



Centre adscrit a la



Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona

ESCOLA SUPERIOR D'INFERRERIA DEL MAR

**PERCEPCIÓN DEL SUICIDIO EN ESQUIZOFRENIA: UN DISEÑO
FENOMENOLÓGICO**

Estudiante: Elena Rodríguez Puget

Directora: Laura Bádenas Orts

Coordinadores: Marta López y Juan M. Leyva

Asignatura: Treball de Fi de Grau I, II

4rt Curso Grado de Enfermería

Año académico: 2013/2014

Fecha de entrega: 27/05/2014

RESUMEN

En salud mental y concretamente en la esquizofrenia el suicidio es la primera causa de muerte prematura. Este hecho me ha llevado a querer adentrarme en este concepto con el fin de facilitar la comprensión del suicidio desde el punto de vista de los propios pacientes diagnosticados de esquizofrenia crónica, ayudándonos como profesionales de la salud a conocer su percepción pudiendo así, más adelante, abordar con mayor facilidad el tema, ayudando en la recuperación y estabilización de la misma patología.

El objetivo de este estudio es describir la percepción ante el suicidio en personas que padecen esquizofrenia, aquellas que son conscientes de su enfermedad, para llegar a comprender lo que supone convivir con esta patología, y adentrarnos en los pensamientos, sentimientos.

La metodología escogida para diseñar la investigación es cualitativa y fenomenológica, que nos permitirá estudiar justo aquello que buscamos. La muestra se escogerá entre la población que acuda a CSMA de Ciutat Vella que cumplan los criterios de inclusión, y mediante el muestreo no probabilístico se determinarán aquellos participantes hasta saturación de los datos. La recogida de datos se realizará a través de una entrevista en profundidad y un diario de campo del entrevistador

Si se llega a obtener un resultado exitoso de esta investigación, tendríamos, como profesionales de enfermería, herramientas para comprender a las personas a las que hemos de proporcionar unos cuidados, sabremos cuáles son sus reacciones, sentimientos y experiencias y podremos brindar un cuidado real y específico de las necesidades que manifiestan.

Palabras clave: Suicidio, percepción, esquizofrenia y enfermería

RESUM

En salut mental i concretament en l'esquizofrènia el suïcidi és la primera causa de mort prematura. Aquest fet m'ha portat a voler endinsar-me en aquest concepte per tal de facilitar la comprensió del suïcidi des del punt de vista dels propis pacients diagnosticats d'esquizofrènia crònica, ajudant-nos com a professionals de la salut a conèixer la seva percepció podent així, més endavant, abordar amb més facilitat el tema, ajudant en la recuperació i estabilització de la mateixa patologia.

L'objectiu d'aquest estudi és descriure la percepció davant el suïcidi en persones que pateixen esquizofrènia, aquelles que són conscients de la seva malaltia, per arribar a comprendre el que suposa conviure amb aquesta patologia, i endinsar-nos en els pensaments, sentiments.

La metodologia escollida per dissenyar la investigació és qualitativa i fenomenològica, que ens permetrà estudiar just allò que busquem. La mostra s'escollirà entre la població que acudeixi a CSMA de Ciutat Vella que compleixin els criteris d'inclusió, i mitjançant el mostreig no probabilístic es determinaran aquells participants fins a la saturació de les dades. La recollida de dades es realitzarà a través d'una entrevista en profunditat i un diari de camp de l'entrevistador

Si s'arriba a obtenir un bon resultat d'aquesta investigació, tindriem, com a professionals d'infermeria, eines per comprendre a les persones a les que hem de proporcionar unes cures, sabrem quines són les seves reaccions, sentiments i experiències i podrem oferir una cura real i específic de les necessitats que manifesten.

Paraules clau : Suïcidi, percepció, esquizofrènia i infermeria

ABSTRACT

In mental health and specifically in schizophrenia, suicide is the leading cause of premature death. This has led me to go into this concept with the aim to comprehend suicide from the point of view of patients diagnosed with chronic schizophrenia, in order to help us, as health professionals, to understand their perception and address the issue more easily, helping in the recovery and stabilization of the pathology itself.

The objective of this study is to describe the perception of suicide in people with schizophrenia - those who are aware of their disease - to come to understand what it means to live with this condition, and get into their thoughts and feelings.

The methodology chosen for the research design is qualitative and phenomenological, which will allow us to study precisely what we are looking for. The sample is selected between the individuals that attend the CSMA in Ciutat Vella that fit the inclusion criteria, and using non-probability sampling to determine those participants until data saturation. Data collection will be done through an in-depth interview and the interviewer's field diary.

If the outcome of this research is successful, we will have the necessary tools to understand the people we are providing medical care to, and what their reactions, feelings and experiences are in order to provide a specific and real care according to the needs expressed.

Keywords: Suicide, perception, schizophrenia and nursing

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVO E HIPÓTESIS.....	9
METODOLOGÍA.....	10
Muestra.....	11
Obtención de datos.....	12
Recogida y análisis de datos.....	13
Cronograma.....	14
Recursos humanos y materiales.....	15
ÉTICA.....	16
CONSIDERACIONES FINALES.....	17
ANEXOS.....	19
Anexo 1.....	19
Anexo 2.....	20
Anexo 3 : Guía entrevista.....	24
Anexo 4: Consentimiento informado.....	25
GLOSARIO.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los suicidios en el país han incrementado considerablemente, concretamente en el 2012, 3.539 personas se quitaron la vida (1). En salud mental y concretamente en la esquizofrenia el suicidio sigue siendo la primera causa de muerte prematura en la población la padece. Este estudio se basa en conocer la percepción que tienen los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, ante el suicidio como consecuencia de su enfermedad. Adentrándonos en los pensamientos, sentimientos y creencias en relación a este concepto.

Para la elección del tema del trabajo me he basado en una amplia búsqueda bibliográfica sobre la esquizofrenia, una patología de salud mental que siempre ha llamado mi atención por el hecho de intentar comprender cómo es vivir con una enfermedad de éstas características, la visión de la vida que tienen dichos enfermos y por tanto de la muerte tras convivir con ella. Esta búsqueda la he realizado en bases de datos como Mendeley, Pubmed, Web of science, Scopus, Cochrane Plus y Google Académico, además de escoger algunos libros de la biblioteca de la universidad durante las primeras semanas del trimestre utilizando como palabras clave “Suicidio” “Esquizofrenia” tanto en español como en inglés y escogiendo artículos de los últimos quince años con alguna pequeña excepción en los libros de texto (Ver anexo 1). A lo largo de la búsqueda me he ido centrando más en el aspecto de la muerte y el suicidio, dándome cuenta de que hay muchos estudios en relación a esta patología, sobre el motivo por el que los pacientes llegan a la tentativa de acabar con su vida (2) o de identificar los factores de riesgo (3), así como estudios epidemiológicos sobre las muertes en la esquizofrenia (1). También existen estudios que hacen referencia al estilo de vida de las personas centrándose en la vida laboral (4). Pero hay pocos estudios sobre la visión del suicidio para este tipo de pacientes, por esto mismo he ido descartando algunos artículos utilizando finalmente los expuestos en este trabajo (Ver anexo 2).

La realización de este proyecto puede facilitar la comprensión del suicidio desde el punto de vista de los propios pacientes diagnosticados de esquizofrenia crónica, ayudándonos como profesionales de la salud a conocer su percepción pudiendo así, más adelante, abordar con mayor facilidad el tema, ayudando en la recuperación y estabilización de la misma patología.

La esquizofrenia es una enfermedad de salud mental que se distribuye en la población de 1 por cada 100 habitantes, sin tener en cuenta sexos, razas, etc. Con el término esquizofrenia se designa a un *“conjunto de trastornos psicóticos, caracterizados todos ellos por la presencia de síntomas psicóticos positivos en algún momento de su desarrollo, y donde los síntomas negativos y cognitivos se asocian, a su vez, a un grado variable de discapacidad”* (5). Un trastorno psicótico en si es la desconexión con la realidad, ya sea cursado con alucinaciones, ideas delirantes de prejuicio, etc.

Esta enfermedad se manifiesta normalmente entre los 18 y los 35 años, siempre es preferible contra más tarde mejor por el simple hecho del desarrollo cognitivo de la persona así como el mismo desarrollo de la personalidad.

Los síntomas se pueden clasificar según sean positivos, provocados por una descompensación, o negativos, seguramente provocados por las descompensaciones repetidas tras años de duración de la enfermedad.

Los positivos comprenden todo tipo de alucinaciones y delirios, comportamiento extravagante, como por ejemplo en el vestido o apariencia, comportamiento agresivo. También lo son los trastornos de pensamiento como la disgregación, tangencialidad, incoherencia, circunstancialidad, etc., y los negativos aplanamiento afectivo, expresión facial inmodificada, pobreza de gestos, ausencia de respuesta afectiva, alogia (bloqueo, pobreza en el contenido del lenguaje, aumento de la latencia de respuesta), abulia/apatía (falta de cuidado personal, anergia física) y anhedonia (menos actividad recreativa, sexual, intimidad y relaciones sociales) (6).

Según el tipo de síntomas la evolución del paciente será diferente además de que se podrán distinguir entre diferentes tipos de la misma enfermedad: esquizofrenia paranoide, caracterizada por la presencia de delirios y alucinaciones, y la ausencia de un comportamiento muy desorganizado, aplanamiento afectivo o lenguaje incoherente. Es el más frecuente y el que tiene mejor pronóstico. La esquizofrenia desorganizada es aquella en la que predominan los síntomas de desorganización y negativos, como la pérdida de contacto con la realidad. En la catatónica predomina la sintomatología motora, movimientos estereotipados, inmovilidad, mutismo, negativismo, ecolalia y ecopraxia. Residual, caracterizada por sintomatología negativa después de un episodio psicótico agudo, y finalmente la simple, donde también predomina sintomatología negativa sin necesidad de haber pasado por un episodio agudo, de mal pronóstico y poco habitual.

Por otra parte, hay estudios (7) que defienden que la esquizofrenia es una enfermedad que no se relaciona tanto a nivel fisiológico como estamos acostumbrados, sino que se trata en mayor medida de un trastorno del “Yo”. Así pues, desde una visión más fenomenológica, esta enfermedad se definiría como *“un trastorno de la ipseidad (idea de uno mismo), caracterizado por una consciencia intensificada de aspectos normalmente implícitos o prereflexivos, por un sentido de disminuido de sí mismo como sujeto de la experiencia y de la acción y por la alteración de la articulación perceptiva del mundo”* (7), en cualquier caso, en ambas definiciones queda constancia de que el punto clave es una diferente y modificada concepción de la realidad, en la que también aparecen alteraciones, que pueden ser alucinaciones o delirios centrados en uno mismo como elemento principal de una experiencia, como podría ser por ejemplo, un delirio de perjuicio. Así pues considero que ambas definiciones son válidas, pudiendo abordar el tema desde ambas perspectivas.

La visión de la esquizofrenia como alteración del “Yo”, puede justificarse a raíz de la evolución que ha seguido desde siempre dicha enfermedad. El origen de la misma es bastante reciente, en 1750, llegando junto a un cambio importante de la comunidad en la sociedad, la industrialización, y la posterior urbanización. Otra de las razones de su creencia es la afinidad existente entre la esquizofrenia y la adolescencia, la época clave en la formación de la personalidad de cada individuo, además esta enfermedad tiene mejor pronóstico en países en desarrollo respecto a los desarrollados. Así pues, esta visión se basa más en la epigenética, en la que los factores determinantes de la enfermedad son provocados por el ambiente y no por factores genéticos o fisiológicos (8). He creído importante conocer diferentes formas de entender la esquizofrenia, ya que, aunque no estemos acostumbrados con nuestra visión biológica, dicha enfermedad está claramente influenciada por aspectos psicosociales.

Vivir con esta enfermedad es una continua preocupación, si el paciente se encuentra en la fase de descompensación, es una vida de estrés, miedo, ideaciones que no corresponden con la realidad, pérdida de amistades, trabajo y por tanto un casi asegurado aislamiento de la sociedad. En cambio en una fase controlada por la medicación y la recuperación tras una descompensación, una persona ha de convivir con los prejuicios de padecer una enfermedad mental, con el miedo de los demás y el mismo propio, aspecto que también puede derivar a un aislamiento. Además de todos estos aspectos, se suman los efectos secundarios de la medicación que deben tomar, los cuales afectan a la vida diaria, con un efecto de sedación excesiva, un ritmo de pensamiento enlentecido, disfunciones sexuales, entre otras. Éstos perjudican lo que

sería una vida normal, motivo por el cual muchos pacientes deciden abandonar la medicación arriesgándose a volver a perder la realidad.

Los estudios revisados (9), reflejan que, durante su vida, las preocupaciones más comunes de los pacientes que conviven con la esquizofrenia son la necesidad de ser respetados sin sufrir discriminación, la realización como persona y el hecho de encontrar un sentido en sus vidas, la pérdida de autonomía en caso de tener que depender de algún miembro cercano o estar ingresado en alguna institución y también reflejan como importante la comprensión de la misma enfermedad y de reconocerse como enfermo, sin esto último no será posible la adaptación de la persona en la vida diaria. Por otra parte, se hace mucha referencia al estigma social de esta enfermedad que conlleva en la mayoría de casos a la pérdida del rol social, al sentimiento de culpa y al miedo al rechazo, como se ha nombrado anteriormente (10). Todos ellos son los aspectos que más preocupan a pacientes que conviven con la esquizofrenia, a muchos les importan las consecuencias fisiológicas de la enfermedad e incluso los efectos secundarios del tratamiento, aun así, es el ámbito social el de más importancia para ellos.

Desde un punto de vista exterior, viendo cómo de complicado es vivir día a día con tantas preocupaciones, hace pensar en qué salida creen ellos que poseen, si la solución es encontrar un equilibrio en todas ellas o enfrentarse, o por si alguna razón el acabar con sus vidas lo ven como una solución o salida. Este objetivo, el de conocer la percepción que tienen sobre la muerte y el fin de la vida es el que se plantea en este estudio.

El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre la población diagnosticada de esquizofrenia (11), una cifra 9 veces más elevada en relación a la población general. Por otra parte el 30% de los pacientes con esquizofrenia tienen alguna tentativa de suicidio y entre el 4 y el 10% mueren tras dicha tentativa (5).

En el 2012, el suicidio fue la principal causa externa de mortalidad, fallecieron 3539 personas, 7,6 por cada 100000 personas. Muy común entre personas jóvenes entre 25 y 34 años, siendo la segunda causa de muerte después de los tumores, y solo entre los hombres fue la primera causa de muerte (1).

Un estudio sobre una revisión bibliográfica epidemiológica sobre el suicidio en la esquizofrenia (12) respalda que el suicidio es una de las principales causas de muerte en esta enfermedad, y que los principales sujetos son principalmente varones jóvenes.

El suicidio es un término conocido por todos, pero la mayoría de la población lo ve como un acto distante y que no quieren llegar a comprender. Con este estudio pretendo conocer el significado que tiene este término para un grupo de población vulnerable al mismo. La Organización Mundial de la Salud, definió en 1976 el suicidio como *“un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”* (13).

Es a partir del siglo XIX que el concepto de suicidio se ha empezado a incluir en las teorías psicopatológicas y sociológicas, teniendo pues una justificación de este acto o tentativa, de esta manera se ha reducido el prejuicio entre la población sobre el suicidio (14). Por otra parte, no todo el mundo piensa que el suicidio se debe a un factor psicopatológico únicamente sino que, como expone Émile Durkheim, el suicidio se entiende como un fenómeno que se debe estudiar como un acontecimiento social, ya que es la constitución de la moral de la sociedad, o de cada grupo social las que influyen al suicidio, tendencias de egoísmo o melancolía de determinados colectivos conducen a los propios individuos (15). Es interesante ver como el mismo concepto puede evolucionar con el tiempo, desde entenderse como un castigo divino hasta hacer referencia a una patología psiquiátrica y justificarse de esta manera, aunque estoy de acuerdo con É. Durkheim en cuanto a la existencia de un factor social importante que llevan a las personas a una situación determinada que las puede conducir hasta la ideación suicida.

En Noruega se realizó un estudio sobre la tentativa suicida en un grupo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia (16) en el que se exponía que el 35% de los pacientes entrevistados habían expresado una tentativa suicida. Dentro de este grupo se diferenciaron dos subgrupos, un 29% que admitían solo tentativa de suicidio, pero un 14% además presentaban autolesiones sin que el objetivo fuese el fin de la vida.

Así pues hay diferentes tipos de tentativa suicida que pueden ayudar a determinar la gravedad de la situación de cada paciente. Empezando por una ideación suicida que se caracteriza por el simple hecho de pensar en la posibilidad del suicidio, seguido de la comunicación suicida en la que se verbaliza dicha voluntad o en la que incluso se realiza un plan estratégico para llevarlo a cabo. Por último llegamos a la conducta suicida, que se caracteriza porque la persona en cuestión desea utilizar el suicidio con intención de morir con alguna finalidad y por presentar algún grado de intención de acabar con su vida. En esta etapa podemos ver una autolesión o gesto suicida, en la que la persona obtiene una conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que

existe evidencia de que la persona no tiene la intención de matarse. También forma parte una conducta suicida no determinada en la que no se ve con claridad la intencionalidad y que puede producir la muerte. El intento de suicidio, en el que el paciente muestra una conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia de intencionalidad de provocarse la muerte, y por último el suicidio, en la que se lleva a cabo la muerte autoinfligida con evidencia de intencionalidad (13).

El suicidio pues, es entendido como un proceso dinámico que se puede definir por etapas, empezando por una ideación suicida pasiva y aumentando cada vez a más activas, con una visualización del propio acto, la verbalización del mismo, algunos gestos suicidas, la planeación, preparación y ejecución de un intento, hasta llegar al fin al suicidio consumado (17).

Los trastornos psiquiátricos están presentes en el 90% de los suicidios según un estudio realizado poco años atrás, entre los cuales los trastornos afectivos son los más comunes, seguidos de consumo de sustancias destacando el alcohol y seguidamente la esquizofrenia, dentro de esta patología el riesgo suicida se relaciona más con la severidad de los síntomas depresivos provocados por la convivencia de la enfermedad, que con la de los síntomas psicóticos (18).

Existe un listado de estudios que muestran los factores de riesgo más importantes de suicidio o tentativa, pero aunque se sepan y controlen, un acto de suicidio puede ser impulsivo y por lo tanto difícil de prevenir. Aun así, concretamente en la esquizofrenia se conocen como factores de riesgo las alucinaciones, intentos previos de suicidio, consumo de sustancias, agitación, temor, mala adherencia al tratamiento o una pérdida reciente (19). Los sentimientos de soledad e incapacidad de participar en interacciones humanas, sentimientos de inferioridad, aspectos que anteriormente hemos nombrado como preocupación de los pacientes con esquizofrenia, son las principales causas (20), haciendo referencia a un posible trastorno depresivo, diagnóstico que en los estudios se relaciona directamente con el riesgo de suicidio (21), así como la derrota, atrapamiento y la desesperanza por una convivencia alargada en el tiempo (22). Al hablar de esquizofrenia y por lo tanto de trastornos psicóticos, a lo largo de los estudios revisados se ha llegado a la conclusión de que no existen diferencias en el riesgo de suicidio entre personas diagnosticadas de depresión con síntomas psicóticos o sin, por lo tanto, en la mayoría de casos, las causas más importantes de suicidio están más relacionadas con la depresión por la convivencia de dicha enfermedad (23), aunque la presencia de alteraciones de la

percepción o ideas referenciales característicos de un trastorno psicótico no deben pasar desapercibidos y se tomarán como señales de advertencia.

Muchos de los factores determinantes del riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos tienen relación con la calidad de vida, aislamiento, impotencia, etc., y estos sentimientos vienen de la convivencia con dicha enfermedad, tanto en estado de descompensación, la angustia constante, como en estado de equilibrio, en que en muchas ocasiones, la calidad de vida puede perjudicarse a través del mismo tratamiento y sus efectos secundarios. Estudios recientes muestran que los pacientes tratados con antipsicóticos de segunda generación muestran una mejor adherencia al tratamiento (24), concretamente se ha determinado un menor riesgo de suicidio con Aripiprazol, aunque por lo novedoso que es este medicamento, aun no se confía suficiente en su buena evolución, en cambio sí que hay un menor riesgo en pacientes con un tratamiento a base de Clozapina y Onlanzapina en comparación con aquellos tratamientos de Haloperidol (21).

Hemos visto de qué manera se relaciona la esquizofrenia con un elevado riesgo de suicidio, éste se puede definir como el *“riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida”*, así pues los factores que también hemos ido nombrando, que se relacionarían con un intento de suicidio pueden ser la acumulación de medicinas, más sabiendo los efectos secundarios de la mayoría de los fármacos que se utilizan en el tratamiento de dicha enfermedad. Un trastorno o una enfermedad psiquiatría, así como el abuso de sustancias también se relaciona directamente, como la desesperanza, el aislamiento social y un aspecto del que ya se ha hablado, la pérdida de autonomía e independencia que preocupa a las personas que conviven con la enfermedad (25).

Un afrontamiento ineficaz de la situación de salud, definiéndolo como *“la incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas i/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles”* relacionándolo con una conducta destructiva para los propios pacientes, por los problemas de salud frecuentes, por la incapacidad para desempeñar su rol habitual, la mala concentración o el abuso de sustancias, puede ser uno de los grandes responsables de la desesperanza que puede conducir al riesgo de suicidio (25).

Los objetivos principales de las curas de enfermería serían ayudar en el afrontamiento de esta nueva circunstancia, para ello me he basado en Virginia Hénderson por una parte, ya que en su teoría expone que como función de enfermería principal, ésta debe acompañar al paciente a lo largo de su recuperación hasta el punto de recuperar su

autonomía e independencia (26). Debemos como enfermeros/as orientar a la persona, para llegar a este punto en que pueda valerse por sí mismo, adquiriendo la independencia deseada por él mismo.

Hindegard E. Peplau, va a ser en quien me base para llegar al objetivo propuesto en un plan de cuidados para un paciente de estas características, ya que la autora expone que la enfermería psicodinámica es capaz de entender y comprender la conducta y las necesidades que tienen las personas con el fin de resolverlas. Para ello, la autora da mucha importancia a la relación profesional-paciente, entre la cual hay una evolución: la orientación, en la que la persona posee una necesidad que se debe cubrir por el profesional sanitario en este caso, en donde como enfermeros deberemos ayudarlo a comprender el problema e identificar dichas necesidades. La siguiente fase es la de identificación, en la que el individuo puede identificarse con los profesionales y se crea la relación necesaria. Seguidamente la fase de explotación, en la que los profesionales dan e intentan resolver las necesidades que pueda tener, y finalmente la de resolución, en la que la relación entre ambos puede deshacerse ya que ha obtenido todo lo necesario de ella.

Siguiendo con la teoría de la autora, encontramos que definió claramente cuatro experiencias psicobiológicas que pueden desarrollar respuestas destructivas o constructivas, en el caso concreto de un paciente diagnosticado de esquizofrenia, las necesidades que pueda tener, la frustración, conflicto y/o ansiedad. Todas ellas son situaciones reales que se pueden relacionar con las preocupaciones de estos pacientes sobre la autorealización o pérdida de autonomía, de la propia enfermedad, ser aceptados y comprendidos por la sociedad, acabando con los prejuicios a los que se enfrentan que se han nombrado anteriormente (26).

Así pues y utilizando de base la teoría de H. Peplau debemos seguir los pasos de una buena relación terapéutica para intentar resolver las necesidades de los pacientes, concretamente resolver aquella que preocupen más al individuo y por tanto las que conlleven al riesgo de suicidio. Y como ella, yo con el diseño de investigación que quiero llevar a cabo pretendo entender y comprender la percepción de estas personas sobre el suicidio y la muerte mediante un estudio fenomenológico.

OBJETIVO E HIPÓTESIS

El objetivo de este estudio es describir la percepción ante el suicidio en personas que padecen esquizofrenia, aquellas que son conscientes de su enfermedad, para llegar a comprender lo que supone convivir con esta patología, y adentrarnos en los pensamientos, sentimientos.

Objetivos:

- General: Describir la percepción entorno al suicidio en pacientes con esquizofrenia crónica.
- Específicos:
 - Identificar el significado del suicidio desde el punto de vista de las personas diagnosticados de esquizofrenia.
 - Describir las emociones alrededor del suicidio.
 - Conocer los motivos por los que se llega a plantear el suicidio.

Hipótesis:

Al conocer la visión, las emociones y la percepción que tienen los pacientes diagnosticados de esquizofrenia ante el suicidio, enfermería tendrá más herramientas para poderlo abordar y trabajar y así reducir su incidencia en dichos enfermos.

METODOLOGÍA

Para desarrollar el diseño de esta investigación, me he decidido por la metodología cualitativa ya que considero necesaria la aportación de datos descriptivos de cada uno de los participantes en el estudio. El paradigma cualitativo pues intenta comprender fenómenos, creencias, valores, emociones, sentimientos y percepciones, aspectos que se escapan de la metodología cuantitativa, y se puede definir como *“una forma de investigar en la que lo fundamental es comprender la realidad humana desde el punto de vista de sus agentes y utiliza el lenguaje como fuente esencial de la evidencia científica”* (27). Es por eso que en este trabajo he escogido esta metodología, ya que el objetivo principal del proyecto es describir y conocer la percepción del suicidio en pacientes con esquizofrenia, concretamente identificar el significado del mismo describiendo emociones y conociendo los motivos, siempre desde el punto de vista de la misma persona, de su realidad, de forma holística.

Tras la realización de este estudio, busco la recogida de unas percepciones, vivencias u opiniones de cada uno de los participantes, y por ello, dentro de la metodología cualitativa me centraré en la fenomenología, *“una investigación que estudia el mundo tal y como lo ve el protagonista, en la conciencia y las experiencias”* (27). Así pues este tipo de metodología se basa en describir una experiencia vivida a partir de las mismas personas que lo han experimentado, y los objetivos pueden ser analizar la esencia o naturaleza de los fenómenos conscientes, tratar de descubrir las estructuras significativas internas, describir significados vividos o existenciales o explora el significado del ser humano. En relación al proyecto que yo presento, he creído necesaria esta metodología ya que los objetivos de la misma coinciden con los propuestos en mi trabajo, pretendo adentrarme en las experiencias y creencias entorno a un aspecto concreto, como es el suicidio, haciendo referencia también a emociones y percepciones ante el mismo.

El profesional de enfermería *“necesita métodos de investigación que permitan observar a las personas como un ser indivisible, singular y único en el mundo que siente y percibe de una forma individual y propia”* (28). La fenomenología permite estudiar la experiencia vivida respecto una posible enfermedad, como es la esquizofrenia, o una circunstancia como puede ser el suicidio, buscando describir el significado de estos fenómenos experimentados por el propio protagonista a través del análisis de sus descripciones. Los resultados de esta investigación no podrán ser generalizados, ya que esta metodología no lo permite, *“no se pueden generalizar*

conductas humanas, ya que es la misma persona quien construye su mundo y lo vive de acuerdo a sus percepción de la realidad, haciendo que tenga sus propias respuestas a diversas situaciones, incluidas las enfermedades” (28). Así pues no son datos extrapolables a otras situaciones o circunstancias que no sean las expuestas en este trabajo.

Muestra

Los participantes en el estudio serán escogidos a través de los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA). Estos centros se caracterizan por tratar a la comunidad de forma ambulatoria a aquellas personas mayores de 18 años con algún trastorno mental (29).

En este distrito el mayor porcentaje de población es entre 15 y 64 años, concretamente un 67%, dentro de los cuales se encuentra el rango de edad que interesa para llevar a cabo el proyecto. Dentro de esta población en concreto, en Cuitat Vella, las principales causas de muerte entre los hombres son el suicidio, sobredosis y sida, y entre las mujeres, primero sida, seguido por accidentes de tráfico y finalmente suicidio. Es por lo tanto una población con un riesgo importante en relación al suicidio. En cuanto al CSMA de este distrito, en 2011 tubo 2211 pacientes registrados que fueron atendidos, y 22694 de visitas totales en el año (29).

La población diana a la que irá dirigido este proyecto serán aquellas personas diagnosticadas de esquizofrenia que acudan al CSMA de Ciutat Vella para su seguimiento ambulatorio, concretamente la población de estudio está formado por aquellas que quieran participar voluntariamente en el estudio y que cumplan los criterios de inclusión. Todas las personas que cumplan los criterios que se exponen al final de este apartado podrán formar parte del estudio, pero la población final de estudio se realizara mediante la técnica de muestro no probabilística e intencional. Esta técnica de muestreo me permitirá escoger a aquellos individuos que estén más decididos a seguir con el estudio, que tengan unas características especiales como por ejemplo con antecedentes de autolisis, con y sin apoyo social, etc. Las preguntas que se plantearán giran en torno al significado que el suicidio tiene para los participantes, por eso es importante el lugar que ellos ocupan dentro del contexto social, cultural e histórico del que forman parte, el objetivo pues de la elección de este tamaño de la muestra de la segunda fase es lograr que los casos elegidos proporcionen la mayor riqueza de información posible para estudiar en profundidad la pregunta de investigación (30). El tamaño de la muestra para la realización de este

estudio se marcará por saturación, hasta el momento en que ya no se pueda recoger información nueva, con un número entre 10 y 20 participantes entre la población del CSMA que cumpla los criterios de inclusión. Esto se hará con ayuda del profesional de enfermería que trabaja en el mismo centro, con el fin de que nos oriente sobre posibles participantes que sean de nuestro interés, así como también para ponernos en contacto con los mismos. Es un número apropiado para realizar las entrevistas previstas, dándonos un abanico muy amplio para la obtención de datos, aunque el diseño del muestro realmente solo orienta la forma en la que se inicia la búsqueda de participantes, pero la incorporación de éstos dependerá del transcurso del estudio y de la información recopilada durante el trabajo de campo (30).

- Criterios de inclusión:
 - Diagnosticados de esquizofrenia
 - Voluntarios a participar en el estudio
 - Más de 10 años de convivencia con la enfermedad
 - Estabilidad en su estilo de vida
 - Mayores de edad
 - Residir en el distrito de Ciutat Vella
- Criterios de exclusión:
 - No acudir a CSMA para controles
 - Consumidor de drogas u otras sustancias
 - Convivir con otra patología de salud mental: Trastorno de personalidad, trastorno bipolar o Depresión.

Obtención de datos

Para la obtención de datos, siendo un estudio fenomenológico, se realizará a través una entrevista en profundidad, complementada con un diario de campo del entrevistador. Personalmente considero esta modalidad de entrevista adecuada para este proyecto y estas circunstancias ya que se caracteriza por la flexibilidad y la intención de profundizar sobre un aspecto de experiencia vital del protagonista, en este caso en concreto sobre la percepción de suicidio. Emplea comunicación verbal y no verbal y permite describir e interpretar vivencias, actitudes, pensamientos desde la perspectiva del entrevistado (27). Es un mecanismo de obtención de datos que nos permitirá adentrarnos en su percepción de suicidio y estilo de vida, que es pues, el objetivo planteado.

Para llevar a cabo la entrevista se utilizaría la estrategia de embudo, de manera que en un primer momento empezar con una pregunta muy general y, mediante va avanzando la entrevista ir introduciendo preguntas más específicas relacionadas con nuestros objetivos. Con el fin de guiar la entrevista se ha hecho un guión con preguntas basadas en los objetivos del proyecto (Anexo 3). Así pues se realizaría una entrevista dividida en tres fases, siendo la primera con preguntas generales, de tipo exploratorio y descriptivo, en una segunda fase adentrándonos en preguntas sobre opinión y sentimientos, y la última fase será la más íntima sobre experiencias personales (27).

Esta modalidad además se pretende complementar con el diario de campo una forma narrativo-descriptivo de relatar las percepciones, vivencias pensamientos, reflexiones sentidos por el investigador, interpretaciones e hipótesis, donde existen diferentes tipos de notas clasificables en metodológicas, cuando se hablan sobre fechas, lugares, problemas, población. Notas descriptivas para situaciones, teóricas para interpretaciones, y notas personales, que serán las más abundantes en este proyecto, que recogerán las propias vivencias, percepciones, y sentimientos del investigador.

En este estudio se trabajará en base a la triangulación de instrumentos que *“consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante diferentes métodos con el fin de dar fortaleza a los hallazgos”* (31). En este caso una entrevista en profundidad a unos pocos y finalmente el diario de campo del mismo entrevistador, de esta forma se obtendrá un conocimiento mucho más completo de la situación que se trata en el estudio (27). Así pues si los datos recogidos son similares se corroboran dando más fuerza a los resultados, además, este factor ayuda a visualizar el mismo problema desde perspectivas diferentes y así se pueden evitar sesgos que podrían existir en la utilización de una sola estrategia.

Recogida y análisis de datos

La recogida de los datos de la entrevista que se realiza se hará a través de grabación y posterior transcripción al ordenador, al igual que la recogida de información del diario de campo. Para analizar los contenidos se hará con ayuda de un programa informático, concretamente N-vivo, que se utiliza para estos trabajos. Es una herramienta que facilita la codificación de los datos, es decir, descomponer la información obtenida hasta el punto de poder clasificarla en categorías generales y simples (27).

La recogida de datos se hará en base a la triangulación de investigadores, es decir, que *“la observación y el análisis del fenómeno se lleva a cabo por diferentes personas con el fin de dar fortaleza a los hallazgos”* (31). Se implicará así la participación de un segundo y tercer investigador experto en el proyecto, de forma que no será la misma persona la que realice las entrevistas que la que recoja la información, ganando así objetividad. Ambos expertos del estudio serán a poder ser de diferentes disciplinas, en este caso una enfermera especialista en salud mental y un psiquiatra, externos al centro donde se realiza el estudio que se mantendrán en contacto con el mismo *“ya que al estar fuera del estudio pueden no aportar una verdadera visión de lo que se está analizando”* (31). He escogido unos expertos en psiquiatría para que sepan valorar el propósito de la investigación, así como factores que puedan afectar al mismo.

Cronograma

ENERO-MARZO 2014	ABRIL-JUNIO 2014	JULIO-SEPTIEMBRE 2014	OCTUBRE-DICIEMBRE 2014	ENERO-MARZO 2015	ABRIL-JUNIO 2015	JULIO-OCTUBRE 2015	NOVIEMBRE 2015
Búsqueda bibliográfica	Diseño del proyecto	Contacto con expertos y equipo de enfermería	Preparación de material y recursos	Primer contacto con participantes	Entrevistas en profundidad	Recogida de datos	Elaboración y difusión de los resultados
Marco teórico			Elección de participantes	Obtención de consentimiento informado		Análisis de datos	

Este estudio está centrado en un CSMA de un distrito de Barcelona, concretamente el de Ciutat Vella, con el fin de realizar una prueba piloto del mismo durante un primer año, en caso de que fuese exitoso y diese buenos resultados se podría trasladar al resto de distritos.

Así pues, durante los primeros meses del estudio se realizó una amplia búsqueda bibliográfica sobre el tema a tratar elaborándose posteriormente el marco teórico que inicia este proyecto. Considero que es una de las partes más importantes que te guiará sobre el resto del estudio, ya que no solo te sirve para aprender sobre el tema sino también para averiguar qué se ha estudiado al respecto y cómo se puede enfocar tu propio estudio.

A continuación se elaboró el diseño de la investigación, la metodología que se llevará a cabo durante todo el estudio. Una vez aprobado el proyecto nos pondremos en

contacto con los expertos que se encargarán de analizar los resultados del estudio, así como con el personal de enfermería que nos ayudará a seleccionar a los participantes. Esta fase ocupa los meses de verano por lo que se incluyen las vacaciones propias y de los expertos. Después de verano nos dispondremos a elaborar el material, como el consentimiento informado y la guía de las entrevistas en profundidad, y se escogerá a los participantes a través de una reunión con el equipo de enfermería del mismo CSMA de Cuitat Vella.

A principios de año, con todo ya preparado, se realizará el primer contacto con la población a estudio y obtendremos el consentimiento informado. Se realizará en tres meses porque se aprovecharán sus mismas visitas programadas a sus centros de salud mental. En abril empezarán las entrevistas en profundidad, acordando un día para cada paciente, y se llevará a cabo en dos meses aproximadamente para cubrir la población que se pretende.

De julio a octubre se realizará la recogida de datos y el posterior análisis, con o que los meses posteriores se podrá realizar la elaboración y difusión de los resultados obtenidos.

Recursos humanos y materiales

Una vez el proyecto ya este diseñado y esté listo para llevarlo a cabo, deberemos disponer de un seguid de recursos, tanto humanos como materiales, que nos ayudarán en todo el procedimiento.

En relación a los recursos humanos dispondremos además de la investigadora principal, dos expertos en la materia para el análisis de los datos, dándonos mucha más fiabilidad a los resultados, nos aseguramos pues que las creencias y los valores que puede tener la investigadora que realiza las entrevistas, influía en la comprensión de las explicaciones de los participantes. Por otra parte se requiere la colaboración de una enfermera del CSMA Ciutat Vella que nos ayudará a contactar con los participantes así como a la elección de todos ellos.

En relación a los recursos materiales, se requerirá una sala o despacho en el mismo centro de salud mental, en donde se llevaran a cabo las entrevistas de forma individual. Además como entrevistadora se necesitará libreta y material de escribir con el fin de llevar a cabo el diario de campo, una agenda para concretar los días en los que se realizan las entrevistas con cada uno de los participantes, y una grabadora para poder después transcribir todo detalladamente. Finalmente se necesitará un

ordenador para volcar los datos y poderlos analizar con mayor facilidad, para ello concretamente se necesitará un programa informativo de ayuda, N-vivo.

ÉTICA

La investigación en enfermería, es un ámbito que la mayoría de veces a de tratar directamente con las personas afectados o involucrados en la pregunta de investigación, como este trabajo en concreto que pretende adentrarse en la percepción sobre el suicidio explicado directamente por personas con una característica concreta. Es por ello, por el trato y por involucrar a las personas que debemos basar el estudio en el cumplimiento de los principios éticos, obteniendo los resultados para el proyecto teniendo siempre en cuenta los derechos y las necesidades de los participantes.

El principio de beneficencia, obliga a no causar daño alguno, incluido el emocional, a los participantes durante la investigación, aspecto que se tendrá en cuenta y al ser un tema a tratar muy emocional si es necesario de finalizará la entrevista si existiera un participante alterado. Así pues, para garantizar el principio de no maleficencia se informará previamente a los participantes sobre el tema que se tratará para que sean libres de escoger participar o no. Aun así este proyecto no supone ningún riesgo previsible para ninguno de los voluntarios. Por otra parte, con el fin de cumplir con el principio de justicia, los investigadores, tanto quien realizara la entrevista en profundidad como los que participan en el análisis posterior, siempre actuaran con respeto, y agradecimiento. Por último, serán considerados seres autónomos y por eso mismo serán voluntarios a participar en la investigación con todo lo que ello conlleva, grabaciones, y utilización de frases que ellos puedan expresar. Así pues acabamos con el principio de autonomía, redactando un consentimiento informado (Anexo 4) para el paciente antes de su inmersión en la investigación, donde se explicará qué se llevará a cabo, cómo y en qué le puede influir. De esta manera, se garantiza que el proyecto sea éticamente aprobado (27).

CONSIDERACIONES FINALES

Este proyecto, desde su inicio está basado en teorías enfermeras, concretamente en H. Peplau y V. Henderson, y por ello todo él muestra un objetivo claramente de esta disciplina. Este trabajo busca la percepción sobre el suicidio en una población muy concreta, una población en la que el mismo suicidio es la primera causa de muerte. Si se llega a obtener un resultado exitoso de esta investigación, tendríamos, como profesionales de enfermería, herramientas para comprender a las personas a las que hemos de proporcionar unos cuidado, sabremos cuáles son sus reacciones, sentimientos y experiencias y podremos brindar un cuidado real y específico de las necesidades que manifiestan. Así pues, al conocer la visión, las emociones y la percepción que tienen los pacientes diagnosticados de esquizofrenia ante el suicidio, enfermería tendrá más herramientas para poderlo abordar y trabajar y así reducir su incidencia en dichos enfermos.

Para concluir este trabajo quiero hacer referencia a aspectos que me ha aportado en mi aprendizaje, aspectos que han influido, y en relación a diseño de investigación que propongo puntos fuertes y débiles que tiene como proyecto. Así pues, con la realización de este gran trabajo he de decir que he aprendido mucho en cuando a la búsqueda bibliográfica en un principio, así como la importancia de contrastar información antes de utilizarla. Además considero que me ha servido para adentrarme en el mundo de la investigación cualitativa, más complicada de lo que parecía en un principio. Este trabajo también ha reforzado la idea de tener muchos aspectos en cuenta y el saberlos organizar de forma que cobren sentido. Para mí personalmente me ha enriquecido, sobretodo en cuanto a conocimientos teóricos, pero también en experiencia, en verme en la posición de planear una investigación que podría ser real.

La idea del trabajo se ha visto influenciada por la curiosidad sobre la salud mental y la intención de comprender a una población que, desde la sociedad ajena al mundo de la salud, se hace prejuicio con facilidad.

Este proyecto en sí, mi primer proyecto de investigación tiene virtudes además de carencias que los he clasificado en punto fuertes y puntos débiles:

- Puntos fuertes
 - Es un proyecto que se puede llevar a cabo en la realidad. Es flexible y económico.
 - Tiene un propósito de mejora en la práctica enfermera.

- La entrevista en profundidad permite una gran riqueza informativa, con lo que los resultados serán ricos y abarcarán muchos temas distintos, siempre relacionados con el objetivo.
- Como punto fuerte personal ha sido la buena tutorización y la aceptación de las críticas constructivas, que me han permitido avanzar a mi ritmo y con éxito.
- Puntos débiles
 - No se puede exportar a otro contexto o población.
 - Este tipo de estudio requiere mucho tiempo, un inicio para realizar el marco teórico y el diseño, contactar con los participantes y llevar a cabo las entrevistas.
 - Siempre existen en cualitativa posibles interpretaciones erróneas que pueden llevar a afectar a la fiabilidad del proyecto.
 - Como punto débil personal puedo decir que he tenido dificultades en un principio en concretar el tema de estudio así como organizar los apartados posteriormente.

Finalmente decir, aunque ya lo reflejo en puntos fuertes, agradecer a la tutora la forma tan cercana y clara de llevar el trabajo final de grado, me ha permitido confiar, y mejorar en todos los aspectos. Además también quiero concluir exponiendo que, en relación a la asignatura en global, ha tenido un buen planteamiento dividiéndola en dos asignaturas, y que me ha ayudado en gran medida a conocer la metodología cualitativa y la importancia de la investigación en enfermería, de una manera práctica. Este trabajo me ha enseñado una herramienta esencial para mejorar los cuidados enfermeros que se llevan a cabo y poder así ayudar al crecimiento de esta profesión.

ANEXOS

Anexo 1: Búsqueda Bibliográfica

FECHA	BASE DE DATOS	PALABRA CLAVE	Nº ARTÍCULOS	ARTÍCULOS DE INTERÉS
18/01/14	Mendeley	Suicidio, esquizofrenia	320	23
	Mendeley	Detección suicidio esquizofrenia	352	11
	PubMed	Suicidio, esquizofrenia	2	0
	Scopus	Suicidio, esquizofrenia	4	3
21/01/14	Web of science	Schizophrenia, suicide	5713	4
	Scopus	Schizophrenia, suicide	4287	5
	Cochrane Plus	Schizophrenia, suicide	8	1
	PubMed	Schizophrenia, suicide	2465	6
	Biblioteca	Esquizofrenia		2
28/01/14	Gentcat	Salut Mental	4	2
	Google academico	Suicidio esquizofrenia	3460	4
3/02/14	Periódico	Epidemiologia suicidio	1	1
14/2/14	Pubmed	Suicide eschizophrenia	2480	5
	sciencedirect	Patient opinion suicide attempt schizophrenia	100	10
28/4/14	Google	CSMA ciutat Vella	1	1
	Compra	Elaborar proyecto de investigación	1	1
	Google académico	Muestreo, Triangulación, Fenomenología	3	3

Anexo 2: Datos Bibliografía

TÍTULO	AÑO	N/I	RESUMEN	UTILIZACIÓN
Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente	2009	N	Guia practica.	Definición, epidemiología. Estigma y discriminación (69). Fases (71). Suicidio (86)
Enfermería psiquiátrica y salud mental	2009	N	Libro psiquiatria	Definiciones, sintomas
La Hora de la Fenomenología en la Esquizofrenia	2010	N	Visión de la persona sobre la enfermedad y la evaluación desde un punto de vista del yo, autoconciencia, corporalidad, etc.	Significado de la enfermedad desde el punto de vista del paciente
Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura	2012	N	Esquizofrenia como trastorno del Yo (adolescencia formacion del yo) más qe del cerebro. Su origen en la industrialización.	Esquizofrenia desde un punto de vista fenomenologico.
Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: percepción de portadores y cuidadores	2011	N	Estudio para encontrar las cuestiones existenciales en pacientes con esquizofrenia	Ayudarme a identificar lo importante en sus vidas y lo que temen perder
Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia	2011	N	Estudio sobre lo que más preocupa al paciente	Identificación de lo importante e sus vidas y lo que pueden perder.
Sinopsis de psiquiatría. Kaplan y Sadock	2008	N	Libro psiquiatria	Definiciones

Defunciones según la Causa de Muerte	2014	N	Datos epidemiológicos sobre causa de defunción en España. INE	Comparación epidemiológica
Aspectos clínico-epidemiológicos del suicidio consumado en pacientes con esquizofrenia	2012	N	Estudio epidemiológico suicidio en esquizofrenia	Introducción y contextualización del problema.
Guía práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida	2010	N	Guía sobre concepto, factores y tratamiento conducta suicida	Conducta suicida Entrevista clínica (cuestionario)
Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista	2010	N	Significado suicidio	Significado suicidio
La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días	2010	I	Suicidio y significado según la teoría de Émile Durkheim	Significado de suicidio
Clinical characteristics in schizophrenia patients with or without suicide attempts and non-suicidal self-harm--a cross-sectional study.	2013	I	Diferenciación epidemiológica entre una tentativa, más de una y lesiones sin tentativa	Epidemiología más específica
Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes	2008	N	Estudio sobre la prevención del suicidio, talleres.	La dinámica del suicidio.

FACTORES DE RIESGO Y CONTEXTO DEL SUICIDIO	2011	I	Factores de riesgo del suicidio.	T.Psiquiátricos (Epidemiología). T.psicóticos y factores de riesgo en esquizofrenia
Seguridad en esquizofrenia: reducir el suicidio y el intento de suicidio.	2006	I	Factores de riesgo del suicidio y mejora de la seguridad.	Parte teórica, suicidio, depresión. Elaboración cuestionario.
Subjective experience and suicidal ideation in schizophrenia	2008	I	A través de casos, estudio fenomenológico, entrevista sobre ideación suicida	Marco teórico, que se conoce hasta el momento. Elaboración de cuestionario
The association between anomalous self-experience and suicidality in first-episode schizophrenia seems mediated by depression	2012	I	Estudio fenomenológico, pos casos. Motivaciones suicidio y relación con depresión. En el primer episodio	Escalas para elaborar cuestionario. Marco teórico. Que se sabe hasta el momento
Defeat and entrapment in schizophrenia: The relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms	2010	I	Relación síntomas positivos y relación suicida. Estudio de casos. Derrota y atrapamiento como motivos.	Marco teórico. Que se sabe hasta el momento, que causa la ideación suicida en relación a los síntomas.
Risk factors for suicide among 34,671 patients with psychotic and non-psychotic severe depression.	2013	I	Estudio que estudia factores de riesgo de suicidio en depresión psicótica y no psicótica, evaluando si los síntomas psicóticos son un factor de riesgo	Factores de riesgo, causas. Síntomas psicóticos.
Medication and suicide risk in schizophrenia: a nested case-control study.	2013	I	Diferencia y riesgos de suicidio en la medicación de esquizofrenia.	Riesgo de suicidio y medicación.

NANDA	2012	N	Diagnosticos enfermeros	Riesgo de suicidio Afrontamiento ineficaz
Modelos y teorias de enfermeria. Marriner	2011	N	Libro, modelos y teorias de enfermería	Henderson (autonomia) Peplau
Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia	2006	I	Busca relacion entre el funcionamiento conginitivo y la calidad de vida	En caso de hablar del rendimiento laboral, como aspecto de calidad de vida.
Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente	2007	I	Estudio en un grupo de pacientes por intento de suicidio, diferenciando de alto y bajo riesgo	Trastorno depresivo mayor como factor asociado el 60%
Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia	2007	N	Relacion enfermedad con apollo social	Importancia del apoyo social. Cuestionario?
Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave	2010	N	Guia sobre el suicidio	Pag 18 suicidio i t.mentales Muestra la desesperanza en esquizofrenia. Intro.
Anticipated discrimination is related to symptom severity, functionality and quality of life in schizophrenia.	2013	I	Descripción de afectación estigma en pacientes con esquizofrenia.	Que pacientes son más propensos a la depresión dentro de esquizofrenia. Aquellos sin apoyo y con

Aplicación de la terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia	2002	N	Un ejemplo de proceso de recuperación de un paciente esquizofrénico con terapia cognitivo-conductual	Elaborar cuestionario Ver proceso de recuperación.
EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES PARA EL TRABAJO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL AUTOREPORTE Y LA TÉCNICA DE JUEGO DE ROLES	2007	I	Descripción de dificultades para mantener un trabajo en personas con esquizofrenia.	Hablar en calidad de vida.
La terapia interpersonal de la depresión en la esquizofrenia : una propuesta de tratamiento .	2012	N	Aparición de depresión en esquizofrenia y factores de riesgo, como esto aumenta el riesgo de suicidio	Depresión en esquizofrenia, causa de suicidio
ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN SANITARIA	2006	N	Guia sobre el suicidio en hospitalización.	Elaborar cuestionario Ver proceso de recuperación.
Papel de la experiencia en la aceptación vs. rechazo del paciente con esquizofrenia	2008	I	Estudio sobre la la experiencia y la aceptación de la enfermedad	No aceptación de enfermedad, suicidio.
Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia.	2003	I	A traves de casos se explican experiencias reales y propias de pacientes dx de esquizofrenia	Justificación tipo de estudio. Enfocar cuestionario. Marco teórico, estilo de vida.
Self-disorder and subjective dimensions of suicidality in schizophrenia	2010	I	A través de casos, estudio fenomenológico, entrevista sobre ideación suicida	Marco teórico, que se conoce hasta el momento.

Resilience to suicidal ideation in psychosis: Positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness	2010	I	Estudio sobre factores que pueden amortiguar el impacto negativo de la desesperanza.	Marco teorico.
Working memory in schizophrenia: A systematic study of specific modalities and processes	2011	I	ESTUDIO CASO-CONTROL. Estudio sobre la memoria y el trabajo. Diferencias	Dentro de los síntomas.
Suicide attempts and associated factors in older adults with schizophrenia	2010	I	Estudio sobre adultos. Prevalencia y factores asociados.	Factores relacionados con el suicidio y prevalencia en adultos. Introducción epidemiología y marco teorico , causas
The meaning of suicidal psychiatric in patients' experiences of being cared for by mental health nurses	1999	I	Estudio de casos, fenomenológico sobre la relación enfermera en salud mental	Importancia de enfermería para el paciente de salud mental
Suicide and self-harm in in-patient psychiatric units: a study of nursing issues in 31 cases	2000	I	Casos de suicidios y lesiones en el centro hospitalario	Epidemiología, suicidio dentro del recinto hospitalario (proceso de recuperación)
Prevención del suicidio, un instrumento para trabajadores de atención primaria	2000	I	Documento de la OMS sobre el suicidio	Suicidio pag 8-9 sobre esquizofrenia, resumen artículos sobre los motivos.
El suicidio	2002	N	Definición, historia y epidemiología clasificada sobre el suicidio en salud mental	Pagina 7 (sobre esquizofrenia) epidemiología, factores de riesgo

Association analysis between suicidal behaviour and candidate genes of bipolar disorder and schizophrenia.	2013	I	Estudio cualitativo sobre intentos de suicidio en t. Bipolar y esquizofrenia, relacionandolo con genética	Factores relacionados con el intento de suicidio.
Psychotic-like experiences and their relationship to suicidal ideation in adolescents.	2014	I	En adolescentes, relacion suicidio, esquizofrenia y depresión	Utilización de escalas para cuestionario. Factores de riesgo en adolescentes.
Mortality , attempted suicide , re-hospitalisation and prescription re fi ll for clozapine and other antipsychotics in Sweden — a register-based study	2014	I	Analizar la re-hospitalización, mortalidad total , la mortalidad a causa de suicidio e intento de suicidio entre los pacientes que tomaban varios tipos de antipsicóticos	Suicidio pacientes en tratamiento con algun tipo de antipsicótico Factores de riesgo
Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis.	2012	N	Guía para llevar a cabo el proyecto de investigación, por apartados y bien explicado	Para guiarme en la elaboración de la metodología.
Dades de Salut del Districte de Ciutat Vella	2011	N	Datos estadísticos de la población de un distrito.	Datos de salud sobre el CSMA.
Fenomenología como método de investigación cualitativa: una opción para el profesional de enfermería	2012	I	La importancia de la fenomenología en el profesional de enfermería	Utilizado para la justificación de la metodología
El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias	2012	I	Muestra estrategias de muestreo posibles	Utilizado para escoger la forma de muestreo
Métodos de investigación cualitativa: Triangulación	2005	I	Muestra estrategias de muestreo y se adentra en la utilización de métodos como la triangulación.	Utilizado para justificar la triangulación de los datos

Anexo 3: Guía entrevista

En una primera fase:

Presentación del entrevistador y explicación del estudio: “el estudio en el que usted está participando es una prueba piloto en el distrito de Ciutat Vella y tiene el objetivo de conocer la percepción del suicidio en personas que conviven con la esquizofrenia. Lo haremos mediante algunas preguntas que le iré haciendo. Esta entrevista es anónima y será grabada”. Seguidamente preguntar si tiene alguna duda y proseguir a empezar la entrevista.

Entrevista:

Se empezará con preguntas abiertas como por ejemplo: “¿Cómo convive con su enfermedad?, ¿Qué es lo que más le inquieta actualmente?, ¿Qué piensa sobre el suicidio?, ¿Podría definirme el concepto?, ¿Qué opina sobre la muerte?”

Poco a poco introducir preguntas más concretas como por ejemplo: “¿El suicidio es un aspecto de su vida que le preocupa?, ¿Tiene un buen apoyo familiar?, ¿Usted se lo ha llegado a plantear?, ¿Qué motivo le llevo a pensarlo?, ¿Considera el suicidio como una vía de escape?, ¿Por qué cree usted que se llega a tomar esta decisión?, ¿Crees que el hecho de padecer una enfermedad mental aumenta las posibilidades, porqué?, ¿La muerte le da miedo?, ¿Considera que esta enfermedad le limita en su vida diaria?, ¿Cómo le afecta a usted la noticia del suicidio de algún conocido?”.

Anexo 4: Consentimiento informado

Usted ha sido seleccionado por los profesionales de su Centro de Salud Mental (CSM) para participar en un proyecto de investigación que se lleva a cabo en el que se va a estudiar la percepción sobre el suicidio en personas diagnosticadas de esquizofrenia. El objetivo principal es describir la percepción ante el suicidio en personas que padecen esquizofrenia, aquellas que son conscientes de su enfermedad, para llegar a comprender lo que supone convivir con esta patología, y adentrarnos en los pensamientos, sentimientos.

Este proyecto se realizará a través de una entrevista personal con el investigador principal en su propio CSM. En el caso de que en algún momento sienta usted incomodidad o cualquier sentimiento o causa que haga que quiera abandonar la sesión estará en su derecho. La participación es totalmente voluntaria. Así como abandonar la participación en la investigación.

Los datos recogidos mantendrán el anonimato de los participantes en el estudio y usted tendrá la oportunidad de ver los resultados una vez publicados.

Si está de acuerdo con los términos acordados con el investigador que le ha hecho llegar esta información rellene los datos siguientes:

YO.....
Identificado con el DNI o Pasaporte:.....,
manifiesto que he recibido la información necesaria sobre la investigación "Percepción del suicidio en esquizofrenia: Un diseño fenomenológico", en el CSMA, Día:.....
Y acepto participar.

Firma:

Podrá usted contactar con el investigador en caso de dudas en el número de teléfono 676465050

Agradecemos su participación y nos pondremos en contacto con usted.

GLOSARIO

- *Diario de campo: forma narrativo-descriptiva de relatar observaciones, reflexiones y reacciones sobre lo vivido, percibido, sentido por el investigador así como las primeras intuiciones, interpretaciones, análisis e hipótesis acerca de lo que está ocurriendo (27).*
- *Enfermería psicodinámica: aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia (26).*
- *Entrevista en profundidad: modalidad de entrevista no dirigida en la que prima la flexibilidad y la intención de profundizar sobre algún aspecto de la experiencia vital del entrevistado (27).*
- *Estrategia de embudo: consiste en un primer momento de formular una pregunta muy general y posteriormente ir introduciendo alguna pregunta relacionada con nuestros objetivos específicos de la investigación (27).*
- *Fenomenología: es la investigación sistemática de la subjetividad y su origen; estudia el mundo tal y como se lo presenta en la conciencia o en la experiencia (27).*
- *Metodología cualitativa: se puede definir como una forma de investigar en la que lo fundamental es comprender la realidad humana desde el punto de vista de sus agentes y utiliza el lenguaje como fuente esencial de la evidencia científica (27).*
- *Muestreo no probabilístico: no todos los individuos de la población tienen la misma probabilidad de formar parte de la muestra (27).*
- *Muestreo por saturación: En el ámbito de la investigación cualitativa se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos (30).*
- *Trastorno de ipsiedad: (idea de uno mismo), caracterizado por una consciencia intensificada de aspectos normalmente implícitos o prereflexivos, por un sentido de disminuido de sí mismo como sujeto de la experiencia y de la acción y por la alteración de la articulación perceptiva del mundo" (7),*
- *Triangulación: trata del uso, en un mismo estudio, de diferentes tipos de datos, teorías, investigadores, métodos y metodología (27).*
- **CSMA: Centre de Salut Mental d'Adults**

BIBLIOGRAFÍA

1. VA. Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística. España: 2014;1–14.
2. VA. Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: 2000; 1-20.
3. Cohen CI, Abdallah CG, Diwan S. Suicide attempts and associated factors in older adults with schizophrenia. *Schizophr Res* [Internet]. Elsevier B.V.; 2010 Jun [cited 2014 Feb 19];119(1-3):253–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20382505>
4. Cavieres F. A, Valdebenito V. M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. Chile: 2005; 43(2): 97-108.
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. *Fòrum de Salut Mental*, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente [Versión resumida]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
6. Megías-Lizancos F. SPM. Enfermería en psiquiatría y salud mental. difusión Av enfermería. España: 2009;141–50.
7. Marino P-Á, José M. G-M, Louis S. La Hora de la Fenomenología en la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*. España: 2010; 21(3): 221–33.
8. Pérez Alvarez M. Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema* [Internet]. España: 2012;24:1–9. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3817522>
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3817522&orden=329026&info=link>
9. Wagner LC, Torres-González F, Geidel AR, King MB. Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: percepción de portadores y cuidadores. *Revista de Saúde Pública*. España: 2011; 2011;45(2):401-8
10. Ochoa S, Martínez F, Ribas M, García-Franco M, López E, Vilellas R, et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. España: 2011; 31 (111), 477-489
11. J. Sadock B., A. Sadock V. Sinopsis en psiquiatría. 10a Ed. Molters Klumer. España: 2008; 467-487

12. L. Gómez-Durán E. Aspectos clínico-epidemiológicos del suicidio consumado en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatria*. España: 2012;40(6):333-45
13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
14. Velasco Salles MDM, Pujal i Llombart M. Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista. *Athenea Digit* [Internet]. España: 2010;7:133–47. Available from: <http://ddd.uab.cat/record/5327/>
15. Palacio AF. La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Affect Soc* [Internet]. Colombia: 2010;7:1–12. Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis/article/viewFile/6318/6520> \n <http://antares.udea.edu.co/~psicoan/affectio12.html>
16. Mork E, Walby F a, Harkavy-Friedman JM, Barrett E a, Steen NE, Lorentzen S, et al. Clinical characteristics in schizophrenia patients with or without suicide attempts and non-suicidal self-harm--a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. BMC Psychiatry. Norway; 2013 Jan [cited 2014 Jan 21];13(1):255. Available from: [http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3852098&tool=pmc](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3852098&tool=pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3852098&tool=pmc.ncbi.nlm.nih.gov&rendertype=abstract)
17. Chávez-Hernández AM, Núñez MCM, Macías-García LF. Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes(Spanish). *Salud Ment*. México: 2008;31:197–203.
18. Mejía Luchinger M., Sanhueza Ojeda P., González Hernández J. FACTORES DE RIESGO Y CONTEXTO DEL SUICIDIO. *Revista Memoriza.com*. Chile: 2011; 8: 15-25
19. Addington DE. Seguridad en esquizofrenia: reducir el suicidio y el intento de suicidio. *RET, Revista de Toxicomanías*. Canadá; 2006 N°. 49: 17-24.
20. Skodlar B, Tomori M, Parnas J. Subjective experience and suicidal ideation in schizophrenia. *Compr Psychiatry* [Internet]. Denmark: 2008 [cited 2014 Jan 27];49(5):482–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18702934>
21. Haug E, Melle I, Andreassen O a, Raballo A, Bratlien U, et al. The association between anomalous self-experience and suicidality in first-episode schizophrenia seems mediated by depression. *Compr Psychiatry* [Internet]. Elsevier Inc. Denmark ; 2012 Jul [cited 2014 Feb 19];53(5):456–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21871617>

22. Taylor PJ, Gooding P a, Wood AM, Johnson J, Pratt D, Tarrier N. Defeat and entrapment in schizophrenia: the relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Res* [Internet]. Elsevier Ltd. England: 2010 Jul 30 [cited 2014 Feb 8];178(2):244–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20472304>
23. Leadholm AKK, Rothschild AJ, Nielsen J, Bech P, Ostergaard SD. Risk factors for suicide among 34,671 patients with psychotic and non-psychotic severe depression. *J Affect Disord* [Internet]. Elsevier. Denmark: 2013 Dec 18 [cited 2014 Jan 21];156:119–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24388683>
24. Reutfors J, Bahmanyar S, Jönsson EG, Brandt L, Bodén R, Ekblom A, et al. Medication and suicide risk in schizophrenia: a nested case-control study. *Schizophr Res* [Internet]. Elsevier B.V. Sweden: 2013 Nov [cited 2014 Jan 21];150(2-3):416–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24094723>
25. NANDA Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación: 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012.
26. Alligood MR, Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Elsevier. Barcelona: 2011; p. 54–8.
27. Isern MTI, Segura AMP, Aguilar EMG, Hito PD. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. Edicions Universitat Barcelona; 2012
28. Trejo Martinez. Fenomenología como método de investigación cualitativa: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol. México*. 2012; 11(2): 98-101
29. Ajuntament de Barcelona. Dades de Salut del Districte de Ciutat Vella. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2011
30. Martinez-Salgado, M. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia & Saúde. México*. 2012; 17(3): 613-619
31. Okuda Benavides, M., Gómez Restrepo, C. Métodos de investigación cualitativa: Triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatria. Colombia*. 2005; 34(1): 118-124.