

Almudena Oltra Canet

**CONSEQÜÈNCIES BIO-PSICO-SOCIALS DE L'IMPACTE DEL SUÏCIDI
CONSUMAT EN SUPERVIVENTS MAJORS DE 19 ANYS PROPERA AL SUÏCIDA:
REVISIÓ SISTEMÀTICA**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per la Dra. Pilar Montesó-Curto



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat d'Infermeria

Campus Terres de l'Ebre

TORTOSA 2019-2020

“Si nada nos salva de la muerte, al menos que el amor nos salve la vida”

- Pablo Neruda

A Xelo i Oscar, els meus pares.

A Jordi, la meva parella.

AGRAÏMENTS

Amb aquest treball finalitzo una de les etapes més boniques d'aprenentatge, esforç i superació que mai he viscut fins ara. Durant estos anys, la meua forma de veure la vida ha canviat totalment, he travessat per la incertesa i la por de començar una nova vida, dedicada exclusivament a cuidar als que més ho necessiten, però sempre amb la il·lusió d'avançar i perfeccionar la meua tasca curs rere curs. Tot aquest canvi, em porta a voler donar les gràcies a aquelles persones que m'han donat suport i m'han agafat de la mà, tant en el procediment d'aquest treball com en la meua trajectòria universitària, que com bé saben, en algunes ocasions no ha sigut un recorregut fàcil.

Donar les gràcies a Xelo i Oscar, els meus pares, per animar-me a lluitar per els meus somnis quan pensava que tot era impossible i que aquesta trajectòria no era per a mi, per haver estat sempre al meu costat, en els moments bons, i en els no tant bons, i sobre tot per haver-me educat des del respecte, la humilitat i la valentia, fet que m'ha portat a estudiar aquesta professió. Gràcies per haver estat a primera línia de guerra.

A Jordi, la meua parella, per haver confiat en mi, i per haver-me deixat contar-li històries que mai hagués pensat viure. Però, sobre tot, per no soltar-me la mà quan ho veia tot fosc, i treure'm un somriure fins i tot en la distància. També he d'agrair a la resta de la meua família, als meus tios, cosines, a les meues avies, amigues i companyes de pis, tots ells també han sigut un motiu per a continuar en aquest camí. Aquest treball també és un poc vostre.

Finalment, donar les gràcies a la meua tutora i professora a la URV, la Dra. Pilar Montesó Curto. Gràcies per haver-me guiat durant tot el meu treball, per tots els consells que m'has donat, que de segur em serviran per a un futur pròxim, i per el tot temps dedicat durant aquest any.

INDEX

Resum	5
Abstract	6
1. Introducció i justificació del tema	7
2. Pregunta PICO	8
3. MARC CONCEPTUAL	9
4. OBJECTIUS	13
4.1. Objectiu general.....	13
4.2. Objectiu específic	13
Hipòtesi:.....	13
5. METODOLOGIA	14
5.1 Base de dades i estratègia de cerca	14
5.2 Criteris d'inclusió i exclusió.	14
5.2.1 Criteris d'exclusió	15
5.2.2 Criteris d'inclusió	15
5.3 Elecció d'articles.....	16
6. RESULTATS	18
7. DISCUSSIÓ.....	28
7.1 Impacte físic.....	28
7.1.1 Malalties còniques i hàbits de vida.	28
7.2 Impacte psíquic.....	28
7.2.1 Malalties mentals: abús de substàncies, trastorns afectius, desordre de personalitat, esquizofrènia, brot psicòtic, dol perllongat.	28
7.2.2 Trastorns de l'ànim: ansietat i depressió.	29
7.2.3 Ideació suïcida.	29
7.2.4 Síndrome d'estrès post-traumàtic (PTSD)	30
7.2.5 Impacte emocional: soledat, culpa, tristesa, impotència, bloqueig emocional, baixa autoestima, enuig, inseguretats, por.....	30
7.2.6 Cerca del perquè.	31
7.2.7 Afrontament de la mort en la vida quotidiana: incapacitat d'avançar, reaccions d'afrontament, relació de proximitat amb el difunt.	31
7.3 Impacte social.....	32
7.3.1 Noves tecnologies: xarxes socials	32
7.3.2 Suport social i personal: identificació com a supervivent, qualitat de vida ..	33
7.3.4 Canvis en el rol familiar	33
8. CONCLUSIÓ.	34

9. Limitacions.....	35
10. Declaració de rellevància.....	36
11. Conflicte d'interessos.....	36
12. Bibliografia.....	37
13. Annex 1. Nivell d'evidència qualitativa (Joanna Briggs).....	43
13.1 Annex 2. Nivell d'evidència quantitativa (CBM)	43

ÍNDEX DE TAULES I FIGURES

Taula 1: Paraules clau.	14
Taula 2: Base de dades de publicació, equació de cerca, operadors booleans... ..	15
Figura 1:Diagrama de flux.....	17
Taula 3: Descripció d'escala.....	21
Taula 4: Resultats d'articles quantitius i mixtes.	22
Taula 5: Resultat d'articles qualitius.....	24
Taula 6: Nivell d'evidència mètode Joanna Briggs. (Annex 1).....	26
Taula 7: Nivell d'evidència mètode CBM (Annex 2)	27

Resum

INTRODUCCIÓ: Els familiars que pateixen el suïcidi d' un esser estimat, tenen dificultats per a restablir la seva vida quotidiana. Aquet fet traumàtic produeix als supervivents canvis personals i en la forma de veure el món. A més a més, pot portar a una disfunció permanent de la vida quotidiana, posant en perill la pròpia integritat del supervivent.

OBJECTIU: Conèixer les conseqüències bio-psico-socials de l' impacte del suïcidi en els supervivents majors de 19 anys propers al suïcida.

METODOLOGIA: Revisió sistemàtica basada en la cerca mitjançant les bases de dades Pubmed, Scopus i Cinahl, identificant articles qualitatiu, quantitatiu i mixtes publicats des de Octubre de l' any 2009 fins a Octubre de l' any 2019.

RESULTATS I DISCUSSIÓ: El suïcidi produeix conseqüències bio-psico-socials que afecten al supervivent. Es produeix un impacte físic amb l'aparició de malalties cròniques i canvis en els hàbits que condueixen a un empitjorament de la qualitat de vida. També sofreixen un impacte psíquic, amb l'aparició de malalties mentals com episodis de brots psicòtics, trastorns de la personalitat, trastorns afectius i l'agreujament d'altres com esquizofrènia. Es dona un augment de trastorns de l'ànim, síndrome d'estrès post traumàtic i idees suïcides relacionades amb l'impacte emocional que porta a la cerca del perquè de la mort i diferents tipus d'afrontament, condicionant la qualitat de vida. Finalment, hi ha un impacte social, donat per canvis al rol familiar i l'ús de noves eines tecnològiques enfocades a les xarxes socials per a donar-los suport social i personal.

CONCLUSIÓ : Els professionals de la salut que tracten amb pacients que sofreixen les conseqüències físiques, mentals i socials a causa del suïcidi en majors de 19 anys, han de rebre una formació especialitzada per a oferir una bona prevenció, diagnòstic i tractament. D'aquesta manera s'atendran a les conseqüències vitals d' aquet esdeveniment.

PARAULES CLAU: Impact, bereavement, suicide, survivors.

Abstract

INTRODUCTION: The family members who suffer the suicide of a loved one, have difficulty restoring their daily life. This traumatic event causes survivor personal changes in the way they see the world. This fact can lead to the permanent or final dysfunction of daily life, endangering the survivor's integrity.

OBJETIVES: To know the bio-psycho-social consequences of the impact of death caused by suicide on the survivors, older than 19 years who are next to the decedent.

METHODOLOGY: A search is made with the data bases of Pubmed, Scopus and Cinhal, to identify quality, quantity and mixed articles published from 2009 to 2019.

RESULTS AND DISCUSSION: Suicide produces bio-psycho-social consequences that affect the survivor. There is a physical impact with the appearance of chronic disease and change in habits that lead to a worsening quality of life. Survivors may also experience the onset of mental illness such as episodes of psychotic outbreaks, personality disorders, affective disorders, and worsening of others such as schizophrenia. As well as increased mood disorders, post-traumatic stress disorders, suicidal ideation accompanied by a high emotional impact that leads to the search for the cause of death and different types of coping that condition the quality of life and are the determinant for identifying as a survivor. Finally there is a social impact, given by change in the family role and the use of new technological tools focused on social networks to give them social and personal support.

CONCLUSION: Health professionals who deal with patients who suffer from physical, mental and social consequences of suicide must receive specialized training to offer good prevention, diagnosis and treatment, and must pay attention to the vital consequences that these events can have on a survivor's life.

KEYWORDS: Impact, bereavement, suicide, survivors.

1. Introducció i justificació del tema

Actualment el suïcidi segueix sent un tema tabú quan parlem de la mort. La societat ha creat d'aquesta situació un problema que inicia una onada de judicis contra la família que ha sofert la pèrdua, aquells que ho han intentat o que han mort per aquesta causa. Ningú pot imaginar el que sent un fill, la parella, l'amic d'aquella persona en el moment que comuniquen la notícia, bàsicament perquè no totes les persones travessen el procés de la mort d'aquesta forma tan sobtada. Per aquesta raó la mort per suïcidi, es considera una mort traumàtica fent que el procés del dol sigui més difícil, i donant-se en alguns casos el que es diu “dol patològic” o “dol complicat (Chaverra, Mejía, Figueroa, Àlvarez, i Noreña, 2019 ; Linde , Tremi , Steinig , Nagl, i Kersting, 2017). Als familiars i persones properes que són víctimes d'una mort per suïcidi, se'ls anomena supervivents o també sobrevivents. Al llarg d'aquesta revisió, utilitzarem aquest terme per a referir-nos a les persones afectades, per aquesta raó, s'ha de tindre aquest concepte clar. S'anomenen supervivents, ja que es reflecteixen amb molta precisió, les dificultats que afronten les persones que travessen la mort d'un ésser estimat per suïcidi i l'esforç que els suposa continuar amb la seua vida i lluitar per seguir endavant (Chaverra, 2019; Pérez, 2018)

Alguns autors prefereixen el terme “afectats per el suïcidi” ja que l'altre terme es pot confondre amb aquelles persones que han intentat el suïcidi i no ho han aconseguit, d'aquesta manera també hi ha la opció d'anomenar-los sobrevivents (Chávez-Hernández i Chávez-de-Sánchez, 2012; Pérez, 2018). També hi ha diversitat d'opinions sobre com anomenar al propi acte del suïcidi, alguns prefereixen el terme de “suïcidi consumat” a “suïcidi comès” ja que l'última expressió reflexa un acte criminal. Seguint aquesta tendència també existeixen altres recomanacions per a referir-se a altres termes referents al suïcidi com ideació suïcida, pensaments suïcides o comportament suïcida relacionats amb aquest fet (Chávez-Hernández i Chávez-de-Sánchez, 2012; Hunt, Young i Hertlein, 2017). En quan al personal sanitari, a part de centrar-se en la prevenció del suïcidi en persones de risc, també és important que es preocupen de donar atenció a totes aquelles persones que els ha tocat viure l'experiència dolorosa de la pèrdua. És a dir, estem parlant de la importància que hi té el no deixar sols als supervivents que hi estan travessant un moment dur (Almendros, 2018; Asinas, 2012).

Es considera que aquesta situació és important per a la nostra professió, ja que el suïcidi és un problema de Salut Pública, així mateix, el suïcidi necessita de respostes nacionals que tinguin eficàcia junt a estratègies de prevenció del suïcidi multisectorials i integrals (Chaverra ,2019; OMS, 2019). Com a relació directa amb el suïcidi, el dol per suïcidi no s'ha d'atendre com un dol comú, sinó que s'ha d'entendre com un procés més complex

en el que s'inclou el context familiar i les relacions personals. Infermeria hem de ser coneixedors de les reaccions emocionals i l'impacte en la salut que hi pot tindre aquest procés en la persona que ha sofert la pèrdua (Hunt et al, 2019). Aquest no serà un procés fàcil per a la família, hauran de tornar- s'hi a adaptar a una nova vida marcada per l'absència, i aquesta adaptació no ho poden fer si un professional no els acompanya, sent prioritari la intervenció del personal d'infermeria en el moments inicials després de la mort (Almedros, 2018; Chaverra, 2019). Les famílies tenen la necessitat d'un suport social i professional per a saber com gestionar aquestes emocions i sentiments des del moment en que s'anuncia la pèrdua, a més, tenen una gran necessitat de ser escoltats i de no ser jutjats per la societat, ja que això incrementa més el seu dolor i fa del suïcidi un tema molt tabú, un tema que es tendeix a amagar, ja sigui per sentiments de vergonya o repressió (Gutin, 2017; Hall, 2018; Tal i Iglewicz, 2012).

Socialment també és un tema important, i per tant hi ha que informar de la situació a la resta de la població, educant des de ben menuts sobre la mort i les conseqüències (Asinas, 2012; Camacho , 2016). En aquest tipus de casos, per part de la població, cal oferir ajuda als que més ho necessiten com són aquells supervivents directes. Moltes vegades tant en els professionals com en la resta de gent, es donen situacions en les que s'evita el tema o no s'hi parla directament per por a fer mal al dolent o per no saber què dir en aquell moment (AFSP,2018; Hall, 2018). Aquestes situacions poden ser mal interpretades per al persona que està sofrint la pèrdua, arribant a pensar que l'estan deixant de costat o que aquet fet, fa que els altres tinguin una visió diferent de la persona i la família a la que tenien antes (Hall, 2018). Per tant, infermeria també té un paper important en les actuacions personals i socials en el post-suïcidi (Gutin, 2017; AFSP,2018).La nostra feina és trencar els esquemes de la societat que pensa que la mort per suïcidi ha de ser tractada com una altra, i donar a conèixer quines són les conseqüències per a la vida diària i quin és el paper de la infermera en aquestes morts traumàtiques.

2. Pregunta PICO

La pregunta de investigació d'aquest treball, com hem nomenat anteriorment, és:

¿Quines són les conseqüències bio-psico-socials de l'impacte del suïcidi consumat en supervivents majors de 19 anys propers al suïcida?

3. MARC CONCEPTUAL

Mort traumàtica, mort per suïcidi

La pèrdua d'un ésser estimat és un dels fets més dolorosos que s'hi pot experimentar a la vida. Actualment, la mort és vista com una entitat dolenta i cruel, ja que no ens han educat a adaptar-nos i afrontar-la en el moment que s'hi produeix (Prieto, 2018). Aquest procés de mort resulta molt més difícil si és traumàtica. L'exemple clar d'una mort traumàtica, és la mort per suïcidi. Aquesta és una mort inesperada i amb algunes diferències en comparació amb el dol comú (Camacho, 2016 ; Gutin, 2018). La persona que travessa un dol, experimenta una sèrie d'etapes comunes, basades amb la progressió dels sentiments fins a arribar a l'acceptació final del fet. Aquestes fases del dol són: la negació o insensibilitat, ira o ràbia que produeix una desorganització i desesperança en la persona, negociació, depressió o anhel de la persona estimada i finalment l'acceptació i reconstrucció de la vida (AFSP, 2018; Hall, 2018). Durant aquest procés, s'entén que cada persona té el seu ritme per a realitzar el dol, sent així un procés personal que és intransferible als altres, en el que les etapes poden aparèixer de forma aleatòria o algunes poden no estar presents (Neymeyer,2000; Prieto, 2018).

La majoria de persones tornen a la seua vida quotidiana a l'any o any i mig de sofrir la pèrdua, però aquesta xifra és variable. No obstant, alguns individus experimenten una extensió en el temps estàndard d'aquest procés, podent produir un biaix en l'adaptació a la vida normal, i per tant, com tota falta d'adaptació, es poden produir complicacions tan físiques, psíquiques i socials (Camacho, 2016; DSAS, 2017). Aquesta condició s'anomena dol complicat, i és la conseqüència d'una transició pel procés de dol de forma incorrecta, fent impossible la realització d'un dol integral a la persona (Linde et al., 2017; Kim i Kown,2018). En aquests tipus de dol, les persones experimenten un buit existencial, preocupació pel difunt en relació a la forma de morir, pensaments freqüents amb ell i experimenten una falta d'interès per la vida i s'estima que entre un 7 i un 10% de les persones manifesten reaccions cròniques i pròpies d'aquest tipus de dol (DSAS, 2017; Kim i Kown 2018; Neymeyer, 2000).

Estudis publicats per Bellini et al. (2018) afirmen que aquelles persones en que el dol sigui causat per mort traumàtica i que siguin persones especialment vulnerables, tenen un major risc de sofrir conseqüències més dolentes que les que travessen un dol convencional (Bellini et al.,2018). L'exemple de persones vulnerables són; en primer lloc, les morts traumàtiques com pot ser la mort de la parella o d'un fill, la mort del progenitor a la primera infància o adolescència i les morts sobtades o inesperades com suïcidi, homicidi o accidents entre altres. En segon lloc, les persones vulnerables com

aquelles que tinguin una baixa autoestima. Persones que depenen emocionalment o físicament de la persona que ha mort. Segons l'associació DSAS (2017) i Bellini et al. (2018), aquests dolents tenen una major probabilitat de manifestar una sèrie de reaccions a llarg termini, que resulten finalment amb la cerca d'un professional, per a intentar superar la mort. Els signes d'alarma que una persona pot donar, i que necessiten atenció mèdica són; la incapacitat per a acceptar la mort del familiar, les idees persistents de mort, els sentiments de culpa constant, la incapacitat per fer les activitats de la vida diària, els records recurrents de la mort del ser estimat, l'augment del consum de substàncies com alcohol i altres drogues, la incapacitat per a relacionar-se amb els altres (AIPIS- FAEDA, 2019; Grupo de Trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2010).

Epidemiologia del suïcidi

En 1986 l'OMS va definir el suïcidi com un acte amb resultat letal, deliberadament iniciat i realitzat pel subjecte, sabent o esperant el resultat letal amb l'objectiu d'executar els canvis desitjats. D'acord amb l'OMS, el suïcidi es troba entre les principals 20 causes de mort a escala mundial, cada any es suïciden quasi un milió de persones, aquesta és una taxa global de 16 morts per cada 100.000 habitants. L'OMS (2014) ens comunica que dintre d'aquestes xifres no estan incloses els intents de suïcidi, que són 20 vegades més freqüents i que entre els més comuns al món són la utilització de pesticides i armes blanques, així com la prevalença del suïcidi és més elevada en el cas de països amb un sou lleu-moderat (OMS, 2019).

Conseqüències bio-psico-socials del suïcidi.

El dol per suïcidi, té nombroses diferències si comparem amb altres tipus de dol. Aquest dol és diferència amb els altres pel que fa als aspectes emocionals, ja que, els dolents experimenten uns grans nivells de culpa, responsabilitat i rebuig tant al familiar que ha mort, com a ells mateixos (Camacho, 2016; DSAS, 2017). Entre les diferències que trobem amb altres tipus de dols també estan el contingut temàtic d'aquest tipus de mort i els processos socials pels quals ha de passar el familiar afectat (Camacho, 2016 ; Gutin, 2018). També és comú el sentiment de negació en els inicis del dol, la ira i ràbia pel mateix fet de la mort, aquestes emocions coincideixen amb les d'un dol convencional (Camacho, 2016). El sentiment d'abandonament per part del familiar que s'ha llevat la vida, la por a no saber adaptar-se a la nova vida sense el ser estimat i sentiment de soledat porta a la impotència que apareix per la incomprensió que

sofreixen els supervivents degut a la càrrega de consciència de no hagué pogut fer res per evitar la mort (Chaverra, 2019 ; Prieto, 2018).

Els sentiments de represàlia i de culpabilitat junt amb factors socials i ambientals incloent les reaccions socials i l'estigma que produeix aquest tipus de mort interfereixen a l'afrontament adequat del dol i contribueixen al fet que la simptomatologia negativa sigui persistent (Hunt, Young, Hertlein, 2019). L'estigma social és un dels components que caracteritzen aquest tipus de dol, i constitueix un factor implicat en l'aparició de la ideació suïcida en els supervivents de la pèrdua i un factor que dificulta la realització del dol. L'estigma i la culpa representen un gran repte per als familiars, per aquesta raó moltes vegades s'amaga la causa de la mort a la resta de la gent (Ferré, Montesó, Lleixà, i Albacar, 2011). Aquesta condició de viure amb la culpa del suïcidi d'una altra persona contribueix a l'aparició de malalties psiquiàtriques per als membres de la família que hi sobreviuen, per aquesta raó contribueix al risc de pensament suïcida (Molina, Viola, Rogers, Ouyang, Gang, i Derry, 2019). Si a aquesta situació dolorosa hi sumem que pot existir una història familiar complicada anterior, la culpa s'accentua, s'hi tendeix a pensar que el desenvolupament del pensament del suïcida ha estat resultant d'alguna situació que el supervivent hagi pogut desencadenar (Molina et al., 2019).

Pel que fa a la particularitat més destacada en la reacció dels dolents que travessen una mort per suïcidi, també trobem que aquests passen molt de temps buscant el perquè ha ocorregut el fet. Molts suïcidis poden ser desencadenats per una determinada situació de la persona (Hunt et al., 2019). Amb aquesta cerca s'intenta buscar una explicació de la mort i és una etapa característica del dol per suïcidi. Aquesta cerca del perquè ha passat, fa que el dolent torni a construir l'escenari en el qual va succeir el fet i els esdeveniments passats, buscant obtenir resultats i el control sobre la mort (Camacho, 2016; Chávez i Chávez-de-Sánchez, 2012).

La majoria de les patologies relacionades, amb aquella persona que travessa un dol per suïcidi, comencen sent de procedència psiquiàtrica, com poden ser trastorns de l'ànim com la depressió, ansietat, síndrome d'estrès post traumàtic ideacions suïcides, i en alguns casos afectar també a l'estat físic (Hunt et al., 2019). Pel que fa a l'afectació de la salut mental si no es resol el dol correctament, nombrosos estudis van reconèixer que els més comuns són: la depressió, síndrome d'estrès post traumàtic (PTSD), trastorns d'ansietat i ideació suïcida (Linde et al., 2017). En alguns casos, la presència d'idees suïcides pot requerir un ingrés a un centre psiquiàtric, també està present un increment

del risc de depressió major comparat amb altres dols (Linde et al., 2017; Pitman et al.,2014).

Segons l'Associació d'investigació, prevenció i intervenció del suïcidi en familiars del dol per suïcidi (AIPIS- FAEDS, 2019), hi han canvis en el funcionament físic i en el comportament presents de forma inicial. Apareixen canvis en el patró del son, trastorns alimentaris que comporten la pèrdua de gana en els primers moments del dol, no obstant hi ha un augment de la gana a mesura que passa el temps per a omplir el buit i controlar l'ansietat, en alguns casos. També trobem la presència d'esgotament profund, dificultats en la concentració i la memòria, apatia i falta d'interès per allò que l'envolta, així com una sensació d'opressió al pit amb falta d'aire i dolor físic generalitzat. (AIPIS- FAEDS, 2019; Pitman, Osborn, King, i Erlangsen,2014). Aquests problemes que presenten els dolents que travessen aquesta mort traumàtica, han de ser tractats mitjançant professionals de la salut com infermeria, sigui des de el CAP o per professionals de Salut Mental entre altres serveis com psiquiatres i terapeutes especialitzats (Grupo de Trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2010).

4. OBJECTIUS

4.1. Objectiu general

Analitzar quines són les conseqüències bio-psico-social de l'impacte del suïcidi consumat en supervivents majors de 19 anys propers al suïcida.

4.2. Objectius específics

- Analitzar el risc d'ideació suïcida en els familiars afectats.
- Conèixer la utilització de la tecnologia com a eina de tractament en els familiars afectats per el suïcidi.

Hipotesi:

¿Quines són les conseqüències bio-psico-socials de l'impacte del suïcidi consumat en els supervivents majors de 19 anys propers al suïcida?

5. METODOLOGIA

El present estudi és una revisió sistemàtica de caràcter temàtic, elaborada a partir de la cerca d'articles quantitatius, qualitatius i mixtes.

5.1 Base de dades i estratègia de cerca.

La cerca bibliogràfica s'ha assolit mitjançant tres diferents bases de dades com són; Scopus, Cinhal i Pubmed. La present cerca bibliogràfica s'ha centrat en les fonts més rellevants publicades i limitades en els últims 10 anys, d'Octubre de l'any 2009 fins a Octubre de l'any 2019 i en idioma anglès, tots aquests relacionats amb el tema d'estudi.

Els termes de cerca i operadors booleans que es van utilitzar van ser ,bereavement AND impact AND suicide AND survivors, traduït al català els termes són, dol AND impacte AND suïcidi AND supervivents . A causa dels criteris específics de definició, aquest terme va ser utilitzat per a totes les bases de dades.

La cerca bibliogràfica va identificar un total de 66 articles de les següents bases de dades: SCOPUS, CINHAL, PUBMED

Taula 1: Paraules clau.

PARAULES CLAU	SINÒNIMS
IMPACTE, DOL	Impact, consequences, affection, bereavement, grief, mourning, dol
SUICIDI	suicide
SUPERVIVENTS	supervivents, familiars, partner, family, parents

Font de creació pròpia.

Una vegada seleccionats els límits i termes utilitzats en la cerca, es van utilitzar els operadors booleans. La cerca empleada va ser simple, utilitzant els booleans "AND", ja que d'aquesta forma s'obtingrien tots els articles que contenien els termes aplicats. Els operadors booleans "NOT" i "OR" no van ser utilitzats perquè la quantitat d'articles obtinguts eren excessius. També es va incloure a la cerca, un límit de 10 anys de publicació i que els articles foren amb lletra anglesa. Es van incloure els títols i resums dels 66 articles. En primer lloc es van eliminar els articles repetits a les bases de dades, quedant un total de 44 articles. Després d'aquesta primera exclusió, aquells articles que no corresponien al tema d'estudi amb títol ni resum, van ser rebutjats, per no aportar informació necessària per al treball, quedant un resultat de 26 articles (Figura 1, PRISMA)

5.2 Criteris d'inclusió i exclusió:

Per a seleccionar els articles, hem establert uns criteris d'inclusió i exclusió, que permeten diferenciar de forma exacta aquells articles que aporten al tema de treball informació rellevant i actualitzada, d'aquells que no ho aconsegueixen.

5.2.1 Criteris d'exclusió

Es van excloure tots aquells articles que foren revisions sistemàtiques quantitatives, qualitatives, i articles d'opinió pública, llibres, revisions de llibres, meta-anàlisi i articles no acadèmics, quedant un total de 20 articles.

5.2.2 Criteris d'inclusió

Per a complir amb els criteris d'inclusió, es van requerir: documents a text complet d'articles qualitatius, que indicaren la narració d'experiències i descripció de les vivències de supervivents, i d'altres documents que ens donen una visió més quantitativa del problema actual. Que foren majors de 19 anys amb gènere masculí i/o femení.

La quantitat d'articles que va resultar amb aquests criteris va ser de 13 articles.

Tabla 2: Base de dades de publicació, equació de cerca, operadors booleans

BASE DE DADES	DESCRIPTORS	RESULTATS	ESCOLLITS
SCOPUS	BEREAVEMENT AND IMPACT AND SUICIDE AND SURVIVORS	30	5
CINAHL	BEREAVEMENT AND IMPACT AND SUICIDE AND SURVIVORS	15	4
PUBMED	BEREAVEMENT AND IMPACT AND SUICIDE AND SURVIVORS	21	3

Font de creació pròpia

5.3 Elecció d'articles

Es revisen els 13 articles a text complet, un document van ser finalment exclòs perquè no complia els objectius per a la finalitat de l'estudi. Es van examinar els documents a text complet dels 12 articles restants i es van incloure per a la seua avaluació final aquells en què els participants havien manifestat les seues experiències i impacte derivat del suïcidi d'una persona estimada. Després d'eliminar els duplicats i obtenir tots aquells articles que complien amb els criteris d'inclusió i exclusió, es va procedir a la realització de la lectura crítica dels articles resultants. Tot seguit, es va procedir a l'elecció d'aquells articles que després de la lectura crítica ens van semblar interessants per a incloure en el nostre estudi i que els seus objectius i resultats eren rellevants per al desenvolupament del treball. Els articles que hem escollit són principalment qualitatius, descriptius, narratius. A la figura 1, trobem el diagrama de flux PRISMA, que mostra la selecció d'articles científics inclosos en el treball.

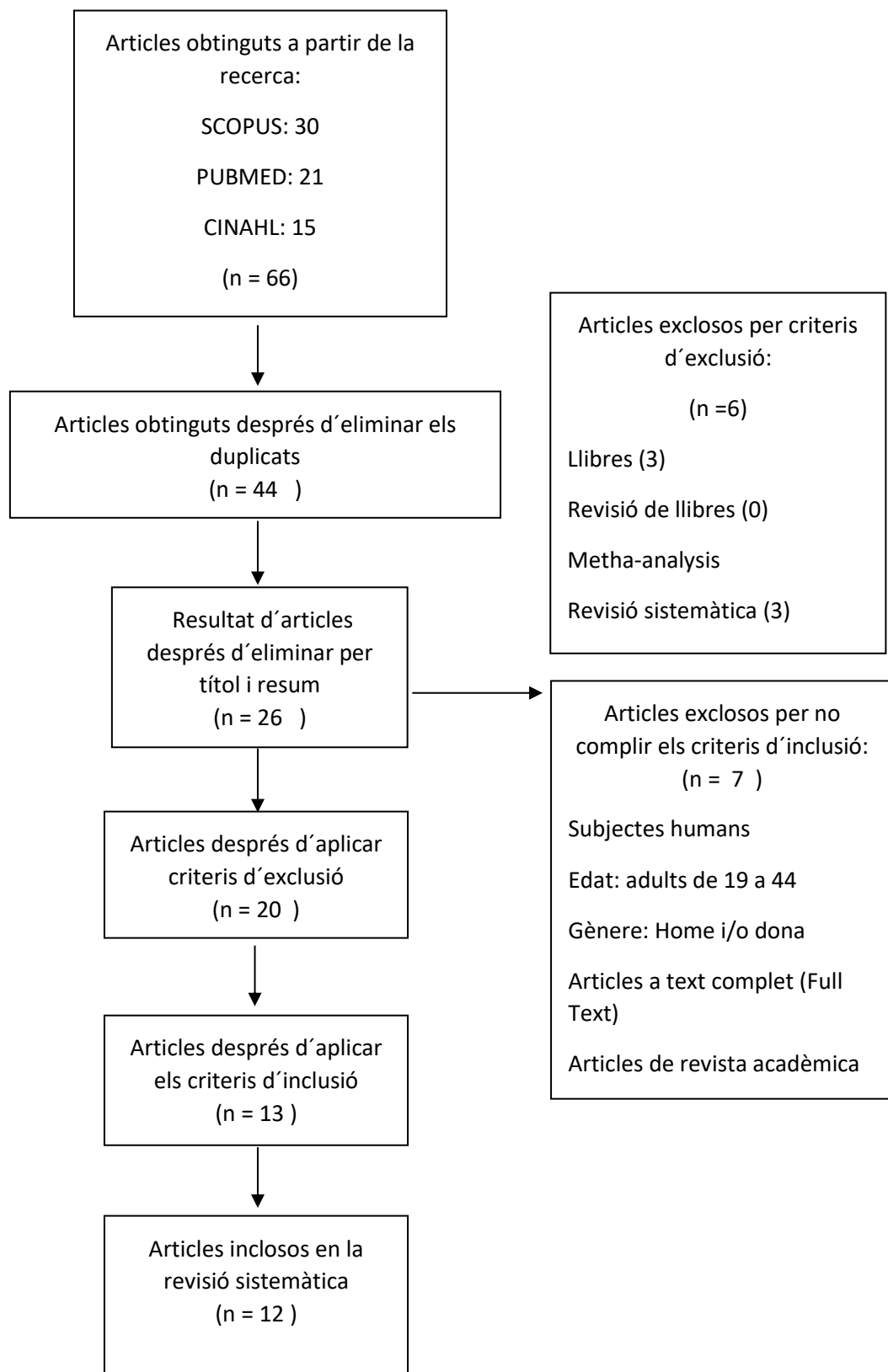


Figura 1: Diagrama de Flux. PRISMA. Font de creació pròpia

6. RESULTATS

A la taula 3, hem descrit aquelles escales utilitzades als articles qualitativs, detallant les puntuació o scores i els ítems que han seguit. A la taula 4, hi ha els articles quantitativs que ens mostren dades numèriques, 6 articles s'adeqüen al tema (Cerel et al.,2016; Cerel et al.,2017; Hom et al., 2016; Mitchell et al., 2017; Spino et al., 2017; Sandford et al., 2016). Entre aquests articles trobem estudis exploratoris com (Mitchell et al., 2017) estudis randomitzats (Cerel et al.,2017; Cerel et al.,2016) estudis d'anàlisi de dades (Standford et al., 2016; Spino et al., 2017) estudis cross-sectional (Hom et al.,2016). A la taula 5, hi ha els articles qualitativs, que ens donen una visió més personal del tema, tenint en compte experiències, observacions de l'investigador descripcions d'alguns escrits textuals dels participants. En quan als articles qualitativs hi han 5 que s'adeqüen al tema (Bell et al .,2015; Castelli,2017; Krynska et al.,2015; Leichtentritt et al.,2018; Seeman, 2015).Dos estudis fenomenològics s'han trobat (Bell et al .,2015, Krynska et al.,2015) estudis etnometodològics (Castelli, 2017; Seeman, 2015), estudis narratius longitudinals (Leichtentritt et al.,2018). Respecte als articles mixtes sols hi ha un que correspongui a la temàtica tractada(Schneider et al., 2011).

En quant al gènere dels participants, en els articles que torbem a la taula 4 i 5 en els homes vam trobar un percentatge més baix de participació, llevat d'aquells articles en els quals la mostra era exclusiva d'aquest gènere. De tots els articles, 3 eren la majoria homes que participaven (Cerel et al., 2017; Hom et al., 2016; Schneider, 2011) . La resta d'articles trobats, ens oferien la quantitat total de participants de l'estudi però no el percentatge d'homes i dones que hi representava a la mostra (Bell et al.,2015; Catelli,2017; Cerel et al.,2016; Krynska et al., 2015; Leichtentritt et al.,2018; Mitchell et al., 2017; Seeman, 2015 ; Spino et al., 2017; Standford et al., 2016). Els països més destacats respecte al lloc on s'han escrit els articles són: Estats Units amb 7 articles (Cerel et al.,2017 ; Cerel et al.,2016; Hom et al., 2016; Mitchell et al., 2017; Seeman, 2015 ; Spino et al., 2017; Standford et al., 2016). Els altres articles són d' Anglaterra (Bell et al.,2015), Suïssa (Catelli,2017), Austràlia (Krynska et al.2015), Israel (Leichtentritt et al.,2018), Alemanya (Schneider et al.,2011).

Cal dir que en cada article poden aparèixer nombrosos temes i subtemes. En quant a la categoria de l' impacte físic que envolta les malalties cròniques, hi han 3 articles (Mitchell et al., 2017; Spino et al., 2017; Schneider et al.,2011). A la categoria d' impacte psíquic, 12 articles en que es parla de malalties mentals on destaquem la depressió, l'ansietat, la psicosi i ideació suïcida i sentiments produïts per la mort, impacte emocional i afectació del dol en la vida quotidiana incloent les reaccions d'afrontament i el dol

complicat (Bell et al.,2015 ; Catelli,2017; Cerel et al.,2016; Cerel et al.,2017; Hom et al., 2016; Krynska et al.,2015; Leichtentritt et al.,2018 ; Mitchell et al., 2017; Schneider et al.,2011 ;Seeman,2015; Spino et al., 2017; Standford et al., 2016). A la categoria de impacte social , 7 articles, en els que es tracten temes com la prevalença del suïcidi, l'impacte social i la pròpia identitat com a supervivent (Bell et al.,2015; Catelli,2017; Cerel et al.,2016; Krynska et al.,2015; Leichtentritt et al.,2018; Schneider et al.,2011). Finalment, en quant als participants de l'estudi, no se centra únicament en familiars, sinó que poden donar-se en situacions específiques viscudes, en altres persones que no són família per exemple hem trobat dos articles, un d'ells amb militars de guerra que perden a un company per suïcidi i l'altre en pacient psiquiàtric que perden a una persona coneguda durant la teràpia. Per aquesta raó, parlem de supervivents, ja que envolten una àrea més extensa entre els afectats, podent ser directes o indirectes, familiars o coneguts. Tant a les taules 4 i 5 hem descrit les característiques de cada article on incloem l'autor, títol, país on s'ha fet l'estudi, així com la mostra que s'ha utilitzat per a fer cada estudi, els objectius d'aquest, la metodologia, quins són els principals punts tractats i els seus resultats. Finalment, hem agrupat les principals idees en temes principals, per a que siguin més fàcil d'explicar aquestes conseqüències (Li, Shao, Xing, Li, i Wang, 2019).

6.1 Impacte físic

6.1.2 Malalties cròniques i hàbits de vida.

6.2 Impacte psíquic

6.2.1 Malaltia mental: abús de substàncies, trastorns afectius, desordre de personalitat, esquizofrènia, brot psicòtic, dol perllongat

6.2.2 Trastorns de l'ànim : depressió i ansietat

6.2.3 Idea suïcida.

6.2.4 Síndrome d'estrès post-traumàtic (PTSD)

6.2.5 Impacte emocional: soledat, culpa, tristesa, amor, bloqueig emocional, apatia, enuig, inseguretats, por

6.2.6 Cerca del perquè.

6.2.7 Afectació de la mort en la vida quotidiana: incapacitat d'avançar, reaccions d'afrontament, relació de proximitat amb el difunt

6.3 Impacte social

6.3.1 Noves tecnologies : xarxes socials

6.3.2 Suport social i personal: identificació com a supervivent, qualitat de vida.

6.3.3 Canvi en el rol familiar

Per a concloure l'apartat dels resultats, hem introduït les Taules 6 i 7 per a demostrar el nivell d'evidència científica present als articles escollits. Així doncs, a la Taula 6, indiquem el nivell d'evidència utilitzant el mètode CBM en articles quantitatius. A la Taula 7, el nivell d'evidència utilitzant el mètode Joanna Briggs per a articles qualitius.

Taula 3: Descripció d'escalas.

ARTICLE	ESCALES	DESCRIPCIÓ ESCALA	PUNTUACIÓ/ÍTEMS
<i>Suicide loss survivors experiences with therapy: Implications for clinical practice.</i>	The short screening scale for PTSD.	Mesurar els símptomes de PTSD. Respondre preguntes eferents a l'impacte del suïcidi en al seva vida.	Score: > 0 = a 4 indiquen PTSD Màxim resultat 4,48. Benefici teràpia (0-5) Score total 3,86 (beneficiós)
<i>Exploring the association between exposure to suicide and suicide risk among military service members and veterans</i>	Depressive symptoms inventory-Suicidality subscale (DSI-SS) Suicidal behavior questionnaire(SBQ-R) Interpersonal needs question(INQ-TB) Non suicidal self-injury(NSSI)	Mesurar la severitat de la simptomatologia produïda per el suïcidi. Experiències dels pensaments i comportaments suïcides. Necessitats frustrades i intents de suïcidi posteriors a la mort	DSI-SS:(0-12 score) SBQ-R:(0-6) INQ-TB: (5-35 score) NSSI: (0-1)
Exposure to suicide and identification as survivor: Results from a random-digit dial survey	Random digit dial landline telephone survey of adults in the Commonwealth of Kentucky.	Gent que va experimentar un comportament suïcida i la diferència amb els que no. Proporció de supervivents. Actituds envers a la prevenció del suïcidi, exposició i influència.	40 preguntes: 1r bloc: perspectives del suïcidi 2n bloc: experiències 3r bloc: suport i prevenció.
Impact of social support on symptoms of depression and loneliness in survivors bereaved by suicide	Beck depression inventory (BDI) Loneliness Scale (UCLA) Notbeck social support questionnaire Healthy survey. (SF-12 V2)	Nivell de depressió. Nivell de soledat relacionat en depressió, afecte, satisfacció de la vida etc. Relació entre el suport social i la millora de simptomatologia. Rol físic i funcional, el dolor, la salut en general i el rol psíquic així com la malaltia mental	BDI: 30-63 severa depressió, 19-29 moderada-severa <10 no depressió. UCLA: (1-4, often, sometimes, rarely, never) Notbeck social support questionnaire: (1-5 score) SF-12V2 Health survey. (1-5 score)
PTSD symptoms in Survivors bereaved by Suicide of a significant other	The impact of event scales (IES) The Medical outcomes study-short form 36 (MOS SF-36) The inventory of complicated grief (ICG)	Valorar símptomes pensaments i sentiments intrusius, malsons, relacionats amb el suïcidi. Rol i funció física i emocional. Dolor, vitalitat, funció social i salut mental. Símptomes de dol complicat	IES: 0-88 score MOS-SF36: 36 ítems ICG: 0=mai, 4=sempre
Suicide exposure in the Populations: Perceptions of Impact and closeness	The patient Health questionnaires (PHQ) module (GAD-7) (GAD-DEP9) Shor screening scale for PTSD Prolonged grief scale	Mesurar ansietat i depressió en les ultimes 2 setmanes. Simptomatologia de PTSD i finalment símptomes de dol complicat	PHQ: 10 score (moderats símptomes i probable diagnòstic) PHQ: 1-5, mitjana de score 2,93 Short screening scale for PTSD: Score > 0 = a 4 indiquen PTSD PG-13: 30 score a =.82
Do suicides' Characteristic influence survivors' emotions	Life event (Recent Life Change Questionnaire) Clinical interview for DSM-IV	Mesurar com ha canviat la vida del supervivent després de la mort des de la perspectiva emocional	RLCQ: Entrevista semiestructurada. SPSS: Odds Ratios (OD =95%), p <.25 (criteri d'entrada), p=.05 (criteris inclusius). Clinical Interview for DSM-IV Axis I, II disorders (lifetime SCID-I, SCID-II)

Font de creació pròpia.

b: coeficient estàndard; D: dona; DSI-SS: Depressive symptoms inventory Suicidality subscale; De.: Depressió; E :edat
H :home; IES: the impact of event scales INQ-TB: Interpersonal needs question; IF: Impacte físic; IS: idees suïcides;
ICG: The inventory of complicated grief; M: mean o media MM: malaltia mental; NE: nivell educatiu; PTSD :síndrom d'estrès Post-Traumàtic; PG13: Prolonges grief scale; PQH: The patient Health questionnaires, PHQ DEP-9 MODULE: mòdul depressió; PHQ GAD-7: mòdul ansietat SBQ-R:Suicidal behaviours questionnaire; SD: Desviació estàndard The short screening scale for PTSD; MOS-SF36:The Medical outcomes study-short form 36; RLCQ: Recent life change questionnaire.

Taula 4: Resultats d'articles quantitativs i mixtes.

TÍTOL I AUTOR	OBJECTIUS I MOSTRA	METODOLOGIA	RESULTATS	TEMA
Standford et al. (2016) Nova York (EE.UU) <i>Suicide loss survivors experiences with therapy: Implications for clinical practice.</i>	N: 197 O: Conèixer l'experiència de la mort per suïcida, i la millora de la qualitat de vida amb la teràpia.	Mixtes: Anàlisi de dades descriptiu. Enquesta online	MM. 88% . ICG: t(139) = -0,45, p=.652. 43% ajuda psicològica (<1 mes). 21% (1-3 mesos) i 1,7% (> un any) No beneficiats, De. t(148)= 0,47, p=.652 D. El 41% no diagnosticats, 38% restant si. 73% PTSD , amb una puntuació >4. 41,9% diagnosticats i simptomàtics: t(144)=3.65,p<.001 El 19,4 % ,no diagnosticats i símptomes recurrents: t= (170) =2,7 p<.008. Baixa relació amb el difunt, menys PTSD: t(168)=2,92,p<.004	6.2 Impacte psíquic 6.2.1 Malaltia mental: dol complicat 6.2.2 Trastorn de l'ànim: ansietat, depressió 6.2.4 Síndrome d'estrès Post traumàtic. 6.2.7 Afecte de la mort: proximitat amb el difunt. 6.3 Impacte social 6.3.2 Suport social i personal
Hom et al. (2016) Florida (EEUU) <i>Exploring the association between exposure to suicide and suicide risk among military service members and veterans</i>	N: 1753 O: Conèixer l'experiència de la mort per suïcida, els pensaments, els comportaments, símptomes i el risc de mort del supervivent.	Quantitatiu: Cross sectional estudi.	NSSI ($X^2=91,061$ P<.001) IS post-suïcida ($X^2=94,168$ P<.001), pla suïcida ($X^2=62,357$ p<.001) atemptat suïcida ($X^2=37,527$,p<.001) i exposició. DSI-SS ($X^2=43,822$ P<.001) > SBQ-R (f=64,160 P<.001, no diferències en INQ (f=.089 p=.766,)) Relació íntima: DSSI t (925) =3.361 p=.001 r=.012 SBQ-R t(926)=5.934 p<.001 i millor INQ t(648)=-2.242 p=.025) més impacte suïcida. Impacte negatiu: > DSI-SS t(925)=3.361 p=.001. SBQR: t(926)=5.934 p<.001 INQ: t(648)=-2.044 p=.041 NSSI (B=.142, SE=.052, p=.007) amb IS (B=439, SE=.059, P<.001)	6.2 Impacte psíquic 6.2.3 Ideació suïcida. 6.2.7 Afecte de la mort: proximitat amb el difunt i impacte de la mort.
Cerel et al.(2013) Kentucky (EEUU) <i>Exposure to suicide and identification as survivor: Results from a random-digit dial survey</i>	N:302. O: Esmentar la prevalença i identificar els supervivents i l'impacte de la mort	Quantitatiu: Estudi randomitzat. Enquesta digital.	64% coneixien a algú que ho havia intentat 64,2% exposició (df=2;299),p<.0001; Gent jove x =46.6. 40,4% eren coneguts. El 19% supervivents X^2 (2)=41.59; p<.001 No supervivents t(117)=7.92 p<.0001. Supervivents joves: t(201)=3.07 p=.002. 23% suïcida és un problema: t(188)=5.48, p<.001). Idea suïcida 33% t(199)=4.17 p<.001. Familiars t(188)=4.46 p<.001 Demostrat D més IS. NSSI (D=37,8% $X^2=8,433$, p=.003)	6.2 Impacte psíquic 6.1.1Malaltia mental: dol perllongat 6.2.2: Trastorn d'ànim: depressió, ansietat. 6.2.3 Idea suïcida 6.2.4 PTSD 6.2.7 Afecte de la mort: proximitat amb el difunt 6.3:Impacte social 6.3.2 Suport social i personal: Prevalença del suïcida i estigma, Identificació com a supervivent
Spino et al. (2016) Pennsylvania <i>Impact of social support on symptoms of depression and loneliness in survivors bereaved by suicide</i>	N: 44. O: Saber la relació entre suport social, soledat i depressió, la proximitat amb el difunt la salut física i diferència entre gèneres	Quantitatiu: Anàlisi de dades. Estudi pilot Qüestionari auto administrat.	Soledat > en H. E: 40. BDI: El 15% millora De. 100 punts SS, la De < en 1,8 punts.(SD=172). BDI(p=.011) De. (SD =.19 ,t=-2.65,b=-0.39); De. i proximitat:(SD=0.07,t=-2.66, b=-0.39) De.i suport social:(SD=0.01, t=-2.66, b:-0.31) SF 12-V2 IF (SD: 1.32 t:-2.18, b=-0.31, p=.035) < IF produeix < De. UCLA: D (M= 52,2 t=1,79 df=39, p=.081) Soledat < D (M:52.2500 SD=3.99193) Soledat > H(M:54.8889 SD=3.51580) De. i proximitat (M:12.11, SD=9.869) Soledat (M:53.3889 SD=3.53368) No soledat (M:52.2381 SD=4.36926).	6.1 Impacte físic 6.2 Impacte psíquic 6.2.2: Trastorn d'ànim: depressió, ansietat 6.2.5 Impacte emocional: soledat 6.2.7 Afecte de la mort: proximitat amb el difunt

Mitchell i Terhorst (2017) Pittsburgh (EEUU). PTSD symptoms in Survivors bereaved by Suicide of a significant other	N:60. O: Descriure símptomes del PTSD, la relació amb la malaltia mental i les diferències de gènere	Quantitatiu: Estudi exploratori d'anàlisi de dades secundàries.	MOS SF-36: > PTSD significa < IF i qualitat de vida. D(72%). 57% > ICG i PTSD. D > PTSD que H. MOS-SF36 (r=-.69, p<.001 r=-.44, p=.001) < salut mental > PTSD D: 72%, E: 43. ICG: El 57% puntuació >25 . IES: Més símptomes intrusius (t=2,431, p=.018 d=0,70) i estrès (t=2.22, p=.030, d: 0,43) IES (0,901), intrusió (0,892) evitació (0,842).	6.1 Impacte físic 6.2 Impacte psíquic 6.2.1 Malaltia mental : dol perllongat, estrès 6.2.3: Idea suïcida 6.2.4: PTSD 6.3: Impacte social: 6.3.2 Suport social i personal: qualitat de vida
Cerel et al. (2017) Kentucky (EEUU) Suicide exposure in the population: Perceptions of impact and closeness	N:807. O: Trobar la relació de suïcidi, impacte PTSD, malaltia mental, ansietat depressió i dol complicat	Quantitatiu: Anàlisi de dades estadístiques univariades	D (58,2%), IS (26,8%) PTSD, un 73,2 % No PTSD 13,7% IS, PTSD i dol perllongat: 20% Short screening scale PTSD: no diagnosticat 73.2(208) x=20,13 . X ² (1) =110,99 p=.001 n=284 x=2.09 SD=2.31 Impacte: PTSD 3.11 (CI 2.23-4.35). IS: 13,7 (40) X ² (1)= 12.30 P=.001 PHQ -GAD modulo DEP-9 34.2(97) X ² (1) =64.043 p=.001 n=284 x=7.10 SD=6.59 PHQ, GAD-7: Ansietat M: 6.98 SD:6.68 PG-13: t(323)= 10.89 p=.001 n=280 x=20.13 SD=10.20 Relacionat en: Proximitat: PG-13 :2.31 (CI 1.57-3.42) Exposició: PG-13: 1.13 (CI 1.05-1.21)	6.2 Impacte psíquic 6.1.1 Malaltia mental: dol perllongat 6.2.2 Trastorn de l'ànim depressió, ansietat 6.2.3 Idea suïcida. 6.2.4 PTSD 6.2.7 Afecte de la mort: proximitat amb el difunt i nivell impacte de la mort 6.3: Impacte social: 6.3.2 Suport social i personal: qualitat de vida, exposició al suïcidi
Schenider et al. (2011) Goethe (Alemanya) Do suicides' Characteristic influence survivors' emotions?	N: 22. O: Esbrinar les respostes emocionals que esdevenen després del suïcidi.	Quantitatiu amb anàlisi de dades comparatives. Entrevista semiestructurada	RLCQ: Algun tipus d'emoció 89% p=0,94 (0,91-0,98), amb MM p=0,18 (0,04-0,85) De. 71% p=0,97(0,95-0,99) Culpa: 40% p=0,96 (0,93-0,98) Falta d'energia : 40% p=0,96(0,93-0,98) Admiració: 11% i desordres afectius 4,97 (1,26-19,61) Enuig 39% relació amb abús de substàncies 2,53 (1.10-5,84) i desordres de personalitat 2,73 (1,01-7,35)	6.1 Impacte físic 6.2 Impacte psíquic 6.2.1: Malaltia mental: desordres afectius, abús de substàncies, desordre de personalitat 6.2.2 Trastorns de l'ànim: depressió. 6.2.5 Impacte emocional: abandonament, culpa, debilitat, desig per el difunt, enuig, falta d'energia i, simpatia. 6.3 Impacte social 6.3.2 Suport social i personal: estigma i qualitat de vida

Font de creació pròpia.

b: coeficient estàndard; D: dona; DSI-SS: Depressive symptoms inventory Suicidality subscale; De.: Depressió; E :edat
H :home; IES: the impact of event scales INQ-TB: Interpersonal needs question; IF: Impacte físic; IS: idees suïcides;
ICG: The inventory of complicated grief; M: mean o media MM: malaltia mental; NE: nivell educatiu; PTSD :síndrom d'estrès Post-Traumàtic; PG13: Prolonges grief scale; PQH: The patient Health questionnairees , PHQ DEP-9 MODULE: mòdul depressió; PHQ GAD-7: mòdul ansietat SBQ-R: Suicidal behaviours questionnaire; SD: Desviació estàndard The short screening scale for PTSD; MOS-SF36: The Medical outcomes study-short form 36; RLCQ: Recent life change questionnaire.

Taula 5: Resultat d'articles qualitatius.

TÍTOL I AUTOR	OBJECTIUS I MOSTRA	METODOLOGIA	QÜESTIONS	RESULTATS	TEMA
Krysinska i Andriessen, (2015) Sydney (Australia). Online memorialization And grief after suicide. Analysis And suicide memorial son the Internet.	N: 205 memorials. O: Conèixer l'impacte dels memorials online en el desenvolupament del dol en familiars afectats per suïcidi	Qualitatiu: Estudi fenomenològic. Observació participant i recollida de dades online	Tipus de relació amb el difunt, el temps que h passat des de la mort fins a la creació del memorial, edat, gènere, país, experiències sobre la mort, cartes, imatges, missatges personals i expressió sentiments en front del difunt.	Emocions principals, aquests van des de tristesa, amor i altres reaccions a la mort per suïcidi i la cerca del perquè com són la culpa, l'enuig, les inseguretats i l'estigma. Supervivents mostren beneficis en publicar als memorials, menor soledat, depressió i major relació social. Altres estaven en contra, permanent records del difunt, els impedeix avançar. Més ansietat.	6.2 Impacte psíquic 6.2.5 Impacte emocional: tristesa, culpa, amor. 6.2.6 Cerca del perquè. 6.3 Impacte social 6.3.1 Noves tecnologies: xarxes socials 6.3.2 Suport social i personal: qualitat de vida.
Castelli. (2017) Givisiez (Suïssa) Reclaiming and Reshaping life: patterns of Reconstruction after the Suicide of a loved one.	N: 50. O: Esmentar els models de reconstrucció de la vida atenent a les necessitats i emocions del familiar supervivent.	Qualitatiu: Etnometodologia. Entrevista personal no estructurada i recollida de dades.	Procés del suïcidi, l'impacte i com ha afectat a la pròpia imatge i al voltant (família, treball)els canvis diaris, prioritats actuals, percepció del suïcidi, suport rebut.	Diferents afrontament depenent la personalitat. Necessiten l'ajuda d'altres persones, falta d'acceptació. Altres, aprecien la vida després del fet. Aquest model empena al supervivent a ajudar a altres persones amb igual situació.	6.2 Impacte psíquic 6.2.5 Impacte emocional 6.2.7 Afectació de la mort: reacció d'afrontament. 6.3 Impacte social 6.3.2 Suport social i personal: necessitat de relacionar-se
Leichtentritt et al. (2018) Tel Aviv (Israel) Shadows from the past: the mothering experience of bereavement survivors of maternal suicide	N: 12. O: Explicar l'impacte de la mort materna per suïcidi a llarg termini i l'efecte amb la maternitat de les supervivents	Qualitatiu: Estudi fenomenològic. Estudi narratiu longitudinal Entrevista personal.	Experiència del suïcidi, rol familiar, experiència materna, sentiments i emocions a llarg temps, importància de la figura materna.	Emocions com: bloqueig emocional, apatia i falta d'afecte, culpa, por a la pèrdua. Experiència va ser positiva, coratge per a la criança dels seus fills, en altres casos va ser estressant, falta de rol matern, no exemple criança.	6.2 Impacte psíquic 6.2.1 Malaltia mental: dol perllongat 6.2.2 Transtorns de l'ànim: depressió 6.2.5 Impacte emocional: bloqueig, culpa, por, coratge 6.3 Impacte social 6.3.3 Rol familiar
Bell et al. (2015) Hull (Anglaterra) "We do it to keep him alive": Bereaved individual experiences Of online suicide memorials And continuing bonds.	N: 11. O: Explorar els beneficis i contres dels memorials online, com ajuden a travessar el dol per suïcidi i efectes sobre les emocions dels supervivents.	Qualitatiu: Estudi fenomenològic i temàtic. Entrevista personal	Impacte de la mort, emocions i sentiments, beneficis i contres del memorial, necessitats dels supervivents, afrontament personal.	Recomanat per a aquells supervivents més vulnerables. Deixar el memorial amb el temps, produeix al supervivent un sentiment de oblit del seu ésser estimat. Augmentant la depressió i simptomatologia del dol perllongat no resol. També s'observa efectes negatius com, l'impediment per a avançar en la vida diària i el record continu.	6.2 Impacte psíquic 6.2.1 Malaltia mental: Dol complicat 6.2.2 Trastorn de l'ànim: depressió 6.2.5 Impacte emocional: abandonament, culpa, angouxa. 6.3 Impacte social 6.3.1 Noves tecnologies: xarxes socials 6.3.2 Suport social i personal: qualitat de vida

Seeman (2015) Nova York (EEUU) The impact of suicide co- patients	N: 79. O: Explicar l'efecte del suïcidi en persones a malaltia psiquiàtrica, importància de l'efecte dominó i necessitats dels supervivents	Qualitatiu: Estudi d'etnometodologi a i revisió literària. Entrevista personal.	Impacte de la mort, emocions i sentiments, relació amb el difunt, Ideació suïcida, necessitat de suport, impacte en la salut mental i síntomes psicòtics agregats.	Presència de malaltia mental fa més vulnerables als supervivents davant l'impacte del dol. L'estrès produeix un augment de ansietat depressió i síntomes psicòtics. Busquen el perquè del suïcidi i s'identifica augment de efecte dominó del suïcidi.	6.2 Impacte psíquic 6.2.1 Malaltia mental: dol perllongat 6.2.2 Transtorn de l'ànim: depressió i psicosis, Ideació suïcida 6.2.6 Cerca del per què al suïcidi
--	---	---	---	--	---

Font de creació pròpia.

b: coeficient estàndard; D: dona; DSI-SS: Depressive symptoms inventory Suicidality subscale; De: Depressió; E :edat
H :home; IES: the impact of event scales INQ-TB: Interpersonal needs question; IF: Impacte físic; IS: idees suïcides;
ICG: The inventory of complicated grief; M: mean o media MM: malaltia mental; NE: nivell educatiu; PTSD :síndrom
d'estrès Post-Traumàtic; PG13: Prolonged grief scale; PQH: The patient Health questionnaires , PHQ DEP-9
MODULE: mòdul depressió; PHQ GAD-7: mòdul ansietat SBQ-R: Suicidal behaviours questionnaire; SD: Desviació
estàndard The short screening scale for PTSD; MOS-SF36: The Medical outcomes study-short form 36; RLCQ: Recent
life change questionnaire

Taula 6: Nivell d'evidència mètode Joanna Briggs. (Annex 1)

	És congruent la metodologia de l'article i la perspectiva d'aquest?	Hi ha alguna influència del investigador en la investigació o viceversa?	És congruent la metodologia utilitzada i els objectius o preguntes de recerca?	És congruent la metodologia utilitzada i els mètodes de recollida de dades?	És congruent la metodologia de recerca i l'anàlisi de dades?	És congruent la metodologia i la interpretació de resultats?	6evidència cultural per part de l'autor?	Estan els participants representats correctament?	És l'estudi ètic i amb principis adequats?	Son correctes les conclusions acord amb la interpretació dels resultats?
Leichtentritt et al., (2016)	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Bell et al.,(2015)	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S
Seeman, (2015)	N	S	U	U	U	S	N	S	S	U
Krynska i Andriessen(2015)	N	N	S	S	S	S	N	S	S	S
Castelli,(2017)	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S
Schenider et al.,(2011)	N	N	U	S	S	S	N	S	S	S

Font de creació pròpia

S: Si; N:No; U: No clarificat

Taula 7: Nivell d'evidència mètode CBM (Annex 2)

	Grau de recomanació	Nivell d'evidència	Tractament prevenció etiologia i dany	Pronòstic i historia natural	Diagnòstic	Diagnòstic diferencial.	Estudis ecològics i anàlisis d'intervenció
Cerel et al.,(2017)	C	4	Estudi de cohort i casos i control de baixa qualitat	Estudi de cohort i casos i control de baixa qualitat	Escassos estàndards de referències independents	Sèrie de casos amb referències obsoletes	No anàlisi de sensibilitat
Hom, et al.,(2017)	B	3	Estudi de casos i controls individuals.		Escales estandarditzades utilitzades per al diagnòstic de pacients. Estudis no consecutius		Estudi de cohort amb anàlisi mot limitat de la població basat en poques alternatives o estimacions de mala qualitat, però incorpora anàlisi de sensibilitat que incorpora variacions clíniques
Mitchell i Therhorst, (2016)	B	1	Estudi de cohorts homogeni	RS d'estudis de cohort homogenis retrospectius	Estudis diagnòstics de mitjana qualitat	RS amb homogeneïtat	
Sanford , et al.,(2016)	C	4	Estudi de cohort i casos i control de baixa qualitat	Estudi de cohort i casos i control de baixa qualitat	Escassos estàndards de referències independents	Sèrie de casos amb referències obsoletes	No anàlisi de sensibilitat
Cerel, et al.,(2013)	A	1	RS amb homogeneïtat, Estudi control amb assignació aleatòria	Inclou resultats comparables d'altres estudis validats en diferents poblacions	RS de estudis diagnòstics comparables de alta qualitat i en diferents centres clínics	RS amb homogeneïtat at Estudis de cohorts prospectius	RS amb homogeneïtat i estudis ecològics de nivell 1.
Spino, et al.,(2016)	B	2	Estudi de cohorts individual, inclou també estudi de cohorts de baixa qualitat	Seguiment de controls no tractats en un estudi cohort no validat	Estudi exploratori amb determinació de una regressió logística, factors significatius i validats amb un estàndard de referència adequat	Estudi de cohort retrospectiu o de seguiment insuficient	Limitada revisió de l'evidència i inclou un anàlisi de sensibilitat.

Font de creació pròpia.

RS: Revisió sistemàtica ; EC : Estudi control

7. DISCUSSIÓ

7.1 Impacte físic

7.1.1 Malalties cròniques i hàbits de vida

Un bon estat físic i un bon suport social, afavoreix la millora la simptomatologia depressiva que sofreixen alguns supervivents, disminuint també els canvis neurobiològics i el risc de sofrir malalties cròniques associades a complicacions potencials en l'estat de salut (Spino, Kameg, Cline, Terhorst, i Mitchell, 2016). El suïcidi és un fet que torna a configurar la vida dels supervivents produint canvis en l'estil d'alimentació, augment del sedentarisme, medicació, deteriorament funcional, baixa autocura i més morbiditat (Castelli, 2017; Spino et al., 2016). Segons Castelli (2017) el supervivent ha de ser capaç d'aprendre a realitzar una activitat física gradual, i que sigui adaptada al el seu estat emocional. Mitchell i Terhorst, (2017) i Spino et al., (2016) també afirmen que un augment de les malalties psíquiques aparegudes després del suïcidi té relació amb una baixa qualitat física i per tant una disminució en la qualitat de vida. Un fet comú que pot acabar en aquests casos, és la mort de la dona, que era la que preparava el menjar, i portava a terme les feines de la casa (Leichtentritt, Lechtentritt, i Shamir, 2018).

7.2 Impacte psíquic

7.2.1 Malalties mentals: abús de substàncies, trastorns afectius, desordre de personalitat, esquizofrènia, brot psicòtic, dol perllongat

Algunes malalties mentals que poden sorgir d'aquest tipus de situacions, poden ser el l'abús de substàncies i brots psicòtics. Segons Seeman (2015), aquestes poden esdevenir o empitjorar en altres malalties com l'Esquizofrènia, l'aparició de brots psicòtics i a més, elevats nivells de dol complicat que dificulten la vida quotidiana, i per tant produeixen un impediment en quan a la realització de activitats bàsiques de la vida diària (Krysynska i Andriessen, 2015; Schenider, Gebner, Schnabel, i Georgi, 2011). Les persones que ja sofreixen una malaltia mental, necessiten un temps superior d'adaptació a la mort, a causa de la seua vulnerabilitat i tenen un major risc d'aparició d'ideacions suïcides (Castelli, 2017; Seeman, 2015). Seeman (2015), també diu que l'estrès produït per la situació, pot precipitar a l'aparició de símptomes depressius i ansietat incrementant els símptomes psicòtics que apareixen en alguns supervivents. Els desordres afectius després del suïcidi, van estar relacionats amb un sentiment

d'admiració a la persona que ha mort, per part del supervivent, produint un sentiment de insuficiència en els del seu voltant (Schneider et al., 2011). L'addicció a substàncies, va estar relacionada amb una major probabilitat de trastorns de la personalitat, i es va donar en aquells que tenien un sentiment d'enuig amb la persona que ha mort (Schneider et al., 2011). La proximitat que té el supervivent amb la persona que ha mort, augmenta la prevalença de malalties mentals, és major en dones i en joves ja que l'impacte és major (Cerel et al., 2017). Cerel et al. (2017) demostra que una segona exposició al suïcidi, també augmenten l'aparició d'aquestes patologies.

7.2.2 Trastorns de l'ànim: ansietat i depressió

Entre els problemes psíquics que podem trobar en els supervivents que han sofert la pèrdua per suïcidi, trobem una alta prevalença de trastorns de l'ànim com depressió i ansietat. Aquestes estan interrelacionades entre sí. L'ansietat i la depressió, poden conduir a altres problemes més greus com pot ser l'aparició del Síndrome d'estrès post traumàtic (Schneider et al., 2016). Una relació íntima amb els suïcida també augmenta la probabilitat que es pateixi un trastorn afectiu (Cerel, Maple, Aldrich, i Van de Venne, 2013; Cerel et al., 2017; Schneider et al., 2016; Spino et al., 2016). El diagnòstic d'una malaltia mental, està associat a un alt impacte, amb probable presència de depressió, ansietat, i en última instància, les ideacions suïcides (Schneider et al., 2011).

Spino et al. (2016), demostra que un bon suport social pot millorar aquesta simptomatologia depressiva, sent aquest un factor clau en el tractament de la mort per suïcidi. Una dels sentiments que s'han identificat en relació a la depressió és la soledat, així com també s'ha relacionat un nivell de depressió i ansietat major, en aquells que s'han exposat a situacions paregudes al suïcidi, després d'haver experimentat la pèrdua a causa d'aquesta mort (Cerel et al., 2017). En quan al suport que es dona aquest tipus de malaltia, Bell, Bailey, i Kennedy, (2015) afirmen que les xarxes socials són una eina de doble fulla i que en el cas dels memorials utilitzats es poden donar casos en els que l'ansietat augmenti paulatinament.

7.2.3 Ideació suïcida

S'incideix en què a part de les malalties mentals i els trastorns de l'ànim, els efectes negatius del suïcidi poden arribar fins a l'extrem que el supervivent tingui pensaments suïcides, que poden portar a la finalització de la vida del mateix supervivent. (Hom, Stanley, Gutiérrez, i Joiner., 2017). El suïcidi en alguns casos es pot considerar contagiós o produir un fenomen d'imitació (Seeman, 2015). En quan als supervivents

que soles tenen pensaments suïcides s'ha demostrat que hi ha més alta prevalença en comparació amb les persones que ja tenien un pla establert o que han efectuat el suïcidi. (Cerel et al., 2017; Hom, et al., 2017). L'aparició d'aquesta idea suïcida, està relacionada íntimament amb la presència de síndrome d'estrès post traumàtic i elevats nivells de dol complicat (Schneider et al., 2016). Aquelles persones que tenien prèvies malalties mentals, es demostra que tenen més altes probabilitats de tindre aquest tipus de idea, després de la mort (Seeman, 2015) i que la mort per suïcidi està relacionada també amb el nivell d'intimitat que té la persona amb el suïcida (Cerel et al., 2013). En quant a l'edat, aquest també és un factor predominant en gent jove, demostrant-se que l'impacte del suïcidi és major en aquells que ho han experimentat en menor edat (Cerel et al., 2013).

7.2.4 Síndrome d'estrès post-traumàtic (PTSD)

El PTSD, és definit com un desordre d'ansietat que es caracteritza per la reviviscència o hiperactivitat d'un fet traumàtic que es tendeix a evitar (Mitchell i Terhorst, 2016). S'ha demostrat que moltes de les persones que sofreixen aquest tipus de trastorn, no estan formalment diagnosticades, i per tant tenen un inadequat tractament de la simptomatologia dificultant així la resolució del dol (Sanford, Cerel, McGann, i Maple, 2016; Kryszyńska i Andriessen, 2015; Mitchell i Terhorst, 2016). El nivell d'intimitat que té el supervivent amb el difunt també produeix la variació de la intensitat de PTSD (Cerel et al., 2017; Mitchell i Terhorst, 2016; Sanford et al., 2016). El PTSD és una malaltia que té una relació directa amb l'afectació en la qualitat de vida després del suïcidi, i es relaciona amb la presència de depressió i ansietat (Seeman, 2015). La simptomatologia de PTSD en els supervivents, indicava nivells elevats de dol complicat, malaltia mental i relació amb el gènere femení (Cerel et al., 2013). Per tant, s'hi necessita intervenir en el procés del dol i donar un suport primari que no doni opció a l'aparició de PTSD i dol complicat evitant així l'aparició d'ideació suïcida en el supervivent (Mitchell i Terhorst, 2016, Sanford et al., 2016).

7.2.5 Impacte emocional: soledat, culpa, tristesa, impotència, bloqueig emocional, baixa autoestima, enuig, inseguretats, por

Els supervivents, reporten emocions negatives en el mateix instant que se n'adonen de la mort per suïcidi (Sanford et al., 2016). L'impacte emocional és una de les característiques importants en la mort per suïcidi, trobant-se emocions que han estat exaltades i que no apareixen en tanta prevalença en altres tipus de morts (Schneider et al., 2017). La culpa, el sentiment d'abandonament, l'esgotament mental, l'enuig cap a la persona que ha mort i cap a la resta de la gent, són algunes emocions que apareixen

amb gran rellevància (Schneider et al., 2017). La impotència i culpa que es manifesta en el supervivent produeix ansietat i por a perdre a una altra persona per les mateixes causes (Leichtentritt et al., 2016 ; Seeman, 2015). Segons Castelli (2017) els supervivents experimenten aquests sentiments, ja que , senten que d'alguna forma no han fet res per a evitar el suïcidi. També afirma que en alguns casos el supervivent experimenta una baixa autoestima i un empitjorament en les relacions personals. Aquestes emocions produeixen dificultats en la vida diària, influenciades per la relació entre supervivent i la persona que ha mort, quan més íntima és la relació, més intenses seran les emocions i les reaccions a la mort (Cerel et al.,2013; Cerel et al.,2017). Entre les reaccions que s'hi donen també es troba és el bloqueig emocional, aquest implica una falta d'atenció per allò que envolta al supervivent, una disminució de l'afecte i sentiments cap als altres i cap a u mateix (Leichtentritt, et al., 2016). El dany psicològic que deixa la mort i el sentiment de no tindre sortida de la situació, apareixen de forma igual en comparació a morts traumàtiques (Krysinska i Andriessen, 2015; Schneider et al., 2017)

7.2.6 Cerca del perquè

La cerca del perquè de la mort ha esdevingut una de les principals reaccions característiques de la mort per suïcidi (Krysinska i Andriessen, 2015). Segons Castelli (2017), els familiars intenten lluitar contra el suïcidi de la persona encara que saben que és una opció que sempre està present. No obstant, després de la mort, els familiars necessiten comprendre aquell succés, saber perquè ho ha fet en aquell moment i conèixer si el detonant de la mort han sigut ells (Seeman, 2015). Les persones que busquen el perquè de la mort després d'aquesta, viuen pensant en el passat i busquen una resposta per a disminuir el sentiment de culpa (Castelli, 2017; Seeman, 2015). Castelli (2017) afirma que una de les formes que s'han trobat per a mitigar aquesta cerca és la realització de l'autòpsia psicològica, ajudant així a l'afrontament personal de la mort. Gràcies a aquest mètode, els supervivents poden donar fi a especulacions i rumors, així com ajudar a altres persones que estan passant pel mateix que ells (Seeman, 2015).

7.2.7 Afrontament de la mort en la vida quotidiana: incapacitat d'avançar, reaccions d' afrontament, relació de proximitat amb el difunt

La majoria dels supervivents, tenien una relació íntima o molt propera amb la persona que ha mort, aquelles persones que no eren tant íntimes l'afectació emocional era menor (Cerel et al., 2017; Sanford, et al., 2016). Sanford et al. (2016), afirma que els

més afectats eren aquelles que es consideraven supervivents del suïcidi, tenint en ells un nivell de major d'impacte causat per l'exposició al suïcidi. Les formes d'emprendre la mort també són diferents en cada supervivents, podent produir una destrucció en la vida del supervivents o per una altra banda, trobant la forma de sobreviure sortint més enfortits o encoratjats de la situació (Sanford et al., 2016; Schneider et al., 2011). L'afrontament a la mort per suïcidi, està marcat per característiques individuals, la relació amb l'entorn i l'impacte emocional que esdevé de la mort per suïcidi (Schneider, et al. 2011). Els fets que estan relacionats amb un pitjor afrontament en el procés de la mort són: l'existència de malalties mentals existents anteriorment, o la vulnerabilitat de la pròpia persona (Seeman, 2015). Per tant el procés que segueix aquest tipus de mort i el seu afrontament, no és igual a un que es travessa a causa d'una mort natural o esperada, sinó que tenen característiques que el fan diferent, i per tant, s'ha d'individualitzar (Hom, et al., 2017).

7.3 Impacte social

7.3.1 Noves tecnologies: xarxes socials

Bell et al. (2015) afirma que escriure o parlar sobre el fet i relacionar-se amb altres persones que han passat les conseqüències de la mort per suïcidi, té beneficis per als supervivents, permetent compartir experiències, acceptar la realitat de la pèrdua i treballar el dolor causat. La necessitat insatisfeta de relacionar-se amb els altres, produeix frustració al supervivent i un empitjorament emocional. Necessiten mostrar la seua debilitat i fragilitat per a superar aquest fet i deixar que els altres els ajuden encara que al principi s'hi neguen (Bell et al., 2015; ; Leichtentritt, et al., 2016; Spino et al., 2016). S'han demostrat que l'existència de memorials web que es dediquen a tindre present a la persona que ha mort, constitueixen una ajuda durant el procés de recuperació de la vida normal als supervivents (Krysinska i Andriessen, 2015). Aquests, tenen funció doble, la de continuar en contacte amb la persona que ha mort, d'una forma espiritual i la de mantenir viva la relació amb aquelles persones que l'envolten com poden ser amistats, coneguts, oferint un extra de suport i afavorint l'expressió de sentiments (Bell et al., 2015; Castelli, 2017; Krysinska i Andriessen, 2015). Les dones són les que normalment participen més en la creació d'aquestes pàgines web i les que tenen més simptomatologia negativa després del suïcidi (Bell et al., 2015, Cerel et al., 2013). A la major part d'aquets tipus de memorials, s'inicia una carta de presentació en el que la família escriu les aficions, activitats, personalitat de la persona que ha mort recentment i en el que els altres poden compartir amb la família, informació referent al suïcida (Castelli, 2017; Krysinska i Andriessen,

2015). No obstant, per a alguns supervivents els memorials reporten efectes negatius, podent ser per al supervivent molt estressant emocional i cognitivament, i en alguns casos el format en línia pot fins i tot substituir al contacte o comunicació cara a cara, per aquesta raó ha de ser controlat la seva utilització (Bell et al., 2015; Krysyńska i Andriessen, 2015). Així doncs, Bell et al.(2015) també afirma que pot produir una incapacitat per a deixar anar a la persona, augmentant la ruminació i els pensaments sobre la mort i per tant, la idea suïcida.

7.3.2 Suport social i personal: identificació com a supervivent, qualitat de vida

Es demostra que el suport social al supervivent després del suïcidi, facilita les expressions de sentiments i emocions, ajuden a mitigar l'estrès, respondre qüestions i proporcionar-los informació afavorint el contacte amb els professionals de la salut. (Castelli, 2017; Seeman,2015). La mort per suïcidi, produeix als supervivents canvis en la seua actitud que pot interferir en la seua vida diària i per tant rebutjar el suport social i personal necessari (Castelli, 2017). Segons Castelli (2017),els supervivents han de trobar un estil de vida que els ajudi a pal·liar les seues necessitats personals i socials, adoptant actituds reactives o proactives per al maneig de l'expressió de sentiments i poder preservar la seua relació social. Pel que fa a les paraules que es tendeixen a dir quan una persona ha mort per aquestes característiques, Bell et al. (2015) afirma que les expressions "lliure de dolor" o "en un millor lloc", són perjudicials davant aquesta situació, ja que augmenta els sentiments negatius envers la família, que en aquell moment no entén el perquè de la mort. Segons Spino et al. (2016), al seu estudi afirma aquells que reben suport social immediat, tenen un índex més baix de malaltia mental i trastorns de l'ànim com la depressió, i un millor estat físic. Els supervivents, que reben suport i teràpia abans de tres mesos de que hagi ocorregut la mort, tenen major beneficien quan a la simptomatologia i prevenció de malalties mentals i altres trastorns de l'ànim (Cerel et al., 2017).

7.3.3 Canvi en el rol familiar

La pèrdua d'una persona a causa del suïcidi afecta a la vida familiar dels supervivents, alguns, deixen de fer activitats que eren relacionades amb el difunt o simplement deixen de fer activitats que han realitzat tota la vida (Leichtentritt et al.,2016). Aquest fet produeix una inestabilitat a la persona i s'ha de combatre per a no caure a la claudicació (Castelli, 2017). Leichtentritt et al. (2016), mitjançant el seu estudi narratiu, afirma que el gènere femení era generalment qui adoptaven un rol diferent, assolint el paper de

mare, i dona de la casa, en el cas que s'hagi produït la mort materna. El fet de viure amb sentiments de culpa, augmenta les probabilitats de què es pugi tindre ideacions suïcides, encara que sigui molt jove (Seeman, 2015).

8. CONCLUSIÓ

Es reconeix que la mort per suïcidi envolta una gran quantitat de factors que poden produir complicacions a la persona que la sofreix, en l'àmbit físic, mental i social. Aquesta revisió reflecteix les àrees en les quals es requereix més investigació i aspectes de la pràctica en el tractament d'aquestes tipus de mort, que es podrien millorar. La investigació qualitativa i quantitativa ens aporta dades suficients per a arribar a concloure que la mort ha de ser tractada individualment per un professional sanitari competent i que pugui donar les respostes concloents a la família, ajustant-los a la cerca del perquè i per conseqüència, disminuint simptomatologies imminents a la mort. La utilització de la reflexivitat dels autors en alguns articles i de l'exposició del seu punt de vista suportada per la base científica i per la literatura existent, així com la cerca de dades estadístiques relacionades amb la prevalença de supervivents amb malaltia mental i la importància del seu reconeixement, dona a la revisió dels articles un nivell de riquesa i qualitat en la investigació. Les investigacions futures sobre aquest tema, han de servir per a millorar la qualitat de l'anàlisi a les nombroses investigacions i produir nous coneixements. La majoria de revisions que han recollit les experiències del participant, no sols s'han centrat en la part emocional, sinó que també han enfocat la investigació al seu entorn i a com ha canviat la vida aquest fet.

Implicació per a la pràctica

Respecte a la implicació en la pràctica clínica, aquesta revisió demostra que la mort per suïcidi ha de ser tractada de forma diferent a altres tipus de morts i que té unes conseqüències i per tant un impacte en la vida dels dolents. La major part dels participants sofreixen greus conseqüències, abundant aquelles de caràcter emocional i psíquic i que per tant, tenen una major vulnerabilitat quant a l'aparició de malalties mentals posteriors i també malalties cròniques. Per a assegurar el bon estat dels pacients després d'aquest episodi que ocorre a la seua vida i disminuir comorbiditats, s'ha de garantir una assistència al supervivent, tant en casos greus com en els més lleus, ja que no hi ha cap esdeveniment traumàtic que passi inadvertit a la vida. Per aquesta raó aquells professionals que tracten amb els supervivents, hi han d'estar especialitzats en la matèria, garantint que es doni a terme un bon diagnòstic de malalties com poden ser depressió o PTSD, per a oferir un bon tractament. Els professionals

d'infermeria en Salut Mental, Atenció Primària, l'ajuda de psicòlegs i psiquiatres, asseguruen un seguiment i ofereixen teràpies per a poder suportar aquesta càrrega, per aquesta raó és important la formació específica d'aquelles persones que realment estan interessades en aquest àmbit i que junt amb l'inici i millora de les noves tecnologies i xarxes socials, són capaç de controlar situacions i també de prevenir nous casos de suïcidi. Una entorn de confiança amb el pacient i l'educació de caràcter social, pot ser clau perquè el nombre de casos baixen i acabar amb l'estigma que envolta el fet de llevar-se la vida.

9. Limitacions

Hi ha factors que necessiten ser considerats en la lectura d'aquesta revisió i que cal que es tinguin en compte, com la revisió de qualitat dels articles, la literatura anterior esbrinada sobre el tema i la temàtica de la major part dels articles trobats en la primera recerca. Malgrat el procés clar i complet de l'avaluació de la qualitat, en alguns articles el grau de valoració continua sent subjectiu, aquest es veu clar en aquells articles qualitatius en què les dades obtingudes són interpretades per l'autor i que no existeixen paraules textuais dels subjectes. Per tant, pot ser que una altra persona que valori els articles tingui una altra visió diferent de la que s'hi té en aquesta revisió. En aquest cas la revisió de la qualitat dels articles s'ha efectuat per una segona persona, fent així que la subjectivitat de l'autoria sigui menor. En el desenvolupament d'aquesta revisió temàtica s'han trobat nombroses limitacions. Per una banda, la majoria d'articles que vam trobar anaven encaminats a l'aplicació de teràpies al dol, i en molts casos a la prevenció del suïcidi com a tal, però hem trobat pocs en els que s'expliquen les vivències dels supervivents i la prevalença de les seves conseqüències. En aquest tipus d'articles és possible que hi hagen subtils significats personals i culturals de les històries dels participants que hagen pogut estar interpretats de formes diferents. No obstant la informació que hem obtingut, ens ha donat pas a altres qüestions no contemplades a l'inici de l'estudi, com poden ser, l'aplicació de les xarxes socials.

En el cas dels articles qualitatius la mostra era molt menuda i per tant, hi havia molta variabilitat de resultats, en aquest cas, l'investigador no feia un seguiment de la vida dels supervivents, els articles eren exclusivament experiències que han tingut després de la mort per suïcidi i les conseqüències que ha portat aquest fet a la seva vida. També trobem que existeix una subjectivitat de l'investigador. Per a futurs estudis, es recomana investigar sobre les experiències i les emocions dels supervivents i incidir en les característiques d'aquest tipus de dol, per a un millor tractament, diagnòstic i prevenció de problemes de salut que poden ser fatals per a la persona.

10. Declaració de rellevància

Amb aquesta revisió temàtica pretén aconseguir que es doni importància a l'experiència de les persones que sofreixen les conseqüències de l'impacte del suïcidi, i també alimentar el coneixement científic mitjançant estudis qualitius. També és important la demostració de dades estadístiques que ens donen informació sobre l'afectació i les conseqüències de la mort per suïcidi, del dol i altres trastorns. No obstant, l'estudi minuciós d'eines per a donar suport als supervivents, podria ser una bona opció quant a la millora d'aquestes tècniques i per tant arribar a una utilització òptima dels recursos sanitaris i la tecnologia en el tracte del dol per suïcidi.

11. Conflicte d'interessos

No hi ha present cap conflicte d'interès per part de l'autoria.

12. Bibliografia

1. AFSP. (2018). *Sobrevivir a una pérdida pos suicidio. Guía y recursos*. [Ebook]. Fundación Amaericana para la prevención del suicidio. Retrieved from <http://besarkada-abrazo.org/wp-content/uploads/2016/11/Gui%CC%81a-para-sobrevivir-a-la-pe%CC%81rdida-por-suicidio-Fundacio%CC%81n-Americana-para-la-Prevencio%CC%81n-del-Suicidio.pdf>
2. Almendros, A. (2018). Las enfermeras, puerta de entrada para la prevención del suicidio - Noticias de enfermería y salud. Retrieved 9 May 2020, from <https://diarioenfermero.es/las-enfermeras-puerta-entrada-la-prevencion-del-suicidio/>
3. Asinas, P (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desapariciones, accidentes. Revista digital medicina psicosomàtica y medicina. S.S.E.M.P.1(2), Disponible en:http://psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_en_situaciones_especiales.pdf
4. Asociacion de Investigacion, prevención e intervención del suicidio y familiares en duelo por suicidio (AIPIS- FAEDS) (2019), Guía para familiares en duelo por suicidio,Supervivientes. Oficina regional de cooredinacion de salud mental. Consejeria de sanidad. Comunidad de Madrid. (1st ed. Pp7) Madrid. Disponible en : <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020325.pdf>
5. Bell, J., Bailey, L., & Kennedy, D. (2015). 'We do it to keep him alive': bereaved individuals' experiences of online suicide memorials and continuing bonds. *Mortality*, 20(4), 375–389. <https://doi.org/10.1080/13576275.2015.1083693><https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC4662100/>
6. Bellini, S., Erbuto, D., Andriessen, K., Milelli, M., Innamorati, M., & Lester, D. et al. (2018). Depression, Hopelessness, and Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Frontiers In Psychology*, 9, 148. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00198 Retrieved from: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pubmed/29568278>
7. Chávez – Hernández AM, Chàvez de Sànchez MI, (2012) SOS. Sobrevivientes de un suicidio. Manual para enfrentar el suicdio de un ser querido por Jeffrey Jackson. Asociación americana de suicidiologia. 1(1), pp.9. Disponible en: <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta->

suicida/gu%C3%ADas-sobre-conducta-suicida/documentaci%C3%B3n-para-supervivientes/

8. Camacho, D. (2016). *La pérdida inesperada. El duelo por suicidio de un ser querido*. (1st ed., pp. 47-68). Madrid: Fundación de Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.
9. Cerel, J., Maple, M., Aldrich, R., & van de Venne, J. (2013). Exposure to suicide and identification as survivor: Results from a random-digit dial survey. *Crisis*, 34(6), 413–419. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000220> <https://journals-sagepub.com.sabidi.urv.cat/action/doSearch?field1=AllField&text1=reclaiming+and+reshaping+life++patterns+of+reconstruction+after+the+suicide+of+a+loved+one&field2=AllField&text2=dransart&Ppub=&Ppub=&AfterYear=&BeforeYear=&access=>
10. Cerel, J., Maple, M., van de Venne, J., Brown, M., Moore, M., & Flaherty, C. (2017). Suicide Exposure in the Population: Perceptions of Impact and Closeness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), 696–708. <https://doi.org/10.1111/sltb.12333>
11. Chaverra Marín, C., Mejía Gaviria, C., Figueroa Ibarra, M., Álvarez Castaño, S. A., y Noreña Delgado, L. F. (enero-diciembre, 2019). Duelo y afrontamiento en personas que han perdido a su pareja por suicidio en Rionegro. *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, (3), pp. 32-48 DOI: <https://doi.org/10.21501/25907565.3257> <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RULuisAmigo/article/view/3257/2493>
12. Dransart, D. A. C. (2017). Reclaiming and reshaping life: Patterns of reconstruction after the suicide of a loved one. *Qualitative Health Research*, 27(7), 994–1005. <https://doi.org/10.1177/1049732316637590>
13. Ebp - Critical Appraisal Tools | Joanna Briggs Institute. (2020). Retrieved 14 February 2020, from https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools
14. Ferré-Grau, Carme, Montescó-Curto, Pilar, Mulet-Valles, Magi, LLeixá-Fortuño, Mar, Albacar-Riobó, Nuria, & Adell-Argentó, Bárbara. (2011). El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Index de Enfermería*, 20(3), 155-159. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200004>
15. Grupo de trabajo de la Guía de Prevención y Tratamiento de la Conducta suicida (2012). Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud del Ministerio de sanidad,

Política e Igualdad social. Agencia de Evaluación de Tecnologías sanitarias de Galicia (Avalia-t) ; 2012.

16. Hall Flavin, D. (2020). Duelo por suicidio: recuperarse después del suicidio de un ser querido. Retrieved 9 May 2020, from <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/end-of-life/in-depth/suicide/art-20044900>
17. Hunt Q, Young T, Herlein K (2019). The process of Long Term suicide bereavement: Responsibility, Familial suport and meaning making. Springer sience.(1st ed. 41 pp 335-346) Retrieved 09 December 2019.
18. Hom, M. A., Stanley, I. H., Gutierrez, P. M., & Joiner, T. E. (2017). Exploring the association between exposure to suicide and suicide risk among military service members and veterans. *Journal of Affective Disorders*, 207(July 2016), 327–335. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.04><https://www.sciencedirectcom.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S016503271631254X>
19. Kim, S., & Kown, S. (2018). *Influential Factors of Complicated Grief of Bereaved Spouses from Cancer Patient* [Ebook] (1st ed., pp. 59-69). J Korean Acad Nurs. Retrieved from] <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pubmed/29535285>
20. Krynska, K., & Andriessen, K. (2015). Online memorialization and grief after suicide: An analysis of suicide memorials on the internet. *Omega (United States)*, 71(1), 19–47. <https://doi.org/10.1177/003022281456827>
https://www.researchgate.net/publication/275236367_Online_Memorialization_and_Grief_After_Suicide_An_Analysis_of_Suicide_Memorials_on_the_Internet
21. Leichtentritt, R. D., Leichtentritt, J., & Mahat Shamir, M. (2018). Shadows from the past: The mothering experience of women survivors of maternal suicide. *Journal of Social Work*, 18(5), 548–577. <https://doi.org/10.1177/1468017316656091>:
<https://journals-sagepub-com.sabidi.urv.cat/action/doSearch?field1=AllField&text1=shadows+from+the+past++the+mothering+experience+of+women+survivors+of+maternal+suicide&field2=AllField&text2=leichtentritt&Ppub=&Ppub=&AfterYear=&BeforeYear=&access=>

22. Linde K, Trembl J, Steinig J, Nagl M, Kersting A (2017) Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLOS ONE* 12(6): e0179496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179496>
23. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):179–187.
24. Li, H., Shao, Y., Xing, Z., Li, Y., Wang, S., Zhang, M., Shi, Y., Ying, J., & Sun, J. (2019). Napping on night-shifts among nursing staff: A mixed-methods systematic review. *J. Adv. Nurse. Wile Online Library*, 75, 291–312.
25. Mitchell, A. M., & Terhorst, L. (2017). PTSD Symptoms in Survivors Bereaved by the Suicide of a Significant Other. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(1), 61–65. <https://doi.org/10.1177/1078390316673716>
https://journals-sagepub-com.sabidi.urv.cat/doi/full/10.1177/1078390316673716?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed
26. Molina, N., Viola, M., Rogers, M., Ouyang, D., Gang, J., Derry, H., & Prigerson, H. (2019). Suicidal Ideation in Bereavement: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 9(5), 53. doi:10.3390/bs9050053 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6562884/>
27. Nina J Gutin, PhD (2017). Helping survivors in the aftermath of suicide loss. *Current psychiatry*. (1st ed. Vol 17 (8) pp 17). Retrieved 09 December 2019, from: <https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/Document/July-2018/CP01708027.PDF>
28. Neimeyer R (2000). Aprender de la pérdida, Una guía para afrontar el duelo. Paidós. (1st ed (32) pp 13. Barcelona. Disponible en: [https://www.academia.edu/32733080/Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo - Robert Neimeyer](https://www.academia.edu/32733080/Aprender_de_la_p%C3%A9rdida._Una_gu%C3%ADa_para_afrontar_el_duelo_-_Robert_Neimeyer)
29. Nakajima, S., & Ito, M. (2012). Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci.*, 14(2), 210-14. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384450/>

30. OMS. (2014). *Salud mental. Prevención del suicidio (SUPRE)*. Obtenido de OMS: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
31. Oxford Centre for Evidence-based Medicine (CEBM). Centre for Evidence Based Medicine - Levels of Evidence (March 2009). Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Visitado el 22 de junio de 2009. [Links] https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000600017
32. Pérez Barrero, A. (2020). Glosario de Términos Suicidológicos. Retrieved 9 May 2020, from https://www.psicologia-online.com/glosario-de-terminos-suicidologicos-704.html#anchor_3
33. Prieto, V. (2018). *La pérdida de un ser querido. Estrategia para el duelo*. (1st ed., pp. 28-29). Madrid: La esfera de los libros.
34. PRISMA FLOW DIAGRAM. (2015). Retrieved 19 February 2020, from <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>
35. Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86-94. doi:10.1016/s2215-0366(14)70224-x <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26360405>
36. Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., & Georgi, K. (2011). Do suicides' characteristics influence survivors' emotions? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(2), 117–125. <https://doi.org/10.1111/j.1943278X.2011.00024.x> <https://onlinelibrary-wiley-com.sabidi.urv.cat/doi/epdf/10.1111/j.1943-278X.2011.00024.x>
37. Seeman, M. V. (2015). The Impact of Suicide on Co-patients. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 449–457. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9346-6>
38. Sanford, R., Cerel, J., McGann, V., & Maple, M. (2016). Suicide Loss Survivors' Experiences with Therapy: Implications for Clinical Practice. *Community Mental Health Journal*, 52(5), 551–558. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0006-6>

<https://link-springercom.sabidi.urv.cat/search?dc.title=Suicide+Loss+Survivors&date-facetmode=between&facet-start-year=2016&showAll=true>

39. Spino, E., Kameg, K. M., Cline, T. W., Terhorst, L., & Mitchell, A. M. (2016). Impact of Social Support on Symptoms of Depression and Loneliness in Survivors Bereaved by Suicide. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 602–606. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.001> <https://www.sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0883941716000467?via%3Dihub>
40. Tal Young, I., Iglewicz, A., & Glorioso, D. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. Retrieved 11 November 2019, from: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/pmc/articles/PMC3384446/>
41. University of Adelaide. (2017). *Checklist for qualitative research* [Ebook] (1st ed., pp. 2-3). Retrieved from: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf

13. Annex 1. Nivell d'evidència qualitativa (Joanna Briggs)

El Joanna Briggs Institute és un organisme internacional de recerca i desenvolupament basat en membres d'organització dins la facultat de ciències de la salut d'una universitat d'Adelaida. Totes les revisions sistemàtiques contenen un procés de crítica o de cerca del nivell d'evidència. No hi va haver estudis rebutjats per qüestions de metodologia. Es van analitzar la qualitat dels estudis qualitatiu mitjançant el mètode Joanna Briggs. Aquest sistema sols és viable per a estudis qualitatiu, quantitatiu i mixtes, cada un té les seves pròpies escales.. Els ítems van ser avaluats a partir de la congruència entre la metodologia i els objectius assolits, els resultats analitzats, la teoria obtinguda, la representació de les dades i la seva recollida i les conclusions que s'han extret a partir d'aquests articles. El mètode de Joanna Briggs sobre la qualitat dels articles se centra en 11 qüestions que indiquen la viabilitat de aquests articles, i en la que s'ha de contestar SI, No, Pot ser o no aplicable, per a aconseguir un resultat en el nivell d'evidència. (JBI - Universitat d'Adelaida, 2017)

13.1 Annex 2. Nivell d'evidència quantitativa (CBM)

Pregunta	Paso 1 (Nivel 1*)	Paso 2 (Nivel 2*)	Paso 3 (Nivel 3*)	Paso 4 (Nivel 4*)	Paso 5 (Nivel 5*)
¿Qué tan común es el problema?	Encuestas locales y actuales aleatorias de la muestra (o censos)	RS de encuestas que coincidan con las circunstancias locales	Muestra local no aleatoria	Serie de casos	N/A
¿Es preciso el test de monitoreo o test diagnóstico? <i>(Diagnóstico)</i>	RS de estudios transversales con estándar de referencia aplicado de forma consistente y con enmascaramiento	Estudios individuales de corte transversal con estándar de referencia aplicado de forma consistente y con enmascaramiento	Estudios no consecutivos, estudios sin un estándar de referencia aplicado de forma consistente	Estudios caso control o estándar de referencia pobre o no independiente	Mecanismos basados en el razonamiento
¿Qué pasaría si no se agrega una terapia? <i>(Pronóstico)</i>	RS de estudios de cohorte de inicio	Estudios de cohorte de inicio	Estudio de cohorte o el brazo control de un EC con AA *	Estudio de caso-control o estudios de cohorte pronóstica de pobre calidad	N/A
¿Esta intervención ayuda? <i>(beneficios del tratamiento)</i>	RS de EC con AA o ensayos n-de-1	EC con AA o estudios observacionales con un efecto dramático	Estudio de cohorte, con seguimiento controlado sin AA *	Serie de casos, estudios caso-control o estudios históricos controlados	Mecanismos basados en el razonamiento
¿Cuáles son los daños comunes? <i>(efectos nocivos del tratamiento)</i>	RS de EC con AA, RS de estudios de casos y controles anidados, ensayo n-de-1 con el paciente sobre el que está planteando la pregunta, o estudio observacional con un efecto dramático.	EC individual con AA o (excepcionalmente) estudios observacionales con un efecto dramático	Estudio de cohorte, con seguimiento controlado (post-comercialización) con un número suficiente para descartar un daño común. (Para los daños a largo plazo, la duración del seguimiento debe ser suficiente)	Serie de casos, estudios de casos y controles, o estudios históricos controlados	Mecanismos basados en el razonamiento
¿Cuáles son los daños raros? <i>(efectos nocivos del tratamiento)</i>	RS de EC con AA ó ensayo n-de-1	EC con AA o (excepcionalmente) estudios observacionales con un efecto dramático			
¿Vale la pena esta prueba para detección temprana? <i>(tamizaje)</i>	RS de EC con AA	EC con AA	Estudios de cohortes con seguimiento controlado	Serie de casos, estudios de casos y controles o estudios históricos controlados	Mecanismos basados en el razonamiento

*El NE se podrá clasificar hacia abajo en base a la calidad del estudio, de las imprecisiones, del carácter indirecto de la evidencia, debido a la inconsistencia entre los estudios, o porque el tamaño del efecto absoluto es muy pequeño, y el nivel se podrán clasificar hacia arriba si hay un tamaño de efecto grande o muy grande. AA : Asignación aleatoria