

Clàudia Baiges del Campo

Laura Galán Garcia

**ESTUDI D'UN GRUP HETEROGENI D'INFERMERES SOBRE EL
CONEIXEMENT I LES CREENCES DEL SUÏCIDI**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per la Sra. Laura Ortega Sanz

Grau d'Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Seu Baix Penedès

2018 - 2019

Índex d'abreviatures

AP – *Atenció primària*

ATC – *Atenció continuada*

CAS – *Centre d'atenció i seguiment*

Cr – *Crèdit*

CRS – *Codi Risc de Suïcidi*

CSM – *Centre Salut Mental*

DSAS – *Después del Suicidio (Asociación de Supervivientes)*

E.AP – *Entrevista atenció primària*

E.PH – *Entrevista planta hospitalària*

E.URG – *Entrevista urgències*

EMSE – *Equips Multidisciplinaris de Suports Especialitzats*

GPC – *Guia de Pràctica Clínica*

HCCC – *Història Clínica Compartida de Catalunya*

HD – *Hospital de Dia*

IDESCAT – *Institut d'Estadística de Catalunya*

INE – *Institut Nacional d'Estadística*

MINI – *Mini International Neuropsychiatric Interview*

OMS – *Organització Mundial de la Salut*

SEM – *Servei d'Emergències Mèdiques*

SISCAT – *Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya*

SNS – *Sistema Nacional de Salut*

Índex de continguts

1.	INTRODUCCIÓ	1
2.	OBJECTIU.....	2
3.	HIPÒTESI.....	2
4.	MARC TEÒRIC	3
4.1	El suïcidi. Què és?	3
4.2	Epidemiologia.....	3
	A nivell mundial	3
	A nivell Europeu i Espanyol.....	5
	A nivell de Catalunya.....	6
4.3	Suïcidi i trastorns mentals	7
	Estigma	9
	Evolució de l'estigma.....	9
4.4	El suïcidi en la formació acadèmica	11
4.5	Prevenció. Codi risc de suïcidi.....	12
	Valoració del pacient suïcida.....	15
	El paper clau d'infermeria.....	19
5.	METODOLOGIA.....	21
	Disseny.....	21
	Primera part de l'estudi.....	22
	Mostra	22
	Criteris d'inclusió i exclusió	22
	Consentiment informat	22
	Instruments d'avaluació.....	22
	Anàlisi de les dades	23
	Segona part de l'estudi	23
	Mostra i criteris d'inclusió	23
	Recollida d'informació	24
	Anàlisi de les dades	24
6.	RESULTATS I DISCUSSIÓ	25
	Part quantitativa.....	25
	Part qualitativa.....	32
7.	CONCLUSIÓ	43
8.	BIBLIOGRAFIA	46
9.	ANNEXES	50
	Annex I	50
	Annex II	51
	Annex III	52
	Annex IV.....	CD

1. INTRODUCCIÓ

Al llarg dels tres anys transcorreguts del grau d'infermeria hem anat tractant temes molt interessants i alhora sorprenents. Això ens va passar quan vam iniciar l'assignatura de salut mental, molt desconeguda per nosaltres fins aquell moment. Un dels temes que més ens va impactar va ser el suïcidi.

Les dades epidemiològiques, l'estigma, les definicions que l'acompanyen, les conseqüències... Com pot ser que hi hagi més morts per suïcidis que per accidents de trànsit i no se'n parli del tema? Per què no hi ha campanyes de prevenció o de conscienciació i sensibilització com les que existeixen d'altres temes de salut o de problemes socials? Com pot ser que la paraula suïcidi s'acompanyi d'un estigma tan gran?

L'Organització Mundial de la Salut (1), a partir d'ara abreviat OMS, determina que el suïcidi és un problema de salut pública de primera magnitud i ha alertat sobre l'augment mundial de la mortalitat per suïcidi, prop de 800.000 persones es suïciden cada any i per cada suïcidi hi ha moltes més temptatives de suïcidi cada any. Les estadístiques no registren les temptatives autolítiques, però s'estima que existeix una raó d'1 a 20, és a dir, que hi ha 20 temptatives per cada suïcidi consumat. En general les temptatives són més elevades entre les dones que en els homes, tot i que la mortalitat és més elevada entre els homes atès que acostumen a utilitzar mètodes més radicals. El suïcidi és la segona causa principal de defunció en el grup d'edat de 15 a 29 anys.

L'any 2016 van morir per suïcidi 3.569 persones a Espanya de les quals 2.662 van ser homes i 907 dones, el que correspon a 10 persones per dia; una cada dues hores i mitja. Per altra banda, a Catalunya l'any 2016 va haver un total de 510 suïcidis, 364 dels quals es van consumir a la província de Barcelona, la taxa de mortalitat per suïcidi però, es situa per sota de la mitjana de la Unió Europea i de la resta de l'estat Espanyol. (2) (3)

A banda d'això, la salut mental és una branca de la qual no se'n parla gaire a causa de l'estigma que comporta, de fet, segons l'associació de supervivents "després del suïcidi" (DSAS) (4), l'estigma del suïcidi és tan poderós perquè quan una persona es suïcida trenca, en certa manera, amb una regla no escrita que diu: "*no ets lliure de deixar la societat quan tu vols*". I el suïcida trenca amb aquesta regla.

Creiem doncs que és important incidir en aquest tema ja que per poder disminuir la taxa de suïcidis és necessària una bona prevenció. Les infermeres són, entre d'altres professionals, un factor clau en l'àmbit sanitari per dur-la a terme ja que disposen de bones eines per fer-ho. Per l'anteriorment exposat, l'objectiu del nostre treball és conèixer si hi ha consciència sobre la importància del suïcidi en l'àmbit sanitari, i les creences que hi ha entorn aquest.

Pregunta d'investigació: *Són conscients les infermeres de la importància del suïcidi?*

2. OBJECTIU

L'objectiu general del nostre treball és identificar la falta de consciència respecte el suïcidi en l'àmbit sanitari determinant el coneixement i les percepcions que tenen les infermeres sobre aquest. Ser-ne conscients i saber detectar-ho permet al sistema de salut una bona prevenció per part dels seus professionals, necessària per poder abordar el problema del suïcidi.

Un dels objectius específics és avaluar el grau de coneixement de les infermeres, ja que es pretén conèixer la base de coneixements que tenen sobre el suïcidi per tal de poder-ho relacionar amb el lloc de treball que ocupen actualment.

L'últim objectiu plantejat és analitzar les percepcions i les vivències envers el suïcidi per tal de tenir una visió més subjectiva del problema a tractar.

3. HIPÒTESI

La nostra hipòtesi: Existeix falta de consciència sobre el suïcidi en l'àmbit sanitari.

4. MARC TEÒRIC

4.1 El suïcidi. Què és?

L'origen etimològic de la paraula suïcidi prové del terme llatí “*sui caedere*” que té com a significat “matar-se a un mateix” (5). Avui en dia definim el suïcidi com l'acció de treure's o acabar amb la vida pròpia de forma voluntària i premeditada.

L'OMS defineix l'expressió “acte suïcida” com “tot fet pel qual un individu es causa a si mateix una lesió, qualsevol que sigui el grau d'intenció letal i del coneixement del veritable mòbil”. El terme “parasuïcidi” va ser introduït per Kreitman (6) per referir-se a tota conducta autolesiva no mortal, sense considerar essencial en la definició la intencionalitat cap a la mort, en aquest cas l'individu pot tenir una voluntat escapatòria davant d'una situació estressant i en conseqüència, aquest realitza un dany físic amb l'objectiu d'atenuar l'estrès que sent. (5)

Pel que fa a la història, probablement, el suïcidi ha existit des de sempre i en moltes societats diferents, així doncs s'entén com un fet humà transcultural i universal molt antic. Amb el pas del temps ha canviat l'actitud cap a ell, en alguns moments ha sigut tolerat i en altres castigat en funció de les característiques filosòfiques i religioses de cada etapa. El suïcidi s'ha arribat a considerar com un acte honorós. En la Roma clàssica per exemple, s'entenia que la vida valia la pena viure-la en termes de qualitat més que de quantitat. En canvi, en la nostra societat actual el suïcidi ha estat condemnat per la fe cristiana, fins a dia d'avui on l'estigma que l'acompanya ha provocat part del tabú que envolta el tema de la mort autoinfringida. (5)

Actualment el suïcidi és considerat com un greu problema de salut pública, no obstant això es pot prevenir ja que segons l'OMS (1) existeixen estratègies eficaces per fer-ho.

4.2 Epidemiologia

A nivell mundial

Segons dades de l'OMS del 2018 més de 800.000 persones es suïciden cada any. Això suposa una mort cada 40 segons. Al 2016 va suposar una taxa anual mundial de suïcidi de 10,63 per 100.000 habitants i al 2012 el suïcidi va representar el 1,4% de totes les morts al món. (1) Tot i això, ja que el suïcidi es un tema estigmatitzat i fins i

tot il·legal resulta complicat obtenir dades de qualitat sobre el comportament suïcida i s'estima que existeix una sub-notificació d'aquestes defuncions. (8)

Als països on hi manquen bons sistemes de registres o bons sistemes de recollida de dades resulta complicada l'obtenció d'informació i fins i tot a vegades no es compten les morts. En canvi, als països on hi ha bon control de les dades del registre civil el suïcida pot estar mal registrat, classificant-ho com a mort per accident o per altres causes. (8)

Dels 172 estats membres de l'OMS pels quals es van realitzar estimacions al 2012, només 60 disposaven de dades de bona qualitat que es poguessin utilitzar directament per calcular les taxes de suïcida. Les taxes estimades dels estats membres restants (que representen al voltant d'un 71% dels suïcidis mundials) es van basar en mètodes de modelització¹.(8) En el pla d'acció sobre salut mental del 2013-2020 (9) els estats membres de l'OMS es van comprometre a treballar per aconseguir l'objectiu mundial de reduir les taxes nacionals de suïcidis en un 20% pel 2020.

El suïcida és un fenomen global que afecta a totes les regions del món. Als països rics es suïciden tres vegades més els homes que les dones, però als països de baixos i mitjans ingressos aquesta relació baixa fins a 1,5 homes per cada dona. Al 2016, més del 79% dels suïcidis van tenir lloc en països d'ingressos baixos/mitjans, tot i que s'ha de tenir en compte la major proporció de la població mundial que resideix en aquests països. (1)

Per cada persona que consuma el suïcida hi ha més de 10 o 20 temptatives (1), que traduïdes a temps, equival a una temptativa suïcida cada tres segons. Existeixen importants diferències entre el suïcida consumat i els intents de suïcida, ja que mentre el primer normalment es produeix en homes, les temptatives són més comuns entre les dones joves. (8)

Com a mètodes de suïcida s'estima que aproximadament un 20% del total es produeixen per autointoxicacions amb plaguicides i la majoria tenen lloc en zones rurals agrícoles de països d'ingressos baixos/mitjos. Altres mètodes comuns de suïcida són el penjament i les armes de foc, tot i que també es recorren a molts altres mètodes que varien segons el grup de població. (1)

El suïcida es pot produir a qualsevol edat. Les taxes de suïcidis consumats més baixes són en menors de 15 anys i les més elevades entre les persones de 70 anys o més

¹ La modelització es el mètode mitjançant el qual es creen abstraccions amb l'objectiu d'explicar la realitat.

independentment del sexe en gairebé totes les regions del món, tot i que en alguns països les taxes de suïcidi són més elevades entre joves, al 2016 va ser la segona causa principal de mort entre persones de 15 a 29 anys a nivell mundial. (8)

El factor de risc més important de consumació de suïcidi en la població general és haver fet una temptativa prèvia. (1)

Tot i que existeix relació ben documentada als països d'ingressos elevats entre el suïcidi i els trastorns mentals, sobretot els relacionats amb la depressió i el consum de substàncies, molts suïcidis es produeixen impulsivament en moments de crisi que disminueixen la capacitat per afrontar tensions de la vida, com poden ser problemes financers, de relacions i els dolors i les malalties cròniques. (1)

A més a més, les experiències relacionades amb pèrdues, violència, conflictes, desastres, abusos i sensació d'aïllament estan estretament lligades a conductes suïcides. Les taxes de suïcidi també augmenten entre els grups vulnerables a discriminacions com poden ser els refugiats o immigrants i els homosexuals o transsexuals. (1)

S'estima que a nivell mundial el suïcidi va suposar el 1,8% de la càrrega global de mobilitat al 1998 i que al 2020 representarà el 2,4%. (9)

A nivell Europeu i Espanyol

A Espanya es van suïcidar 3679 persones l'any 2017, el que representa unes 10 morts per suïcidi al dia segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística, a partir d'ara INE, essent els homes (73,8%) més del triple que les dones (26,1%). (10)

La taxa de suïcidi a Espanya se situa entre les més baixes a nivell europeu, tenint una taxa anual de suïcidi al 2016 de 8,7 per 100.000 habitants front la taxa anual europea de 12,74 per 100.000 habitants (11). Tot i aquestes dades, a Espanya semblava existir una evolució ascendent del número de suïcidis però a partir del 2004 la tendència es va mantenir estable al igual que a Europa. (10)

A Europa al 2015 van morir 56.000 persones per suïcidi, davant les 26.000 que ho van fer per accidents de trànsit (1). A Espanya si comparem aquestes causes de mort al llarg dels últims anys observem que a partir del 2007 les morts per suïcidi superen les morts per accident de trànsit, podent comprovar una disminució important de les morts per accident de trànsit envers la similitud mantinguda de les taxes de suïcidi, arribant a ser des del 2008 la primera causa de mort no natural. (10)

Les dades de l'INE mostren que el comportament suïcida a Espanya segueix les mateixes pautes que a la resta del món, produint-se la majoria de suïcidis en població del sexe masculí i augmentant la taxa conforme augmenta l'edat. (10)

Si analitzem les dades del 2016 per comunitats autònomes s'observa que les que presenten majors taxes per 100.000 habitants son Galicia (11,1) seguida d'Astúries (10,9), mentre que la comunitat que posseeix una taxa menor és Madrid (4,7). (10)

Pel que fa als intents de suïcidi, a Espanya se situen entre 50-90 per 100.000 habitants/any, tot i que les xifres reals són difícils d'estimar degut a la dificultat en la recollida de dades (12). El mètode més utilitzat és la intoxicació medicamentosa, mentre que el mètode més utilitzat en els suïcidis consumats és per lesió auto infringida intencionada per penjament, estrangulament o sufocació (1684 morts). (10)

A nivell de Catalunya

Catalunya és la segona comunitat amb més casos de morts per suïcidi després d'Andalusia. Tot i aquesta dada, obté una taxa de suïcidi de 6,7 per 100.000, situant-se per sota que la taxa europea i de l'estat espanyol. (10)

El patró a Catalunya és similar al descrit per l'OMS i el suïcidi a Catalunya és la primera causa de mort prematura entre les persones de 25 a 44 anys en ambdós sexes.

El suïcidi s'ha convertit en la primera causa de mort prematura en homes de 15 a 29 anys per 3r any consecutiu. (10)

Al 2017 es van produir 504 morts per suïcidi, el que resulta el 13,7% del total de les morts a Espanya. Seguint el model europeu i nacional la majoria van ser homes amb un 74,2%, davant el 25,79% que van ser dones. (10)

La majoria de les morts per suïcidi a Catalunya al 2017 es van produir a Barcelona amb 375 morts (70,8%), seguit de Girona amb 61 morts (12.1%), Tarragona amb 59 (11,7%) i per últim Lleida amb 27 morts (5,35). (2)

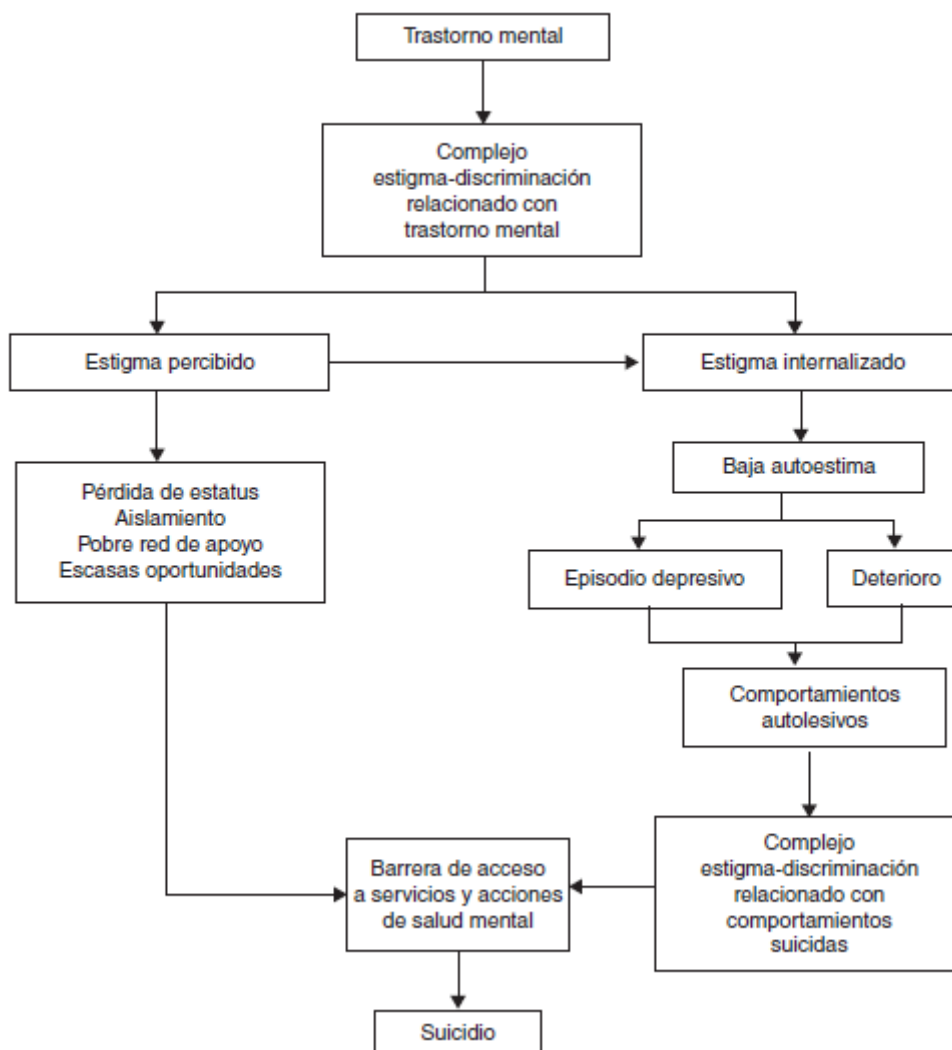
4.3 Suïcidi i trastorns mentals

El suïcidi s'associa en aproximadament el 90% dels casos a la presència d'un trastorn mental (13), sent el depressiu el principal trastorn en que pot estar present la conducta suïcida (14). S'observa que els trastorns mentals incrementen de manera estadísticament significativa la possibilitat d'un episodi autolesiu. El risc de suïcidi en presència de trastorn mental multiplica de 4 a 25 vegades el que s'observa en la població sense trastorn mental, exceptuant el trastorn de desenvolupament de la capacitat intel·lectual i el deteriorament cognitiu major. (13)

Es planteja que per les persones que pateixen un trastorn mental les actituds i accions relacionades amb el complex estigma-discriminació relacionat amb un trastorn mental són percebudes com a amenaça, el que es tradueix en una resposta fisiològica, psicològica i de comportament. Per tant, aquest complex resulta per si mateix un factor a considerar de risc de suïcidi. (13)

L'estigma i discriminació que perceben les persones amb trastorn mental porta a una pèrdua d'estatus i, en la majoria de casos, es fa front amb l'aïllament social, deteriorament en el recolzament i reducció d'oportunitats tant laborals com socials creant-se així barreres per accedir als serveis de salut mental. Les persones o els familiars sovint intenten amagar el patiment produït pels trastorns mentals. Això també causa un endarreriment a l'hora d'accedir a la consulta de salut mental, fet que fa augmentar de manera considerable la gravetat de l'episodi i, en conseqüència, el risc de suïcidi. (13) (Figura 1)

Figura 1: Model d'associació entre el complex estigma-discriminació relacionat amb trastorn mental i suïcidi.



Font: El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio discriminación relacionado con trastorno mental y suicidio. (13)

L'estigma i la discriminació interna associada a un trastorn mental augmenta la predisposició dels pacients a reunir criteris d'un episodi depressiu major. Aquests pacients manifesten amb major freqüència idees de minusvalidesa, desesperança, deteriorament social, baixa autoeficàcia, dificultats per mantenir o iniciar una relació de parella... el que implica un deteriorament general de la qualitat de vida. Per tant, a major número d'episodis depressius pot augmentar el nivell d'estigma-discriminació internalitzat i la possibilitat d'intents de suïcidi o suïcidi consumat. (13) (15)

Estigma

L'estigma és una construcció complexa que engloba actituds i comportaments negatius quan un estereotip o una idea preconcebuda dirigits a un atribut, un tret o grup particular pren una connotació negativa (prejudici). (15)

En un estudi de Campo-Arias exposa que l'estigma, l'estereotip, el perjudici i la discriminació són termes producte d'una complexa dinàmica sociocultural i que en la vida real són conceptes impossible de separar, per tant, parla del complex estigma-discriminació ja que inclou components cognitius, afectius i conductuals, amb una base biològica dins d'un context social i cultural determinat (13). L'estigma relacionat amb el suïcidi no només afecta a la persona en si, sinó a tots els familiars, relació que pot estar directament associada a nous intents. (16)

Les persones amb antecedents d'intent de suïcidi formen un complex estigma-discriminació que es configura com una barrera d'accés als serveis de salut mental i falta de compliment de pla terapèutic. Aquests obstacles incrementen el risc de suïcidi. (13)

Evolució de l'estigma

Si fem una visió al llarg de la història, el suïcidi sempre s'ha associat a un fet inquietant i la manera en que ha estat tractat s'ha anat modificant al llarg de l'època i les circumstàncies socials. Hi ha estudis que exposen que Aristòtil va iniciar l'estigmatització de l'acte suïcida al argumentar que aquest feia empitjorar l'economia i pertorbava als Déus. A partir del s. IV es fa evident l'estigma en la tradició judeocristiana al considerar el suïcidi com un acte inacceptable en el context dels valors de la religió. (16)

D'aquesta manera l'estigma relacionat amb el suïcidi va anar guanyant força a Europa i tant el suïcidi consumat com la temptativa es van convertir en un gran pecat, vergonya i fins i tot crim, tot això sota el pes de la tradició religiosa que va contribuir de manera important a l'aïllament d'aquestes persones (16), arribant-se a considerar el suïcidi com una malaltia mental. (14)

Per tant, històricament les persones que morien per suïcidi eren vistes d'una manera més negativa si se'ls compara amb persones que morien per altres causes, és per això que el comportament suïcida predisposa a la imputació d'estigmes, fet que pot contribuir negativament en l'evolució de la intervenció terapèutica. (16)

Actualment existeix una tendència a considerar els factors biològics com a predominants i que l'acte suïcida té una correlació important amb els trastorns psiquiàtrics (16). Segons Szasz, el suïcida és vist com una manifestació de la malaltia mental i exposa que aquesta afirmació pot ser beneficiosa ja que així la persona no és vista amb maldat pels seus actes, tot i que augmenta l'estigmatització al tractar-lo com a "boig" (14). Segons Daolio, el fet que les explicacions del suïcida estiguin enfocades en l'impacte del fenomen o en l'estudi unilateral de les causes, desfavoreix la comprensió del tema ja que està influenciat per nombroses causes. (16)

Avui en dia la finitud i la mort estan lligades al fracàs. És per això que a la societat li costa admetre, considerant el suïcida una senyal de debilitat pròpia de persones sense fe, provinents de famílies de mala classe i fins i tot, si la persona exposa els seus pensaments en relació al suïcida és considerat boig. (16)

El comportament suïcida en molts casos s'associa a la vulnerabilitat d'una persona degut a diversos factors de risc que actuen acumulativament: individuals, familiars, culturals, històrics, polítics i per la determinació social. (13)

Les persones que han sobreviscut a un intent de suïcida sovint se senten avergonyides i eviten parlar del tema amb altres persones, sent vistes com a immorals o que volen cridar l'atenció. Si aquestes persones no expliquen el seu intent o els seus pensaments per temor a l'estigma pot fer disminuir el recolzament disponible per a la persona (15). Pels familiars, un dels sentiments més complicats de tolerar és la vergonya associada a l'estigma, que fa aparèixer la necessitat de fer veure com un fet accidental la conducta suïcida. (14)

Aquesta estigmatització en relació als comportaments suïcides és una preocupació que augmenta considerablement el patiment individual i familiar (14), constituint una barrera a l'hora de buscar ajuda (1) i poder fer un ús apropiat dels serveis de salut, dificultant l'evolució del procés (14). Per tant, la falta d'adhesió als sistemes de salut i als consells dels professionals causa una reagudització dels símptomes, elevant el risc de suïcida i convertint el suïcida consumat com el pitjor desenllaç de l'incompliment terapèutic i de l'estigma/discriminació. (13)

4.4 El suïcidi en la formació acadèmica

La prevenció és un factor clau per reduir la mortalitat per suïcidi i poder dur-la a terme requereix una bona formació. Tenint en compte que la infermera és un puntal d'aquesta tasca, ens centrem en la recerca de matèries relacionades amb la salut mental del grau d'infermeria i obtenim el següent (Taula 1) a nivell d'estudis universitaris catalans. A continuació es mostren els continguts relacionats amb la salut mental que ofereixen les principals universitats de Catalunya així com els crèdits que els hi ha estat atorgats.

Taula 1. Continguts universitaris relacionats amb la salut mental.

Universitat	Assignatura i crèdits
UAB	Addiccions i Toxicomanies (3 cr.), Intervencions en Salut Mental (6 cr.), Pràctiques Externes en Salut Mental al Llarg de la Vida (12 cr.) (17)
UB	Infermeria de salut mental (Obligatòria, 6 cr.) *No tenen pràctiques obligatòries de Salut Mental, d'entre totes les especialitats n'escullen només una. (18)
URV	Infermeria en Situacions Complexes de Salut Mental (Obligatòria, 6 cr.), Pràctiques Clíniques en Unitats de Psiquiatria i de Salut Mental (Obligatòria, 8 cr.). Drogodependències i altres addiccions (Optativa, 3 cr.) (19)
URL	Infermeria en Salut Mental (Obligatòria, 3 cr.) (20)
UdL	Cures d'Infermeria Salut Mental (6 cr.) (21)
UdG	Atenció d'infermeria en Salut Mental (Obligatòria, 4 cr.) (22)
UViC	Infermeria Psiquiàtrica i de Salut Mental (Obligatòria, 6 cr.), Atenció d'Infermeria en les Addiccions i Toxicomanies (Optativa, 4,5 cr.), Salut Mental Infantil i Juvenil (Optativa, 4,5 cr.) (23)

Font: Elaboració pròpia.

Abreviatures: UAB (Universitat Autònoma de Barcelona), UB (Universitat de Barcelona), URV (Universitat Rovira i Virgili), URL (Universitat Ramon Llull), UdL (Universitat de Lleida), UdG (Universitat de Girona), UViC (Universitat de Vic).

Com podem observar no totes les universitats catalanes donen la mateixa importància a l'assignatura de salut mental, el màxim de crèdits que se li atorguen són 6 i en algun cas la meitat, sent només 3 els crèdits obligatoris en relació a aquesta branca. Tampoc totes les universitats obliguen a cursar les pràctiques clíniques en unitats de salut

mental per tal d'obtenir el grau i aquest és un punt clau ja que en aquests estudis la pràctica és molt important ja que és la millor manera d'aplicar, entendre i consolidar la teoria. També observem bastanta varietat pel que fa a les optatives, hi ha universitats que ofereixen un ventall ampli d'optatives relacionades amb la salut mental i d'altres que directament no en tenen.

Aminta Pedrosa (24), llicenciada en Psicologia Clínica i de la Salut, ha escrit a totes les universitats d'Espanya que imparteixen graus com psicologia, medicina, infermeria, teràpia ocupacional i treball social amb l'objectiu d'incloure una nova assignatura dintre del pla d'estudis. "Psicologia, Intervenció i Prevenció del Suïcidi i les Conductes Autolesives", és a dir, una assignatura troncal en el Pla Educatiu del Grau de cada carrera que prepari als futurs professionals davant de conductes suïcides. Diu que el tractament davant del suïcidi no existeix com a matèria a les Universitats i reivindica el seu desacord: *"No tenemos formación. No nos enseñan técnicas de intervención en ideación suicida. Se cita en algunas asignaturas, pero no estamos preparados para ayudar. Nadie nos ha entrenado"*.

4.5 Prevenció. Codi risc de suïcidi

La prevenció del suïcidi en la població general, on el suïcidi és un fenomen estrany, és molt complexa. Els esforços s'haurien de centrar en aquells pacients amb malalties mentals ja que el 90% de les persones que es suïciden tenen trastorns psiquiàtrics que es poden diagnosticar i tractar. (8)

La prevenció primària del suïcidi es dirigeix principalment a intervencions socials precoces, abans del desenvolupament de les conductes suïcides. Inclou la reducció dels factors de risc coneguts en la població (com la depressió, l'alcoholisme, l'aïllament social...), millora de les estratègies d'afrontament en nens i la restricció de l'accés als diferents mitjans de suïcidi. Les intervencions per a la prevenció primària del suïcidi poden ser universals (per exemple, millorant l'accés de la població general al sistema de salut), o selectives (per exemple, focalitzant l'atenció en nens de pares deprimits o que abusen de substàncies). (8) (25)

Actualment es posa més èmfasi de cara les estratègies de prevenció secundària, com la detecció precoç i el tractament dels individus amb risc de suïcidi, dirigida a reduir el numero de casos de suïcidi; i en la prevenció terciària, com el tractament dels símptomes de malaltia o discapacitat suïcida severa. (25) (26)

Existeixen algunes mesures que es poden adoptar entre la població, els grups de població i les persones per prevenir el suïcidi i els intents de cometre'l. Aquestes mesures inclouen (8):

- Restricció de l'accés als mitjans de suïcidi (per exemple, plaguicides, armes de foc i certs medicaments).
- Informació responsable per part dels mitjans de comunicació.
- Introducció de polítiques orientades a reduir el consum nociu d'alcohol.
- Identificació, tractament i atenció de persones amb problemes de salut mental i abús de substàncies, dolors crònics i trastorns emocionals aguts.
- **Capacitació de personal sanitari no especialitzat, en l'avaluació i la gestió de conductes suïcides.**
- Seguiment de l'atenció dispensada a persones que van intentar suïcidar-se i prestació de recolzament comunitari.

El suïcidi és un problema complex i, conseqüentment, les activitats relacionades amb la prevenció exigeixen la coordinació i col·laboració de múltiples sectors de la societat, inclosos els de salut, educació, treball, agricultura, comerç, justícia, dret, defensa, política i mitjans de comunicació. Aquestes activitats han de ser àmplies i integrades ja que ningun enfoc individual per separat pot tenir efecte en una qüestió tan complexa com el suïcidi (8).

Segons l'OMS (1) també hi ha estratègies multisectorials i integrals eficaces per prevenir el suïcidi, a Catalunya tenim implantat el Codi Risc de Suïcidi, a partir d'ara abreviat CRS. Es tracta d'un conjunt protocol·litzat d'actuacions preventives i assistencials adreçades a aquelles persones que en el moment de contactar amb el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) presenten un risc important de suïcidi.

El CRS es va emmarcar en la línia estratègica 1 del Pla de Salut de Catalunya de l'any 2011-2015 de millora de la salut i la qualitat de vida de les persones, i pretén assolir tres objectius generals de salut clau:

Disminuir la mortalitat per suïcidi.

Augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida.

Prevenir la repetició de temptatives suïcides.

Pel que fa als objectius específics, tenim:

- Impulsar i assegurar una atenció proactiva i adequada -segons el nivell de gravetat- a les persones que presenten un risc de suïcidi, des de qualsevol punt d'atenció sanitària.
- Implantar un procés d'actuació específica urgent de tots els agents sanitaris implicats, amb un especial paper del 061 CatSalut Respon i dels sistemes d'emergències mèdiques, a partir d'ara SEM.
- Assegurar unes condicions òptimes de seguretat dels pacients atesos per conductes suïcides, especialment en els serveis d'urgències hospitalàries.
- Implantar un procediment homogeni, diferenciat per adults o menors d'edat, per garantir la continuïtat assistencial post alta d'urgències o d'hospitalització dels pacients atesos per conducta suïcida.
- Facilitar el seguiment sistemàtic i la vinculació als centres de salut mental, a partir d'ara CSM, o hospitals de dia, a partir d'ara HD, durant el període crític de major risc de reintent posterior a l'atenció de la temptativa a l'hospital, així com el seguiment longitudinal per part de l'atenció primària de salut, a partir d'ara AP, durant 12 mesos per prevenir repeticions.

El protocol d'aquest codi és una estratègia assistencial que pretén assegurar la vinculació als serveis sanitaris d'aquelles persones identificades amb més risc de suïcidi i facilitar-los l'oportunitat de rebre una atenció continuada.

Les persones que presenten un nivell alt de risc de suïcidi, 10 o més punts en el mòdul de suïcidi de l'escala *Mini International Neuropsychiatric Interview*, a partir d'ara MINI (Figura 2), han dut a terme una temptativa prèvia recent o bé, a més de manifestar una ideació suïcida, han expressat una planificació d'aquesta. Aquestes persones constitueixen el grup diana principal del CRS en que l'actuació assistencial recomanada serà la inclusió al protocol i l'activació del seguiment proactiu especialitzat. (27)

També s'ha de tenir en compte que aquest codi contempla uns criteris d'actuació específics en funció de l'àmbit sanitari des d'on s'atén el pacient, diferenciant entre AP, atenció continuada, a partir d'ara ATC, SEM, serveis de salut mental com CSM, HD, i centre d'ajuda i suport a les drogodependències, a partir d'ara CAS, així com hospitalària urgent. (27)

Les fases del CRS són:

Fase 1. Detecció, sospita de risc alt i primera atenció. Activació del CRS per part d'un facultatiu especialitzat en salut mental.

Fase 2. Seguiment proactiu després de l'alta (almenys 30 dies).

Aquesta fase de seguiment post-hospitalari preveu dues accions complementàries:

- a) Seguiment proactiu presencial del servei ambulatori de salut mental o bé, de manera subsidiària, per part de l'hospital de dia.
- b) Seguiment proactiu telefònic als 30 dies de l'alta de l'hospital, per part del 061 CatSalut Respon o dels equips multidisciplinaris de suport especialitzat (EMSE).

Fase 3. Seguiment preventiu longitudinal (12 mesos). Ja sigui des d'AP, CSM i/o CAS.

Tenint en compte que la majoria de persones amb conductes suïcides pateixen trastorns mentals, és important assegurar-ne la continuïtat assistencial i que accedeixin al tractament específic indicat en cada cas. Garantir la continuïtat de l'atenció sanitària, en una etapa crítica de transició com és el període immediatament posterior a la temptativa, és un aspecte essencial del procés assistencial, ja que el risc de repetició de conducta suïcida és especialment alt en aquest període. (25)

S'ha de tenir en compte que encara que no es puguin prevenir tots el suïcidis, una correcta avaluació i intervenció davant del risc de suïcidi pot donar lloc a una reducció del risc en molts pacients i, en termes absoluts, a una reducció del número de defuncions per suïcidi entre els pacients atesos per psiquiatria.

Valoració del pacient suïcida

La valoració del risc de suïcidi és primordial per a la prevenció i el maneig de la conducta suïcida. Aproximadament un 83% de les persones que es suïciden han contactat durant l'any previ amb el seu metge de capçalera i a prop del 66% ho han fet en el mes previ al suïcidi, presentant indicadors de risc com: intents previs, trastorns mentals i estrès vital greu. A més a més, s'ha comprovat que la depressió, la principal patologia associada al suïcidi, és sovint un problema de salut infradiagnosticat. (25)

Per aquest motiu és rellevant aprofitar aquests contactes assistencials quan hi hagi sospita de possibilitat de comportament suïcida per dur a terme una valoració del risc

ja que permetrà fer una detecció precoç, una avaluació del nivell de risc i dur a terme una actuació assistencial adequada. (27)

També és important remarcar que tot i realitzar una valoració, la validació final del nivell de risc de suïcidi sempre l'ha de dur a terme un facultatiu especialitzat en salut mental. (27)

Les dues eines bàsiques per dur a terme la estimació del risc de suïcidi son la entrevista clínica i les escales d'avaluació. (12)

L'entrevista clínica

L'entrevista clínica és l'eina essencial en la valoració del risc de suïcidi i, a més de tenir gran importància en l'estimació del risc, suposa la interacció entre el professional i el pacient, el que pot ser clau en la reducció del risc. Al contrari de la creença popular, parlar del suïcidi ajuda i allibera a la persona a poder parlar dels seus problemes, per la qual cosa la millor manera de saber si una persona té pensaments suïcides és preguntant, endinsant-nos gradualment en el tema. (1)

El primer pas per iniciar l'entrevista clínica és disposar d'un lloc adequat i tranquil amb la màxima privacitat possible i disposar del temps necessari per dedicar a la persona. Per facilitar la comunicació es requereix un apropament tranquil, obert, afectuós, adequat i sense judicis.

És important explicar els objectius de l'avaluació amb claredat a l'inici de l'entrevista i procurar implicar al pacient en la presa de decisions.

En l'entrevista clínica, a més de realitzar-se una avaluació psicopatològica, s'han de recollir dades sociodemogràfiques així com els factors de risc i de protecció (Taula 2) per poder realitzar un abordatge integral del risc de suïcidi.

Taula 2: Factors de risc i factors protectors de la conducta suïcida.

FACTORS DE RISC	FACTORS PROTECTORS
- Trastorn mental	- Habilitats de resolució de problemes
- Intents previs de suïcidi	- Confiança en un mateix
- Sentiments de desesperança	- Habilitats socials
- Impulsivitat, agressivitat, nivell de consciència alterat	- Flexibilitat cognitiva
- Consum o dependència a l'alcohol i altres drogues	- Tenir fills
- Malaltia somàtica greu, discapacitat o amb presència de dolor	- Nivell educatiu mitjà-alt
- Viu sol/a	- Hàbits de vida saludables
- Absència de nucli familiar o social contenidor	- Locus de control intern
- Problemes socials (aïllament, manca de suport, socioeconòmics...)	- Percepció d'autoeficàcia
- Esdeveniments vitals estressants (atur, problemes de parella i familiars)	- Qualitat del recolzament familiar i social
- Accés a mitjans letals	- Integració social
- Antecedents familiars de suïcidi	- Religió, espiritualitat o valors positius
	- Adopció de valors culturals i tradicionals
	- Tractament integral de la malaltia física/mental.

Font: CRS de Catalunya (27) i Guia de Pràctica Clínica, a partir d'ara GPC, de Prevenció y Tratamiento de la conducta Suïcida (12).

Per tant, en una correcta avaluació psicopatològica i social s'haurien d'incloure: (12)

o Avaluació dels factors psicològics i contextuals, en els que s'ha d'incloure la situació social, les relacions interpersonals, els esdeveniments vitals estressants o problemes actuals, història de trastorn mental, intents de suïcidi previs, abús de substàncies i les característiques psicològiques relacionades amb la conducta suïcida així com la seva motivació.

o Les característiques de la conducta suïcida, on s'inclourien la intencionalitat, l'elaboració del pla i el mètode escollit; les característiques personals com edat, sexe... i característiques contextuals on es recollirà la classe social, l'aïllament social o les malalties físiques.

Aquesta informació s'ha de registrar de manera explícita a la història clínica i completar-se en el seguiment de la persona.

Escales d'avaluació

Actualment existeixen una gran varietat d'instruments psicomètrics dissenyats per avaluar el risc de suïcidi que es basen en la valoració directa de les idees/conducta suïcida i factors de risc o en símptomes o síndromes associats al suïcidi com poden

ser la depressió o la desesperança. Aquests instruments mai han de substituir l'entrevista ni el judici clínic, sinó que serveixen d'ajuda complementària.

La GPC del Sistema Nacional de Salut, a partir d'ara SNS, proposa que un bon instrument d'avaluació hauria de complir les següents característiques:

- o Tenir un disseny segons una definició operativa de la conducta suïcida.
- o Incloure un sistema quantitatiu de puntuació que s'acompanyi d'especificacions qualitatives sobre el nivell de risc per tal de recolzar el diagnòstic i facilitar el seguiment.
- o Recollir informació sobre aspectes clau com: mètode, freqüència, duració, gravetat, motivació, factors precipitants i protectors, ideació suïcida i història de conducta suïcida prèvia.

El protocol CRS de Catalunya proposa el mòdul de risc de suïcidi de l'escala MINI (versió 5.0.0 validada al castellà al 2000 (Figura 2) que consta de 6 ítems per a la detecció i orientació diagnòstica del risc de suïcidi i divideix tres nivells de risc: risc baix (1-5 punts), risc moderat (6-9 punts) i risc alt (≥ 10 punts).

Altres escales que han demostrat propietats adequades per a la valoració del risc de suïcidi són: (12)

- Escala de desesperança de Beck
- Escala d'ideació suïcida de Beck
- Escala d'intencionalitat suïcida de Beck
- Ítem de conducta suïcida de l'Escala de depressió de Beck
- Ítem sobre conducta suïcida de l'Escala de valoració de la depressió de Hamilton

Figura 2: Escala MINI.

ESCALA MINI	SÍ	PUNTS	NIVELL DE RISC
<u>Durant aquest darrer MES:</u>			
1. Ha pensat que seria millor morir-se o ha desitjat estar mort/a?	<input type="checkbox"/>	1	RS BAIX 1-5 punts
2. Ha volgut fer-se mal?	<input type="checkbox"/>	2	
3. Ha pensat en el suïcidi?	<input type="checkbox"/>	6	RS MODERAT 6-9 punts
4. Ha planejat com suïcidar-se ?	<input type="checkbox"/>	10	
5. Ha intentat suïcidar-se ?	<input type="checkbox"/>	10	RS ALT ≥10 punts
<u>Al llarg de la seva vida:</u>			
6. Alguna vegada ha intentat suïcidar-se?	<input type="checkbox"/>	4	

Font: CRS (27).

El paper clau d'infermeria

Tenint en compte que el suïcidi és un dels problemes de salut pública mundial amb major impacte, a través de dos documents clau com són el *The Mental Health Declaration* i l'*European Commission Green Paper*, la política sobre Salut Mental Europea ha desenvolupat l'*European Mental Health Pact* on s'estableixen cinc àrees d'actuació prioritària, entre les quals s'inclou la prevenció de la depressió i el suïcidi. (28)

Aquest pacte té en compte les següents accions:

- Millorar la formació dels professionals de la salut i dels responsables socials en salut mental.
- Restringir l'accés a potencials mètodes suïcides.
- Posar en marxa mesures que incrementin la conscienciació sobre la salut mental en la població general, en professionals de la salut i en altres sectors rellevants.
- Posar en marxa mesures per tal de reduir els factors de risc de suïcidi com el consum excessiu d'alcohol, l'abús de drogues, l'exclusió social, la depressió i l'estrès.
- Facilitar l'ajuda adequada per aquelles persones que realitzen una temptativa suïcida i per aquelles afectades pel suïcidi.

Dintre del nostre sistema de salut, és important centrar-se en el personal d'AP perquè aquest té un perllongat i estret contacte amb la comunitat i sol ser ben acceptat per les persones de la localitat, proporciona el vincle vital entre la comunitat i el sistema d'atenció mèdica, el seu coneixement de la comunitat li permet recollir recolzament per la família, els amics i les organitzacions, està disposat a oferir una continuïtat en l'atenció i sovint és la porta d'entrada als serveis de salut per aquelles persones afligides (28).

Dit això i sabent que l'AP és el sector principal encarregat de dur a terme educació sanitària i prevenció, reafirmem la importància d'una bona formació per part del personal sanitari amb l'objectiu de treballar sobre els factors de risc de suïcidi sobretot. Un bon seguiment i coneixement de la persona en la seva totalitat per part de l'equip (metge-infermera) ajudarà a la detecció de risc de suïcidi, ja que el comportament suïcida és un exemple de comportament determinat per una etiologia multifactorial, en la que intervenen factors de tipus biològic, socio-ambiental i psicològic (28). Cadascun d'aquests factors té el seu propi pes específic i, possiblement, cap d'ells per separat podria ser suficient per explicar, per si sol, aquests comportaments.

Pel que fa al nostre sistema sanitari, el professional d'AP ocupa un lloc clau com a porta d'entrada als cuidatges de la salut. Com ja s'ha comentat, hi ha estudis que conclouen que una considerable proporció de persones que van consumir el suïcidi havien contactat els dies previs amb el sistema sanitari (28). No obstant, tant la depressió com altres trastorns psiquiàtrics, freqüentment són infradiagnosticats i infratractats a nivell de l'assistència primària. Per tant, un millor reconeixement i tractament de la depressió i una adequada avaluació del risc de suïcidi per part de l'assistència primària són factors clau que han demostrat eficàcia a l'hora de reduir el risc de suïcidi.

Un altre aspecte important a tenir en compte és que quan els esforços preventius s'inicien entre la població general a través de campanyes informatives i de conscienciació, existeix la possibilitat d'un increment important de les persones que prenen consciència de la seva necessitat de buscar ajuda. Si al mateix temps no s'implementa que el pacient pugui rebre els cuidatges necessaris per part dels professionals sanitaris (metges i infermeres principalment i, entre aquests, els professionals d'assistència primària), es pot produir l'efecte contrari al buscat (increment del risc de comportaments suïcides), ja que la disminució d'aquest no només depèn de l'actitud de cerca d'ajuda per part de les persones afectades, sinó que és fonamental que el personal implicat tingui una adequada capacitat per

reconèixer les necessitats del pacient suïcida i per prestar els cuidatges necessaris (28).

Totes les conductes suïcides són greus i s'haurien de prioritzar assistencialment per part del personal d'infermeria (28), ometre o passar per alt casos on l'individu només mostra comentaris sobre idees de morir és un error greu per part dels professionals sanitaris. La infermera moltes vegades és la primera porta d'entrada i és imprescindible una bona detecció d'aquest tipus de pacients per tal de fer una derivació adequada.

Tot i així, ens trobem davant d'un problema que vas més enllà de la formació del personal sanitari. Encara que els professionals de la salut estiguessin preparats per abordar el pacient suïcida en la seva totalitat, l'estigma, entorn als trastorns mentals i el suïcidi, dissuadeix de buscar ajuda a moltes persones que pensen en acabar amb la seva vida o que han intentat fer-ho i, per tant, no reben l'ajuda que necessiten (28). La prevenció del suïcidi no s'està abordant de la manera més apropiada degut a la falta de sensibilització respecte del suïcidi com a problema de salut pública principal i al tabú existent en moltes societats per examinar-lo obertament. És important augmentar la sensibilitat de la comunitat i superar el tabú per a que els països avancin en la prevenció del suïcidi (9).

5. METODOLOGIA

Disseny

S'ha realitzat l'estudi a través d'un mètode mixt aplicant el disseny de triangulació on els components qualitius i quantitius són concomitants (29). Una primera part de l'estudi es basa en mètodes quantitius com la recollida de dades sociodemogràfiques i l'administració d'un qüestionari d'elaboració pròpia, per tal de determinar el grau de coneixement en relació al suïcidi d'un grup heterogeni d'infermeres.

La segona part de l'estudi, en la que s'ha utilitzat metodologia qualitativa, s'han realitzat una sèrie d'entrevistes en profunditat a una part de la mostra, on s'ha dut a terme un anàlisi i interpretació fenomenològica sobre la percepció del suïcidi (10). Aquesta metodologia permet captar el significat de les expressions individuals de les persones entrevistades i, buscar la comprensió i interpretació de la realitat situant-nos en la perspectiva de les persones investigades (29).

Primera part de l'estudi

Mostra

La selecció de la mostra es va dur a terme per mostreig per conveniència tenint en compte la unitat de treball i estimant una mostra representativa de participants de diferents àrees com són planta hospitalària, a partir d'ara PH, atenció primària (AP) i servei d'urgències, a partir d'ara URG. Es va aconseguir una participació d'un total de 60 infermeres (n=60) de gènere mixt, de les quals el 33'3% (20) eren procedents de planta d'hospital general, l'altre 33'3% (20) procedents del servei d'urgències i el 33'3% (20) restant d'atenció primària.

Criteris d'inclusió i exclusió

Pel que fa als criteris d'inclusió es van basar en infermers/es que treballessin en la unitat de l'estudi i que tinguessin com a mínim un any d'antiguitat, per altra banda, es van marcar com a criteris d'exclusió tot el personal de la unitat que no tingués el títol d'infermeria, supervidores d'infermeria i persones amb menys d'un any d'antiguitat a la unitat. Si no s'hagués aconseguit el número de mostra esperada s'hagués plantejat un dels criteris d'exclusió i s'haurien afegit auxiliars d'infermeria en la participació de l'estudi.

Consentiment informat

Per poder aconseguir la mostra es va enviar un correu als centres amb una sol·licitud d'autorització per a la participació de l'estudi (Annex I) on s'hi adjuntava una descripció de la investigació a dur a terme i dels participants que es necessitaven (Annex II), així com una còpia del qüestionari (Annex III). Al qüestionari s'hi va incloure una breu explicació de l'estudi per orientar als participants, a banda de la informació referent a la utilització de les dades obtingudes i del consentiment informat.

Instruments d'avaluació

En primer lloc es van recollir un conjunt de dades sociodemogràfiques, edat i sexe, així com el temps que portaven treballant en la unitat i si havien rebut anteriorment alguna formació específica en relació al suïcidi per tal d'obtenir més informació sobre la mostra de l'estudi.

Qüestionari de coneixements: el qüestionari consta d'un total de 10 preguntes politòmiques avaluable amb tres possibles respostes de les quals només una és la

correcta, més una pregunta oberta no avaluable al final. Aquest és d'elaboració pròpia, basant-se en dades estadístiques extretes de l'INE (Instituto Nacional de Estadística) (10) i del CatSalut (27) principalment, així com d'altres documents consultats pel marc teòric del present treball. Es van redactar una sèrie de preguntes de les quals dues eren epidemiològiques, amb l'objectiu de posar en context la magnitud del problema, tres eren sobre creences errònies del suïcidi i les cinc restants en relació al CRS (Codi Risc de Suïcidi) ja que avarca un conjunt protocol·litzat d'actuacions assistencials adreçades a aquelles persones amb un risc important de suïcidi i el qual està implantat a Catalunya. Prenent com a referència el treball de Mwanza E *et.al* (30) es van prendre com a valors per sota de la marca d'aprovació puntuacions d'entre el 0-50%; apte però insuficients les puntuacions entre 50-80% i $\geq 80\%$ com a nivell mínim acceptable de coneixement. Per tal de facilitar la recollida de dades i garantir-ne l'anonimat, cadascun dels 20 qüestionaris repartits a cada unitat de treball es va identificar per mitjà d'un codi (PH01, URG01, AP01) que permetia l'anonimat de les dades i respostes dels participants.

Anàlisi de les dades

A l'hora d'analitzar les dades es van realitzar dos anàlisis diferenciats. En primer lloc es va dur a terme un anàlisi descriptiu de les dades sociodemogràfiques dels participants, així com dels resultats obtinguts en el qüestionari. També es va analitzar el qüestionari tenint en compte quines respostes van ser més prevalents, sense tenir en compte l'encert o l'error per part dels participants.

Per últim, es va utilitzar la prova *Txi-quadrat* per a analitzar les diferències dels resultats dels qüestionaris en funció de la unitat on estiguessin treballant i la *t de Student* per estudiar el nivell de coneixement de la mostra total.

Segona part de l'estudi

La segona part de l'estudi, fent referència a la part d'investigació qualitativa dins el nostre disseny, es va centrar en un abordatge des d'una perspectiva fenomenològica.

Mostra i criteris d'inclusió

El nostre grup d'informants va formar part de la mostra que prèviament havia emplenat els qüestionaris. La selecció es va realitzar per conveniència (31) ja que la participació era voluntària i s'havia de complir el requisit que cada un dels participants formés part d'una unitat diferent (diferenciant entre planta hospitalària, servei d'urgències i consulta d'adults d'atenció primària).

Recollida d'informació

Pel que fa a la recollida d'informació es va optar per una tècnica conversacional decantant-nos per l'entrevista individual semiestructurada (Annex IV) de respostes obertes amb l'objectiu de poder obtenir informació contextualitzada, sense induir ni forçar les respostes i amb l'oportunitat d'observar i centrar-nos en la persona amb major profunditat (32). D'aquesta manera es va permetre descriure i interpretar els aspectes més subjectius com opinions, experiències, actituds i creences, mitjançant així la planificació d'un guió previ a l'entrevista però amb l'opció oberta de canviar o afegir preguntes a mesura que aquesta avançava.

A l'hora de realitzar les entrevistes es va establir una durada aproximada de 30 minuts, mantenint en tot moment una certa flexibilitat. El lloc seleccionat va ser un despatx o sala tancada lliure de la unitat de treball, sense sorolls ni interrupcions de tal manera que ens permetés mantenir la confidencialitat i on l'informant es pogués sentir relaxat. Com a mètode de registre es va utilitzar la gravació d'àudio, acompanyada de notes i impressions escrites que van ajudar a proporcionar un marc de referència a l'hora d'interpretar les dades. (32)

La tècnica de recollida d'informació va ser conversacional o narrativa (32), d'aquesta manera va permetre obtenir informació profunda amb l'objectiu de transmetre a qui se li fa l'entrevista que no hi ha respostes bones ni dolentes, creant així una situació el menys artificial possible on es pogués interactuar amb naturalitat. Posteriorment, es va dur a terme la transcripció literal de les dades obtingudes per poder analitzar-les amb detall. Seguidament, es va agrupar tota la informació obtinguda construint un únic cos textual amb la informació de les diferents fonts i amb un ordre de lectura cronològic segons la data de realització de les entrevistes. A partir de les lectures es va elaborar un primer llistat d'intuïcions, interpretacions i idees. (33)

Anàlisi de les dades

Quan es va realitzar l'anàlisi temàtic per a la interpretació de les dades es van dur a terme diferents procediments. En primer lloc es van elaborar categories relacionades amb el marc teòric de l'estudi (coneixement, estigma, prevenció, història clínica compartida de Catalunya, a partir d'ara HCCC, i autonomia del pacient i casos i experiències pròpies). A continuació es van crear cites que darrerament es van classificar mitjançant la identificació de segments del text que tinguessin sentit o expliquessin alguna cosa sobre el fenomen a estudiar.

Es van analitzar i agrupar les diferents cites del text en les categories, podent-ne crear de noves a mesura que es duia a terme l'anàlisi (32). Per tant, les categories es van construir de manera mixta ja que es van establir categories a priori però es podien modular i ampliar durant l'anàlisi.

Després del procés de categorització es van analitzar les característiques de cadascuna i es van establir relacions que poguessin existir entre elles per poder elaborar hipòtesis i generar un marc explicatiu o de significats. (32)

Finalment es va redactar l'informe final dels resultats de manera clara, àgil i amena i es van presentar en forma de narrativa de manera que responguessin als nostres objectius del treball.

6. RESULTATS I DISCUSSIÓ

A continuació es presenten els resultats. Primerament s'exposen els resultats de la part quantitativa de l'estudi on es descriuen tant les característiques de la mostra com els resultats dels qüestionaris i es fa la discussió pertinent.

Seguidament s'exposen els resultats de la part qualitativa enfocats en la interpretació de les diferents categories obtingudes mitjançant les entrevistes semiestructurades.

Part quantitativa

Pel que fa a la part quantitativa inicialment es van obtenir els 20 qüestionaris de planta hospitalària, 10 d'urgències i 10 d'atenció primària. Al comprovar els qüestionaris es va haver de desestimar un d'urgències per falta d'informació i dos d'atenció primària per no complir els criteris d'inclusió. Per poder aparellar la mostra i obtenir grups homogenis es va realitzar una segona recollida de qüestionaris, obtenint addicionalment 11 d'urgències i 12 d'atenció primària per poder així tenir la mostra estimada inicialment. Finalment, un total de 60 infermeres van respondre completament el qüestionari de coneixements, essent 20 d'atenció primària, 20 d'urgències i 20 de planta hospitalària.

Per tant, dels participants totals (n=60) el 33,3% van ser infermers d'atenció primària, 33,3% d'urgències i el 33,3% restant de planta hospitalària.

Dades sociodemogràfiques:

Pel que fa al sexe, el 87% de les persones que van contestar el qüestionari van ser dones (85% a planta hospitalària, 95% a atenció primària i 80% a urgències). L'edat mitja de la mostra va ser $37,7 \pm 9,18$ amb un rang de 24-63 anys, amb una mitja d'anys treballats de 8'6 . Les dades sociodemogràfiques distribuïdes per unitat es recullen a la Taula 3.

Taula 3: Dades sociodemogràfiques per unitat.

	Planta hospitalària (n=20)	Atenció primària (n=20)	Servei d'urgències (n=20)
Sexe			
Femení n(%)	17(85%)	19(95%)	16(80%)
Masculí n(%)	3(15%)	1(5%)	4(20%)
Edat (anys) $\bar{X} \pm DE$ (rang)	33,6 \pm 7,39 (25-50)	43,2 \pm 10,12 (25-63)	36,4 \pm 7,30 (24-52)
Temps treballat unitat (anys) $\bar{X} \pm DE$	4,7 \pm 4,47	10,8 \pm 7,63	10,7 \pm 5,89

Font: Elaboració pròpia.

Respecte les variables laborals i acadèmiques que feien referència a formació específica relacionada amb el suïcidi i experiència laboral en serveis de salut mental, només un 3% de la mostra total tenien formació específica, pertanyent a 1,5% del grup de planta hospitalària i a 1,5% restant al grup d'atenció primària. De la mostra total un 20% havien estat treballant alguna vegada en serveis relacionats amb la salut mental, essent el 8,33% pertanyents a la mostra del grup d'urgències, un 6,6% del grup d'atenció primària i un 5% de planta hospitalària.

Qüestionari de coneixements:

A la següent taula es mostren els resultats obtinguts en cadascuna de les preguntes del qüestionari en funció de la unitat de treball i del número d'encerts de cada pregunta. (Taula 4) El grup que ha obtingut un major percentatge de respostes correctes ha estat el grup de planta hospitalària, mentre que el grup amb menys percentatge d'encerts ha estat el servei d'urgències.

Taula 4: Percentatge de respostes correctes per grups segons unitat.

PERCENTATGE DE RESPOSTES CORRECTES (%)		AP	URG	PH
1	El suïcidi:	20	20	25
2	Relació home:dona suïcidi consumat	35	30	45
3	Creus que només les persones amb problemes es suïciden?	80	75	80
4	Quin perfil de pacients s'inclouen al CRS?	10	0	5
5	Qui decideix la inclusió del pacient al protocol CRS?	5	25	20
6	Quants mesos de seguiment mínim preventiu implica l'activació del CRS?	60	45	50
7	Les senyals verbals com "No valc per a res", "la meva vida no té sentit"?	45	85	65
8	Quina actuació NO et sembla adequada davant d'una situació de risc de suïcidi?	80	95	80
9	Des d'on es farà el seguiment preventiu longitudinal dels pacients inclosos al CRS?	90	75	50
10	Et trobes davant d'una persona que t'expressa verbalment ideació suïcida i malestar psicològic:	50	20	65
	Percentatge de puntuació correcte total del qüestionari	47,5	47,0	48,5

Font: Elaboració pròpia.

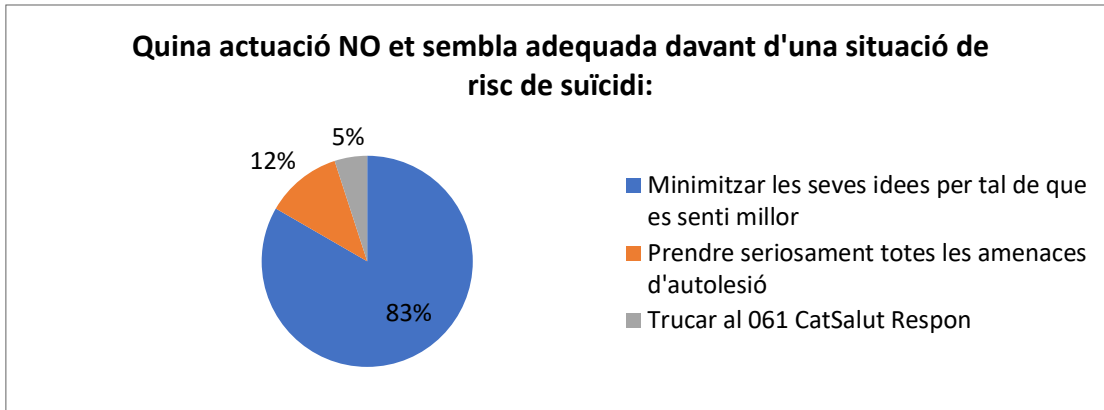
A continuació (Taula 5) es recullen les respostes de cadascuna de les preguntes en funció de l'opció escollida, fent una diferenciació entre els tres grups d'estudi i interpretat amb el número i percentatge corresponent.

Taula 5: Resultats de les preguntes per grups segons unitat.

	AP n(%)	URG n(%)	PL.H n(%)
El suïcidi:			
És la primera causa de mortalitat prematura no natural en gent jove, de 25 a 45 anys, en ambdós sexes	4(20)	4(20)	5(25)
És la primera causa de mortalitat prematura en gent jove, de 25 a 45 anys, després de les addiccions i les drogues	3(15)	3(15)	3(15)
És la primera causa de mortalitat prematura en gent jove, de 25 a 45 anys, sent la primera els accidents de trànsit i la segona les addiccions i les drogues	13 (65)	13 (65)	12(60)
Pel que fa al suïcidi consumat, quina relació home:dona tenim a Espanya?			
1:3	5(25)	8(40)	5(25)
2:1	8(40)	6(30)	6(30)
3:1	7(35)	6(30)	9(45)
Creus que només les persones amb problemes greus es suïciden?			
No, el suïcidi és multi causal i molts problemes petits poden portar al suïcidi	16(80)	15(75)	16(80)
Sí, persones amb una esquizofrènia, una depressió major o un trastorn bipolar, per exemple	--	2(10)	--
No, però sempre va relacionat amb algun trastorn mental per petit que sigui	4(20)	3(15)	4(20)
Quin perfil de pacients s'inclouen en el protocol CRS?			
Tots els pacients amb risc de suïcidi	14(70)	13(65)	14(70)
Els pacients amb risc de suïcidi moderat-alt	5(25)	7(35)	5(25)
Només els pacients considerats d'alt risc	1(5)	--	1(5)
Qui decideix la inclusió del pacient en el protocol CRS?			
L'especialista (psiquiatra)	1(5)	5(25)	4(20)
El/la metge/essa de l'ABS o si acudeix a urgències el metge/essa que l'atén	4(20)	7(35)	4(20)
El/la metge/essa o l'infermer/a que realitza la valoració clínica en relació al nivell de risc	15(75)	8(40)	12(60)
Quants mesos de seguiment mínim preventiu implica l'activació del CRS?			
Almenys durant 3 mesos	3(15)	4(20)	4(20)
Almenys durant 12 mesos	12(60)	9(45)	10(50)
Almenys durant 6 mesos	5(25)	7(35)	6(30)
Les senyals verbals com "no valc per a res", "la meva vida no té sentit"			
Estan directament relacionades amb la presència d'una ideació suïcida	9(45)	17(85)	13(65)
No tenen importància, només es diuen per cridar l'atenció	--	--	--
Cap de les anteriors és correcte	11(55)	3(15)	7(35)
Quina actuació NO et sembla adequada davant d'una situació de risc de suïcidi			
Minimitzar les seves idees per tal que es senti millor	16(80)	19(95)	15(75)
Prendre seriosament totes les amenaces d'autolesió	3(15)	1(5)	3(15)
Trucar al 061 CatSalut Respon	1(5)	--	2(10)
Des d'on es farà el seguiment preventiu longitudinal dels pacients inclosos al CRS?			
AP, CSM i/o CAS	18(90)	15(75)	9(45)
Hospital psiquiàtric, CSM, CAS	2(10)	3(15)	11(55)
No sempre és necessari fer seguiment preventiu longitudinal	--	2(10)	2(10)
Et trobes davant d'una persona que t'expressa verbalment ideació suïcida i malestar psicològic			
Procedirem a l'activació del CRS	5(25)	10(50)	3(15)
A través de l'escala MINI valorarem el nivell de risc	10(50)	2(10)	12(60)
Derivarem a l'hospital psiquiàtric més proper	5(25)	8(40)	5(25)

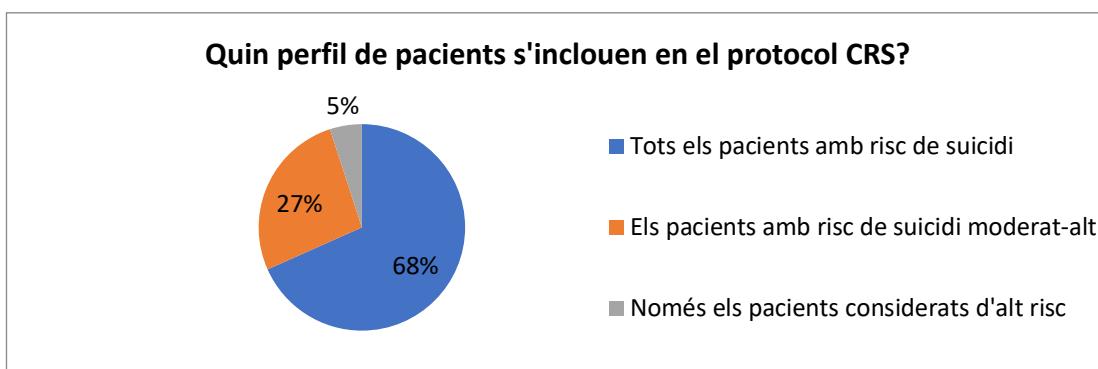
Font: Elaboració pròpia.

Analitzem a continuació les preguntes amb més percentatge d'encert i d'error. En primer lloc la més encertada, amb un 83%, va ser la referent a l'actuació que no es considera adequada davant d'una situació de risc de suïcidi. El grup d'urgències va encertar amb un 95%, seguit del grup d'atenció primària amb un 80% i planta hospitalària amb un 75% d'encerts.



El 78% de la mostra total sabia que el suïcidi és multi-causal i que no sempre va relacionat amb un trastorn mental, obtenint un percentatge d'encerts del 80% tant en atenció primària com en planta hospitalària i un 75% a urgències.

En contraposició, la pregunta més fallada va ser la referent al perfil de pacients que s'inclouen al protocol CRS ja que el 68% de la mostra total pensa que tots els pacients amb risc s'inclouen al protocol, i només un 5% saben que només ho fan els pacients considerats d'alt risc. S'ha de remarcar que el grup d'urgències no va obtenir cap encert i en el grup d'atenció primària tan sols un 10% va encertar.



En quant al grup d'atenció primària la pregunta més encertada va ser referent al seguiment preventiu longitudinal dels pacients que s'inclouen al protocol CRS ja que el 90% sabia que es realitza des d'AP, CSM i/o CAS.

Pel que fa a l'anàlisi dels grups temàtics que contenia el qüestionari (epidemiologia, CRS i creences errònies), coincideixen en que l'apartat d'epidemiologia va ser el més fallat amb un 29,5% d'encerts totals, seguit de la categoria de preguntes relacionades amb el CRS, amb un 36,8% d'encerts i el més encertat va resultar ser el de creences errònies sobre el suïcidi, amb un 75,3% de preguntes correctes a la mostra total.

El grup que menys coneixement va demostrar tenir pel que fa a l'epidemiologia va ser el d'urgències amb només un 25% d'encerts, seguit d'atenció primària amb un 27,5% i planta hospitalària amb un 35%.

Referent a la categoria del CRS el grup que va mostrar més coneixements amb un 43% d'encerts va ser el grup d'atenció primària, seguit de planta hospitalària amb 36% i per últim urgències amb un 31%.

Pel que fa a les creences sobre el suïcidi, urgències va ser el grup que va obtenir una major puntuació amb un 85% d'encerts, seguit de planta hospitalària amb un 73,3% i per últim atenció primària amb només un 43% de respostes correctes.

Comparativa entre grups:

Es van realitzar estadístics per comparar les diferències entre els resultats dels qüestionaris dels diferents grups d'estudi. Els encreuaments es van fer mitjançant la prova *Txi-quadrat* entre el grup PH i AP, entre PH i URG i entre AP i URG, $p=0.83$, $p=0.78$ i $p=0.91$, respectivament. Els resultats, per tant, no mostraven diferències significatives entre ells ($p \geq 0.05$).

Per establir el nivell de coneixement de la mostra vam considerar com a nivell de coneixement i, per tant, com a hipòtesi nul·la, un resultat al qüestionari de $\geq 80\%$. Es va utilitzar la prova *t de Student* per a una única mostra (mostra total $n=60$) amb un valor de significació del 5%, obtenint una puntuació de $z = -16,22$. Aquest valor es troba dins de l'àrea de rebuig, per tant, es rebutja la hipòtesi nul·la, fet que indica una falta de coneixement suficient de la mostra en relació al suïcidi.

Ítem no avaluable:

Pel que fa a la pregunta no avaluable sobre si creien si era necessària una formació específica sobre suïcidi al personal sanitari, el 86,7% de la mostra total va contestar que sí consideraven necessària una formació específica en relació al suïcidi, trobant el percentatge més alt, del 95%, a la mostra del grup d'atenció primària, seguida d'un 90% de planta hospitalària i trobant la més baixa, 75%, en la mostra del grup d'urgències. Tan sols un 8,33% de la mostra total creia que no és necessària una formació específica, i el 5% restant no va contestar a la pregunta.

Discussió:

En primer lloc i pel que fa als resultats dels qüestionaris, després de l'anàlisi estadístic dels diferents grups, s'ha vist que cap dels tres supera el 50% de preguntes encertades, així doncs, es troben per sota de la marca d'aprovació establerta. Tenint en compte que es va determinar del 50 al 80% apte però insuficient i el 80% com a nivell mínim acceptable de coneixement. Es pot observar que no hi ha un coneixement mínim en quant a continguts teòrics del suïcidi en cap dels grups d'estudi.

L'OMS exposa que el suïcidi és un problema de salut pública de primera magnitud que va en augment a nivell mundial (1). Pel que fa a l'epidemiologia del suïcidi a Espanya s'ha vist que la major part de la mostra creu que les morts per accidents de trànsit i per drogues i addiccions superen les morts per suïcidi. Segons l'INE, va haver un canvi de tendència al 2008 quan les morts per suïcidi van superar les morts per accidents de trànsit, quedant molt per sota les morts per addiccions i drogues i mantenint-se així fins a dia d'avui. Per tant, fa més de 10 anys que el suïcidi se situa en primera posició.

Aquesta creença errònia pot ser deguda al desconeixement o a la falta d'informació sobre el tema. A més a més, se li suma el fet que socialment i en temes de prevenció i campanyes se li dóna més rellevància al tema dels accidents de trànsit, fet que aparentment pot fer pensar que aquest té una major magnitud.

Ser conscient de l'impacte i el volum del problema és el punt de partida per poder-lo combatre. Al ser el grup de preguntes d'epidemiologia el més fallat del qüestionari es demostra que no som conscients ni estem preparats per poder-lo abordar.

Tot i que el Departament de Salut va començar a implantar el protocol CRS pel territori català al llarg de l'any 2015 (27), s'observa una falta de formació i de coneixement envers aquest. La major part de la mostra creu que el metge o infermer pot fer la

inclusió al protocol quan realment sempre ho ha de dur a terme l'especialista, tot i que sí poden fer una avaluació del risc, tal i com s'explica al punt del CRS.

Cal destacar que el 90% de la mostra d'AP sabia des d'on es fa el seguiment preventiu longitudinal mentre que els altres grups no passen del 75% d'encerts. A més a més, el 60% de la mostra d'AP sap que aquest seguiment és mínim de 12 mesos mentre que els grups d'URG i PH no arriben al 50%. Aquesta diferència es pot relacionar amb el fet que l'atenció primària és una de les unitats des d'on es pot realitzar el seguiment, per tant, aquest grup hauria d'estar més familiaritzat amb el protocol. Tot i així, en les altres preguntes relacionades amb el CRS el grup d'atenció primària no destaca per sobre dels altres grups fet que dona a entendre una falta de coneixement d'aquest grup enfocat en la inclusió del pacient al protocol, mentre que en els altres grups s'observa un desconeixement generalitzat.

Finalment, no sembla que hi hagi un patró homogeni de respostes ni que cap grup destaquí per sobre de l'altre pel que fa a un àrea de coneixement determinat. Per tant, s'observa que no hi ha diferència entre els grups pel que fa als resultats dels qüestionaris.

Part qualitativa

Les entrevistes semiestructurades es troben disponibles en la seva totalitat en format CD a l'Annex IV.

Per tal d'analitzar els resultats obtinguts d'aquesta categoria es van classificar en sis apartats, cinc dels quals estaven preestablerts i el restant (mites i percepcions errònies) es va incloure després de la lectura de les entrevistes transcrites. Cadascun d'aquests corresponia a una categoria diferent enfocada a l'anàlisi de percepcions i vivències envers el suïcidi per tal de poder detectar percepcions errònies entre altres coses.

L'anàlisi de les diferents categories és global, en alguns casos es van realitzar diferenciacions entre les persones entrevistades per tal de remarcar el més rellevant o diferent en funció de la unitat de treball però tot i això s'acaba reflectint la idea en comú.

Els resultats que es presenten a continuació van ser analitzats per mitjà del següent esquema (Figura 3) on s'exposen les diferents categories temàtiques:

Figura 3: Resultats de les categories post anàlisi.



Font: Elaboració pròpia.

Coneixement

Dins d'aquesta dimensió indaguem sobre els coneixements del suïcidi percebuts pel personal d'infermeria. Principalment, els entrevistats coincideixen en que no tenen prou coneixement sobre el tema del suïcidi. Així com també reconeixen la falta de formació i lo poc que es tracta aquest tema, fet que estaria d'acord amb la literatura (34). Per altra banda, a l'article d'Obando (35) es parla d'una sensació d'incompetència com a conseqüència de la falta de coneixement entorn a aquesta temàtica.

“No tinc molts coneixements”, “No és un tema que la gent acostumi a tocar diàriament” (E.URG), “...tema que desconocemos, el desconocimiento es abismal...”, “No estamos formados, no sabemos cómo abarcarlo” (E.PH), “...falta feina amb aquest tema, completament...” (E.AP).

Tot i així hi ha una entrevistada que ressalta la falta de visibilitat a raons socials i culturals, *“La visibilitat jo penso que és una raó sempre de tipus cultural”* i *“...socialment és un problema que tira enrere més que tira endavant”* (E.AP). Per tant, tal i com afirma Duncan (14), l'estigma és un producte social, no existeix al cap de la gent sinó que es construeix a partir de les relacions interpersonals amb una dinàmica pròpia en un context i realitat determinada.

Per altra banda, tenint en compte la base de la qual parteixen, els tres entrevistats presenten diferents creences sobre el suïcida en sí.

Un d'ells ens comenta que *“...el suïcidi es deriva de problemes diversos (econòmic, psicològic, social...)”* (E.URG) i que *“El suïcida són diferents tipus de pacients i persones que el que tenen en comú és el suïcidi com a mètode de escape”*.

Des de la figura d'atenció primària es relaciona el suïcidi amb el tema emocional, diu que: *“El suïcidi no és ninguna patologia que es pugui arreglar amb una pastilla... el suïcidi parteix de la banda emocional i de la percepció del món... com t'afecta i com ho contraposes al teu medi”, “Tothom en té dret perquè estar trist sembla que sigui ara una plaga i no ho és. Estar trist és tant normal com estar content i s'hauria de veure de la mateixa mesura”, “...sembla que tinguem l'obligació d'estar contents tota la vida... si hi ha una patologització de la tristesa que pot portar a segons quines visions del món que et portin cap al camí del suïcidi...”* (E.AP). Reivindica que alguna cosa estem fent malament.

Per altra banda ens comenten que *“Siempre hay otras vías, con un buen soporte y un buen acompañamiento creo que se podría llegar a cambiar el pensamiento de idea suicida”, “...habría que mirar cuál es el motivo...”, “...intentar reforzar, ayudar y reconducir.”* (E.PH) i curiosament coincideixen amb la importància del suport, *“...sense suport de la família fa molt més complicada la gestió...”* (E.URG). Està clar que ajudar sempre és una opció que tots els professionals tenen present, *“...sempre preguntar si volen rebre ajuda, hem d'intentar rescatar a la persona.”* (E.AP). En aquest apartat s'identifica com a element protector el recolzament social i familiar. Com exposen Montescó-Curto P et al (14), l'element protector ajuda a evitar el pas del pensament a l'acte.

Hi ha moments en que es mostren segurs del que diuen com en aquest cas: *“Estic completament convençuda de que una persona que fa una temptativa de suïcidi i ho aconsegueix, ho ha planejat abans.”* (E.AP), fet que contrasta amb altres verbalitzacions entorn a la manca de formació i coneixements.

Estigma

En aquest cas hi ha molta coincidència entre els entrevistats, remarquen que l'estigma envers el suïcidi i els trastorns mentals existeix. Tal i com exposen De Paula Santana da Silva *et al* (16) el comportament suïcida predispesa a la imputació de l'estigma i socialment és un tema tabú sobre el qual no se'n parla perquè està mal vist i tal i com es veu a continuació condiciona a l'hora de tenir-ho en compte com a antecedent.

Alguns dels punts de vist són aquests:

- *“Hi ha estigma, evidentíssimament”, “Està ocult totalment. Fa uns anys era el càncer i ningú volia que se sabés perquè era com deixar-lo a part, alguna cosa com si s'enganxés, ocult perquè era vergonyant i amb el tema del suïcidi passa exactament igual.”* (E.AP).
- *“Está muy estigmatizado.”, “La autolisis es un poco tema tabú, nadie habla, nadie dice pero luego todos conocemos a alguien que se ha suicidado.”, “...algo muy habitual de lo que no se habla...”, “...es algo duro, algo doloroso, creo que a veces la gente se avergüenza por no haber sabido actuar o no haber sabido ayudar.”* (E.PH).
- *“Socialment es veu com enfermo de la cabeza, se ha intentado suicidar pues es que está loco, no está cuerdo.”, “És el que s'intenta fer veure, que aquella persona no està bé perquè la gent no es pugui sentir identificada, que no tingui l'opció.”, “...està mal vist socialment...”* (E.URG).

En aquest últim paràgraf es dóna una visió molt similar a la de Szasz (36) ja que s'exposa el suïcidi com a manifestació d'un trastorn mental. D'aquesta manera s'intenta justificar l'acte, encara que això suposi l'estigmatització de la persona com a malalt mental o “boig” i, per altra banda, al relacionar el suïcidi amb el trastorn mental fa que la societat no es senti o no es pugui sentir identificada.

Pel que fa al primer punt (E.AP), referent a la vergonya associada a l'estigma, hi ha estudis (14) que afirmen que és el sentiment més difícil de suportar pels familiars i com a conseqüència apareix la necessitat de veure la conducta suïcida com un fet accidental, amb l'objectiu de protegir a la persona i al seu entorn de la repercussió social.

“El que falta és visibilització del problema, fer intents de desestigmatitzar el fet de que una persona hagi tingut aquest problema i en un moment donat hagi pres una decisió o hagi intentat anar cap el camí de prendre una decisió d'aquest tipus. Ho atribueixo normalment a gent jove perquè potser és la més inexperta en portar el món a les espatlles. Però també hi ha molta gent gran.”, així com comenta que “Hi ha perfils poblacionals fets, quines són les persones que estan en més risc, més vulnerables.”
(E.AP)

Pel que fa a l'aportació anterior, el fet d'atribuir-ho a gent jove (tot i sabent que és un dels grups més vulnerables en relació a l'intent de suïcidi) també és una forma d'estigmatitzar ja que d'una manera o altra s'imposa una “etiqueta”. És curiós perquè tots han reconegut la pròpia falta de coneixement i de formació, no obstant això tots tres han fet vàries afirmacions al llarg de l'entrevista i han parlat d'una sèrie de temes deixant al descobert allò que tenen instaurat o que creuen correcte.

També puntualitzen la costum de discriminar al pacient psiquiàtric, així com d'etiquetar-lo i de fer-lo més vulnerable encara que sigui de forma involuntària per part del personal sanitari:

- *“...costum de discriminar al pacient psiquiàtric, ja fora del suïcidi... s'acostuma a donar molta importància, sempre es remarca, no sé si per rebuig o per precaució...”* (E.URG).
- *“En la HCC es algo que siempre se tiene en cuenta. Se puede llegar a poner en duda al ver que este paciente tiene una etiqueta de intento de suicidio.”, “Los hace más vulnerables. Ya te da a pensar, a lo mejor vemos cosas donde no las hay y damos por hecho cosas que a lo mejor no deberíamos dar. Estigmatiza y da prejuicios”, “...hay que trabajar en no etiquetar al paciente como tal y no precipitarnos en la toma de decisiones.”* (E.PH).

- *“Plantejar-ho com un estigma a nivell professional és una mica fort.”, “... inevitablement condiona, condiona com a antecedent...”, “Tot depèn de com es vegi el problema socialment... no se’n parla pràcticament...” (E.AP).*

Es fa menció a la falta de coneixement el qual desemboca a una certa “dificultat” a l’hora de tractar amb aquest tipus de pacients: *“...la gent ho veu i no sap com actuar, és una malaltia que conviu amb el pacient, que s’ha de gestionar i que suposa un esforç i una dificultat pel professional sanitari que no sabem gestionar.” (E.URG)*

En aquesta línia alguns estudis han conclòs que una bona formació en aspectes sobre el suïcidi afavoreix actituds més positives de cara als pacients que acudeixen al sistema sanitari per temptatives autolítiques (37). Així com, una formació permanent en els serveis d’urgències que atenen a pacients amb risc de suïcidi. (38)

En aquest punt es reflexa el fet de que els professionals encara es troben amb moltes dificultats i contradiccions a l’hora de tractar amb persones que es provoquen intencionadament un acte de mort. Tal i com s’exposa en altres estudis relacionats amb el tema, el rebuig dels professionals sanitaris pot ser degut a la representació del suïcidi com una confrontació a la pràctica assistencial. (14)

Per últim, comentar l’enfoc positiu que es fa en relació a l’atenció que reben aquests pacients, *“Tenim l’obligació d’evitar el suïcidi perquè està mal vist”, “Segur que els èxits són més grans que no els que s’acaben suïcidant.” (E.URG).*

Prevenició

Pel que fa al tema de la prevenició comparteixen el fet de pensar que no es duu a terme una prevenició òptima en relació al suïcidi al nostre territori. Entenen la prevenició com una eina necessària i positiva i creuen important que la societat sigui conscient de l’existència del suïcidi així com de la seva freqüència.

Per una banda, un dels entrevistats comenta que no sap explicar el motiu pel qual no es fa la prevenició que toca però que n’hi hauria d’haver més. *“No hi ha prou prevenició”, “...aquí ni bona prevenició ni seguiment d’aquest tipus de pacients...”, “...s’intenta minimitzar i no s’ajuda a prevenir aquest tipus de malalt...” (E.URG).*

Per altra banda, un altre ens explica què és la prevenció per a ella: *“Algo básico, más información a nivel de atención primaria, profundizar con los familiares para que sepan cómo actuar... considero que están muy perdidos, no saben a quién acudir, falta información.”*, *“...que se anunciara más en las noticias de la televisión... es un medio muy importante para poder hacer hincapié y dar fuerza a conocer este problema.”*, *“Que la gente sea consciente de que existe el suicidio”*, *“La prevención es algo muy positivo pero que se tiene que hacer”* (E.PH).

Per últim, l'altra entrevistada comenta que, sota el seu punt de vista, la detecció del risc de suïcidi ja és prou difícil, *“Ja la detecció és difícil. La detecció del risc de suïcidi és molt difícil, has de tenir una relació professional amb la persona, ha d'haver un diàleg.”*, *“Hi ha molt poca gent que vingui a dir-te: fa dies que em trobo estrany, tinc idees molt rares que em ballen pel cap.”*, *“La relació que tingui la persona amb el sistema sanitari és bàsica. Anar-los a buscar és complicat, es pot fer a través de l'activitat comunitària.”* (E.AP).

Aquestes percepcions en concret contrasten de forma molt sorprenent amb la situació actual de la implementació del CRS, el qual porta una trajectòria de 4 anys a tot el territori català. Dóna la sensació que ningú assumeix la responsabilitat de no haver-se preocupat pel protocol, d'entendre'l, d'aplicar-lo... Aquest indica unes intervencions concretes i concises que semblen no estar clares pels professionals, no existeix autocrítica respecte aquest tema.

També fa una comparativa amb les campanyes sobre el suïcidi que es fan a Anglaterra: *“Si veiéssiu les campanyes que es fan a Anglaterra, és absolutament brutal. Com les campanyes que es puguin fer aquí per la setmana del tabac. És impressionant, ho tenen com un problema social de primeríssim ordre que s'ha de tractar, ho tracten de visibilitzar el màxim possible.”*, *“...per a que la gent tingui idea de quins punts pots veure tu amb els teus amics, està molt desenvolupat...”*, *“Aquí no. Hauria d'estar igual o més que els accidents de trànsit.”*, *“No hi ha campanyes a nivell institucional per visibilitzar això. És un problema que tampoc hi ha ningú que tingui l'interès de fer-ho visible.”*, *“Sempre es va tractar amb la patologia, tot el que es fa és ja amb la patologia ja diagnosticada o ja amb intents previs fets.”*, *“Fer preventiu... hi ha molt poca cosa perquè hi ha poca detecció com dèiem abans.”* (E.AP).

En tots els casos es posa de manifest la falta de preparació per tractar el tema en les accions de poder públic ja que existeixen molt poques estratègies de promoció de polítiques o programes específicament dirigits tant a la prevenció del suïcidi com a la acollida, encaminament i cura dels individus que van fer un intent autolític per poder-los atendre íntegrament a ells i als familiars.

HCCC i autonomia del pacient

En relació a la Història Clínica Compartida de Catalunya (HCCC) s'han comentat diferents aspectes com: *“La història clínica és privada i és un punt positiu que el personal ho pugui veure.”*, *“Tota informació que puguis tenir del pacient és bona si es gestiona bé.”*, *“Més informació, millor qualitat assistencial cap al pacient.”* (E.URG) adoptant doncs una postura en defensa de la informació obtinguda per mitjà de la HCCC.

Es veu que coincideixen en molts aspectes, doncs: *“Considero que el personal tiene que saberlo porque alomejor no saber gestionar las emociones. Tiene que estar reflejado que se dió una situación de intento de suicidio.”* (E.PH). Per altra banda també opinen que no perjudica però sí condiciona, coincidint però en la utilitat de tenir aquesta informació: *“Que consti no perjudica a ningú. No sabria que dir-te si condiciona. A mi em condiciona fins a cert punt. Un punt més que tinc, informació de més que tinc, per saber com he d'entrar a la persona, dirigir el diàleg. No tindria que condicionar en el fet de dir m'aparto. No hauria de condicionar en la meva atenció. No vol dir que el tractaràs pitjor. S'intenta entrar de manera diferent.”* (E.AP).

Centrant-se en l'autonomia del pacient suïcida es comenta que: *“...tothom té dret a decidir, però ha d'haver una ajuda...”*, *“...la gent no pot decidir sense ajuda, només el teu punt de vista pot portar a tenir algun error...”*, *“No pots prendre una decisió precipitada.”* (E.URG) com es pot observar l'ajut apareix repetidament en el discurs dels diferents professionals.

L'autonomia del pacient és un tema complicat perquè la voluntat de la persona té molta força a l'hora de prendre una decisió. Més ben dit ens enfrontem a un debat ètic i moral de la pràctica clínica on cadascú defensa la seva opinió però també on la llei que regeix el sistema és la que acaba decidint.

Un altre punt de vista és aquell que fa referència als ingressos involuntaris o a aquelles accions que es fan en contra de la voluntat de la persona. Els tres entrevistats coincideixen a l'hora de posar la voluntat de la persona per sobre de qualsevol tècnica,

maniobra i/o procediment, això sí, sempre i quan aquesta persona en concret estigui en les seves plenes capacitats psíquiques. Cabrera (39) emfatitza que l'acte suïcida ha de ser comprés i reconegut com la màxima manifestació del concepte d'autonomia ja que correspon a la possibilitat de la persona de poder decidir sobre la interrupció de la seva vida.

“Cada cas és un món. L'ingrés forçat és positiu sempre i quan tingui resultats. Si la mentalitat o la idea autolítica s'ha resolt i té un nou projecte de vida o s'ha reconduït.”,
“Si la persona surt, torna a fer un intent, no té del tot sentit.” (E.URG)

“Si es un paciente con el que no se puede conseguir una reconducción verbal, que en teoría es lo que se debería de hacer en primera instancia, intentar relajar con medicación y si no hay manera se hace una contención mecánica. Para protección del paciente, prevención para los profesionales y para que no interfiera a nivel terapéutico.”, *“La agresividad es bastante común en estas situaciones, por lo que las contenciones mecánicas son habituales.”*, *“Si se pueden evitar siempre se intenta.”*, *“Si está en sus plenas capacidades debería poder hacer alta voluntaria, tiene derecho a alta voluntaria. Los riesgos bajo su responsabilidad.”* (E.PH)

“No està prohibit suïcidat-se.”, *“...és la voluntat d'una persona i el dret de la persona. El voler acabar amb la vida per naturalesa és incorrecte però si jo vull fer-ho és la meva voluntat.”*, *“...si tu demostres que estàs amb les teves capacitats al màxim, incapacitar-te serà bastant complicat...”*, *“...si jo puc defensar el meu dret a això, crec que no hi a res per sobre de la voluntat de la persona.”*, *“Tenir que decidir coses que moltes vegades no depenen de ningú més que de la persona que s'ho proposa. Qui és ningú per dir-me que no faci el que jo vull fer, inclús encara que sigui acabar amb la meva vida?”* (E.AP)

Després d'aquesta aportació és interessant remarcar l'última frase de *“Qui és ningú per dir-me que no faci el que jo vull fer, inclús encara que sigui acabar amb la meva vida?”*, hi ha una defensa de l'autonomia del pacient en termes molt absoluts ja que no s'està tenint en compte la part de la persona que vol viure, és a dir, el fet de treballar i de reforçar aquesta altra cara de la moneda, en definitiva, no es contempla l'ambivalència del pacient suïcida... Això demostra una clara falta de formació i de coneixement.

A tot això es pot veure com la societat actual no està habituada a la mort o al fet de morir. S'ha relacionat la mort i la finitud amb el fracàs arribant al punt de no voler admetre el suïcidi i de considerar-lo com una senyal de fragilitat. (16)

Casos i experiències pròpies

En aquesta categoria, per una banda, s'han recopilat diferents experiències viscudes com a professionals de la salut i per altra alguns casos que podien ser d'interès.

“A urgències es tracta el moment agut.”, “...falta un esglaó, una connexió entre l'intent i el pròxim...”, “...moltes vegades són persones reincidents...”, “Hi ha separació. Falta alguna cosa, una escala entre el pacient per intent autolític i el CSM, ambulatori, centre psiquiàtric... Segur que existeix però crec que al meu centre no s'està utilitzant”, “L'intent autolític, en cas de ser psiquiàtric, s'acostuma a enviar al centre psiquiàtric i d'allà al carrer.”, “Falta d'un centre especialitzat en això, més formació pels professionals de tot l'hospital.”, “Tots els infermers hauríem de tenir formació i conèixer més el tema.”, “A urgències actues per experiència no per coneixement.”, “Preguntes, actues, va funcionar? Segueixes actuant així, sense saber en què et bases.” (E.URG)

“...iniciativa farmacològica directa... poca reconducció verbal...”, “No se profundiza, nunca indagamos en el por qué, cómo.”, “...no tenemos tiempo...”, “Se soluciona a nivel agudo.” (E.PH)

Es donen diferents casos tot i que tots comparteixen una cosa, l'obligació moral del professional d'intentar ajudar.

“No m'he trobat amb casos d'alt risc de suïcidi que hagi hagut de derivar. En deu anys m'ha arribat una pacient depressiva. No havia fet cap intent però ja hi havia un diagnòstic que va activar l'escala, normalment pacients de psiquiatria. La vaig derivar, si.” (E. AP)

“Tengo conocidos que se han suicidado, la mayoría con una depresión previa.”, “Tuve un conocido que se suicidó, es curioso que avisara que lo iba a hacer. A un familiar. Tenía problemas económicos... había estado en el mundo de las drogas... llama a su padre por teléfono diciéndole que se iba a quitar la vida y que lo iba hacer en ese momento... normalmente te dicen quien avisa no lo hace y quien no avisa lo hace, en este caso pues... avisó y lo hizo.” (E.PH)

“Treballant a urgències dia si dia no ha vingut una persona per intent autolític”, “...gent de tot tipus...”, “... me quiero morir, no valoro nada, esta vida se ha acabado para mi, no quiero vivir, estoy cansado de todo...”, “No sólo es el paciente psiquiátrico. Vino un hombre con problemas económicos que demanava perdó, ens deía, os estoy dando mucho trabajo.”, “La gent que ve i demana perdó se'n adona que el que ha fet no era el correcte i podria haver buscat una altra solució.”, “Sents impotència. Intentes lluitar

perquè aquella persona trobi el seu carril a la vida i et trobes davant d'un mur.", "L'estem intentant ajudar però això també comporta un patiment.", "La persona que no vol viure, es vol suïcidar, es fa ingrés, fa reintents, l'intentes ajudar com a professional un 200%, fins a quin punt? Maxaques a la persona. L'ajudes o allargues el patiment?", "...com a professionals reconduir la situació, donar-li un altre punt de vista, que deixin de pensar o busquin un altre objectiu a la vida que no sigui el fet de morir..." (E.URG)

Mites i percepcions errònies

En aquest últim apartat es recullen algunes de les percepcions errònies més destacades de les entrevistes on es poden relacionar estereotips com per exemple que les persones que fan un intent autolític són dèbils i busquen l'atenció dels altres o relacionar-les amb persones angoixades, ja sigui per una depressió o per una necessitat d'ajuda.

"Una persona que se quiere suicidar es una persona que tiene salud en principio, que está bien, habría que ver cuál es el motivo.", "... persona que tiene una idea suicida es alguien que no está bien mentalmente... necesita ayuda... no está en sus plenas capacidades.", "Normalmente te dicen quien avisa no lo hace y quien no avisa lo hace." (E.PH)

"En la majoria de casos pràcticament ningú reconeix, almenys que hagi tingut un ingrés hospitalari per un intent previ, és complicat." (E.AP)

"A nivell de notícies i a nivell social s'intenta amagar, no s'ensenya el que passa. No se li dóna tanta importància perquè pot promoure a donar l'opció de suïcidar-se i així la gent no es planteja el suïcidi... no es dóna l'opció a nivell social.", "És molt difícil no tenir prejudicis... persona que s'ha intentat suïcidar tu com a persona sana que vols viure no ho entens.", "Una noia menor va fer un intent autolític per ingesta medicamentosa, tenia síndrome de Down. Estava enfadada amb tothom, volia reivindicar que estava allà. Como llamar la atención de mis padres, estoy aquí hacedme caso.", "... la típica depresiva..." (E.URG)

En l'aportació anterior es pot detectar l'estigma encobert per part del professional, concretament en el moment que diu *"tu com a persona sana que vols viure"* donant a entendre indirectament que la persona que es vol suïcidar està malalta. A més a més, nombra la *"típica depressiva"* en femení, fet que es podria relacionar amb la falsa creença de que una dona depressiva és dèbil, té falta de capacitat per afrontar els

problemes i/o falta d'actitud, sense tenir en compte que la depressió és un trastorn mental que inhibeix a la persona de certes capacitats i habilitats d'afrontament. És cert que la depressió és més prevalent en les dones que en els homes però *"la típica"* amb aquest aire despectiu pot desembocar a interpretacions errònies del que es vol dir en realitat, com si la dona demandés assistència sanitària i atenció innecessària de forma continuada.

Tot i que les aportacions es troben classificades dins d'una categoria en concret, es pot observar que hi ha una interrelació comú entre les 6 categories ja que moltes podrien estar dins de dues o més categories diferents; doncs remarquem per tant la subjectivitat d'aquesta part del treball, si més no per tal d'analitzar les dades obtingudes és necessària la classificació d'aquestes, però segons el punt de vista que se li dona a l'aportació acabarà formant part d'un grup o d'un altre.

Per altra banda també s'observa una persistència subtil de l'estigma al llarg de tot el discurs per mitjà de la detecció continua de diverses frases i/o expressions estigmatitzadores dels propis professionals, per la qual cosa ja no és un tema exclusiu de l'apartat en referència a l'estigma, sobre què en pensen, n'hi ha, no n'hi ha... sinó que va més enllà, el fet de detectar-ho en el discurs indica que ells mateixos també en tenen i és el que definim com a estigma encobert.

7. CONCLUSIÓ

Amb la finalització d'aquest estudi s'han arribat a unes conclusions les quals podrien ser reforçades i ampliades si en un futur es reprenguéssim la investigació i s'ampliés la mida de la mostra tant quantitativa com qualitativa. Tenint això en compte, les conclusions principals a les que s'ha arribat són:

En primer lloc pel que fa a l'avaluació del qüestionari de coneixements s'ha vist que cap grup assoleix més del 50% de preguntes encertades trobant-se per sota del rang d'aprovació establert tot i que era necessari obtenir un 80% d'encerts per obtenir un nivell acceptable de coneixement. En relació a l'avaluació global tampoc s'assoleix l'objectiu, la qual cosa queda classificat dins del mateix rang, és a dir, per sota del 50% d'encerts.

En segon lloc volíem veure si existia diferència del grau de coneixement entre les diferents unitats de treball estudiades ja que, per una banda, a urgències és habitual el contacte directe amb pacients que fan intents autolítics i, per altra banda, des d'atenció primària el factor preventiu es considera un pilar fonamental en la pràctica assistencial, ja sigui de malalties cardiovasculars, diabetis, suïcidi... Per tant, teníem l'expectativa de que hi hauria una clara diferència entre el grau de coneixement d'atenció primària i urgències i el de planta hospitalària, deixant aquest últim en menor nombre d'encerts però no s'ha confirmat la nostra hipòtesi.

És interessant esmentar la dificultat expressada pels participants a l'hora de realitzar el qüestionari ja que part de la mostra no sabia de l'existència del Codi Risc de Suïcidi, també conegut com CRS. Malauradament aquest fet posa en dubte la resolució de cinc preguntes, que ve a ser la meitat del qüestionari.

Un tema important és la conscienciació de la magnitud del problema i sobretot de l'existència d'aquest perquè sense conscienciació no hi ha prevenció i fer una bona prevenció és un factor clau per l'abordatge d'un tema tant complex com és el suïcidi per la nostra societat.

Les nostres impressions una vegada realitzat l'anàlisi de les entrevistes han estat principalment que cadascú avarca la seva base de coneixements com pot i aplica els cuidatges infermers seguint els principis bàsics de bioètica (autonomia, beneficència, no maleficència i justícia). La falta de coneixement és real i es demostra tant a nivell quantitatiu com qualitatiu per la qual cosa no hem trobat diversitat en aquest aspecte. En quant a la resta podem afirmar l'existència d'estigma pel que fa al suïcidi i als trastorns mentals en el món sanitari, la falta d'una bona prevenció sobretot a nivell d'atenció primària i l'escassa informació cap a les famílies afectades com a conseqüència de la manca de formació del personal sanitari en relació a la psiquiatria i a la salut mental.

Per tant, tenint en compte la nostre hipòtesi inicial, s'accepta i es conclou que existeix falta de consciència sobre el suïcidi en l'àmbit sanitari.

LIMITACIONS I UTILITAT DE L'ESTUDI

Som conscients de que els resultats obtinguts en aquest estudi es limiten a l'anàlisi del coneixement de seixanta infermeres de diferents unitats, una mostra que no és prou significativa a nivell estadístic, i al testimoni de tres infermeres escollides segons els criteris d'inclusió establerts prèviament; per la qual cosa no es pot considerar extrapolable ja que no es va utilitzar una mostra representativa del col·lectiu suficient tant a nivell quantitatiu com qualitatiu.

No obstant, volem remarcar la importància de la investigació qualitativa en les ciències de la salut ja que ofereix eines molt valuoses per a una major aproximació a la realitat en la qual volem incidir gràcies a la seva subjectivitat.

Per altra banda, s'ha considerat que seria interessant conèixer les respostes correctes del qüestionari per tal de poder millorar, aprofundir i aprendre una mica més a nivell de coneixements teòrics bàsics sobre el suïcidi. Per falta de temps no ha estat possible l'elaboració d'un butlletí informatiu amb les respostes explicades de manera simple i esquematitzada, la qual cosa queda conclosa com una proposta de millora.

AGRAÏMENTS

Volem expressar el nostre agraïment a totes aquelles persones que, gràcies a la seva col·laboració, han contribuït i han fet possible la realització d'aquest Treball de Fi de Grau.

En primer lloc, a la tutora d'aquest projecte, Laura Ortega Sanz, pel seu recolzament i dedicació durant el desenvolupament del treball. En segon lloc, als diferents centres sanitaris i participants sense els quals no hagués estat possible l'obtenció de la mostra.

Finalment, agrair a totes les supervidores que han fet d'enllaç amb els professionals participants en l'estudi, per la seva entrega i temps.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio - OMS [Internet]. 2018 [consultat el 16 d'octubre de 2018]. Disponible a: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Generalitat de Catalunya. IDESCAT (Insitut d'Estadística de Catalunya) [Internet]. 2019 [consultat el 16 d'octubre de 2018]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/?lang=es>
3. Govern de Catalunya. El Departament de Salut posarà en marxa el Codi risc de suïcidi, un nou programa per a la prevenció del suïcidi a Catalunya - Sala de premsa. Generalitat de Catalunya [Internet]. 2013 [consultat el 16 d'octubre de 2018]. Disponible a: <https://govern.cat/salaprensa/notes-premsa/238649/departament-salut-posara-marxa-codi-risc-suicidi-nou-programa-prevencio-del-suicidi-catalunya>
4. DSAS- Associació "Després del Suïcidi - Associació de Supervivents." Estigma social [Internet]. 2014 [consultat el 17 d'octubre de 2018]. Disponible a: <https://www.despresdelsuicidi.org/quienes-somos>
5. Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez PA, dirs.: Prevención de las conductes suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson, S.A [Internet]; 1997. [consultat el 23 de gener de 2019]. Disponible a: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf>
6. Kreitman N: Parasuicide. London: Wiley Sons: 1977.
7. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. OMS [Internet]; 2018. [consultat el 24 de gener de 2019]. Disponible a: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
8. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO [Internet]; 2014. [consultat el 24 de gener de 2019]. Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
9. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. OMS [Internet]; 2012. [consultat el 23 de gener de 2019]. Disponible a: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
10. Sistema estadístico Europeo. Instituto Nacional de Estadística [Internet]; 2019. [consultat el 25 de gener de 2019]. Disponible a: <http://www.ine.es/>
11. Global Health Observatory Data Repository. Tasa de mortalidad por suicidio [Internet]. [consultat el 25 de gener de 2019]. Grupo Banco Mundial; 2019. Disponible a: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5>

12. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t);2012
13. Campo-Arias A, Herazo E. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2015;44(4):243–50. [consultat el 25 de març de 2019]. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003>
14. Ferré-Grau C, Montescó-Curto P, Mulet-Valles M, LLeixá-Fortuño M, Albacar-Riobó N, Adell-Argentó B. El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. Index de enfermería [Internet]. 2011;20(3). [consultat el 25 de març de 2019]. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200004
15. Sheehan L, Dubke R, Corrigan PW. The specificity of public stigma: A comparison of suicide and depression-related stigma. Psychiatry Res [Internet]. 2017;256:40–5. [consultat el 25 de març de 2019]. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.015>
16. De Paula Santana da Silva T, Botelho S, Silva J. Estigma social en el comportamiento suicida: reflexiones bioéticas. Rev Bioética [Internet]. 2015;23(2):427–36. [consultat el 25 de març de 2019]. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232080>
17. Universitat Autònoma Barcelona. Pla d'estudis i horaris: Grau en Infermeria – UAB Barcelona [Internet]. UAB Barcelona. 2019 [consultat el 5 de març del 2019]. Disponible a: <https://www.uab.cat/web/estudiar/llicitat-de-graus/pla-d-estudis/estructura-del-pla-d-8217-estudis/infermeria-1345467811493.html?param1=1232089768474>
18. Universitat de Barcelona – Escola Universitària d'Infermeria [Internet]. Ub.edu. 2019 [consultat el 5 de març del 2019]. Disponible a: <http://www.ub.edu/infermeria/>
19. Universitat Rovira i Virgili. Grau d'Infermeria URV | Universitat Rovira i Virgili [Internet]. Universitat Rovira i Virgili. 2019 [Consultat el 5 de març del 2019]. Disponible a: <http://www.urv.cat/ca/estudis/graus/oferta/graudinfermeria/>
20. Universitat Ramon Llull. Grau en Infermeria Blanquerna – Universitat Ramon Llull. [Internet]. 2019 [Consultat el 5 de març del 2019]. Disponible a: <https://www.blanquerna.edu/ca/grau-en-infermeria>
21. Universitat de Lleida. Infermeria.udl.cat. [Internet]. 2019 [Consultat el 5 de març del 2019]. Disponible a: <http://www.infermeria.udl.cat/ca>
22. Universitat de Girona. Estudia > Oferta formativa > Graus > Detall Udg.edu. [Internet]. 2019 [Consultat el 5 de març del 2019]. Disponible a: <https://www.udg.edu/ca/estudia/Oferta-formativa/Graus/Fitxes?IDE=807&ID=3106G0109>

23. Universitat de Vic. Grau en Infermeria | UVic. Uvic.cat. [Internet] 2019 [Consultat el 5 de març del 2019]. Disponible a:
<https://www.uvic.cat/grau/infermeria>
24. Rafael J. Álvarez. Suicidio, la muerte silenciada. Madrid. [Internet] 2018 [Consultat el 20 de març del 2019]. Disponible a:
<https://www.elmundo.es/espana/2018/07/09/5b4239d0468aeb852f8b45ce.html>
25. Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid, [Internet]; 2011 [consultat el 20 de març de 2019]. Disponible a:
https://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
26. Maris, R. W. (2002): "Suicide", *Lancet*, 360 (9329): 319-26
27. CatSalut.Servei Català de la Salut. Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi (CRS) [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona; 2015. [consultat el 16 d'octubre de 2019]. Disponible a:
<https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1654>
28. Sáiz Martínez P, García-Portilla González M, Bobes García J. Intervención preventivo-educativa en profesionales de la salud. Fepsm.org. [Internet] 2019 [Consultat el 2 d'abril del 2019]. Disponible a:
https://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf
29. Institut d'Estudis Andorrans. IEA. Obtenció de la informació. Metodologia quantitativa. Govern d'Andorra [Internet]. [Consultat el 30 de desembre del 2018] Disponible a:
<https://www.iea.ad/pagines-tematiques/obtencio-de-la-informacio-metodologia-quantitativa>
30. Mwanza E, Gwisai RD, Munemo C. Knowledge on Nonpharmacological Methods of Pain Management among Nurses at Bindura Hospital, Zimbabwe. *Pain Res Treat* [Internet]. 2019 Jan 1 [Consultat el 30 de gener del 2019];2019:1-8. Disponible a:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30693106>
31. Salamanca AB, Martín-Crespo C. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación* [Internet]. 2007;27(Marzo-abril). Departamento de investigación FUDEN. [consultat el 29 de desembre de 2018]. Disponible a:
<http://ceppia.com.co/Documentos-tematicos/INVESTIGACION-SOCIAL/MUESTREO-INV-CUALITATIVA.pdf>
32. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol)[Internet]. 2014. [consultat el 29 de desembre de 2018]. Disponible a:
<https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>

33. Pereira Pérez, Z. Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare* [Internet]. 2011;XV(1):15-29. [consultat el 29 de desembre de 2018]. Disponible a: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194118804003>
34. Kelly Graziani Giacchero Vedana, Daniel Fernando Magrini, Adriana Inocenti Miasso, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Jacqueline de Souza, Tatiana Longo Borges. Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. *Archives of Psychiatric Nursing* 31 (2017) 345–351
35. Obando Medina , Gunnar Kullgren, and Kjerstin Dahlblom. *BMC Family Practice* [Internet] 2014, 15:129. [consultat el 13 de maig de 2019] Disponible a: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/129>
36. Szasz T. *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. Barcelona: Paidós, 2002
37. Penille Wimmer Perboell, Nanna Maria Hammer, Birte Oestergaard, Hanne Konradsen. Danish emergency nurses' attitudes towards self-harm – a crosssectional study. *International Emergency Nursing* 23 (2015) 144–149.
38. Fontão Mayara Cristine, Rodrigues Jeferson, Lino Monica Motta, Lino Murielk Motta, Kempfer Silvana Silveira. Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [citat el 19 de maig de 2019] ; 71(Suppl 5): 2199-2205. Disponible a: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102199&lng=en.
39. Cabrera J. *Suicidio: aspectos filosóficos* [Muerte y morir]. Tealdi JC, director. *Diccionario Latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco/Universidad Nacional de Colombia[PDF]; 2008. p. 496-9.

9. ANNEXES

Annex I

SOL·LICITUD D'AUTORITZACIÓ PER A LA REALITZACIÓ DE TREBALL D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

1. Investigadors principals.

Nom i cognoms:	
• Clàudia Baiges del Campo	DNI: 48020990-A
• Laura Galan Garcia	DNI: 47841658-W
Estudiants d'infermeria de la Universitat Rovira i Virgili	
Treball de final de grau	
Correu electrònic: claudia.baiges@estudiants.urv.cat laura.galan@estudiants.urv.cat	

2. Títol de l'estudi.

ESTUDI D'UN GRUP HETEROGENI D'INFERMERES SOBRE EL CONEIXEMENT I LES CREENCES DEL SUÍCIDI
--

3. Documentació que s'adjunta:

- Descripció de la investigació
- Qüestionari

La informació obtinguda serà utilitzada per finalitat educativa. Les dades es tractaran segons el manifestat per la LO3/2018, de 5 de desembre, de *Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales* i, per tant, seran tractades de manera confidencial. Els resultats obtinguts es presentaran en el present estudi.

Els investigadors principals sol·licitem autorització per a la realització del projecte anteriorment citat i ens comprometem al compliment de la normativa aplicable.

Jo, _____ autoritzo la realització de l'estudi esmentat al centre _____ dia a concretar.

Signatura:

_____ de _____ de 2019

Annex II

SOL·LICITUD DE PERMÍS D'ENQUESTA AMB FINALITAT EDUCATIVA**EXPLICACIÓ DEL PROJECTE**

Som Clàudia Baiges del Campo amb DNI:48020990A i Laura Galan Garcia amb DNI:47841658W, estudiants de quart d'infermeria de la Universitat Rovira i Virgili de la seu Baix Penedès que actualment estem realitzant el nostre Treball de Fi de Grau; tutoritzat per la Sra. Laura Ortega Sanz.

El nostre estudi té com a objectiu **identificar el nivell de consciència envers el suïcidi en l'àmbit sanitari**, concretament en personal d'infermeria, mitjançant la interpretació dels resultats qualitatius i quantitatius que avaluarem. Volem realitzar una comparació entre infermeres d'atenció primària, de planta hospitalària i del servei d'urgències.

Per aquest motiu, ens dirigim a vostè, per tal que se'ns autoritzi a poder facilitar un **qüestionari anònim a 20 professionals d'infermeria de la unitat** amb una antiguitat mínima de 12 mesos. Constarà de 10 preguntes tipus test ràpides de contestar.

Quedem a la seva disposició per qualsevol dubte i a la espera de la seva resposta.

Agraïm la seva col·laboració.

Salutacions cordials,

Clàudia Baiges del Campo i Laura Galan Garcia

Annex III

QÜESTIONARI

El següent qüestionari consta de 10 preguntes tipus test amb 3 possibles respostes + 3 preguntes obertes no avaluables. L'objectiu és identificar el nivell de consciència envers el suïcidi en el personal d'infermeria.

La participació a l'estudi és anònima i voluntària. En qualsevol moment té dret a rebutjar la seva contribució.

Les dades obtingudes s'utilitzaran exclusivament per finalitat educativa i es tractaran segons el disposat per la LO 3/2018, del 5 de desembre de "Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales" i, per tant, seran tractades de manera confidencial. Els resultats obtinguts s'exposaran en el present estudi.

La resposta del present qüestionari pressuposa el consentiment del/la participant.

CODI:

Edat: _____

Sexe: M / F

Antiguitat en la unitat: _____ anys

1. El suïcidi:

- És la primera causa de mortalitat prematura no natural en la gent jove, de 25 a 45 anys, en ambdós sexes.
- És la segona causa de mortalitat prematura en la gent jove, de 25 a 45 anys, després de les addiccions i les drogues.
- És la tercera causa de mortalitat prematura en la gent jove, de 25 a 45 anys, sent la primera els accidents de trànsit i la segona les addiccions i les drogues.

2. Pel que fa al suïcidi consumat, quina relació home:dona tenim a Espanya?

- 1:3
- 2:1
- 3:1

3. Creus que només les persones amb problemes greus es suïciden?

- No, el suïcidi és multi causal i molts problemes petits poden portar al suïcidi.
- Sí, persones amb una esquizofrènia, una depressió major o un trastorn bipolar per exemple.
- No, però sempre va relacionat amb algun trastorn mental per petit que sigui.

4. Quin perfil de pacients s'inclouen en el protocol CRS?

- Tots els pacient amb risc de suïcidi.
- Els pacients amb risc de suïcidi moderat-alt.
- Només els pacients considerats d'alt risc.

5. Qui decideix la inclusió del pacient en el protocol CRS?

- L'especialista (psiquiatra).
- El/la metge/essa de l'ABS o si acudeix a urgències, el/la metge/essa que l'atén.
- El/la metge/essa o l'infermer/a que realitza la valoració clínica en relació al nivell de risc.

6. Quants mesos de seguiment mínim preventiu implica l'activació del CRS?

- Almenys durant 3 mesos.
- Almenys durant 12 mesos.
- Almenys durant 6 mesos.

7. Les senyals verbals com "No valc per a res", "La meua vida no té sentit":

- Estan directament relacionades amb la presència d'una ideació suïcida.
- No tenen importància, només es diuen per cridar l'atenció.
- Cap de les anteriors és correcta.

8. Quina actuació NO et sembla adequada davant d'una situació de risc de suïcidi:

- a) Minimitzar les seves idees per tal de que es senti millor.
- b) Prendre seriosament totes les amenaces d'autolesió.
- c) Trucar al 061 CatSalut Respon.

9. Des d'on es farà el seguiment preventiu longitudinal dels pacients inclosos al CRS?

- a) AP, CSM i/o CAS.
- b) Hospital psiquiàtric, CSM, CAS.
- c) No sempre és necessari fer seguiment preventiu longitudinal.

10. Et trobes davant d'una persona que t'expressa verbalment ideació suïcida i malestar psicològic:

- a) Procedirem a l'activació directa del CRS.
- b) A través de l'escala MINI valorarem el nivell de risc.
- c) Derivarem a l'hospital psiquiàtric més proper.

Has treballat alguna vegada en algun servei relacionat amb la salut mental? Sí / No

En cas afirmatiu, on? _____

Tens formació específica relacionada amb el suïcidi? Sí / No

En cas afirmatiu, quina? _____ Quin any? _____

Creus necessària la formació específica del suïcidi en el personal sanitari? Sí / No

Per què? _____

Gràcies per la teva participació!