

Exploración de las necesidades sentidas por familiares de jóvenes que han realizado un primer intento de suicidio

Exploration of the needs felt by families of young people who have made a first attempt of suicide

Autora: Yolanda Parra Parra

Dirección de contacto: yolandaparra@hotmail.es

Cómo citar este artículo: Parra Parra Y. Exploración de las necesidades sentidas por familiares de jóvenes que han realizado un primer intento de suicidio. NURE Inv [Internet]. May-jun 2013 [citado día mes año]; 10(64):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE64_proyecto_suicidio.pdf

Fecha recepción: 30/09/2011

Aceptado para su publicación: 25/01/2012

Resumen

Introducción: El suicidio es considerado la primera causa de muerte no natural en España, con un aumento alarmante de suicidios entre jóvenes de 15 a 25 años. Se suele acompañar con culpabilidad, hostilidad y estigmatización en el entorno del paciente, constituyendo un motivo de distrés familiar por la amenaza latente de la pérdida de quien lo pretende, que requiere de atención por parte de los profesionales de la salud. Sin embargo, el escaso conocimiento de las necesidades y percepciones de estos familiares dificultan que esa atención se adapte realmente a sus requerimientos. **Objetivo general:** Explorar cuáles son las necesidades sentidas por los familiares de pacientes jóvenes que han tenido su primer intento autolítico. **Recogida y análisis de datos:** Se basa en los principios y metodología cualitativa, mediante grupos focales con familiares de primer y segundo grado de pacientes jóvenes (18 – 25 años) que han tenido un primer intento autolítico, precisando ingreso hospitalario. Se realizarán tres grupos de discusión combinando diferentes tipologías y situaciones, buscando la mayor representatividad. El método empleado para analizar los datos será un análisis del contenido, no sólo circunscribiéndose a la interpretación del contenido manifiesto sino aplicándolo también al contexto social.

Palabras clave

Intento de suicidio, adulto joven, evaluación de necesidades, salud de la familia.

Abstract

Introduction: Suicide is considered the leading cause of unnatural death in Spain, with an alarming increase in suicides among young people aged 15 to 25 years. It is often accompanied by guilt, hostility, and stigmatization in the environment of the patient; constituting a source of family distress by the latent threat of the loss of who seeks it, which requires care by health professionals. However, little knowledge of the needs and perceptions of these families hinder such care really fits your requirements. **General objective:** Explore what are the needs felt by the families of young patients who have had their first attempt at autolytic. **Collection and analysis of data:** It is based on the principles and qualitative methodology, through focus groups with families of first and second degree of young patients (18-25 years) who have had a first attempt at autolytic, specifying hospital admission. There will be three discussion groups by combining different types and situations; looking for greater representativeness. The method used to analyze the data will be an analysis of the content, not just confining to the interpretation of the manifest content but also applied to the social context.

Key words

Suicide Attempted, young adult, needs assessment, family health.

Centro de Trabajo. Hospital Rosell. Enfermera Especialista Salud Mental.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Consideramos el suicidio como la acción que uno mismo realiza con la intención de acabar con su vida y que conlleva la muerte (1). En él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. Sin embargo, este acto autodestructivo no siempre conduce a la muerte, en cuyo caso se suele hablar de intento de suicidio (2).

El fenómeno del suicidio constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. La suicidología nos ofrece dos tendencias principales en la interpretación del fenómeno: la sociológica, representada por Durkheim y sus seguidores, le transfiere la culpa a la sociedad; y la psicológica, representada por Freud y sus discípulos, ve en el suicidio la expresión de una carga inconsciente de hostilidad dirigida contra el objeto amado previamente introyectado. Debe resaltarse que el suicidio ha sido abordado desde múltiples teorías y modelos que pueden agruparse en sociológicos, psicológicos y biológicos (3,4).

Es un fenómeno universal presente en todas las épocas y culturas, pero la actitud de las sociedades ha sido diferente dependiendo de las influencias religiosas, filosóficas, culturales, socio-políticas, y sobre todo de las ideas sobre muerte y más allá. El suicidio es un fenómeno tan antiguo como la propia historia de la humanidad (5).

Según el Instituto Nacional de Estadística, en el 2005 murieron en España 3500 personas, siendo la séptima causa de muerte entre los españoles y la segunda entre los adultos jóvenes.

Sin embargo, en el último estudio del Instituto Nacional de Estadística, explica que "el suicidio se situó en 2008 como la primera causa externa de defunción, con 3.421 personas fallecidas, cifra similar a la de 2007", tras un descenso en la mortalidad por accidentes de tráfico (descendieron en un 20,7%).

De esta manera, éstos dejan de ser la primera causa de muerte no natural, para ser sustituidos por los suicidios. Por sexo, la mortalidad por suicidio fue mayoritariamente masculina (el 22,65 % fueron mujeres) (6).

Los datos de suicidio en España por 100.000 habitantes y año se encontraban situados en el periodo del año 1976 a 1980 en un 4,7 %, del 1990 a 1994 en un 7.1% y en el año 2005 se sitúan en un 8,5. Por tanto, se ha producido un aumento de las muertes por suicidio, que han incrementado al

mismo tiempo los intentos de suicidio, datos que están acordes con una mayor incidencia de alteraciones psiquiátricas, principalmente trastornos de ansiedad y depresión (1).

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que estas cifras podrían duplicarse en 20 años. Según cifras de la OMS, la tasa de suicidio aumenta con la edad. Las personas de 75 años o mayores consuman el suicidio tres veces más que la población joven. No obstante, en todo el mundo se está dando un aumento alarmante de suicidios entre jóvenes de 15 a 25 años de edad (7-9).

El suicidio es por tanto, un gran problema de salud pública, la OMS lo señaló como la 13 causa de muerte en el mundo, con 14,5 casos por 100.000 habitantes. El suicidio es una de las 3 primeras causas de muerte en el mundo entre los 15 y 34 años de edad. Aunque Estados Unidos (EU) tuvo altas tasas de suicidio juvenil, éstas han disminuido desde los años 90; el tratamiento de la depresión juvenil y otros programas preventivos parecen haber contribuido. En España y Latinoamérica el fenómeno está en aumento. Los años de vida productiva perdidos por suicidio en 2003 fueron 64.343 (10,11).

Constituye un problema contemporáneo y creciente, lo que implica la necesidad de establecer definiciones precisas que lleven a la identificación de los factores de riesgo, tomando en cuenta que las bases del suicidio son multifactoriales y complejas. Los estudios epidemiológicos indican que el género masculino comete más suicidio que el femenino, en una proporción de 5:1 en todos los rangos de edad.

En cambio, las mujeres realizan intentos con mayor frecuencia en la misma proporción, generalmente ingiriendo pesticidas o medicamentos. El suicidio consumado acontece frecuentemente en hombres mayores de 50 años por ahorcamiento o uso de armas de fuego y de forma creciente entre jóvenes de 15 a 24 años de edad, siendo más común entre los de clase socioeconómica baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con algún trastorno de la personalidad y antecedentes de abuso de sustancias y de intento de suicidio (7, 12, 13).

De los factores de riesgo (FR) para suicidio juvenil, el más descrito es el intento suicida previo. También están la depresión mayor, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y la personalidad límite o sociopática. El 90 % de los suicidas adultos tiene al menos un trastorno psiquiátrico; en los jóvenes, sólo el 60 %. El alcohol y sustancias de abuso son predictores de suicidio en personas con riesgo. La biología señala bajas concentraciones del metaboli-

to de la serotonina, ácido 5- hidroxindolacético, en suicidas comparados con controles. Estudios post-mortem de suicidas y accidentados mostraron menor cantidad de receptores de serotonina en el tallo cerebral de los suicidas. Ser víctima o generador de violencia es un factor de riesgo para suicidio; por ejemplo, violencia intrafamiliar o participar en grupos violentos organizados. Hay mayor ocurrencia de suicidio en los extremos del espectro socioeconómico. También se describe el "efecto Werther" o imitación de la conducta suicida juvenil difundida en medios masivos de comunicación.

Los factores de riesgo psicológicos incluyen conflictos, pérdidas y cambios en las relaciones interpersonales y la desesperanza aprendida. También, familias disfuncionales, maltrato o abuso sexual infantil, el sentimiento de soledad y conductas auto-destructivas (10, 14-16).

El suicidio y las tentativas de suicidio suelen muchas veces ser la vía final de problemas en el adulto joven.

El conocimiento de estos problemas y un manejo adecuado de ellos puede evitarlas; no obstante, en muchos casos pasan desapercibidos o permanecen ocultos hasta que surge, de un modo explosivo, una conducta autolítica más o menos grave. Este tipo de conductas se manifiestan de diversas formas, desde el suicidio consumado hasta la simple verbalización de ideas de muerte; así mismo, las intenciones varían, desde la firme determinación de acabar con la propia vida hasta el deseo de huir de una situación desagradable o de modificar un ambiente opresivo (17).

Uno de los principales factores psicosociales que confiere relevancia durante el análisis multicausal del suicidio y del intento de suicidio es la familia, la cual actúa en el transcurso de la vida del individuo como agente modulador en su relación con el medio, propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar. Éste lo comprendemos con una dinámica relacional sistémica que se establece entre los miembros de una familia permitiendo que ésta funcione positivamente, cumpla sus funciones y permita la expresión y desarrollo de la individualidad.

Las pautas de interacción familiar se transmiten de una generación a otra, de manera consciente e inconsciente, lo que posibilita que a través del aprendizaje se perpetúen modelos negativos de Funcionamiento Familiar que constituyen factores de riesgo familiares esenciales para la conducta suicida (18-21).

Toda muerte o intento provoca impacto en los sentimientos y en las creencias de quienes conforman su grupo familiar primario. Ahora bien, la muerte por suicidio le suma el problema de la voluntad humana, ya que no se trata de una muerte natural, sino que es la propia persona la que decide acabar con su vida. Este hecho posee efectos desequilibrantes en dicha familia, ya que los familiares no sólo deben enfrentar la desaparición física de alguien allegado, sino que además deben afrontar el duro golpe que significa el que esa desaparición haya sido deseada o buscada por la misma persona (22, 23).

Con frecuencia, el funcionamiento familiar se ve afectado por la existencia de crisis no transitorias o accidentales que no dependen del tránsito de una etapa a otra del ciclo vital, sino que se originan por eventos, con una intensa carga generadora de estrés que desestabilizan psicológicamente al núcleo familiar. El suicidio genera, sin dudas, crisis de carácter mixto, ya que afecta la estabilidad de los miembros en el hogar, la dinámica de la familia y la subjetividad individual. De igual modo, el intento suicida provoca crisis por desorganización que desajusta y deteriora la interacción familiar.

El suicidio consumado y el intento suicida, constituyen motivo de distrés familiar, porque ambos hechos generan la perturbación y desorganización de la familia, ya sea por la pérdida del miembro que se autoelimina, como por la amenaza latente de la pérdida de quien lo pretende; los patrones habituales de existencia de una familia suelen ser vulnerados cuando en su seno ocurre un comportamiento suicida, el modo de vida se modifica, reajustándose a la falta de un integrante o polarizando la atención hacia el individuo potencialmente suicida (24).

Por todo lo mencionado anteriormente, resulta importante entender el concepto de necesidad para así comprender mejor cuál podría ser nuestro campo de actuación mediante un conocimiento de sus necesidades que en muchas ocasiones se quedan desatendidas, ya que la atención suele ir dirigida a la persona que comete el intento suicida. A partir de las aportaciones de diversos autores, se ha ido configurando el concepto de necesidad como "El estado de salud que a juicio de un experto requiere una intervención" (25). Sin embargo, en lo referente a temas de salud mental, se debe enfocar más hacia la autonomía y libre elección del paciente para situar al sujeto como protagonista de sus propios cuidados de salud.

Por tanto, entendiendo necesidad como una falta, carencia o deficiencia, cuyo objeto de estudio en este caso serían los familiares de adultos jóvenes que intentan el acto suicida, destaca la siguiente clasificación de necesidades que son consideradas fundamentales: normativa, comparativa, sentida y expresada.

Define necesidad sentida o percibida, como las percepciones subjetivas individuales que cada persona tiene sobre su problema y que está condicionada por factores psicológicos y psicosociales particulares. Una necesidad normativa es la que se produce cuando un individuo presenta un nivel de salud inferior al que el profesional considera deseable. La necesidad expresada como aquella sentida que se convierte en demanda de atención y cuidados. Por último, la necesidad comparada hace referencia a las necesidades que una persona debe de tener puesto que presenta las mismas características que otro individuo al que se le ha detectado una necesidad (25).

Según la perspectiva que utilicemos para analizar las necesidades se desprenden métodos y técnicas diferentes para su evaluación. Por este motivo, la evaluación misma de necesidades no es un procedimiento neutro o totalmente objetivo. Un adecuado estudio de necesidades debe explorar y combinar la información procedente de los distintos tipos de demanda, por ello deberá emplear más de un método de identificación de necesidades para evitar los sesgos.

Todo esto nos conduce a considerar, cuando se trata de determinar las necesidades de salud de la población, no solo el punto de vista del profesional de la salud, sino también las percepciones de estos familiares que han de ser atendidos.

Es por ello que en la familia se debe analizar y averiguar todas sus inquietudes, se debe evaluar la funcionalidad, el grado de reacción a la crisis, la angustia y ansiedad, los conocimientos y la comprensión del cuadro patológico, buscar los vínculos protectores y de riesgo, identificar el familiar capaz de apoyar el proceso, mecanismos de afrontamiento y defensa utilizados, así como las necesidades inmediatas referentes a lo ocurrido (26-28).

De esta forma, se crearán líneas de actuación para guiar nuestro trabajo, mejorando así, la salud mental de toda la familia y por lo tanto, la recuperación del potencial suicida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Megías F, Serrano M. Enfermería en psiquiatría y salud mental. 2ª edición. España: Ediciones DAE; 2009.
2. Alejo H, González J, Hernández W. Conducta suicida según ciclo vital. En: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2003. Bogotá: Imprenta Nacional. p.107-119.
3. De Bedout Hoyos A. Panorama actual del suicidio: Análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*. 2008; 1(2): 53-63.
4. Villagómez Bedolla R, Balcázar Musacchio A, Paz Ramírez R. Suicidio en jóvenes. *Rev Fac Med UNAM*.2005; 48(2): 54-7.
5. Pérez García J, Del Pino Montesinos J, Ortega Beviá F. El adolescente, la muerte y el suicidio. *Jornadas europeas para la prevención de la violencia en el medio escolar*.2002.Pág.1-11.[Consulta:06/10/09] Disponible: http://www.dip-alicante.es/Hipócrates/Hipócrates_I/pdf/ESP/436e.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte.2010. [Consultado el: 4/ 3/ 10]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np588.pdf>
7. Gutiérrez-García A, Contreras C, Orozco-Rodríguez R. El Suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*. 2006; 20(5): 66-74.
8. Arán Barés M, Gispert R, Puig X, Freitas A, Ribas G, Puigdefábregas A. Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en Cataluña y España (1986-2002). *Gac Sanit*. 2006;20(6):473-80.
9. Chávez-Hernández A, Medina Núñez M, Macías-García L. Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud mental*. 2008; 31(3): 197-203.
10. Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago M, Ayala-Aguilera J. Caracterización Psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Revista Salud pública*. 2007; 9(2): 230-40.
11. Ruiz-Pérez I, Orly de Labry-Lima A. El suicidio en la España de hoy. *Gac Sanit*. 2006; 20(1):25-31.
12. Aguilar Hernández I, Perera Milian L, Esquivel Rodríguez D, Barreto García M. Comportamiento del intento suicida en el municipio de Nueva Paz. *Revista de Ciencias Médicas La Habana* 2008; 14 (3).

13. Pérez Camarero S. El suicidio adolescente y juvenil en España. *Revista de estudios de juventud* 2009; 84: 126-142.
14. Pérez Barrero S. Los padres y el suicidio. *BSCP Can Ped.* 2005; 29(3): 39-46.
15. Soriano Fuentes S, De la Torre Rodríguez R, Soriano Fuentes L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Medicina de Familia* 2003; 4(2): 130-35.
16. Martínez Jiménez A, Moracén Disotuar I, Madrigal Silveira M, Almenares Aleaga M. Comportamiento de la conducta suicida infanto –juvenil. *Revista cubana Med Gen Integr.* 1998; 14(6): 554- 59.
17. De Dios de Vega JL, García-Onieva Artazcoz M. Depresión, suicidio, duelo. [Consulta: 14/11/09]. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_depresion_suicidio_duelo.pdf
18. Arroyave González J, Díaz Castilla S, Del Toro Granados J, Ceballos Ospino G. Percepción social de los familiares de las personas que consumaron suicidio durante los años 2002-2005 en la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Duazary* 2007; 4(2): 112-18.
19. Jiménez Díaz J, Villanueva Antón A, García Soto X, Ibeas Cuasante E, Hernado del Pino L. Abordaje familiar en un caso de intento de suicidio. *MEDIFAM* 2001; 11(8): 461-66.
20. Pérez Martínez V, Lorenzo Parra Z. Comportamiento del sistema de redes de apoyo social en familias que sufren la conducta suicida. *Rev cubana Med Gen Integr.* 2004; 20(5-6): 1-6.
21. Guibert Reyes W, Torres Miranda N. Intento suicida y funcionamiento familiar. *Rev Cub Med Gen Integr.* 2001; 17(5): 452-60.
22. Ramírez Ramírez JP. Familias con pacientes suicidas. Congreso SOPPAC. 2008. [Consulta: 5/10/2009]. Disponible en: <http://sopac-leon.com/sopac/Articulos%5Cjuanpablo.pdf>
23. Quintanilla Montoya R, Eguiluz Romo L. Programa de intervención en posvención de suicidio: manejo del duelo familiar en casos de suicidio. Guadalajara. [Consulta: 14/10/09]. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_depresion_suicidio_duelo.pdf
24. Pérez Martínez V, Lorenzo Parra Z. Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2004; 20(5-6).
25. Lázaro P, Fitch K, Luengo S, Aguilar M. Algunos problemas metodológicos en la estimación de la necesidad sanitaria. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. [Consulta: 14/10/09]. Disponible en: <http://www.taiss.com/publi/absful/TAISS-AES-NECE-99-1-abs.pdf>
26. Pérez Barrero S. Manejo de la familia de un suicida. Sección de Suicidología de la Asociación Mundial de Psiquiatría. [Consulta el: 14/11/09]. Disponible: <http://www.wpanet.org/education/pdf/familiasuic.pdf>
27. Ramírez M. Los estados emocionales en los momentos de duelo y la forma de abordarlos. *Ciencia y cuidado* 2007; 4(4): 36-44.
28. Dois Castellón A, Toledo Toledo E. Conceptos generales para la práctica enfermera en situaciones de urgencias psiquiátricas. *Metas de Enfermería* 2006; 9(8):69-73.
29. Salamanca Castro, A. La investigación cualitativa en las Ciencias de la Salud. *Nure Investigación* 2006; 24. [Consulta: 01/03/10]. Disponible: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_24.pdf

OBJETIVOS

Objetivo general

- Explorar cuáles son las necesidades sentidas por los familiares de pacientes jóvenes (18-25 años); que han tenido su primer intento autolítico.

Objetivos específicos

- Conocer el impacto emocional que esta situación genera en los familiares.
- Definir las necesidades de apoyo social (profesionales sanitarios, asociaciones y grupos de ayuda) que requieren para encarar la situación.
- Identificar las necesidades educativas (información que desean recibir al respecto, tratamientos, inquietudes...) que consideran necesarias.
- Averiguar los mecanismos de afrontamiento empleados que desarrollan espontáneamente.

- Describir el cambio de necesidades sentidas con el paso del tiempo (corto y medio plazo).

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio exploratorio y descriptivo transversal de tipo cualitativo.

El uso de métodos cualitativos en el ámbito de las Ciencias de la Salud pretende conocer la realidad del objeto de la investigación desde el punto de vista de los propios sujetos de estudio, pretende conocer a las personas en su contexto, llegando a saber lo que sienten para poder comprender cómo ven las cosas. Intenta describir cómo las personas dan sentido a su entorno social y en qué manera lo interpretan. El foco de la investigación, por tanto, se centra en la búsqueda de explicaciones subyacentes, percepciones, sentimientos y opiniones de los sujetos del estudio.

Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas, no busca "la verdad", sino una comprensión detallada de las perspectivas de las personas que participan en el estudio, y para ello, debe apartar sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones (29).

Dada la naturaleza de los objetivos planteados, consideramos el enfoque fenomenológico como el más adecuado para explorar las necesidades sentidas por los familiares, ya que la fenomenología, al considerar que la realidad depende del modo en que es vivida y percibida por el sujeto, estudia las dinámicas y acontecimientos sociales tal como son experimentados, vividos y percibidos por las personas. En este sentido, el enfoque fenomenológico atiende y se centra en la subjetividad, tal como es manifestada por los individuos, y no busca, a diferencia del método hermenéutico, estructurar una interpretación coherente de esa subjetividad con un referente teórico externo al sujeto.

Participantes

Población de estudio: familiares de primer y segundo grado de pacientes jóvenes (18 a 25 años) que han tenido un primer intento autolítico en el segundo semestre del año 2012, precisando ingreso hospitalario en XXX.

Crterios de selección de los participantes

- Ser conviviente con el paciente.
- Aceptación voluntaria para formar parte del estudio.
- Familiares de primer y segundo grado mayores de 18 años (preferentemente padres, madres y hermanos que convivan en el domicilio familiar).

Crterios de exclusión

- Que la persona presente alguna limitación cognitiva que le impida la correcta expresión de opiniones.
- Padecer un trastorno mental grave.
- Ser profesional sanitario, debido a que las necesidades podrían no ser las mismas, por tener más conocimientos en el tema, mayor accesibilidad al sistema.
- Dificultad en el conocimiento y comprensión del idioma.
- Que sean conocidos entre los participantes, ya que podría influir negativamente en la expresión de sentimientos.

Proceso de captación

Periodo de captación para el estudio: Desde Julio del 2012 hasta Diciembre del 2012.

La fecha prevista para el comienzo del estudio será de un plazo máximo de 7 meses desde la captación del primer caso.

Durante la estancia del paciente en la unidad, se aprovechará para contactar con los familiares, facilitando así un primer acercamiento a ellos y proponerle la participación en el estudio, para lograr así un compromiso más eficaz a la hora de la realización del estudio.

A lo largo del ingreso, se valorarán los criterios de inclusión-exclusión de dichos familiares. Si se cumplen los criterios, el siguiente paso será informarles más detenidamente, ya cercanos al alta del paciente, del objetivo general de dicho estudio y las líneas de actuación a seguir. Tras comprobar que el familiar ha entendido toda la información y acepta la participación, se procederá a la firma del documento de consentimiento informado.

Se comunicará una fecha aproximada de realización del grupo (aunque dependerá del tiempo necesario para obtener al resto de componentes del grupo), acordando que también se les avisará por correspondencia, no debiendo exceder de un máximo de 7 meses desde la captación del primer participante y un mínimo de 1 mes. No obstante, una semana antes, se realizará una llamada telefónica a cada participante para confirmar asistencia.

Recogida de datos

La metodología de investigación cualitativa empleada serán grupos de discusión (grupos focales). Se trata de una discusión en grupo, que nos permite conocer un "abanico de opiniones" de un conjunto de personas con aspectos comunes. Su objetivo es obtener datos relacionados con las ideas, actitudes, comprensión y percepción sobre el tema de estudio, así como el vocabulario típico que usan al hablar de él y los patrones de pensamiento.

Cada grupo contará con un monitor o terapeuta y un experto en el tema como observador, que ofrezca su colaboración en el estudio. Serán dos enfermeras especialistas en Salud Mental. El lugar donde se desarrolle deberá ser un aula cómoda, accesible y neutro. Será un centro sociocultural de XXX.

La moderadora debe facilitar los procesos de grupo y asegurar que la discusión se centre en los temas de interés recogidos en los objetivos, creando un clima acogedor, sin emitir juicios de valor y teniendo conocimientos del tema a tratar. Para facilitar que los grupos se centren en los temas seleccionados, el entrevistador llevará un guión flexible para la sesión del grupo.

La enfermera observadora ayuda en el registro de datos (tiempo en que comenzó y terminó, número de participantes, dinámica de grupo y nivel de estrés, interrupciones o distracciones que ocurren durante la sesión, cosas que hacen que ríen o estén más reacios...), sugerir una nueva pregunta o tema y ayudar a resolver cualquier conflicto o discusión. Ambas enfermeras recibirán formación y entrenamiento previos al grupo de discusión.

La sesión quedará plasmada en una video cámara (previo consentimiento y siempre con total libertad para detener la grabación en momentos más delicados); para proceder más tarde a su transcripción y análisis. En caso de no lograr una adaptación natural a la videocámara se procederá a usar únicamente una grabadora digital.

El **desarrollo del grupo focal** estará constituido por: Apertura, Discusión y Cierre.

Apertura

Presentación de los participantes y bienvenida para lograr un clima de confianza. A continuación, se emitirá una serie de normas. Se resalta que el propósito de la discusión es recoger opiniones e ideas del grupo y que todas sus opiniones son igual de válidas y aceptables. Tendrá una duración aproximada de 15 minutos.

Discusión

El modo de trabajo será comenzar con preguntas abiertas y generales, realizando las preguntas más importantes cuando se observe un claro nivel de interés. Conforme avanza la sesión se irá realizando síntesis de todo lo conversado y se irán introduciendo nuevos temas; siempre manejando el clima emocional que se genere en el grupo para ir retornando las temáticas propuestas. Usaremos como incentivo el hacerles ver que la información que ellos nos transmiten es muy valiosa. Para la pregunta general se puede establecer que los participantes contesten en orden, pero debe animárseles a participar de forma espontánea a medida que se va entrando en las preguntas de transición, a las que se llega de forma natural.

Las preguntas clave son:

- ¿Qué sentimientos han experimentado tras un primer intento autolítico en sus familiares? ¿Han variado éstos con el tiempo?
- ¿Qué apoyo les gustaría haber recibido en esos momentos? ¿Se han sentido cubiertas sus necesidades? ¿Qué apoyo considera necesitar en estos momentos?
- ¿Qué información desearon recibir? ¿Qué conocimientos echaron en falta? Dudas que surgieron al respecto.
- ¿Qué mecanismos usaron para afrontar la situación?
- ¿Cuáles son sus necesidades en este momento? ¿En qué medida considera que han variado sus necesidades con el paso del tiempo?

Se iniciará una discusión durante un máximo de 15-20 minutos por tema, dependiendo de la dinámica y el interés demostrado por el tema a tratar.

Cierre

Para finalizar, se procederá a realizar una conclusión de lo más relevante tratado en la sesión y se agradecerá a los asistentes su presencia y su valiosa ayuda. El tiempo aproximado será de 10 minutos.

A modo de agradecimiento, se les ofrecerá durante el desarrollo del grupo, la posibilidad de tomar una bebida (refresco, café, infusión...); así como al finalizar, para dar por concluido el grupo y normalizar los estados emocionales. Se prevé mantener informados a los participantes de las conclusiones obtenidas en este estudio, como forma de contraprestación.

Diseño de los grupos

Se realizarán 3 grupos de 2 horas máximo de duración cada uno. Cada grupo se distanciará alrededor de 2 semanas del siguiente, con la finalidad de ir mejorando según el análisis de datos del grupo anterior y progresar en la medida de lo posible, para una eficaz y exhaustiva recogida de datos en el siguiente grupo.

Se considera que el número de participantes idóneo sería de 7 participantes; en previsión de posibles ausencias, se convocará a 9 participantes, de manera que aseguremos un número suficientemente diverso y representativo de familiares.

Para lograr la mayor homogeneidad entre los grupos, un primer grupo será de madres, otro de padres y un tercero de hermanos u otros familiares de segundo grado ya que las necesidades pueden variar entre ellos.

Se tendrá en cuenta a la hora de distribuir cada grupo, determinados factores como nivel económico, sociocultural y edad de los sujetos, con la finalidad de que sea más enriquecedor y se consiga así una mayor variedad de tipologías y situaciones.

Dado que interesa conocer cómo cambian y evolucionan las necesidades a lo largo del tiempo, se incluirán en el grupo familiares que hayan sido captados en diversos momentos, de manera que varíe el tiempo transcurrido desde el suceso, para así explorar adecuadamente los cambios de necesidades sentidas con el paso del tiempo (corto y medio plazo).

En el supuesto de familiares de 2º grado, se trabajará únicamente con un familiar de cada paciente.

ANÁLISIS DE DATOS

Durante el desarrollo del grupo (desde su apertura hasta el cierre), grabaremos y anotaremos todo lo sucedido. Posteriormente, se realizará una transcripción literal de todo el material recogido en el video junto con las anotaciones realizadas por el observador, respetando expresiones originales y atendiendo tanto a la información verbal como a la no verbal.

El método empleado para analizar los datos será un análisis del contenido cualitativo, no sólo circunscribiéndose a la aprehensión del contenido subjetivo individual manifestado por los participantes, sino aplicándolo también al contexto social y relacional en que sus percepciones y sentimientos se producen.

De acuerdo con esto, las transcripciones deben ser transformadas en información manejable para su análisis en profundidad, para lo que utilizaremos como unidades básicas de análisis los grupos y posteriormente los temas centrales planteados en los objetivos. Así, tras varias lecturas completas de la información recopilada, empleando técnicas de categorización y codificación de los contenidos podremos clasificarlos en sistemas con significado. Para facilitar la tarea de categorización y clasificación utilizaremos el programa informático NVIVO. En la última fase, se realizará un trabajo de construcción e interpretación en la línea de nuestros objetivos, articulando los fragmentos en cada unidad temática y dándole sentido a los resultados conseguidos en el proceso de categorización. Tanto el moderador como el observador realizarán un análisis independiente del contenido de los grupos, para posteriormente llegar a un consenso en su análisis.

En este estudio, los datos se irán tratando y analizando a medida que se van recogiendo, por si se obtuvieran más ideas para el siguiente grupo, modificando así las preguntas guía empleadas y así mejorar en la obtención de datos.

LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

Una primera limitación guarda relación con la experiencia y habilidad del moderador por requerir conocimiento y manejo en dinámica del grupo, conocimiento sobre la problemática, capacidad para mantener a los participantes atentos y concentrados, mantener el hilo central de la discusión, desde una posición neutra y cerciorarse que cada partici-

pante interaccione activamente. Esto es debido, a que existe la posibilidad de que no estén dispuestos a colaborar o que su participación no sea activamente en la sesión, por lo que la información quedaría reducida y disminuiría en relevancia los resultados obtenidos. Por ello, como se ha dicho, los investigadores recibirán formación y entrenamiento previamente, lo que ayudará a paliar de forma importante esta limitación.

Debemos tener en cuenta que puede existir cierta resistencia por parte de los participantes a ser grabados en vídeo. Sin embargo, es conocido que existe un proceso de adaptación de modo que la cámara puede tener una influencia temporal en el tipo de interacción que mantienen los participantes que son grabados, pero no afecta a la totalidad de los datos registrados. No obstante, se les ofertará un tiempo para familiarizarse previamente. En caso de no lograr una adaptación natural a la videocámara se procederá a usar únicamente una grabadora digital.

A pesar de que determinadas estadísticas incluyen a los grupos de edad entre 15-25 años, se considera oportuno no incluir en este estudio a los menores de edad (18 años), ya que habitualmente no suelen tener ingreso hospitalario debido a que suelen afrontarse con la contención familiar y las experiencias vividas por sus familiares podrían ser diferentes. Además, en el último estudio del INE, hace mención únicamente a adultos jóvenes.

Se considera importante destacar, que puesto que estamos ante una investigación cualitativa, los informes son representativos de aquellos a quienes se realiza el grupo focal, pero se intentará que sea lo más extrapolable posible a otros, por ejemplo, haciendo una selección amplia y diversa de participantes, teniendo en cuenta a la hora de distribuir cada grupo, determinados factores como nivel económico, sociocultural y edad de los sujetos, con la finalidad de que sea más enriquecedor y se consiga así una mayor variedad de tipologías y situaciones.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Previamente a la realización del grupo focal, se ofrecerá la información al respecto, siempre lo más detallada y adecuada posible. Seguidamente se procederá a la firma del documento de consentimiento informado, que siempre podrán revocar por escrito si lo desean. También se recabarán los permisos convenientes y pasará el Comité ético de investigación clínica (CEIC).

Los participantes serán informados desde el principio de los objetivos de la investigación y de la finalidad y el propósito del grupo en el que van a participar. Así mismo, se les informará de que la información será registrada mediante videocámara. Se informará también de la confidencialidad y anonimato con que se tratará la información, teniendo únicamente fines científicos y nunca divulgativos, así como la voluntariedad en la participación, de modo que el consentimiento informado no obliga a la participación ni impide que, en el momento de recogida de datos, los participantes puedan solicitar que se detenga la grabación si lo consideran oportuno, pudiendo emplear en este caso una grabadora de audio.

Dado que se va a trabajar en grupo, se debe advertir a los participantes de la importancia de mantener la confidencialidad de la información que aparezca en el desarrollo de los grupos.

CRONOGRAMA

- Petición de permisos y aceptación por el comité ético de investigación clínica. (Marzo-Junio 2012).
- Captación de los sujetos candidatos a participar en el estudio, a medida que ingresan en la unidad pacientes con las características definidas, así como información detallada y firma del documento de consentimiento informado. (Julio-Diciembre 2012).
- Realización del grupo de discusión: los grupos se convocarán en un periodo máximo de 7 meses y mínimo de 1 mes, tras la captación del primer participante. Se llevarán a cabo tres grupos diferentes y cada sesión tendrá una duración máxima de 2 horas y con un espacio de tiempo alrededor de 2 semanas entre cada grupo focal. Por tanto la duración será aproximadamente de un mes y medio (Enero-Febrero 2013).
- Análisis de la información por parte de los investigadores. La duración empleada será alrededor de 5 meses. Será desde Enero a mayo de 2013, ya que comenzará de forma simultánea a la realización del primer grupo.
- Elaboración de informes para transmitir resultados del estudio. Tendrá lugar en un periodo máximo de 2 meses (Junio-Julio 2013).

RECURSOS NECESARIOS

Materiales

- Espacio físico: Aula en un centro sociocultural de XXX donde se llevará a cabo cada grupo de discusión.
- Material fungible (Pañuelos de papel, folios, bolígrafos...)
- Ordenador con software (NVIVO).
- Sillas, mesa.
- Bebidas diversas.
- Grabadora de video digital y material correspondiente para transcripción.
- Posibilidad de compensar a los participantes gastos de desplazamiento.

Humanos

- Enfermera especialista en Salud Mental. (Modradora y organizadora).
- Enfermera especialista en Salud Mental (Colaboradora).

Ambas colaborarán en la recogida y análisis de datos.

JUSTIFICACIÓN

El suicidio se ha colocado como la primera causa de muerte no natural en España porque los fallecimientos en accidente de tráfico han caído un 20,7%. Así lo refleja la estadística de fallecimientos publicada recientemente por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Además, los grupos de enfermedades causantes de fallecimiento que más aumentaron respecto al año 2007 han sido los trastornos mentales y del comportamiento, que aumentaron en un 4.6 % y han causado la muerte de 12.879 personas.

La muerte por suicidio es posiblemente el epílogo más dramático de la existencia humana y los intentos previos son ya fuente de enorme malestar y preocupación para el entorno del paciente. Los estudios indican, que el suicidio es la causa de la muerte que genera mayor culpabilidad, hostilidad y estigmatización.

Es más dolorosa para la familia que otros tipos de muertes y con frecuencia más difícil de aceptar o reconocer. Debido al estigma social que rodea al suicidio, con frecuencia los sobrevivientes evitan hablar con otras personas, y esto puede aumentar su estrés. En el duelo suicida, a diferencia de los duelos de otro tipo de muertes, tras el período inicial de alteraciones, es típica una fase muy prolongada en que se plantea una búsqueda de respuesta al intento de suicidio.

Numerosos estudios hablan de factores de riesgo y su prevención, pero casi siempre enfocados al potencial suicida, con escasa evidencia científica acerca de la familia que a la vez es portadora de numerosas necesidades para afrontar la situación tras un intento de autolisis. Es por esto, que debemos reflexionar acerca de quién atiende las necesidades de esa familia y cuáles son sus necesidades para guiar nuestras líneas de actuación. Si no se crean evidencias sobre estas inquietudes nunca recibirán un trato integral y profesional como se merecen y supondrán un riesgo para la salud mental del conjunto de la familia, a la vez que dificultarán la recuperación del propio paciente.

Por tanto, partiendo de una buena valoración e identificación de necesidades se constituye el primer paso para diseñar programas de intervención, logrando así formular los diagnósticos de Enfermería prioritarios para el usuario y plantear las líneas de acción a seguir y encontrar el estado deseable frente al actual.

ANEXO I

CARTA DE CITACIÓN PARA EL ESTUDIO

Sr./Sra.

Me dirijo a usted para citarle en el centro Sociocultural de XXX, el próximo día a las para dar comienzo al estudio "Necesidades sentidas en los familiares de un primer intento de suicidio" del que ha sido previamente informado.

Se ruega en caso de no asistencia, comunicarlo lo antes posible al siguiente número de contacto

Atentamente,

En XXX, de de 2013.

Firma: Enfermera Especialista Salud Mental.

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO: "EXPLORACIÓN DE LAS NECESIDADES SENTIDAS POR FAMILIARES DE JÓVENES QUE HAN REALIZADO UN PRIMER INTENTO DE SUICIDIO"

El Sr./Sra. con DNI....., como del paciente....., declaro haber sido informado por, como enfermera especialista en Salud Mental y responsable del estudio, para participar en dicho estudio de investigación que se va a realizar próximamente, con el objetivo principal de determinar cuáles son las necesidades sentidas por los familiares de pacientes jóvenes que han tenido un primer intento de suicidio.

He sido informado de que el estudio se llevará a cabo mediante la participación en un grupo, formado por personas que han vivido experiencias similares. En el transcurso de la reunión, se hablará sobre temas relacionados con la experiencia vivida como familiar de este tipo de pacientes, cómo la hemos afrontado y cuáles han sido las necesidades sentidas. Todos los participantes en el grupo podrán expresar libremente sus opiniones, ya que todas ellas son valiosas para alcanzar los objetivos del estudio.

Acepto la grabación en video-cámara durante la sesión, aunque siempre con la posibilidad de detener la grabación si lo precisa la situación emocional y utilizar únicamente una grabadora de audio.

Toda la información obtenida de este estudio será anónima y siempre manteniendo la confidencialidad, pudiendo ser usada sólo a efectos científicos y nunca divulgativos. De igual manera, entiendo que debo mantener la absoluta confidencialidad de todos los temas tratados en el grupo.

Así mismo, acepto participar libre y voluntariamente en dicho estudio y declaro haber comprendido el objetivo, metodología y carácter voluntario del estudio; pudiendo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

En XXX a de de 2013.

Firma del participante. Firma del investigador.

Revocación del consentimiento informado por parte del participante

En XXX a de de 2012.

Firma del participante. Firma del investigador