

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

GIZA, GIZARTE ETA HEZKUNTZA ZIENTZIEN FAKULTATEA

Grado en Trabajo Social
Gizarte Langintzako Gradua

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

Suicidio y adolescentes

***Proyecto de intervención en adolescentes
tras conductas suicidas***

Estudiante: Edurne Sánchez Barasoain

Tutor: Alberto Ballesterro Izquierdo

Departamento/Saila: Sociología y Trabajo Social

Campo/Arloa: Salud mental

Junio, 2023

Resumen

El suicidio en adolescentes es una problemática creciente y preocupante. Los factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes incluyen problemas de salud mental, el abuso de sustancias, el acoso escolar, la violencia doméstica, la falta de apoyo emocional y la exposición a situaciones de estrés, como el fracaso académico o la dificultad para adaptarse a cambios importantes en su vida. Es importante destacar que muchos casos de suicidio en adolescentes podrían prevenirse a través de la identificación temprana de los signos de advertencia, el acceso a recursos de ayuda y la promoción de un ambiente de apoyo emocional y respeto hacia la diversidad. Por lo tanto, es fundamental trabajar en la prevención del suicidio en la adolescencia a través de una estrategia integral que involucre a los padres, los profesionales cercanos a estos menores y toda la sociedad. La educación, la concienciación y el acceso a recursos de apoyo son claves para prevenir el suicidio en los adolescentes.

Palabras clave: adolescentes; suicidio; factores; prevención; trabajo social.

Abstract

Adolescent suicide is a growing and worrisome problem. Risk factors associated with adolescent suicide include mental health problems, substance abuse, bullying, domestic violence, lack of emotional support, and exposure to stressful situations such as academic failure or difficulty adjusting to major life changes. It is important to note that many cases of adolescent suicide could be prevented through early identification of warning signs, access to resources for help, and the promotion of an environment of emotional support and respect for diversity. Therefore, it is essential to work on adolescent suicide prevention through a comprehensive strategy that involves parents, professionals close to these underage and society as a whole. Education, awareness and access to support resources are key to preventing adolescent suicide.

Keywords: teenagers; suicide; factors; prevention; social work.

Índice

Resumen.....	2
Índice.....	3
Introducción	4
1. Objeto de trabajo.....	5
2. Marco teórico	5
2.1. Aproximación conceptual de términos claves	5
2.2. Datos sobre la situación: últimos años y evolución	6
2.3. Causas destacadas: Internet y Redes Sociales	9
2.4. Factores de riesgo y protección en adolescentes con conductas suicidas.....	12
2.5. Respuestas de la sociedad: visibilización y medios de comunicación	16
2.6. Recursos existentes: ¿Es posible actuar desde la farmacología sin un proceso terapéutico?	17
2.7. El papel del Trabajo Social en la intervención con menores con conductas suicidas, sus familias y en la sociedad	18
3. Proyecto de intervención.....	19
3.1. Naturaleza del proyecto	19
3.1.1. Descripción.....	19
3.1.2. Fundamentación	20
3.1.3. Objetivos.....	23
3.1.4. Personas beneficiarias.....	23
3.1.5. Localización, temporalización y recursos	25
3.1.6. Administración	27
3.2. Intervención.....	33
3.2.1. Actividades	34
3.2.2. Metodología	35
3.3. Evaluación	36
3.3.1. Presupuesto	41
4. Conclusiones.....	42
5. Referencias	44

Introducción

En este Trabajo de Fin de Grado se va a exponer una propuesta de un proyecto de intervención en el área de trabajo de las tentativas de suicidio con un perfil de población de entre 12 y 18 años, abordando a su vez otros perfiles necesarios para cubrir las necesidades que se solicitan hoy en día. El suicidio es la segunda causa de muerte externa en los últimos años e impacta con mayor fuerza entre los y las menores, y como consecuencia en sus entornos más cercanos.

La escasez de recursos en el ámbito público de salud mental y la inexistencia de un Plan Nacional de intervención con el suicidio a nivel estatal suponen dificultades a todas las personas afectadas directamente por un intento de suicidio. A nivel interno, entendiéndolo por ello a toda la sociedad, los datos que se van a revelar a continuación suponen secuelas relevantes. Por lo que es deber de todas las personas involucrarse de una manera u otra en la prevención e intervención del suicidio.

En este sentido, desde Trabajo Social se puede trabajar diversos ámbitos de la vida de las personas e intervenir con las propias personas que lo sufren y con sus familias. El acompañamiento, el apoyo formal, el dar respuesta a las necesidades de esas personas y la sensibilización del resto son tareas encomendadas a esta disciplina desde la ética profesional a nivel de beneficencia y justicia social. El objetivo general surge a raíz de estas actuaciones por lo que se centra desde la disminución de estas tentativas, creando una red de apoyo, hasta la divulgación sensitiva y responsable de este asunto. Se trata de cubrir un espacio entre los centros sanitarios y las dinámicas sociales de los y las adolescentes con conductas suicidas.

Más tarde, se explicará con detalle en qué consiste esta propuesta de intervención, la cual se basa en grupos socioterapéuticos, de ayuda mutua y de participación en diferentes direcciones, pero con una misma finalidad mencionada anteriormente.

Por último, se expondrá brevemente la organización de este trabajo. En el resumen se puede encontrar una idea general sobre el tema tratado. A continuación, en el índice se señalan la ubicación de todas las partes, y seguidamente en la introducción expone brevemente la propuesta de intervención. El objeto del trabajo nos clarifica con qué grupos de población se va a intervenir y en el siguiente punto, el marco teórico, se realiza un estudio sobre aspectos claves que se deben conocer para concienciar sobre la relevancia del asunto. Los siguientes apartados profundizan en la naturaleza del proyecto, la intervención y la evaluación de este. Por último, se exponen las referencias bibliográficas que han servido de guía para completar este trabajo.

1. Objeto de trabajo

El objeto de este Trabajo de Fin de Grado es principalmente los y las adolescentes de entre 12 y 18 años que hayan tenido al menos una tentativa de suicidio. Por un lado, los que solo hayan cometido una vez y, por otro, los que lo hayan intentado varias veces. Ese es, junto a la división por edades próximas, el único sesgo que se realizará, sin que influya su situación de estudiantes o trabajadores, que sean propios de Pamplona o vengan de otros puntos de la Comunidad Foral de Navarra, siendo un requisito importante que residan en ella.

Asimismo, se trabajará con familias que convivan con algún miembro que hayan tenido un intento de suicidio. Existe la posibilidad de que este miembro también se encuentre dentro del proyecto en el grupo de adolescentes o no.

Por último, un grupo de personas voluntarias que estén implicadas con esta problemática para ofrecer sesiones informativas de carácter preventivo y dar a conocer el proyecto. Esta labor se enfoca más desde un punto de divulgación y prevención en un contexto educativo en el que se pueda trabajar desde edades tempranas.

2. Marco teórico

2.1. Aproximación conceptual de términos claves

“Dos años antes de que alguien intente suicidarse ya está teniendo ideas suicidas.” expone Susana Bas (2021), especialista en psicología clínica y codirectora del centro de psicología Bertrand Russell, recogido por Espino (2021) en la revista *Ethic*. El suicidio consumado es la punta de un iceberg lleno de sufrimiento e incompreensión que experimentan tantos y tantas jóvenes hoy en día en el mundo. No obstante, antes de decidir quitarse la vida y llevarlo a cabo, estas personas pasan por distintas fases que acentúan su deseo de dejar de adolecer por razones que, en la mayoría de las ocasiones, ni siquiera se comunican al entorno. Actuar en estas fases previas al suicidio consumado es fundamental para prevenir y cambiar el rumbo del desenlace.

Se comenzará explicando los conceptos claves que forman parte de una conducta suicida generalizada a través del artículo expuesto por Castellvi & Rodríguez (2018) que trata estudios realizados sobre la juventud. En primer lugar, se define la ideación suicida como pensamientos recurrentes sobre no querer seguir viviendo, pero sin la compañía de un comportamiento autolesivo. Luego se realizan acciones preparatorias con la idea de realizar un intento de suicidio en la que se planifica cómo se va a llevar a cabo, previas despedidas a los seres queridos, etc.

Seguidamente puede efectuarse un intento de suicidio, que es un comportamiento que la persona se hace a sí misma con el único fin de morir, aunque finalmente no se consigue. Dentro de estas tentativas pueden darse dos escenarios: que el intento de suicidio sea interrumpido o, por otro lado, que sea abortado. En el caso de que sea interrumpido, supone que en el momento en el que una persona va a provocar su propia muerte alguien lo detiene. En el segundo escenario, es la propia persona la que decide parar antes de quitarse la vida. En cualquiera de los casos existe un riesgo elevado de que se vuelva a intentar al cabo de un periodo de tiempo indeterminado.

El suicidio supone la muerte autoprovocada de una persona, que se realiza por decisión propia y que, en gran parte, es evitable con los medios preventivos necesarios al alcance de la persona, su entorno y la plantilla de profesionales que intervengan con ellas. Gil (2022) recoge lo que entiende Oliveros (2020) por una persona que decide quitarse la vida:

No es más que alguien que quiere vivir, pero no sabe cómo hacerlo. Son personas que alcanzan una situación en la que la vida les resulta más temible que la muerte y se ven abocadas a terminar su sufrimiento atentando contra su vida. Cualquier referencia a una idea de suicidio o cualquier tentativa son siempre mensajes para pedir una ayuda que el suicida no puede pedir de otra manera. (Oliveros, 2020, p. 11)

Cuando el suicidio tiene lugar durante la etapa de la adolescencia existen una serie de aspectos que le son atribuidos de forma específica: no es un proceso psicopatológico, sino que se trata de una conducta; es una decisión voluntaria y las personas son conscientes de la situación; y esta conducta se origina en la ideación, las autolesiones, las tentativas y el posible suicidio consumado. (Pedreira, 2020)

2.2. Datos sobre la situación: últimos años y evolución

El siguiente apartado se ha elaborado a partir de la documentación disponible a la que se ha tenido acceso en las fechas en las que se está realizando la recopilación de información y datos para la fundamentación del proyecto de intervención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya consideraba en el año 2005 como prioridad el suicidio en la salud pública entre los y las adolescentes. (World Health Organization [WHO], 2005). Diez años más tarde, la OMS reafirmaba esta preocupación colocando el suicidio entre las tres principales causas de muerte no accidentales en el mundo, alcanzando en el año 2020 más de millón y medio de personas. No solo aumentaban los casos de suicidio consumado, sino que las tentativas se multiplicaban por veinte, dando lugar a escalofriantes cifras: “cada 20 segundos hay una muerte por suicidio en el mundo y cada 1-2 segundos un intento de

suicidio, o en otros términos, por cada individuo que muere por suicidio, 25 personas intentan suicidarse”. (WHO, 2014)

El Instituto Nacional de Estadística (INE) en España reveló a finales del año 2022 las tasas de defunciones según las causas de muerte en el territorio español, como se puede observar en la tabla 1. Entre las causas externas, el suicidio se colocó en primera posición con un total de 2.015 fallecimientos, lo que significa más del 5% que el año pasado. (INE, 2022)

Tabla 1.

Principales causas de muerte externa. Enero-junio 2018-2022

	enero-junio 2018	enero-junio 2019	enero-junio 2020	enero-junio 2021	enero-junio 2022	Variación enero-junio 2022/2021
Suicidio	1.872	1.821	1.935	1.918	2.015	5,1%
Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales	1.486	1.586	1.431	1.543	1.863	20,7%
Caldas accidentales	1.526	1.604	1.665	1.779	1.722	-3,2%
Accidentes de tráfico	872	863	599	737	761	3,3%

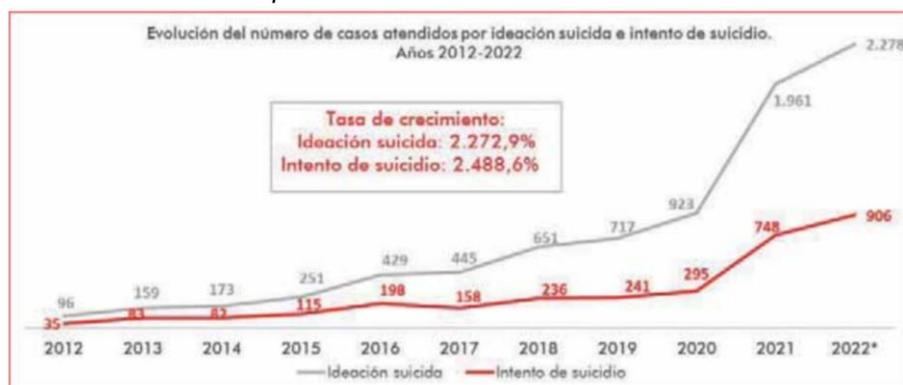
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2022)

El estudio sobre la evolución del número de casos de suicidio en España, realizado por la Universidad Complutense de Madrid (2023) y recogido por la revista HuffPost, alerta de que algunas de las provincias del territorio español superan la media mundial. Entre estas provincias se encuentran Almería, Ciudad Real, Tarragona y la Comunidad Foral de Navarra. En esta última, desde el año 2020 al 2021 los datos aumentaron hasta el 16,8%. (HuffPost, 2023)

La Fundación ANAR tiene un recorrido extenso en relación a las intervenciones con personas que han tenido conductas suicidas, familiares cercanos y con profesionales que se dedican también a ello. ANAR ha estimado que en la última década (2012-2022) se ha producido un crecimiento del 1.271,5% en las conductas suicidas entre los y las adolescentes, especialmente tras la pandemia del COVID-19 ha aumentado un 128% por los factores que han influido en la alteración de estilos de vida de la población, como un mayor aislamiento, maltrato intrafamiliar o un consumo abusivo de las tecnologías y redes sociales. (ANAR, 2022). A continuación, se expone un gráfico elaborado por la fundación según la evolución del número de casos atendidos en los años 2021 y 2022:

Figura 1.

Evolución del número de casos por ideación suicida e intentos. Años 2012-2022.



Fuente: Fundación ANAR (2022)

Además de las situaciones que provocaron las medidas de seguridad por la pandemia del COVID-19, esta fundación recoge otras situaciones como el acoso o el ciberbullying en el ámbito educativo (21,4%), el maltrato físico (14,7%), las autolesiones (13,7%), el maltrato psicológico (10,4%), problemas psicológicos (8,7%), agresiones sexuales (7,2%), problemas de conductas (4,4%) y violencia de género (3%). (ANAR, 2022)

La directora de las Líneas de Ayuda de ANAR, Diana Díaz, informa que menos de la mitad de los y las adolescentes con conductas suicidas han recibido un tratamiento psicológico en los últimos años entre 2019 y 2022. (ANAR, 2022)

Profundizando en la situación en la Comunidad Foral de Navarra, un profesional de la Psiquiatría en el ámbito público, Javier Royo (comunicación personal, 2023), notificó en las Jornadas de Suicidio celebrada el pasado mes de enero en la Universidad Pública de Navarra, que el suicidio era la segunda causa de muerte entre los adolescentes menores de 15 años. Concretamente, en el año 2021 fueron 22 muertes por suicidio, 14 niños y 8 niñas.

En el Panel de Indicadores de Juventud de Navarra, se detectaron los siguientes casos según los parámetros escogidos para el estudio y análisis, en el que el perfil de población eran jóvenes de entre 15 y 19 años. Los resultados son comparados, a su vez, con los obtenidos en el estado español en la tabla 2. (Instituto Navarro de la Juventud, 2022)

Tabla 2.
Tasas de suicidios

TASA DE SUICIDIOS	
Definición	Defunciones por suicidio entre población joven (15-29 años) registradas por cada 100.000 habitantes de dicha edad
Fórmula de cálculo	$(SU^t_{15-29} / P^{0,5*(t+(t+a))}_{15-29}) * 100.000$
Unidad de medida	Datos x 100.000
Variables	SU ^t ₁₅₋₂₉ = Defunciones por suicidio registradas entre población joven (15-29 años) durante el periodo t P ^{0,5*(t+(t+a))} ₁₅₋₂₉ = Población media joven (15-29 años) en el año t y t+a
Periodicidad de cálculo	Anual
Fuentes de información	Instituto Nacional de Estadística (INE). – <u>Defunciones según la causa de muerte</u> – <u>Revisión anual del padrón de habitantes</u>
Ámbito de estudio	Navarra; España
Desagregación	Sexo; Grupo de edad (15-29, todas las edades)

TASA DE SUICIDIOS (POBLACIÓN JOVEN)						
	NAVARRA			ESPAÑA		
	TOTAL	Hombres	Mujeres	TOTAL	Hombres	Mujeres
2010	4,7	9,2	0	2,9	4,6	1,1
2011	2,9	5,7	0	3	5	1
2012	1,9	3,9	0	3,9	6	1,7
2013	7,1	10	4,2	4	5,9	2,1
2014	1	2	0	4,4	6,5	2,2
2015	5,2	8,3	2,1	4,1	6	2,2
2016	4,2	4,1	4,3	3,5	5	1,9
2017	3,1	6,1	0	3,9	5,7	2
2018	4	6	2,1	3,8	5,6	1,9
2019	7,9	9,6	6	4,3	6,3	2,1
2020	4,8	3,8	5,9	4,1	6	2

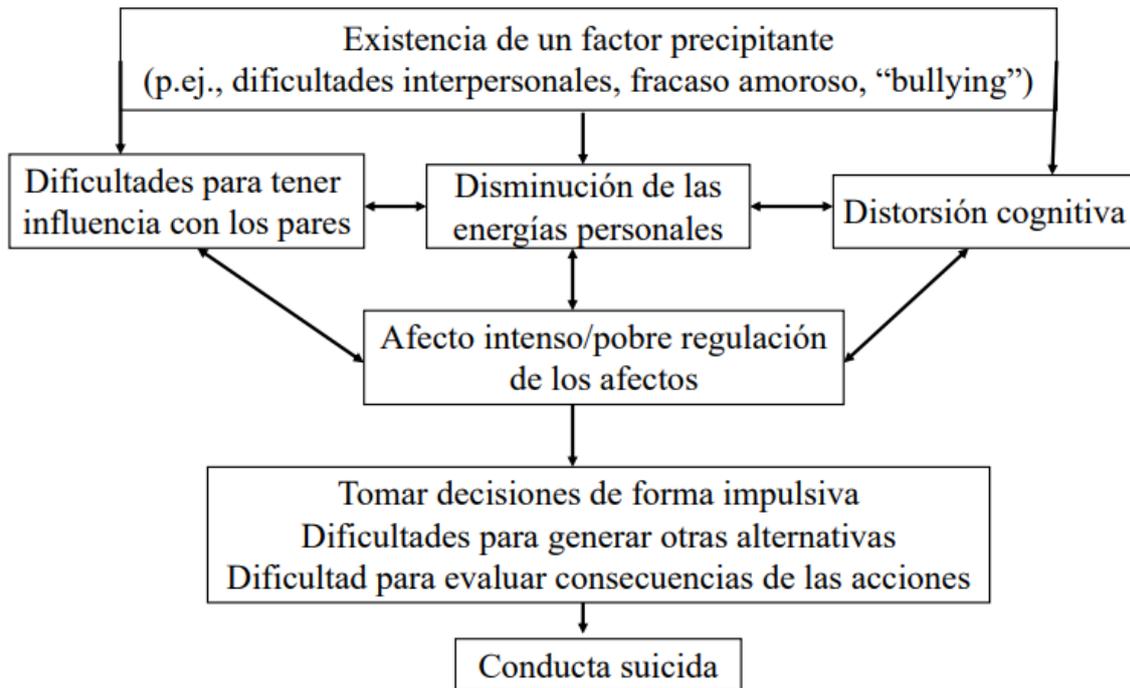
Fuente: Instituto Navarro de la Juventud (2022)

2.3. Causas destacadas: Internet y Redes Sociales

Para entender el proceso que un o una adolescente experimenta desde la ideación suicida hasta el acto de quitarse la vida, sea consumado o no, es necesario tener una visión general de ello. Pedreira (1995) modifica la fuente original de Brent y Kolko (1990) en la que se basa para reflejar este recorrido:

Figura 2.

Recorrido de la conducta suicida



Fuente: Brent y Kolko (1990), modificado por Pedreira (1995)

Las nuevas tecnologías acompañadas del aumento de consumo de redes sociales, como Instagram, Tiktok o BeReal, es un desencadenante clave en las tentativas de suicidio entre los y las menores. Estas plataformas en las que interactúan principalmente las personas durante la etapa de la adolescencia muestran una imagen no real de la vida de las demás. Es decir, las personas suben contenido de viajes, planes sociales, dedicatorias de amor hacia otras personas... En definitiva, la parte extraordinaria de sus vidas. Sin embargo, muy pocos perfiles visibilizan sus momentos más difíciles con los que los y las seguidoras pueden sentirse más identificados y adoptar una postura más cercana a ellos. Esto provoca frustración por sentir que no se tiene un círculo social tan amplio con el que hacer planes, no llegar al mismo nivel adquisitivo para comprar, consumir o viajar, desesperanza por observar la monotonía diaria versus la continua variedad de reuniones que tienen las demás personas, tristeza por no sentirse suficiente, etc.

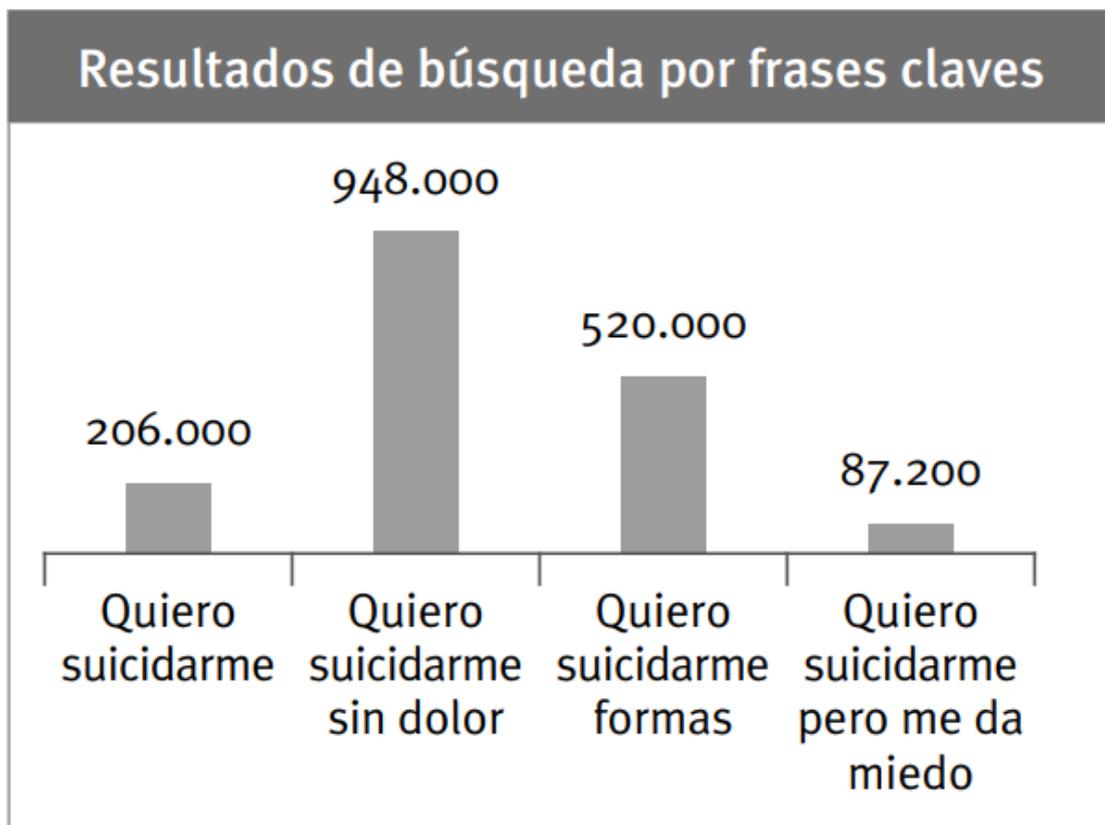
Es por ello, que Internet se ha convertido en un refugio para aquellas personas que intentan buscar comprensión y entendimiento en otras que están viviendo circunstancias similares. En Internet encuentra un espacio de comunicación en el que pueden informarse, comparar y compartir sin límites distintos métodos y formas de suicidio. Martínez (2020) define el “ciber-suicidio” como un concepto que explica la influencia recibida de alguien mediante plataformas

digitales para quitarse la vida. Un adolescente que quiera profundizar en el conocimiento de métodos tiene a su disposición una cantidad ilimitada de web “prosuicidas”, foros, chats... en los que se crean grupos que motivan a atender contra sí mismos. (Martínez, 2020).

En el estudio mencionado en el párrafo anterior, se muestran los resultados en búsquedas realizadas en Google sobre el suicidio a través de cuatro frases claves: “Quiero suicidarme.”; “Quiero suicidarme sin dolor.”; “Quiero suicidarme formas.”; “Quiero suicidarme, pero me da miedo.” (Martínez, 2020) Los resultados fueron los siguientes:

Figura 3.

Resultado de búsqueda de frases claves en Google



Fuente: Martínez (2020)

Tras la localización de estas búsquedas, se realizó un análisis según la ubicación de servicios, entre los que a Europa le corresponden el 60%; el contenido por autoría, asociando al 80% de carácter personal, el 15% al ocio y divulgación profesional y tan solo al 5% relacionado con la prevención. La información que se ofrecía en esos foros era mayoritariamente de contenido prosuicida (65%), y sus usuarios eran el 55,18% de entre 15-30 años y un 25,68% menores

de 15 años. Las aportaciones de información profesional especializada por moderadores web que poseían información profesional era tan solo del 10%. (Martínez, 2020)

Estos datos ponen de manifiesto la alarmante problemática del suicidio en la sociedad, especialmente en la etapa de la adolescencia y la infancia. Uno de los mitos en torno a las tentativas de suicidio es llamar la atención sin intencionalidad real de quitarse la vida. Compartir estos pensamientos en redes puede activar por un lado a las personas que lo observen y decidan ayudar mediante acciones preventivas, pero también puede motivar a otros grupos para aumentar el deseo de esa persona a realizar un intento de suicidio. Tal y como afirma Saray Zafra (2019), doctoranda en Informática y técnica en prevención del suicidio en la Plataforma Life! de la Universidad de Alicante: “Si no se sabe cómo actuar ante esos casos, es complicado que alguien pueda hacer algo al respecto o qué plataformas y empresas desarrollen algo destinado a su prevención.” Esta es una de las razones por la que creemos que es tan importante esta propuesta de intervención con la red de apoyo de la persona y el grupo de voluntarios en la difusión, sensibilización y visibilización. (Zafra, 2019)

Zafra (2019) expone la participación en las plataformas mencionadas anteriormente en tres modos diferentes: primero, una red de apoyo suicida; segundo, un agente de cambio y protección; y tercero, un agente instigador. En cuanto al primer modo, las personas con ideación suicida encuentran en estos grupos de Internet la comprensión y el apoyo del que hablábamos antes para conocer y compartir métodos para suicidarse. Respecto al agente de cambio y protección, se trata de personas que han pasado por eso, pero que no tienen esa conducta suicida o familiares y amigos que han perdido a un ser querido (supervivientes) y que quieren emprender acciones para la prevención del suicidio. El tercer modo está compuesto por personas que “sienten morbo por la idea del suicidio, pero no desean experimentarla y por su personalidad con rasgos narcisistas y psicopáticos, saben en qué foro, debate y/o grupo participar para animar a otros.” (Zafra, 2019). Este es considerado el grupo más perjudicial puesto que conocen la manera en la que deben de actuar para persuadir y alentar a personas que se encuentren en esa situación para quitarse la vida.

2.4. Factores de riesgo y protección en adolescentes con conductas suicidas

Para lograr una prevención eficaz es fundamental que, los y las profesionales que tengan contacto con la persona usuaria, la familia y los grupos sociales en los que se relacione, sean capaces de identificar factores que pueden impulsar al o la menor a quitarse la vida. Esto solo es posible si previamente se les ha informado y enseñado posibles señales de alerta a las que tienen que estar pendientes para abordar una posible tentativa de suicidio.

A continuación, se expondrán una serie de factores de riesgo recogidos en estudios realizados sobre el suicidio en los y las adolescentes. En el año 2014, Gobierno de Navarra emite un protocolo sobre la prevención y la actuación ante conductas suicidas. En el punto 5 de este documento se recogen factores de riesgo relacionados con la conducta suicida que se dividen en tres bloques principales: individuales, familiares y contextuales, y otros factores.

En el primer bloque se hace referencia a los trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, conducta alimentaria, personalidad límite y antisocial, consumo de drogas y otras adicciones, etc.), a los factores psicológicos (impulsividad, pensamiento dicotómico, desesperanza, dificultad de resolución de problemas, sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo), la edad (destacando la etapa adolescente como una de las más complicadas), el sexo (mayor número de casos en suicidios consumados en hombres, pero mayor casos de intentos en mujeres), factores genéticos y biológicos, y enfermedades físicas en las que también mencionan la discapacidad. (Gobierno de Navarra, 2014)

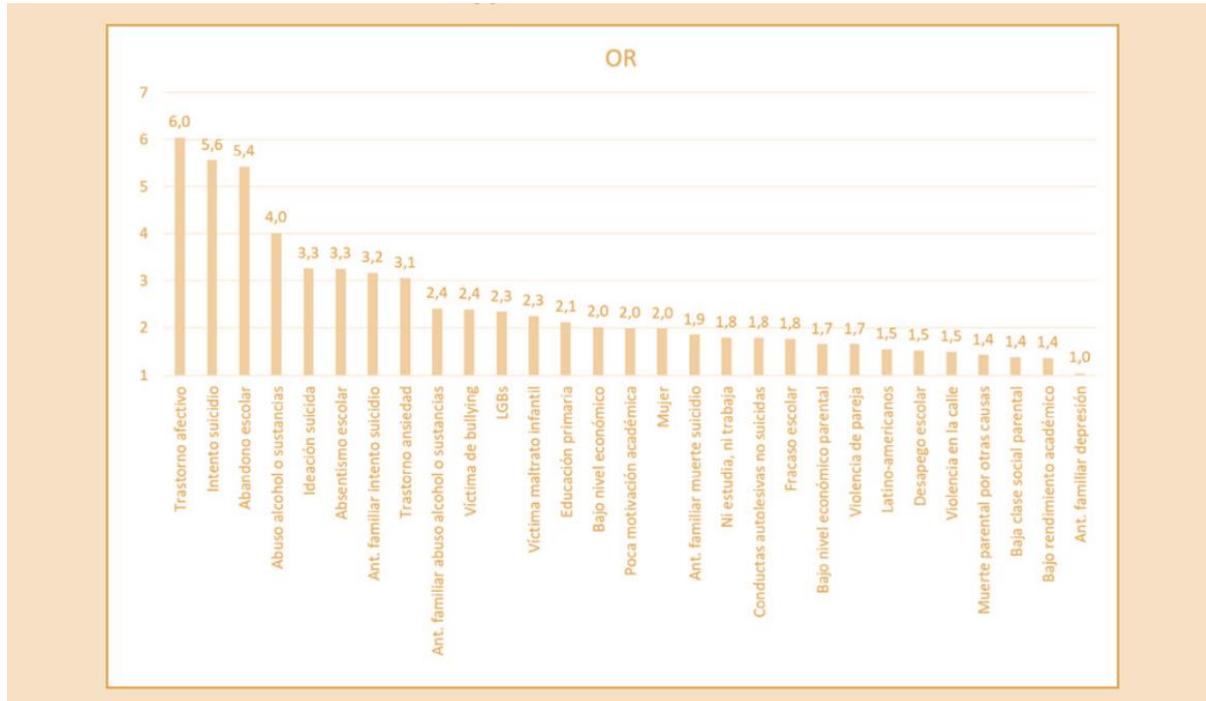
En cuanto al nivel familiar y contextual, las personas que carecen de apoyo social están en situación de riesgo de pobreza, pérdida de empleo o abandono escolar. Por último, en lo relacionado a otros factores se indica que las historias de maltrato de cualquier tipo durante la infancia y adolescencia; la discriminación por la orientación sexual que conlleva conflictos en las relaciones sociales y puede derivar en trastornos psicopatológicos, como la ansiedad; el acoso por un grupo de iguales o el fácil acceso a medicamentos u otros utensilios, aumentan la conducta suicida y el paso a llevar a cabo un suicidio. (Gobierno de Navarra, 2014)

El Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad elabora la Guía Práctica de Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida en el año 2012, revisada en el 2020, en la que destaca a nivel familiar los antecedentes de suicidio: “Haber estado expuesto a la conducta suicida de un familiar (madre, padre, hijo...) incrementa las probabilidades de la ideación o intento de suicidio.” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012)

En el estudio mencionado anteriormente de Castellvi & Rodríguez (2018), ordenan los factores de riesgo del intento de suicidio en la etapa adolescente en el siguiente gráfico:

Figura 4.

Factores de riesgo de los intentos de suicidio en la etapa adolescente



Fuente: Castellvi & Rodríguez (2018)

En los referidos análisis citados, el intento de suicidio previo aparece como un factor importante a tener en cuenta en la intervención con los y las adolescentes. Gobierno de Navarra (2014) declara que, tras un intento de suicidio, el periodo de seis meses a un año existe un mayor riesgo a que se produzca nuevamente otra tentativa y se llegue a consumir el suicidio. Soto Sanz (2019) recoge en su Tesis Doctoral sobre “Sintomatología Interiorizada y Exteriorizada y su relación con comportamientos de suicidio en adolescentes” que entre el 36% y el 42% los y las menores que han realizado un primer intento, vuelven a intentarlo en los dos años siguientes, según la investigación realizada por Lewinshon et al. en el 2001 y por Bridge et al. (2006).

Existen los llamados “factores precipitantes”, que aluden a situaciones estresantes que aumentan el riesgo de adquirir una conducta suicida, como puede ser un divorcio, la muerte de un ser querido, una agresión, acoso escolar, etc. Según KidsHealth (2019), las señales de alerta en estas situaciones pueden ser las siguientes:

- Mencionar el suicidio o la muerte en general
- Dar a entender que se irán, que no volverán...
- Expresar sentimientos de desesperanza o de culpa
- Alejarse de amigos o de la familia

- Escribir canciones, poemas o cartas sobre ello
- Regalar objetos personales a su entorno más cercano
- Pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras
- Dificultad para concentrarse, estar apático...

Se debe tener en cuenta que, normalmente, no suele ser un solo factor el decisivo para atentar contra sus propias vidas, sino que un cúmulo de algunos ellos aumentan la necesidad de dejar de sufrir planteándose como única solución definitiva el suicidio.

Por otro lado, para la labor preventiva no solo es imprescindible enfocarse en factores de riesgo ya que como trabajadores sociales debemos realizar una intervención integral de la persona distinguiendo los puntos de peligro, pero también los puntos favorables a la mejora de la situación de la persona. A esto se le denominan factores de protección, por los que se entienden que disminuyen la probabilidad de una tentativa de suicidio, aunque no la descartan.

Retomando los factores identificados en la Guía Práctica de Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012), a nivel personal se considera como aspectos favorables a la disminución del riesgo de una conducta suicida:

- Capacidad para resolver problemas y conflictos.
- Habilidades de comunicación.
- Valores positivos como: respeto, solidaridad, cooperación, amistad, etc.
- Hábitos saludables de vida como comer sano, hacer ejercicio o higiene del sueño entre otras.
- Personalidad con apertura a nuevas experiencias.
- Tener confianza en uno mismo.
- Creencias religiosas, espiritualidad.

A nivel familiar:

- Apoyo familiar y social adecuado.
- Tener hijos, más concretamente en las mujeres.

A nivel social:

- Accesibilidad a servicios eficaces de salud mental.

- Inclusión social.
- Tratamiento permanente a largo plazo en personas con enfermedades mentales y físicas.

2.5. Respuestas de la sociedad: visibilización y medios de comunicación

Tal y como comenta Zafra (2019), este tema es abordado por los medios de comunicación con una base insuficiente de conocimiento. Esto provoca que se hable de las conductas de suicidio incorrectamente y desde el sensacionalismo. Los profesionales y todas las personas involucradas en este asunto, que como sociedad nos incumbe a todos, deben adoptar una postura responsable y concienciada en la que se divulgue información correcta, necesaria y adecuada para prevenir estos casos. Es fundamental tener recursos y herramientas para que podamos identificar y ayudar a las personas que estén viviendo esta situación para eliminar falsos mitos (Zafra, 2019):

No hablar sobre él no hace ningún bien, pero, si se habla de él incorrectamente o incluso se instiga y/o se dan pistas sobre lugares o métodos que eran desconocidos por los potenciales suicidas, estamos contribuyendo, de modo indirecto, a afianzar las ideaciones de sujetos que ya previamente estaban motivados a ello. (p. 64)

En la misma línea, Durán & Fernández (2020) confirman que el silencio es la postura adoptada a nivel mediático para tratar el tema del suicidio en los medios de comunicación. Se actuaba de este modo por lo que los expertos denominan el “efecto Werther”, que consiste en que otras personas imiten conductas tras conocer un caso que les conmocione emocionalmente. Supuestamente, este escenario ha cambiado por la petición de los profesionales de la Psicología y Psiquiatría en abordar el tema difundiendo mediante los canales de información a toda la sociedad. La OMS (2000) también expresa su conformidad con la visibilización pública de esta problemática para erradicar con el tabú sobre el suicidio y poder concienciar a la población desde la prevención. Esta información debe ofrecerse a la sociedad para garantizar el conocimiento de recursos y señales de que una persona está teniendo conductas suicidas.

En el documento emitido por la OMS sobre la Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación (2000), se recogen ciertas pautas de actuaciones que deben tenerse en cuenta cuando se va a aportar información sobre el suicidio a la población. Entre estas pautas a seguir, se puede encontrar: proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios, alternativas al suicidio, concienciar sobre los indicadores de riesgo y las consecuencias físicas tras un intento, y evitar informaciones detalladas sobre los métodos utilizados en casos específicos. (OMS, 2000)

En la actualidad, cada vez más asociaciones e instituciones están visibilizando el tema de las conductas suicidas, especialmente entre la población joven, para elaborar planes estratégicos, de intervención y plataformas de ayuda. Un ejemplo de ello es la Jornada de Suicidio celebrada en la Universidad Pública de Navarra, mencionada anteriormente, que tuvo el privilegio de contar con profesionales que cuentan con una larga experiencia laboral y personal relacionado con esta problemática. De esta forma, alumnos, plantilla de profesionales de la universidad y gente externa a ella pudo tener una aproximación sobre el suicidio, centrandose principalmente en los y las menores.

No obstante, son necesarios más recursos y herramientas destinadas a esta causa para aportar información a la sociedad sobre las ayudas a las que pueden acceder las personas que tengan conductas suicidas o que tengan conozcan algún caso al que puedan orientar derivando a un servicio al que se le atienda profesionalmente.

El suicidio debe de dejar ser un tabú en la sociedad puesto que se cobra numerosas vidas cada año, no solo de las personas que deciden suicidarse, sino también a su entorno más cercano que vive un duelo traumático, con mucho estigma y con menor apoyo social ya que no es una pérdida normal. Es una muerte por decisión propia de la persona y totalmente evitable con acciones preventivas.

2.6. Recursos existentes: ¿Es posible actuar desde la farmacología sin un proceso terapéutico?

Para la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado se han recopilado diferentes programas y páginas de webs de asociaciones que se han consultado. A nivel nacional encontramos REDAIPIS-FAEDS, Fundación ANAR, Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza ASITES y Programa de Seguimiento Telefónico de Salud Mental. En Navarra, se ha accedido a NAPRESUI (*La Comisión Interinstitucional de Coordinación para la prevención y atención de las conductas suicidas de Navarra*), el Plan de Atención a las Personas con Conductas Suicidas en la Red de Salud Mental de Navarra del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la Asociación Besarkada-Abrazo. Así mismo, se recogieron aspectos claves en las Jornadas de prevención del suicidio anteriormente mencionadas.

Todos estos recursos apuntan a una cuestión esencial en la intervención con personas con conductas suicidas: es necesario un proceso terapéutico y un seguimiento tras ser atendido en un centro sanitario en el que se administran fármacos a estas personas. La respuesta a la pregunta inicial es clara: no es posible una recuperación únicamente desde el punto de la farmacología sin herramientas terapéuticas que logren prevenir y disminuir las posibilidades

de un intento de suicidio nuevo. Si no se logra trabajar con la persona de forma cercana e integral no será posible una total recuperación, lo cual derivará en otras formas de hacerse daño, sufrir o tener otra vez una tentativa.

Esto no se puede conseguir sin coordinar los principales recursos que intervienen con una persona con ideación suicida, ya que aspectos como la frecuencia, el acompañamiento y el apoyo son fundamentales. Tampoco es posible que las personas puedan recuperarse con los intervalos de tiempo en los que se cita a una persona para acudir a centros de salud mental. Todo ello por falta de tiempo de los profesionales, que es consecuencia de la escasa financiación que se dedica a estas cuestiones para la contratación de personal y mejora de las herramientas creadas anteriormente, o construyendo nuevas.

Mientras no exista un plan a nivel estatal para la prevención e intervención con personas con conductas suicidas seguirán siendo necesarias propuestas de actuación para dar cobertura a las necesidades no satisfechas de las personas que sufren esta problemática.

2.7. El papel del Trabajo Social en la intervención con menores con conductas suicidas, sus familias y en la sociedad

Son varios los profesionales de distintas disciplinas que intervienen cuando un o una menor comete un intento de suicidio. Es evidente que las ramas profesionales de Psiquiatría, Psicología, Enfermería o Medicina tienen que estar presentes para abordar los aspectos relacionados con la salud física y mental de estos adolescentes mediante la supervisión y control de posibles daños a nivel corporal como al estado mental en el que se encuentran.

En el caso del Trabajo Social, poder intervenir con estas personas abre una oportunidad a que no repitan otra tentativa. Esto se puede lograr mediante la creación de un vínculo basado en la confianza, el respeto y la comunicación, por lo que las habilidades sociales de un o una trabajadora social son imprescindibles para estas actuaciones. Ayudar a encontrar herramientas en la gestión de sus emociones y de las situaciones, acompañarles, empoderarles, no juzgarles y concienciarles de que son protagonistas en ese proceso de recuperación y de reintegración es clave para la prevención de otro intento. La concienciación sobre las fortalezas y oportunidades que posee la persona deben ser el punto motor del cambio en su conducta y para realizar, como profesionales, un adecuado abordaje del caso. (Aucapiña, 2017)

No solo la intervención desde Trabajo Social debe llevarse a cabo con las personas que protagonizan dichas tentativas, sino también a nivel sociofamiliar y comunitario. Por ello, la pro-

puesta de proyecto de intervención recoge estos tres niveles: las propias personas con conductas suicidas, las familias y entorno más cercano, y la sociedad. En la intervención sociofamiliar, los y las trabajadores sociales analizan situaciones de riesgo, identificando posibles aspectos influyentes y evaluando el impacto que ocasiona tanto a la persona como a sus seres queridos en el bienestar emocional, cambio de hábitos, estructura familiar, etc. Es necesario dotar al entorno de información, orientación en las dudas que puedan surgir y acompañamiento durante el proceso porque a menudo no saben cómo actuar cuando salen de un centro de salud mental y regresan al hogar. (Aucapiña, 2017)

3. Proyecto de intervención

3.1. Naturaleza del proyecto

3.1.1. Descripción

Dentro del Trabajo Social con Grupos existen distintas modalidades de grupo según la finalidad con la que se creen. Este proyecto pone en marcha tres de ellas: socioterapéutica, ayuda mutua y de acción social. El grupo socioterapéutico se organiza para tratar aspectos que provocan sufrimiento o conflicto en la vida de las personas y les suponen dificultades para desarrollarse en todas las áreas que componen a los individuos. En este grupo se trabaja la parte más emocional de los y las adolescentes para mejorar la relación consigo mismo y con su entorno.

Como se ha mencionado anteriormente, se decide crear grupos socioterapéuticos compuestos por diez adolescentes que ya han tenido una tentativa de suicidio, y con ocho adolescentes que han tenido dos o más tentativas de suicidio. Dentro de ellos también existirá una figura de moderación para dirigir las sesiones y para que todos los componentes puedan expresarse con la misma desenvoltura. Estos grupos serán compuestos según la cercanía de las edades y el número de intentos autolíticos.

Por otro lado, las familias de estos y estas menores que sientan la necesidad de saber cómo actuar con ellos y cómo gestionar sus propias emociones, compondrán el grupo de ayuda mutua, con un total de doce plazas. Un grupo de ayuda mutua aborda situaciones que afectan a todos los miembros de este para ser un punto clave de motivación para ayudar a los demás y ser ayudado. De esta forma, todos los componentes son necesarios en él para que la dinámica grupal funcione. En la composición de estos grupos se tendrá en cuenta la unidad convivencial, la participación o no de los propios menores que puedan estar también en el programa.

Por último, se construye un grupo de acción social. En él, personas voluntarias que estén implicados con esta problemática, realizan campañas de sensibilización en charlas, talleres o jornadas de educación emocional en centros de educación secundaria de carácter público, concertado o privado. Los grupos de acción social buscan lograr un objetivo de carácter social, en este caso, la visibilización de las conductas suicidas y su prevención.

Anteriormente se ha hecho referencia a la prevención y a la intervención en este proyecto. Por ello, los dos primeros grupos están enfocados a la actuación con estas personas y el tercero a la prevención a nivel social.

3.1.2. Fundamentación

Como se ha detallado en el segundo punto, el objeto del TFG tiene tres sectores con los que se trabajará para un máximo de eficacia a los resultados de la propuesta del proyecto. No obstante, los y las adolescentes es el grupo referente por el cual se inicia este estudio y se elabora dicho trabajo. Por ello, en este apartado nos centraremos en el primer grupo mencionado. La elección sobre el perfil de población con el que se trabaja principalmente se decidió por las singularidades que recogen los y las menores con conductas suicidas. Entre estas particularidades se destaca la autodestrucción, autoestima nula y visión túnel.

La autodestrucción es el punto central para el comienzo de hacerse daño a ellos mismos. Este sentimiento de desprecio que experimentan estas personas aumenta progresivamente lo que va incrementando las posibilidades de llevar a cabo un intento de suicidio. A menudo, se utilizan las autolesiones como medio de aliviar el dolor emocional que padecen mediante el sufrimiento físico. La autoestima nula potencia esos sentimientos de menosprecio, inutilidad, culpabilidad y merecimiento de sufrir. En general adoptan conductas de escape o evitación cuando tienen que enfrentarse a situaciones que les supone malestar y ansiedad, lo que supone acabar teniendo una visión pesimista sobre todo lo que les rodea. Conforme va transcurriendo este tiempo de padecimiento se van decantando el suicidio como única solución válida para poder descansar de ese malestar.

Para comprender la importancia de abordar la temática de las conductas suicidas con este sector de la población se fundamenta en los estudios realizados por la Fundación ANAR en este año pasado 2022. Estos datos se recopilan en función a diferentes aspectos: la línea de ayuda usada, el parentesco de quien pide ayuda para el o la menor, el género de la persona con conducta suicida, los grupos de edad, si existe discapacidad, si pertenecen al colectivo LGTBI, el nivel de estudios que tienen, así como su rendimiento y satisfacción escolar. Ade-

más, se recogen puntos relacionados con el lugar de residencia, las situaciones sociofamiliares y las características del problema de origen, su urgencia, la gravedad, frecuencia, etc. Se deben apuntar también posibles tratamientos psicológicos, la posible implicación de tecnologías y áreas de implicadas en la recuperación.

A raíz de estas variables se identificaron cinco perfiles orientativos y predominantes que se observan en la tabla 3:

Tabla 3.

Perfil de menores con conductas suicidas

Perfiles de niños/as y adolescentes con conducta suicida					
Perfiles	Mujeres entre 13-17 años con intento de suicidio	Varones con ideaciones suicidas que tienen rendimiento escolar "medio"	Varones con 12 años o menos con rendimiento escolar "alto"	Varones con 18 años o más con ideación suicida	Varones con problemas de urgencia y gravedad "baja"
Muestra	Representan el 71,7% de los casos	Representan el 13,7% de los casos	Representan el 11,3% de los casos	Representan el 2,4% de los casos	Representan el 1,0% de los casos
Género	Mujeres	Varones	Varones	Varones	Varones
Edad	Entre 13 y 17 años	De 10 a 12 años	Con 12 o menos años	Con 18 o más años	Esta variable no es significativa
Rendimiento escolar	Rendimiento escolar "bajo"	Rendimiento escolar "medio"	Rendimiento escolar "alto"	Esta variable no es significativa	Esta variable no es significativa
Tipo de familia	Migrante	Esta variable no es significativa	Monoparental	Esta variable no es significativa	Esta variable no es significativa
Urgencia, gravedad y duración	La urgencia o gravedad del problema es "alta". La frecuencia diaria y duración superior a un año	La urgencia y gravedad del problema es "media", la frecuencia puntual y duración menos de un año	La urgencia es nivel "medio", gravedad "alta" y se produce con una frecuencia semanal	La urgencia y gravedad está en un nivel "medio" o "bajo", la duración del problema es "puntual"	Duración "mensual" y frecuencia "puntual"
Problemas asociados	Problemas de "salud mental" (autolesiones), fuga y agresión sexual	Violencia, acoso escolar, maltrato psicológico, trastornos de conducta, abandono y ciberacoso	Violencia, acoso escolar, maltrato físico y/o psicológico y abandono	Problemas de sexualidad, problemas jurídicos, problemas sentimentales y sociales/inmigración	Problemas de sexualidad, problemas jurídicos, problemas sentimentales o problemas sociales/inmigración
Áreas intervinientes	Área psicológica	Área jurídica y psicológica	Área jurídica, psicológica y social	Área jurídica/psicológica, psicológica o psicológica/social	Área psicológica
Observaciones				Se asocia con casos pertenecientes a colectivos LGTBI y discapacidad	Se asocia con casos pertenecientes a colectivos LGTBI y discapacidad

Fuente: Fundación ANAR (2022)

Desde el año 2020, ANAR recopiló 1.949 intentos de suicidio siendo el mes de agosto del 2022 la cifra más elevada de tentativas de los últimos diez años. Aunque los datos hagan tomar una conciencia más clara sobre la importancia del tema y la urgencia que tiene trabajar para la prevención e intervención de estos casos, no se debe olvidar que son 1949 menores que han experimentado un sufrimiento tan intenso hasta el punto de valorar el suicidio como única vía de escape. (ANAR, 2022)

El contacto con la Fundación para solicitar ayuda la solicitan mayoritariamente los propios niños y niñas (en el 57% de los casos), aunque los entornos más cercanos se incrementan

progresivamente. Los familiares que se presentan en consulta por el caso de algún menor representan el 85%, asignando el 71% a las figuras maternas. De manera general, la conducta suicida se presenta de 13 a 17 años: la edad media de los que tienen una ideación es de 14 años, y de cuando se trata de tentativa de 15 años. A pesar de la creencia popular, son muchos los y las adolescentes que tienen un rendimiento escolar alto, y es la etapa de Educación Secundaria la que más casos acumula con un 62,6%. (ANAR. 2022)

Figura 5.

Datos claves sobre la conducta suicida y salud mental en los menores. Años 2012-2022



Fuente: Fundación ANAR (2022)

La importancia de crear este proyecto es dar cobertura a un espacio vacío de recursos y servicios públicos que atiendan a los y las menores desde que salen del centro psiquiátrico hasta que vuelven a retomar sus vidas en el hogar sin incidentes. Se trata de darle un espacio específico a esta problemática ya que, a pesar de que existan asociaciones que acompañen a los supervivientes de duelo de un ser querido, todavía no existe una intervención cuando se lleva a cabo una tentativa de suicidio, pero no se llega a consumar.

Esta propuesta de proyecto de intervención no se elabora dentro de ninguna institución, sino que su creación puede ser implementada y llevada a cabo en cualquier entidad que la considere adecuada a su manera de intervenir con este colectivo.

3.1.3. Objetivos

La finalidad de este proyecto es, precisamente, dar cobertura a ese vano espacio entre la salida de los centros hasta la estabilidad de la vida cotidiana en el hogar. A continuación, se exponen los objetivos generales y específicos de la propuesta.

Los objetivos generales que se quieren lograr con la implementación de este recurso son:

- Crear un espacio seguro, de confianza y comunicación para disminuir las tentativas de suicidio entre los adolescentes.
- Promover un grupo de ayuda mutua de familiares que convivan con un miembro que haya tenido tentativa(s) de suicidio
- Sensibilizar sobre la problemática del suicidio y la prevención de los casos desde los centros educativos.

Los específicos profundizan más en los anteriores:

- Facilitar la expresión a las personas con tentativas de suicidio de su estado emocional o preocupaciones.
- Fomentar hábitos de salud positiva para erradicar la ideación suicida mediante actividades grupales/sociales/comunitarias.
- Conocer a través de los participantes señales ante un riesgo de intento de suicidio.
- Orientar a las familias las formas de actuar en la convivencia con un miembro que ha tenido tentativa(s) de suicidio.
- Ofrecer apoyo, un espacio abierto de ayuda mutua y acompañar a las familias durante este proceso.
- Proporcionar formación al grupo de voluntarios que vayan a realizar las campañas de sensibilización en cuanto a organización y preparación de las jornadas como contenido informativo y explicativo.

3.1.4. Personas beneficiarias

Las personas beneficiarias de este proyecto se pueden clasificar en inmediatas e indirectas.

Comenzando por las primeras, que son las que se favorecen de él de forma directa, se encuentran los adolescentes con las características anteriormente detalladas. En cuanto al grupo de los y las adolescentes, no existirá motivo de exclusión por su situación convivencial (hogar unipersonal, centro especial, hogar familiar, etc.) ni la ocupación del momento, se encuentre estudiando o trabajando los mayores de 16 años. De la misma manera ocurre con las familias, con las que se intervendrá independientemente de su situación laboral.

Las personas beneficiarias indirectas a las cuales les valen los impactos del proyecto son las asociaciones involucradas en la temática del suicidio, con las que se podría establecer un trabajo en red; los y las profesionales de distintos ámbitos que tratan con estos casos y los centros educativos.

Los criterios para acceder a dicho recurso se han ido mencionando a lo largo del documento, aunque ahora se detallarán de forma más precisa. En el caso de los y las menores es imprescindible que se encuentren en el rango de edad previamente establecido (12-18 años) que hayan estado previamente en un centro sanitario y les hayan atendido e informado un profesional sanitario. Las familias que quieran comenzar en el recurso deberán convivir o tener una relación estrecha con un familiar que haya tenido alguna tentativa de suicidio, pero que no hayan sufrido su pérdida en ningún caso. Por último, el grupo de voluntarios se compondrá de toda aquella persona mayor de 18 años dispuesta a ayudar y comprometida con este asunto, especialmente si conoce la problemática de manera más cercana, siempre y cuando no estén sumergidos en un proceso propio actual de conductas suicidas para evitar el aumento de malestar. La formación académica, si existe, no es un requisito en cualquiera de los casos para acceder al voluntariado.

Como requisito común a todas estas personas se establece la residencia en Navarra para facilitar los encuentros y recursos con los que se pueda coordinar y/o derivar.

Los procedimientos de selección para comenzar en este recurso empiezan por el cumplimiento de los requisitos anteriormente mencionados. Una vez se verifique, comenzarán en el recurso por orden de llegada hasta que se completen las plazas de los grupos. Además, se contactará con ellos por propia demanda de ellos, de las familias o entornos cercanos y voluntariados, o por captación de casos en la coordinación con otros profesionales.

La limitación del número de plazas para los grupos se ha decidido por la facilidad que tienen los profesionales de trabajar con un grupo pequeño, y porque se cree que es más sencillo que los integrantes de este desarrollen un sentimiento de cohesión y pertenencia, lo que favorecerá la expresión de sus emociones y el desarrollo de las actividades.

Por otro lado, la motivación de acceso al proyecto es un punto clave para garantizar su aceptación y reconocimiento. El clima de confianza y seguridad será un incentivo para que estas personas sientan certidumbre con el comienzo del recurso y su desarrollo posterior, en el que recibirán ayuda para la adquisición de habilidades personales.

3.1.5. Localización, temporalización y recursos

La propuesta del proyecto está concebida para establecerla en la Comunidad Foral de Navarra, más concretamente en su capital, Pamplona/Iruña. El acceso a este recurso está abierto para todas las personas residentes en Navarra para poder garantizar la asistencia y participación de las personas que ingresen en este proyecto, y el seguimiento para los y las profesionales que trabajan en él. No obstante, este recurso es extensible a otros territorios en los que se quiera y se pueda implementar.

Al ser un recurso independiente de los órganos públicos de Navarra, se llevará a cabo en un local privado en régimen de alquiler en el barrio de Barañain.

Respecto a los tiempos en los que este recurso se encontraría activo, se cree conveniente que su duración se prolongue a lo largo del curso académico estándar, es decir, que comience en el mes de septiembre y que finalice en mayo puesto que existe mayor probabilidad de garantizar la asistencia por parte de los y las participantes al recurso. Para evitar el riesgo de perder el vínculo entre las personas usuarias y prevenir posibles situaciones en las que puedan sentirse en soledad sin un apoyo que los escuche, durante los meses de verano también se activaría en semanas puntuales, que se podrían organizar una vez cada quince días o dos veces al mes. Se debe tener en cuenta que estos tiempos son orientativos puesto que, en todo momento, se intenta acordar este asunto entre los grupos para favorecer al mayor número de personas posibles.

Retomando los tiempos durante el resto del año, desde el recurso los y las profesionales organizarían los horarios según turnos laborales y disponibilidad de los participantes. Sin embargo, la idea principal es realizar los grupos de adolescencia dos días por semana en turno de tarde: lunes y miércoles o martes y jueves, exceptuando festivos y fines de semana. Los grupos tendrán seis semanas de vigencia desde que se constituye hasta que finaliza. De esta manera, se pondrá a trabajar todo de manera intensiva y cerrarlos para que otras personas puedan comenzar en él.

Durante la primera sesión, se llevará a cabo una primera toma de contacto entre las personas participantes y las profesionales. En las siguientes dos sesiones se comienza a crear el

vínculo entre ellos y con las responsables mediante actividades que tengan como objetivo conocer más en profundidad al resto de los miembros, de menor a mayor medida. Posteriormente, se destinarán una sesión a introducir conocimientos con fines diferentes según el grupo: en el primer grupo, estos conocimientos estarán dirigidos a las líneas de ayuda y a la concienciación de beneficios que ofrece participar en el recurso; en el segundo grupo, el objetivo es enseñar a las familias posibles señales de alerta, cómo interactuar con sus seres queridos que tengan conductas suicidas y los canales de ayuda que tienen a su disposición; y por último, en el tercer grupo, la adquisición de contenidos estará relacionada con la información que se quiere difundir y las formas de llevarlo a cabo.

Una vez cerradas estas primeras cinco sesiones iniciales, los grupos uno y dos comenzarán las reuniones de espacio de expresión de sentimientos y escucha, cada uno en su modalidad correspondiente detallada anteriormente. Estarán acompañados de profesionales del Trabajo Social, Psicología y Educación Social. De esta forma, aunque el grupo consiga avanzar entre los propios miembros intrínsecos, también contarán con la ayuda profesional para la orientación y enseñanza de técnicas útiles para mejorar su calidad de vida. En el caso del tercer grupo, se estudiará, se trabajará y se planificará las campañas de sensibilización y los otros métodos de propagación.

Para todo ello, además de para su posterior evaluación y salida del recurso, será necesario un seguimiento tanto individual como grupal, que se mostrará más adelante, con el objetivo de garantizar una base de conocimientos interiorizados para la reducción de riesgos y nuevas tentativas de suicidio. Esto se llevará a cabo en dos sesiones en la última semana con el cierre del grupo.

Los recursos con los que se cuenta para la intervención directa de la propuesta de proyecto se clasifican en recursos sociales y recursos humanos. Dentro de los sociales entran las posibles asociaciones o centros que pueden, si así lo desean, trabajar con este recurso para reforzar sus actuaciones o cubrir necesidades que no están a su alcance. Con ellos se puede establecer un trabajo en red en el que podamos dar y recibir puntos interesantes para la actuación en los casos con estas características. Estas asociaciones pueden ser, por la naturaleza de sus acciones relacionadas con el asunto que se aborda en este recurso, la Fundación ANAR y las APYMAS de centros de educación secundarias que quieran trabajar o organizar charlas y talleres a los institutos a los que acudan sus descendientes. A su vez, las figuras de orientación de los centros educativos, las trabajadoras sociales de Atención Primaria y Salud Mental o educadores sociales de programas con menores.

Por otro lado, en los recursos humanos se compone del personal adecuado para trabajar en este proyecto por las habilidades adquiridas en su profesión. Como ya se ha mencionado con anterioridad, el perfil de los y las profesionales son principalmente del ámbito social: trabajadoras sociales, educadoras sociales y psicólogos. Sin olvidar el personal administrativo para organizar el flujo de personas que acceden y se marchan, así como el registro de información básica de las actividades realizadas y los participantes. Las personas voluntarias deberán rellenar un cuestionario para evaluar la idoneidad dentro del recurso.

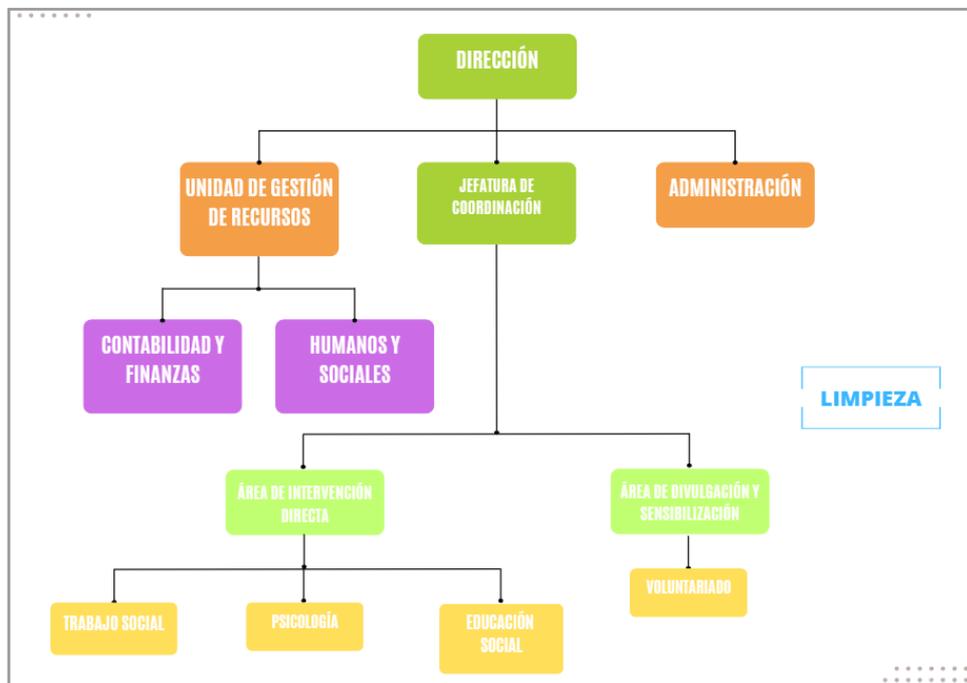
3.1.6. Administración

Una parte impredecible para el correcto funcionamiento del proyecto y para la organización de la plantilla de profesionales es la administración. El diseño de este proyecto requiere fijar aspectos claves para la gestión, por ello se van a abordar los siguientes puntos: organigrama, mecanismos de control, sistema de evaluación interno y canales de información.

A continuación, se presenta el organigrama del proyecto independiente de ninguna organización existente. Asimismo, en este apartado se detalla las funciones y relaciones del personal, y otros aspectos importantes.

Figura 6.

Organigrama del proyecto de intervención



Fuente: Elaboración propia

Para cada profesión se ha elaborado una tabla individual (tabla 4) en la que no solo se constan sus funciones, sino la formación requerida, sus competencias, así como posibles sueldos y horarios.

Las relaciones entre los distintos puestos profesionales del proyecto son horizontales y de coordinación, exceptuando la dirección que es la encargada de decidir la organización y líneas de intervención del programa, teniendo como figura referente para el resto del equipo a la jefatura de coordinación. A esta le compete principalmente el área de intervención directa y el área de divulgación y sensibilización compuesta por las personas voluntarias. Esta figura ayuda a que el equipo técnico de la parte social tenga una representación más accesible en caso de dudas, gestiones y asuntos similares.

La Unidad de gestión de recursos y la Administración son ocupaciones que parten de manera directa de dirección puesto que sus labores están relacionadas con el orden y la regularización del proyecto en sí, y no con intervención con las personas usuarias de forma directa.

Tabla 4.

Tablas de funciones de cada profesional del proyecto de intervención en función del Convenio Intervención Social de Navarra del BON 75 (2021)

DIRECCIÓN	
Funciones	<ul style="list-style-type: none"> - Representación del proyecto para el público. - Aprobación de asuntos relacionados con las actividades del proyecto. - Responsable de la plantilla del personal del proyecto.
Formación requerida	Máster en dirección y gestión de proyectos sociales.
Competencias	<ul style="list-style-type: none"> - Decisiones en temas relacionados con los recursos del proyecto. - Convocar reuniones de equipo. - Aprobación de las propuestas que se realicen en reuniones internas y externas al proyecto. - Organización de cuestiones relacionadas con el personal trabajador del proyecto. - Gestionar el calendario de todos los trabajadores.
Horario	Jornada completa.
Sueldo	1.975 euros/mes.

JEFATURA DE COORDINACIÓN

Funciones	<ul style="list-style-type: none"> - Trazar las líneas de intervención. - Planificar actividades. - Organizar y coordinar a la plantilla interna de la asociación. - Colaborar en sesiones multidisciplinares. - Representación del equipo social (en el caso de que no puedan acudir)
Formación requerida	Este puesto será ocupado por una de las tres trabajadoras sociales.
Competencias	<ul style="list-style-type: none"> - Velar por el trabajo del equipo social. - Formación inicial de las personas voluntarias.
Horario	Jornada completa.
Sueldo	2.270 euros/mes. (Salario de trabajador social + complemento de responsable de coordinación)

UNIDAD DE GESTIÓN DE RECURSOS

Funciones	<ul style="list-style-type: none"> - Informes sobre gastos e ingresos del recurso. - Búsqueda de trabajadores y entidades colaboradoras. - Realizar gestiones asociadas a donaciones tanto públicas como privadas. - Supervisar y gestionar recursos existentes, así como la captación de recursos financieros.
Formación requerida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grado en Finanzas y Contabilidad. 2. Grado en Recursos Humanos.
Competencias	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión de recursos económicos y humanos.
Horario	Jornada completa
Sueldo	1.800 euros/mes.

ADMINISTRATIVO/A

Funciones	<ul style="list-style-type: none"> - Informar y atender al público. - Captación de personas demandantes o posibles candidatas al recurso. - Acogida a personas que comienzan en el recurso. - Registrar información, documentos, facturas, etc. - Actualizar procedimientos, bases de datos, contactos. - Tramitar documentación que compete a la organización.
Formación requerida	Grado en Administración.
Horario	Jornada completa

Competencias	<ul style="list-style-type: none"> - Registro y control de información para cada profesional. - Compromiso de confidencialidad con los datos e información. - Punto de comunicación con las organizaciones o agentes externos.
Sueldo	1.300 euros/mes

EDUCADOR/A SOCIAL	
Funciones	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto directo con los menores, así como con su red familiar en el caso que sea posible. - Conocer, comprender y crear vínculos para una adecuada intervención. - Orientación, prevención y reeducación. - Desarrollo y ejecución de programas y proyectos de calidad y adaptados a las necesidades y demandas de los menores. - Diseño, desarrollo y evaluación de planes, programas y proyectos socioeducativos basados en los principios de igualdad de oportunidades, igualdad de género, socialización, integración social y ciudadanía.
Formación requerida	Grado en Educación Social.
Horario	Jornada completa.
Competencias	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad crítica y autocrítica vinculada al análisis de la realidad social y a un compromiso ético y responsable en el ejercicio de la profesión. - Competencia para trabajar en equipos plurales e interdisciplinarios. - Requiere de una participación activa y constante en las actividades - Conocer los recursos disponibles en la localidad de Pamplona.
Sueldo	1.775 euros/mes.

PSICÓLOGO/A	
Funciones	<ul style="list-style-type: none"> - Atención de los procesos cognitivos y emocionales para las personas usuarias y sus familiares. - Intervenciones orientadas en grupo socioterapéutico. - Acompañamiento y orientación a los jóvenes durante el plan de intervención, dotándolos de técnicas y estrategias que permitan gestionar y/o controlar sus emociones y sentimientos. - Evaluaciones programadas de la conducta del/a usuario/a.
Formación requerida	Grado en Psicología.
Horario	Jornada completa.

Competencias	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis de necesidades. - Capacidad de análisis y síntesis de un caso o situación. - Establecimiento de objetivos. - Enseñanza de herramientas para gestión de emociones e introspección. - Evaluación individual y grupal.
Sueldo	1.895 euros/mes.

TRABAJADOR/A SOCIAL

Funciones	<ul style="list-style-type: none"> - Acoger. - Atender las demandas. - Apoyar desde lo psico-social. - Acompañar a los miembros de los grupos y profesionales. - Analizar cambios en el grupo durante su desarrollo. - Analizar impactos internos y externos del proyecto a los grupos. - Coordinación con profesionales de recursos externos. - Potenciar las redes de apoyo. - Diseño, desarrollo y evaluación de planes, programas y proyectos socioeducativos basados en los principios de igualdad de oportunidades, igualdad de género, socialización, integración social y ciudadanía.
Formación requerida	Grado en Trabajo Social.
Horario	Jornada completa.
Competencias	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar las necesidades y opciones posibles con el fin de orientar de forma adecuada las estrategias de intervención. - Conocer posibles barreras sociales e institucionales que pueden dificultar el desarrollo del proyecto. - Concienciación de necesidades. - Capacidad creativa para actividades grupales. - Defensa de los intereses de los grupos atendidos. - Gestión de recursos y servicios disponibles.
Sueldo	1.775 euros/mes.

PERSONAL DE LIMPIEZA

Funciones	<ul style="list-style-type: none"> - Limpieza de las instalaciones. - Mantenimiento de equipo. - Reponer materiales de higiene. - Eliminar desechos y residuos.
Formación requerida	No se requiere ningún tipo de formación.
Horario	Jornada parcial de noche: 22:00h-02:00h.

Competencias	- Responsabilidad en el seguimiento del plan de mantenimiento.
Sueldo	700 euros/mes (plus nocturnidad incluido).

Fuente: Elaboración propia

Para conocer las fases de trabajo en las que se encuentran los y las compañeras en cuanto a la evolución de las personas usuarias es imprescindible establecer mecanismos de control. Se ha considerado oportuno tres formas de supervisar estos procesos desde distintas perspectivas para no perder información útil, entre ellas están: reuniones de equipo; seguimiento de asistencia y participación; y llamadas de coordinación con profesionales que puedan estar interviniendo desde otros ámbitos con estas personas.

En cuanto al sistema de evaluación interna como proyecto, las reuniones individuales y grupales con los y las distintas profesionales son clave para realizar un análisis de la realidad vinculado a las debilidades y fortalezas. Este análisis se realizará desde el punto de vista permanente, es decir, las competencias que cada profesional tenga, y desde lo temporal, por las posibles circunstancias que pueda estar experimentando ese trabajador en un periodo de tiempo. Esto último parece importante para identificar los obstáculos y tener en cuenta las posibles amenazas y oportunidades que se pueden tener desde las diferentes ocupaciones. Siguiendo la línea de oportunidades, las reuniones de equipo también son eficaces para dar a conocer y valorar ocasiones especiales que pueden ser interesantes introducir de manera excepcional en la intervención con las personas usuarias.

Anteriormente se han explicado los recursos humanos y sociales que pueden implicarse en el proyecto. Ahora se van a desarrollar los recursos de índole material y financiero. Los utensilios necesarios para el desarrollo de las tareas que así lo requieran están dentro de los recursos materiales. Estos a su vez se dividen en dos: los de carácter duradero y los de carácter consumible. Dentro de los duraderos se encuentran, por un lado, la infraestructura y la mobiliaria, como el local, sillas y mesas; y por otro lado, el equipo informático compuesto por los teléfonos, ordenadores, proyectores y las impresoras. Los suministros (electricidad, gas y wifi) y lo relacionado con papelería entran en los consumibles.

En los recursos financieros se van a exponer las estimaciones de fondos, fuentes ajenas de financiación y otras formas de ingresos a los que el proyecto podría optar. Como la ubicación y las personas a las que se destina este proyecto se encuentran en Pamplona, Comunidad Foral de Navarra, podría optarse por las subvenciones tanto del Gobierno de Navarra como

del Ayuntamiento de Pamplona. Si existiese la posibilidad de realizar convenios con otras entidades como las que se han mencionado anteriormente, podrían realizarse intercambios de recursos necesarios. Otra de las opciones son las donaciones privadas, de origen particular o empresarial. Incluso se podría acceder a las convocatorias de proyectos sociales impulsado por Obra Social la Caixa.

Como nuevas formas de financiación se desea destacar: *Crowdfunding*. El *crowdfunding* beneficia a los proyectos en fases iniciales puesto que establecen una plataforma online de financiación participativa en la que las empresas o particulares pueden apostar por uno de estos trabajos por el interés en su causa social. Cejudo & Ramil (2013) ya hablaban de la importancia que tiene esta vía de financiación en el sector social puesto que “aporta un valor adicional: la posibilidad de aumentar nuestra base social cuantitativa (número de personas vinculadas a un proyecto) y cualitativamente (número de personas implicadas o participando de alguna forma en estos proyectos)”, lo que permite un acercamiento entre la sociedad y los proyectos sociales apoyados. (Cejudo & Ramil, 2013)

3.2. Intervención

El proceso general que se realizará comienza con la acogida de las personas usuarias para que conozcan el funcionamiento del proyecto, horarios y actividades. A continuación, se hará una primera evaluación con el objetivo de determinar en qué grupo es más adecuado colocarlo según las características que se han detallado con anterioridad. Seguidamente, se llevará a cabo la introducción al grupo y se desarrollarán las actividades que se expondrán en el siguiente punto. A lo largo de este proceso se realizará un seguimiento individual y grupal. Se evaluará y se pondrá en común con los integrantes del grupo y con cada persona de manera personal. Por último, se finalizará el grupo transmitiendo a las personas usuarias la necesidad de seguir trabajando estos aspectos por individual, aunque el grupo se cierre. Se puede orientar a las personas que así lo requieran a continuar con apoyo profesional para su proceso personal. Es importante tener en cuenta cómo gestionan los grupos la finalización del mismo.

La Asociación para el Fomento del Trabajo Social con Grupos establece diferentes fases en las que trabaja en el ciclo vital de los grupos. La primera fase “pre-grupo” trata de la formación del mismo, para lo cual se debe realizar una previa planificación y reclutamiento. Los profesionales del Trabajo Social deben identificar las necesidades de los miembros del grupo y conseguir la aserción de ellos para favorecer la cooperación con la organización. Se encargará de explicar los objetivos del recurso y deberá recoger los propósitos de los integrantes. En la fase de inicio, el o la trabajadora social favorece la vinculación del grupo para dar solidez en las interacciones y próximas actividades. En la fase intermedia se evalúa el progreso grupal e individual, se trata de resolver posibles dificultades, enseñar a aplicar lo aprendido en el

recurso a la vida diaria y concienciar de los siguientes pasos. Durante esta fase es imprescindible promocionar los conocimientos deseados desde el recurso con el objetivo de lograr mediar en sus conflictos personales y sociales. Los y las trabajadoras sociales deben preparar a los miembros sobre la fase final del grupo, identificando aspectos positivos y pendientes de mejora, así como efectos de la terminación. (Astray, 2006)

Durante la intervención con estos grupos pueden surgir riesgos dada la complejidad de la problemática que están experimentando estas personas en ese momento de crisis vital. Algunas dificultades que pueden existir son: no querer acudir al grupo, no ser capaz o tener dificultades para expresar sus pensamientos y sentimientos, que no haya participación en las dinámicas ofrecidas o que no exista ese vínculo con los y las profesionales con las que van a trabajar. El equipo de intervención directa debe tener recursos y habilidades para poder reconducir estas situaciones, o similares, en el caso de que se den. Para ello, primero se debe consultar y debatir en una sesión con el todo el equipo del proyecto.

3.2.1. Actividades

Existen actividades generales para todos los grupos, pero siempre orientadas a las necesidades de cada uno. Por ello, se dividirán primero en aspectos globales lo que se quiere trabajar con cada uno de ellos:

1. Adolescentes: educar en materia de derechos, habilidades sociales y emocionales sobre la solicitud de ayuda, la gestión emocional y recursos existentes si sienten malestar.
2. Familias: promover la formación y enseñanza de conocimientos sobre la interacción en relación a la conducta suicida, la manera de comunicarse y desenvolverse con un miembro con tentativa de suicidio, variaciones de conductas, etc. En suma, se trata de aprender a identificar posibles factores que propicien el intento de suicidio
3. Voluntariado: este grupo será el encargado de transmitir a los profesionales formación en materia de detección de casos, enseñanza sobre cómo actuar y comunicarse con los menores, adquirir sensibilidad con el asunto, y a cómo difundir un mensaje correcto. También es importante la coordinación de recursos (centros educativos, atención primaria, psiquiatría, fundaciones...)

Ahora nos centraremos en actividades más específicas. Para el grupo de adolescentes se realizarán excursiones para fomentar la cohesión de grupo y sentimiento de pertenencia; talleres sobre uso adecuado de redes sociales y competencias emocionales sobre frustración, resiliencia y amor propio; tareas de introspección, roles playing y charlas de personas referentes.

En el grupo de familia las actividades se tratarán de espacios de escucha para expresar acontecimientos semanales, emociones y preocupaciones. Los talleres estarán vinculados a la comunicación, identificación, modo de tratar en convivencia y pautas sobre lo que no es conveniente hacer. Este último aspecto también será impartido para el grupo de voluntariado. Las actividades que estén relacionadas con la comunicación, expresión de sentimientos y preocupaciones servirán tanto para los adolescentes como para las familias, continuando con la independencia de cada grupo.

En el caso del grupo de voluntariado se formarán en unas sesiones intensivas para después organizar las visitas a los centros educativos y las jornadas (o charla por mes) para tratar los aspectos anteriormente comentados.

Seguidamente se expone el cronograma aplicado a los grupos referentes de los adolescentes y las familias según se ha explicado anteriormente.

Tabla 5.

Cronograma

ACTIVIDADES	SESIONES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Presentación e introducción al grupo												
Vínculo grupal												
Conocimientos claves												
Desarrollo de actividades												
Evaluación y finalización												

Fuente: Elaboración propia

3.2.2. Metodología

Desde el Trabajo Social, la intervención con grupos se basa en modelos teóricos que pautan el modo de actuar con estos desde la perspectiva de la relación de ayuda. Para este proyecto en concreto, el modelo de dinámicas grupales descrito por Lasheras & Lopes (2021) favorece ese objetivo de fortalecer y cohesionar tanto individual como grupalmente. Además, encaja en las orientaciones dirigidas, que son divididas en tres: la orden intrapersonal, la interpersonal y la grupal. La primera orden trata de lo que sucede en el interior de cada persona integrante del grupo, la segunda de las experiencias emergidas de la interacción en el grupo, y la tercera orden sobre todas las situaciones que ocurren tanto dentro del grupo como fuera de él pero influye. (Lasheras & Lopes, 2021)

En el proyecto antes de que este modelo se aplique directamente con las personas usuarias

tendrá que ser debatido por el equipo multidisciplinar, para confirmar las funciones y la parte del proceso que se ocupa cada profesional. Dentro de esta metodología una parte fundamental es la coordinación, como ya se ha ido mencionando a lo largo del trabajo, tanto interna como externa. Además, es necesario un *feed-back* de los grupos y los profesionales para contrastar aspectos positivos y de mejora.

3.3. Evaluación

La evaluación supone el manifiesto de los aspectos que van bien y los que requieren mejora para la adaptación de la situación y necesidades. Para este proyecto se llevarán a cabo dos evaluaciones con destinos distintos: una para saber cómo ha sido el proceso de los grupos, y otra para el propio proyecto. En ambos casos, la evaluación que se lleva a cabo será *ex ante*, de seguimiento y *ex post*.

Antes de profundizar en cada una de ellas, se proponen indicadores de impacto de acuerdo a los objetivos generales previamente determinados. Estos indicadores miden el cambio esperado y se harán para cuantificar el nivel de adaptación, asistencia y participación de los grupos de adolescentes y familias. En el caso de los voluntarios se calcularán el número de centros acudidos y la respuesta de este una vez realizada las charlas. Los indicadores de efecto están vinculados a los objetivos específicos y determinarán la satisfacción de los usuarios en las actividades desarrolladas en el proyecto, y en el caso de las familias, el grado de conocimiento ante señales por riesgo de suicidio.

La evaluación del grupo se denomina participativa, puesto que en ella se engloban las personas destinatarias de la intervención. En esta se utilizarán distintos instrumentos y técnicas que sirven para determinar el grado del aspecto que se quiera valorar. De forma grupal se realiza una evaluación general en la que se determina cómo ha sido el inicio, su posterior desarrollo y el cierre del grupo. Dentro de cada grupo, se valorará el grado de asistencia, participación e integración a cada integrante por autoevaluación y por tablas de componente elaboradas por los y las profesionales, para contrastar la percepción de la realidad. A continuación, se expone un ejemplo de Lasheras & Lopes (2021) para valorar desde la perspectiva profesional al grupo:

Tabla 6.

Registro de interacción en el grupo

Conductas-actitudes	Eduardo	Jose	Miriam	Manuel	Susana	Gilbeno
1.Muestra solidaridad, eleva el ánimo de los otros y gratifica						
2.Relaja la tensión, bromea, ríe y demuestra satisfacción						
3.Está de acuerdo, acepta pasivamente, comprende y coopera						
4.Sugiere y dirige, dejando autonomía a los demás						
5.Da opiniones, evalúa, analiza y demuestra sentimiento y deseo de cooperar						
6.Da orientación, información, repite, clasifica y confirma.						
7.Pide orientación, información, repetición y confirmación						
8.Pide opinión, evaluación, análisis y expresiones de sentimientos						
9.Pide sugerencias, dirección y modos posibles de acción						
10.Está en desacuerdo, muestra rechazo pasivo y formalidad y retira ayuda						
11.Muestra tensión, pide ayuda, se retira del campo						
12, Muestra antagonismo, rebaja la situación de los otros y defiende o afirma su yo.						

Grupo: _____ Fecha: _____ Tema: _____

Número de miembros: __ Horario: _____ Lider profesional: _____

Fuente: Elaborado por Lasheras & Lopes (2021)

De forma individual se pasan dos escalas que se consideran idóneas con la problemática que les trae a los y las menores a este recurso: la escala de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener et al. (1985) y la escala de expectativas de futuro en la adolescencia (EEFA) validada por Sánchez & Verdugo (2016).

La SWLS valora la percepción que tiene la propia persona en una visión global de su vida. Siendo utilizada durante una intervención por riesgo de suicidio puede aportar pistas sobre su desarrollo. Se debe utilizar como un complemento a escalas que se basan en el bienestar

emocional de las personas, como puede ser la escala de ansiedad y depresión infantil de Sandín, Valiente y Chotor. En castellano, la tabla se puede traducir así:

Tabla 7.

Adaptación de la Escala de Satisfacción con la Vida

A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala de abajo, indique cuan de acuerdo está con cada elemento, eligiendo el número apropiado asociado a cada elemento. Por favor, sea abierto y honesto al responder.

	1 Totalmente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ligeramente en desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 De acuerdo	7 Totalmente de acuerdo
1. En la mayoría de las formas de mi vida se acerca a mi ideal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estoy satisfecho con mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente original: Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985)

En cuanto a la EEFA, se puede observar las creencias o expectativas de futuro que tienen los y las adolescentes en aspectos básicos de su vida como el mundo académico, laboral, socio-familiar y emocional:

Tabla 8.

Versión definitiva de la Escala de Expectativas de Futuro en la Adolescencia

Nos gustaría conocer cómo crees que será tu futuro. Imagínate a ti mismo dentro de algún tiempo, por ejemplo cuando pasen algunos años, y contesta a las siguientes cuestiones

¿Cómo de probable crees que ocurrirán las siguientes cosas?

Estoy seguro/a de que no ocurrirá (1)

Es difícil que ocurra (2)

Puede que sí/puede que no (3)

Probablemente ocurra (4)

Estoy seguro/a de que ocurrirá (5)

1. Terminaré los estudios de Secundaria
 2. Encontraré trabajo
 3. Tendré un coche
 4. Terminaré Bachillerato o un Ciclo Formativo
 5. Encontraré un trabajo que me guste
 6. Tendré una vida familiar feliz
 7. Seré respetado por los otros
 8. Me sentiré seguro
 9. Tendré una casa
 10. Realizaré estudios universitarios
 11. Encontraré un trabajo bien remunerado
 12. Encontraré una persona con quien formar una pareja feliz y estable
 13. Seré feliz
 14. Tendré hijos
-

Fuente: Elaborado por Sánchez & Verdugo (2016)

Continuando con la evaluación del proyecto, se puede decir que esta será interna porque se llevará a cabo por parte de la plantilla personal del proyecto. Para valorar la intervención que se está ofreciendo a las personas se realizará una evaluación de cada sesión por el profesional que la imparta, y también una evaluación mensual con el equipo en el que se pongan de manifiesto los resultados que han aparecido en esas sesiones. Lasheras & Lopes (2021) presentan de nuevo un ejemplo sobre cómo se puede valorar dichas reuniones con los grupos:

Tabla 9.

Evaluación de la sesión

Grupo: _____ Fecha: _____ Sesión número: _____

1. En su opinión, ¿cómo fue la reunión de hoy?

Excelente Regular Mal

2. ¿Le ayudó a conocerse mejor?

No Parcialmente Bastante

3. En su opinión, ¿cuáles fueron los puntos débiles?

4. ¿Qué le agradó más de la reunión?

5. ¿Le ayudó a comprender a los demás?

Mucho Bastante Poco No

6. ¿Qué canco afecto siente por el grupo?

Mucho Neutral Hostil

7. ¿Ha obtenido logros acerca de los objetivos del grupo?

Nada Algo Mucho

8. En su opinión, ¿cuál es el grado de afecto que el grupo siente hacia usted?

Mucho Neutral Hostil

9. ¿Hasta qué grado siente ahora entusiasmo por el proceso de grupo y su utilidad?

Negativo Neutral Entusiasmo

10. ¿Qué cambios o mejoras sugeriría para las reuniones futuras?

Fuente: Elaborado por Lasheras & Lopes (2021)

Lo que respecta a mejoras que se deben tener en cuenta a medida que se va desarrollando el proyecto, se considera fundamental el *feed-back* de las personas que han participado en él o de otras entidades que conozcan su funcionamiento. Para ello, se difundirán encuestas de satisfacción a todo aquel que haya tenido experiencia o relación con el recurso, y se habilitará un buzón de sugerencias y propuestas voluntario.

3.3.1. Presupuesto

El proyecto requiere un control sobre la situación económica para determinar gastos previstos y para conocer las fuentes de recursos disponibles, por lo que se ha elaborado una tabla con una aproximación de los gastos que hay que hacer frente para poner en marcha esta propuesta de intervención.

Tabla 10.

Aproximación del presupuesto

RECURSOS DE CARÁCTER DURADERO			
TIPO		NÚMERO	PRECIO
Infraestructura y mobiliaria	-Local	-1	-680 euros/mes
	-Sillas	-50	-40 euros/unidad
	-Mesas	-15	-100 euros/unidad
Equipo informático	-Teléfonos	-10	-25 euros/unidad
	-Ordenadores	-10	-150 euros/unidad
	-Proyectores	-3	-40 euros/unidad
	-Impresoras	-3	-60 euros/unidad
Personal	-Dirección	-1	-1.975 euros/mes
	-Jefatura de coordinación	-1 (*TS)	-2.270 euros/mes
	-Contabilidad	-1	-1.800 euros/mes
	-Recursos humanos	-1	-1.800 euros/mes
	-Administración	-2	-1.300 euros/mes
	-Psicología	-2	-1.890 euros/mes
	-Educación social	-1	-1.775 euros/mes
	-Trabajo social	-3 (1*JC)	-1.775 euros/mes
	-Limpieza	-1	-700 euros/mes

*El puesto de Jefatura de coordinación será ocupado por una de las trabajadoras sociales

*Los salarios especificados en bruto.

Coste total de los recursos duraderos: 53.460 euros

- 20.230 euros/mes pertenecen al salario de los profesionales

RECURSOS DE CARÁCTER CONSUMIBLE		
TIPO	NÚMERO	PRECIO
Bolígrafos (caja de 50)	10	14 euros/unidad
Paquete de folios (500 folios/paquete)	5	5 euros/unidad
Cartucho de tinta para impresora	50	8 euros/unidad
Luz	X	350 euros/mes
Agua	X	20 euros/mes
Wi-Fi	X	50 euros/mes

Coste total de los recursos consumibles: 985 euros

Fuente: Elaboración propia

Los gastos en total al mes serían 21.330 euros sumándole el alquiler del local, los suministros y el salario de los profesionales. El resto de los recursos de carácter duradero se renovará tras un largo periodo de tiempo, y los de consumibles se deberían reponer cuando haga falta.

En suma, todos los gastos en la puesta en marcha del proyecto rondan los 54.635 euros.

4. Conclusiones

La prevención del suicidio en la adolescencia es un tema muy importante y complejo que requiere una atención cuidadosa y sensible. Hay muchas maneras en las que se puede trabajar para prevenir el suicidio en los adolescentes como se ha recogido a lo largo de esta propuesta de proyecto de intervención.

Para ello, debemos saber que es fundamental establecer una red de apoyo en la que los adolescentes que están en riesgo de suicidio necesitan saber que hay personas a su alrededor que se preocupan por ellos y están dispuestos a ayudarles. Los padres, los amigos, los profesores y los consejeros escolares pueden ser una fuente importante de apoyo emocional. Fomentar la comunicación es clave para que los adolescentes se sientan cómodos hablando sobre sus sentimientos y problemas. Los padres y otros adultos deben estar dispuestos a escuchar y ser comprensivos, sin juzgar o criticar. La identificación de los signos de advertencia del suicidio en los adolescentes, como la depresión, el aislamiento social, la pérdida de interés en las actividades que antes disfrutaban, y los cambios en el comportamiento o el estado de ánimo.

Por supuesto, es imprescindible enseñar a los menores y su entorno cómo se debe buscar ayuda profesional si se sospecha que una persona está en riesgo de suicidio. Además de ello, se debe promover la resiliencia para reducir las posibilidades de desarrollar problemas emocionales y a pensar en el suicidio como opción válida para terminar con el sufrimiento. Fomentar la resiliencia incluye ayudar a los adolescentes a desarrollar habilidades para manejar el estrés, a establecer metas realistas y a mantener una actitud positiva. La sensibilización y educación para las personas que se encuentran en la etapa de la adolescencia, los padres y los profesionales que se relacionan habitualmente con los mismos estén informados sobre el suicidio y los factores de riesgo asociados. La educación sobre el suicidio puede ayudar a prevenirlo al reducir el estigma y aumentar la conciencia sobre el problema.

En resumen, la prevención del suicidio en la adolescencia requiere una estrategia integral que involucre a los padres, los profesionales y la sociedad en general. Es importante trabajar juntos para fomentar la comunicación abierta, identificar los signos de advertencia y buscar ayuda

profesional de inmediato cuando sea necesario. Además, es fundamental promover la resiliencia y educar a los adolescentes y a sus familias sobre el suicidio para prevenir este grave problema.

5. Referencias

- Astray, A. A. (2006). Los estándares para la práctica del trabajo social con grupos de la AASWG: presentación, análisis crítico e implicaciones. *Acciones e Investigaciones Sociales*, (1 Ext), 440-440.
- Aucapiña Sinchi, T. C. (2017). *La ideación y/o intento de suicidio en los adolescentes según el modelo de intervención psicosocial: una aproximación desde el trabajo social*. [BS Tesis]. Universidad de Cuenca.
- Boletín Oficial de Navarra, 75/2021, de 25 de enero de 2021, Convenio Colectivo del Sector de la Acción e Intervención Social de Navarra. [Archivo PDF]. <https://lc.cx/Y-DqvP>
- Brent, D. A., & Kolko, D. J. (1990). The assessment and treatment of children and adolescents at risk for suicide. In S. J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Eds.). *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (p. 253–302). *American Psychiatric Association*.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. y Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
- Castellvi, P., & Rodríguez, J. A. P. (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de estudios de juventud*, (121), 45-59.
- Cejudo, A., & Ramil, X. (2013). Crowdfunding. *Financiación colectiva en clave de participación*. *Asociación española de fundraising*, 10. <https://lc.cx/csPDe7>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Durán, Ángeles, & Fernández-Beltrán, Francisco (2020). “Responsabilidad de los medios en la prevención del suicidio. Tratamiento informativo en los medios españoles”. *El profesional de la información*, v. 29, n. 2, e290207. <https://doi.org/10.3145/epi.2020.mar.07>
- Espino. (2021, 24 febrero). El suicidio, un tabú en la sociedad Mr. Wonderful. *Ethic*. <https://ethic.es/2021/02/suicidio-muerte-psicologia-ayuda/>
- Fundación ANAR. (2022). *Estudio ANAR sobre Conducta Suicida y Salud Mental*. [Archivo PDF]. <https://lc.cx/xhBTz4>

- Gil, A. (2022). El estigma del suicidio [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de Valladolid.
- Gobierno de Navarra. (2014). *Prevención y actuación ante conductas suicidas*. [Archivo PDF]. <https://lc.cx/bEhTTQ>
- HuffPost, R. (2023, 27 enero). El mapa del suicidio en España. *ElHuffPost*. <https://www.huffingtonpost.es/life/mapa-suicidio-espana.html>
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Defunciones según la Causa de muerte*. [Comunicado de prensa]. <https://lc.cx/XPEQx8>
- Instituto Navarro de la Juventud. (2022). *Panel de indicadores de juventud de Navarra 2022*, p. 49. Gobierno de Navarra. <https://lc.cx/x1NoUm>
- KidsHealth. (10 de agosto de 2015). *Acerca del suicidio de adolescentes*. <https://kidshealth.org/es/parents/suicide.html>
- Lasheras, R. y Lopes, C. (2021). Trabajo Social con grupos, contenidos de la asignatura. En C. Lopes (Comp.), *Trabajo Social con grupos* (p.32; 106; 82; 108; 113; 107). Universidad Pública de Navarra.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. y Baldwin, C. L. (2001). Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 427-434.
- Martínez, L. F. L. (2020). Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet. *Norte de salud mental*, 17(63), 25-36.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*.
- OMS (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Organización Mundial de la Salud.
- Pedreira, J. (2020). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 24(3), 217. <https://doi.org/10.5944/rppc.26280>
- Sánchez-Sandoval, Y., & Verdugo, L. (2016, Abril). Desarrollo y validación de la Escala de Expectativas de Futuro en la Adolescencia (EEFA). In *Anales de Psicología/Annals of Psychology* (Vol. 32, No. 2, pp. 545-554). <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.205661>

Soto Sanz, V. (2019). *Sintomatología Interiorizada y Exteriorizada y su relación con comportamientos de suicidio en adolescentes*. [Tesis Doctoral]. Universidad Miguel Hernández.

World Health Organization (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, building solutions*. Ginebra: WHO.

World Health Organization (WHO) (2014a). *Preventing suicide: a global imperative*, CMAJ: Canadian

Zafra Cremades, S. (2019). *Redes sociales para la prevención del suicidio juvenil*. 3C TIC. Cuadernos de desarrollo aplicados a las TIC, 8(2), 54-69. doi: <https://lc.cx/ZNwtpp>

