



Anàlisi de l'efectivitat d'una intervenció de prevenció de suïcidi en estudiants d'Infermeria

Projecte finalitzat

Aina Torres Florit

Tutor: Dr. David Ballester Ferrando

2018-2019

Grau en Infermeria

Treball de Fi de Grau

AGRAÏMENTS

Principalment al meu tutor, Dr. David Ballester Ferrando, per l'orientació, l'ajuda i el recolzament des del principi fins el final del treball. També, per la seva gran disponibilitat i constància durant la realització del projecte.

A tots els estudiants de segon i tercer curs del Grau d'Infermeria que han contestat l'enquesta de manera voluntària i desinteressada. També, a tots els professors de la Universitat que m'han facilitat l'accés a les seves classes per poder administrar les enquestes als estudiants.

A tots els professionals que van fer possible la realització de l'obra de teatre "No m'oblideu mai", per donar veu als joves que coneixen de prop el suïcidi i, sobretot, per compartir-ho.

A la meua família, per fer possible i acompanyar-me en aquest camí. I a la meua parella, en Marc, per la confiança que sempre ha dipositat en mi i pel suport incondicional que m'ha ajudat a seguir endavant.

ÍNDIX DE CONTINGUTS

RESUM	4
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓ	8
MARC TEÒRIC	9
1. <i>CONCEPTE DE SUÏCIDI</i>	9
2. <i>EPIDEMIOLOGIA DEL SUÏCIDI</i>	11
3. <i>FACTORS DE RISC</i>	14
3.1. Factors de risc individuals	14
3.2. Factors de risc familiars i contextuals	18
3.3. Altres factors de risc	19
4. <i>FACTORS PROTECTORS</i>	20
4.1. Factors protectors personals	20
4.2. Factors protectors socials o mediambientals	20
5. <i>EL SUÏCIDI, ESTUDIANTS D'INFERMERIA I PROGRAMES DE PREVENCIÓ EN JOVES</i>	21
HIPÒTESI	25
OBJECTIUS	26
METODOLOGIA	27
<i>Disseny</i>	27
<i>Àmbit</i>	27
<i>Població</i>	27
<i>Criteris d'inclusió i d'exclusió</i>	27
<i>Mostra</i>	27
<i>Variables</i>	28
<i>Instruments</i>	30
<i>Intervenció</i>	31
<i>Procediment de l'estudi</i>	32
<i>Anàlisi de dades</i>	33
<i>Consideracions ètiques</i>	33
RESULTATS	35
<i>Característiques sociodemogràfiques dels estudiants d'Infermeria</i>	35
<i>Risc de suïcidi dels estudiants del grup control i del grup experimental en la pre-intervenció i en la post-intervenció</i>	36
<i>Comparació de variables clíniques del grup experimental i del grup control en la pre-intervenció i en la post-intervenció</i>	38
<i>Comparació de variables clíniques en el pre-post del grup experimental i en el pre-post del grup control</i>	40
<i>Relació de les variables sociodemogràfiques (Sexe i Curs d'Infermeria) i les variables clíniques</i>	41
DISCUSSIÓ	45
LIMITACIONS	48
FUTURES LÍNIES DE RECERCA	48
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAFIA	51
ANNEXOS	60
<i>Annex 1 – Full informatiu i consentiment informat</i>	60
<i>Annex 2 – Enquesta: Prevenció del suïcidi</i>	62
<i>Annex 3 – Permís al Deganat de la Facultat d'Infermeria</i>	69

RESUM

Introducció: L'Organització Mundial de la Salut (OMS) estima que més de 800.000 persones moren per suïcidi cada any. Així doncs, l'OMS classifica el suïcidi com a segona causa de mort entre els joves d'entre 15 i 29 anys. A més a més, es classifica el fet de ser estudiant d'Infermeria com un esdeveniment estressant amb escasses estratègies d'afrontament. Tanmateix, la prevenció del suïcidi a Espanya és molt escassa i en conseqüència, es veu clara la necessitat d'implementar programes de prevenció de suïcidi i de treballar-ho amb les poblacions d'alt risc, com els estudiants d'Infermeria.

Objectius: Identificar el risc de suïcidi dels estudiants d'Infermeria de la Universitat de Girona i avaluar l'efectivitat d'una intervenció de prevenció del suïcidi en estudiants universitaris d'Infermeria.

Metodologia: Estudi analític i quasi experimental, pre-post. La població d'estudi han estat els estudiants del Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona que cursaven segon i tercer durant el curs acadèmic 2018-2019, amb edats compreses entre els 18 i 30 anys (n=86). Els instruments utilitzats foren: el qüestionari ad-hoc de dades sociodemogràfiques, el qüestionari "Reasons For Living in Young Adults" (RFL-YA), el qüestionari "Trait Meta-Mood Scale-24" (TMMS-24) i l'escala de Plutchik. Es va dur a terme una intervenció al grup experimental consistent en la visualització i posterior debat d'una obra de teatre que tractava de donar veu als joves que coneixen de prop el suïcidi. Així mateix, es varen administrar els qüestionaris abans de la intervenció i 4 mesos després de la intervenció tant al grup experimental com al grup control amb la finalitat de comprovar l'efectivitat de la intervenció.

Resultats: Un 8'1% dels estudiants d'Infermeria presenten risc de suïcidi i fins a un 22'1% refereix haver presentat ideacions suïcides. En la segona administració d'enquestes, la puntuació mitjana total de la RFL-YA en el grup experimental va ser de 168'66 i en el grup control de 159'08 (p=0'019). Seguint la mateixa línia, la puntuació mitjana total de la TMMS-24 va ser de 86'30 en el grup experimental i de 80'21 en el grup control (p=0'029). En ambdues enquestes hi ha diferència significativa entre els dos grups.

Conclusions: Tant les raons per viure com la intel·ligència emocional s'han vist

millorades en el grup experimental i després de la intervenció. De la mateixa manera, els factors protectors davant el suïcidi s'han vist més reforçats en el grup experimental que en el grup control, essent estadísticament significatius en les dimensions d'expectatives davant el futur i les creences d'afrontament i en la dimensió de reparació emocional. Així doncs, la intervenció sembla haver estat efectiva per reforçar el metaconeixement dels estats emocionals, així com altres factors protectors del suïcidi més concrets. A més a més, considero que aquests tipus d'intervencions poden ser de gran ajuda a tots els professionals sanitaris i generar una millora en la concepció i en el coneixement del suïcidi, així com en l'abordatge de diferents situacions de risc.

Paraules clau: Suïcidi, Risc de suïcidi, Estudiants d'Infermeria, Factors protectors, Prevenció primària, Estudi d'intervenció.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organisation claims that more than 800.000 people die every year as a result of suicide. So, the WHO categorizes suicide as the second most common cause of death among young people aged between 15 and 29 years old. Moreover, being a nursing student is catalogued as a stressful event with few confrontation strategies. Likewise, the suicide prevention in Spain is scarce and as a result of this , they need to implement suicide prevention programs, as well as work it through great risk populations, such as nursing students.

Objectives: Identify the risk of suicide of nursing students at Girona University and assess the efficiency of a suicide prevention intervention with University nursing students.

Methodology: Analytic study and practically experimental, pre-post. The population subject of the study has been the Nursing students in year two and three at Girona University during the school year 2018-2019, and aged between 18 and 30 years old (n=86). The tools used were: the questionnaire “ad-hoc”, with socio demographic data, the questionnaire “Reasons For Living in Young Adults” (RFL-YA), the questionnaire “Trait Meta-Mood” Scale-24 (TMMS-24) and the Plutchik scale. An intervention to the experimental group was done, consisting of a visualization and posterior debate of a play about giving voice to young people that are victims of suicide. Furthermore, questionnaires were given before the intervention and also 4 months after the action, to both the experimental group and the control group in order to check the effectiveness of the procedure.

Results: An 8'1% of the nursing students register suicide risk and until a 22'1% admit they had suicide thoughts at least once. On the second round of questionnaires, the total average of the RFL-YA in the experimental group was 168'66 and in the control group 159'08 ($p=0'019$). Proceeding along the same line, the total average punctuation of the TMMS-24 was 86'30 in the experimental group and 80'21 in the control group ($p=0'029$). In both surveys there is a significant difference between the two groups.

Conclusions: Both, the reasons for living and the emotional intelligence have been improved within the experimental group and after the intervention. In the

same way, the protector elements in front of the suicide have been seen more, reinforced in the experimental group than in the control group. Statistically, the aspects are significant in the dimensions of future expectations, confrontation beliefs and emotional reparation. So, the procedure seems to have been effective to reinforce the emotional states metaknowledge, such as other concrete protection factors of suicide. Moreover, I consider these actions can be helpful to all the sanitary professionals and improve the understanding and knowledge of suicide, as well as, facing different situations of risk.

Key words: Suicide, Risk of suicide, Nursing students, Protection factors, Primary prevention, Study of intervention.

INTRODUCCIÓ

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) estima que cada 40 segons, una persona mor al món a causa del suïcidi. L'any 2017 a Espanya hi va haver 3.679 morts per suïcidi i cal destacar que 273 pertanyen a la franja d'edat d'entre 15 i 29 anys. Així doncs, des del 2008, el suïcidi s'ha convertit en la principal causa de mort externa a Espanya [1,2].

Desafortunadament, la prevenció del suïcidi a Espanya és molt escassa i les necessitats de la societat, de forma directa o indirecta, ho reclamen. Tot i un augment de la recerca i el coneixement sobre el suïcidi i la seva prevenció, el tabú i l'estigma que l'envolta persisteix i és un gran problema de salut pública [3].

Cal remarcar que existeix una relació significativa entre el risc de suïcidi i el col·lectiu adult jove, en aquest cas concretant-nos en estudiants de Grau d'Infermeria. Així doncs, seria interessant expandir la recerca en aquest àmbit, ja que es classifica el fet de ser estudiant d'Infermeria com un esdeveniment estressant, per la freqüent exposició en els períodes de pràctiques clíniques a situacions de sofriment, malaltia, invalidesa i mort, amb escasses estratègies d'afrontament [4].

A més a més, es faria un pas més per rompre el tabú i sensibilitzar al col·lectiu infermer de l'impacte i la importància d'aquest tema. D'aquesta manera, el present estudi tractarà de conèixer el risc de suïcidi dels estudiants d'Infermeria de la Universitat de Girona i avaluar l'efectivitat d'una intervenció de prevenció del suïcidi.

MARC TEÒRIC

1. CONCEPTE DE SUÏCIDI

El «suïcidi» és un neologisme atribuït a l'abat francès Desfontaines al 1752 (encara que sembla que Prévost, un altre abat també francès l'utilitza al 1734) que es compon amb “sui” (“de si mateix”) i “caedere” (“matar”) [3,5].

No obstant, la paraula *suicide* va ser utilitzada per primer cop a Anglaterra l'any 1642 per T. Browne a *Religio Medici* [3,6].

Durkheim [7], l'any 1897, descriu el suïcidi com “tota mort que resulta, mediata o immediatament, d'un acte, positiu o negatiu, realitzat per la mateixa víctima, sabent ella que havia de produir aquest resultat”.

Shneidman [6], l'any 1971, defineix el suïcidi com l'acte humà d'autoinflingir-se, cessament intencional de la pròpia vida.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'any 1986, va definir el suïcidi com «un acte amb resultat letal, deliberadament iniciat i realitzat pel mateix subjecte, sabent o esperant el seu resultat letal i a través del qual pretén obtenir els canvis desitjats» [8].

Cal destacar que el suïcidi ha estat considerat durant tot aquest temps com a concepte immòbil, a diferència de l'actualitat, que es classifica com un procés, un contínuum que varia depenent de la seva naturalesa i de la seva gravetat [9].

Així doncs, Diekstra [9], l'any 1993, diferencia entre suïcidi, intent de suïcidi i parasuïcidi, basant-se en funció de si el resultat de la conducta és mortal o no i de la gravetat d'aquesta conducta.

O'Carroll et al. [9], l'any 1996, van plantejar una nomenclatura dels pensaments i conductes relacionades amb el suïcidi, adoptada pel National Institute of Mental Health d'Estats Units. Aquesta es diferencia entre ideació suïcida, conducta instrumental, intent de suïcidi i suïcidi consumat.

Més endavant, Silverman et al. [10,11] van realitzar al 2007 una revisió de la nomenclatura proposada per O'Carroll et al. recollint aspectes claus de diferents definicions proposades anteriorment: resultat de la conducta, entitat de l'acte, grau d'intencionalitat i coneixement o consciència dels resultats de la conducta.

També, Silverman [11] va afegir la denominada comunicació suïcida i, a més a més, el terme conducta instrumental el va canviar pel d'amenaça suïcida.

D'aquesta forma, a continuació es descriu la terminologia utilitzada:

- **Ideació suïcida:** pensaments sobre el suïcidi (cognicions).
- **Comunicació suïcida:** acte interpersonal en el què es transmeten pensaments, desitjos o intencionalitats d'acabar amb la pròpia vida. És el punt entremig de la ideació suïcida i la conducta suïcida. La comunicació suïcida inclou:
 - **Amenaça suïcida:** acte interpersonal, verbal o no verbal, que podria preveure una possible conducta suïcida en un futur proper.
 - **Pla suïcida:** és la proposta d'un mètode per portar a terme una conducta suïcida potencial.
- **Conducta suïcida:** conducta potencialment lesiva i autoinfligida, en la que hi ha evidència implícita o explícita que la persona desitja utilitzar l'aparent intenció de morir, amb alguna finalitat i/o la persona presenta algun grau, determinant o no, d'intenció d'acabar amb la seva vida.

Es considera conducta suïcida:

- Autolesió/gest suïcida: la persona desitja utilitzar l'aparent intenció de morir amb alguna finalitat.
- Conducta suïcida no determinada: grau indeterminat d'intencionalitat suïcida que pot resultar sense lesions, amb lesions o causar la mort.
- Intent de suïcidi: conducta potencialment lesiva autoinfligida i sense resultat fatal, amb evidència d'intencionalitat de provocar-se la mort.
- Suïcidi consumat: mort autoinfligida amb evidència implícita o explícita de que la persona tenia intencionalitat d'autoprovocar-se la mort.

Cal remarcar que no existeix una nomenclatura universal sobre la conducta suïcida. No obstant, la nomenclatura de Silverman està força estesa i/o compartida i pot servir d'orientació per una classificació diagnòstica de la que actualment es manca [5].

2. EPIDEMIOLOGIA DEL SUÏCIDI

Cada cop existeixen més estudis epidemiològics tant al nostre país com a nivell mundial que ens permeten un major apropament a la veritable realitat d'aquest fenomen. No obstant, tot i l'augment de la recerca i el coneixement sobre el suïcidi i la seva prevenció, el tabú i l'estigma que envolta el suïcidi persisteix, i és un gran problema de salut pública [3].

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) estima que més de 800.000 persones moren per suïcidi cada any, això significa una mort cada 40 segons [1].

Tant la prevalença, com les característiques i mètodes de suïcidi són àmpliament variats entre els diferents països. L'OMS classifica les taxes de suïcidi d'una comunitat en baixes, mitjanes, altes i molt altes, en funció del número de suïcidis per 100.000 habitants [1].

En la *Figura 1*, per una banda, observem que especialment països asiàtics i nord-est d'Europa i alguns països africans així com alguns sud-americans presenten les taxes de suïcidi més elevades.

Per altra banda, els països majoritàriament poblats per descendents europeus (Estats Units, Canadà, Austràlia...), països sud-americans com Bolívia i països de Sud-àfrica i centre europeu tenen taxes altes, però no tant com les anteriors.

Si ens centrem en Europa, a grans trets, veiem que els països mediterranis (Grècia, Itàlia, Espanya) ostenten les taxes més baixes del continent. En canvi, països com Lituània, Hongria, Finlàndia, França, entre d'altres, presenten les taxes més altes d'Europa.

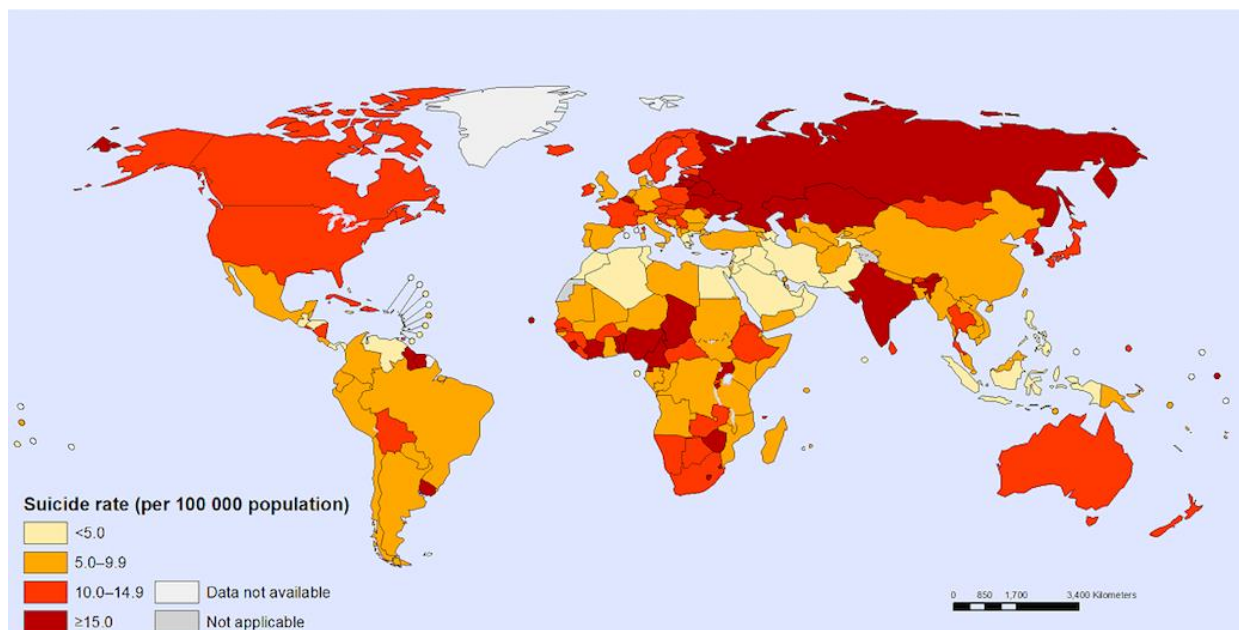


Figura 1. Taxes de suïcidi estandarditzades per edat (per 100.000 habitants), ambdós sexes, 2016.

Font: World Health Organization, 2016 [12]

Pel que fa a Espanya, el suïcidi ha anat en augment al llarg de les últimes dècades, tant el masculí com el femení. Cal destacar que la proporció entre ambdós sexes és superior en homes respecte a les dones, encara que les temptatives són superiors en les dones.

El 2014, va ser l'any amb un major número de suïcidis en la història d'Espanya: 3.910 suïcidis consumats (quasi bé 11 al dia). D'aquests 3.910; 319 (8'1%) són casos de suïcidi entre joves de 15-29 anys [9].

Aquesta xifra és més del doble que la registrada aquest mateix any per accidents de tràfic. Així doncs, des del 2008, el suïcidi s'ha convertit en la principal causa de mort externa a Espanya, degut al descens de morts en accidents de trànsit [9].

En la *Figura 2*, observem que hi ha dos períodes on el número de suïcidis per 100.000 habitants tendeix a augmentar: dels 15 als 29 anys i dels 75 als 84 anys.

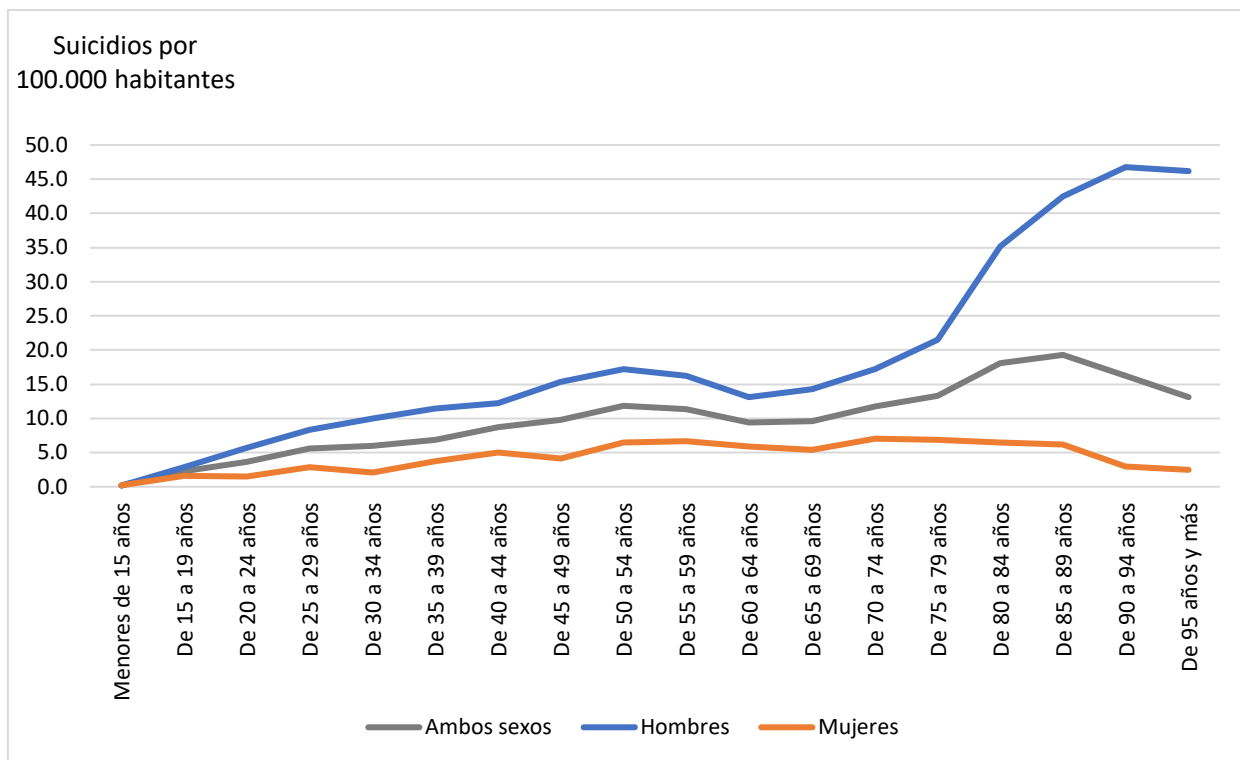


Figura 2. Taxes de suïcidi per 100.000 habitants, edat i sexe a Espanya (2017).

Font: Estadísticas de defunciones según la causa de muerte 2017. INEbase, 2017 [13]

Segons l'Institut Nacional de Estadística (INE), l'any 2017 a Espanya van morir a causa del suïcidi 3.679 persones (110 suïcidis més que l'any 2016), de les quals 2.718 eren homes i 961 eren dones. Dins d'aquests 3.679 suïcidis consumats, cal destacar que 273 pertanyen a la franja d'edat d'entre 15 i 29 anys (204 en homes i 69 en dones) [2].

Segons l'Institut d'Estadística de Catalunya, dels 3.679 suïcidis consumats a Espanya durant l'any 2017, 504 es van portar a terme a Catalunya, els quals representen el 13'7% dels suïcidis totals a nivell estatal; 374 en homes i 130 en dones. La província que va registrar més suïcidis és Barcelona (357), tot seguit de Girona (61), Tarragona (59) i Lleida (27) [14].

3. FACTORS DE RISC

Els especialistes en suïcidi consideren que aquest ha de ser vist com un continu, que s'inicia amb l'aparició del pensament sobre el mateix i que pot progressivament culminar en la realització [15].

Així doncs, l'avaluació del risc de suïcidi implica l'avaluació de la ideació suïcida, atès que el suïcidi és la interacció de múltiples factors, entre els quals es troben els biològics, psicosocials i ambientals [16].

Segons Bobes et al. [17], els factors de risc poden classificar-se en modificables i immo­dicables:

- **Factors de risc modificables:** relacionats amb factors socials, psicològics i psicopatològics i poden modificar-se clínicament.
- **Factors de risc immo­dicables:** s'associen al propi subjecte o al grup social al que pertany i es caracteritzen pel seu manteniment al temps i perquè el seu canvi no és clínic.

Segons la *Guia de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*, els factors de risc de la conducta suïcida es distingeixen en cinc camps (biològic, psicològic, social, familiar i ambiental) i/o en factors individuals, familiars i contextuals i altres. Aquesta última classificació serà la que, tot seguit, explicarem [9].

3.1. Factors de risc individuals

3.1.1. Trastorns mentals

El 90% de les persones que moren per suïcidi pateixen una patologia psiquiàtrica. El risc de suïcidi en els pacients psiquiàtrics és de 2'4 a 23 vegades superior al de la població general [18].

Així doncs, una de les mesures més eficaces per prevenir el suïcidi és el correcte diagnòstic i tractament de la malaltia mental [19].

Dins d'aquestes patologies psiquiàtriques, destaquem:

- *Depressió major*

Segons el metanàlisis de Harris i Barraclough [20], la depressió major augmenta 20 vegades el risc de suïcidi, el trastorn bipolar 15 i la distímia 12. Doncs, la depressió major és el trastorn psicològic que més es relaciona amb el suïcidi [21,22].

El risc és major al principi o al final de l'episodi depressiu, quan els pacients no segueixen el seu tractament, pensen que no són tractables o són considerats no tractables pels especialistes [21,23].

- *Trastorn bipolar*

Segons Fagiolini et al. [24], el diagnòstic de trastorn bipolar també és un indicador de risc pel suïcidi.

López et al. [25], diu que el 25-50% dels pacients bipolars realitzen almenys un intent de suïcidi al llarg de la seva vida i que la relació entre intents de suïcidi no consumats i suïcidis consumats és de 5 a 1, contra una relació en el total de la població d'aproximadament 20 a 1.

A més, especifica que el risc és 15 vegades major a l'inici del trastorn i quan existeixen comorbiditats associades.

- *Abús d'alcohol-drogues*

Entre el 5 i el 27% de les defuncions dels subjectes alcohòlics són causades pel suïcidi. S'estima que el risc de suïcidi per un alcohòlic al llarg de la seva vida es situa al voltant del 15% i que l'abús d'alcohol és un factor present en el 25-50% de tots els suïcidis [26].

Segons Harris i Barraclough [20], el risc de les persones que abusen d'alcohol o altres drogues és 6 vegades major que en la població general.

- *Esquizofrènia*

El risc de suïcidi al llarg de tota la vida de les persones diagnosticades d'esquizofrènia és quasi del 10% [27]. Aquest és major al principi de la malaltia i en els primers sis mesos i després de l'alta d'un ingrés psiquiàtric [28,29].

En l'estudi de Harris i Barraclough [20], es troba que hi ha 8'5 vegades més risc de suïcidi en pacients esquizofrènics que en la població general.

- *Trastorns de la personalitat*

Segons Harris i Barraclough [20], els trastorns de personalitat augmenten sis vegades més el risc de suïcidi que en la població general.

Els que s'associen amb més freqüència són el trastorn de personalitat antisocial i el trastorn límit de personalitat, encara que no solen presentar-se de manera individual sinó acompanyats d'altres trastorns o factors com problemes econòmics, familiars, etc. En el cas del trastorn límit de personalitat, un factor molt important és la impulsivitat [22].

3.1.2. Factors psicològics

Shneidman (1988) assenyala algunes característiques psicològiques comunes a tot suïcida: la desesperança, l'ambivalència, la constricció i el suïcidi com a recerca d'una solució [15].

La desesperança és el factor psicològic que mostra una relació més directa amb el risc de suïcidi, ja que el 91% dels pacients amb conducta suïcida expressen desesperança en l'escala de Beck [3].

Així mateix, altres trets de personalitat que s'han associat amb conductes suïcides són neuroticisme, ansietat, timidesa, rigidesa cognitiva, impulsivitat i agressió. A més a més, aquestes característiques de la personalitat són relativament difícils de modificar, això implica que puguin impedir els esforços d'intervenció destinats a prevenir el suïcidi [30].

3.1.3. Conducta suïcida prèvia

Segons Harris i Barraclough [20], les persones amb intents autolítics previs tenen 40 vegades més risc de suïcidi que la població general. Doncs, els intents previs són el predictor més fort de risc suïcida i és durant el primer any que augmenta d'aquesta forma tant considerable el risc de suïcidi [9].

3.1.4. Edat

El suïcidi s'incrementa amb l'edat. S'observen dos pics: el període d'edats joves i d'edats avançades. No obstant, cal diferenciar que la taxa de temptativa suïcida

sembla disminuir amb l'edat, ja que la rati suïcidi/parasuïcidi en els grups joves oscil·la al voltant d'1:10, en canvi en els grups d'edat avançada es situa al voltant d'1:2. Això significa que les temptatives portades a terme pels ancians acaben més freqüentment amb un desenllaç fatal [3].

3.1.5. Sexe

La taxa de suïcidis consumats és més elevada entre els homes, contràriament el nombre d'intents de suïcidi resulta ser més alt en dones [3].

3.1.6. Factors genètics i biològics

Diversos estudis [27,31,32], han relacionat les conductes suïcides amb una disfunció del sistema serotoninèrgic central que és independent del diagnòstic psiquiàtric. S'ha trobat que en el líquid cefaloraquídi de pacients suïcidats hi ha uns nivells baixos de serotonina i metabòlits que s'han relacionat directament amb el escàs control d'impulsos, la violència i la letalitat de l'acte suïcida.

Segons Roy et al. [27], tenir antecedents familiars de suïcidi augmenta el risc de conductes suïcides pels pacients.

3.1.7. Malaltia física o discapacitat

La patologia física està present en el 25% dels suïcidis consumats, encara que és poc habitual que es produeixi només per la malaltia física, ja que normalment s'associa també a trastorns mentals [9].

Cal tenir en compte que hi ha malalties que per si mateix s'associen a trastorns de l'ànim, com el càncer de mama o pàncrees, epilèpsia, esclerosi múltiple, malaltia cardiovascular, VIH, malaltia renal tractada amb hemodiàlisi, etc. No obstant, també hi ha factors associats a la malaltia que contribueixen tant al suïcidi com a l'intent de suïcidi, així com la pèrdua de mobilitat, la desfiguració, el dolor crònic intractable, la pèrdua de l'estatus laboral i la interrupció de les relacions personals [22].

3.2. Factors de risc familiars i contextuals

3.2.1. Història familiar de suïcidi

El risc de conducta suïcida augmenta amb els antecedents familiars de suïcidi, sobretot en les dones i en familiars de primer grau [9].

Doncs, segons l'estudi d'Herrera i Avilés [33], el funcionament familiar és un factor de risc important, amb un predomini de regular i dolent en la majoria dels nuclis familiars dels pacients que van realitzar intent suïcida, així com també la presència de crisis familiars no transitòries en la totalitat de la mostra, amb predomini de les crisis per desorganització i desmoralització, a més d'un important deteriorament de les relacions familiars.

3.2.2. Esdeveniments vitals estressants

Sovint, el comportament suïcida ocórrer per l'exposició a esdeveniments vitals estressants o adversos, que impliquen vergonya, humiliació, pèrdua, derrota o amenaça.

Les pèrdues interpersonals i conflictes (separació matrimonial, arguments familiars greus, atur, canvi de residència, jubilació...), els problemes financers i problemes laborals són esdeveniments vitals que associats a altres factors de risc augmenten el risc de conducta suïcida. Cal destacar que no és un factor de risc independent, atès que els esdeveniments estressants, en algun moment de la vida, són presents i depèn de les estratègies de cada persona afrontar-ho d'una manera o d'una altra [30].

3.2.3. Factors sociofamiliars i ambientals

- Estat civil

Molts estudis han demostrat que el suïcidi és un fet més freqüent en les persones solteres, separades-divorciades o vídues. Així doncs, el matrimoni sembla actuar com un factor protector del suïcidi, sobretot si es tenen fills.

El fet d'estar solter, de no tenir una parella estable fa que disminueixi el suport sociofamiliar i per tant, incrementa el risc de suïcidi [3].

- *Nivell socioeconòmic, situació laboral i nivell educatiu*

Tant l'atur com les feines molt qualificades i amb un alt nivell d'estrès i tant la pobresa com l'extrema riquesa; ambdós extrems poden desencadenar amb una conducta suïcida [9].

Respecte al nivell educatiu, el risc de suïcidi és més comú entre els individus que tenen un menor nivell educatiu [30].

- *Religió*

Sembla ser que la afiliació religiosa és un factor protector contra el suïcidi, amb taxes més elevades entre aquelles persones que no practiquen la religió [30].

3.2.4. Models suïcides i imitació (efecte contagi)

En els individus susceptibles, l'exposició al model suïcida pot ser directa, a través de la notícia de la mort per suïcidi d'una persona íntima o per haver estat present al suïcidi, o indirecta, a través dels mitjans de comunicació.

Nombrosos estudis recolzen l'existència d'un augment de suïcidi per contagi, especialment entre els joves.

No obstant, aquest tipus de conducta d'imitació o d'efecte contagi, només és capaç d'induir actes suïcides en aquelles persones molt predisposades, amb altres factors de risc [15].

3.3. Altres factors de risc

En la llista de factors de risc esmentats anteriorment, podríem afegir molts altres factors no menys importants però no tant evidenciats com: l'accés a mitjans letals com armes de foc, altes dosis de medicaments, l'homosexualitat sobretot en adolescents i adults joves, la història de maltractament físic o abús sexual, l'assetjament, l'ètnia, el medi rural i urbà i l'època de l'any [9,34].

4. FACTORS PROTECTORS

Els factors protectors disminueixen la probabilitat de suïcidi, mitjançant la reducció a l'exposició de la persona al risc o l'atenuació de l'efecte dels factors de risc [35,36]. Al contrari dels factors de risc, aquests factors protegeixen a la persona del risc de suïcidi. Aquests factors es divideixen en:

4.1. Factors protectors personals

- Temperament adaptable [30].
- Una bona autoestima (benestar personal) i les capacitats efectives de resolució de problemes, que inclouen la capacitat de buscar ajuda quan es necessita, poden mitigar l'impacte dels factors estressants i adversitats [1,30].
- Les estratègies d'afrontament positives protegeixen contra el suïcidi. La visió optimista i una identitat personal desenvolupada ajuden a fer front les dificultats de la vida [1,30].
- L'exercici físic, el bon descans nocturn i la dieta adequada, així com la consideració de l'impacte en la salut de l'alcohol i les drogues i les relacions sexuals saludables, promouen el benestar físic i mental i, per tant, són factors protectors del suïcidi [1,35,36].
- Actitud i caràcter positiu [35,36].
- Nivell d'educació alt, metes professionals i existència de projectes de vida [35,36].
- Tenir fills. El fet de tenir aquest tipus de responsabilitat implica replantejar-se la conducta suïcida, sobretot en dones [9].

4.2. Factors protectors socials o mediambientals

- Una bona relació emocional amb almenys una persona de la família i bon suport social. Doncs, les relacions properes sanes poden augmentar la capacitat de resiliència de les persones i actuar com un factor de protecció contra el risc de suïcidi. Els familiars, amics i altres significatius tenen

molta influència, sobretot en adolescents i persones grans (pel seu major grau de dependència), i poden ser de suport social, emocional i financer, per tant, poden mitigar l'impacte dels estressos externs [26,30].

- La fe espiritual pot ser un factor de protecció, ja que normalment defensa un comportament físicament i mentalment beneficiós. No obstant això, molts comportaments religiosos han contribuït a l'estigma relacionat amb el suïcidi a causa de les seves postures morals sobre el suïcidi que poden influir amb el fet de que no es busqui ajuda quan es necessita. Per tant, depèn de les pràctiques i interpretacions culturals i contextuais específiques que la religió i les creences espirituals ofereixin alguna protecció contra el suïcidi [1,30].
- Tractament integral a llarg termini en pacients amb trastorns mentals, amb patologia física o amb abús d'alcohol [9].

5. EI SUÏCIDI, ESTUDIANTS D'INFERMERIA I PROGRAMES DE PREVENCIÓ EN JOVES

D'entrada, cal explicar alguns dels estudis que tracten, d'una forma o altra, la prevenció de suïcidi i que tenen certa semblança amb el present, atès que l'objectiu i el mètode són similars.

Per una banda, l'estudi de Chimborazo-Pomavilla i Quito-Calle [37] té l'objectiu de caracteritzar el risc suïcidi en els estudiants d'Infermeria, així com l'estudi de Tomás-Sábado [38] que, a més a més, relaciona el risc suïcida amb l'autoestima baixa i elevats nivells de depressió i ansietat. Ambdós estudis són descriptius transversals i conclouen que s'observa una prevalença relativament alta de risc de suïcidi en els estudiants d'infermeria.

Per altra banda, l'estudi exploratori prospectiu de Córdoba et al. [39] té com a principal objectiu avaluar un programa de prevenció secundària de comportaments de risc suïcida en adolescents i les seves famílies. Per portar-lo a terme, primerament, es va fer una aplicació inicial d'instruments d'avaluació de depressió, ideació suïcida, ansietat i relació amb els pares. Seguidament, es van realitzar els tallers de reflexió-acció amb els adolescents i les seves famílies i

després es va fer una segona aplicació dels instruments d'avaluació per poder contrastar amb els indicadors inicials, així com una reflexió grupal sobre l'experiència viscuda i l'impacte en la família. Pel que fa als resultats, destaquem que es va observar una reducció del nivell d'ideació suïcida i depressió d'alguns participants, però només els nivells d'ansietat van ser estadísticament més baixos després de la implementació del programa.

Així mateix, l'estudi de Constanza et al. [40] segueix la mateixa línia que l'anterior: realitzar i avaluar una intervenció educativa per a la prevenció de la conducta suïcida en adolescents. En aquest, es va utilitzar l'escala de Risc Suïcida de Plutchik, entre d'altres com l'escala d'autoestima de Rosenberg. Seguidament, es van realitzar 8 sessions educatives i un mes després es van tornar a administrar els qüestionaris. Tal com l'estudi de Córdova et al., comparant els resultats de la primera i la segona administració, es va mostrar un aprenentatge significatiu.

En relació a l'estudi de Gómez-Romero et al. [41] amb l'objectiu d'analitzar la relació entre la intel·ligència emocional percebuda, l'afecte negatiu i la satisfacció amb la vida sobre el risc de suïcidi en joves, destacar que la intel·ligència emocional té el paper més clarament important per reduir la ideació i el risc suïcidi. D'aquí, la importància d'analitzar la intel·ligència emocional com gran i principal factor protector del suïcidi.

En l'estudi de Blasco et al. [42], es van concloure tres aspectes importants. En primer lloc, es va trobar una alta prevalença de pensaments i comportaments suïcides entre els estudiants universitaris espanyols. En segon lloc, la ideació suïcida està fortament associada amb aspectes socioeconòmics, ambientals i individuals. En tercer lloc, les relacions positives en la infància i adolescència són protectores d'una ideació suïcida posterior.

Més concretament en els estudiants universitaris d'Infermeria, Goetz va suggerir que tenen un risc més alt que altres estudiants universitaris, atès que estan subjectes a un major estrès acadèmic. El fet d'haver d'aprendre a conviure amb el sofriment i la mort resulta una situació estressant que es converteix amb un procés d'aprenentatge força complex [9].

Així mateix, els resultats de l'estudi de Montes-Hidalgo i Tomás-Sábado [4], suggereixen que aquells estudiants d'Infermeria amb menor autoestima i menor capacitat per afrontar situacions adverses i locus de control extern, presenten un major risc de suïcidi.

Doncs, els esdeveniments estressants de la vida, com per exemple ser estudiant d'Infermeria, són factors que poden interactuar amb certs factors psiquiàtrics, psicològics i biològics que fan que una persona estigui més predisposada a un comportament suïcida, i en conseqüència, s'augmenti el risc suïcida.

Es classifica el fet de ser estudiant de Grau d'Infermeria com un esdeveniment estressant, per la freqüent exposició en els períodes de pràctiques clíniques a situacions de sofriment, malaltia, invalidesa i mort, amb escasses estratègies d'afrontament [4].

Així doncs, es veu clara la necessitat d'implementar programes de prevenció de suïcidi en els centres educatius i de treballar-ho especialment amb les poblacions d'alt risc, com la compresa entre 19 i 30 anys.

L'evidència científica internacional en matèria de prevenció de la conducta suïcida proposa una sèrie de recomanacions a seguir a l'hora d'elaborar un pla o programa de prevenció de la conducta suïcida [5]:

- Limitació d'accés a mitjans letals.
- Millorar l'accés als serveis sanitaris i facilitar el recolzament a les persones amb risc de suïcidi.
- Identificació, tractament i seguiment adequat de persones amb depressió i altres trastorns mentals.
- Desenvolupament d'intervencions comunitàries en joves.
- Conscienciar als professionals sanitaris i millorar la formació dels metges d'atenció primària i dels professionals educatius.
- Eliminació de tabús i estigmes sobre el trastorn mental i el suïcidi, tant en el personal sanitari com en la població general.
- Implicació dels mitjans de comunicació en el tractament responsable d'informació al respecte.
- Promoure la investigació.

Malauradament, la prevenció del suïcidi a Espanya és molt escassa. A nivell estatal o local, no existeix cap pla o estratègia al respecte, excepte a Màlaga que es va crear una pàgina web per fer visible el suïcidi com un dels principals problemes que s'enfronta la societat espanyola i per incrementar la prevenció d'aquest [5]. A nivell autonòmic, sembla que és comença a prendre consciència del problema i s'han format protocols com el *Codi Risc Suïcidi* a Catalunya [43], el *Protocolo de Colaboración Institucional, Prevención y actuación ante conductas suicidas* a Navarra [44] i el *Programa de Atención al Riesgo Suicida, ARSUIC* a Madrid [45].

No obstant, Espanya està molt enfora de tenir una planificació preventiva de la conducta suïcida i de les seves conseqüències i les necessitats de la societat, de forma directa o indirecta, ho reclamen.

Finalment, val a dir que degut a l'existent relació significativa entre el risc de suïcidi i el col·lectiu adult jove, en aquest cas concretant-nos en estudiants de Grau d'Infermeria, és interessant expandir la recerca en aquest àmbit. Així mateix, fem un pas més per rompre el tabú i sensibilitzar al col·lectiu infermer de l'impacte i la importància d'aquest tema.

HIPÒTESI

L'aplicació d'una intervenció de prevenció del suïcidi dirigit a estudiants d'Infermeria millorarà els factors protectors i disminuirà els factors de risc de suïcidi.

OBJECTIUS

1. Identificar el risc de suïcidi dels estudiants d'Infermeria de la Universitat de Girona.
2. Avaluar l'efectivitat d'una intervenció de prevenció del suïcidi en estudiants universitaris.

METODOLOGIA

Disseny

Estudi analític i quasi experimental, pre-post.

Àmbit

Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Població

Estudiants del Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona que han cursat segon i tercer durant el curs acadèmic 2018-2019.

Criteris d'inclusió i d'exclusió

- *Criteris d'inclusió:*
 - Tots els estudiants que es trobaven dins les aules en el moment de realitzar les enquestes.
 - Tots els estudiants amb una edat compresa entre 18 i 30 anys.

- *Criteris d'exclusió:*
 - Aquells estudiants que han decidit no participar en l'estudi i/o que no han signat el consentiment informat.

Mostra

Per portar a terme aquest estudi, s'han seleccionat aquells subjectes més fàcilment accessibles; els que han estat presents a l'aula durant la classe magistral on s'han administrat les enquestes. Així doncs, s'ha utilitzat una mostra de conveniència o accidental.

S'han diferenciat dos grups: el grup control que és el que no ha vist l'obra de teatre i el grup experimental que és el que l'ha visualitzada. Per una banda, el grup control ha estat format per un total de 39 estudiants, dels quals 28 estaven cursant el segon curs i 11 el tercer curs. Per altra banda, el grup experimental ha estat format per 47 estudiants, dels quals 45 estaven cursant tercer i només 2 es trobaven en el segon curs. Aquesta diferència ha estat deguda a que només els estudiants de tercer curs han tingut l'oportunitat de visualitzar l'obra de teatre com activitat organitzada per l'assignatura d'Atenció d'Infermeria en Salut Mental. Així doncs, els dos estudiants de segon que han format part del grup experimental han acudit a la intervenció de forma lliure.

La mostra obtinguda ha estat de $n=86$ participants.

Variables

Variables sociodemogràfiques:

- **Edat:** variable quantitativa discreta. S'ha expressat en anys.
- **Sexe:** variable qualitativa dicotòmica. S'ha classificat en:
 - Home
 - Dona
- **Curs d'Infermeria:** variable qualitativa dicotòmica. Classificat en:
 - Segon curs
 - Tercer curs
- **Estat civil:** variable qualitativa politòmica. Classificat en:
 - Solter/a
 - Amb parella
 - Casat/da
 - Divorciat/da
 - Vidu/viuda
- **Nucli de convivència:** variable qualitativa politòmica. Classificat en:
 - Amb els pares/avis
 - Amb amics/estudiants
 - Amb parella estable
 - Sol/a

- **Variable d'intervenció:** variable qualitativa dicotòmica. S'ha demanat la següent pregunta: «Has vist l'obra de teatre “No m'oblideu mai”?» que s'ha especificat en:
 - o Sí
 - o No

Variables clíniques:

- **Raons per viure:** variable quantitativa discreta. S'ha avaluat a partir del qüestionari RFL-YA.
- **Relació familiar:** variable quantitativa discreta. S'ha avaluat a partir de la dimensió del qüestionari RFL-YA.
- **Relació amb iguals:** variable quantitativa discreta. S'ha avaluat a partir de la dimensió del qüestionari RFL-YA.
- **Creences d'afrontament:** variable quantitativa discreta. S'ha avaluat a partir de la dimensió del qüestionari RFL-YA.
- **Expectatives davant el futur:** variable quantitativa discreta. S'ha avaluat a partir de la dimensió del qüestionari RFL-YA.
- **Autoavaluació positiva:** variable quantitativa discreta. S'ha avaluat a partir de la dimensió del qüestionari RFL-YA.
- **Intel·ligència emocional:** variable quantitativa discreta. S'ha avaluat a partir del qüestionari TMMS-24.
- **Atenció emocional:** variable quantitativa discreta. S'ha avaluat a partir de la dimensió del qüestionari TMMS-24.
- **Claredat de sentiments:** variable quantitativa discreta. S'ha avaluat a partir de la dimensió del qüestionari TMMS-24.
- **Reparació emocional:** variable quantitativa discreta. S'ha avaluat a partir de la dimensió del qüestionari TMMS-24.
- **Risc de suïcidi:** variable qualitativa dicotòmica. S'ha especificat entre risc i no risc, depenent de la puntuació de tall de l'escala de Plutchik. Una puntuació igual o major a 6 és el punt de tall que es considera que hi ha risc de suïcidi.
- **Puntuació total de risc de suïcidi:** variable quantitativa discreta. S'ha avaluat a partir de l'escala de Plutchik.

- **Ideació suïcida:** variable qualitativa dicotòmica. S'ha avaluat a través de la pregunta 13 de l'escala de Plutchik.
- **Conducta suïcida:** variable qualitativa dicotòmica. S'ha avaluat a través de la pregunta 15 de l'escala de Plutchik.

Instruments

Els instruments utilitzats per a la realització de l'estudi van ser:

- **Qüestionari ad-hoc de dades sociodemogràfiques:** edat, curs d'infermeria, estat civil, nucli de convivència i variable d'intervenció (*Annex 2*).
- **Reasons For Living in Young Adults (RFL-YA):** és un instrument per avaluar el risc suïcida de manera indirecta, tant els factors de risc així com els factors protectors. L'autor original del qüestionari és Gutiérrez (2002) i és validat a l'espanyol per Cassaretto i Martínez (2012) [46]. És una versió reduïda de l'inventari *Reasons For Living* (RFL) de Linehan (1983). El RFL-YA consta de 32 ítems en 5 dimensions: 7 ítems per avaluar la relació familiar (ítem 7, 9, 12, 13, 21, 24, 26), 6 ítems per relació amb iguals (ítem 5, 10, 14, 16, 17, 30), 7 ítems per creences d'afrontament (ítem 2, 6, 11, 22, 27, 28, 32), 7 ítems per expectatives davant el futur (ítem 1, 3, 8, 15, 25, 29, 31) i 5 ítems per autoavaluació positiva (ítem 4, 18, 19, 20, 23). Doncs, el rang de la puntuació total és de 32 a 192 punts. Més específicament, el rang de cada dimensió és: de 7 a 42 punts per la relació familiar, les creences d'afrontament i les expectatives davant el futur; de 6 a 36 punts per la relació amb iguals; i, de 5 a 30 a punts per l'autoavaluació positiva. A major puntuació, menor risc de suïcidi. El format de resposta és tipus likert amb 6 opcions de resposta: 1 = «No es una razón importante», 2 = «Muy poco importante», 3 = «Algo importante», 4 = «Medianamente importante», 5 = «Es una razón importante» i 6 = «Es una razón sumamente importante» (*Annex 2*).
- **Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24):** és un instrument per avaluar el metaconeixement dels estats emocionals mitjançant 24 ítems. Està basat en *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) de Mayer i Salovey, però el TMMS-24

és una versió més ràpida i reduïda desenvolupada a Espanya per Fernández-Berrocal, Extremera i Ramos (2004) [47]. Conté 3 dimensions clau de la Intel·ligència Emocional amb 8 ítems cada una d'aquestes: de l'ítem 1 al 8 correspon a l'atenció emocional (capacitat de sentir i expressar els sentiments de forma adequada); de l'ítem 9 al 16 correspon a la claredat de sentiments (comprendre bé els propis estats emocionals); i, de l'ítem 17 al 24 correspon a la reparació emocional (capacitat de regular els estats emocionals correctament). El rang de puntuació total és de 24 a 120 punts i més concretament, el rang de cada dimensió és 8 a 40 punts. Cal dir que puntuacions altes reflecteixen massa atenció emocional, excel·lent claredat emocional i excel·lent reparació emocional i puntuacions baixes objectiven poca atenció emocional i que s'ha de millorar tant la claredat emocional com la reparació emocional.

El format de resposta és tipus likert amb 5 opcions de resposta: 1 = «Nada de acuerdo», 2 = «Algo de acuerdo», 3 = «Bastante de acuerdo», 4 = «Muy de acuerdo», 5 = «Totalmente de acuerdo». Per obtenir els resultats, s'han de sumar els ítems de l'1 al 8 (atenció emocional), del 9 al 16 (claredat de sentiments) i del 17 al 24 (reparació emocional) (*Annex 2*).

- **Escala de Plutchik:** és una escala autoaplicada que avalua el risc suïcida a través de 15 ítems que exploren la conducta suïcida i la ideació suïcida i depressiva. L'autor original és Plutchik (1989), ara bé, l'escala està validada a l'espanyol per Rubio et al. (1998) [48].

La puntuació de cada ítem és de 1 o 0, dependent de si la resposta és afirmativa o no (SÍ (1) – NO (0)). A major puntuació, major risc de suïcidi i es considera que aquest és present a partir dels 6 punts (*Annex 2*).

Intervenció

Es va portar a terme una intervenció al grup experimental consistent en la visualització i posterior debat d'una obra de teatre anomenada "No m'oblideu mai" dirigida per Llätzer Garcia i interpretada per Marta Montiel i Elies Barberà, amb la col·laboració d'Edu Vázquez.

L'obra tractava de donar veu als adolescents i joves que coneixen de prop el suïcidi. Així doncs, l'espectacle es va crear a partir de realitzar entrevistes amb diferents persones que en algun moment de la seva vida s'han vist implicades en situacions reals properes al suïcidi. Els actors van representar l'experiència viscuda d'aquestes persones.

A més a més, va ser un estil de teatre documental que va incloure, després de cada representació, un col·loqui amb l'equip artístic, especialistes convidats (en aquest cas, van ser en David Ballester i ena Judit Pons) i el públic per intercanviar impressions, experiències i punts de vista sobre el tema de l'espectacle.

Així doncs, tots els participants del grup d'intervenció (alumnes de tercer del Grau d'Infermeria de la Universitat de Girona) van poder fer un feedback tant amb els actors de l'obra de teatre com amb els especialistes convidats.

Procediment de l'estudi

Aquest estudi s'ha portat a terme des del mes de setembre de 2018 fins el mes de maig de 2019.

Primerament, es va enviar una carta de presentació al Deganat de la Facultat d'Infermeria (*Annex 3*), tot explicant el tema i l'objectiu pel qual es volia realitzar l'estudi i es va sol·licitar el seu permís per accedir a les aules de segon i tercer de la Facultat d'infermeria. Tot seguit, després de l'autorització del Deganat, es va demanar permís als professors de les classes magistrals per tal d'intervenir en les seves sessions per poder administrar les enquestes als estudiants de segon i tercer curs. Amb el seu permís, es va accedir a les aules de cada curs durant l'horari acadèmic i es van administrar les enquestes a tots els estudiants presents a l'aula.

Abans de l'administració de les enquestes, es va passar un full informatiu i es va fer signar el consentiment informat a cada estudiant (*Annex 1*). Així doncs, es va assegurar l'anonimat de les dades dels participants.

Es va utilitzar l'aplicació «Formularios de Google» i els propis dispositius mòbils o ordinadors dels participants per contestar l'enquesta. També, es va donar l'opció de fer-la en format paper.

Totes les dades recollides a partir de les enquestes han estat treballades i analitzades de forma quantitativa amb l'Excel i el programa SPSS.

- **Primera fase de l'estudi:**

Inclou la primera administració de les enquestes, realitzada a principis del mes d'octubre. Tot seguit, el grup d'intervenció va anar a veure l'obra de teatre "No m'oblidau mai".

- **Segona fase de l'estudi:**

Inclou la segona administració de les enquestes, duta a terme a principis de febrer, aproximadament 4 mesos més tard.

Anàlisi de dades

L'anàlisi de dades s'ha realitzat a partir del programa informàtic SPSS. Un cop ordenades les dades en una taula de distribució de freqüències, s'han calculat les freqüències i percentatges de les variables qualitatives. Les variables quantitatives s'han expressat en mitjanes i desviacions estàndard. La prova estadística que s'ha utilitzat per comparar les mitjanes entre el grup control i el grup experimental en ambdues administracions ha sigut la t de Student per mostres independents. En canvi, per comparar les mitjanes d'un mateix grup al pre-test i al post-test s'ha fet servir la t de Student per mostres relacionades. Per a tota l'anàlisi estadística s'ha assumit un nivell de confiança del 95% ($p \leq 0,05$).

Consideracions ètiques

L'estudi s'ha portat a terme seguint la referència dels principis ètics de la Declaració de Hèlsinki.

Primerament, s'ha demanat el permís per elaborar l'estudi al Deganat de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona. Seguidament, s'ha demanat al professorat l'accés a les aules per tal d'administrar les enquestes als alumnes que voluntàriament hagin volgut participar a l'estudi; se'ls ha informat i se'ls ha garantit la confidencialitat i l'anonimat de les dades recollides. Així mateix, se'ls ha entregat un full informatiu i el consentiment informat que l'han retornat signat.

- Els participants han estat informats dels objectius de l'estudi i han pogut preguntar tant abans de participar-hi com després, per tant, se'ls ha facilitat com posar-se en contacte més endavant amb els investigadors.
- En cas d'haver originat algun tipus de dany psicològic en els participants de l'estudi, s'haguessin proporcionat els recursos necessaris pel seu tractament.
- S'ha garantit que la informació obtinguda amb l'administració de les enquestes no s'utilitzarà en contra d'ells.
- La investigadora que ha convidat a participar als potencials subjectes en l'estudi no ha estat la professional sanitària que els atén, doncs aquests han decidit amb major llibertat si desitjaven participar-hi o no.
- S'ha informat de que els beneficis de participar a l'estudi no són a nivell individual sinó a nivell comunitari. Així doncs, els riscos dels participants no han excedit els possibles beneficis del coneixement obtingut.
- Els participants han tingut el dret a decidir voluntàriament si participaven a l'estudi amb el dret a no rebre amenaces implícites o explícites o represàlies per no participar. Tampoc se'ls ha ofert cap mena de recompensa per l'acceptació.
- Els participants han tingut el dret a un tracte just i equitatiu abans, durant i després de la seva participació.
- S'ha respectat la privacitat del subjecte, a través de l'anonimat de les dades recollides i del compliment de confidencialitat.

Finalment, cal explicar que les dades han estat recollides mitjançant «Formularios de Google», que només ha servit de canal, és a dir, no s'han guardat ni gestionat les dades personals en el full de càlcul que hi ha darrera d'aquest formulari, sinó que s'han traspassat a eines de gestió interna (com Excel, SPSS...) i s'han eliminat de Google. Finalment, s'han guardat totes les dades recollides a un llaç de memòria encriptat. Així doncs, s'ha respectat la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de *Protección de Datos Personales y garantía dels derechos digitales*.

RESULTATS

Característiques sociodemogràfiques dels estudiants d'Infermeria

El total de participants que van realitzar l'enquesta de forma voluntària i van participar en ambdues administracions de les enquestes van ser n=86, dels quals un 82'6% (n=71) eren dones i un 17'4% (n=15) eren homes. L'edat mitjana global va ser de 20'24 anys (DE=1'866), amb un rang de 18-27 anys.

El curs d'Infermeria que més va participar fou tercer amb un 65'1% (n=56). Així doncs, el segon curs va representar el 34'9% (n=30) dels participants.

Pel que fa a l'estat civil dels participants, un 52'3% (n=45) van referir estar solter/a i un 47'7% (n=41) tenir parella estable.

En relació al nucli de convivència, un 44'2% (n=38) dels estudiants referien viure amb els pares o els avis, un 53'5% (n=46) amb amics o altres estudiants i només un 2'3% (n=2) amb parella estable.

Més concretament, per una banda, els estudiants que van formar part del grup experimental van ser n=47 (54'7%), dels quals un 83% (n=39) eren dones i un 17% (n=8) eren homes. L'edat mitjana d'aquest grup va ser de 20'43 anys (DE=1'557), amb un rang de 19-27 anys.

Majoritàriament, el curs d'Infermeria que va formar el grup experimental va ser tercer amb un 95'7% (n=45). El segon curs va representar el 4'3% (n=2) dels participants.

Per altra banda, els participants que van formar part del grup control van ser n=39 (45'3%), dels quals un 82'1% (n=32) eren dones i un 17'9% (n=7) eren homes. L'edat mitjana d'aquest grup va ser de 20'03 anys (DE=2'182), amb un rang de 18-27 anys.

A diferència del grup experimental, el grup control va ser representat amb un 71'8% (n=28) pels estudiants de segon i amb un 28'2% (n=11) pels estudiants de tercer curs.

Taula 1. Dades sociodemogràfiques dels estudiants d'Infermeria del grup experimental (n=47), del grup control (n=39) i del total (n=86).

		Participants n(%)		
		Grup experimental (n=47)	Grup control (n=39)	Total (n=86)
Sexe	Home	8 (17)	7 (17'9)	15 (17'4)
	Dona	39 (83)	32 (82'1)	71 (82'6)
Curs d'Infermeria	Segon	2 (4'3)	28 (71'8)	30 (34'9)
	Tercer	45 (95'7)	11 (28'2)	56 (65'1)
Estat civil	Solter/a	22 (46'8)	23 (59)	45 (52'3)
	Amb parella	25 (53'2)	16 (41)	41 (47'7)
Nucli de convivència	Amb els pares/avis	21 (44'7)	17 (43'6)	38 (44'2)
	Amb amics/ estudiants	26 (55'3)	20 (51'3)	46 (53'5)
	Amb parella estable	0 (0)	2 (5'1)	2 (2'3)

Risc de suïcidi dels estudiants del grup control i del grup experimental en la pre-intervenció i en la post-intervenció

De forma global, tant en la primera com en la segona administració, un 91'9% (n=79) dels estudiants d'infermeria no es troben en situació de risc, mentre que un 8'1% (n=7) restant presenten risc de suïcidi.

Per una banda, en la primera administració, el 8'5% (n=4) dels estudiants que formaven part del grup experimental presenten risc de suïcidi i el 91'5% (n=43) restant no presenta risc. En canvi, en la segona administració, el 10'7% (n=5) dels participants dins del grup experimental presenten risc de suïcidi i el 89'3% (n=42) restant no presenta risc.

Per altra banda, en la primera administració, el 7'7% (n=3) dels estudiants dins del grup control presenten risc de suïcidi i el 92'3% (n=36) no presenta risc. En canvi, en la segona administració, el 5'1% (n=2) dels estudiants dins del grup control presenten risc de suïcidi i el 94'9% (n=37) no presenta risc.

Dins el grup dels homes (n=15), en la pre-intervenció, un 86'7% (n=13) no es troben en situació de risc i un 13'3% (n=2) es troben en situació de risc. En la post-intervenció, un 79'9% (n=12) no es troben en situació de risc i un 20'1% (n=3) es troben en situació de risc de suïcidi.

Pel que fa a les dones (n=71), en la pre-intervenció, un 93% (n=66) no es troben en situació de risc i un 7% (n=5) es troben en situació de risc. En la post-intervenció, un 94'4% (n= 67) no es troben en situació de risc i un 5'6% (n=4) es troben en situació de risc.

Cal destacar que la puntuació mitjana global de risc de suïcidi (n=86) va ser de 2'43 en la primera administració i de 2'31 en la segona administració d'enquestes.

Per una banda, diferenciant entre ambdós sexes, en la pre-intervenció, la mitjana de risc de suïcidi va ser de 2'80 en els homes i de 2'35 en les dones i, en la post-intervenció, va ser de 3'40 en els homes i de 2'08 en les dones. Per altra banda, comparant ambdós cursos acadèmics, en la pre-intervenció, la mitjana de risc de suïcidi va ser de 2'37 en el segon curs i de 2'46 en el tercer curs i, en la post-intervenció, va ser de 2'20 en el segon curs i de 2'38 en el tercer curs.

Taula 2. Relació de risc de suïcidi entre les variables sociodemogràfiques, l'administració i la variable d'intervenció.

			Risc de suïcidi n(%)	
Sexe	Home (n=15)	Pre-test	Grup experimental (n=8)	1 (12'5)
			Grup control (n=7)	1 (14'3)
		Post-test	Grup experimental (n=8)	2 (25)
			Grup control (n=7)	1 (14'3)
	Dona (n=71)	Pre-test	Grup experimental (n=39)	3 (7'7)
			Grup control (n=32)	2 (6'2)
		Post-test	Grup experimental (n=39)	3 (7'7)
			Grup control (n=32)	1 (3'1)
Curs acadèmic	Segon (n=30)	Pre-test	Grup experimental (n=2)	0 (0)
			Grup control (n=28)	1 (3'6)
		Post-test	Grup experimental (n=2)	0 (0)
			Grup control (n=28)	2 (7'1)
	Tercer (n=56)	Pre-test	Grup experimental (n=45)	4 (8'9)
			Grup control (n=11)	2 (18'2)
		Post-test	Grup experimental (n=45)	5 (11)
			Grup control (n=11)	0 (0)

També, convé ressaltar que un total de 19 estudiants (22'1%) ha pensat algun cop en suïcidar-se i 1 estudiant (1'2%) ha intentat algun cop suïcidar-se.

Comparació de variables clíniques del grup experimental i del grup control en la pre-intervenció i en la post-intervenció

Es va comparar el grup experimental (n=47) i el grup control (n=39) abans i després de veure l'obra de teatre i es van obtenir les diferents mitjanes de cada grup d'intervenció i de cada enquesta (*Taula 3*).

En relació a l'enquesta RFL-YA, el grup experimental va obtenir una mitjana de 167'77 i el grup control de 159'36 ($p=0'054$) en la pre-intervenció. En la segona administració, el grup experimental va obtenir una mitjana de 168'66 i el grup control de 159'08 ($p=0'019$).

Pel que fa a les diferents dimensions de l'enquesta RFL-YA, destacar que la puntuació mitjana de relació familiar en la primera administració va ser de 37'34 en el grup experimental i de 34'54 en el grup control ($p=0'040$). En la post-intervenció, la puntuació mitjana en la dimensió de creences d'afrontament va ser de 37'02 en el grup experimental i de 34'59 en el grup control ($p=0'032$) i la puntuació mitjana en la dimensió d'expectatives davant el futur va ser de 37'62 en el grup experimental i de 35'36 en el grup control ($p=0'030$).

En el cas del qüestionari TMMS-24, la mitjana de puntuació total, en la pre-intervenció, va ser de 83'64 en el grup experimental i de 78'54 en el grup control ($p=0'073$) i, en la post-intervenció, de 86'30 en el grup experimental i de 80'21 en el grup control ($p=0'029$).

Relacionat amb les dimensions de la mateixa enquesta, la puntuació mitjana de la claredat emocional en el pre-test, va ser de 27'34 en el grup experimental i de 24'49 en el grup control ($p=0'022$) i la puntuació mitjana de la reparació emocional en el post-test, va ser de 28'89 en el grup experimental i de 26'26 en el grup control ($p=0'030$).

En la pre-intervenció, les mitjanes de l'escala Plutchik del grup experimental i del grup control van ser, respectivament, 2'43 i 2'44 ($p=0'981$). En la post-intervenció, les puntuacions mitjanes van ser de 2'45 en el grup experimental i de 2'15 en el grup control ($p=0'538$).

Taula 3. Comparació entre el grup control (n=39) i el grup experimental (n=47) en la pre-intervenció i en la post-intervenció.

		Grup	Mitjana ± DE	p
Puntuació RFL-YA	Pre-test	Experimental (n=47)	167'77 ± 19'167	0'054
		Control (n=39)	159'36 ± 20'606	
	Post-test	Experimental (n=47)	168'66 ± 17'279	0'019
		Control (n=39)	159'08 ± 19'815	
Puntuació Relació Familiar	Pre-test	Experimental (n=47)	37'34 ± 5'134	0'040
		Control (n=39)	34'54 ± 7'287	
	Post-test	Experimental (n=47)	37'06 ± 4'958	0'117
		Control (n=39)	35'08 ± 6'670	
Puntuació Relació Iguals	Pre-test	Experimental (n=47)	31'13 ± 4'287	0'090
		Control (n=39)	29'44 ± 4'860	
	Post-test	Experimental (n=47)	31'15 ± 4'606	0'124
		Control (n=39)	29'59 ± 4'672	
Puntuació Creences d'Afrontament	Pre-test	Experimental (n=47)	36'83 ± 4'425	0'283
		Control (n=39)	35'74 ± 4'887	
	Post-test	Experimental (n=47)	37'02 ± 3'864	0'032
		Control (n=39)	34'59 ± 6'344	
Puntuació Expectatives Futur	Pre-test	Experimental (n=47)	36'62 ± 6'166	0'134
		Control (n=39)	34'62 ± 6'029	
	Post-test	Experimental (n=47)	37'62 ± 4'730	0'030
		Control (n=39)	35'36 ± 4'699	
Puntuació Autoavaluació Positiva	Pre-test	Experimental (n=47)	25'85 ± 3'712	0'334
		Control (n=39)	25'03 ± 4'164	
	Post-test	Experimental (n=47)	25'81 ± 3'865	0'104
		Control (n=39)	24'46 ± 3'677	
Puntuació TMMS-24	Pre-test	Experimental (n=47)	83'64 ± 13'901	0'073
		Control (n=39)	78'54 ± 11'725	
	Post-test	Experimental (n=47)	86'30 ± 13'468	0'029
		Control (n=39)	80'21 ± 11'295	
Puntuació Atenció Emocional	Pre-test	Experimental (n=47)	28'79 ± 5'699	0'403
		Control (n=39)	27'79 ± 5'136	
	Post-test	Experimental (n=47)	30'06 ± 5'799	0'155
		Control (n=39)	28'31 ± 5'464	
Puntuació Claredat Emocional	Pre-test	Experimental (n=47)	27'34 ± 5'643	0'022
		Control (n=39)	24'49 ± 5'670	
	Post-test	Experimental (n=47)	27'34 ± 6'421	0'229
		Control (n=39)	25'76 ± 5'334	
Puntuació Reparació Emocional	Pre-test	Experimental (n=47)	27'51 ± 6'328	0'341
		Control (n=39)	26'26 ± 5'702	
	Post-test	Experimental (n=47)	28'89 ± 5'924	0'030
		Control (n=39)	26'26 ± 5'009	
Puntuació Plutchik	Pre-test	Experimental (n=47)	2'43 ± 1'964	0'981
		Control (n=39)	2'44 ± 1'997	
	Post-test	Experimental (n=47)	2'45 ± 2'448	0'538
		Control (n=39)	2'15 ± 1'829	

Comparació de variables clíniques en el pre-post del grup experimental i en el pre-post del grup control

La puntuació mitjana del grup experimental en el RFL-YA va ser de 167'77 en la primera administració i de 168'66 ($p=0'603$) en la segona. Per altra banda, la puntuació mitjana del grup control va ser de 159'36 en la primera i de 159'08 ($p=0'945$) en la segona.

En relació a l'enquesta TMMS-24, convé ressaltar que el grup experimental va ser el més divers en quant a dades estadístiques quan es va comparar la primera amb la segona puntuació; la puntuació mitjana de la TMMS-24 en el pre-test i en el post-test va ser, respectivament, de 83'64 i de 86'30 ($p=0'042$). També, la puntuació mitjana de reparació emocional del grup experimental va ser superior en la post-intervenció (28'89) que en la pre-intervenció (27'51) amb un $p=0'023$. En canvi, la puntuació mitjana en l'enquesta TMMS-24 del grup control va ser de 78'61 en la pre-test i de 80'21 en el post-test ($p=0'334$).

Cal dir que les puntuacions mitjanes del grup control no obtenen diferències estadísticament significatives entre la primera i la segona administració d'enquestes.

Taula 4. Comparació puntuacions primera i segona administració en grup experimental (n=47).

		Mitjana \pm DE	p
Puntuació RFL-YA	Pre-test	167'77 \pm 19'167	0'603
	Post-test	168'66 \pm 17'279	
Puntuació Relació Familiar	Pre-test	37'34 \pm 5'134	0'534
	Post-test	37'06 \pm 4'958	
Puntuació Relació Iguals	Pre-test	31'13 \pm 4'287	0'960
	Post-test	31'15 \pm 4'606	
Puntuació Creences d'Afrontament	Pre-test	36'83 \pm 4'425	0'742
	Post-test	37'02 \pm 3'864	
Puntuació Expectatives Futur	Pre-test	36'62 \pm 6'166	0'190
	Post-test	37'62 \pm 4'730	
Puntuació Autoavaluació Positiva	Pre-test	25'85 \pm 3'712	0'929
	Post-test	25'81 \pm 3'865	
Puntuació TMMS-24	Pre-test	83'64 \pm 13'901	0'042
	Post-test	86'30 \pm 13'468	
Puntuació Atenció Emocional	Pre-test	28'79 \pm 5'699	0'053
	Post-test	30'06 \pm 5'799	
Puntuació Claredat Emocional	Pre-test	27'34 \pm 5'643	1'000
	Post-test	27'34 \pm 6'421	
Puntuació Reparació Emocional	Pre-test	27'51 \pm 6'328	0'023
	Post-test	28'89 \pm 5'924	

Puntuació Plutchik	Pre-test	2'43 ± 1'964	0'935
	Post-test	2'45 ± 2'448	

Taula 5. Comparació puntuacions primera i segona administració en grup control (n=39).

		Mitjana ± DE	p
Puntuació RFL-YA	Pre-test	159'36 ± 20'606	0'945
	Post-test	159'08 ± 19'815	
Puntuació Relació Familiar	Pre-test	34'54 ± 7'287	0'602
	Post-test	35'08 ± 6'670	
Puntuació Relació Iguals	Pre-test	29'44 ± 4'860	0'870
	Post-test	29'59 ± 4'672	
Puntuació Creences d'Afrontament	Pre-test	35'74 ± 4'887	0'317
	Post-test	34'59 ± 6'344	
Puntuació Expectatives Futur	Pre-test	34'62 ± 6'029	0'420
	Post-test	35'36 ± 4'699	
Puntuació Autoavaluació Positiva	Pre-test	25'03 ± 4'164	0'416
	Post-test	24'46 ± 3'677	
Puntuació TMMS-24	Pre-test	78'61 ± 11'874	0'334
	Post-test	80'21 ± 11'295	
Puntuació Atenció Emocional	Pre-test	27'79 ± 5'136	0'538
	Post-test	28'31 ± 5'464	
Puntuació Claredat Emocional	Pre-test	24'55 ± 5'731	0'198
	Post-test	25'76 ± 5'334	
Puntuació Reparació Emocional	Pre-test	26'26 ± 5'702	1'000
	Post-test	26'26 ± 5'009	
Puntuació Plutchik	Pre-test	2'44 ± 1'997	0'311
	Post-test	2'15 ± 1'829	

Relació de les variables sociodemogràfiques (Sexe i Curs d'Infermeria) i les variables clíniques

En el pre-test, la puntuació mitjana de l'enquesta RFL-YA va ser de 152'93 en els homes i de 166'28 en les dones ($p=0'019$). També, es va obtenir diferència estadísticament significativa en les diferents dimensions de l'enquesta: la puntuació mitjana de relació familiar va ser de 33'13 en els homes i de 36'69 en les dones ($p=0'047$); la puntuació mitjana de creences d'afrontament va ser de 34'07 en els homes i de 36'82 en les dones ($p=0'036$); la puntuació mitjana d'expectatives davant el futur va ser de 32'47 en els homes i de 36'39 en les dones ($p=0'024$).

En l'enquesta TMMS-24 i les seves respectives dimensions i en l'escala de Plutchik no es van obtenir diferències estadísticament significatives entre ambdós sexes (*Taula 7*).

Amb referència al curs d'Infermeria, la puntuació mitjana de la claredat emocional va ser de 24'20 en el segon curs i de 27'04 ($p=0'030$) en el tercer curs. En la resta de puntuacions no es va observar diferència estadística (*Taula 8*).

Taula 7. Comparació de la variable Sexe en el pre-test (n=86).

	Sexe		p
	Home (n=15) Mitjana ± DE	Dona (n=71) Mitjana ± DE	
Puntuació RFL-YA	152'93 ± 24'907	166'28 ± 18'380	0'019
Puntuació Relació Familiar	33'13 ± 7'530	36'69 ± 5'913	0'047
Puntuació Relació Iguals	29'07 ± 5'257	30'63 ± 4'450	0'233
Puntuació Creences d'Afrontament	34'07 ± 5'612	36'82 ± 4'307	0'036
Puntuació Expectatives Futur	32'47 ± 9'687	36'39 ± 4'944	0'024
Puntuació Autoavaluació Positiva	24'20 ± 4'329	25'75 ± 3'809	0'167
Puntuació TMMS-24	78'33 ± 14'534	81'96 ± 12'843	0'335
Puntuació Atenció Emocional	28'13 ± 6'791	28'38 ± 5'170	0'874
Puntuació Claredat Emocional	24'87 ± 5'951	26'30 ± 5'780	0'389
Puntuació Reparació Emocional	25'33 ± 8'200	27'28 ± 5'506	0'259
Puntuació Plutchik	2'80 ± 1'971	2'35 ± 1'972	0'426

Taula 8. Comparació de la variable Curs d'Infermeria en el pre-test (n=86).

	Curs d'Infermeria		p
	Segon (n=30) Mitjana ± DE	Tercer (n=56) Mitjana ± DE	
Puntuació RFL-YA	161'57 ± 18'241	165'23 ± 21'161	0'425
Puntuació Relació Familiar	34'67 ± 7'739	36'82 ± 5'343	0'133
Puntuació Relació Iguals	30'70 ± 4'178	30'18 ± 4'847	0'620
Puntuació Creences d'Afrontament	36'10 ± 4'619	36'46 ± 4'694	0'731
Puntuació Expectatives Futur	35'03 ± 5'555	36'07 ± 6'466	0'459
Puntuació Autoavaluació Positiva	25'07 ± 3'552	25'70 ± 4'121	0'481
Puntuació TMMS-24	78'93 ± 10'315	82'61 ± 14'345	0'218
Puntuació Atenció Emocional	28'50 ± 4'337	28'25 ± 5'986	0'840

Puntuació Claredat Emocional	24'20 ± 5'665	27'04 ± 5'676	0'030
Puntuació Reparació Emocional	26'23 ± 4'681	27'32 ± 6'677	0'430
Puntuació Plutchik	2'37 ± 1'790	2'46 ± 2'071	0'828

Quant al sexe masculí (n=15), no es va observar diferència estadísticament significativa entre el grup control i el grup experimental ni en la pre-intervenció ni en la post-intervenció.

Ara bé, quan es va comparar el sexe femení (n=71), es va obtenir una diferència significativa en la puntuació de l'enquesta RFL-YA entre el grup experimental (n=39) i el grup control (n=32), només en la segona administració: el grup experimental va obtenir una mitjana de 170'23 i el grup control de 160'34 (p=0'035). Així mateix, en la post-intervenció, la puntuació mitjana de la dimensió de creences d'afrontament va ser de 37'44 en el grup experimental i de 35'00 (p=0'050) en el grup control i, tant abans com després de la intervenció, la puntuació mitjana de la dimensió d'expectatives davant el futur va ser estadísticament significativa: 37'44 en el grup experimental i 35'13 (p=0'049) en el grup control (pre-intervenció); i 37'95 en el grup experimental i 35'47 (p=0'017) en el grup control (post-intervenció).

La puntuació mitjana de la TMMS-24 en les dones, en el pre-test, va ser de 84'77 en el grup experimental i de 78'53 (p=0'041) en el grup control i, en el post-test, va ser de 87'31 en el grup experimental i de 80'74 (p=0'027) en el grup control.

Pel que fa a les dimensions de la TMMS-24, cal dir que es fa una important distinció entre ambdós sexes. El sexe masculí del grup experimental va mantenir puntuacions mitjanes lleugerament superiors, sense diferències estadísticament significatives, en la segona administració, excepte en la dimensió de claredat de sentiments. Així doncs, després de veure l'obra de teatre, aquestes puntuacions mitjanes van ser de: 81'38 en la puntuació total de l'enquesta; 30'13 en la dimensió d'atenció emocional; 24'75 en la dimensió de claredat de sentiments; i de 26'50 en la dimensió de reparació emocional.

Per altra banda, el sexe femení del grup experimental va mantenir puntuacions mitjanes superiors (amb diferència estadística a la dimensió de reparació emocional) en la segona administració: 87'31 en la puntuació total de la TMMS-

24; 30'05 en la dimensió d'atenció emocional; 27'87 en la dimensió de claredat de sentiments; 29'38 en la dimensió de reparació emocional ($p=0'035$).

Finalment, es va fer una distinció entre el curs d'Infermeria i cal remarcar que fou el grup experimental de tercer curs, el que va obtenir uns resultats estadístics diferents (només en l'enquesta TMMS-24) quan es va comparar la primera i la segona administració (*Taula 6*).

Taula 6. Comparació de les puntuacions de la primera i la segona administració TMMS-24 en el tercer curs del grup experimental (n=45).

		Mitjana ± DE	p
Puntuació TMMS-24	Pre-test	83'42 ± 14'170	0'047
	Post-test	86'13 ± 13'747	
Puntuació Atenció Emocional	Pre-test	28'71 ± 5'790	0'041
	Post-test	30'11 ± 5'909	
Puntuació Claredat Emocional	Pre-test	27'36 ± 5'765	0'907
	Post-test	27'24 ± 6'527	
Puntuació Reparació Emocional	Pre-test	27'36 ± 6'411	0'024
	Post-test	28'78 ± 6'030	

DISCUSSIÓ

L'objectiu d'aquest estudi va ser identificar el risc de suïcidi i avaluar l'efectivitat d'una intervenció de prevenció de suïcidi. Cal dir que hi ha un ampli acord sobre la importància que té la prevenció de la conducta suïcida, ara bé, són poques les intervencions específiques de prevenció del suïcidi dirigides a l'adult jove i, més concretament, als estudiants universitaris.

Un 8'1% dels estudiants d'Infermeria presenten risc de suïcidi, segons les puntuacions obtingudes en l'escala Plutchik. Aquesta xifra és inferior a l'obtinguda a l'estudi de Gómez-Romero et al. [41], que fou de 11'8%, també és moderadament inferior a l'estudi de Tomás-Sábado [38], en el qual aquest percentatge es situa sobre el 12%. No obstant, en l'estudi de Montes-Hidalgo [4], mostren un risc de suïcidi de 6'4%, que és significativament més baix que els dos estudis anteriors i més semblant a la xifra obtinguda en aquest estudi.

Cal destacar que la puntuació mitjana global de risc de suïcidi va ser de 2'43 en la primera administració i de 2'31 en la segona administració d'enquestes. En comparació a altres estudis, la puntuació del nostre estudi resulta ser lleugerament més baixa, sobretot en la post-intervenció: 3'03 [49], 2'80 [38] i 2'43 [4].

Quan es va comparar entre homes i dones, es va observar que, en la pre-intervenció, la mitjana de risc de suïcidi va ser de 2'80 en els homes i de 2'35 en les dones i, en la post-intervenció, la mitjana de risc de suïcidi va ser de 3'40 en els homes i de 2'08 en les dones. Així doncs, en aquest estudi, les puntuacions són moderadament més altes en els homes, tant abans com després de la intervenció, encara que més marcadament en la post-intervenció. Ara bé, en altres investigacions les puntuacions que mostren les dones són més altes que en els homes: un 2'38 en homes i 2'45 en dones [4], un 2'65 en homes i un 2'84 en dones [38] i un 2'89 en homes i un 3'07 en dones [49].

Per altra banda, s'observen puntuacions de risc de suïcidi més altes en els estudiants de tercer curs en comparació als estudiants de segon curs, tant abans com després de la intervenció.

L'estudi de Constanza et al. [40] segueix la mateixa línia que el present projecte però en adolescents (la mitjana d'edat va ser 14'78): realitzar i avaluar una

intervenció educativa per a la prevenció de la conducta suïcida. En el seu estudi es va observar que abans del procés educatiu hi havia un 42'7% d'estudiants que presentaven risc suïcida i aquest percentatge va disminuir a un 6'8% després del procés educatiu. En controvèrsia, en el nostre estudi el risc de suïcidi global, tant abans de la intervenció com després, va ser el mateix.

En el present estudi, s'han obtingut puntuacions mitjanes en les dimensions de l'escala que valora la intel·ligència emocional (TMMS-24) similars a l'estudi d'Aradilla-Herrero et al. [49]. Després de la intervenció, la puntuació mitjana d'atenció emocional del grup experimental va ser de 30'06, la de claredat de sentiments va ser de 27'34 i la reparació emocional va ser de 28'89. Així doncs, en l'estudi d'Aradilla-Herrero et al., aquestes puntuacions van ser, respectivament, de 30'01, 28'52 i 29'32. Tant a l'estudi d'Aradilla-Herrero et al. com al present, la dimensió d'atenció emocional va ser la que va obtenir puntuacions més altes.

Convé ressaltar que es va observar una tendència a majors mitjanes en el grup experimental, tant abans de la intervenció com després. No obstant, on es van afirmar diferències estadísticament significatives va ser en la mitjana de la puntuació TMMS-24 després de la intervenció, entre el grup control i el grup experimental. Relacionat amb les dimensions, destacar que la mitjana de puntuació de claredat emocional abans del teatre i la mitjana de puntuació de reparació emocional després del teatre van ser les úniques dimensions on es va objectivar una diferència estadística entre ambdós grups. Així doncs, la reparació emocional sembla ser la dimensió que s'ha vist més reforçada per l'obra de teatre. No obstant, els estudiants de tercer curs que formaven part del grup experimental, també mostren una diferència estadísticament significativa en la dimensió d'atenció emocional, aconseguint una puntuació més alta després de la intervenció. En canvi, es va observar que el grup control no obtenen canvis significatius entre ambdues administracions. Tanmateix, s'ha de tenir en compte que, majoritàriament, van tenir l'oportunitat de veure l'obra de teatre el grup de tercer curs, atès que només dos estudiants de segon curs la van veure.

Amb referència a l'enquesta RFL-YA, també va ser en la post-intervenció quan el grup experimental va obtenir una mitjana estadísticament superior al grup control. De manera paral·lela, les puntuacions mitjanes de les dimensions de

creences d'afrontament i d'expectatives davant el futur van ser estadísticament més altes en el grup experimental que en el grup control. No obstant això, cal remarcar que no es va observar diferència estadísticament significativa entre les puntuacions del pre-test i del post-test del grup experimental, o sigui que no es pot pensar amb total claredat el fet que l'obra de teatre hagi estat efectiva per reforçar aquests factors protectors del suïcidi.

Cal destacar també, que en l'enquesta RFL-YA es van obtenir diferències estadísticament significatives entre ambdós sexes. Les dones van mantenir puntuacions significativament més altes que els homes tant en la puntuació total de l'enquesta com en les dimensions de relació familiar, de creences d'afrontament i d'expectatives davant el futur.

Per acabar, crida l'atenció que 19 dels 86 estudiants (22'1%) han presentat ideacions suïcides. Aquesta xifra és més alta en comparació a diferents estudis com Chávez-Hernández et al. [50], en el qual 12 dels 69 participants van reconèixer haver presentat ideació suïcida. Per altra banda, García-Williams et al. [51] va concloure que un 7'3% refereix tenir ideacions suïcides, percentatge molt per sota del nostre. No obstant això, en el nostre estudi només un 1'2% ha realitzat una conducta suïcida i, en canvi, en l'estudi de García-Williams et al. va ser un 4%.

LIMITACIONS

En primer lloc, els resultats no poden ser generalitzats als estudiants d'Infermeria en conjunt, atès que els participants només van ser de segon i tercer curs. En segon lloc, cal tenir present que tot i haver aconseguit una mostra representativa de la població, és probable que s'hagin perdut possibles dades d'estudiants que no es trobaven a l'aula en el moment en què es va passar l'enquesta. També, s'han perdut les dades dels estudiants que en la primera administració van contestar l'enquesta però en la segona administració no i a la inversa, ja que només ens interessaven els estudiants que l'havien contestada tant en la pre-intervenció com en la post-intervenció, per així portar a terme un estudi analític i comparar resultats.

Malgrat aquestes limitacions, les dades obtingudes són rellevants i confirmem la necessitat d'investigar en l'àmbit de la prevenció del suïcidi en estudiants d'Infermeria.

FUTURES LÍNIES DE RECERCA

Seria interessant estudiar quins són els factors protectors i els factors suïcides dels participants que han presentat risc de suïcidi i així conèixer quines serien les intervencions que es podrien adequar millor a les seves necessitats.

També, es podria incrementar el número d'intervencions al mateix grup per crear un major impacte. D'aquesta manera, es podria estudiar amb més profunditat si els programes de prevenció de suïcidi són o no efectius.

CONCLUSIONS

- Un 8'1% dels estudiants d'Infermeria presenten risc de suïcidi i fins a un 22'1% ha tingut ideacions suïcides.
- El risc de suïcidi és moderadament més alt en els homes que en les dones, tant abans com després de la intervenció, encara que més marcadament en la post-intervenció.
- De la mateixa manera, els estudiants de tercer curs presenten un risc de suïcidi més alt en comparació als estudiants de segon curs, tant abans com després de la intervenció.
- Les raons per viure han estat majors en el grup experimental que en el grup control després de veure l'obra de teatre. Així doncs, el risc de suïcidi ha estat més baix en el grup experimental que en el grup control. Ara bé, no es pot pensar amb total claredat el fet que l'obra de teatre hagi estat efectiva per reforçar les raons per viure, ja que no s'ha observat un canvi significatiu en quant els resultats obtinguts entre la primera i la segona administració d'enquestes en el grup que ha vist l'obra de teatre.
- Les expectatives davant el futur i les creences d'afrontament han sigut els factors protectors del suïcidi relacionats amb les raons per viure que s'han vist més reforçats per la intervenció feta.
- La intel·ligència emocional s'ha vist significativament més enfortida en el grup que ha visualitzat l'obra de teatre que en el grup que no l'ha vista, atès que aquest últim, no ha obtingut diferències entre ambdues administracions d'enquestes. Sembla que l'obra de teatre ha pogut millorar la intel·ligència emocional dels estudiants.
- La reparació emocional ha sigut la dimensió de la intel·ligència emocional que més s'ha enfortit després de veure l'obra de teatre, especialment en les dones.
- L'atenció emocional ha sigut el component de la intel·ligència emocional que només s'ha vist reforçat als estudiants que cursen tercer d'Infermeria i que pertanyen al grup experimental.
- Pel simple fet que el grup experimental hagi estat format majoritàriament per estudiants de tercer curs d'Infermeria, ha estat aquest qui ha patit més canvis significatius quant a resultats de les enquestes.

- En general, els factors protectors del suïcidi han tendit a augmentar en el grup experimental i a disminuir en el grup control, després de la intervenció.
- Com a conclusió personal, considero que l'increment d'intervencions en els professionals sanitaris, amb la finalitat de rompre el tabú i apropar el suïcidi al món professional de la salut, pot generar una millora en la concepció i en el coneixement del suïcidi, així com en l'abordatge de diferents situacions de risc.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative [Internet]. 2014 [citada 10 de septiembre 2018]. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=DB9F405F1F5FDA874A93A1D60C87D645?sequence=1
2. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017 [actualizada 2019; citada 1 mayo 2019]. Defunciones según la causa de muerte. Suicidios por edad y sexo [aprox. 1 pantalla]. Disponible a: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2017/l0/&file=05001.px>
3. Bobes J, González JC, Sáiz PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1997.
4. Montes-Hidalgo J, Tomás-Sábado J. Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería. Enferm Clínica [Internet]. 2016 [citada 3 gener 2019];26(3):188–93. Disponible a: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862116300250>
5. Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. Prevención e intervención enfermera en conducta suicida. 1a ed. Madrid: Fuden; 2017.
6. Daray FM, Grendas L, Rebok F. Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el dsm-5. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba [Internet]. 2016 [citada 10 noviembre 2018];73(3):205-211. Disponible a: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/12457>
7. López MB, Hinojal R, Bobes J. El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos [Internet]. 1993 [citada 10

- novembre 2018]. Disponible a: https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993_Lopez_Suicidio.pdf
8. Bille-Brahe U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s [Internet]. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998 [citada 10 novembre 2018]. Disponible a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/239938/E60709.pdf
 9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Avalia-t; 2012 [citada 14 novembre 2018]. Disponible a: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
 10. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2007 [citada 14 novembre 2018];37(3):248–63. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17579538>
 11. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. 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 Life Threat Behav* [Internet]. 2007 [citada 14 novembre 2018];37(3):264–77. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17579539>
 12. World Health Organization [Internet]. Ginebra: World Health Organization 2019 [actualitzada 2019; citada 3 maig 2019]. Mental health: Suicide data. Disponible a: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

13. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017 [actualitzada 2019; citada 1 maig 2019]. Defunciones según la causa de muerte. Tasas de suicidios por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo [aprox. 1 pantalla]. Disponible a: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2017/l0/&file=05008.px>
14. IDESCAT: Institut d'Estadística de Catalunya [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2017 [actualitzada 31 gener 2019; citada 1 maig 2019]. Anuari estadístic de Catalunya. Suïcidis. Per sexe i províncies [aprox 1 pantalla]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=616&t=2017>
15. Ros S. La conducta suicida. Madrid: Arán; 1998.
16. Cassaretto M, Martínez P. Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-YA. Rev Psicol [Internet]. 2012 [citada 20 novembre 2018];30(1):169–88. Disponible a: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472012000100007
17. Bobes J, Giner J, Saiz J. Suicidio y psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida [Internet]. Madrid: Triacastela; 2011 [citada 3 desembre 2018]. Disponible a: https://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
18. McNamee JE, Offord DR. Prevention of suicide. Can Med Assoc [Internet]. 1990 [citada 3 desembre 2018];142(11):1223-1230. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1452573/>
19. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA [Internet]. 2005 [citada 4 desembre 2018];294(16):2064-74. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16249421>

20. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A Meta-Analysis. Br J Psychiatry [Internet]. 1997 [citada 12 novembre 2018];170:205-28. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9229027>
21. López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, et al. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados. Análisis de la atención sanitaria [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2007 [citada 11 novembre 2018]. Disponible a: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2007_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/d_07-02_inform_suicidio.pdf
22. García de Jalón E, Peralta V. Suidicio y riesgo de suicidio. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2002 [citada 11 novembre 2018];25(3):87-96. Disponible a: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5570/4581>
23. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. Am J Psychiatry [Internet]. 1990 [citada 13 novembre 2018];147(2):190–5. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2278535>
24. Fagiolini A, Kupfer DJ, Rucci P, Scott JA, Novick DM, Frank E. Suicide attempts and ideation in patients with bipolar I disorder. J Clin Psychiatry [Internet]. 2004 [citada 13 novembre 2018];65(4):509-14. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15119913>
25. López P, Mosquera F, de León J, Gutiérrez M, Ezcurra J, Ramírez F, et al. Suicide attempts in bipolar patients. J Clin Psychiatry [Internet]. 2001 [citada 13 novembre 2018];62(12):963-6. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11780877>

26. Frances RJ, Franklin J, Flavin DK. Suicide and alcoholism. *Ann NY Acad Sci* [Internet]. 1986 [citada 5 dezembro 2018];487(1):316–26. Disponível a: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1749-6632.1986.tb27910.x>
27. Roy A, Nielsen D, Rylander G, Sarchiapone M, Segal N. Genetics of suicide in depression. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 1999 [citada 6 dezembro 2018];60(2):12-17. Disponível a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10073383>
28. King EA, Baldwin DS, Sinclair JM, Baker NG, Campbell MJ, Thompson C. The wessex recent in-patient suicide study, 1. Case-control study of 234 recently discharge psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2001 [citada 5 dezembro 2018];178:531-6. Disponível a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11388969>
29. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull* [Internet]. 1990 [citada 5 dezembro 2018];16(4):571–89. Disponível a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2077636>
30. Beautrais AL, Collings S, Ehrhardt P, Henare K. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention [Internet]. Wellington: Ministry of Health; 2005 [citada 4 dezembro 2018]. Disponível a: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicideprevention-areviewoftheevidence.pdf>
31. Mann JJ, Oquendo M, Underwood MD, Arango V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 1999 [citada 6 dezembro 2018];60(2):7-11. Disponível a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10073382>
32. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1999

- [citada 6 diciembre 2018];156(2):181-9. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9989552>
33. Herrera PM, Avilés K. Factores familiares de riesgo en el intento suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2000 [citada 12 noviembre 2018]; 16(2):134-13. Disponible a: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000200005&script=sci_arttext&tIng=en
34. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev [Internet]. 2008 [citada 11 noviembre 2018];30(1):133–54. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18653727>
35. Organización Panamericana de la Salud. Marco de referencia para la implantación de la estrategia regional de Salud Mental [Internet]. Washington: OPS; 2011 [citada 11 noviembre 2018]. Disponible a: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/MARCO%20DE%20REFERENCIA%20Salud%20Mental%20final.pdf?ua=1>
36. Lomba P, Alfonso E, Fernández L. Prevención del suicidio en la comunidad. En: Barceló C, González Y. Medio Residencial y Salud [Internet]. La Habana, Cuba: Consejo editorial OMS y OPS; 2013 [citada 11 noviembre 2018]. p. 207-214. Disponible a: https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=ix-red-vivienda-saludable-rio-janeiro-nov-2013&alias=1059-medio-residencial-y-salud&Itemid=226
37. Chimborazo-Pomavilla MA, Quito-Calle JV. Riesgo suicida en universitarios de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Cuenca, extensión Cañar, Ecuador. Rev Killkana [Internet]. 2018 [citada 11 gener 2019];2(1):29-36. Disponible a: http://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killcana_salud/article/view/230/273
38. Tomás-Sábado J. Factores psicológicos relacionados con el riesgo suicida en estudiantes de enfermería. Dialnet [Internet]. 2009 [citada 10

- gener 2019];12(2):67-74. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2912653>
39. Córdova M, Cubillas MJ, Román R. ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Pensam. psicol.* [Internet]. 2011 [citada 10 gener 2019];9(17):21-32. Disponible a:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612011000200003
40. Constanza S, Castaño JJ, Mosquera AM, Nieto LM, Orozco M, Giraldo WF. Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la Ciudad de Manizales (Colombia). *Perspect Psicol* [Internet]. 2018 [citada 12 gener 2019];14(1):27-40. Disponible a: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v14n1/1794-9998-dpp-14-01-00027.pdf>
41. Gómez-Romero MJ, Limonero JT, Toro J, Montes-Hidalgo J, Tomás-Sábado J. Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios. *Ansiedad y Estrés* [Internet]. 2018 [citada 11 gener 2019];24(1):18-23. Disponible a:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134793717300659>
42. Blasco MJ, Vilagut G, Almenara J, Roca M, Piqueras JA, Gabilondo A, et al. Suicidal Thoughts and Behaviors: Prevalence and Association with Distal and Proximal Factors in Spanish University Students. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2018 [citada 15 desembre 2018];1-18. Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1111/sltb.12491>
43. Codi risc de suïcidi. Barcelona: Direcció Àrea d'atenció sanitària, CatSalut i Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya [Internet]; 2015 [citada 5 maig 2019]. Disponible a:
https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/2015/instruccio_10_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf

44. Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas. Navarra: Gobierno de Navarra [Internet]; 2014 [citada 5 maig 2019]. Disponible a: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>
45. Portal de Transparencia [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid [Internet]; 2014 [citada 5 maig 2019]. Programa de Prevención del Suicidio. Disponible a: <http://www.madrid.org/es/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/programa-prevencion-del-suicidio>
46. Cassaretto M, Martínez P. Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-YA. Revista de Psicología [Internet]. 2012 [citada 5 novembre 2018];30(1):169-188. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4026603>
47. Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. Psychol Rep. [Internet]. 2004 [citada 5 novembre 2018];94(3):751-5. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15217021>
48. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marin JJ et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol. 1998 [citada 5 novembre 2018];61(2):143–52.
49. Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students. NEDT [Internet]. 2014 [citada 17 gener 2019];34(4):520–5. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.001>
50. Chávez-Hernández AM, Medina MC, Macías-García LF. Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. Salud mental [Internet]. 2008 [citada 18 gener 2019];31(3):197-203. Disponible a: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n3/v31n3a5.pdf>

51. García-Williams A, Moffitt L, Kaslow NJ. Mental Health and Suicidal Behavior Among Graduate Students. *Academic Psychiatry* [Internet]. 2014 [citada 20 abril 2019];38(5):554-60. Disponible a: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40596-014-0041-y>

ANNEXOS

Annex 1 – Full informatiu i consentiment informat

FULL INFORMATIU

Benvolguts estudiants,

Soc l'Aina Torres Florit, alumna de quart del Grau d'Infermeria. Estic realitzant el Treball de Fi de Grau (TFG) que tracta sobre la prevenció del suïcidi en joves universitaris de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona. Aquest projecte té com a principal objectiu avaluar l'efectivitat d'una intervenció de prevenció del suïcidi que es portarà a terme el 3 i 4 d'octubre de 2018, consisteix en una obra de teatre sobre el suïcidi juvenil amb el títol "No m'oblideu mai". Així doncs, també es valorarà la millora en el coneixement del suïcidi, així com aconseguir rompre el tabú d'aquest problema en la població jove.

Per a la realització de l'estudi, és necessari passar la següent enquesta que és anònima, per tant, us agrairia que fóssiu sincers. Per fer-ho encara més confidencial i perquè pugueu contestar-la més íntimament us proposo realitzar l'enquesta via mòbil, ordinador o Tablet.

És possible que algunes preguntes puguin ferir la vostra sensibilitat. Si us heu trobat en alguna de les situacions que es planteja a l'enquesta i us sentiu malament, potser seria el moment adequat per demanar ajuda.

Per accedir al qüestionari: <https://goo.gl/forms/BJTBef1FVwtcUTLM2>



També, podeu accedir-hi amb el codi QR, i si teniu algun problema, tinc la versió en paper.

Recordeu prémer el botó "Enviar" quan hagueu finalitzat l'enquesta per tal que es puguin enviar les dades.

Moltes gràcies per la vostra col·laboració!

CONSENTIMENT INFORMAT

El present estudi té com a objectiu avaluar l'efectivitat d'una intervenció de prevenció del suïcidi en joves universitaris de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Si vostè decideix participar en l'estudi, de manera voluntària, se li demanarà que contesti les enquestes RFL-YA (*Reasons For Living in Young Adults*), TMMS-24 (*Trait Meta-Mood Scale*) i Escala de Plutchik, per a la posterior avaluació d'una intervenció de prevenció del suïcidi juvenil.

Es garanteix que la informació obtinguda serà anònima i confidencial usant un sistema de codificació de les dades.

Si durant el transcurs de les enquestes vostè considera que alguna de les preguntes no és adequada i no vol seguir contestant-la, té el dret d'abandonar i no seguir amb la investigació, sense cap compromís ni obligació.

Si se li plantegen dubtes respecte a les preguntes o sobre qualsevol altre aspecte relacionat amb la investigació, estic a la vostra disposició per a qualsevol aclariment.

Moltes gràcies per la seva atenció i participació.

El / la _____
Amb DNI _____
Edat _____

Estic d'acord en participar voluntàriament en aquest estudi, després d'haver estat informat sobre l'objectiu i la metodologia que s'aplicarà.

Reconec que la informació i les dades de les persones registrades seran tractades de manera anònima i confidencial i només amb fins d'investigació.

Girona, _____ de _____ de 2018

Signatura del participant

Annex 2 – Enquesta: Prevenció del suïcidi

PREVENCIÓ DEL SUÏCIDI

La següent enquesta té com a objectiu avaluar l'efectivitat d'una intervenció de prevenció del suïcidi en joves universitaris de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona. També, pretén valorar la millora en el coneixement del suïcidi, així com aconseguir rompre el tabú d'aquest problema en la població jove. El temps estimat que necessiteu per contestar-la és d'uns 10 minuts.

Codi d'identificació: _____

(dia naixement (dos dígits)/mes naixement (dos dígits)/tres últims dígits DNI)

Ex: 01/01/123

DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

Edat: _____

Sexe:

- Home
- Dona

Curs d'Infermeria:

- Segon
- Tercer

Estat civil:

- Solter/a
- Amb parella
- Casat/da
- Divorciat/da
- Vidu/viuda

Nucli de convivència:

- Amb els pares/avis
- Amb amics/estudiants
- Amb parella estable
- Sol/a

Has vist l'obra de teatre “No m'oblideu mai”?

- Sí
- No

RFL-YA (*Reasons For Living in Young Adults*)

Moltes persones han pensat, com a mínim alguna vegada, en el suïcidi. Altres mai ho han considerat. Ho hagiis o no considerat, ens interessen les raons que tindries per no suïcidar-te, si és que se t'ocorre la idea.

A continuació, trobaràs un conjunt de raons que les persones a vegades fan servir per no suïcidar-se. Voldríem saber com d'important seria per a tu cadascuna d'aquestes possibles raons en aquest moment, per no cometre suïcidi. Marca amb una "X" la casella corresponent d'acord amb l'escala. Utilitza tot el rang d'opcions, no només al mig o als extrems.

	No es una razón importante	Muy poco importante	Algo importante	Medianamente importante	Es una razón importante	Es una razón sumamente importante
1. Espero muchas cosas buenas de la vida con el pasar de los años						
2. No creo que el suicidio sea la mejor manera de manejar cualquiera de mis problemas						
3. Cuando pienso en mi futuro me siento bien						
4. La mayor parte del tiempo me siento bien conmigo mismo/a						
5. Mis amigos están conmigo cuando tengo un problema						
6. Creo que puedo tomar muchas buenas decisiones sin la necesidad de pensar en el suicidio						
7. Tengo una relación muy cercana con mi familia						
8. Tengo muchos planes de futuro que me gustaría llevar a cabo						
9. Disfruto estando con mi familia						
10. Tengo amigos cercanos que realmente se preocupan por mí						
11. Creo que puedo soportar las pérdidas sin llegar al suicidio						
12. Mi familia tiene tiempo para escuchar lo que me pasa en la universidad, el trabajo o la casa						

	No es una razón importante	Muy poco importante	Algo importante	Medianamente importante	Es una razón importante	Es una razón sumamente importante
13. Mi familia me da todo el amor que necesito						
14. Creo que mis amigos me tratan bien						
15. Tengo esperanzas en mis planes y metas para el futuro						
16. Creo que mis amigos me aprecian cuando estoy con ellos						
17. Estoy satisfecho/a con la relación que tengo con la mayoría de mis amigos cercanos						
18. Estoy contento/a de ser como soy						
19. En general, estoy satisfecho/a de que ahora las cosas me estén yendo bien						
20. Siento un gran respeto por mí mismo/a						
21. Cuando tengo un problema puedo encontrar apoyo o consejo de mi familia						
22. Después de una discusión prefiero concentrarme en manejar la situación en vez de pensar en el suicidio						
23. Estoy contento/a conmigo mismo/a						
24. Mi familia comprende cómo me siento						
25. Veo mi futuro esperanzador y prometedor						
26. Estoy satisfecho/a con la relación que tengo con los miembros de mi familia						
27. Al enfrentarme a un problema, hago esfuerzos por comprender y evitar situaciones problemáticas parecidas						
28. Prefiero asumir la responsabilidad de buscar una solución a los problemas en lugar de pensar en el suicidio						

	No es una razón importante	Muy poco importante	Algo importante	Medianamente importante	Es una razón importante	Es una razón sumamente importante
29. Me gustaría ver cómo mis planes para el futuro se realizan (tener un trabajo, carrera, familia)						
30. Tengo amigos cercanos que están dispuestos a ayudarme si lo necesitara						
31. Espero muchas cosas agradables para el futuro						
32. Creo que todos los problemas tienen una posible solución positiva						

TMMS-24 (*Trait Meta-Mood Scale-24*)

A continuació trobaràs algunes afirmacions sobre les teves emocions i sentiments. Llegeix atentament cada frase i indica el grau d'acord o desacord respecte a les mateixes. Assenyala amb una "X" la resposta que més s'aproximi a les teves preferències.

No hi ha respostes correctes o incorrectes, ni bones o dolentes. No empris molt de temps a cada resposta.

	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Presto mucha atención a los sentimientos					
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento					
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones					
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo					
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos					
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente					
7. A menudo pienso en mis sentimientos					
8. Presto mucha atención a cómo me siento					
9. Tengo claros mis sentimientos					
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos					
11. Casi siempre sé cómo me siento					
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas					
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones					
14. Siempre puedo decir cómo me siento					
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones					

	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos					
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista					
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables					
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida					
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal					
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme					
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo					
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz					
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo					

ESCALA DE PLUTCHIK

Les següents preguntes tracten sobre coses que has sentit o fet. Si us plau, contesta cada pregunta simplement amb un "SÍ" o "NO".

	SÍ	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Ud. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

Annex 3 – Permís al Deganat de la Facultat d’Infermeria

Benvolguda Dra. Carme Bertran,

Soc l’Aina Torres Florit, alumna de quart del Grau d’Infermeria. El motiu pel qual em poso en contacte amb vostè és per sol·licitar el seu permís per dur a terme el Treball de Fi de Grau (TFG) tutoritzat pel Dr. David Ballester Ferrando, que tracta sobre la prevenció del suïcidi en joves universitaris de la Facultat d’Infermeria de la Universitat de Girona. Aquest projecte té com a principal objectiu avaluar l’efectivitat d’una intervenció de prevenció del suïcidi que es portarà a terme el pròxim 3 i 4 d’octubre, una obra de teatre sobre el suïcidi juvenil amb el títol “No m’oblídeu mai”.

Per a la realització de l’estudi, s’administraran qüestionaris als estudiants de segon i tercer curs de la Facultat d’Infermeria. Seguidament, es compararà el grup d’intervenció amb el grup control, amb la finalitat de comprovar l’efectivitat de la intervenció, així com aconseguir rompre el tabú d’aquest problema en la població jove.

Per poder dur a terme l’administració de les enquestes necessitarem accedir a les aules de 2on i 3er curs entre el 26 de setembre i el 3 d’octubre per demanar la participació voluntària dels estudiants que ho desitgin. Tornarem a demanar l’accés a les aules passat un temps prudencial per poder comparar el grup control i intervenció.

També li notifiquem que degut al poc temps disponible, estem preparant la documentació per tenir l’acceptació del Comitè d’Ètica de la UdG.

Resto a la seva disposició per a qualsevol aclariment o ampliació de la informació.

Salutacions cordials,

Aina Torres Florit

Girona a 21 de setembre de 2018.