



ORIGINALES

La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia

Family's experience in caring for clients with suicidal risk in Indonesia

Renny Nova¹
Achir Yani S. Hamid²
Novy H. C. Daulima²

¹ Programa de Maestría de la Facultad de Enfermería. Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

² Departamento de Enfermería en Salud Mental de la Facultad de Enfermería. Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia. ayanihamid@yahoo.co.id

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.337751>

Recibido: 19/07/2018

Aceptado: 11/08/2018

RESUMEN:

El suicidio es una de las emergencias psiquiátricas que requieren atención integral porque los individuos corren el riesgo de ponerse en peligro a sí mismos, a los demás y al entorno. El suicidio en Indonesia está aumentando. Las familias tienen un papel importante en el cuidado de los clientes y la prevención del suicidio, pero las cargas familiares no se han estudiado profundamente. El objetivo del estudio fue obtener una visión general de la experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo de suicidio. El diseño de la investigación fue cualitativo con un enfoque de fenomenología descriptiva que involucró a seis participantes. Los datos fueron recolectados por entrevista en profundidad y analizados utilizando el método Colaizzi. Los resultados del estudio encontraron cinco temas; los intentos de suicidio son una carga compleja para las familias, los cambios de comportamiento como un signo de suicidio, la preocupación como una forma de apoyo familiar y comunitario, las percepciones familiares sobre las causas y consecuencias del intento de suicidio y las estrategias de supervivencia de las familias superando el impacto del intento de suicidio. Los resultados del estudio recomiendan que la familia como unidad social de prevención del suicidio sea más sensible a los cambios en el comportamiento de clientes y enfermeras, ya que los consejeros pueden proporcionar intervenciones para mejorar el estado de salud mental de los clientes y las familias, como la educación sanitaria, terapia de psicoterapia familiar, manejo del estrés y grupo de autoayuda. La conclusión que puede extraerse de los cinco temas anteriores es que la carga de la familia que brinda cuidados al cliente con el riesgo de suicidio es mayor cuando la familia no puede reconocer los signos de suicidio del cliente, por lo que es necesario un sistema de apoyo y afrontamiento constructivo.

Palabras clave: cliente con riesgo suicida; experiencia familiar.

ABSTRACT:

Suicide is one of the psychiatric emergencies that require comprehensive care because individuals are at risk of endangering themselves, others and the surrounding. Suicide in Indonesia is increasing. Families have a major role in caring for clients and preventing suicide but family burdens have not been studied profoundly. The aim of the study was to get an overview of family experience of caring for clients with suicide risk. The research design was qualitative with descriptive phenomenology approach

involving six participants. Data was collected by in depth interview and analyzed using Colaizzi method. The results of the study found five themes; suicide attempts is a complex burden for families, behavioral changes as a suicide sign, concern as a form of family and community support, family perceptions about the causes and consequences of attempted suicide and coping strategies of families overcoming the impact of attempted suicide. The results of the study recommend that the family as the front social unit of suicide prevention can be more sensitive to changes in the behavior of clients and nurses as counselors can provide interventions to improve the mental health status of clients and families such as health education, family psychoeducation therapy, stress management and self help group. The conclusion that can be drawn from the five themes above is the burden of the family who provide caring for the client with the risk of suicide is heavier when the family is unable to recognize the client's suicide signs so there is a need for a support system and constructive coping.

Keywords: client with suicidal risk; family experience.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una forma de emergencia psiquiátrica que requiere un servicio rápido e integral. En esta condición, el individuo ya no puede controlarse; entonces uno corre el riesgo de hacerse daño a uno mismo, a los demás y al medio ambiente ⁽¹⁾. El suicidio puede interpretarse como pensamientos o acciones asociadas con la auto mortalidad, a menudo ocurre en pacientes con esquizofrenia y depresión ⁽²⁾. El comportamiento suicida es una señal equivocada que significa que alguien se siente desesperado ⁽³⁾.

La Organización Mundial de la Salud estima que hasta el 90% de las personas que cometen suicidio se produce debido a enfermedades mentales no diagnosticadas y no tratadas, además del consumo de drogas y alcohol ilícitos. Esta condición es un importante problema de salud mundial que representa el 1,4% de la carga mundial de salud ⁽⁴⁾. Preveler et al en una revista 'ABC de Medicina Psicológica: Depresión en pacientes médicos' dice que el riesgo de suicidio de por vida será experimentado por personas con trastornos del estado de ánimo, especialmente depresión en 6-15%, mientras que la esquizofrenia es 4-10%. Una persona que se enfrentó a un evento reciente de duelo, separación, divorcio y disminución del apoyo social es un factor de riesgo para el suicidio ⁽³⁾.

La edad de 20-24 años en los Estados Unidos tiene un aumento en los suicidios de 13 por cada 10,000 y nuevamente aumenta a los 70 años o más ⁽⁵⁾. La incidencia más alta de suicidio ocurrió en los Estados Unidos a la edad de 80 años o más. La prevalencia de ideación suicida, planificación de suicidio e intento de suicidio es significativamente más alta en adultos jóvenes de 18-29 años y entre adultos de ≥ 30 años ⁽⁶⁾. El número de suicidios en Japón supera los 30,000 casos cada año, el más alto entre los países en desarrollo. En adolescentes de 15 a 19 años, las tasas de suicidio son de 2,4 por 100.000 habitantes y son la principal causa de muerte ⁽⁷⁾. Con base en estos datos, se concluyó que había una tendencia creciente de casos suicidas en todos los rangos de edad.

El caso de suicidio en Indonesia está aumentando. La Organización Mundial de la Salud estima que la tasa de suicidio alcanzó 1.6-1.8 por 100 mil habitantes o aproximadamente 5 mil habitantes por año con la tendencia de la edad productiva. En 2012, el número estimado de suicidios aumentó a 4.3 por cada 100,000 personas o cerca de 10,000 vidas por año ⁽⁴⁾.

La investigación de Mclaughlin, Mcgowan, Neill y Kernohan en 2014 sugiere que las familias tienen un papel importante en el cuidado de los miembros de la familia con

riesgo de suicidio y prevención del suicidio, pero los impactos y las cargas de la familia no se han estudiado en profundidad. Este estudio produjo un gran tema que representa el subtema completo: "trabajo duro para toda la familia" y cuatro subtemas: (i) carga familiar, (ii) competencia y presión, (iii) confidencialidad / cobertura- y vergüenza y (iv) impotencia y culpa ^[8].

La investigación fenomenológica cualitativa realizada por Keyvanara y Haghshenas en la República de Irán con Entrevista Indepth dirigida a jóvenes de 14-17 años que han intentado suicidarse bebiendo toxinas y quemándose a sí mismos ha producido 5 temas: desesperación, fracaso del amor, problemas familiares, presión debido a las altas expectativas y la pobreza. Esta investigación se centra en el contexto sociocultural con el perpetrador como participantes ⁽⁹⁾.

La novedad de esta investigación radica en los participantes seleccionados, incluidas las familias nucleares y las familias extensas y clientes que aún reciben ayuda por intento de suicidio. Este estudio tampoco ha sido estudiado por investigadores anteriores, especialmente en Indonesia.

MÉTODOS DE BUSQUEDA

Diseño

La investigación aplicó un enfoque cualitativo con fenomenología. Se eligen los métodos cualitativos porque exploran más profundamente la experiencia de la familia en el cuidado de clientes con riesgo de suicidio. El enfoque utilizado es fenomenología descriptiva o trascendente que consta de cuatro etapas: poner entre paréntesis, intuir, analizar y describir ⁽¹⁰⁾.

Muestra

Las muestras en la investigación cualitativa se llaman participantes. Esta investigación implementó una técnica de muestreo intencional en la que la determinación del participante se orientó hacia los objetivos de la investigación y se seleccionó según los criterios de inclusión predeterminados de los participantes ⁽¹¹⁾. Creswell explica que el muestreo intencional es una técnica deliberada de selección de individuos ricos en información para comprender los fenómenos centrales ⁽¹²⁾. Datos de participantes obtenidos de RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang hospital mental y Bantur Puskesmas. Los participantes son 6 personas. Selección de participantes según criterios, entre otros: a). Los miembros de la familia que tienen los roles y las responsabilidades de cuidar a los miembros de su familia con el riesgo de suicidio (cuidador), b). Los familiares que viven en una casa con clientes que tienen riesgo de suicidio, c). Miembros de la familia que pueden comunicarse bien en Bahasa Indonesia. Los criterios del cliente son una persona que ha intentado suicidarse por cualquier método de suicidio y que vive en una casa con participantes.

Procedimiento

La recolección de datos se realizó en la sala de asesoramiento del hospital y en la casa del participante. Una vez que se completa el proceso de recopilación de datos en el primer participante, el resultado de la entrevista se realiza en forma de

transcripción y se analizan los datos, y se continúa con el siguiente participante. La presentación de informes se realiza desde enero hasta finales de mayo de 2017.

Consideraciones éticas

El método analítico utilizó el enfoque de Colaizzi. Las consideraciones éticas de la investigación son preocupaciones para los investigadores, por lo tanto, el sujeto está protegido al observar aspectos de autonomía, anonimato, confidencialidad, justicia, beneficencia y no maleficencia ⁽¹⁰⁾.

Hay tres principios básicos de ética en la investigación estándar de beneficencia, respeto por la dignidad humana y la justicia. Este estudio no representa un peligro para los participantes que amenazan la vida. Los investigadores usaron el código del participante en cada informe de investigación. El principio de anonimato se cumple al no incluir el nombre y las iniciales del participante, sino que proporciona el código en forma de P1 para el primer participante, P2 para el segundo participante y así sucesivamente hasta el sexto participante. El principio de confidencialidad se aplica al almacenar los datos de investigación en un lugar seguro al que solo pueden acceder los investigadores. Los datos se analizan y almacenan en un lugar seguro, y solo los investigadores tienen contraseñas para acceder a ellos. Los datos de registro se almacenan en el programa de Gmail de Drop Box y se destruirán en 5 años. La justicia significa que todos los participantes reciben igualdad de trato y derechos para participar en la investigación ⁽¹¹⁾. Los investigadores se esfuerzan por cumplir el principio de beneficencia al evitar preguntas que pueden causar incomodidad a los participantes y los investigadores no obligan a los participantes a expresar cosas que no quieren contar. Este estudio ha aprobado la prueba de ética en el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Indonesia N° 45 / UN2.F12.D / HKP.02.04 / 2017.

RESULTADO Y DISCUSIÓN

Los participantes en este estudio son 6 personas y todas ellas son mujeres. La edad de los participantes oscilaba entre los más jóvenes, que tenían 41 años y los mayores tenían 68 años. El estado civil consiste en 2 viudas y 4 casados. El estado educativo de los participantes es la escuela primaria y la escuela secundaria. La relación del participante con el cliente es madre biológica, hermanastro, esposa y primo. El proceso de recopilación de datos a través de entrevistas en profundidad se realizó del 24 de Marzo de 2017 al 19 de Abril de 2017.

Esta investigación identifica 5 temas, a saber:

1). Los intentos de suicidio se convierten en una carga compleja para las familias.

Este tema se deriva de 9 categorías que son ansiedad, luto, culpa, ira, conmoción, problema físico, problemas financieros, actividades diarias interrumpidas y conflictos familiares. Algunas de las citas de los participantes que representan este tema incluyen:

"Estoy preocupado en la cocina. Tengo miedo y estoy ansioso por la noche, incómodo" (P1)

"En realidad, mi corazón está dolorido y grito" (P1)

"Destruído hasta ahora" .. (P2)

"Mi corazón a veces me culpa a mí mismo ..." Señor, ¿cuál es mi culpa? "... (P6)

"Mi corazón a veces se enoja. Es difícil llevarlo al hospital ... Estoy molesto" (P6)

"Estaba shock ... Mi cirugía de maridito en su propio estómago ..." (P4)

"Me sorprendió de inmediato ... llevé a mis nietos y me desmayé al instante, sí, estoy tan cansado ..." (P4)

"El problema es el dinero porque no tengo mucho dinero para pedir prestado para mi hijo ..." (P1)

"No puedo hacer los quehaceres por cuidarlo ..." (P6)

"Cuando su abuelo se enojó conmigo y luego se acercó a mi hijo, mi hijo estará malhumorado ..." (P1)

La carga familiar es una respuesta que aparece a las familias que tienen familiares con riesgo de suicidio ⁽⁸⁾. Tales respuestas incluyen tanto respuestas psicológicas como emocionales. Otras cargas percibidas por la familia son las cargas financieras, las actividades familiares limitadas y la interrupción de las relaciones familiares.

Las familias se sienten avergonzadas por el creciente estigma en la sociedad sobre el intento de suicidio. Esto está de acuerdo con la opinión del investigador anterior de que el estigma es la actitud de la familia y la sociedad que piensa que si un miembro de su familia sufría trastornos psicóticos u otros trastornos mentales, es una desgracia para la familia. La investigación de Mclaughlin, McGowan, Neill y Kernohan también produjo uno de los subtemas de la vergüenza como una experiencia familiar de cuidado de clientes ⁽⁸⁾.

2). Cambio de comportamiento como un signo de intento de suicidio.

Este tema se deriva de 7 categorías; retraimiento, pérdida de interés, pereza, comportamiento agresivo, comportamiento adictivo, expresiones suicidas y comportamiento sospechoso, como las siguientes expresiones de participantes:

"Se convirtió en una persona silenciosa ... no quería ir a ninguna parte en ese momento" (P1)

"Solía ser una persona alegre, apasionada, le encantaba escuchar música, pero luego cambió" (P6)

"No quería comer. Le di de comer a cucharadas. Normalmente se duchaba con agua fría a las 5 en punto. Pero si quería hacerlo con agua tibia, solo estaba sentado y mirando fijamente, ni siquiera pestañeaba. , no como solía ser "(P6)

"Mi hijo está enojado conmigo ... fácilmente enojado". (P6)

"Siempre fumando" (P4)

"Por qué no me muero? Mi dolor no se puede curar. No puedo recibir tratamiento" (P5)

Los clientes suicidas tienen muchos comportamientos clínicos diferentes ⁽³⁾. Esto está en línea con los cambios en el comportamiento del cliente expresados por los participantes que se retiran, pierden interés, perezoso, agresivo, la expresión verbal de querer terminar con la vida y el comportamiento sospechoso.

La capacidad de reconocer los cambios en el comportamiento del cliente debe ser realizada por miembros de la familia o personas con una intensidad de contacto frecuente con los clientes. El contacto familiar continuo con los clientes tendrá el potencial de crear conciencia sobre los signos y síntomas significativos ⁽¹⁾. Toda

conducta suicida se ve como un intento de escapar de una situación de vida incómoda o insoportable ⁽³⁾.

3). El cuidado como una forma de apoyo familiar y comunitario.

Este tema se deriva de siete categorías: empatía, tutoría, cuidado, compasión, dar consejos, buscar información y tratamiento, conciencia y 3 subtemas: apoyo de la familia nuclear, apoyo familiar ampliado y apoyo de la comunidad como:

"Cuando vino a mí, siempre lo alimenté, le lavo su ropa incluso cuando es muy triste" (P3)

"Ahí está mi madre que brinda cuidados en el día y luego es mi turno en la noche" (P6)

"El hermano de mi madre es mucho, dieron sugerencias que esencialmente son oraciones de los ancianos" (P2)

"Todos los vecinos se preocupan ... También le dan trabajo para arreglar la pared, creando jaulas de pájaros para que tenga algo que hacer" (P5)

Apoyo familiar relacionado con funciones de apoyo ⁽¹³⁾. Las habilidades familiares para la detección temprana están influenciadas por el conocimiento familiar y la información obtenida. La mayoría de los participantes revelaron que la familia obtuvo información de vecinos, parientes, amigos y trabajadores de la salud, a saber, enfermeras. Es capaz de motivar a las familias a traer clientes al hospital.

Uno de los factores que puede suprimir el deseo de suicidio del cliente es el apoyo social. Los clientes que tienen buenas interacciones con la familia pueden suprimir la idea aparente de suicidio. También se aplica a un amigo cercano que puede proporcionar apoyo emocional para que los clientes se sientan escuchados y atendidos. Esta forma de conciencia ayuda al cliente a poder ver su mundo positivo para que pueda reducir los pensamientos de suicidio ⁽¹⁴⁾.

La enfermera de salud mental debe tener una base sólida para la reducción del riesgo y la prevención del suicidio ⁽¹⁵⁾. Observar a cada cliente suicida y expresar su preocupación ⁽³⁾. La eliminación de artículos peligrosos de los clientes da un mensaje de preocupación y esto lo pueden hacer enfermeras, familias y comunidades. Los participantes también revelaron que uno de los esfuerzos para salvar a los clientes es alejar a los clientes de objetos que podrían poner en peligro sus vidas ⁽³⁾.

4). Percepción familiar sobre intentos de causas y consecuencias suicidas.

Este tema está formado por varias palabras clave que terminaron en 3 categorías; la percepción del valor de las causas del comportamiento suicida, las percepciones familiares sobre las causas de los intentos de suicidio reales y las percepciones familiares sobre las consecuencias para los clientes, como la declaración de los participantes a continuación:

"La prueba de Dios ... Es por eso que mi hijo es como es ahora ..." (P6)

"Pensé que estaba poseído porque en Java todavía creemos en los periféricos místicos" (P6)

"Debido al dolor congestionado y las piedras en el riñón ... No se curó y luego se ahorcó en unos cuatro años" (P5)

"Estaba inconsciente ... convulsión y luego llevado al hospital" (P6)

La respuesta familiar a los intentos de suicidio es cómo las familias responden a una condición. Los mecanismos familiares de afrontamiento están determinados por la percepción familiar del comportamiento suicida, la percepción de causa y efecto para el cliente. La percepción de algunos participantes sobre el intento de comportamiento suicida se debe a la posesión. La mayoría de los clientes y las familias no pueden explicar lo que le sucedió, por lo que la mayoría de estos eventos no se denuncian o se relacionan con acontecimientos místicos ⁽⁷⁾.

La causa más común de suicidio por parte de los participantes es la depresión. Los eventos de la vida que causan estrés y tensión o dificultad en la vida son dos cosas que causan estrés ⁽³⁾. La aparición de muchos estresores incrementados con un mecanismo de afrontamiento inadecuado hace que el cliente se deprima. Cuatro de seis clientes de intento de suicidio tenían un diagnóstico médico de depresión severa. De acuerdo con la investigación que dice que aproximadamente el 60% del riesgo de suicidio del cliente informó haber experimentado ansiedad, depresión o una combinación de ambos ⁽¹⁴⁾. También se obtuvieron declaraciones de respaldo de los resultados de un estudio que informó que los pacientes con depresión tenían 7 veces más probabilidades de morir por suicidio. En respuesta a esto, Huang et al recomienda educación para todos los miembros de la familia sobre la asociación de la depresión con el riesgo de suicidio ⁽¹⁴⁾. La detección temprana de la depresión como un apoyo psicológico para los clientes es un elemento clave en la prevención del suicidio ⁽⁴⁾.

La familia reveló que el intento de suicidio del cliente causó consecuencias perjudiciales para la seguridad del cliente por la dificultad para respirar hasta la muerte. El intento de suicidio es un acto de auto-acción realizado por alguien que causará la muerte si no se detiene. El suicidio es una muerte autoinfligida en forma de lesión, envenenamiento y aliento obstruido que demuestra que la persona muerta tiene la intención de suicidarse ⁽³⁾.

5. Estrategias de afrontamiento familiar para superar el impacto del intento de suicidio.

Este tema está formado por varias categorías y 3 subtemas de afrontamiento familiar interno, familias de afrontamiento externo que son afrontamiento familiar positivo y afrontamiento familiar negativo, como las siguientes afirmaciones de los participantes:

"Discutí con papá, hermanos y sobrino" (P1)

"Bueno, pregunto por remedio e información relacionada" (P1)

"Oración, recital y noche rezando todas las noches" (Madre lloró) (P4)

El impacto de las condiciones psicosociales requiere un manejo completo que incluya la participación de la familia. El apoyo familiar es un importante sistema de apoyo proporcionado por las familias para prevenir los trastornos mentales al hacer frente a las cargas familiares.

El afrontamiento interno de la familia es discutiendo la resolución de problemas con toda la familia. El manejo externo está utilizando instalaciones de servicios de salud y realiza actividades espirituales ⁽⁷⁾.

Las enfermeras tienen un papel central como profesionales en el cuidado del cliente. Cómo llevar a cabo una evaluación en enfermería es cómo una enfermera obtiene información sobre la condición del cliente y las razones que se tratan ⁽⁶⁾. Las

enfermeras tienen un papel muy importante en la detección temprana. Las intervenciones de enfermería no pueden separarse de la participación familiar ⁽²⁾.

Las familias con clientes con riesgo de suicidio experimentan muchos cambios en sus vidas. En el proceso de adaptación, surge la necesidad espiritual de buscar significado en la vida que los hace capaces de sobrevivir en el sufrimiento ⁽¹⁶⁾. La familia revela que al hacer actividad espiritual puede dar fortaleza. Esta actividad espiritual es uno de los mecanismos externos de afrontamiento de la familia que son 5 veces la oración, la oración nocturna, las oraciones, permanecer agradecidos y más cerca de Dios. Esto está en línea con la investigación que explica que las personas con problemas psicosociales deben tener flexibilidad y bienestar espiritual para ser adaptativos ⁽¹⁷⁾. Otro estudio menciona que las creencias religiosas contribuyen a un 34,4% de los factores de prevención del suicidio porque los clientes pueden lograr la serenidad, la paz y la estabilidad cuando pasan tiempo rezando en los lugares de culto. La actividad religiosa también puede disminuir el nivel de ansiedad de un individuo ⁽¹⁸⁾.

CONCLUSIÓN

El estudio produjo cinco temas para apoyar una experiencia familiar de cuidado de clientes con un riesgo suicida que involucró a seis participantes y se formó a partir de 32 categorías y 5 subtemas. El primer tema es un intento de suicidio en una carga compleja para la familia. El segundo tema es el cambio de comportamiento como signos de intento de suicidio. El tercer tema es el cuidado como una forma de apoyo familiar y comunitario. El cuarto tema es la percepción de la familia de las causas y consecuencias del intento de suicidio. El quinto tema es la estrategia de afrontamiento de las familias para superar el impacto del intento de suicidio. La conclusión que puede extraerse de los cinco temas anteriores es que la carga de la familia que brinda cuidados al cliente con el riesgo de suicidio es mayor cuando la familia no puede reconocer los signos de suicidio del cliente, por lo que es necesario un sistema de apoyo. y afrontamiento constructivo.

Recomendación

La administración del centro de salud puede utilizar los resultados de este estudio para desarrollar programas de prevención, promoción y rehabilitación en clientes de riesgo, como el Grupo de autoayuda y el Manejo del estrés. Con la terapia grupal de autoayuda se espera que los clientes puedan expresar emociones y sentimientos y obtener un sistema de apoyo del grupo. El resultado de este programa es el módulo de manejo de la depresión que es compatible con el programa de la Organización Mundial de la Salud para clientes, familias y enfermeras. Los resultados del estudio pueden ser una guía para reconocer los cambios de comportamiento y la preparación de los Procedimientos Operativos de Standart o los instrumentos para la detección temprana del intento de suicidio.

Los futuros investigadores deben llevar a cabo investigaciones cuantitativas para la preparación de pautas o instrumentos de detección temprana del riesgo de suicidio, intervenciones apropiadas para clientes y familias, como el manejo del estrés y la terapia psicoeducativa familiar, así como investigaciones para identificar las tasas de suicidio en Indonesia porque Indonesia no tiene datos sobre la incidencia nacional de suicidios. Los futuros investigadores también pueden realizar investigaciones

cualitativas sobre el riesgo de suicidio centrado en el cliente con un diagnóstico médico importante como la esquizofrenia o la depresión mayor.

Reconocimiento

Los autores desean agradecer a todas las partes que apoyaron esta investigación, especialmente a la Dirección de Investigación y Compromiso Comunitario de Universitas Indonesia, que ha apoyado la financiación de la investigación, y para la investigación de subvenciones de Publicación Internacional, cuyo objetivo es mejorar el número de artículos publicados internacionalmente prueba de calidad de investigación.

REFERENCIAS

1. Kim S.Y, Kim M, Kawachi I, Cho Y. Comparative Epidemiology of Suicide in South Korea and Japan : Effects of Age, Gender and Suicide Methods. *Crisis*. 2011;32(1):5–14
2. Meerwijk, L E, Meijel V, Berno, B., Kerkhof A, de Vogel W, Grypdonck, et al. Development and Evaluation of a Guideline for Nursing Care of Suicidal Patients with Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2010;46(1):65–73
3. Stuart G.W. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart. Edisi Indonesia. Jakarta: Elsevier; 2016
4. WHO. Preventing Suicide: A Global Imperative. In: *Mental Health*. [Internet]. 2014. Available from: www.who.int/entity/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Accessed 10 Sep 2015
5. Douglas G Jacobs. Practice Guideline For The Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. Association AP, editor. Jakarta: EGC; 2010
6. Stuart G.W. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 10th ed. St. Louis Missouri: Elsevier Mosby; 2013
7. Kawashima Y, Ito T, Narishige R, Saito T, Okubo Y. The Characteristics of Serious Suicide Attempters in Japanese Adolescents- Comparison Study between Adolescents and Adults. *Bio Med Cent Psychiatry*. 2012;12:191
8. Mclaughlin C, Mcgowan I, Neill S.O, Kernohan G. The Burden of Living With and Caring for a Suicidal Family Member. *J Ment Heal*. 2014;8237(5):236–40
9. Keyvanara M, Haghshenas A. Sociocultural Contexts of Attempting Suicide among Iranian Youth : A Qualitative Study. *East Mediterr Heal J*. 2011;17(No.6):529–36
10. Polit, D. F, Beck, C.T. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolter Kluwer Health; 2012
11. Afiyanti, Y dan Rachmawati, N.I. Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan. 1st edition. Rajawali Pers, editor. Jakarta; 2014
12. Creswell, J.W. *Research Design : Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed: Prosedur-Prosedur Metode Campuran*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2013
13. Friedman, Marilyn M. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori dan Praktek*. Jakarta: EGC; 2010
14. Huang L-B, Tsai Y-F, Liu C-Y, Ying-Jen Chen. Influencing and Protective Factors of Suicidal Ideation among Older Adults. *Int J Ment Health Nurs*. 2016
15. Cardell, R et al. Revisiting “Suicide Proofing” an Inpatient Unit through Environmental Safeguards: A Review. *Perspect Psychiatr Care*. 2009;45(36)
16. Dwi A, Hamid A.Y.S, Susanti Y. Studi Fenomenologi Pengalaman Spiritual Klien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Hemodialisa di RSUD Muhammadiyah Gombong Jawa Tengah. Universitas Indonesia; 2013

17. Zaini M, Hamid A.Y.S, Rahmah H. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Resiliensi dan Kesejahteraan Spiritual Para Survivor Erupsi Gunung Kelud di Kabupaten Malang. Universitas Indonesia; 2015
18. Lee K-F, Tsai Y-F, Ying-Jen Chen, Huang L-B. Triggers of Suicide Ideation and Protective Factors of Actually Executing Suicide among First Onset Cases in Older Psychiatric Outpatients: A Qualitative Study. BMC Psychiatry. 2014;14:269



ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia