

TREBALL FINAL DE GRAU

PROGRAMA DE PREVENCIÓ DE CONDUCTES SUÏCIDES EN ADOLESCENTS

Anna Bugatell Brosa
anna.bugatell@uvic.cat

TUTORA: Judit Pons Baños

Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar

Grau en Infermeria

UVIC-UCC

Vic, Maig de 2023

RESUM:

El suïcidi se situa en la quarta causa de mort entre els joves de 15 a 29 anys, l'intent i el suïcidi són manifestacions dramàtiques del fracàs de l'adolescent en enfrontar-se en el món. Situant-se no només com un problema social i de salut, és una qüestió moral que atempta contra la vida i la felicitat de les persones. L'objectiu d'aquest estudi, és comprendre les conductes suïcides des de l'experiència viscuda dels adolescents i dels seus pares, entendre la relació entre els factors estressants, les conductes suïcides i els mecanismes de resiliència. Integrant aquestes aportacions al disseny d'un nou programa d'intervenció des d'infermeria per a la prevenció de conductes suïcides en adolescents. Utilitzarem metodologia qualitativa, l'atenció centrada en la persona, el mètode biogràfic narratiu d'històries de vida, focus grup, obtenint la informació mitjançant entrevistes en profunditat i grups de discussió. Aquest estudi es realitzarà en el Consorci Hospitalari de Vic, on participaran de 8 a 10 persones entre adolescents i els seus pares. Les limitacions sorgeixen de la naturalesa de l'exactitud de la informació procedent dels records sent subjecte a pèrdua de memòria, records selectius, esdeveniments silenciats relats amb arrels imaginàries.

Paraules Clau: *Suïcidi, conducta suïcida, adolescents, atenció centrada en la persona, infermeria de salut mental.*

Summary:

Suicide ranks as the fourth leading cause of death among young people aged 15 to 29. Suicide and suicide attempts are dramatic manifestations of adolescent's failure in facing the world. It is not only a social and health problem but also a moral issue that threatens the lives and happiness of individuals. The goal of this study is to understand suicidal behaviors from the lived experience of adolescents and their parents, to understand the relationship between stressors, suicidal behaviors and mechanisms of resilience. By integrating these contributions into the design of a new nursing intervention program for the prevention of suicidal behaviors in adolescents, we will use qualitative methodology, person-centered care, the biographical narrative method of life stories, focus groups and information through in-depth interviews and group discussions. This study will be carried out at the Hospital Consortium of Vic with the participation of 8 to 10 individuals, including adolescents and their parents. Limitations arise from the nature of the accuracy of information derived from memories, which are subject to memory loss, selective memories and silenced events with imaginary roots.

Keywords: *Suicide, suicidal behavior, adolescents, person-centered care, mental health nursing.*

ÍNDEX:

| | |
|---|-----------|
| I. MARC TEÒRIC | 7 |
| 1. Adolescència i salut mental | 8 |
| 2. Conducta suïcida | 9 |
| 2.1 Conductes autolesives, l'automutilació i autoagressions | 11 |
| 3. El suïcidi a l'adolescència | 12 |
| 3.1 Suïcidi a Espanya | 12 |
| 3.2 Suïcidi a Catalunya | 13 |
| 4. Factors de risc associats a la conducta suïcida a l'adolescència | 13 |
| 4.1 Factors protectors | 15 |
| 5. Estratègies de prevenció de conductes suïcides | 16 |
| II. JUSTIFICACIÓ | 21 |
| III. OBJECTIUS | 24 |
| IV. METODOLOGIA | 26 |
| 1. Àmbit d'estudi | 27 |
| 2. Disseny | 27 |
| 3. Població i la mostra | 27 |
| 4. Criteris d'inclusió i exclusió | 28 |
| 5. La intervenció que es vol realitzar | 29 |
| 6. Variables i els mètodes de mesura | 30 |
| 7. Anàlisis dels registres | 32 |
| 8. Limitacions de l'estudi | 32 |
| 9. Aspectes ètics | 32 |
| V. UTILITAT PRÀCTICA DELS RESULTATS | 34 |
| VI. BIBLIOGRAFIA | 36 |
| VII. ANNEXES | 47 |
| VIII. AGRAÏMENTS | 57 |
| IX. NOTA FINAL DE L'AUTOR | 59 |

ÍNDIX DE TAULES

| | |
|---|----|
| Taula 1: Estadística de defunció segons la causa de mort, edat, sexe a Espanya | 12 |
| Taula 2: Estadística de defunció segons la causa de mort, edat, sexe a Catalunya | 13 |
| Taula 5: Nomenclatura per les conductes relacionades amb el suïcidi | 15 |

“El suïcidi, lluny de negar la voluntat, l’afirma enèrgicament. Doncs la negació no consisteix en avorrir el dolor, sinó els plaers de la vida. El suïcida estima la vida; l’únic que passa és que no accepta les condicions en que se li ofereix.”

Arthur Schopenhauer

I. MARC TEÒRIC

1. Adolescència i salut mental

L'Organització mundial de la salut (OMS) diferencia l'adolescència entre els 10 als 19 anys i joventut entre els 19 i els 25 anys. Aquest és un període de transformació passant de la infància a l'edat adulta, on s'experimenten canvis físics, psicològics, emocionals, socials i es descobreix la pròpia sexualitat, moment el qual el cervell en maduració és altament susceptible a les influències ambientals (Espinoza, et al. 2022). És una etapa de la vida que es caracteritza per la vulnerabilitat, el procés evolutiu d'enfrontar els canvis físics, emocionals i relacionals per la formació de la seva identitat i decidir el seu projecte de vida (Huaquín, et al. 1998).

L'adolescent necessita ser reconegut i valorat en la seva singularitat i autonomia, sentir-se capaç d'assumir uns drets i deures per prendre les seves pròpies decisions. En aquest diàleg amb ell mateix i el món que l'envolta, se sent un estrany, pel que busca la solitud, però, a la vegada, necessita atenció i afecte, reconeixement per part del grup i dels adults, expressar les seves pròpies opinions sobre la realitat de manera que siguin tingudes en compte. És un procés de transició en el que va sortint de la infància cap a la vida adulta, produint en l'adolescent una sensació d'incomoditat i inestabilitat, que si compta amb el suport necessari afrontarà les dificultats com aprenentatges per la maduresa (Monteagudo, et al. 2022).

Algunes característiques pròpies de la personalitat adolescent poden convertir-se en factors de risc de comportament suïcida com són: la manca de tolerància a la frustració, un elevat nivell de perfeccionisme, excés d'autocrítica i autoexigència, rigidesa mental, baixa autoestima, la susceptibilitat o la precària percepció dels afectes (Monteagudo, et al. 2022). En aquesta etapa els joves estan exposats a riscos i problemes de salut com les addiccions, embarassos no planificats, violacions, accidents, dificultats familiars, trastorns psicològics i socials, circumstàncies que si l'adolescent no disposa dels recursos suficients per afrontar, és vulnerable a patir trastorns mentals (Güemes-Hidalgo, et al. 2017). Si en aquesta etapa s'experimenta una autoestima baixa pot comportar que l'adolescent pugui tenir dificultat d'adaptació amb la societat (Espinoza et al. 2022).

Les decisions d'aquesta etapa són un punt d'inflexió en la resta de la vida d'una persona. La gestió emocional i aprendre a solucionar conflictes externs o interns són factors clau per garantir una bona salut mental. Els adolescents exposats a situacions de pobresa, traumes, famílies inestables o casos d'assetjament tenen altes possibilitats de patir una malaltia mental (Castro, 2022).

El suport social és un efecte protector per la salut mental, tenir aquest suport millora i ajuda a sostenir l'ansietat que puguin sentir els adolescents davant situacions estressants. S'ha observat que les persones que presenten un baix suport social són més propenses a presentar símptomes de depressió o ansietat quan les persones es troben en un context d'estrès. La salut mental dels adolescents que presenten un bon suport social s'incrementa favorablement (Qi et al. 2020).

La salut mental en l'adolescència representa un problema de salut pública a escala mundial, prop del 20% presenta diverses afectacions en matèria de salut mental (Olivari et al. 2019). És un grup d'edat exposat a major vulnerabilitat a problemes de salut mental (Shah et al. 2020). Això és a causa del fet que la meitat dels trastorns mentals tenen inici els 14 anys o fins i tot abans. És un greu error no abordar els trastorns mentals que es presenten en aquesta etapa, ja que aquests poden allargar-se fins a la vida adulta (OMS, 2020).

L'adolescència és una etapa crucial per al benestar mental en el desenvolupament i manteniment d'hàbits emocionals i socials. Alguns dels hàbits que es desenvolupen en aquests períodes són: fer front a circumstàncies adverses i resoldre problemes; aprendre a gestionar les seves pròpies emocions, desenvolupar una rutina del son saludable, participar regularment d'activitats físiques i desenvolupar habilitats per mantenir relacions interpersonals. És imprescindible pel seu correcte desenvolupament créixer en un entorn positiu en l'escola, família i en comunitat (UNICEF, 2020).

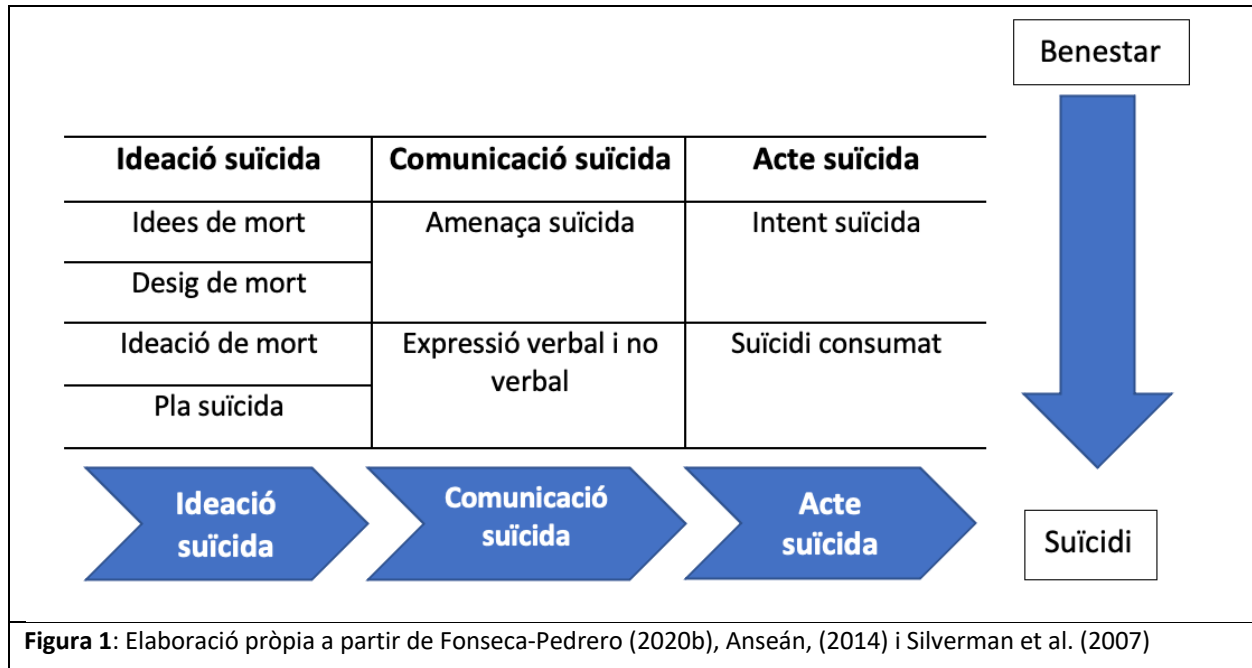
2. Conducta suïcida

En l'adolescència la conducta suïcida hauria de ser considerada com un continu que s'origina en la ideació, les autoagressions, l'amenaça, les possibles temptatives i que pot finalitzar en el suïcidi (Pedreira-Massa 2019).

La conducta suïcida és un fenomen complex, multidimensional i multicausal, per poder delimitar-lo, avaluar, tractar i prevenir, requereix un enfocament holístic centrat en la persona, que inclogui les variables biològiques, psicològiques i socials. La conducta suïcida és un concepte polièdric que no només es refereix al suïcidi consumant, sinó que també a la ideació i comunicació suïcida (Fonseca-Pedrero, et al. 2020a).

L'OMS defineix la conducta suïcida com una gamma de conductes que inclou pensar en el suïcidi, plantejar el suïcidi, intent de suïcidi i el suïcidi en si mateix (WHO, 2014). La conducta suïcida té diferents manifestacions, les quals oscil·len en un gradient de gravetat que va des de la ideació fins al suïcidi. Ens hem de plantejar la

conducta suïcida des d'un punt de vista dimensional que es troba acotada per dos pols, benestar – suïcidi (Anseán, 2014; Robinson et al. 2016). A mesura que disminueix la sensació de benestar, augmenta la intensitat, freqüència i malestar, més elevat és el risc de suïcidi. (Fonseca-Pedrero, 2020b); tal com podem veure a la Figura 1.



Utilitzem el terme general de conducta suïcida per referir-nos a pensaments i comportaments relacionats amb l'acte de llevar-se la vida de manera deliberada (Fonseca-Pedrero, 2020b; Silverman et al. 2007).

L'OMS configura el concepte de conducta suïcida en l'adolescència a cinc apartats:

- Suïcidi
- Temptativa o intent de suïcidi
- Amenaça de suïcidi
- Ideació suïcida
- Conductes autolesives sense intenció suïcida.

Suïcidi

El suïcidi és l'acte d'un individu que posa fi intencionadament a la seva pròpia vida. L'OMS ho defineix de forma elemental: "L'acte de llevar-se la vida deliberadament" inclou qualsevol acte autoinfligit per l'adolescent i que dona com a resultat la seva pròpia mort (Pedreira-Massa 2019).

Temptativa o intent de suïcidi

És tot acte realitzat per l'adolescent que, sense obtenir com a resultat la mort, és realitzant de manera deliberada contra ell mateix, incloent en aquesta definició la voluntarietat de l'acte (Fonseca-Pedrero, 2020b).

Comunicació suïcida

Qualsevol acte interpersonal d'impartir, transmetre pensaments, desitjos, intencions per a la qual hi ha proves (siguin explícites o implícites) que l'acte de la comunicació no és en si mateix un comportament autoinfligit o autolesionat. Incloem en aquesta categoria aquelles comunicacions verbals i no verbals que poden tenir intencions suïcides, però que no tenen resultats perjudicials (Silveman et al. 2007).

Pla suïcida

És un mètode proposat per dur a terme un disseny que conduirà a un resultat potencialment autolesiu; una fórmula sistemàtica d'un programa d'acció que té el potencial per donar com a resultat autolesions (Turecki et al. 2016).

Ideació suïcida

És un ampli concepte que inclou tant els pensaments inespecífics concrets sobre la manca o absència de valor de la vida, fins a pensaments concrets sobre la consumació d'un suïcidi (Pedreira-Massa, 2019). Poden estar actiu, amb un clar pla per al suïcidi, o passiu, amb pensaments sobre voler morir (Turecki et al. 2016).

2.1 Conductes autolesives, l'automutilació i autoagressions

Les conductes autolesives són conductes en el que la persona es provoca dolor físic, però sense intenció de suïcidar-se. Poden presentar-se de diferents formes, són recursos psicològics que la persona realitza per poder afrontar situacions estressants, buscant de manera inconscient un alleujament, descans al

patiment psicològic. Una resposta deficient d'afrontament per obtenir un temps lliure o per restablir un desequilibri entre estressors i recursos personals (Pedreira-Massa, 2019), tot i que hi ha la possibilitat que acabi produint-se un suïcidi.

Aquestes conductes cada vegada es presenten amb més freqüència en les escoles i grups d'adolescents, convertint-se en un problema de salut pública, posant de manifest la necessitat d'accions de promoció de la salut mental en adolescents (García et al. 2022).

3. El suïcidi a l'adolescència

L'anàlisi realitzat per UNICEF a partir dels càlculs de l'OMS, estima a escala mundial que 46.000 nens i adolescents d'entre 10 i 19 anys se suïciden cada any, aproximadament 1 cada 11 minuts (Hyman, 2021) segons l'OMS el 2021 el suïcidi se situa en la quarta causa de mort entre els joves de 15 a 29 anys.

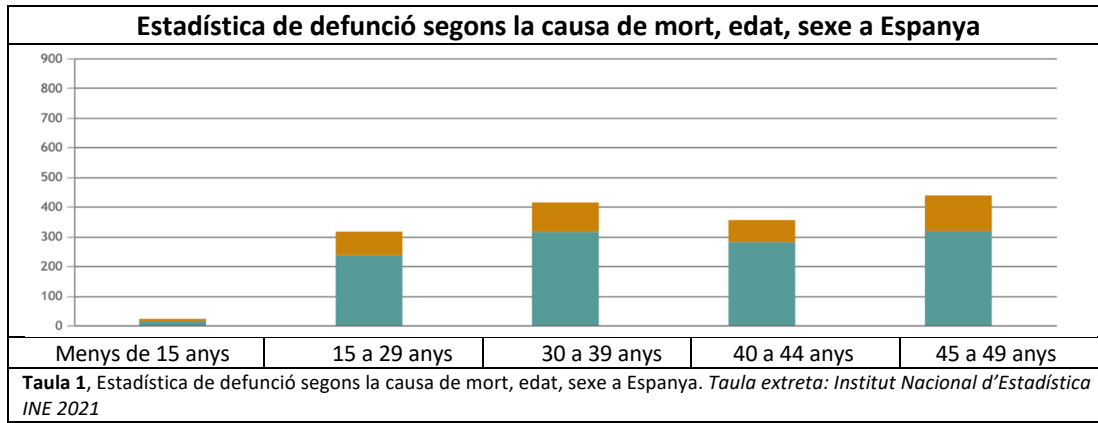
El suïcidi en adolescents no només és un problema social i de salut, és un problema moral que atempta contra la vida, la felicitat de les persones, el repte de la formació de la identitat personal, els estils de vida que es construeixen conforme al model cultural present en la nostra societat. La problemàtica del suïcidi en adolescents ens porta a parlar d'un model de societat on la pèrdua de valors, els conflictes, la manca d'equitat, la competitivitat i la debilitat dels vincles afectius provoquen un ambient que dificulta el desenvolupament de qualsevol projecte de vida (Monteagudo, et al. 2022). L'impacte del model social en una població més vulnerable i amb menys recursos per fer front a situacions d'alt impacte emocional, posiciona el suïcidi com a una sortida extrema d'una situació vital angoixant. (Navarro-Gómez, 2017).

El suïcidi i l'intent de suïcidi són manifestacions dramàtiques del fracàs de l'adolescent en enfrontar-se aquest nou món, forma part de l'adolescència, preguntar-se sobre el sentit de la vida. La mort, per tant, és una cosa que ocupa el pensament dels adolescents, però no tots pensen a morir ni en suïcidar-se. Aquí és on incideixen els factors individuals i socials, factors que s'han d'interpretar com a termes facilitadors però no determinants (Ollé, 2008).

3.1 Suïcidi a Espanya

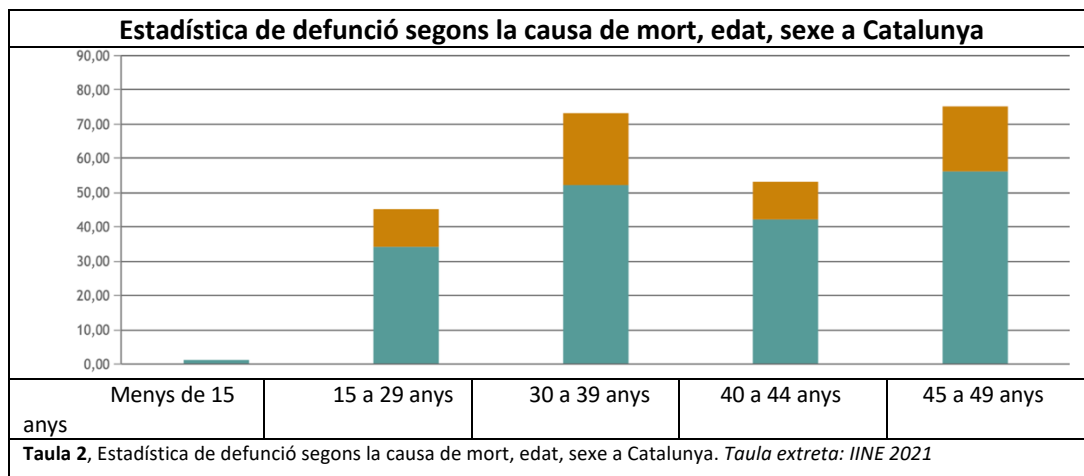
A Espanya el suïcidi se situa com la tercera causa de mort del grup d'entre els 15 els 29 anys, superat només per les causes externes de mortalitat i els tumors. Segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística en el 2021 van morir per suïcidi 14 homes i 8 dones menors de 15 anys, 237 homes i 79

dones de 15 a 29 anys, com podem veure l'estadística de defunció segons la causa de mort, edat, sexe a Espanya en la **Taula 1**.



3.2 Suïcidi a Catalunya

Segons l'Institut Nacional d'Estadística en el 2021 a Catalunya es van registrar la mort d'un home menor de 15 anys i 34 homes i 11 dones d'entre 15 a 29 anys, com podem veure en la **Taula 2**.



4. Factors de risc associats a la conducta suïcida a l'adolescència

L'exposició en l'adolescència a factors familiar, culturals, socials, econòmics i entorns complexos, pot tenir efectes adversos en el seu desenvolupament cognitiu, social i emocional. És un període de ràpid desenvolupament durant el qual el cervell en maduració és altament susceptible a les influències

ambientals (Balvin et al. 2017), Els factors de risc que contribueixen a la conducta suïcida en els joves inclouen: intents de suïcidi previs, antecedents: genètics, suïcidi de familiars i trastorns mentals, consum d'alcohol i drogues, conductes autodestructives i patir trastorn mental (Menon et al. 2022).

L'adolescència s'identifica com una etapa perillosa per naturalesa, són vulnerables a problemes de salut mental i s'han recollit taxes de suïcidi. En aquesta etapa es produeixen canvis neuropsicològics que poden provocar percepcions errònies en la presa de decisions importants afectant la seva trajectòria vital.

Els joves s'enfronten repetidament a reptes que els han suposat grans expectatives de rendiment, generant un estrès elevat que pot conduir a una sensació d'inseguretat que els poden fer sentir indefensos i sentir manca de control sobre les seves vides (Patton et al. 2016). Afrontant aquests reptes com a part de la seva experiència diària, que gestionin aquestes emocions amb èxit, dependrà dels recursos i del suport essencials com: una vida estable, amistats íntimes, un marc estructural i recursos econòmics (Menon. et al. 2022).

El paper de la família en la conducta suïcida és molt rellevant, la comunicació dins la unitat posa de manifest els problemes, és un factor que pot provocar conductes de risc, com antecedents de violència dins de la família. Factors com són el divorci dels pares, problemes econòmics, socioeconòmics o família monoparental (Bondy, 2006). La situació laboral dels pares: l'atur, autònom o treball hores ocasionals, les ideologies polítiques, els baixos resultats acadèmics, l'escola, els companys (Kim et al. 2019).

Problemes de vida i de comportament: fracàs escolar, problemes de relació familiar, abús sexual infantil, violència familiar, problemes de personalitat, baixa autoestima i relacions pobres entre iguals (O'Connor et al., 2012)

Els factors de risc es podrien resumir:

Factors familiars: L'història familiar de salut mental, les interaccions familiars pobres, les disputes, estils de criança autoritaris i negativisme com estils massa permissius comporten una alteració dels vincles emocionals de la família. Les dificultats econòmiques, ruptures, violència, antecedents de conducta suïcida, són situacions acompanyants de conducta suïcida (Ati et al. 2021).

Factors personals: La prevalença de trastorns psiquiàtrics, conductes autolesionats, la voluntat suïcida expressada, accés a mètodes d'autolesions o suïcidis, manca de suport social, els trastorns afectius sobretot la depressió major, els trastorns d'ansietat i els trastorns de la conducta són els que més risc tenen de portar a terme la conducta suïcida en determinades condicions, l'abús d'alcohol i l'ús de drogues és un factor de risc pel comportament suïcida en adolescents, (Hawton et al. 2012). La impulsivitat, l'ansietat subjacent que arriba a pics bruscos, la baixa tolerància a la frustració, patrons d'afrontament poc saludables, com a estratègies centrats en les emocions i l'evitació, la manca d'habilitats per resoldre problemes, trets de personalitat com l'afectivitat negativa, perfeccionisme, anhedonia (pèrdua de plaer), vergonya externa (abdolhai), les distorsions cognitives sobretot pel reconeixement afectiu i sentiments d'inseguretat i manca de control sobre les seves vides, condueixen a una tendència més manifesta a realitzar conductes autolítiques, davant situacions de tensió o determinats factors desencadenants (Rey et al. 2020).

Factors socials: La presència de factors estressants de manera més o menys continuada, que origina estrès crònic, viure en ambients familiars violents, l'entorn escolar, el fracàs escolar o un baix rendiment escolar, les dificultats d'adaptació, crisis, assetjament escolar o cibernètic, la relació del context escolar és un factor desencadenant de la conducta suïcida (Ati et al. 2021).

Un estil de vida pobre impacte negativament en la qualitat de vida dels adolescents. Una mala qualitat de vida, la medicalització amb fàrmacs estimulants i antidepressius; un augment del temps d'oci sedentari, l'alteració del patró de son i descans, com la manca de son o la durada dels períodes curs com llars, l'insomni, els somnis d'angoixa nocturna, la inestabilitat emocional dels somnis i l'estat d'ànim diürn afectat pels somnis i els comporta un empitjorament de la salut mental dels adolescents (Vancampfort et al., 2019).

4.1 Factors protectors:

Els factors protectors són les característiques individuals, familiars, grupals o comunitàries que afavoreixen el desenvolupament humà, el manteniment o la recuperació de la salut; poden contrarestar els possibles efectes dels factors de risc, disminuir les conductes de risc, per tant, reduir la vulnerabilitat (Donas 2001).

- Família contenidora, bona comunicació interpersonal

- Característiques personals: trets de personalitat com la tranquil·litat, la gratitud i l'autoestima
- Projecte de vida elaborat, exigències d'assoliment d'objectius realistes
- Locus de control intern ben establert
- Sentit de la vida
- Estar integrat en un sistema educacional formal
- Resiliència
- Estils de vida saludables: no tenir hàbits tòxics com fumar o consumir begudes alcohòliques

5. Estratègies de prevenció de conductes suïcides

L'adolescència és un moment de gran potencial per a la promoció de la salut i les intervencions preventives, incidint en la salut i els resultats del desenvolupament, potenciem positivament la vida dels joves (Bailey et al. 2017). L'abordatge preventiu ha de fer-se des del marc de les accions que compleixin amb els requisits fonamentals: l'objectiu ha de ser el desenvolupament humà en els adolescents i s'ha de dur a terme en una àmplia participació de pares i professors (Donas, 2001).

El desenvolupament de programes i intervencions de prevenció del suïcidi ha de ser adaptat culturalment i eficaços. La previsió d'intervenció en salut mental, la promoció de mesures tant preventives com d'intervenció, la psicoeducació, les campanyes de conscienciació a través de la cobertura mediàtica, juntament amb l'impacte de la cobertura mediàtica negativa i l'accés reduït a les fonts utilitzades per al suïcidi i millors recursos per als adolescents en risc proporcionarà una ajuda permanent en matèria de prevenció i intervenció (Ati et al. 2021).

La guia *Helping Adolescents Thrive (HAT)* és una iniciativa conjunta OMS-UNICEF per enfortir la programació i les respostes polítiques per als adolescents, promoure una salut mental positiva, prevenir les condicions de salut mental, l'autolesió i altres comportaments de risc. El conjunt d'eines HAT es basa en el model ecològic social, destacant la importància d'abordar els factors de risc a nivell individual, familiar, comunitari i social per promoure i protegir la salut mental dels adolescents, amb la deguda atenció als contextos socioculturals i als sistemes d'atenció. El conjunt d'eines descriu els principis bàsics que haurien de guiar els esforços de programació, inclosa la garantia que les respostes siguin equitatives i inclusives, sensibles al gènere, adequades per al desenvolupament i guiades per les capacitats evolutives dels adolescents, que involucrin activament tant als adolescents com als seus pares/cuidadors en la planificació, disseny, implementació i avaluació de la programació, i no només com a beneficiaris.

És fonamental planificar la implementació a gran escala des de la fase de planificació per al desplegament de les estratègies HAT (WHO, & UNICEF 2020).

El conjunt d'eines HAT descriu quatre estratègies interconnectades i dos enfocaments d'implementació.

Les estratègies són:

1. Polítiques per millorar els resultats de la salut mental

La implementació i el compliment de polítiques i lleis per millorar els resultats de la salut mental dels adolescents, adoptant un enfocament que inclogui el govern i de tota la societat.

2. Entorns segurs

Entorns per promoure i protegir la salut mental dels adolescents se centra en accions per millorar la qualitat dels entorns a les escoles, comunitats i espais digitals. Aquesta estratègia pretén millorar els entorns físics i socials dels adolescents, com intervencions climàtiques escolars, espais segurs per a adolescents a les comunitats i formació del professorat.

3. El suport al cuidador

Intervencions per desenvolupar els coneixements i les habilitats dels cuidadors per promoure la salut mental dels adolescents; reforçar els cuidadors i les relacions dels adolescents; donant suport a la salut mental i el benestar dels mateixos cuidadors.

4. Les intervencions psicosocials

En els adolescents ens centrem en intervencions psicosocials basades en l'evidència per a la promoció universal, dirigida i indicada a la prevenció de la salut mental.

Els dos enfocaments d'implementació són:

Col·laboració multisectorial: Col·laboració entre múltiples sectors i parts interessades (públic, privat i societat civil) a nivell nacional i local per donar suport al desenvolupament i implementació de programes preventius i promocionals de salut mental per a adolescents.

Seguiment i avaluació: Un sistema de seguiment i avaluació que pugui proporcionar als responsables polítics i als gestors de programes informació crítica sobre si els programes i les polítiques s'estan implementant com es pretén i tenen l'impacte previst.

Els programes dissenyats per a adolescents haurien de reconèixer que la capacitat dels adolescents per comprendre els temes que afecten la seva vida canviarà amb l'edat i la maduresa. Per tant, els programes haurien de promoure l'autonomia i oferir oportunitats d'autodeterminació que els permeti

assumir la responsabilitat de les decisions que afectin les seves vides, d'acord amb l'evolució de la capacitat. Els programes han de promoure un equilibri entre la protecció i autonomia que sigui en el millor interès de l'adolescent. Els programes també s'han de lliurar a través de plataformes més accessibles per als adolescents (WHO, & UNICEF 2020).

Principals intervencions eficaces per prevenir el suïcidi

- Limitar l'accés a mitjans de suïcidi
- Interactuar amb els mitjans de comunicació perquè informin de manera responsable sobre el suïcidi
- Fomentar les habilitats socio-emocionals per la vida dels adolescents.
- Identificar, avaluar, gestionar i fer un seguiment prematur de qualsevol persona afectada per afectada per comportaments suïcides.

Limitar l'accés a mitjans de suïcidi: Restringir l'accessibilitat als mitjans altament perillosos proporciona temps a les persones que passen per esdeveniments estressants a superar la crisi aguda abans d'emprendre una acció mortal.

Interactuar amb els mitjans de comunicació perquè informin de manera responsable sobre el suïcidi: Treballar conjuntament amb mitjans de comunicació i xarxes socials per tal de monitoritzar la informació sobre el suïcidi, per augmentar la sensibilització i oferir informació de qualitat i millorar els protocols d'identificació de continguts perjudicials.

Fomentar les habilitats socioemocionals en els adolescents: L'adolescència és un període crític per adquirir aptituds socioemocionals i una etapa de risc per l'aparició de trastorns mentals. L'objectiu principal de la guia *Helping adolescents thrive HAT* de l'OMS destinades a ajudar a prosperar els adolescents. Les directrius HAT recomanen:

- Programes amb un enfocament positiu de la salut mental
- Formació del personal educatiu, les iniciatives per vetllar per un entorn escolar segur (com els programes contra assetjament escolar)
- Els vincles amb els serveis de suport
- Una política i uns protocols clars pel personal quan detecti el risc de suïcidi
- Sensibilització dels pares sobre la salut mental i els efectes de risc

- Reforçar el personal educatiu, en què parlar del suïcidi amb joves no augmentarà el risc de suïcidi, es busca crear el vincle per tal que els adolescents puguin tenir la confiança per demanar ajuda quan ho necessitin.
- Garantir el benestar emocional
- Actuar per detectar a temps, avaluar, gestionar i realitzar el seguiment de qualsevol persona afectada per comportaments suïcides.

Suport a la promoció d'entorns familiars afavorits:

Els cuidadors juguen un paper fonamental per ajudar a garantir que els adolescents se sentin estimats, escoltats, valorats i recolzats en la presa de decisions, i que experimentin un sentiment de pertinença i acceptació dins de la família. Les intervencions que promouen una major implicació dels cuidadors en la cria dels pares, l'augment del temps dedicat a activitats conjuntes agradables i que promouen estratègies per proporcionar estructura, límits, supervisió i seguiment de maneres adequades a l'etapa de desenvolupament de l'adolescent poden influir positivament en els resultats de salut mental de l'adolescent (Janiri et al. 2020).

Habilitats per enfortir la comunicació i la relació cuidador-adolescent:

Les intervencions que milloren les habilitats de comunicació del cuidador i les habilitats de comunicació adolescent-cuidador milloren la relació cuidador-adolescent, així com influeixen positivament en els resultats de salut mental dels adolescents, inclosa la millora de l'autoestima (Prakash Prakash, et al. 2017) millor funcionament social (Pilgrim, et al. 2012) i menys problemes de salut mental. Quan la relació cuidador-adolescent funciona amb calidesa i afecte demostrats, la salut mental de l'adolescent i els resultats del cuidador milloren (Cluver et al. 2018).

Habilitats per enfortir les habilitats parentals positives i protegir els adolescents de l'exposició a la violència, inclosa la dura disciplina:

L'ús d'estratègies positives de cria parental: millorar les habilitats per establir límits i normes, promoure elogis i reforços positius i reduir els càstigs durs. Aquestes habilitats contribueixen a millorar l'autoeficàcia, el benestar positiu i reduir les conductes de risc en els adolescents, contribuint a reduir l'exposició a la violència i l'abús (McCoy et al. 2020).

Coneixement per augmentar la comprensió dels cuidadors de salut mental i desenvolupament de l'adolescent:

Quan els cuidadors entenen millor el desenvolupament de l'adolescent, inclosos els canvis psicològics, socials i físics (inclosos els sexuals) que es produeixen durant l'adolescència, són capaços d'ajudar el seu adolescent a afrontar els canvis i tenint estratègies per donar suport a la seva salut mental (Cluver et al. 2018).

Habilitats per promoure la salut mental i el benestar dels cuidadors:

Les intervencions per reduir l'estrès del cuidador i donar suport al benestar mental del cuidador potencien positivament en la salut mental dels adolescents (Barlow et al. 2013).

Suport a les xarxes socials familiars:

La promoció del suport social i la connexió amb la comunitat emergeix com un element important dels programes de suport als cuidadors, amb beneficis per a la salut mental dels cuidadors, les habilitats per a la cura i el benestar mental dels adolescents (Ruiz-Casares et al. 2017)

II. JUSTIFICACIÓ

Cada any, més de 700 000 persones perden la vida pel suïcidi. Reduir la taxa mundial de mortalitat per suïcidi en un terç per al 2030 és tant un indicador com una meta (l'única en matèria de salut mental) en els Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS) de les Nacions Unides i en el Pla d'Acció Integral sobre Salut Mental 2013-2030 de l'OMS. El 13è Programa General de Treball 2019-2023 de l'OMS inclou aquest mateix indicador amb una disminució del 15% per a 2023.

En el 2021 el suïcidi se situa en la quarta causa de mort entre els joves de 15 a 19 anys. La conducta suïcida és un fenomen complex, multidimensional i multicausal, per poder delimitar-lo, avaluar, tractar i prevenir, requereix un enfocament holístic centrat en la persona, que inclogui les variables biològiques, psicològiques i socials. La conducta suïcida és un concepte polièdric que no només es refereix al suïcidi, sinó que també a la ideació i comunicació suïcida (Fonseca-Pedrero, et al 2020a).

En aquest context el paper d'infermeria és indispensable per tenir cura de la salut de les persones. L'art de tenir cura ha de guiar les nostres intervencions, aportant i millorant la qualitat de vida de les persones que atenem. Per poder promocionar la salut hem d'entendre i conèixer la situació des de la perspectiva dels adolescents i les seves famílies. Aquest coneixement en permetrà realitzar intervencions centrades a les persones, conèixer i comprendre la seva realitat, respectant la seva dignitat, permetre que la persona i la família expliquin la seva experiència i com ha sigut el seu procés, que els va portar fins aquella situació i com ho van gestionar i els va permetre continuar endavant. Donant l'oportunitat de compartir la seva vivència amb altres persones que han passat per una situació semblant, facilitant la creació de vincles entre les famílies i els professionals, permetent conèixer i retornant-los la veu en el seu procés de salut. D'acord amb els principis establerts i amb el reconeixement que es fa dels drets de les persones, cal que l'assistència es doni amb humanitat, amb compassió humanitzar el tracte. La comunicació terapèutica un dels pilars imprescindibles per la professió, convertint la relació infermera-pacient en el centre de les cures infermeres tal com diuen Leddy & Pepper (1989) "En realitat, tota l'existència i l'estat de salut dels éssers humans depèn de la comunicació, ja que és impossible separar l'element afectiu de la vida del component biològic" i entenent la comunicació com un intercanvi proactiu, on la infermera adopta un rol important pren la iniciativa, implicant-se en cada intervenció i guiant la comunicació cap a una relació terapèutica Carkhuff (2008). El vincle terapèutic és un factor per l'èxit del procés en l'àmbit psicoterapèutic.

Remarcant la funció d'infermeria com agent de salut, incidint en la seva pràctica en la promoció dels estils de vida saludables, en aspectes d'autocura, autoconcepte, qualitat de vida i desenvolupament. L'objectiu

d'infermeria en aquest context és protegir i promoure la salut mental dels adolescents, prenent mesures rutinàries per implementar, controlar estratègies basades en l'evidència i basades en drets humans per millorar la salut mental, prevenir i reduir les condicions de salut mental i consum de substàncies en els adolescents per tal de millorar el benestar al llarg de la vida. Aconseguint realitzar una pràctica de qualitat des del punt de vista de l'usuari, promoció de la salut, satisfacció, assoliment de les seves expectatives, informació, equitat, capacitat de decidir, accessibilitat, respectant els seus valors culturals i estils de vida, reforçant les aliances entre la persona i el professional.

III. OBJECTIUS

Objectius generals

Dissenyar un programa de prevenció de conductes suïcides en adolescents, centrat en la persona, a partir de les experiències d'adolescents que han realitzat conductes suïcides i l'experiència dels seus pares.

Objectius específics

- Entendre les conductes suïcides des de la perspectiva dels adolescents que les han presentat
- Aprofundir en l'experiència del procés dels pares dels adolescents que han presentat conducta suïcida
- Identificar i comprendre els mecanismes de resiliència que han ajudat els adolescents que han presentat conductes suïcides a continuar endavant amb les seves vides
- Diferenciar els factors estressants que presenten els adolescents
- Promoure conductes adaptatives
- Comprendre la relació entre els determinants, aspectes ambientals i el desenvolupament de conductes suïcides

IV. METODOLOGIA

1. Àmbit d'estudi:

La investigació per aquest estudi recollirà i analitzarà la vivència de la població adolescent que han realitzat conductes suïcides i l'experiència dels seus pares, de la comarca d'Osona.

2. Disseny

Per dissenyar un programa de prevenció de conductes suïcides en adolescents, a partir de l'atenció centrada en la persona, recollirem i analitzarem conjuntament l'experiència dels adolescents que han dut a terme conductes suïcides i la dels seus pares. Per entendre la relació entre els factors estressants, les conductes adaptatives i els mecanismes de resiliència; Comprendent les conductes suïcides des de la perspectiva dels participants i l'experiència viscuda dels seus pares. Per recollir aquest tipus d'informació necessitem plantejar un estudi de disseny qualitatiu des de l'òptica de la fenomenologia. Aquest enfocament metodològic permet explicar com les persones construeixen i donen significat els fenòmens que viuen, el món que els envolta i els esdeveniments de la seva experiència (Kockelmans, et al. 1994). Aquesta perspectiva ens ajuda a conèixer millor els processos, actituds, creences, estructures i comportaments del fenomen que volem investigar. Es realitzarà una descripció del significat, observant l'experiència posant atenció en la descripció de l'experiència tal com la va viure la persona (Palacios-Ceña, et al. 2010).

3. Població i la mostra/participant

La població són els adolescents de 10 a 19 anys que han portat a cap conductes autolítiques i les seves famílies, de la comarca d'Osona, que es troben vinculats en el Centre de Salut Mental Infanto Juvenil CSMIJ del Consorci hospitalari de Vic CHV i acceptin de manera voluntària participar en l'estudi i disseny del programa de prevenció.

La mostra estarà constituïda entre 8 a 10 persones adolescents i els seus familiars més directes mare i pare o un dels dos.

4. Criteris d'inclusió i exclusió

Els participants de l'estudi seran seleccionats segons els següents criteris d'inclusió i exclusió que a continuació exposem.

En aquest estudi es recolliran l'experiència des de la perspectiva de dos tipus de participants, els adolescents d'entre 10 i 19 anys que han presentat conductes autolítiques, i les seves famílies.

Primer realitzarem una selecció dels adolescents tenint en compte els següents criteris, recollits en la taula

Els criteris d'inclusió pels adolescents són:

Adolescent d'entre 10 i 19 anys que hagin presentat conductes autolítiques, es trobin vinculats en el servei CSIM del CHV, que faci un mínim d'un any de la realització de la conducta i en seguiment en el servei, per tal que l'adolescent estigui emocionalment preparat per la participació en la investigació. Que vulguin participar en l'estudi de forma voluntària amb la col·laboració dels seus pares o un dels dos.

Els criteris d'exclusió pels adolescents són:

Adolescents que no es trobin en seguiment en el servei de CSMIJ del CHV. Que no tinguin voluntat de participar conjuntament amb la seva família.

| CRITERIS D'INCULSIÓ | CRITERIS D'EXCLUSIÓ |
|--|--|
| Realització de conductes autolítiques | No estar vinculat en el CSMIJ, del CHV |
| Tenir d'entre 10 a 19 anys | |
| Portar més d'un any de la realització de la conducta i en seguiment en el CSIM del CHV | No voler participar conjuntament amb la seva família |
| Voler participar en l'estudi conjuntament amb la seva família | |
| Taula 1: Criteris d'inclusió i exclusió per els adolescents. Elaboració pròpia | |

Un cop realitzada la selecció dels adolescents que participaran en l'estudi el criteri d'inclusió per a les famílies, és la voluntat de participar en l'estudi, tant el pare com la mare o tots dos de manera voluntària conjuntament amb el seu fill. Serà només criteri d'exclusió tant per l'adolescent com la família la negativa d'una de les dues parts de participar conjuntament.

| CRITERIS D'INCULSIÓ | CRITERIS D'EXCLUSIÓ |
|--|--|
| Voler participar en l'estudi de manera individual o amb la parella i conjuntament l'adolescent | No voler participar en l'estudi de manera individual o amb parella i conjuntament amb l'adolescent |
| Taula 2: Criteris d'inclusió i exclusió per a familiars. Elaboració pròpia | |

5. La intervenció que es vol realitzar

Aquest estudi vol dissenyar un nou programa de prevenció de conductes suïcides, des de l'atenció centrada en la persona. Comprendre les conductes suïcides des de l'experiència viscuda dels adolescents i dels seus pares, entendre la relació entre els factors estressants, les conductes suïcides i els mecanismes de resiliència. Integrant aquest nou coneixement al disseny d'un nou programa d'intervenció des d'infermeria per a la prevenció de conductes suïcides en adolescents.

Un cop seleccionada la mostra es farà una reunió amb tots els participants, on s'explicarà com es realitzaran les diferents fases de l'estudi, quina serà la metodologia i el planing que se seguirà.

Per poder dissenyar un programa necessitem recollir informació per aconseguir els objectius específics del nostre estudi i poder incorporar el nou coneixement sobre la vivència personal dels adolescents i dels pares. Durem a terme aquesta exploració a partir d'entrevistes semiestructurades, la realització de històries de vida i grup focal a adolescents que han realitzat conductes autolítiques i els seus pares.

Per obtenir el nou coneixement, durem a terme 2 sessions de 45 minuts, per a cada participant, en les que realitzarem entrevistes en profunditat, on la formulació de les preguntes seran obertes i s'adaptaran a segons l'edat de l'adolescent, per facilitar la conversa i l'expressió. Aquestes seran analitzades per comprendre millor les conductes autolítiques des del punt de vista dels adolescents i els seus pares, conèixer els factors estressants que les desencadenen, com els de resiliència, que els hi ha permès aturar la repetició de la conducta i continuar amb les seves vides, quedant recollides en històries de vida.

En una segona part de la intervenció es faran grup focals un que el compondran els adolescents i un altre grup focal compost pels pares. És faran grups focals d'adolescents i de familiars, per tal de facilitar i fomentar l'expressió. Estaran formats per 8-10 persones entre adolescents i pares, es realitzaran sessions fins arribar a la saturació de la informació.

Un cop dutes a terme les entrevistes i arribat a la saturació de la informació dels focus grup, es recollirà tota la informació i serà analitzada i s'incorporarà el nou coneixement pel disseny del nou programa.

6. Variables i els mètodes de mesura

Atenció centrada en la persona:

L'atenció centrada en la persona és la que sent respectuosa i sensible a les necessitats, valors i preferències personals de la persona, garanteix que siguin els mateixos valors de la persona els que guien les decisions clíniques (Institute of Medicine, 2001).

Els conceptes (Mills et al. 2014):

- Ràpid accés a un assessorament sanitari fiable
- Tractament eficaç per part de professionals de confiança
- Continuitat d'atenció i fluides transicions
- Participació i suport a la família i cuidadors
- Informació clara, comunicació i suport a l'autocura
- Implicació en decisions respecte a les preferències
- Suport emocional, empatia i respecte
- Atenció a les necessitats físiques i ambientals

L'enfocament centrat en la persona és indispensable per a la prevenció de conductes autolítiques, per la complexitat de factors que participen en la conducta, per la importància de la participació i implicació dels adolescents i de les famílies en la recuperació, en la promoció d'estils de vida saludable i el desenvolupament d'actituds perquè els adolescents puguin dur a terme una vida plena.

El mètode biogràfic narratiu:

L'interès del mètode biogràfic en les aproximacions qualitatives en les ciències socials, és que permet en els investigadors situar-se en el punt de convergència entre: El testimoni subjectiu d'un individu a la llum de la seva trajectòria vital, des de les seves experiències, des de la seva visió particular, plasman una vida que reflecteix una època, unes normes socials i uns valors essencialment compartits amb la comunitat de la qual el subjecte forma part. Mitjançant els relats de vida podem desplaçar fàcilment el nostre focus d'anàlisi cap a les relacions familiars, a les pautes de formació i funcionament de les

relacions socials. Proporcionant un control de les variables que expliquen el comportament d'un individu dins el seu grup primari (Pujades, 1992).

En els estudis de canvi social, el relat biogràfic constitueix el tipus de material més valuós per conèixer i avaluar l'impacte de les transformacions i la importància en la vida quotidiana, no només de l'individu, sinó del grup primari i del seu entorn social immediat.

Històries de vida:

La tècnica d'elaboració d'històries de vida s'adhereix en una metodologia del mètode biogràfic narratiu, aglutina l'estratègia metodològica de la conversa, la narració i la revisió documental d'autobiografies. La història de vida constitueix un text final que arribarà a mans del lector

Són escassos els estudis que utilitzen el mètode biogràfic narratiu, conegut com les històries de vida. Aquestes estan basades principalment en la realització d'entrevistes semiestructurades (Annex 1), guiades i obertes, per recollir informació sense seguir uns patrons rígids i prèviament percebuts dins de l'entrevista, per l'estudi de les relacions des d'un punt de vista qualitatiu. Compartir una història produeix beneficis evidents, entre el sentit de perspectiva, l'autoconeixement, la creació d'una comunitat i un millora l'orientació de la seva història (Simó, et al. 2015).

Focus Grup:

El llenguatge permet interpretar el món cognitiu en la seva dimensió estructural del component simbòlic. Ens permet acostar-nos els mapes percentuals i ideològics que les persones construeixen sobre el seu entorn i el conjunt de la societat (Criado, 1997).

Tècnicament, el grup de discussió reunirà a un grup de participants seleccionats, són la mostra en aquest cas els adolescents que han realitzat conductes autolítiques i que faci 12 mesos que no realitzin. El grup dels pares dels adolescents.

El que es busca és recollir les seves vivències i experiències construint un grup amb característiques semblants. Els participants tenen dret a parlar, respectar la confidencialitat, participant a través del seu punt de vista, davant d'altres persones, generant una conversa. Establim relacions simètriques entre els participants fer tal d'afavorir que les converses es fusionin i afavorir la reproducció social del discurs. Recollirem tots els discursos socials necessaris per interpretar la realitat.

A partir del coneixement generat en l'estudi sobre la influència de factors ambientals, coneixerem els factors estressants com els de resiliència, els factors que els han ajudat i permès continuar amb les seves vides després de la conducta. El fet d'identificar els factors de resiliència, els factors que ajuden a seguir a continuar endavant amb les seves vides després de la conducta, ens permetrà la seva promoció i dissenyar programes de prevenció d'atenció centrada en les persones en risc o que han realitzat actituds autolítiques.

7. Anàlisi dels registres:

L'estudi qualitatiu serà analitzat amb l'ajuda del software Atlas.ti, creat amb l'objectiu de facilitar la tasca de l'investigador, oferint un conjunt d'eines que ajudin en el procés d'anàlisi qualitativa de texts, imatges i àudio. El programa integrarà totes les dades i interpretacions importants en un projecte únic: la unitat hermenèutica, es basa en el desig d'interpretar i establir un significat correcte basat en la comprensió dels fets. A més de la lectura i relectura de les dades, la transcripció que és dura a terme per la investigadora, per familiaritzar-se amb les dades, es vol generar uns codis inicials per valorar la informació per temàtiques, per poder ser agrupades en temes de caràcter teòric, utilitzant els principis de l'atenció centrada en la persona (Institute of Medicine, 2001).

8. Limitacions de l'estudi

Les limitacions metodològiques en la investigació sorgeixen de la mateixa naturalesa de l'oralitat, de la interacció investigador-informant, i de l'essència de la memòria Sanz (2005).

L'exactitud de la informació mitjançant els records pot estar subjecte a pèrdua de memòria, records selectius, poden silenciar esdeveniments que representen regressió o fracàs social, generar relats amb arrels imaginàries (Simó et al. 2015).

9. Aspectes ètics:

Els pacients participants en el projecte de recerca disposaran de plena informació dels mètodes i finalitats de la recerca abans de participar en el mateix. Serà necessària la signatura d'un consentiment informat de tots els participants en aquest estudi i participen adolescents d'entre 10 els 19 anys, en cas de menors (Annex 2) de 16 ha d'atorgar el consentiment de participació en el projecte el pare, la mare o el tutor o tutora legal. A partir de 12 anys, el menor també ha de signar el consentiment conjuntament

amb el pare, la mare o el tutor o tutora legal. A partir de 16 anys, ha de signar ella mateixa el consentiment. D'igual manera, l'estudi podrà ser abandonat de forma unilateral pel pacient, a qualsevol moment del desenvolupament d'aquest. D'igual manera, l'estudi podrà ser abandonat de forma unilateral pel pacient, a qualsevol moment del desenvolupament d'aquest.

En el document informatiu, hauran de mostrar el seu consentiment al fet que les narratives extretes de les entrevistes siguin utilitzades com a material investigador. La recollida de dades i les transcripcions de les entrevistes és pseudonimitzaran, adjudicant un codi d'identificació alfanumèric al participant del projecte, de manera que les dades obtingudes de la seva participació només podran identificar en aquest codi.

Les entrevistes, registrades en format audiovisual, seran per a ús exclusiu del desenvolupament de la recerca, sense que aquesta informació pugui ser feta servir per a altres finalitats. El registre és durà a terme mitjançant una gravadora d'ús exclusiu per la investigació. L'emmagatzematge de les dades és realitzarà en carpetes de OneDrive de comptes d'usuaris de la UVic-UCC, i només hi tindrà accés la investigadora.

En les intervencions grupals sol·licitarem a cada participant el compromís de no revelar el declarat per altres persones que participin en l'activitat.

Les entrevistes i els focus grups es realitzaran en català o castellà, segons la preferència de les persones entrevistades i per majoria en els focus grups. Cada participant es compromet a no revelar el declarat per altres persones amb les quals ha interactuat durant el procés d'intervenció.

V. UTILITAT PRÀCTICA DELS RESULTATS

Aquest projecte vol aportar llum a la comprensió de la problemàtica de les conductes autolítiques, entendre aquestes conductes des de la perspectiva dels adolescents que les han realitzat. I els mecanismes de resiliència que han ajudat a continuar amb les seves vides.

La literatura científica manifesta la importància de dissenyar programes de prevenció contextualitzats en la realitat de cada país (Anderson et al. 2005). A partir del coneixement generat en l'estudi es podran dissenyar programes preventius i de promoció de la salut mental més específics i centrats en la persona. Incorporarem els recursos i estratègies que els han ajudat, en intervencions preventives contextualitzades en la realitat dels adolescents i les seves famílies.

Podrem detectar mancances o problemes de comunicació o relacionals, entre grup d'iguals, o en la família.

Ens permetrà detectar punts forts i de millora dels programes que s'estan duent a terme actualment.

Facilitarà el disseny d'intervencions encaminades a promocionar i gestionar les emocions, les xarxes socials de forma de manera que la persona se senti realitzada i li produeixi benestar.

Promocionar ambients segurs pels adolescents que promogui estils de vida saludables.

VI. BIBLIOGRAFIA

Abdollahi, A., Hosseinian, S., Zamanshoar, E., Beh-Pajoo, A., & Carlbring, P. (2018). The moderating effect of hardiness on the relationships between problem-solving skills and perceived stress with suicidal ideation in nursing students. *Studia Psychologica*, 60(1), 30–41. <http://a-behpajoo.ir/Article/English/AE-20.pdf>

Andrés, R. (2015). *Semper Dolens. Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: Acontilado.

ANDERSON, Martin; JENKINS, Rachel. The challenge of suicide prevention: an overview of national strategies. *Disease Management & Health Outcomes*, 2005, vol. 13, p. 245-253.

Anseán A. *Suicidios: manual de prevención, intervención y post- vención de la conducta suicida*. España: Fundación Salud Mental España; 2014.

Ati, N. A., Paraswati, M. D., & Windarwati, H. D. (2021). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 34(1), 7-18. <http://dx.doi.org/10.1111/jcap.12295>

Blanco, C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106. <http://dx.doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>

Bondy B. Buettner a, Zill P. Genetics of suicide. *Mol Psychiatry*. 2006 Apr; 11(4):336-51.

Brent, D. A., & Kolko, D. J. (1990). The assessment and treatment of children and adolescents at risk for suicide. <https://psycnet.apa.org/record/1990-98190-010>

Balvin, Nikola; Banati, Prerna (2017). *The Adolescent Brain: A second window of opportunity - A compendium*, Miscellanea, UNICEF Office of Research - Innocenti, Florence https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/adolescent_brain_a_second_window_of_opportunity_a_compendium.pdf

Bailey, D., Duncan, G. J., Odgers, C. L., & Yu, W. (2017). Persistence and fadeout in the impacts of child and adolescent interventions. *Journal of research on educational effectiveness*, 10(1), 7-39
<https://doi.org/10.1080%2F19345747.2016.1232459>

Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., & Bennett, C. (2012). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *The Cochrane database of systematic reviews*, (6), CD002020. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002020.pub3>

Castro Carretero, M. C. (2022). Impacto del COVID-19 en la salud mental adolescente: Una revisión sistemática. https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/17123/1/Castro_Carretero_Mara_del_Carmen_TF_G_Psicologa.pdf

Cobo-Rendón, R., Vega-Valenzuela, A. & García-Álvarez, D. (2020). Consideraciones institucionales sobre la Salud Mental en estudiantes universitarios durante la pandemia de Covid-19. *CienciAmérica*, 9(2).
<http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.322>

Conderelli, R. (2016). Social complexity, modernity and suicide: an assessment of Durkheim's suicide from the perspective of a non-linear analysis of complex social systems.
<https://link.springer.com/article/10.1186/s40064-016-1799-z>

Cluver, L. D., Meinck, F., Steinert, J. I., Shenderovich, Y., Doubt, J., Herrero Romero, R., Lombard, C. J., Redfern, A., Ward, C. L., Tsoanyane, S., Nzima, D., Sibanda, N., Wittesaele, C., De Stone, S., Boyes, M. E., Catanho, R., Lachman, J. M., Salah, N., Nocuza, M., & Gardner, F. (2018). Parenting for Lifelong Health: a pragmatic cluster randomised controlled trial of a non-commercialised parenting programme for adolescents and their families in South Africa. *BMJ global health*, 3(1), e000539.
<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000539>

Criado, E. M. (1997). El grupo de discusión como situación social. *Reis*, 81-112.

de Catalunya, C. D. B. (2003). Guia de recomanacions sobre el consentiment informat. <https://www.salutsantjoan.cat/media/upload/arxius/ciudadans/comissio-bioetica/13-guia-consentiment-informat.pdf>

Desarrollo y participación de la adolescencia. (s/f). Unicef.org. Recuperado el 24 de diciembre de 2022, de <https://www.unicef.org/es/desarrollo-y-participacion-de-la-adolescencia>

Donas Burak, S. (2001). Adolescencia y juventud: Viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio. En: S. Donas Burak. (Edt.) Adolescencia y juventud en América Latina (23-39). Cartago: Libro Universitario Regional.

Conderelli, R. (2016). Social complexity, modernity and suicide: an assessment of Durkheim's suicide from the perspective of a non-linear analysis of complex social systems. <https://link.springer.com/article/10.1186/s40064-016-1799-z>

Espinoza, L. K. B., Calle, M. A. L., Rodríguez, P. E. R., & Faican, R. G. E. (2022). Desarrollo psicológico del adolescente: una revisión sistemática. Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación, 6(42), 389-398. <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/498/551>

Ètics, A., El, E. N., Del, D., & Tfm, T. F. G. (2022). ASPECTES ÈTICS TFG / TFM. https://www.uvic.cat/sites/default/files/aspectes_etics_tfg_2022_-_modific_nov22.pdf

Fernández-Hermida JR, Villamarín-Fernández S, editors. Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1 [Internet]. Espanya: Consejo General de la Psicología de España; 2021 [consultat el 22 de desembre de 2022]. Disponible a: <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf>

Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., de la Barrera, U., Sebastian-Enesco, C., Ortuño-Sierra, J., Montoya-Castilla, I., ... & Pérez-Albéniz, A. (2020). Conducta suicida en adolescentes: un análisis de redes. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.007>

VI. BIBLIOGRAFIA | Bibliografía

Fonseca-Pedrero E, Perez- Albéniz A. Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel de Suicidio. Papeles del Psicol. 2020, <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>.

García, E. E. G., Quevedo, J. K. C., & Ospinal, R. V. (2022). Conductas autolesivas sin intención suicida: Necesidad de promoción de la salud mental. *PsiqueMag*, 11(1), 65-72. <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/287/271>

Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro M, Hidalgo Vicario M. Pubertad y adolescencia. *Adolescere Rev Form Contin la Soc Española Med la Adolesc.* 2017;5(1):7–22.

Hamoudan Hamoudan, H. (2022). La promoció de la salut mental dels i de les estudiants d'infermeria: revisió bibliogràfica. <http://hdl.handle.net/10256/22027>

Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)

Haquin F, C., Larraguibel Q, M., y Cabezas A, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista chilena de pediatría*, 75(5), 425–433. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062004000500003>

Huaquín Mora, Víctor R. “Ética y educación integral”. *Paideia* 19, 1998, 159-167.

Jacob, L., Stubbs, B., & Koyanagi, A. (2020). Consumption of carbonated soft drinks and suicide attempts among middle-income, and 4 low-income countries. *Clinical Nutrition*, 39(3), 886–892. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.03.028>

Institute of Medicine. (2001). Improving the 21st-Century Health Care System. En *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (Vol. 12, p. 126-129). Washington: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>

Janiri, D., Doucet, G. E., Pompili, M., Sani, G., Luna, B., Brent, D. A., & Frangou, S. (2020). Risk and protective factors for childhood suicidality: a US population-based study. *The lancet. Psychiatry*, 7(4), 317–326. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30049-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30049-3)

Kockelmans, J. J., & Husserl, E. (1994). Edmund Husserl's phenomenology.

Kim, M.-H., Min, S., Ahn, J.-S., An, C., & Lee, J. (2019). Association between high adolescent smartphone use and academic impairment, conflicts with family members or friends, and suicide attempts. *PLoS One*, 14(7), e0219831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219831>

Liu, X., Huang, Y., & Liu, Y. (2018). Prevalence, distribution, and associated factors of suicide attempts in young adolescents: School-based data from 40 low-income and middle-income countries. *PLoS One*, 13(12):e0207823. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207823>

MacDonald, M. (2001). Suicidal behaviour. Social section. GE Berrios y R. Porter, A history of clinical Psychiatry. *The origin and history of Psychiatric Disorders*, 2001, 625-632.

MacLeod, A., Williams, J., & Linehan, M. (1992). New Developments in the Understanding and Treatment of Suicidal Behaviour. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 193-218. <https://doi.org/10.1017/S0141347300017201>

McCoy, A., Melendez-Torres, G. J., & Gardner, F. (2020). Parenting interventions to prevent violence against children in low- and middle-income countries in East and Southeast Asia: A systematic review and multi-level meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 103, 104444. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104444>

Menon, S., & Bhagat, V. (2022). The review study on suicidal risk among youth/adolescents, its prevention and interventions. *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 15(3), 1405-1415. <http://dx.doi.org/10.52711/0974-360X.2022.00234>

Mills, I., Frost, J., Cooper, C., Moles, D. R., & Kay, E. (2014). Patient-centred care in general dental practice- a systematic review of the literature. *BMC Oral Health*, 14, 1-13. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-64>

Monteagudo Rodenas, J. V. (2022). Prevención del suicidio en adolescentes. Propuestas educativas desde una perspectiva bioética. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/74356/TFM001800.pdf?sequence=1>

Morales-Rodríguez, M. (2022). Habilidades resilientes como predictoras de salud mental de adolescentes universitarios en confinamiento. *Revista Electrónica Del Desarrollo Humano Para La Innovación Social*, 9(17). Recuperado a partir de <https://www.cdhis.org.mx/index.php/CAGI/article/view/167>

Morales-Rodríguez, M. (2022). Habilidades resilientes como predictoras de salud mental de adolescentes universitarios en confinamiento. *Revista Electrónica Del Desarrollo Humano Para La Innovación Social*, 9(17). Recuperado a partir de <https://www.cdhis.org.mx/index.php/CAGI/article/view/167>

Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25-31. <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/cl2017v28n1a4.pdf>

Nock, M. K. (Ed.). (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford University Press.

O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L. y Silverman, M.M. (1996). Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.

O'Connor RC, Rasmussen S, Miles J, Hawton K. (2009) Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *Br J Psychiatry*; 194: 68–72. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.047704>

O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)

Ollé, J. M. (2008). La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. *Intervención psicoeducativa en la desadaptación social: IPSE-ds*, (1), 29-36. <http://hdl.handle.net/10553/10499>

Olivari, C. y Mellado, C. (2019). Reconocimiento de trastornos de salud mental en adolescentes escolarizados: estudio descriptivo. *MEDwave. Revista biomédica*, 19(3), 7617. <https://doi.org/10.5867/medwave.2019.03.7617>

OMS (1946). Definición de salud. Recuperat el 20 de desembre de 2022, de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Organización Mundial de la Salud. Mental health. Overview, Burden [Internet]. 2022; [consultat el 16 de desembre de 2022]. Disponible a: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 30 de març de 2018; [consultat el 15 de desembre de 2022]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Palacio-Ortiz, J. D, Londoño-Herrera, J. P, Nanclares-Márquez, A., Robledo-Renfijo, P., y Quintero-Cadavid, C.P. (2020) Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 279-288. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>

Palacios-Ceña, D., & Corral Liria, I. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*, 21(2), 68-73. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2009.11.003>

Páramo, M. D. L. Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>

Prakash, R., Beattie, T., Javalkar, P., Bhattacharjee, P., Ramanaik, S., Thalinja, R., Murthy, S., Davey, C., Blanchard, J., Watts, C., Collumbien, M., Moses, S., Heise, L., & Isac, S. (2017). Correlates of school dropout and absenteeism among adolescent girls from marginalized community in north Karnataka, south India. *Journal of adolescence*, 61, 64–76. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.09.007>

Pedreira-Massa, J. L. (2019). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3).

Pilgrim, N. A., & Blum, R. W. (2012). Adolescent mental and physical health in the English-speaking Caribbean. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 32(1), 62–69.

<https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000700010>

Pujadas J (1992), El método biográfico, el uso de las historias de vida en las ciencias sociales, Cuadernos Metodológicos, no 5, Madrid, CIS.

Qi, M., Zhou, S. J., Guo, Z. C., Zhang, L. G., Min, H. J., Li, X. M., y Chen, J. X. (2020). The Effect of Social Support on Mental Health in Chinese Adolescents During the Outbreak of COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 67(4), 514–518. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.001>

Rey, L., Quintana-Orts, C., Mérida-López, S., & Extremera, N. (2019). Being bullied at school: Gratitude as potential protective factor for suicide risk in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 10, 662.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00662>

Rey, L., Neto, F., Extremera, N., 2020. Cyberbullying victimization and somatic complaints: a prospective examination of cognitive emotion regulation strategies as mediators. *Int. J. Clin. Health Psychol.* 20 (2), 135–139. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.03.003>.

Rufino, N. C., Fidalgo, T. M., Dos Santos, J. P., Tardelli, V. S., Lima, M. G., Frick, L. P., ... & Cohen, D. (2021). Treatment compliance and risk and protective factors for suicide ideation to completed suicide in adolescents: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1026>

Ruiz-Casares, M., Drummond, J. D., Beeman, I., & Lach, L. M. (2017). Parenting for the promotion of adolescent mental health: a scoping review of programmes targeting ethnoculturally diverse families. *Health & social care in the community*, 25(2), 743–757. <https://doi.org/10.1111/hsc.12364>

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner Jr, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>

TERUEL, Elvis Geovany Trejo. Soporte Informático para la investigación cualitativa: caso de los programas Atlas. ti y NVIVO. *Población y Desarrollo-Argonautas y caminantes*, 2009, vol. 4, p. 86-109.

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

Vancampfort, D., Stubbs, B., Mugisha, J., Firth, J., Van Damme, T., Smith, L., & Koyanagi, A. (2019). Leisure-time sedentary behavior and suicide attempt among 126,392 adolescents in 43 countries. *Journal of Affective Disorders*, 250, 346–353. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.053>

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/97892?sequence=1>

World Health Organization. (2021). Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341726/9789240026629-eng.pdf>

World Health Organization. (2020). Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336864/9789240011854-eng.pdf>

World Health Organization. (2009). Preventing Suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44175/9789241598439_eng.pdf

VII. ANNEXES

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PER ADOLESCENTS:

PERSONALS:

- Com és el teu descans?
- A quina hora et despertes?
- Quin és el teu estil de vida?
- Que t'agrada fer en el teu temps lliure?
- Realitzes activitat física de manera regular?
- Quin és el teu estat d'ànim?
- Consumeixes o has consumit drogues?

FAMILIA:

- Com es la teva casa? Me la pots descriure?
- Quins membres la componen?
- Com es la relació amb els teus pares?
- Que es el que més t'agrada de la teva família?
- Et sents formar part de la família?
- Quin és el teu rol dins la família?

ESCOLA/INSTITUT/UNIVERSITAT (FORMACIÓ):

- A quina escola vas?
- Que es el que més t'agrada de l'escola/institut
- Com es la relació amb els professors?
- Com es la relació amb els companys de classe?

XARXA SOCIAL:

- Tens amics?
- Com et comuniqués amb els teus amics?
- Describeix la teva xarxa social?
- T'has sentit sol, encara que tinguis amics?
- Amb qui expliques les teves preocupacions?
- Quines activitats realitzes amb els teus amics?

MOMENTS CLAU EN LA VIDA:

- Diguem quins són els moments de la teva vida que més recordes. Perquè?
- Borraries algun d'ells? Reviuries alguns d'altres?
- Que has sentit?
- Diries que algun d'aquets moments ha sigut decisiu en els esdeveniments o comportaments que han succeït posteriorment?

VALORS:

- Quins són els valors que consideres que tenen una major importància?
- Creus que és important tenir o guiar-se per determinats valors?
- Reflexiones sobre les coses que et preocupen en el teu dia a dia?

CONDUCTES AUTOLITÍQUES:

- Has tingut alguna conducta suïcida?
- Que recordes del dia que vas realitzar la conducta suïcida? Quins aspectes creus que t'haurien ajudat aquell dia a evitar la conducta?
- Que t'ha portat a realitzar la conducta suïcida?
- Es tracta d'una conducta impulsiva o la portaves pensant des de fa temps?
- En la teva família s'havia produït conductes suïcides?
- Has sentit que la realització de la conducta suïcida podria ser una escapatorià d'alguna cosa?
- Quant vas realitzar la conducta suïcida havies consumit drogues?

- Que creus que es podria fer per ajudar a persones que es trobin en una situació semblant a la teva?
- Quines mesures preventives crees que es podrien aplicar?
- Has tingut algun impacte en la teva salut/benestar?
- Com va ser la teva atenció a urgències? Quins aspectes de l'atenció et van ajudar? Quins s'haurien pogut millorar?
- Com va ser la relació amb la teva família els dies posteriors?
- Et vas sentir recolzat per tota la família o algun membre? I Amb els amics?
- Amb quins professionals de salut has tingut relació durant aquests anys? En quins aspectes penses que t'han ajudat? En quins creus que s'hauria pogut millorar?
- T'has sentit recolzat per l'equip de professionals?
- Que en penses del seguiment d'aquets temps? Quin aspecte ha estat més útil? Que creus que es podria millorar?

ELEMENTS DE RESILIENCIA:

- Que es el que et va ajudar a continuar endavant tot i les dificultats?
- Que es el que més t'ajuda a l'hora de continuar endavant?
- Que dona sentit a la teva vida?
- Creus que les dificultats que has trobat a la teva vida, t'ha aportat alguna cosa positiva?
- Et consideres una persona amb facilitat per superar les dificultats?
- Et sents més fort en aquests moments?

CLOENDA

- Hi ha alguna cosa que pensis que seria important de tenir en compte per millorar l'atenció?
- T'agradaria afegir alguna cosa més, que no hem comentat i consideres important?
- Com et sents després d'haver explicat la teva historia?

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PER A PARES:

CONDUCTES AUTOLITIQUES:

- Has tingut alguna conducta suïcida?
- Que recordes del dia que el teu fill va realitzar la conducta suïcida?
- Que vas sentir?
- Quins aspectes creus que t'haurien ajudat aquell dia?
- En la teva família s'havia produït conductes suïcides?
- Que creus que es podria fer per ajudar a persones que es trobin en una situació semblant a la teva?
- Quines mesures preventives creus que es podrien aplicar?
- Ha tingut algun impacte en la teva salut/benestar?
- Com vas viure la seva atenció a urgències? Quins aspectes de l'atenció et van ajudar? Quins s'haurien pogut millorar?
- Com va ser la relació amb el teu fill els dies posteriors?
- Et vas sentir recolzat per tota la família o algun membre? I amb els amics?
- Amb quins professionals de salut has tingut relació durant aquests anys? En quins aspectes penses que t'han ajudat? En quins creus que s'hauria pogut millorar?
- T'has sentit recolzat per l'equip de professionals?
- Que en penses del seguiment d'aquets temps? Quin aspecte ha estat més útil? Que creus que es podria millorar?

ELEMENTS DE RESILIENCIA:

- Quines actituds han ajudat el teu fill?
- Que es el que més t'ajuda a l'hora de continuar endavant?
- Que dona sentit a la teva vida?
- Creus que les dificultats que has trobat a la teva vida, t'ha aportat alguna cosa positiva?
- Et consideres una persona amb facilitat per superar les dificultats?
- Et sents més fort en aquests moments?

- Hi ha alguna cosa que pensis que seria important de tenir en compte per millorar l'atenció?

CLOENDA

- T'agradaria afegir alguna cosa més, que no hem comentat i consideres important?
- Com et sents després d'haver explicat la teva historia?



HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC
CONSORCI HOSPITALARI DE VIC



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA

INFORMACIÓ AL PARTICIPANT DE L'ESTUDI: **PROGRAMA DE PREVENCIÓ DE CONDUCTES SÙICIDES EN ADOLESCENTS.**

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Anna Bugatell Brosa

Ens dirigim a vostè per informar-lo de l'estudi d'investigació pel qual se li demana la seva participació.

Es tracta d'un projecte vinculat a la realització del treball final del grau en Infermeria, en la Universitat de Vic Universitat central de Catalunya de la Sra. Anna Bugatell Brosa.

L'objectiu d'aquest projecte és dissenyar un programa de prevenció de conductes suïcides en adolescents, centrat en la persona, a partir de les experiències d'adolescents que han realitzat conductes suïcides i l'experiència dels seus pares.

Es vol comprendre les conductes suïcides des de l'experiència viscuda dels adolescents i dels seus pares, entendre la relació entre els factors estressant, les conductes suïcides i els mecanismes de resiliència. Integrant aquestes aportacions al disseny d'un nou programa d'intervenció des d'infermeria per a la prevenció de conductes suïcides en adolescents.

En el context d'aquesta investigació li demanem la seva col·laboració per realitzar-li una entrevista i se'l convidarà a participar en grups de discussió.

La participació en aquest estudi és voluntària i en qualsevol moment pot retirar-se de l'estudi, i/o negar-se a respondre a alguna pregunta en particular. També té dret a una còpia d'aquest document.

Riscos: No existeix cap tipus de risc afegit pel fet de participar en aquest estudi.

Beneficis: Els beneficis que s'esperen obtenir amb aquest estudi són identificar aspectes de millora en la prevenció del suïcidi.

Si accepta participar en aquest estudi, la Sra Anna Bugatell Brosa li realitzarà dues entrevistes que duraran un màxim de 45 minuts cada una, que serà gravada en àudio. L'enregistrament es durà únicament per poder realitzar la transcripció i, quan aquesta s'hagi realitzat, s'eliminarà l'arxiu.

Tots els participants tindran assignat un codi que no permetrà vincular directament al participant amb les respostes donades, com a garantia de confidencialitat. Les dades que s'obtindran de la seva participació no s'utilitzaran amb un altre fi diferent de l'explicitat en aquesta investigació.

Es convidarà a participar en grups de discussió, els participants tenen dret a parlar, participant a través del seu punt de vista, davant d'altres persones, generant una conversa. Cada participant es compromet a no revelar el declarat per altres persones amb les quals ha interactuat durant el procés d'intervenció.

Les dades dels participants es tractaran en tot moment de manera anonimitzada, de manera que no es puguin vincular directament ni indirectament a la persona a la qual corresponen. Es custodiaran de manera segura sota la responsabilitat directa de l'investigador principal.

Ens posem a la seva disposició per resoldre qualsevol dubte que la mateixa hagi suscitat.

Podeu contactar al telèfon 655222700.



HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC
CONSORCI HOSPITALARI DE VIC



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA

CONSENTIMENT INFORMAT PARES

Jo....., major d'edat,
amb document nacional d'identitat,..... actuant en nom i
interès propi i del meu fill DECLARO QUE:

He estat informat sobre el projecte **Programa de prevenció de conductes suïcides en adolescents** del que se m'ha lliurat el full informatiu annex a aquest consentiment i pel qual se sol·licita la meva participació.

He entès el seu significat, m'han aclarit els dubtes i m'han exposat les accions que es deriven d'aquest.

He estat informat de tots els aspectes relacionats amb la confidencialitat i protecció de les dades dels participants en el projecte, d'acord amb la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals i el Reglament general (UE) 2016/679, de 27 d'abril de 2016, de protecció de dades (RGPD).

La meva col·laboració en el projecte és totalment voluntària i tinc dret a retirar-me del mateix en qualsevol moment, revocant el present consentiment, sense que aquesta retirada pugui influir negativament en la meva persona en cap cas.

En cas de retirada, tinc dret a què les meves dades identificatives siguin cancel·lades del fitxer de l'estudi.

....., a de de

Signatura participant

Signatura del estudiant (Investigadora Principal)



HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC
CONSORCI HOSPITALARI DE VIC



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA

CONSENTIMENT INFORMAT MENOR DE 16 ANYS

Jo,..... major d'edat, amb document nacional d'identitat DNI,atorgo el consentiment de participar en el projecte a,menor d'edat, amb DNI..... DECLARO QUE: He estat informat sobre el projecte

Programa de prevenció de conductes suïcides en adolescents del que se m'ha lliurat el full informatiu annex a aquest consentiment i pel qual se sol·licita la meva participació.

He entès el seu significat, m'han aclarit els dubtes i m'han exposat les accions que es deriven d'aquest.

He estat informat de tots els aspectes relacionats amb la confidencialitat i protecció de les dades dels participants en el projecte, d'acord amb la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals i el Reglament general (UE) 2016/679, de 27 d'abril de 2016, de protecció de dades (RGPD).

La meva col·laboració en el projecte és totalment voluntària i tinc dret a retirar-me del mateix en qualsevol moment, revocant el present consentiment, sense que aquesta retirada pugui influir negativament en la meva persona en cap cas.

En cas de retirada, tinc dret a què les meves dades identificatives siguin cancel·lades del fitxer de l'estudi.

....., a de de

Signatura participant

Signatura del estudiant (Investigadora Principal)

Signatura del pare/mare/tutor/a

VIII. AGRAÏMENTS

En primer lloc, vull agrair els professors i tutors de pràctiques dels que he pogut gaudir durant el grau en Infermeria, cada un de vosaltres m'ha permès entendre que és tenir cura de la salut de les persones i entendre que és l'essència d'Infermeria.

Sobretot agrai la meva tutora Judit Pons, pel seu suport, pels seus valuosos consells, la seva paciència i serenor. Per guiar-me i no deixar-me perdre en l'elaboració d'aquest treball. Gràcies per ser-hi sempre i ensenyar-me com és d'important que la nostra atenció sigui centrada en la persona.

Estic molt agraïda a totes les persones que s'han creuat amb mi durant les meves pràctiques i m'han permès aprendre, i tenir cura de la seva salut. Donant-me l'oportunitat de creixia no només professionalment sinó com a persona.

Vull agrair els meus companys per acompanyar-me durant aquesta aventura que ha estat aquest grau, sense ells no hagués estat el mateix.

A la família, per ser-hi sempre.

IX. NOTA FINAL DE L'AUTOR

La realització d'aquest treball final de grau m'ha permès tenir l'oportunitat de sentir i desenvolupar el meu rol com a Infermera, he pogut veure com creix una idea, com va prenent forma en cada petit pas, com el treball permet que vagi creixent i passi de ser una il·lusió, un somni, una esperança, a un projecte a una recerca a una intervenció a una realitat. Però el que sembla una simple seqüència de passos, en realitat no és tan senzill si estàs solt davant el repte, per això agraïxo haver pogut tenir l'oportunitat de realitzar-lo en aquest moment, perquè m'ha permès tenir al meu costat una tutora que m'ha ensenyat a descobrir la màgia i el treball per fer que aquelles petites idees, aquells somnis creixin i es tornin realitat, gràcies.