y expectativas individuales 		
<u>DESARROLLO:</u>		
<ul style="list-style-type: none"> - La Trabajadora Social introducirá los conceptos relativos a la gestión emocional y cómo afecta en la autoestima y capacidad de afrontamiento. - Diferenciará entre las emociones adaptativas y desadaptativas en la forma de asimilar, interpretar y actuar en una determinada situación, dando lugar a la inteligencia emocional y las habilidades de afrontamiento. - Destacará la emoción de la ira para saber gestionarla correctamente mediante técnicas de asertividad. - Realización de un role-playing de diversas situaciones que produzcan ira para saber interpretarlas y actuar en consecuencia. - La sesión finalizará con la entrega de los documentos donde escribieron los objetivos y expectativas iniciales, comparando y evaluando su progreso respecto a la consecución y adecuación. - La Trabajadora Social hará de mediadora y guía durante toda la terapia. 		
<i>PROFESIONALES</i>	Trabajadora Social de A.R.SA	
<i>RECURSOS</i>	ESPACIAL: A.R.SA MATERIAL: Proyector, pantalla, ordenador, libreta, bolígrafo.	

BLOQUE 2	SESIÓN 3	DURACIÓN: 90 min
Habilidades de comunicación, resolución de conflictos y gestión emocional para usuarios: Autoestima		
<u>OBJETIVOS:</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ensalzar las cualidades positivas de los usuarios para que se conozcan a sí mismos. 2. Conocer los recursos de cada usuario que les ayuden a afrontar situaciones que afecten a su autoestima. 3. Aprender técnicas que potencien la autoestima ante situaciones de inseguridad en sí mismos. 		
<u>DESARROLLO:</u>		
<ul style="list-style-type: none"> - La Trabajadora Social introducirá el concepto de autoestima y cómo le afecta una mala gestión de emociones, pocas habilidades sociales y un mal control de la ansiedad y los pensamientos negativos. - Enseñará la repercusión que tiene el autolenguaje y la autopercepción. - Manteniendo un diálogo, cada usuario tendrá que mencionar los aspectos que cree positivos y que los demás valoren de sí mismo, compartiendo sus percepciones con el grupo. - Se les encomendará la tarea de apuntar en su libreta las percepciones de las personas de su entorno más cercano que tengan sobre el usuario, para que le recuerde que tiene personas que se preocupan por él/ella y que tiene toda una red de apoyo su disposición; fomentando la percepción que tenga de sí mismo/a. - La Trabajadora Social hará de mediadora y guía durante toda la terapia. 		
<i>PROFESIONALES</i>	Trabajadora Social de A.R.SA	
<i>RECURSOS</i>	ESPACIAL: A.R.SA MATERIAL: Proyector, pantalla, ordenador, libreta, bolígrafo.	

BLOQUE 2	SESIÓN 4	DURACIÓN: 90 min
Habilidades de comunicación, resolución de conflictos y gestión emocional para usuarios: Habilidades sociales		
<u>OBJETIVOS:</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducir los conceptos que conforman unas buenas habilidades sociales. 2. Aplicar las habilidades sociales en situaciones de conflictividad familiar. 		
<u>DESARROLLO:</u>		
<p>- La Trabajadora Social explicará la función de las habilidades sociales en cualquier situación de la vida cotidiana, introduciendo los conceptos de las técnicas necesarias para la resolución de conflictos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa • Empatía • Negociación/Mediación • Paciencia • Asertividad • Respeto • Compasión <p>- Una vez comprendidos los conceptos , se realizarán role-playing para que puedan poner en práctica lo aprendido y saber manejar situaciones difíciles y conflictivas que puedan enfrentar en su vida diaria.</p> <p>- La Trabajadora Social hará de mediadora y guía durante toda la terapia.</p>		
<u>PROFESIONALES</u>	Trabajadora Social de A.R.SA	
<u>RECURSOS</u>	ESPACIAL: A.R.SA	MATERIAL: Proyector, pantalla, ordenador, libreta, bolígrafo.

4.4.3. BLOQUE 3. Habilidades de comunicación, resolución de conflictos y gestión emocional para familiares.

El tercer bloque serán las mismas sesiones adaptadas a los acompañantes/familiares; ofreciéndoles apoyo y desahogo emocional, además de convertirlos en agentes de prevención por medio de talleres sobre gestión emocional y habilidades sociales.

BLOQUE 3	SESIÓN 1	DURACIÓN: 90 min
Habilidades de comunicación, resolución de conflictos y gestión emocional para familiares: Grupo de apoyo 1		
<u>OBJETIVOS:</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar el grupo de apoyo para la aireación de emociones de los familiares/acompañantes. 2. Compartir experiencias de afrontamiento sobre la situación de alcoholismo de los usuarios. 3. Conocer los posibles cambios que hayan empezado a desarrollarse desde el comienzo de las sesiones. 		
<u>DESARROLLO:</u>		
<p>- La Trabajadora Social realizará en dos sesiones una terapia de grupo para que puedan hablar libremente de la situación que están viviendo respecto a los usuarios y cómo se sienten, reconociéndoles su papel en el tratamiento. La finalidad de la sesión está encaminada a que ellos puedan expresar sus emociones.</p> <p>- La temática de esta primera sesión será el alcoholismo.</p> <p>- Al escuchar las experiencias de cada uno, podrán aconsejarse y aprender de los logros que han conseguido unos respecto a los otros, ayudándose como grupo a continuar con el tratamiento.</p> <p>- La Trabajadora Social hará de mediadora y guía durante toda la terapia.</p>		
<u>PROFESIONALES</u>	Trabajadora Social de A.R.SA	
<u>RECURSOS</u>	ESPACIAL: A.R.SA	MATERIAL: Proyector, pantalla, ordenador, libreta, bolígrafo.

BLOQUE 3		SESIÓN 2	DURACIÓN: 90 min
Habilidades de comunicación, resolución de conflictos y gestión emocional para familiares: Grupo de apoyo 2			
<u>OBJETIVOS:</u>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar el grupo de apoyo para la aireación de emociones de los familiares/acompañantes. 2. Compartir experiencias de afrontamiento sobre la situación de riesgo de suicidio de los usuarios. 3. Conocer los posibles cambios que hayan empezado a desarrollarse desde el comienzo de las sesiones. 4. Realizar la primera evaluación respecto a objetivos y expectativas individuales. 			
<u>DESARROLLO:</u>			
<ul style="list-style-type: none"> - Se retomará la dinámica de la anterior sesión, pues el tiempo necesario para la aireación de cada uno de ellos comprende mayor tiempo. - La temática de esta segunda sesión será el suicidio. - Los familiares/acompañantes podrán compartir incertidumbres y expectativas para apoyarse y afrontar el tratamiento para lograr bienestar tanto de los usuarios como de ellos mismos. - La sesión finalizará con la entrega de los documentos donde escribieron los objetivos y expectativas iniciales, comparando y evaluando su progreso respecto a la consecución y adecuación. - La Trabajadora Social hará de mediadora y guía durante toda la terapia. 			
<u>PROFESIONALES</u>	Trabajadora Social de A.R.SA		
<u>RECURSOS</u>	ESPACIAL: A.R.SA	MATERIAL: Proyector, pantalla, ordenador, libreta, bolígrafo.	

BLOQUE 3		SESIÓN 3	DURACIÓN: 90 min
Habilidades de comunicación, resolución de conflictos y gestión emocional para familiares: Gestión emocional			
<u>OBJETIVOS:</u>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender cómo afecta una mala gestión emocional para saber regularlas. 2. Enseñar estrategias de afrontamiento ante problemas que puedan experimentar los familiares/acompañantes. 3. Introducir el concepto de inteligencia emocional, su utilidad y aplicaciones. 			
<u>DESARROLLO:</u>			
<ul style="list-style-type: none"> - La Trabajadora Social introducirá los conceptos relativos a la gestión emocional y cómo afecta en la autoestima y capacidad de afrontamiento. - Diferenciará entre las emociones adaptativas y desadaptativas En la forma de asimilar interpretar y actuar en una determinada situación , dando lugar a la inteligencia emocional y las habilidades de afrontamiento. - Destacará la emoción de la ira para saber gestionarla correctamente mediante técnicas de asertividad. - La sesión finalizará con un role-playing de diversas situaciones que produzcan ira para saber interpretarlas y actuar en consecuencia. - La Trabajadora Social hará de mediadora y guía durante toda la terapia. 			
<u>PROFESIONALES</u>	Trabajadora Social de A.R.SA		
<u>RECURSOS</u>	ESPACIAL: A.R.SA	MATERIAL: Proyector, pantalla, ordenador, libreta, bolígrafo.	

BLOQUE 3		SESIÓN 4	DURACIÓN: 90 min
Habilidades de comunicación, resolución de conflictos y gestión emocional para familiares: Habilidades sociales			
<u>OBJETIVOS:</u>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Introducir los conceptos que conforman unas buenas habilidades sociales. 2. Aplicar las habilidades sociales en situaciones de conflictividad familiar. 			
<u>DESARROLLO:</u>			
<ul style="list-style-type: none"> - La Trabajadora Social explicará la función de las habilidades sociales en cualquier situación de la vida cotidiana, introduciendo los conceptos de las técnicas necesarias para la resolución de conflictos. <ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa • Empatía • Negociación/Mediación • Paciencia • Asertividad • Respeto • Compasión - Una vez comprendidos los conceptos , se realizarán role-playing para que puedan poner en práctica lo aprendido y saber manejar situaciones difíciles y conflictivas que puedan enfrentar en su vida diaria. - La Trabajadora Social hará de mediadora y guía durante toda la terapia. 			
<u>PROFESIONALES</u>	Trabajadora Social de A.R.SA		
<u>RECURSOS</u>	ESPACIAL: A.R.SA	MATERIAL: Proyector, pantalla, ordenador, libreta, bolígrafo.	

4.4.4. BLOQUE 4. Mejora de las dinámicas familiares y organización del tiempo de ocio en familia.

En el cuarto y último bloque, ambos grupos volverán a unirse en dos sesiones orientadas a aplicar lo aprendido en el contexto de convivencia y conflictividad familiar; además de ofrecer recursos para su mejora y de organización del ocio en familia.

BLOQUE 4		SESIÓN 1	DURACIÓN: 90 min
Mejora de las dinámicas familiares y organización del tiempo de ocio en familia: Convivencia familiar			
<u>OBJETIVOS:</u>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar un repaso de las habilidades aprendidas encaminadas a mejorar las relaciones familiares. 2. Aplicar lo aprendido en role-playing que escenifiquen situaciones cotidianas donde harán uso de sus habilidades. 			
<u>DESARROLLO:</u>			
<ul style="list-style-type: none"> - La Trabajadora Social hará un recordatorio de todas las técnicas y habilidades sociales aprendidas. - Se realizarán role-playing entre cada usuario y sus propios acompañantes/familiares, poniendo en práctica lo aprendido en situaciones a las que se puedan enfrentar en su día a día y que afecten a la convivencia. - La Trabajadora Social les corregirá para mejorar la práctica y el desempeño en cada situación. - Se finalizará con la reflexión de que una buena manera de afrontar los conflictos familiares repercutirá en la convivencia y bienestar de todos sus integrantes. - La Trabajadora Social hará de mediadora y guía durante toda la terapia. 			
<u>PROFESIONALES</u>	Trabajadora Social de A.R.SA		
<u>RECURSOS</u>	ESPACIAL: A.R.SA	MATERIAL: Proyector, pantalla, ordenador, libreta, bolígrafo.	

BLOQUE 4		SESIÓN 2	DURACIÓN: 90 min
Mejora de las dinámicas familiares y organización del tiempo de ocio en familia: Ocio en familia y evaluación			
<u>OBJETIVOS:</u>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer un resumen breve de los contenidos de cada bloque. 2. Informar de los recursos disponibles de ocio en Salamanca. 3. Mostrar la necesidad de tener alternativas de ocio en familia y sus redes de apoyo para mejorar su afrontamiento. 4. Recoger los cuestionarios para la posterior evaluación del Proyecto. 5. Ofrecer disponibilidad de A.R.SA para cualquier problema o necesidad que tengan los participantes. 			
<u>DESARROLLO:</u>			
<ul style="list-style-type: none"> - La Trabajadora Social retomará la temática de la anterior sesión, recordando la necesidad de saber dialogar y comprender dentro de la convivencia familiar; aunque no todo serán resoluciones de conflictos, pudiendo tener momentos de ocio en familia donde puedan estrechar vínculos, pasar tiempo juntos, tener hobbies y aportar un momento de diversión y relajación frente a las tensiones diarias y el tratamiento. - Se expondrán todos los recursos de ocio y tiempo libre que existen en Salamanca, ofreciendo actividades lúdicas y sociales según los intereses y edades de los participantes. - Se hará una reflexión sobre la necesidad de compartir tiempo con la familia y establecer redes de apoyo, pudiendo ofrecerse ellos mismos para ayudar en su comunidad. - Finalmente, la Trabajadora Social repartirá los cuestionarios de evaluación para concluir con las sesiones. - Aunque los talleres hayan finalizado, se les recuerda que, pasado un mes, tendrán que volver a cumplimentar el cuestionario de evaluación; pudiendo estar en contacto con la Trabajadora Social para cualquier duda o problema que se les pueda presentar a partir de ese momento, realizando así un seguimiento. 			
<u>PROFESIONALES</u>	Trabajadora Social de A.R.SA		
<u>RECURSOS</u>	ESPACIAL: A.R.SA	MATERIAL: Proyector, pantalla, ordenador, libreta, bolígrafo, cuestionario de evaluación	

4.5. METODOLOGÍA

En la primera fase de implantación del Proyecto la Trabajadora Social se entrevistará con los usuarios y sus familiares/acompañantes para ofrecer y valorar la necesidad de realizar los talleres si se hubiera detectado un posible riesgo o fuera demandado por ellos mismos. En dicha entrevista, se explicarán los bloques y sesiones que lo conforman, hablando directa y claramente; pues la misma profesional debe transmitir tranquilidad y normalidad acerca del suicidio. Este acercamiento proporcionará confianza y motivación para decidir realizar las sesiones, haciendo uso siempre de la escucha activa y la comunicación asertiva. Además, involucrando a las familias, se les reconoce como miembros importantes en el proceso.

Ambas partes deberán hacer constar su conformidad firmando un consentimiento⁸, donde se comprometerán a asistir a todas las sesiones y guardar una confidencialidad respecto al resto de familias que van a participar con ellos. Si no asisten a una de las sesiones, tendrán que dejar el grupo, ya que todas las familias deben ir a la par en la realización de las actividades. Se creará una carpeta con dicho consentimiento, además de un documento con los objetivos y expectativas de cada uno, sirviendo posteriormente para el primer periodo de evaluación; donde comprobarán el cumplimiento y progreso de sus objetivos y expectativas tras los talleres realizados.

Los talleres se fundamentan en la formación, apoyo del grupo de iguales y profesionales, habilidades de afrontamiento y cambio en las dinámicas familiares. Una de las herramientas por excelencia será el role-playing, pues ayudarán a poner en práctica los conocimientos aprendidos para que los participantes sepan aplicarlos en sus vidas.

La separación de los participantes en dos grupos en los bloques 2 y 3 tiene como finalidad proporcionar alivio emocional a los familiares/acompañantes, pues pueden quedar en un segundo plano y no tienen oportunidad de ser beneficiarios directos de las intervenciones psicosociales; aparte de servir a los usuarios como programa especializado para prevenir el riesgo suicida.

Uno de los talleres integrará un elemento de las TIC, siendo adaptada en forma de taller para que sea accesible y apropiada a los destinatarios; denominándose “Plan de seguridad”⁹. Este instrumento en forma de aplicación móvil llamada “Prevensuic”, fue creada por la

⁸ “Hoja de consentimiento” en el apartado de Anexos.

⁹ “Estructura Plan de seguridad” en el apartado de Anexos.

Fundación Española para la Prevención del suicidio para identificar personas, lugares, ideas o acciones para afrontar el riesgo suicida tanto en los mismos afectados, sus familias, amigos como el personal sanitario (Prevensuic, 2015). Dicha sesión implicará un diálogo entre asistentes donde puedan conocer los recursos y herramientas disponibles, además de comentar las acciones que pueden realizar cuando se encuentran en una situación de riesgo que mitigue y mejore la situación de crisis que experimentan.

Con el reparto de libretas para cada uno de los participantes se consigue, cumplir la misma función que la aplicación móvil al poder llevarla consigo en cualquier momento y ser accesible por razones de edad respecto al uso de tecnologías; si bien los destinatarios pueden conformarse en grupos de edad más jóvenes, pudiendo consultarla en sus propios móviles.

Al finalizar cada bloque, se realizará una actualización del progreso a las demás profesionales de la U.T.A; pues la Trabajadora Social de A.R.SA es colaboradora en dichas reuniones todos los Viernes. Esto permite un adecuado seguimiento multidisciplinar, pudiendo intervenir ante cualquier dificultad que surgiera en su transcurso.

4.6. TEMPORALIZACIÓN

Las entrevistas previas se realizarán en la primera semana de Septiembre 2020, comenzando las actividades el 9 de Septiembre 2020 y finalizando el 27 de Octubre 2020, teniendo una duración de 9 semanas. Tras la finalización de cada bloque, se realizará una reunión de equipo en esa misma semana. El horario de las sesiones de cada bloque será de 90 minutos, con un horario de 19:00 a 20:30.

SEPTIEMBRE 2020							OCTUBRE 2020						
L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6				1	2	3	4
7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11
14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18
21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25
28	29	30					26	27	28	29	30	31	

	Entrevistas previas
	Reuniones de equipo
	BLOQUE 1
	BLOQUE 2
	BLOQUE 3
	BLOQUE 4

4.7. RECURSOS

4.7.1. *HUMANOS*

El principal agente de intervención será la Trabajadora Social, realizando tanto las sesiones que ya se estaban ejecutando en A.R.SA sobre alcoholismo (Jueves a partir de las 20:30), como las de prevención de suicidio propuestas por el Proyecto.

Sus funciones en A.R.SA son: acogida, valoración del caso, motivación, derivación, información, realización de la Historia Social, seguimiento, gestiones sociales, terapias grupales, integración social y coordinación con el resto de los recursos y entidades sociales. Respecto al Proyecto, realizará las entrevistas iniciales, recogerá las hojas de consentimiento de los participantes y conformará los grupos de usuarios y familiares; siendo también la encargada del desarrollo de sus terapias grupales. En cada sesión se valdrá de los materiales necesarios para el desarrollo de cada bloque, rellenando en el documento de “Registro de sesión”¹⁰. El objetivo de esta hoja será la de llevar un seguimiento e historial además de servir de seguimiento en las reuniones de equipo.

Colaborará con la Psiquiatra de la U.T.A al inicio del Proyecto, debido a que el contenido del Bloque 1 se le asigna la información sobre el suicidio y su relación con el alcoholismo; necesitando de un profesional sanitario. Posteriormente, la Trabajadora Social realizará el resto de las sesiones al ser psicosociales.

4.7.2. *MATERIALES*

Se comprarán bolígrafos y libretas para cada participante, utilizándose para anotaciones personales y el desarrollo de determinadas actividades. El resto de materiales serán los disponibles en la misma Asociación, utilizando las sillas, ordenador, proyector y pantalla.

4.7.3. *ESPACIALES*

Al realizarse en A.R.SA, se dispondrá de la misma sala utilizada para las terapias grupales de alcoholismo, al igual que el despacho de la Trabajadora Social para las entrevistas iniciales.

¹⁰ “Registro de sesión” en el apartado de Anexos.

4.7.4. ECONÓMICOS

Al ser una asociación sin ánimo de lucro, los recursos económicos para el desarrollo de sus fines se basan en las cuotas mensuales de los socios, legados, herencias o donaciones de éstos; subvenciones procedentes de las administraciones tanto locales como autonómicas. Al ser una asociación pequeña y con alcance provincial y local, al igual que sus heterónimas A.R.C.I.U (Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Ciudad Rodrigo) y A.R.B.E (Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Béjar); cuentan con menos recursos económicos que otras asociaciones a nivel nacional o autonómico. Además, el estigma asociado al alcoholismo y la poca visibilidad como una enfermedad real provoca que exista poca concienciación social y colaboración con este tipo de asociaciones.

- Gastos (estimación de 30 participantes, 15 usuarios con 1 acompañante cada uno):
 - Recursos humanos:
 - Trabajadora Social468 €
 - Psiquiatra..... 100 €
 - Recursos materiales:
 - Proyector 0 €
 - Pantalla..... 0 €
 - Ordenador 0 €
 - Bolígrafos.....10'15 €
 - Libretas 60 €
 - Recursos espaciales..... 0 €
- TOTAL GASTOS.....638'15 €

4.8. EVALUACIÓN

4.8.1. ¿CUÁNDO SE VA A EVALUAR?

El objetivo de evaluar en distintos periodos es conocer la adecuación durante el Proyecto, su finalización y pasado un mes. La profesional evaluará tras cada sesión:

SEPTIEMBRE 2020							OCTUBRE 2020							NOVIEMBRE 2020						
L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D
										1	2	3	4							1
	1	2	3	4	5	6	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8
7	8	9 ▲	10	11	12	13	12	13 ▲	14 ▲	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15
14	15	16 ▲	17	18	19	20	19	20 ▲	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22
21	22	23 ▲	24	25	26	27	26	27 ▲	28	29	30	31		23	24	25	26	27 ●	28	29
28	29 ×	30 ×																		

×	1ª evaluación participantes	■	2ª evaluación participantes	●	3ª evaluación participantes	▲	Evaluación de la profesional
---	-----------------------------	---	-----------------------------	---	-----------------------------	---	------------------------------

4.8.2. ¿QUÉ SE VA A EVALUAR?

- 1) **Necesidades físicas, sanitarias y formativas:** Continuar abstinencia, eliminar la dependencia psicológica, aceptar la condición de enfermedad; conocer el alcoholismo, prevención del suicidio y comprensión de los demás frente a la problemática.
- 2) **Necesidades psicológicas:** Obtener habilidades sociales y de afrontamiento, combatir sentimientos negativos y de desesperanza; mejorar autoestima, fomentar la búsqueda de apoyo y ofrecimiento de éste.
- 3) **Necesidades sociales:** Fomentar la creación de vínculos, aumentar apoyo social, evitar aislamiento, fomento de recursos comunitarios, solucionar la conflictividad familiar, ofrecer alternativas de ocio.
- 4) **Funcionamiento del grupo:** grado de asistencia, participación, comprensión de los conocimientos impartidos, cohesión grupal, clima de distensión, asertividad en los diálogos y apoyo del grupo.

Necesidad Objetivo	Necesidades físicas, sanitarias y formativas	Necesidades psicológicas	Necesidades sociales
Obj. general 1	X		
Obj. general 2		X	X
Obj. general 3			X
Obj. específico 1	X	X	X
Obj. específico 2	X		X
Obj. específico 3	X	X	
Obj. específico 4		X	X
Obj. específico 5			X

4.8.3. ¿CÓMO SE VA A EVALUAR?

La profesional recogerá el desarrollo de cada actividad en el documento de “Registro de sesión”, permitiendo conocer el buen funcionamiento de las dinámicas grupales o la necesidad de promover un clima grupal mediante técnicas grupales tras valorar los siguientes indicadores:

- Indicador: $\frac{3}{4}$ de los participantes asisten a las sesiones.
- Indicador: $\frac{3}{4}$ de los participantes colabora en las sesiones.
- Indicador: Los conflictos entre participantes por diferentes opiniones son inferiores al 25% de las sesiones.
- Indicador: Los participantes animan a otros a hablar en el 75% de las sesiones.
- Indicador: Los participantes piden opinión o consejo a otros participantes en el 50% de las sesiones.
- Indicador: Los participantes piden opinión o consejo al profesional en el 50% de las sesiones.
- Indicador: Los participantes hablan con otros además del profesional en el 50% de las sesiones.

Por otro lado, los participantes compararán sus objetivos y expectativas fijadas en las entrevistas iniciales con el grado de consecución y adecuación que consideran durante el transcurso de los talleres, al final, y pasado un mes. Para ello, se rellenará un cuestionario¹¹ que permita conocer su satisfacción, practicidad de los conocimientos adquiridos, adecuación a su situación personal, adaptación de los conocimientos a su vida personal y mejora en sus relaciones familiares; así como los aspectos negativos, limitaciones o mejoras a realizar. El seguimiento del usuario permitirá conocer la necesidad de otro tipo de intervención o recurso

¹¹ “Cuestionario de evaluación” en el apartado de Anexos.

(p.ej: si la conflictividad no ha mejorado entre el usuario y sus familiares, se puede aconsejar una derivación a un servicio de Mediación Familiar); con los siguientes indicadores:

- Indicador: 50% de los usuarios consideran que les ha ayudado a mantener su abstinencia.
- Indicador: $\frac{3}{4}$ de los usuarios han permanecido abstinentes.
- Indicador: $\frac{3}{4}$ de los participantes se consideran bien informados respecto al alcoholismo, el suicidio y su prevención.
- Indicador: $\frac{3}{4}$ de los usuarios han notado una mejora en sus vidas.
- Indicador: $\frac{3}{4}$ de los usuarios ya no tienen ideación suicida debido a esa mejora.
- Indicador: El 50% considera al grupo terapéutico efectivo.
- Indicador: $\frac{3}{4}$ se siente más comprendido al poder contar con personas en su misma situación.
- Indicador: El 50% considera de los participantes que tiene unas mejores habilidades sociales.
- Indicador: $\frac{3}{4}$ de los usuarios se muestran más optimistas y con mayor autoestima.
- Indicador: El 50% de los usuarios se sienten más apoyados por sus familias.
- Indicador: El 50% de los usuarios considera que tiene una mejor capacidad de afrontamiento.
- Indicador: El 50% de los participantes considera que le ha servido para conocerse mejor a sí mismo.
- Indicador: $\frac{3}{4}$ de los participantes consideran que saben comunicarse de forma más asertiva.
- Indicador: $\frac{3}{4}$ de sus familiares consideran que es más sociable.
- Indicador: 50% de los usuarios considera que son más sociables.
- Indicador: 50% de los familiares consideran que tienen una mejor convivencia familiar.
- Indicador: 50% de los participantes realiza más actividades en familia.
- Indicador: 50% de los participantes considera que le ha ayudado a mejorar sus vínculos.
- Indicador: 50% de los participantes considera que colabora e interviene más en la comunidad.
- Indicador: 50% de los participantes considera que su familia es menos conflictiva.

Finalmente, en ambos documentos aparecen preguntas abiertas respecto a posibles mejoras, donde el profesional y el participante pueden desarrollar su respuesta.

4.8.4. RESULTADOS ESPERADOS

Se espera obtener un buen aprendizaje, aplicación de conocimientos, mejora del autoconcepto del usuario, potenciar su capacidad de afrontamiento ante la rehabilitación de su adicción, reforzamiento de vínculos familiares, relaciones con el entorno y creación de redes de apoyo en coordinación con recursos sociales; además de una valoración positiva respecto al beneficio de disponer de una intervención específica en el ámbito que les atañe.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Altavilla, D., Antequera, A., Basile, H., Beines, F., Bentolila, S., Boronat, C., & Serfaty, E. (2010). Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. *Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud, Argentina*. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3dbI3Jf>
- Anseán, A. (2014). Suicidios: las muertes invisibles. Propuesta para una Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS. In *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp. 27-34). Fundación Salud Mental España. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2XFIfdm>
- Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Salamanca (A.R.SA) (2011). *Estatutos de la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de la Provincia de Salamanca*.
- Asociación de investigación, prevención e intervención del suicidio-familiares y allegados en duelo por suicidio (RedAIPIS-FAeDS) (2018). *Estadísticas suicidio 2018*. Recuperado el 13 de abril de 2020 desde: <https://bit.ly/2RyAfID>
- Ayuntamiento de Salamanca (2009 a). IV Plan Municipal sobre Drogodependencias (2010-2013). Concejalía de Salud Pública, Salamanca. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/36FX8jS>
- Ayuntamiento de Salamanca (2009 b). Ordenanza Municipal para la Prevención del Alcoholismo y Tabaquismo Boletín Oficial de la Provincia de Salamanca, a 16 de Enero de 2009. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2zznCHO>
- Ayuntamiento de Salamanca (29 agosto 2019). *El Ayuntamiento y la Asociación El Teléfono de la Esperanza presentan la Campaña 'Yo también soy vulnerable*. Concejalía de Familia e Igualdad de Oportunidades. Recuperado el 25 de abril de 2020 desde: <https://bit.ly/355Jgys>
- Baader, M. T., Urra, P. E., Millán, A. R., & Yáñez, M. L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 303-309. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3ey3ip0>

- Barrero, S. A. P. (2005). Recomendaciones para una estrategia de prevención del suicidio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 68(3-4), 222-227. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3dbB6rA>
- Cantú, H. G. (2005). Alcohol: cuánto es demasiado. *El cotidiano*, (132), 78-83. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2TRn2vM>
- CIE-11 (2019). Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud (Versión 04/2019): *CIE- 11 EMM, estadísticas de mortalidad y morbilidad*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 30 de marzo de 2020 desde: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Decreto 255/1993, de 21 de octubre, por el que se aprueba el Plan Sectorial de Prevención y Atención de las conductas suicidas para Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León. Valladolid, a 21 de octubre de 1993. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/36Hc8Ot>
- Docentes Instituto Neurociencias Clínicas (INC). (2015). Manual para la formación de facilitadores comunitarios para la prevención de la depresión y la conducta suicida Autores. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. (Diciembre 2015). Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2AqWmuP>
- Domenech-López, Y. (1998). Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, N. 6 (octubre 1998); pp. 179-195. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3gx7gzU>
- Dumon, E., & Portzky, G. (2014). Proyecto EUREGENAS: *Directrices Generales para la Prevención del Suicidio*. Unidad de Investigación sobre suicidio, Universidad de Gante. Europa Bélgica. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3cmn1Xi>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/36Khokw>
- Gálvez, P. (2015). Prevención e intervención de la conducta suicida en personas consumidoras de alcohol. *Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*.

España: *Fundación Salud Mental España*, 611-30. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3djvU4U>

Garza, G. T., Méndez, M. T. S., & Del Corral, R. (1987). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. *Salud Mental*, 10(4), 92-97. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2Bau7kt>

Gobierno de Castilla-La Mancha (2018). *Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas en Castilla-La Mancha*. Grupo regional de trabajo sobre prevención de suicidio en Castilla-La Mancha. Consejería de sanidad. Junta de comunidades de Castilla-La Mancha (JCCM). Dirección gerencia del servicio de salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2TUnBFf>

Gobierno Vasco (2019). *Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi*. Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2XB3Lj6>

Gómez, G. A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 607-615. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2XJ7jzZ>

Gorwood, Philip & Ramoz, Nicolas. (2014). E.04.02 Factors explaining suicidal behaviour and mortality in alcohol dependence. Conference: European Neuropsychopharmacology, Volume 24. October 2014. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2XieyA5>

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2017). *Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Resultados detallados Año 2017. Defunciones por suicidio. Resultados por comunidades y ciudades autónomas. Suicidios por edad y sexo*. Recuperado el 13 de abril de 2020 desde: <https://bit.ly/2yQQcDv>

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018 a). *Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Resultados detallados Año 2018. Defunciones por suicidio. Resultados nacionales. Suicidios por edad y sexo*. Recuperado el 13 de abril de 2020 desde: <https://bit.ly/3a1C7QM>

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018 b). *Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Resultados detallados Año 2018. Defunciones por suicidio. Resultados por*

- comunidades y ciudades autónomas. Suicidios por edad y sexo. Recuperado el 13 de abril de 2020 desde: <https://bit.ly/3b7WhcY>
- Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Monografía alcohol. Adicciones. Vol. 14, Suplemento 1*, 175-193. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3djvyeC>
- Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., Pérez-Iñigo, J., Robles, J., Santiago, P., & Torras, A. (2010). Guía para Familiares. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2ZNoWRW>
- Junta de Castilla y León (2003). Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León, aprobado por el Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León. Conserjería de Sanidad. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2MdBtG8>
- Junta de Castilla y León (2016). IV Plan de Salud de Castilla y León, Perspectiva 2020, aprobado por el Acuerdo 45/2016, de 21 de julio, de la Junta de Castilla y León. Conserjería de Sanidad. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2XLyVof>
- Junta de Castilla y León (2017). VII Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (2017-2021). Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2yJXCc4>
- Junta de Castilla y León (2018). Memoria 2018: Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León. Servicios Sociales de Castilla y León. Recuperado el 13 de abril de 2020 desde: <https://bit.ly/34AO11t>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, Madrid, a 25 de abril de 1986. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2XgF9gA>
- Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León, Valladolid, a 29 de marzo de 1994. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2ZQhKUY>
- Lima-Rodríguez, J. S., Guerra-Martín, M. D., Domínguez-Sánchez, I., & Lima-Serrano, M. (2015). Respuesta del enfermo alcohólico ante su enfermedad: Perspectivas de pacientes y

- familiares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1165-1172. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2yQ6AEU>
- Mandujano, G., López, B., Hernández, L., & Padilla, S. (2012). Educación para la salud en grupos de ayuda mutua para la promoción de estilos de vida saludables. *Medwave*, 12(11). Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/36MvjpZ>
- Mansilla Izquierdo, F. (2010). Suicidio y prevención. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2MaS4L1>
- Ministerio de Sanidad (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. *A Coruña: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Avalia-t*. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3gCPhIv>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013). Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3cgqgiO>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018 a). Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024). Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3dfBrJL>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018 b). Plan de Acción sobre Adicciones (2018-2020). Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3cgP0qY>
- Montoya, R. Q., Figueroa, I. V., Abundiz, S. V., & De Mendoza, J. M. G. (2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 7(2), 112-116. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3dieupn>
- Observatorio del Suicidio en España (2017). *Suicidios España 2017*. Fundación Española para la Prevención del suicidio. Recuperado el 13 de abril de 2020 desde: <https://bit.ly/2RyqSZu>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2018). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 1994-2018*. Recuperado el 12 de abril de 2020 desde: <https://bit.ly/3ceO6Mk>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2019 a). *Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) 1995-2017*. Recuperado el 12 de abril de 2020 desde: <https://bit.ly/3bgkiip>

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2019 b). *Consumo problemático de drogas, 2006-2017*. Recuperado el 12 de abril de 2020 desde: <https://bit.ly/2RzJOal>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2019 c). *Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2017*. Recuperado el 12 de abril de 2020 desde: <https://bit.ly/2RyzlMf>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2019 d). *Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1987-2017*. Recuperado el 12 de abril de 2020 desde: <https://bit.ly/2V0Vfdc>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2019 e). *Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2017*. Recuperado el 12 de abril de 2020 desde: <https://bit.ly/3a8j4E9>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3ccuNmt>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Plan de acción sobre salud mental (2013-2020). 65ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, mayo de 2012. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2TSuUgr>
- Pastor, F. P. (2015). Alcoholismo y ayuda mutua. De la necesidad a la evidencia. *Adicciones*, 27(4), 243-245. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2Apezcw>
- Pastor, P. F. (2019). CARTILLA DEL ALCOHÓLICO. Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Salamanca (A.R.SA). Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE).
- Pereira, M. G. S., & Galaz, M. M. F. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*, 15(2), 221-230. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2XKsj9w>
- Prevensuic (2015). Prevensuic: Prevención del suicidio. Fundación Española para la Prevención del suicidio. Recuperado el 14 de abril de 2020 desde: <https://www.prevensuic.org/>

- Riello, M., Carbone, S. (2014). Proyecto EUREGENAS: *Establecimiento y Mantenimiento de grupos de Apoyo para Personas en Duelo por Suicidio: Herramientas para Facilitadores*. AOUI, Verona. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/36GLq8y>
- Rossell, T. (1998). Trabajo social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. *Cuadernos de trabajo social*, (11), 103-122. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2ZO5dBt>
- Sanidad de Castilla y León (SACYL) (2020). *Documento de trabajo del Proceso de Atención a la Conducta Suicida*. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2ZMwHaN>
- Saxena, S., Krug, E. G., Chestnov, O., & Fleischmann, A. (Eds.). (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2XdbF3e>
- Servicio Andaluz de Salud (SAS). (2010). Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la conducta Suicida. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3ewpT57>
- Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL) (2018). *Informe anual del Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León: Admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de drogas 2000-2018*. Comisionado Regional para la Droga. Junta de Castilla y León. Recuperado el 29 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2yNG4Mk>
- Szerman, N., Roncero, C., & Casas, M. (2016). Protocolos de intervención en patología Dual. *Barcelona: Edikamed*. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2MbAp5N>
- Unión Europea (2012). Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020) (2012/C 402/01). Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2TRbZ5P>

Unión Europea (2017). Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2017-2020) (2017/C 215/02). Diario Oficial de la Unión Europea. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3cdsNdp>

Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta médica peruana*, 28(4), 237-241. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/3dhTNtA>

World Health Organization. (2013). The European mental health action plan (2013-2020). Regional Committee for Europe Sixty-third session. Çeşme Izmir, Turkey, 16–19 September 2013. Recuperado el 30 de mayo de 2020 desde: <https://bit.ly/2yJM8VZ>

Zastrow, C. (2008). *Trabajo social con grupos*. Editorial Paraninfo.

6. ANEXOS

6.1. Glosario de conceptos relacionados

- Afrontamiento: capacidad y esfuerzo cognitivo-conductual que se ha de desarrollar o potenciar para manejar o superar situaciones problemáticas y desbordantes para el individuo, aportando los recursos necesarios para ello (Montoya, Figueroa, Abundiz, y De Mendoza, 2005).
- Apoyo social: acompañamiento, aportación e intervención psicosocial que orienta cognitivamente y ofrece tanto ayuda como servicios (Riello y Carbone, 2014).
- Binge Drinking: o atracón, fenómeno de consumir la mayor cantidad de alcohol posible en un intervalo aproximado de 2 horas, siendo unas 5 consumiciones o más en hombres y 4 o más en mujeres (OEDA, 2019 a).
- Efecto contagio: fenómeno asignado a las personas que cometen un suicidio por la influencia que les produce conocer el acto suicida de otra persona (Dumon y Portzky, 2014).
- Enfermedad mental/Trastorno mental o psiquiátrico: enfermedades diagnosticables constituidas por alteraciones del ánimo, pensamiento o comportamiento; pudiendo actuar de manera conjunta, afectando y mermando las habilidades sociales, emocionales y cognitivas (Dumon y Portzky, 2014).
- Estresor: relación entre la persona y su ambiente ante una situación que desencadena estrés psicológico, excediendo los recursos para el afrontamiento y experimentando síntomas somáticos y estados emocionales negativos ante la frustración y ansiedad provocadas; pudiendo incrementar la conducta suicida (Pereira y Galaz, 2005).
- Facilitador comunitario: personas que interaccionan dentro de una comunidad formadas (en este caso, alcoholismo y riesgo suicida) para identificar situaciones de alarma y derivarlos a los recursos pertinentes para ser atendidos y tratados. Además, ofrecen apoyo y acompañamiento para que puedan entender y superar sus problemas; suponiendo un complemento en el tratamiento e intervención de los profesionales (Docentes INC, 2015; Dumon y Portzky, 2014; Riello y Carbone, 2014).
- Factores de riesgo/protección: características o elementos medibles que incrementan o disminuyen las probabilidades de que se produzca un suicidio; siendo de aspecto psicológico, social, biológico, individuales, familiares o del entorno (Dumon y Portzky, 2014).

- Intoxicación etílica/alcohólica aguda: conocido comúnmente como “borrachera” o embriaguez, es un síndrome derivado del consumo brusco de alcohol superior a la capacidad de tolerancia de la persona. Según la cantidad, puede provocar desinhibición, coma, depresión respiratoria y la muerte (Izquierdo, 2002, p. 175).
- Patología dual: presencia de una conducta aditiva y otra enfermedad mental simultáneamente (Szerman, Roncero y Casas, 2016).
- Postvención: estrategias o intervenciones realizadas para ofrecer apoyo a las personas afectadas tras una crisis o evento traumático que conlleva un duelo (Dumon y Portzky, 2014; Riello y Carbone, 2014).
- Salud mental: según la OMS, es el “*estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”; siendo conscientes de nuestras propias capacidades y con ellas poder afrontar los sucesos de la vida y contribuir a la comunidad de manera eficaz (Dumon y Portzky, 2014).

6.2. Mitos sobre el suicidio

- “El suicida está decidido porque lo desea”: la desesperanza lleva a ver la muerte como única solución, pero con detección y ayuda en el momento adecuado, esa decisión será transitoria. La ambivalencia es una característica común, pudiendo ser impulsivos en un primer momento y arrepentirse posteriormente.
- “Sólo lo cometen quienes no lo dicen, son impulsivos y repentinos”: hay que distinguir entre la impulsividad de la comisión y el proceso de ideación. La mayoría lo comunicará directa o indirectamente, cambiará de conducta, amenazaré o realizará cualquier gesto que suponga una señal de alarma. Puede no prestarse la suficiente atención a los signos al interpretarse como un alarde o chantaje, pero debe considerarse cualquier acción que suponga una amenaza; ya que pueden estar buscando ayuda o apoyo desesperadamente.
- “Es imposible prevenirlo”: ya sea por arrepentimiento o por la detección de señales de alarma, además es necesaria una política de prevención; ya que, en otros casos como los accidentes de tráfico, se ha demostrado una disminución por una prevención eficaz.
- “Preguntar a la persona estimulará la necesidad de cometerlo o aumentará su riesgo”: mostrarle respeto, poder expresar sus sentimientos con confianza, sentirse escuchado y recibir apoyo es liberador para la persona, teniendo una alternativa y solución para seguir viviendo. Preguntar sobre sus ideaciones y sus planes no incrementa su riesgo, siendo un método tanto preventivo como terapéutico. Discutir, juzgar o restar importancia aumentará el estigma y el riesgo al no tener con quién hablar sinceramente. Una buena formación ayudará a sensibilizar y disminuir el estigma.
- “Sólo lo hacen los cobardes/valientes”: no se debe juzgar la conducta, sino intervenir en la desesperanza para su prevención.
- “Es una reacción normal cuando se padece una enfermedad mental o se viven situaciones difíciles”: si bien la presencia de enfermedad mental supone un factor de riesgo, no todas las personas deciden cometer un suicidio. La infelicidad es un desencadenante, pero nunca debe ser una respuesta para acabar con el sufrimiento; debiendo desarrollarse habilidades de afrontamiento con el apoyo de profesionales y entorno.
- “Quien lo haya intentado previamente, lo volverá a hacer”: la ideación suicida puede regresar por su ambivalencia, pero no es permanente. Tras un intento de suicidio y la correspondiente ayuda, se puede continuar sin volverse a cometer.

Elaboración basada en : Dumon y Portzky (2014); Jiménez, Martín, Pacheco, Pérez-Íñigo, Robles, Santiago y Torras (2010); Prevensuic (2015); Saxena, Krug, Chestnov y Fleischmann (2014).

6.3. Directrices EUREGENAS

- Buenas praxis: recoger resultados de la evaluación de los proyectos piloto para establecer unas intervenciones integrales a seguir, teniendo en cuenta los factores de cada país.
- Compartir resultados: un flujo de información no sesgada y coherente proporciona retroalimentación y apoyo para introducir cambios una vez realizada la evaluación.
- Diversidad: tener en cuenta los contextos socioculturales específicos de cada país, pues una estrategia no será igual en un país que en otro, aunque tengan elementos comunes.
- Multisectorialidad: coordinación público-privado a nivel nacional, regional y local.
- Planificación y coordinación: los grupos de planificación nacional aportan diferentes puntos de vista e identificación de los recursos, aportaciones y actividades necesarias.
- Recursos: para planificar y establecer unos objetivos de forma efectiva se debe proveer de los materiales y elementos humanos y económicos necesarios.

Además, se proponen unos componentes necesarios para desarrollar metas y objetivos:

- Capacitación, educación, concienciación y reducción de estigmas: mejor formación para profesionales de la salud y sociales, además de otros profesionales (bomberos, policías, periodistas, educadores...etc.). Realizar campañas de información y prevención públicas sobre suicidio y sus problemáticas asociadas, proporcionando información veraz y responsable sobre suicidio en medios de comunicación y redes sociales.
- Creación de recursos específicos: centros de ayuda, observatorios estatales sobre conducta suicida, recursos web para la coordinación y promoción del asociacionismo.
- Igualdad de acceso, tratamiento, intervención en crisis, seguimiento y postvención: ofrecer cuidados y apoyo basados en datos obtenidos de las investigaciones y las circunstancias de cada individuo tanto para rehabilitar a quienes han cometido un intento de suicidio, como a los afectados por la pérdida. Adaptación para los casos más urgentes y posibilitar el acceso de emergencia, además de proporcionar líneas y webs de atención inmediata.
- Investigación y restricción del acceso a medios lesivos: recabar datos para la posterior elaboración estadística, así como establecer los grupos y situaciones más vulnerables para reducir la disponibilidad, atracción, y poder letal de los objetos utilizados.
- Supervisión y coordinación: reforzar la comunicación y trabajo de organismos e instituciones para prestar los servicios y ofrecer una respuesta conjunta e integral.

Elaboración basada en: Anseán (2014); Saxena, Krug, Chestnov y Fleischmann (2014)

6.4. Funciones del profesional del Trabajo Social en el Proceso de Atención a la Conducta Suicida de SACYL (2020)

POSTVENCIÓN: ATENCIÓN A LAS PERSONAS VINCULADAS CON EL FALLECIDO	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir y tratar las alteraciones emocionales, efectos negativos y reiteración de suicidios. - Prestar apoyo emocional al familiar en el duelo. - Prevenir el duelo patológico.
Funciones	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenir con los familiares tras una conducta suicida con resultado de muerte o ante sospecha de la existencia de un duelo patológico. - Proporcionar un clima de escucha, respeto y empatía para la verbalización de los sentimientos. - Expresar apoyo y ofrecer enlaces a profesionales de referencia. - Derivar a Atención Primaria o Salud Mental si fuera necesario.
Herramientas y técnicas	<ul style="list-style-type: none"> - Escucha activa. - Entrevista. - Llamadas telefónicas, correos electrónicos, reuniones informales.
Dónde	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta. - Domicilio.

DETECCIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA	
Objetivos	<p>DETECCIÓN Y ATENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la existencia de riesgo suicida, evaluar la gravedad, los factores de riesgo y de protección y establecer un nivel de riesgo operativo. <p>SEGUIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar la recepción de la notificación de citación para la consulta de psiquiatría. - Valorar la evolución. - Apoyo y seguimiento de las medidas terapéuticas establecidas.
Funciones	<p>DETECCIÓN Y ATENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer situación respecto a la ideación y conducta suicida al entrevistar a la persona, familiares o allegados. - Analizar la presencia de factores de riesgo y ausencia de factores de protección. - Consideración especial si hay presencia de una enfermedad mental (sobre todo depresión e intentos previos), discapacidad, dolor crónico, crisis psicosociales con pérdidas, dificultades laborales y económicas, soledad o falta de apoyo social. - Mayor riesgo en los rangos de edad de adolescencia y mayores de 65 años. - Si la persona presenta síntomas de depresión o ansiedad, se evaluará obligatoriamente la existencia de ideación o planificación suicida; unido a la comorbilidad con el consumo de sustancias, principalmente el alcohol, al aumentar el riesgo. <p>SEGUIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contactar con el paciente tras la detección hasta el día de la consulta, al menos una vez para comprobar y asegurar la cita, valorar el estado y orientar si existiesen dudas o la necesidad de una atención urgente. - Acordar periodicidad de las reevaluaciones. - Apoyar y hacer seguimiento en las medidas.
Herramientas y técnicas	<p>DETECCIÓN Y ATENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista, Reevaluación en situaciones de crisis psicosociales periódicas, por si existen cambios. <p>SEGUIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contacto telefónico, Citas en consulta.
Dónde	<ul style="list-style-type: none"> - Centro de Salud, Domicilio de la persona.

DETECCIÓN, ATENCIÓN, SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL	
Objetivos	<p>INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crear un Plan de Protección del paciente. - Detección del riesgo suicida. - Manejo terapéutico del riesgo suicida y control del entorno. <p>PROGRAMA DE TRATAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar un programa de tratamiento y seguimiento según necesidades de cada paciente. - Reducción de nuevas tentativas. <p>SEGUIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar la continuidad en la atención y disminuir el número de abandonos. - Promover la recuperación de nuevos roles y metas personales. <p>COORDINACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer comunicación e intercambio de información fluida para asegurar la continuidad.
Funciones	<p>INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración inicial del riesgo. - Establecer supervisión constante presencial, visual continuada o frecuente según el riesgo. - Documentación de las medidas y supervisiones en su historia. - Reducir el acceso a medios lesivos. <p>PROGRAMA DE TRATAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equilibrar factores de riesgo y protección de cara a la preparación para el alta. - Establecer cita con el Equipo de Salud Mental, establecer una búsqueda activa ante su ausencia y acordar medidas de acompañamiento y supervisión por parte de sus familiares. <p>SEGUIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer al menos un contacto telefónico para orientar y valorar. - Creación de un Plan Individualizado de Seguimiento con las redes de apoyo. <p>COORDINACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Canalizar información entre Atención Primaria y Equipos de Salud Mental. - Información periódica de la evolución de los pacientes.
Herramientas y técnicas	<p>INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observación, Historia del paciente. <p>PROGRAMA DE TRATAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia del paciente, Llamadas telefónicas con familiares y Atención Primaria. <p>SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llamadas telefónicas.
Dónde	<p>INGRESO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Despacho, Habitación del paciente, Espacios comunes. <p>PROGRAMA DE TRATAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. <p>SEGUIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipo de Salud Mental. <p>COORDINACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centro de Salud, Equipo de Salud Mental.

Elaboración basada en SACYL (2020).

6.5. Factores de riesgo y protección

FACTORES DE RIESGO

La presencia de factores de riesgo no implica obligatoriamente la predisposición a la ideación e intento suicida, pero la correlación de estos factores de riesgo, unidos a la falta de factores de protección; aumentan su probabilidad. Tanto el abuso de sustancias como el suicidio son dos conductas autodestructivas, por lo que la presencia, en este caso, de alcoholismo, supondría en sí mismo un factor de riesgo predisponente al intento de suicidio; mientras que otros factores atenderían a criterios personales, familiares, medioambientales y sociales:

- Accesibilidad a medios letales.
- Antecedentes en la familia de consumo de sustancias, alcohol y suicidios previos.
- Bajo o escaso apoyo social: Soledad, introversión o psicoticismo.
- Bullying y rechazo del grupo de iguales.
- Consideración del suicidio como una solución aceptable o percepción de insolubilidad de los problemas: Pensamiento dicotómico o percibir las situaciones en términos bipolares extremos.
- Creencias religiosas o culturales.
- Desastres, guerras, conflictos, estrés por desplazamientos o aculturación.
- Desempleo, dificultad económica, bajo nivel educativo, empleos muy cualificados con alto nivel de estrés.
- Disfunción familiar, convivencia hostil, entorno constante de críticas.
- Edad: mayor riesgo en adolescencia y edad avanzada.
- Efecto contagio: Inadecuada cobertura del suicidio en medios de comunicación o suicidio en el entorno cercano.
- Enfermedades crónicas, discapacitantes, terminales: SIDA, epilepsia, daño cerebral, cáncer...
- Estigma asociado a la búsqueda de ayuda como debilidad.
- Eventos vitales estresantes: divorcios, separaciones, fallecimientos, viudedad, problemas legales, pérdidas, conflictos interpersonales, traumas infantiles, maltrato físico, psicológico o abuso sexual, orfandad, separación del niño de sus padres.
- Factores genéticos: existe evidencia científica según la presencia de determinados genes.
- Intentos previos de suicidio o haber sido dado de alta reciente en una unidad de hospitalización psiquiátrica.

- Pertener a un colectivo discriminado: etnia, orientación sexual, religión, nacionalidad, situaciones de marginalidad o exclusión social. Estigmatización, barreras culturales y dificultad en el acceso al sistema de salud.
- Pocas habilidades sociales e inadecuada gestión de la frustración y emociones: impulsividad, agresividad, rigidez cognitiva, desesperanza o perfeccionismo. Sentimiento de fracaso personal, baja autoestima.
- Presencia de trastorno mental y Patología Dual: si bien la depresión mayor es el trastorno más relacionado, también existe mayor riesgo en el trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de la personalidad límite, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de hiperactividad o trastorno obsesivo compulsivo.
- Presión excesiva por el logro.
- Recaídas: por una mala evolución de la enfermedad mental, mala adherencia al tratamiento, volver a consumir alcohol.
- Sexo: mayor riesgo en hombres que en mujeres.
- Violencia de género: tanto de la propia víctima como en el agresor tras cometer un homicidio.

FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores de protección pueden ser inherentes a la persona, o bien promocionados por la comunidad o entidades relacionadas para prevenir o intervenir en la disminución de sus efectos negativos. Conociendo los factores de riesgo, muchos serán la formulación inversa de éstos, o adiciones para mejorar la situación que vive la persona:

- Habilidades sociales y de comunicación para relaciones interpersonales y resolución de conflictos.
- Búsqueda de ayuda ante dificultades y libre expresión de las emociones.
- Autoestima, confianza y ser valorado en la comunidad.
- Creencias religiosas, espirituales o valores sociales positivos: respeto, solidaridad, amistad, ayuda y justicia para enfrentar cambios, problemas y pérdidas.
- Buen apoyo familiar y social con relaciones afectuosas y saludables: estableciendo un apego saludable desde la infancia.
- Integración social y participación en actividades de la comunidad.
- Acceso al sistema sanitario y mecanismos de ayuda informal y profesional.

- Acceso restringido de medios letales.
- Seguridad personal y establecimiento de límites coherentes.
- Tener referentes y ejemplos a seguir positivos.
- Fomentar la autonomía encaminada a las metas y logros personales.
- Tener un buen nivel de estudios para un posterior éxito en el mundo laboral.
- Mantener actividad física, mental y social.
- Flexibilidad cognitiva: ser receptivo a las experiencias de los demás.
- Tener hijos.
- Recibir un buen tratamiento en la enfermedad mental, física o abuso de sustancias.
- Políticas de salud mental, reducción del consumo de sustancias, campañas de sensibilización y concienciación.
- Información responsable en medios de comunicación.
- Intervención dirigida a grupos en mayor riesgo o vulnerabilidad.
- Formación adecuada de profesionales y facilitadores comunitarios.
- Líneas telefónicas o páginas web de ayuda en crisis.
- Seguridad y estabilidad económica y laboral.
- Seguimiento y evaluación de programas tanto preventivos como de intervención.

Elaboración basada en: Garza, Méndez y del Corral (1987); Gobierno de Castilla-La Mancha (2018); Gobierno Vasco (2019), Gómez, (2012); Gorwood y Ramoz (2014); Jiménez, Martín, Pacheco, Pérez-Iñigo, Robles, Santiago y Torras (2010); Ministerio de Sanidad (2012); Saxena. Krug, Chestnov y Fleischmann (2014)

6.6. Hoja de consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo,.....con
DNI/NIE/Pasaporte N.º....., he sido informado/a por la Trabajadora Social de A.R.SA para la realización de actividades dentro del “Proyecto de Intervención para prevenir el suicidio en personas con alcoholismo”. Estas actividades están encaminadas a conocer la enfermedad que supone el alcoholismo como el problema del suicidio, aportar habilidades sociales de comunicación, resolución de conflictos y gestión emocional para poder continuar con mi tratamiento de deshabituación del alcohol y prevenir cualquier situación que me ponga en riesgo de cometer suicidio.

Me han informado de las ventajas y beneficios del Proyecto, así como del acuerdo de confidencialidad que debo guardar respecto al resto de usuarios que van a participar conmigo; así como mi compromiso a asistir a todas las sesiones sin falta. Entiendo que, si no respeto la confidencialidad o el compromiso de asistencia, tendré que dejar el grupo.

Consiento en el uso de mis datos respetando la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, utilizándolos únicamente para la organización de las actividades previstas y futuro seguimiento tras la finalización de las mismas. He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

A su vez, consiento que D/Dña..... ,
D/Dña.....y
D/Dña.....;
con los que mantengo una relación de:.....,
.....,respectivamente; me acompañen en las sesiones conjuntas y participen en las sesiones familiares para alcanzar mi bienestar y el de ellos. Igualmente, ellos consienten los mismos preceptos que el usuario y se comprometen a las mismas obligaciones, gozando de los mismos derechos, habiendo formulado las pertinentes cuestiones y estando conformes.

Firma del usuario:

Firmas de los acompañantes:

Salamanca, ade....., 20.....

SELLO A.R.SA:

6.7. Registro de sesión

REGISTRO DE SESIÓN



Fecha:.....

Profesional:.....

Bloque nº Sesión nº Actividad:

Desarrollo de la actividad:

Participantes:

Incidencias:

Comentarios:

***Las preguntas se ampliarán en la parte trasera del documento:**

1. ¿Participan todos los miembros del grupo?
2. ¿Hablan todos con todos o el diálogo es sólo con el profesional?
3. ¿Hablan todos a la vez y se forman subgrupos?
4. ¿Quién es el que más habla?
5. ¿Quién es el que menos habla?
6. ¿Se escuchan unos a otros?
7. ¿Se cambia el tema con frecuencia o se mantienen centrados en el tema?
8. ¿Se expresan con tranquilidad opiniones contrarias?
9. ¿Se consideran y respetan entre sí todos los miembros del grupo?
10. ¿Animan a sus compañeros para que todos participen?
11. ¿Qué se puede hacer para mejorar la participación?
12. ¿Qué se puede hacer para mejorar el clima grupal?

Firma de la profesional:

Salamanca, ade....., 20.....

SELLO A.R.SA:

6.8. Cuestionario de evaluación



CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

NOMBRE:..... USUARIO

APELLIDOS: ACOMPAÑANTE

El siguiente cuestionario está realizado para conocer su opinión acerca del funcionamiento, aspectos tratados, conocimientos aplicados y satisfacción del conjunto de las sesiones; valorando las posibles deficiencias, limitaciones y problemas que hayan podido surgir, con el fin de mejorar los contenidos y actividades. El método de evaluación constará de una serie de preguntas numeradas donde se deberá valorar del 1 al 5 el grado de satisfacción (1-Muy en desacuerdo y 5-Muy de acuerdo), y de respuesta abierta.*

Me ha ayudado a mantener la abstinencia.	1	2	3	4	5
Estoy bien informado/a sobre alcoholismo, suicidio y su prevención.	1	2	3	4	5
Siento mejoría en mi vida.	1	2	3	4	5
No tengo ideación suicida/ha disminuido.	1	2	3	4	5
El grupo terapéutico es efectivo	1	2	3	4	5
Me he sentido comprendido/a al haber más gente en mi situación dentro del grupo.	1	2	3	4	5
Mis habilidades sociales han mejorado.	1	2	3	4	5
Me siento más optimista de cara al futuro.	1	2	3	4	5
Me siento más apoyado/a por mi familia.	1	2	3	4	5
Tengo mejor capacidad de afrontar los problemas.	1	2	3	4	5
Las sesiones me han servido para conocerme mejor a mí mismo/a.	1	2	3	4	5
Mi forma de comunicarme ha mejorado y es más asertiva.	1	2	3	4	5
Me considero más sociable.	1	2	3	4	5
Mi familiar/acompañante es más sociable.	1	2	3	4	5
Mi convivencia familiar ha mejorado.	1	2	3	4	5
Mi familia es menos conflictiva.	1	2	3	4	5
Realizo más actividades en familia.	1	2	3	4	5
Mis vínculos y relaciones con los demás han aumentado/mejorado.	1	2	3	4	5
Colaboro y participo más en la comunidad.	1	2	3	4	5

¿Cómo es su valoración general de las **sesiones y los talleres**? ¿Considera que hay aspectos a mejorar? ¿Qué añadiría?

¿Cómo es su valoración general de las **profesionales**? ¿Considera que hay aspectos a mejorar? ¿Qué añadiría?

* ***Si lo necesita, puede ampliar sus respuestas en la parte trasera del cuestionario.***

6.9. Estructura del “Plan de seguridad”

PLAN DE SEGURIDAD

USUARIO

Consejos rápidos:

- Tómate un tiempo. No decidas nada ahora.
- No consideres una solución definitiva para un problema temporal o con una emoción transitoria. Aunque ahora no lo parezca, las cosas cambian y mejoran, y tu estado de ánimo, también.
- No consumas alcohol o drogas.
- Si estás en tratamiento, mantenlo en la misma forma en que te lo hayan prescrito. No lo abandones.
- Aléjate de cualquier medio o lugar en el que te puedas hacer daño.
- Busca compañía. Llama a alguno de los contactos de tu ‘Plan de Seguridad’. Revisa también tus ‘Razones para Vivir’.
- Habla, no calles tus ideas. Busca ayuda profesional para superarlas. Acude a un centro sanitario.
- Haz caso a los tuyos.
- Contacta con una asociación que comparta problemas semejantes, te ayudará a superarlos.

Mis razones para vivir:

- Sé que esta situación es dura, pero también pasajera.
- No voy a tomar una decisión definitiva para un problema temporal.
- Soy suficientemente fuerte para superar esta situación. Puedo con esto.
- Sé que con tiempo encontraré la forma de disfrutar de la vida.
- Seguro que encontraré otras formas de solucionar todo esto.
- Realmente no quiero morir.
- Me da miedo la muerte.
- Por dolorosas que sean, estas cosas son inherentes a la vida y debemos asumirlas.
- Me quiero y valoro lo suficiente como para no acabar conmigo.
- Aunque para unos es más fácil que para otros, la vida conlleva dificultades y etapas dolorosas.
- Tengo miedo a lo desconocido.
- El futuro no tiene por qué ser siempre oscuro.
- No creo que fuese a estar mejor.
- Ni siquiera es seguro que lo consiga y tengo que pensar en las nefastas consecuencias que eso puede conllevar.
- Siempre lo puedo dejar para otro momento.
- Va en contra de mis principios ideológicos o religiosos.
- No puedo hacerles esto a los míos ni quiero hacerles sentir culpables.
- Personas a las que quiero no tienen la culpa ni tienen porqué pagarlo con su sufrimiento.
- No puedo abandonar mis responsabilidades y dejárselas a otros.
- No voy a dar ese gusto a algunos/as...
- ¿Qué iba a ser de las personas a las que quiero?
- Mis otras razones:

Mis señales de alerta:

- Cosas que pienso cuando tengo ideas suicidas:.....
- Cosas que digo cuando tengo ideas suicidas:
- Cosas que hago cuando tengo ideas suicidas:
- Cosas que no hago cuando tengo ideas suicidas:

FAMILIARES/ACOMPañANTES

Recomendaciones generales de prevención:

- Tomarse en serio cualquier manifestación, amenaza o sospecha de conducta suicida.
- Valorar el riesgo, en base a la información sobre los factores de riesgo y el análisis de la situación concreta.
- Hablar directa y claramente de la situación con la persona en riesgo. En estas conversaciones valorar: cómo se siente, qué ideas suicidas tiene, si ha hecho un plan, para cuándo, qué método ha pensado, si ha realizado gesto o intento suicida ya o no, qué se lo impide o impediría, si ha redactado alguna nota, etc. Toda esta información es muy valiosa para valorar la gravedad del riesgo suicida: cuantas más respuestas tenga sobre dónde, cómo y cuándo, y más letales sean las condiciones del plan, más riesgo suicida, sobre todo si existe algún antecedente previo.
- Conservar la calma. Transmitir tranquilidad, tanto con la comunicación verbal como corporal.
- Mostrar empatía, preocupación y comprensión con su situación.
- Mostrar esperanza y posibilidades de superación de la situación con la ayuda oportuna.
- Intentar encontrar soluciones prácticas, aunque sean temporales.
- Ganar todo el tiempo posible. Proponer aplazarlo para otro momento (‘vuelve a pensarlo mañana’), evidenciando lo definitivo y dramático de la solución y el estado provisional actual.
- Dejar hablar y desahogarse.
- Retirar todo lo que pueda servir para (auto)lesionar.
- Controlar el acceso a la medicación, así como el consumo (por exceso o defecto) de la pauta.
- Buscar ayuda profesional: servicios de emergencias, hospital, centro de atención primaria o de salud mental. Tener siempre a mano los medios de contacto con todos ellos.
- No juzgar ni echar sermones sobre lo que pueda decir o hacer.
- No despreciar, banalizar ni desoír las amenazas.
- No desafiar.
- No mostrar nerviosismo, no reaccionar de manera exagerada. No gritar.
- No prometer secreto o inactividad respecto a la situación.
- No repetir tópicos, no dar consejos simplistas o enviar mensajes paradójicos (por ejemplo: “con todo lo que tú tienes...”, “con lo bonita que es la vida”, etc.).
- No dejarla nunca sola.
- No considerarse omnipotente, compartir la situación y buscar ayuda con otras personas cercanas.

Contactar con:

- Profesionales que conocen mi situación:.....
- Familiares y amigos:.....
- Otros contactos:

Acudir a:

- Centros de atención:
- Lugares que me distraen:
- Lugares de familiares o amigos:.....

Pensar o hacer:

- Pensar en cosas que me ayudan:.....
- Evitar pensar en cosas que no me ayudan:
- Hacer cosas que me ayudan:.....
- Evitar hacer cosas que no me ayudan:.....

Reproducción desde Prevensuic (2015).