

Elena Juanós Álvarez

**ACTITUDS I PERCEPCIONS ENVERS LA CONDUCTA SUÏCIDA PER PART
D'INFERMERIA: REVISIÓ SISTEMÀTICA D'ESTUDIS QUALITATIUS**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per: Dra. Georgina Casanova Garrigós

Facultat d'Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat d'Infermeria

Campus Terres de l'Ebre

Tortosa, 26 de Maig de 2020



“Tienes un deseo: morir. Y una esperanza: no morir.”

Alfonsina Storni

AGRAÏMENTS

Qui ho havia de dir que, jo que entrava al grau sense saber si realment m'agradava la infermeria, ara mateix estaria treballant d'infermera, plantant-li cara a la Covid-19? I que la infermeria seria la meva passió, allò que realment em fa feliç, que em plena? No s'ho hauria cregut ni ma mare.

Aquest treball suposa la culminació de quatre anys plens d'experiències que no tan sols m'han format com a infermera, sinó com a persona. Evidentment, no ho hauria pogut fer sense el suport de les persones que m'envolten i que m'han acompanyat en aquest llarg, però tan curt, camí, i, és per això, que els hi estic totalment agraïda.

Gràcies mama, pel suport incondicional, per escoltar-me i consolar-me, a la teva manera, sempre que ho he necessitat. Gràcies papa, pels teus "sarmonets" i lliçons de moral, que tant he odiat i tant m'han ajudat. Gràcies Sara, per tots els berenars que m'han servit a manera de desconexió i ser la persona que, sense adonar-te'n, m'animes en un dia de davallada fent-me un petó dels que tant et costa donar. Gràcies iaia, per totes les veles que m'hauràs encès i les novenes que hauràs resat perquè tot em vagi bé. Gràcies iaies, per ser els homes més orgullosos de la seva néta que poden haver-hi al poble.

Gràcies Paula, Laia i Thelma, que tot i haver tingut moments de més proximitat o més llunyania i una punxada de roda de per mig, per haver-me acompanyat durant aquests anys i perquè sense vosaltres no estaria on estic.

Gràcies Hugo per acompanyar-me en la meva soledat i gràcies Joan per la teva paciència, per estimar-me, consolar-me i animar-me sempre que ho he necessitat i quan no, també.

I, moltes gràcies Dra. Georgina Casanova, per despertar-me la curiositat i les ganes d'ajudar a les persones amb conducta suïcida a aquell seminari de tercer, per la teva implicació i predisposició, per guiar-me, aconsellar-me, donar-me suport i, sobretot, motivar-me, després de cada tutoria, a seguir amb el treball i a recordar-me, potser de forma inconscient, el que m'apassiona el tema, quan ja n'estava farta.

RESUM

Context: Segons les dades de l'INE, l'any 2018, van suïcidar-se 3.539 persones a Espanya, la qual cosa evidencia un problema de salut pública pel que fa a la prevenció del suïcidi. Així mateix, es considera que la infermeria és qui té més oportunitats d'identificar i intervenir en els pacients amb tendència suïcida. Tot i això, l'existència d'una sèrie de barreres que influeixen en les percepcions i actituds de les infermeres envers la conducta suïcida, semblen interferir amb l'avaluació i abordatge adequats d'aquests usuaris.

Objectiu: Amb la finalitat de conèixer quines són les percepcions i actituds envers la conducta suïcida per part d'infermeria, així com la seva influència en l'avaluació i abordatge d'aquesta, el present treball busca sintetitzar i integrar els resultats d'estudis qualitatius que avaluen les variables en qüestió.

Metodologia: L'obtenció de les dades s'ha dut a terme mitjançant la recerca a les bases de dades professionals d'àmbit sanitari, Pubmed, Scopus, Cinahl i Web of Science, i durant els mesos de gener a març de 2020. Tanmateix, es tracta d'una revisió sistemàtica d'estudis qualitatius, de caràcter interpretatiu i explicatiu, que segueix el model de metasíntesi per a l'anàlisi dels resultats.

Resultats: El total d'articles inclosos al treball han estat quinze, a través dels quals, realitzant una lectura crítica, s'han obtingut cinc categories temàtiques que sintetitzen els resultats dels estudis avaluats i donen resposta als objectius plantejats.

Conclusió: A partir de les troballes s'han identificat les potencialitats i limitacions de cada servei de salut, en relació amb l'avaluació i abordatge de la conducta suïcida; la influència sociocultural a la percepció del suïcidi per part de les infermeres, depenent del país d'estudi; les actituds terapèutiques de les infermeres a la pràctica clínica i les repercussions del suïcidi en l'àmbit emocional i professional. En conjunt, el treball aporta una visió del camí que s'està recorrent, des d'una postura moralista envers la conducta suïcida, cap a la comprensió de la patologia que s'ha d'avaluar, tractar i prevenir.

Paraules clau: Suïcidi, Conducta suïcida, Infermers/es, Infermeria, Percepció, Actitud, Investigació qualitativa.

ABSTRACT

Background: According to INE, in 2018 3,539 people committed suicide in Spain, which shows a public health problem in terms of suicide prevention. It is also considered that nursing is the field that has more opportunities to identify and intervene in patients with suicidal tendencies. However, the existence of several barriers that interfere with nurses' perceptions and attitudes towards suicidal behaviour, seems to interfere with the proper assessment and approach of these users.

Objective: In order to know the perceptions and attitudes towards suicidal behaviour by nurses, as well as their influence on its evaluation and approach, the present paper seeks to synthesize and integrate the results of qualitative studies that evaluate the variables at issue.

Methodology: The data has been obtained through a research, from January to March 2020, in the following professional health databases: Pubmed, Scopus, Cinahl and Web of Science. However, it is a systematic review of qualitative studies, with an interpretative and explanatory nature, that follows the metasynthesis model for the analysis of results.

Results: The total number of articles included in this paper has been fifteen. By conducting a critical reading of said articles, five thematic categories that summarise the results of the evaluated studies and the objectives set have been obtained.

Conclusion: Based on the findings, the potentialities and limitations of each health service in relation to the evaluation and approach to suicidal behaviour; the sociocultural influence on the perception of suicide by nurses depending on the country; the therapeutic attitudes of nurses in clinical practice and the emotional and professional repercussions of suicide have been identified. Overall, the paper provides a vision of the path that is being followed, from a moralistic stance toward suicidal behaviour, to the understanding of the pathology that has to be assessed, treated and prevented.

Keywords: Suicide, Suicidal behaviour, Nurses, Nursing, Perception, Attitude, Qualitative research.

ÍNDEX

1. JUSTIFICACIÓ	8
2. MARC CONCEPTUAL	10
2.1. LA CONDUCTA SUÏCIDA	10
2.1.1. FACTORS DE RISC PER A LA CONDUCTA SUÏCIDA	11
2.1.2. FACTORS PROTECTORS PER A LA CONDUCTA SUÏCIDA	12
2.2. AVALUACIÓ DEL RISC SUÏCIDA.....	13
2.2.1. NIVELLS DE RISC: CODI RISC SUÏCIDI	14
2.3. ABORDATGE DE LA CONDUCTA SUÏCIDA DES D'INFERMERIA	15
2.4. DIFICULTATS I NECESSITATS EN L'ABORDATGE DES D'INFERMERIA.....	17
3. OBJECTIUS.....	20
3.1. OBJECTIU GENERAL.....	20
3.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS	20
4. METODOLOGIA.....	21
4.1. ESTRATÈGIA DE CERCA	22
5. RESULTATS.....	25
5.1. DIAGRAMA DE FLUX	25
5.2. TAULA DE RESULTATS	26
5.3. CARACTERÍSTIQUES DELS ARTICLES AVALUATS	40
5.4. METASÍNTESI	44
6. DISCUSSIÓ.....	50
7. CONCLUSIONS	55
8. BIBLIOGRAFIA.....	57
9. ANNEXOS	62

ÍNDEX DE TAULES I FIGURES

Taula 1: Diagnòstics infermers en relació a la conducta suïcida.	16
Taula 2: Estratègia de cerca.	22
Taula 3: Equacions de cerca.....	23
Taula 4: Criteris d'inclusió i exclusió.	23
Figura 1: Serveis de salut.....	40
Figura 2: Distribució geogràfica	41
Figura 3: Mostres dels estudis inclosos al treball	42
Figura 4: Metodologies utilitzades en els estudis inclosos al treball	43

LLISTAT D'ABREVIATURES

INE	Institut Nacional d'Estadística
OMS	Organització Mundial de la Salut
ICS	Institut Català de la Salut
SISCAT	Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya
EUA	Estats Units d'Amèrica
SM	Salut mental
AP	Atenció primària
CSM	Centre de Salut Mental
CRS	Codi Risc Suïcidi
FR	Factors de risc
FP	Factors protectors
Escala MINI	Escala <i>International Neuropsychiatric Interview</i>

1. JUSTIFICACIÓ

Segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE), l'any 2018, van morir a conseqüència del suïcidi 3.539 persones a Espanya, 522 de les quals residien a Catalunya. Aquestes xifres ens situen en segon lloc dins del rànquing de defuncions per suïcidi a escala nacional, per darrere d'Andalusia, amb 653 casos, i per davant de la Comunitat Valenciana, amb 396 (1). Per tant, segons aquestes dades, ens trobem davant d'un problema de salut pública tant pel que fa a una possible deficient avaluació i tractament de la conducta suïcida com a la prevenció d'aquesta.

Per a la societat i d'acord amb la publicació de Carpinello i Pinna (2), a aquelles persones que cometen suïcidi sovint se'ls hi associen adjectius i pensaments com que són egoistes, dèbils emocionals o que busquen cridar l'atenció. Com a conseqüència, neix l'estigma i diverses actituds que discriminen i que tenen una rellevant repercussió de cara als supervivents del suïcidi i les seves famílies, que en el cas de la pèrdua de l'ésser estimat tampoc la viuen com si fos una mort natural o per una altra causa.

Per un costat, per als supervivents del suïcidi el procés de percepció de l'estigma social s'inicia amb un "distanciament social" que a poc a poc el porta a desenvolupar autoestigma i autodiscriminació, avergonyint-se del fet i buscant la forma d'ocultar-ho. Per altra banda, sovint els membres de la família són jutjats i culpats, d'alguna manera, de la mort o l'intent de mort del seu familiar, els quals acaben passant per un procés similar d'autoestigmatització.

Així mateix, cal destacar que l'estigma percebut associat al suïcidi porta a un major risc de depressió, entre altres malalties mentals, i que, a més, és un dels principals factors associats al risc de suïcidi, ja que aquestes persones el poden veure com una via per fugir del mateix estigma i del sofriment que aquest els causa (2).

Si ens centrem en l'àmbit infermer, es considera que la professió és qui té més oportunitats d'identificar i intervenir en els pacients amb tendència suïcida. De fet, una publicació de *The Online Journal of Issues in Nursing* (3) afirma que aquells qui van cometre suïcidi havien visitat un professional de la salut el mes abans de dur-lo a terme, però la poca o nul·la formació sobre com avaluar o tractar aquest tipus d'usuaris* fan que no es detecti a temps.

Lligada a aquesta manca de formació al respecte, és important tenir en compte l'existència de barreres psicosocials que interfereixen en l'avaluació. Aquestes estan descrites per les infermeres com emocions, experiències personals, valors i judicis, les quals es veuen més accentuades als hospitals generals que psiquiàtrics i que, sovint, es demostren amb una actitud hostil i poc empatitzant amb aquestes persones.

Tanmateix, a tot això cal afegir que les infermeres refereixen que no saben què dir a una persona amb tendència suïcida, llavors romanen en silenci, ja que tenen por de dir alguna cosa malament, i que algunes vegades no estan segures de si els usuaris estan parlant sobre el tema seriosament i ignoren el problema. De fet, hi ha hagut casos en el triatge d'urgències, on les professionals no han considerat que un pacient que expressa el desig de morir estigui malalt de debò i se li ha assignat un nivell menys prioritari i inclús se l'hi ha permès anar-se'n sense visitar-se (3).

Així doncs, a partir d'aquí, exposar que l'objectiu principal del present treball és dur a terme una revisió sistemàtica d'estudis qualitius, sobre la percepció i actituds de les infermeres envers la conducta suïcida, sintetitzant i integrant els resultats d'aquests i, així, conèixer la situació actual i si aquest estigma o l'existència de barreres també influeix i ens limita en la nostra pràctica clínica a l'hora d'avaluar i tractar aquest tipus d'usuaris. Per tant, es planteja la següent pregunta d'investigació:

Quines percepcions i actituds tenen les infermeres envers la conducta suïcida?

* Al llarg del present treball s'aposta pel llenguatge inclusiu. Per aquest motiu, els mots "infermera/es" o "professional/s" i "usuari/s" o "pacient/s" fan referència tant al sexe masculí com femení, independentment de no estar especificat en totes les ocasions.

2. MARC CONCEPTUAL

2.1. LA CONDUCTA SUÏCIDA

La nomenclatura en l'àmbit de la conducta suïcida és inevitablement confusa, molts cops falta la clara voluntat de matar-se i altres vegades l'acte no condueix a la mort. Així doncs, el concepte de conducta suïcida inclou tots aquells comportaments que van des de la ideació suïcida, on la persona té pensaments i cognicions sobre el suïcidi (4), fins al suïcidi consumat, passant pels plans suïcides i les temptatives (5).

Dit això, el suïcidi, anomenat també autòlisi, és l'acte voluntari pel qual la persona posa fi a la seva existència (6) amb la finalitat d'alleugerir el dolor, que creu que no cedirà, i considerant la mort com l'única solució (7). A banda, cal tenir en compte l'existència d'uns criteris operatius definits per l'Organització Mundial de la Salut (OMS):

- És un acte amb resultat letal.
- Deliberadament iniciat i realitzat pel subjecte.
- Sabent o esperant el resultat letal.
- La mort és un instrument per obtenir canvis desitjables en l'activitat conscient i en el medi social (4).

Si aquest no arriba a consumir-se, estem parlant d'un intent de suïcidi, entès com la maniobra realitzada amb fins suïcides, però que no culmina amb la mort del subjecte (8).

Tanmateix, aquest últim terme s'utilitza en diverses ocasions, de forma errònia, com si fos sinònim de parasuïcidi, el qual pot ser definit com l'acte danyí contra un mateix que aparenta suïcidi però sense la determinació de morir (9). En aquests casos, la persona duu a terme comportaments autolesius que posen en risc la vida però no causen la mort intencionada (5), és una forma de demanar ajuda.

Pel que fa a l'epidemiologia, segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE), l'any 2018 van morir a conseqüència del suïcidi 3.539 persones a Espanya, 522 de les quals residien a Catalunya. Aquestes xifres situen la població catalana en segon lloc dins del rànquing de defuncions per suïcidi a escala nacional, per darrere d'Andalusia, amb 653 casos, i per davant de la Comunitat Valenciana, amb 396 (1). Per tant, segons aquestes dades, ens trobem davant d'un problema de salut pública tant pel que fa a

una possible deficient avaluació i tractament de la conducta suïcida com a la prevenció d'aquesta.

D'altra banda, el passat 2014, l'OMS va adoptar un pla d'acció en l'àmbit de la salut mental (SM), anomenat *Prevención del Suicidio: un imperativo global* (10), on es va incloure la prevenció del suïcidi, proposant-se reduir un 10%, per al 2020, la taxa de suïcidi als diversos països. Per a desenvolupar-lo van partir de la premissa que no hi ha una explicació única del perquè les persones se suïciden, per això, el punt de partida va ser descriure els diferents factors de risc (FR) i factors protectors (FP) que justifiquen les diferents estratègies de prevenció (10).

2.1.1. FACTORS DE RISC PER A LA CONDUCTA SUÏCIDA

Els FR per a la conducta suïcida solen actuar de forma acumulativa, en el sentit que aquella persona vulnerable per desenvolupar aquest comportament sol presentar més d'un factor (10). Dit això, els FR poden classificar-se en tres categories: els relacionats amb el sistema de salut i la societat, els vinculats a l'àmbit comunitari i les relacions i els de caràcter individual.

En primer lloc, en relació amb els FR relacionats amb el sistema de salut i la societat trobem, principalment, les barreres per obtenir accés a l'atenció sanitària necessària (10) i l'estigmatització d'aquells que busquen ajuda per idees suïcides, problemes de SM i/o abús de substàncies (4). A banda, també és influent la notificació inapropiada dels casos per part dels medis de difusió (10).

En segon lloc, els FR vinculats a la comunitat i a les relacions són aquells que fan referència a la situació socioeconòmica del país, les guerres i desastres, la cultura, les oportunitats per estudiar, la presència de discriminació, aïllament i violència i l'acceptació, l'estigma o la il·legalitat del comportament suïcida (11). Així mateix són, també, contribuents la falta de suport social i els conflictes en les relacions, disputes o pèrdues (4). A banda, és molt influent la disponibilitat dels medis utilitzables per a suïcidar-se, el qual podria ser un aspecte clau per a la prevenció si aquests fossin restringits, i tenint en compte que la ingesta de plaguicides, penjar-se i l'ús d'armes de foc són les formes més utilitzades (10).

En tercer lloc, dins dels FR de caràcter individual es poden englobar factors biològics com el sexe, tenint present que se suïciden tres vegades més homes que dones als països rics, i l'edat, situant les taxes més elevades de suïcidi entre les persones de 70

anys i remarcant que és la segona causa principal de mort dins del grup de 15 a 29 anys (10). També s'inclouen els factors genètics que predisposen a malalties de SM o que determinen l'agressivitat i impulsivitat de la persona (4), així com la inestabilitat financera a causa, per exemple, de la pèrdua del treball (11).

A banda, dins d'aquesta categoria cal remarcar la presència de comorbiditat per malalties de SM, com pot ser la depressió, l'esquizofrènia o trastorns de personalitat, i de malalties somàtiques que causen discapacitat i/o dolor crònic, com poden ser la fibromiàlgia o un càncer avançat, o de malalties estigmatitzades socialment, com per exemple, la síndrome de la immunodeficiència adquirida (VIH) (10). Finalment, com a principals FR dins d'aquesta categoria es troben els intents de suïcidi previs, sent el factor més influent, i els antecedents familiars amb aquesta conducta (10).

2.1.2. FACTORS PROTECTORS PER A LA CONDUCTA SUÏCIDA

Els FP són aquells que disminueixen la probabilitat de què una persona sofreixi un trastorn mental i, amb això, una conducta suïcida, mitjançant la reducció a l'exposició al risc o l'atenuació dels efectes dels FR. Igual que els factors descrits a l'apartat anterior, es poden dividir en categories segons si parlem de sistema sanitari, de la comunitat o a escala individual i familiar (11).

Per un costat, pel que fa al sistema de salut cal remarcar la importància de la formació del personal d'atenció primària (AP) perquè identifiqui i doni atenció a les persones que es trobin en situació de risc i, sobretot, aquelles que sofreixin trastorns emocionals. A més, cal que les organitzacions es basin en les necessitats de les persones, sent a la vegada proactives i promotores de la responsabilitat social per la SM de la població (11).

Per l'altre costat, en l'àmbit comunitari és essencial l'oferta d'oportunitats educatives i professionals, així com per al desenvolupament econòmic sostingut. A banda, és important que hi hagi xarxes de suport social, sobretot per aquelles persones i famílies amb necessitats especials, i que l'entorn estigui lliure de riscos: absent de violència, sense ús de drogues dins les possibilitats i amb baixa contaminació ambiental (11).

Per últim, a escala individual és indispensable la promoció d'hàbits saludables, com l'exercici físic, l'alimentació i son, entre altres, i de la salut mental positiva incidint en l'autoestima, en el maneig de l'estrès, en la capacitat de resoldre problemes, inclosa la

capacitat de buscar ajuda, i en la fixació de metes professionals i de projectes de vida. A part, centrant-nos en la família, és important l'estabilitat i la coherència del nucli familiar, el reforç positiu i el suport per aconseguir les metes, i l'establiment de límits socials apropiats de conducta per evitar la violència i incrementar la resiliència (11).

De la mateixa manera, és molt important l'establiment i manteniment de relacions personals sòlides, les quals poden actuar augmentant la capacitat de recuperació i poden suposar una font de suport social, emocional i financer, atenuant la repercussió de factors externs. Així mateix, les creences religioses i espirituals, de forma cautelosa, poden proporcionar un sistema estructurat de creences i promoure un comportament físic i mentalment sa, a la vegada que proporcionen accés a una comunitat socialment cohesiva. De totes maneres, aquestes últimes, poden contribuir en l'estigma associat al suïcidi a causa de la postura moral d'algunes religions envers aquest (10).

2.2. AVALUACIÓ DEL RISC SUÏCIDA

El risc suïcida és la probabilitat de què algú realitzi un intent de posar fi a la seva vida i es compon de diversos factors. Entre aquests és destacable la intenció suïcida, relacionada amb la realització d'un pla per morir amb persistència en el temps (12), així com la presència de FR i FP que incrementen o redueixen el risc.

D'entrada, la primera atenció a l'usuari amb conducta suïcida es pot produir per una consulta espontània, a demanda de la persona afectada, familiars o tercers, en l'àmbit de l'atenció urgent; o, també, en qualsevol contacte assistencial que suggereixi una depressió o afectació emocional després d'una exploració o entrevista clínica per un servei no especialitzat en salut mental (13).

Així doncs, en aquest primer contacte, l'avaluació del risc és fonamental per al maneig i prevenció de la conducta suïcida i per establir un nivell de risc, el qual serà determinant per al posterior abordatge (14). Cal tenir present que, a Catalunya, el nivell s'estableix segons el protocol del Codi Risc Suïcidi (CRS) (13), però que, de la mateixa manera, existeixen uns algorismes d'actuació inclosos en la Guia de Pràctica Clínica del Ministeri de Sanitat (14). A més, l'estimació del risc és un procés complex, ja que actualment no existeixen indicadors específics de la conducta suïcida o FR amb poder predictiu. Per això, les dues eines bàsiques per a l'avaluació del risc són l'entrevista clínica i les escales de valoració (14).

En primer lloc, l'entrevista clínica és l'instrument essencial per a la valoració del risc de suïcidi, ja que, a més de ser útil per a l'avaluació, suposa l'inici de la interacció entre el pacient i el professional i pot jugar un paper rellevant en la reducció del risc. Durant aquesta s'ha de realitzar una avaluació psicopatològica i la recollida de variables sociodemogràfiques, dels FR i dels FP que permetran un abordatge integral del risc de suïcidi (14).

En segon lloc, les escales de valoració suposen un suport o complement per al judici clínic. Cal tenir present que existeixen una gran varietat d'escales per a la valoració del risc de suïcidi i que, cadascuna d'elles, serà més o menys apropiada per a cada servei. Per un costat, l'escala d'ideació suïcida de Beck (SSI) i l'escala d'intencionalitat suïcida de Beck (SIS) han demostrat tenir fiabilitat tot i que han de ser aplicades per un professional de SM (14). D'altra banda, escales com la *International Neuropsychiatric Interview* (MINI), proposada per a la valoració del risc en el CRS de l'Institut Català de la Salut (ICS) (13), la *Modified Scale for Suicide Ideation* (MSSI) i la *Plutchik Suicide Risk Scale*, es plantegen com les millors opcions per als serveis d'urgències i AP, ja que el temps d'aplicació és adequat, les preguntes són senzilles i poden ser aplicades per qualsevol professional sanitari, independentment del servei (12).

2.2.1. NIVELLS DE RISC: CODI RISC SUÏCIDI

El CRS es defineix com “un conjunt protocol·litzat d'actuacions preventives i assistencials adreçades a aquelles persones que en el moment de contactar i/o acudir al Sistema Sanitari Integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) presentin un risc important de suïcidi”. Així doncs, a partir de la valoració dels FR (annex 1) i l'aplicació de l'escala MINI (annex 2), el CRS estableix tres nivells de risc de suïcidi per al seu consegüent abordatge (15).

El primer fa referència a un nivell baix de suïcidi, amb una puntuació d'1 a 5 punts segons l'escala MINI. En aquests casos, l'usuari acostuma a manifestar un estat de malestar psicològic i idees passives de mort. Durant l'entrevista clínica, aquestes persones poden no parlar explícitament d'idees de morir, però expressen un desig de desaparèixer, de deixar de patir.

Per altra banda, el segon nivell fa referència a un risc moderat o mitjà, amb una puntuació de 6 a 9 punts a l'escala MINI. Aquests pacients, a banda d'expressar idees actives o desig de mort o de desaparèixer, també manifesten que han pensat suïcidar-

se tot i que no existeix planificació de la conducta suïcida. En aquests casos, la vulnerabilitat dependrà, en major part, dels FR i FP.

Finalment, el tercer nivell correspon a un nivell de risc alt, amb una puntuació de 10 o més en l'escala MINI. En aquestes situacions, o ja s'ha produït una temptativa prèvia recent, existint un alt de risc de repetició, o bé el pacient, a més de manifestar ideació suïcida, expressa una planificació de conducta suïcida. En aquests casos, s'ha d'activar el CRS per tal d'abordar, urgentment, la situació.

2.3. ABORDATGE DE LA CONDUCTA SUÏCIDA DES D'INFERMERIA

Centrant-nos en la infermeria, un cop establert el nivell de risc de suïcidi, les intervencions a realitzar s'hauran de basar, principalment, en donar seguiment i suport emocional a la persona afectada i al seu entorn, sigui des d'AP o des del Centre de Salut Mental (CSM) (13).

Dit això, puntualitzar que en cas que l'usuari presenti un nivell alt de suïcidi serà necessària una avaluació psiquiàtrica per determinar l'opció terapèutica més adient, podent ser l'ingrés a la unitat de psiquiatria d'aguts, l'ingrés a un servei no psiquiàtric, depenent de l'estat de salut, o bé donar l'alta a domicili amb un seguiment ambulatori des del seu CSM i equip d'AP de referència (13).

A partir d'aquí, per tal de donar la millor atenció possible a l'usuari, des d'infermeria s'ha de posar en marxa un pla de cures que ha d'enfocar les diferents intervencions en:

- Controlar la conducta autolesiva i suïcida fomentant la confiança i evitant el risc del dany autoinfligit i, en cas de la necessitat d'hospitalització, establir un dispositiu de vigilància i seguretat que als ulls del pacient resulti una ajuda i acompanyament més que un control.
- Proporcionar coneixements i habilitats per a un millor afrontament de les situacions conflictives proporcionant, també, suport emocional i reduint, en la mesura del possible, l'ansietat (7).

Altrament, segons la taxonomia NANDA-NOC-NIC, amb relació a les persones en risc autolític, els principals diagnòstics infermers aplicables, amb els respectius objectius i intervencions, podrien ser:

NANDA	NOC	NIC
00150 Risc de suïcidi (16).	- 1205 Autoestima. - 2002 Benestar personal. - 1206 Desig de viure. - 1204 Equilibri emocional. - 1201 Esperança. - 1309 Resiliència personal. - 1504 Suport social.	- 5330 Control de l'estat d'ànim. - 6340 Prevenció del suïcidi. - 4420 Acord amb el pacient. - 5400 Potenciació de l'autoestima. - 5310 Donar esperança. - 6610 Identificació del risc. - 6160 Intervenció en cas de crisi. - 5430 Grup de suport.
00140 Risc de violència autodirigida (17).	- 1408 Autocontrol de l'impuls suïcida. - 1302 Afrontament dels problemes. - 2000 Qualitat de vida. - 1908 Detecció del risc.	- 4354 Maneig de la conducta: autolesió. - 5820 Disminució de l'ansietat. - 4370 Entrenament per a controlar els impulsos. - 4480 Facilitar l'autoresponsabilitat. - 4360 Modificació de la conducta. - 5880 Tècniques de relaxació.
00241 Deteriorament de la regulació de l'estat d'ànim (18).	- 1402 Autocontrol de l'ansietat. - 1502 Habilitats d'interacció social. - 1604 Participació en activitats d'oci. - 1310 Resolució de la culpa.	- 5270 Suport emocional. - 5440 Augmentar els sistemes de suport. - 5300 Facilitar l'expressió del sentiment de culpa. - 8640 Fomentar la resiliència. - 5230 Millorar l'afrontament. - 4500 Prevenció del consum de substàncies nocives.

Taula 1: Diagnòstics infermers en relació a la conducta suïcida.

Així doncs, les intervencions, enfocades a l'assoliment dels objectius exposats, han de basar-se, principalment, en un abordatge de caràcter psicosocial. A banda, constatar l'existència d'altres diagnòstics, com 00124 Desesperança (19) o 00119 Baixa autoestima crònica (20), que també podrien ser aptes per a l'establiment d'un pla de cures en relació amb la conducta suïcida, ja que la majoria d'objectius i intervencions són comuns entre els diferents diagnòstics.

Altrament, és evident la importància d'establir una relació terapèutica basada en la confiança i el respecte. D'aquesta manera, s'han de tenir quatre principis en compte per tal d'establir una relació adequada entre el professional i l'usuari:

- Realisme: Pel que fa al progrés amb relació a les intervencions, és important veure els èxits des d'un punt de vista positiu i avaluar-los dins del context de la situació real de la persona.
- Perspectiva a llarg termini: S'han de plantejar objectius a aconseguir en etapes successives i entenent que les recidives són part del procés.
- Empatia i actitud positiva.
- Flexibilitat i intervenció basada en la persona: S'ha de partir de la premissa que l'usuari és qui estableix la seva agenda i els seus temps de canvi. Des d'aquesta perspectiva s'aconsegueix una millor disposició del pacient a acceptar les diverses estratègies d'intervenció (21).

2.4. DIFICULTATS I NECESSITATS EN L'ABORDATGE DES D'INFERMERIA

Davant l'evidència de necessitar estratègies de detecció i identificació per possibilitar l'atenció adequada i contínua als usuaris amb comportament suïcida, cal destacar quines són les causes de la dificultat i incapacitació dels professionals d'exercir el seu paper davant d'aquestes situacions (22).

Així doncs, entre aquestes, cal destacar la presència de barreres en l'àmbit professional: la falta de temps per sobrecàrrega de treball, la manca de formació i coneixements per identificar els FR i actuar en situacions precoces i la carència de xarxes de suport, polítiques, programes i iniciatives per la prevenció del suïcidi (22).

D'altra banda, existeixen, també, una sèrie de barreres psicosocials que interfereixen en l'avaluació i abordatge de la conducta suïcida. Aquestes estan descrites per les infermeres com emocions, experiències personals, valors i judicis, les quals es veuen

més accentuades als hospitals generals que psiquiàtrics i que, sovint, es demostren amb una actitud hostil i poc empatitzant amb aquests pacients (3). Tanmateix, en relació amb aquesta influència dels aspectes psicosocials, s'han realitzat diversos estudis, que avaluen la perspectiva dels usuaris en relació amb l'atenció rebuda i les actituds del personal sanitari, que corroboren l'existència d'aquestes actituds i percepcions al sistema sanitari estatal.

Per un costat, segons un estudi realitzat al CSM de Tarragona (23), que avalua l'experiència subjectiva dels usuaris amb un intent de suïcidi previ i els seus familiars, existeix una certa resistència al diagnòstic de depressió, tenint en compte la influència que té aquesta sobre la conducta suïcida, per part dels professionals sanitaris. Aquesta s'observa quan el pacient no coincideix amb el patró cognitiu i sociocultural assignat a la patologia amb relació a la classe social, el sexe i el caràcter, i sent més difícil de diagnosticar en persones de classe social mitjana, de sexe masculí o de caràcter alegre (23). Això demostra que el professional tendeix a formar-se idees preconcebudes o prejudicis que, a la pràctica, impedeixen o dificulten una correcta avaluació de la conducta suïcida.

Per l'altre costat, és important fer referència a un estudi realitzat als professionals d'infermeria dels serveis d'urgències i salut mental de la província de Granada sobre les actituds d'aquests davant la conducta suïcida i la influència de la intel·ligència emocional. Els resultats d'aquest demostren que les actituds estigmatitzants presents en la societat i cultura són, també, influents en el personal d'infermeria (24).

Així, a partir de l'avaluació amb qüestionaris, dels quals cal destacar el CCCS-18, el qual avalua l'actitud favorable o desfavorable cap a la conducta suïcida (25), s'observa que és freqüent que el personal sanitari tingui una actitud negativa davant d'aquests usuaris i una falta d'habilitats interpersonals per atendre'ls. De fet, el professional sol realitzar una divisió entre els problemes mentals i físics, sense tenir en compte que el 90% dels pacients amb conducta suïcida sofreixen un trastorn mental, fragmentant l'atenció i infravalorant les necessitats de les persones amb problemes de SM (24).

Per tant, aquestes actituds i creences repercuteixen en l'atenció sanitària i tenen impacte en l'usuari amb conducta suïcida. Els professionals porten a terme prejudicis i veuen les persones que s'autolesionen com manipuladors i captadors d'atenció, a més a més, de pensar que parlar de suïcidi amb ells augmenta el risc, quan suposa el contrari (24).

Així doncs, d'acord amb les variables que semblen estar relacionades amb la dificultat en l'avaluació i abordatge de la conducta suïcida, queda clara la importància de la formació del personal per a la capacitat en SM, ja que, sovint, el sistema sanitari no cobreix les necessitats de les persones que afronten problemes psicosocials (22). Tanmateix, és important que l'ambient de treball sigui l'adequat perquè els professionals puguin desenvolupar les diferents tasques, sent essencial augmentar el temps del qual es disposa amb el pacient, així com incrementar la privacitat d'alguns serveis per poder proporcionar un espai de seguretat i confiança a la persona afectada i, així, facilitar la seva expressió, entre altres (26).

A banda, pel que fa a les barreres psicosocials, conèixer les creences i representacions de la persona amb intents de suïcidi i l'experiència de la seva interacció amb el sistema sanitari, pot ajudar al professional d'infermeria en la confrontació dels seus propis preconceptes, actituds discriminatòries i coneixements culturals, permetent-li desmitificar conceptes i orientar al pacient i família per a la recuperació i prevenció l'aïllament social i familiar, determinant per a la disminució de l'estigma (23).

A més, per donar resposta a la sol·licitud d'ajuda, és important que, a més de les cures físiques o psicològiques, tinguem en compte els aspectes culturals. Així doncs, una avaluació curosa i centrada en la persona amb intents de suïcidi, ha de basar-se tant en el coneixement científic sobre la malaltia depressiva com en les competències humanes i el significat social i cultural de la conducta suïcida, ja que ambdós factors són significatius en la cura integral a la persona i la família (23).

Per últim, segons l'article de Carmona et al. (24), és important, també, la formació dels professionals d'infermeria en intel·ligència emocional, tant per aconseguir actituds més positives en l'atenció dels usuaris amb comportament suïcida, com per ajudar al personal a tolerar millor l'estrès, obtenir més satisfacció laboral, menor ansietat davant la mort i millor salut en general (24).

3. OBJECTIUS

3.1. OBJECTIU GENERAL

- Sintetitzar i integrar els resultats de diferents estudis qualitatius sobre les percepcions i actituds de les infermeres envers la conducta suïcida.

3.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Distingir potencialitats i limitacions en l'avaluació i abordatge de la conducta suïcida de cada servei de salut.
- Avaluar la influència sociocultural a la percepció del suïcidi per part de les infermeres.
- Considerar la influència de les limitacions dels serveis de salut i dels aspectes socioculturals en l'actitud terapèutica envers la conducta suïcida des d'infermeria.
- Conèixer l'impacte emocional generat per la conducta suïcida a les infermeres, així com la possible influència d'aquest a la seva pràctica clínica.

4. METODOLOGIA

L'evidència en infermeria generada a través de la investigació qualitativa és rellevant i aporta perspectives multifocals de la visió i significació sociocultural del binomi salut-malaltia, les quals són aplicables a la millora de la pràctica clínica i a la proporció de cures de qualitat en termes de seguretat i rigor científic (27).

Així doncs, el present treball es tracta d'un estudi interpretatiu i explicatiu seguint el model de metasíntesi, on s'analitzen diverses publicacions qualitatives en bases de dades professionals d'àmbit sanitari, que busca aportar, mitjançant mètodes qualitius, una interpretació nova i integrativa de les troballes, que aportí molt més que els resultats individuals de cada investigació (27).

Per a l'elecció dels articles inclosos en l'estudi, la recerca ha estat realitzada, durant els mesos de gener a març de 2020, a les bases de dades Pubmed, Scopus, Cinahl i Web of Science. Així mateix, els criteris d'inclusió i exclusió definits per al cribratge dels articles han estat:

- Els articles seleccionats han d'estar publicats en els darrers deu anys (2010 – 2020), per tant, tots aquells que van ser publicats anteriorment han estat exclosos.
- L'idioma dels articles inclosos a l'estudi és català, castellà, anglès o portuguès.
- No s'han acceptat les publicacions de tipus revisió bibliogràfica o amb una metodologia que no fos investigació qualitativa.
- No s'han inclòs aquelles publicacions que no tenen disponible el text complet.
- S'han exclòs els articles on la població d'estudi són estudiants.

4.1. ESTRATÈGIA DE CERCA

Per tal de facilitar la recerca, s'han utilitzat paraules clau i descriptors, basats en el llenguatge MeSH i DeCS, i operadors booleans i truncaments. Aquests s'exposen a la següent taula:

			Paraula clau	MeSH	DeCS
AND	OR	Terme 1	Suïcidi	Suicide	Suicidio
		Terme 2	Intent de suïcidi	Attempted suicide	Intento de suicidio
		Terme 3	Suïcidi consumat	Completed suicide	-
	OR	Terme 4	Infermeres	Nurses (nurs*)	Enfermeras
		Terme 5	Infermeria	Nursing (nurs*)	Enfermería
	OR	Terme 6	Percepció	Perception	Percepción
		Terme 7	Actitud	Attitude	Actitud
	NOT	Terme 8	Suïcidi assistit	Assisted suicide	Suicidio asistido
	NOT	Terme 9	Estudiants	Students	Estudiantes
		Terme 10	Investigació qualitativa	Qualitative research	Investigación cualitativa

Taula 2: Estratègia de cerca.

Així doncs, l'equació de cerca utilitzada a les diferents bases de dades ha estat la següent:

Pubmed	(suicide OR attempted suicide OR completed suicide) AND nurs* AND (attitude OR perception) AND qualitative research NOT assisted suicide NOT student
Cinahl	(suicide OR attempted suicide OR completed suicide) AND nurs* AND (attitude OR perception) AND qualitative research NOT assisted suicide NOT student
Web of Science	(suicide OR attempted suicide OR completed suicide) AND nurs* AND (attitude OR perception) AND qualitative research NOT assisted suicide NOT student
Scopus	(suicide OR "attempted suicide" OR "completed suicide") AND (nurse OR nurses OR nursing) AND (attitude OR perception) AND "qualitative research" AND NOT "assisted suicide" AND NOT (student OR students)

Taula 3: Equacions de cerca.

Els filtres aplicats a les diferents bases de dades segons els criteris d'inclusió i exclusió són:

Pubmed	Últims 10 anys, idioma (català, castellà, anglès i portuguès), text complert.
Cinahl	Últims 10 anys, idioma (català, castellà, anglès i portuguès).
Web of Science	Últims 10 anys, idioma (català, castellà, anglès i portuguès).
Scopus	Últims 10 anys, idioma (català, castellà, anglès i portuguès).

Taula 4: Criteris d'inclusió i exclusió.

A partir d'aquí, un cop realitzada la cerca i emprats els filtres per a l'aplicació dels criteris d'inclusió i exclusió al nombre total d'articles obtinguts, s'exclouen, també, aquells que no compleixen els següents criteris:

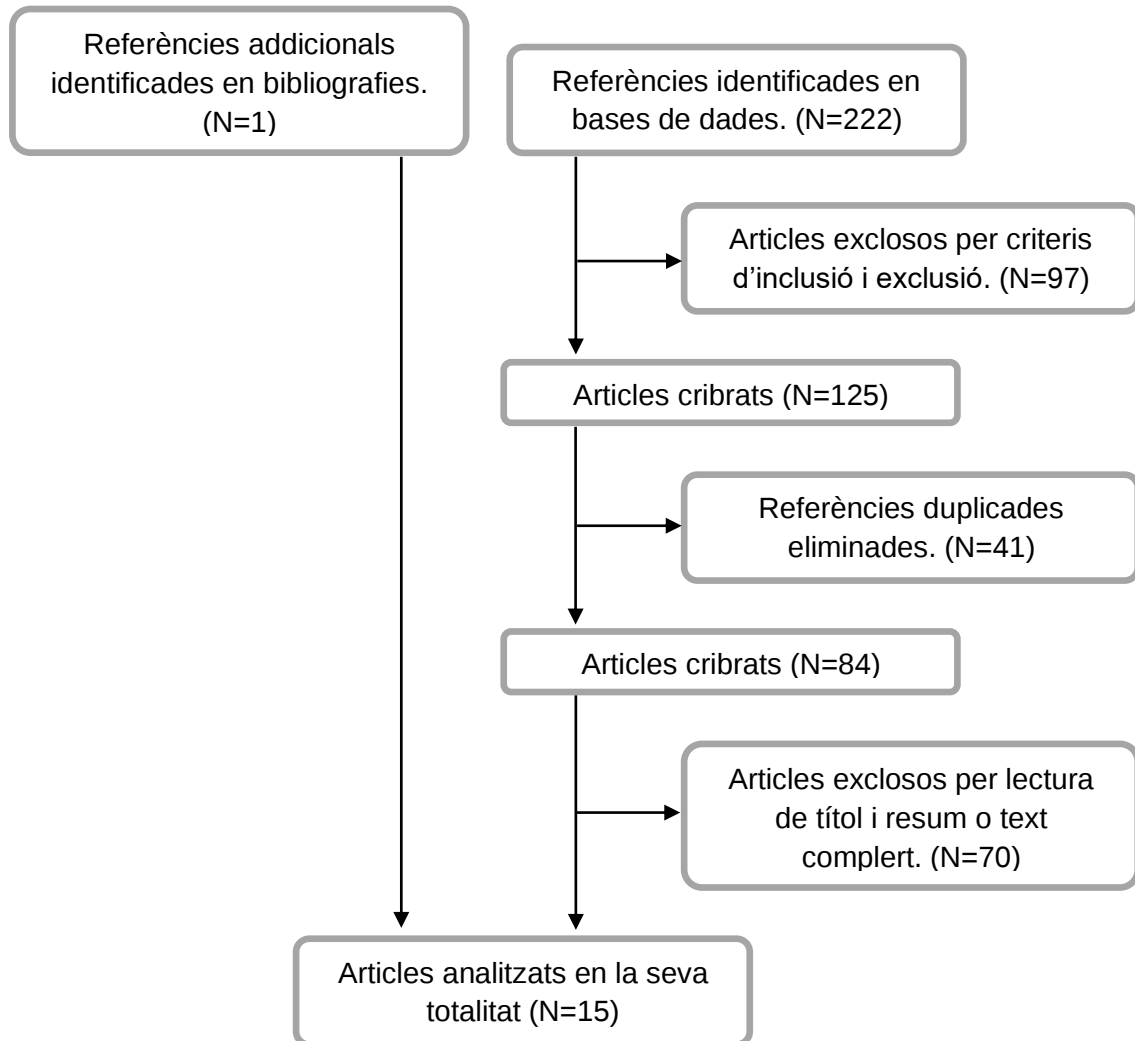
- Els articles duplicats, ja que apareixen a més d'una base de dades.
- Els articles que no responen a la pregunta d'investigació a partir de la lectura de títol i resum o text complet.

Seguidament, es duu a terme la lectura crítica del text complet dels articles seleccionats i s'avalua la seva qualitat mitjançant l'eina CASPe (annex 3), la qual està basada en tres aspectes generals per a la valoració d'aquesta en estudis qualitius: el rigor, que fa referència a la congruència de la metodologia utilitzada per respondre la pregunta d'investigació; la credibilitat, que correspon a la capacitat que tenen els resultats de representar el fenomen d'estudi des de la subjectivitat dels participants; i la rellevància, que representa la utilitat de les troballes a la pràctica, és a dir, l'evidència qualitativa (28).

Per últim, es representen, al diagrama de flux, els passos seguits per a l'obtenció del nombre final d'articles analitzats i s'exposen els estudis inclosos al treball a la taula de resultats. Finalment, es procedeix a la síntesi i integració dels resultats dels estudis analitzats seguint el model de metasíntesi.

5. RESULTATS

5.1. DIAGRAMA DE FLUX



5.2. TAULA DE RESULTATS

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Obando, Kullgren, i Dahlblom. 2014, Nicaragua. (29)	A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among Young people in Nicaragua.	Explorar com els professionals d'atenció primària, a Nicaragua, perceben els problemes de salut mental, els problemes de suïcidi i la conducta de buscar ajuda en la gent jove.	Mostra: n=12 (7 metges de capçalera i 5 infermeres) Recollida de dades: entrevista semiestructurada i observació al centre de treball. Anàlisi: anàlisi temàtic fenomenològic.	- Els professionals expressen la importància de la relació terapèutica establerta, basada en la confiança. - Les dades demostren, més enllà d'algunes actituds negatives, sentiments de frustració i impotència, ja que no es veuen capaços de prevenir i tractar el suïcidi amb els coneixements que tenen, llavors han de derivar. - S'identifiquen barreres que justifiquen la dificultat per a proporcionar unes cures adequades a aquest tipus d'usuaris: falta de temps, de privacitat, de recursos, de professionals entrenats i dificultats en la comunicació amb la gent jove. - Creuen important que hi hagi un servei de SM al centre d'AP, ja que seria més efectiu el tractament i prevenció el suïcidi per la confiança ja establerta amb el servei en qüestió.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Sousa JF, Sousa VC, Carvalho, Amorim, Fernandes, Coelho, et al. 2019, Brasil. (30)	<u>Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros.</u>	Descriure l'opinió d'infermers d'atenció primària sobre la prevenció del suïcidi en relació amb les polítiques públiques vigents a Brasil.	Mostra: n=18 infermeres Recollida de dades: entrevista semiestructurada. Anàlisi: amb el software IRAMUTEQ. Enfocament fenomenològic.	- Les informants expliquen la presència de factors estressants que, en falta de suport o ajuda, poden conduir la persona a un intent de suïcidi. - Les infermeres expliquen que saben identificar el risc de suïcidi, llavors deriven a l'usuari als serveis especialitzats (NASF o CAPS) per a l'abordatge. - Expressen no tenir formació i capacitació per a l'abordatge, per això és millor derivar a un psicòleg/psiquiatre. - Creuen que la SM no forma part de les competències d'AP, demostrant que segueixen un model biomèdic, en lloc de una cura integral i humanitzada.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Osolfo, Knizek, Akotia i Hjelmeland. 2012, Ghana. (31)	Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study.	Entendre les actituds, de les infermeres d'urgències i psicòlegs, de cara al suïcidi i la seva prevenció a Ghana.	Mostra: n=17 (9 psicòlegs i 8 infermeres) Recollida de dades: entrevista semiestructurada. Anàlisi: <i>Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)</i> (fenomenologia)	- Les actituds dels informants de l'estudi semblen transitar entre el que és moral, influenciat per la religió, i la salut mental. - La majoria de les infermeres mantenen una postura moralista, veient el suïcidi com un crim, les persones que ho intenten com culpables i malvades. Algunes infermeres veuen el suïcidi com una patologia i persones que necessiten ajuda. - Tots els informants estan d'acord en la necessitat de prevenció. Tot i això, la majoria d'infermeres l'enfoquen des d'una perspectiva prescriptiva i mitjançant amenaces. - El nivell d'educació, l'experiència clínica, amb persones amb intents de suïcidi, i els valors religiosos semblen influenciar en les diferents actituds cap a la conducta suïcida i la seva prevenció.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Petrik, Gutierrez, Berlin i Saunders. 2015, EUA. (26)	Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments: a qualitative study of provider perspectives.	Investigar les perspectives dels professionals d'emergències sobre els factors que faciliten o perjudiquen l'avaluació efectiva del risc de suïcidi.	Mostra: n=92 (metges, infermeres i treballadors socials) Recollida de dades: enquesta <i>online</i> composta per tres preguntes de resposta oberta. Anàlisi: mètode inductiu temàtic fenomenològic.	- Relacionat amb l'ambient de treball al servei d'urgències, els professionals veuen el temps i la privacitat dels que disposen com una barrera per a l'avaluació del risc de suïcidi. - Refereixen que sovint els usuaris no són capaços de contestar a les preguntes de forma honesta, a causa de la manca de privacitat o per la por a ingressar a un hospital psiquiàtric. - Veuen les eines de comunicació i les habilitats interpersonals com imprescindibles per dur a terme una bona avaluació. - Refereixen una manca de recursos, formació i educació continuada, les quals els generen desconfort i por a la pràctica. Per això, davant la falta, també, d'un protocol estàndard, prefereixen consultar/derivar als especialistes en SM.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Vedana, Magrini, Miasso, Zanetti, Souza i Borges. 2017, Brasil. (32)	Emergency nursing experiences in assistint people with suicidal behaviours: A grounded theory study.	Entendre les experiències de les infermeres d'urgències amb relació a l'assistència de persones amb conducta suïcida.	Mostra: n=19 infermeres Recollida de dades: entrevista semiestructurada individual i qüestionari per obtenir informació demogràfica i professional dels informants. Anàlisi: Model de la Teoria Fonamentada i Interaccionisme Simbòlic.	- Les infermeres refereixen que es tracta d'una situació crítica, desafiant i complexa. A més, afirmen no tenir un protocol específic, cosa que dificulta la cohesió dins l'equip. - Jutgen el suïcidi com un acte injustificable, egoista, incomprensible i que genera gran demanda. - Assumeixen que l'experiència els crea sentiments com pena, xoc, enuig, frustració, desaprovació, incompetència, altruisme, entre altres. A banda, expliquen que és contradictori perquè el pacient busca morir i els professionals el salven. - Les informants coincideixen en el fet que no tenen competències per abordar el suïcidi i per això és millor derivar-lo a un especialista. A més, no ofereixen unes cures integrals, se centren en la part física de la persona, a banda de què el servei d'urgències no té un ambient idoni per atendre aquests usuaris. - L'estudi ha demostrat que els professionals que tenien formació en salut mental són més exigents amb ells mateixos i això els hi intensifica el desconfort davant aquestes situacions.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Fontao, Rodrigues, Lino i Kempfer. 2018, Brasil. (33)	Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide.	Analitzar les cures d'infermeria a les persones ateses al servei d'emergències per intent de suïcidi en la percepció de l'equip d'infermeria.	Mostra: n=16 (8 infermeres i 8 auxiliars d'infermeria) Recollida de dades: entrevista semiestructurada. Anàlisi: de contingut fenomenològic.	- Les infermeres afirmen que, a causa de la dinàmica de treball dels serveis d'urgències, s'aborda bàsicament la part biològica i es delega l'abordatge psicològic als psicòlegs o treballadors socials. - Refereixen que l'ambient no és l'òptim per atendre aquest tipus d'usuaris, que seria millor que anessin directament a un servei de psiquiatria. - Consideren que fa falta formació en salut mental per millorar la situació. A banda de què l'estructura del servei dificulta l'atenció continuada i la cohesió de l'equip.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Hjelmeland, Osafo, Akotia i Knizek. 2014, Ghana. (34)	The law criminalizing attempted suicide in Ghana. The views of clinical psychologists, emergency wars nurses and Police officers.	Investigar les actituds, cap a la llei que criminalitza l'intent de suïcidi a Ghana, per part de les infermeres d'emergències, els psicòlegs clínics i els policies.	Mostra: n=24 (8 infermeres, 8 psicòlegs i 8 policies) Recollida de dades: entrevista semiestructurada Anàlisi: de contingut qualitatiu. Enfocament etnogràfic.	- La majoria d'informants no estan d'acord amb la llei. De totes maneres, 5 de les 8 infermeres d'urgències entrevistades hi estan a favor. - L'opinió de les infermeres a favor de la llei és que les persones no tenen dret a treure's la vida, és un crim. A més, creuen que la llei ajuda a reduir les taxes de suïcidi, ja que és una forma de prevenció. - El principal argument d'aquestes, en contra de llei, és que el suïcidi va lligat a algunes raons, entre elles la malaltia mental.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
De Oliveira, Silva, dos Santos, Ribeiro, Rebouças i Nogueira. 2017, Brasil. (35)	The look of emergency nurse at the patient who attempted suicide: an exploratory study.	Analitzar les actituds de les infermeres d'urgències i emergències en relació amb les cures dels pacients suïcides.	Mostra: n=13 infermeres Recollida de dades: entrevista semiestructurada individual. Anàlisi: en nuclis de significat, enfocament fenomenològic.	- Les infermeres afirmen que les cures proporcionades a les persones ateses per intent de suïcidi solen basar-se en un model biomèdic, que no veu l'usuari com un ésser biopsicosocial. - Exposen que l'entorn d'urgències no és el millor ambient per atendre aquestes persones, a causa de la dificultat de proporcionar cures humanitzades i de continuïtat. - Les infermeres no creuen que la humanització dels cuitats pugui prevenir un nou intent. - Expliquem que no saben com relacionar-se i dialogar amb aquests usuaris, els hi genera desconfort i veuen el suïcidi com un tema tabú.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Wang, Ding, Hu, Zhang i Huang. 2016, Xina. (36)	A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital.	Examinar les reaccions davant el suïcidi d'un pacient hospitalitzat, en un hospital general, i la necessitat de serveis de benestar i educació, amb la finalitat de formular recomanacions sobre el suport significatiu posterior als esdeveniments.	Mostra: n=15 infermeres Recollida de dades: entrevista semiestructurada individual. Anàlisi: mètode fenomenològic, mitjançant <i>Colaizzi's 7 steps</i> .	- Les infermeres afirmen que és molt difícil prevenir el suïcidi, quasi inevitable. A més, refereixen tenir pocs coneixements, no saben com fer l'abordatge, a més de la influència de ser un tema tabú per a la societat xinesa. - Respecte a la reacció emocional, expressen xoc, pànic, por, culpabilitat, frustració, inseguretat, entre altres. - Expressen, que després de l'esdeveniment, van sentir estrès i ansietat durant la jornada laboral, van dur a terme una excessiva vigilància als usuaris i estaven esgotades, baixes d'ànim, sense ganes d'anar a treballar. - Per a la recuperació posterior a l'esdeveniment algunes van buscar suport, escolta i consol a les companyes i/o familiars/amics. Altres van seguir un afrontament basat en l'evasió, obligant-se a oblidar l'experiència.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Jones, Krishna, Rajgopal i Keenan. 2014, Índia. (37)	Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India.	Explorar les experiències i actituds de les infermeres en un hospital general a Mysore, Índia, tractant pacients que han intentat suïcidar-se i ingressen a l'hospital.	Mostra: n=15 infermeres Recollida de dades: entrevistes semiestructurades. Anàlisi: <i>Interpretative phenomenological analysis (IPA)</i> (fenomenologia).	- Els informants exposen les dificultats socioculturals, presents a l'Índia, que podrien portar a les persones a suïcidar-se. A més, de la importància de la religió en l'educació, les creences i valors. - Les infermeres demostren una actitud estigmatitzant, negativa i de judici influència per la religió i la societat. Veuen el suïcidi com una cosa mal feta, un pecat. De totes maneres, algunes valoren la valentia d'alguns per cometre suïcidi o senten pena. - Se centren en l'abordatge físic dels usuaris i refereixen que per a l'abordatge psicològic haurien de tenir més coneixements, més personal treballant i més intimitat al centre de treball, tenint en compte les condicions de pobresa dels hospitals a l'Índia.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Matandela i Matlakala. 2016, Sudàfrica. (38)	Nurses' experiences of inpatients suicide in a general hospital.	Presentar les experiències de les infermeres que van cuidar de pacients que van cometre suïcidi durant l'ingrés a un hospital general.	Mostra: n=6 infermeres Recollida de dades: entrevistes individuals. Anàlisi: qualitatiu manual. Enfocament biogràfic.	- Les infermeres afirmen que van ser experiències de desconfiança i, a la vegada, de desesperança. - La reacció emocional d'aquestes mostra que van ser experiències negatives i estressants. - Els va despertar sentiments de culpa i de remordiment i va significar un trauma emocional que va conduir, a algunes d'elles, a sofrir una depressió. - Les participants també indiquen que tenien por de la represàlia, tant de les famílies com de l'administració, ja que van sentir-se culpades per aquests davant dels fets.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Türkles, Yilmaz i Soylu. 2018, Turquia. (39)	Feelings, thoughts and experiences of nurses working in a mental health clinic about suicidal behaviours and suicide attempts.	Investigar els sentiments, pensaments i experiències d'infermeres treballant a una clínica de salut mental sobre aquells amb conducta suïcida i intents de suïcidi.	Mostra: n=33 infermeres Recollida de dades: entrevistes individuals. Anàlisi: transcripció de les entrevistes combinades amb notes observacionals i anàlisi fenomenològic.	- Les infermeres exposen les seves perspectives sobre les raons per les quals els usuaris cometten suïcidi i quin és el moment i la manera més freqüents de dur-lo a terme. - S'exposen els sentiments cap als usuaris que cometten suïcidi: pena o enuig, sentiment de responsabilitat per no ser capaces d'evitar-ho, ansietat, estrès, inquietud i por. - Les participants expliquen les intervencions a realitzar davant un intent de suïcidi i aporten recomanacions per a la prevenció d'aquests. - Les infermeres exposen sentir-se culpades per l'administració quan un pacient fa un intent de suïcidi.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Hagen, Knizek i Hjelmeland. 2017, Noruega. (40)	Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor.	Investigar les experiències, de les infermeres de salut mental, reconeixent i donant resposta a la conducta suïcida/autolesió i el maneig del repte emocional en cuidar pacients ingressats potencialment suïcides.	Mostra: n=8 infermeres Recollida de dades: entrevista semiestructurada. Anàlisi: condensació sistemàtica per significats, enfocament fenomenològic.	- Les infermeres afirmen que la intuïció, basada en l'observació, de sotils signes no verbals, els resulta clau per prevenir suïcidis i que la no formació/experiència són perjudicials, ja que no es reconeixen els signes d'alarma. - El treball d'infermeria ha de basar-se en la comprensió per orientar al pacient cap a la vida, ampliant les perspectives perquè aquest sigui més receptiu a les aportacions positives. A més s'ha de mantenir la calma i la neutralitat tot i les emocions negatives. - Les informants expressen que tenen sentiments de tristesa, culpa, fracàs i responsabilitat, o d'enuig, esgotament emocional i alleugeriment quan un usuari duu a terme un suïcidi. - És important establir límits en la relació terapèutica perquè el vincle emocional no sigui massa fort. Algunes infermeres comenten la importància de compartir els sentiments i obtenir suport per desconnectar.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Hultsjö, Wärdig i Rytterström. 2019, Suècia. (41)	The borderline between life and death. Mental healthcare professionals' experience of why patients commit suicide during ongoing care.	Explorar les experiències dels professionals de salut mental sobre les circumstàncies que causen que el pacient és suïcidi durant l'atenció continuada.	Mostra: N=12 (8 infermeres i 4 auxiliars d'infermeria) Recollida de dades: entrevista. Anàlisi: estructuració dels resultats en unitats de significat. Enfocament fenomenològic.	- Els professionals sanitaris entrevistats, entre ells 8 infermeres, refereixen sentiments d'ambivalència davant la conducta suïcida. - Exposen que els usuaris amb ideació suïcida solen tenir una vida sense sentit, de soledat, fosca, fràgil i sovint influenciada per patologies mentals, per la qual cosa qualsevol canvi pot portar-los al suïcidi. - Els professionals entenen que la mort pot suposar l'única forma d'alleugerir el seu sofriment. - Veuen el suïcidi com lògic i esperat i, més que tristesa, també els causa sentiments d'alleugeriment perquè la persona descansa en pau.

Autor, any, país	Títol	Objectiu	Metodologia	Conclusions principals
Couillet, Terra, Brochard i Chauliac. 2017, França. (42)	<u>Barriers to the Prevention of Suicide in Nursing Homes. A Qualitative Study of the Social Representations of Caregivers.</u>	Identificar com, els professionals sanitaris de les residències, consideren el suïcidi en la gent gran des de la perspectiva social, i com s'estenen aquestes representacions socials com un obstacle en la prevenció del suïcidi.	Mostra: n=18 (4 infermeres i 13 auxiliars d'infermeria) Recollida de dades: entrevista semiestructurada individual. Anàlisi: codificació manual, enfocament fenomenològic.	- Els informants afirmen que el suïcidi en la gent gran es considera una expressió de l'autonomia individual. - La causa amb més pes que identifiquen és el sofriment a conseqüència de la soledat, les pèrdues, les malalties cròniques i el declini causat per l'envelliment. - Refereixen que la societat veu el suïcidi en gent gran més acceptable i normal, ja que la persona ja està al final de la vida i no li queda molt a viure. - Se senten culpables/estressats en certa part per no poder individualitzar més les cures a causa de la falta de temps/recursos. A més, comenten que la gent gran no sol comunicar el desig de suïcidar-se, cosa que augmenta la dificultat de detectar-lo i prevenir-lo.

5.3. CARACTERÍSTIQUES DELS ARTICLES AVALUATS

– Serveis de salut:

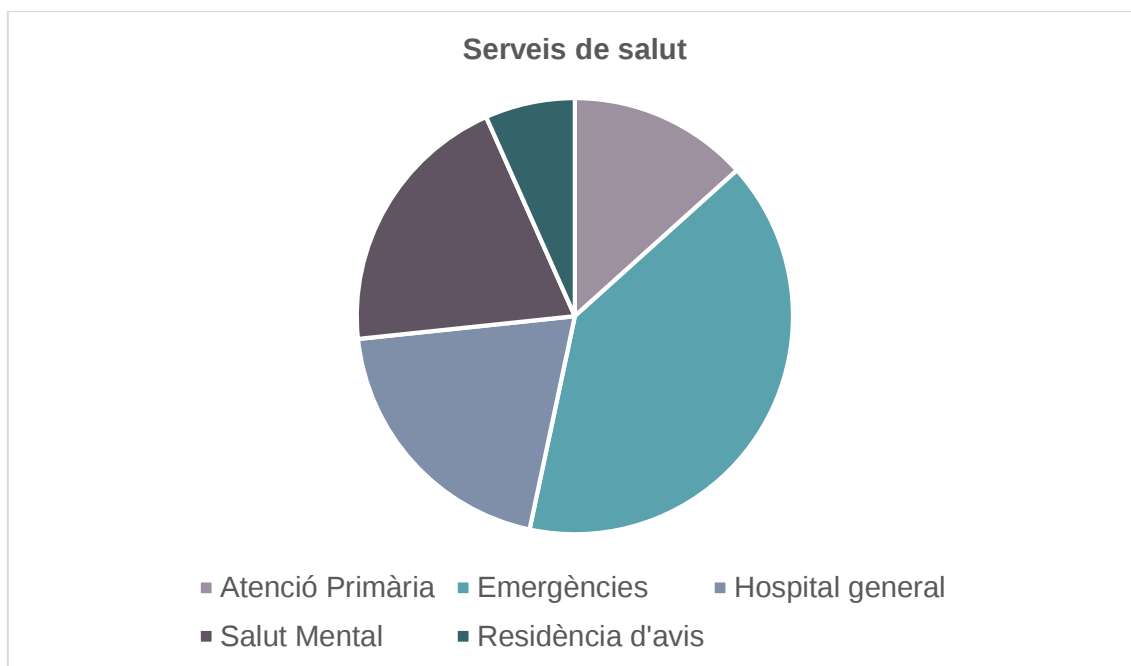


Figura 1: Serveis de salut

La gràfica mostra els diferents serveis de salut on s'han dut a terme els estudis inclosos al treball. L'AP correspon al 13,13%, emergències al 40%, l'hospital general i el servei de SM al 20% respectivament i les residències d'avis a un 6,67%. Per tant, el servei més analitzat pels diversos estudis i del que s'han pogut obtenir més dades ha estat urgències.

– **Distribució geogràfica:**

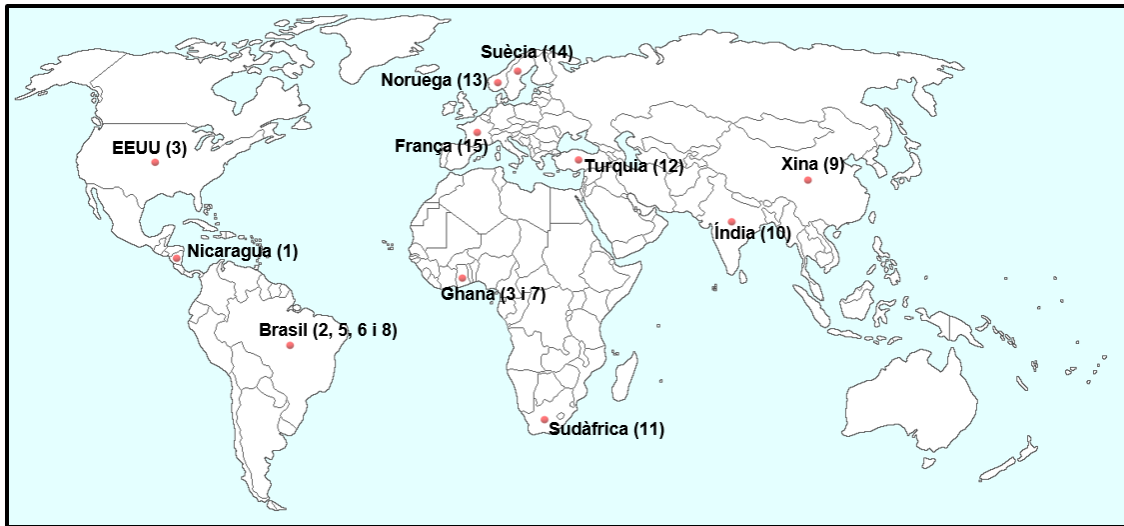


Figura 2: Distribució geogràfica

1. Obando , Kullgren, i Dahlblom, 2014.
2. Sousa JF, Sousa VC, Carvalho, Amorim, Fernandes, Coelho, et al., 2019.
3. Osalfo, Knizek, Akotia i Hjelmeland, 2012.
4. Petrik, Gutierrez, Berlin i Saunders, 2015.
5. Vedana, Magrini, Miasso, Zanetti, Souza i Borges, 2017.
6. Fontao, Rodrigues, Lino i Kempfer, 2018.
7. Hjelmeland, Osafo, Akotia i Knizek, 2014.
8. De Oliveira, Silva, dos Santos, Ribeiro, Rebouças i Nogueira, 2017.
9. Wang, Ding, Hu, Zhang i Huang, 2016.
10. Jones, Krishna, Rajgopal i Keenan, 2014.
11. Matandela i Matlakala, 2016.
12. Türkles, Yilmaz i Soylu, 2018.
13. Hagen, Knizek i Hjelmeland, 2017.
14. Hultsjö, Wärdig i Rytterström, 2019.
15. Couillet, Terra, Brochard i Chauliac, 2017.

El mapa mostra els llocs de publicació dels diferents estudis analitzats, sent predominant el país de Brasil. Tanmateix, la diversitat present, pel que fa a la distribució geogràfica, aporta diferents perspectives en relació amb les variables estudiades, evidenciant la influència sociocultural a diversitat d'actituds terapèutiques de les infermeres.

– **Mostres dels estudis inclosos al treball:**

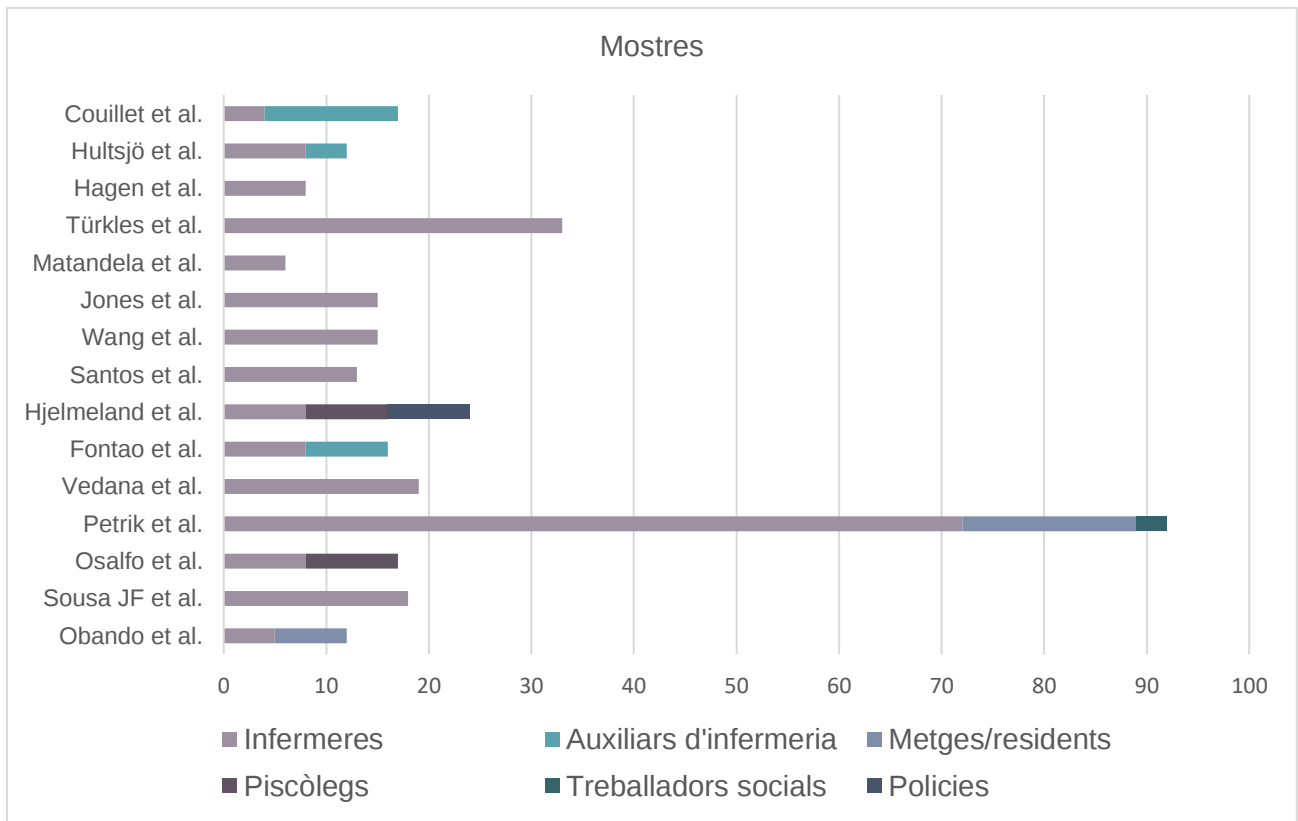


Figura 3: Mostres dels estudis inclosos al treball

La gràfica exposa els diferents professionals que componen les mostres dels estudis inclosos al present treball. De totes maneres, l'anàlisi dels resultats s'ha centrat en aquells fragments que es refereixen a la professió d'infermeria, ja que és la població d'estudi.

– Metodologies utilitzades en els estudis inclosos al treball:

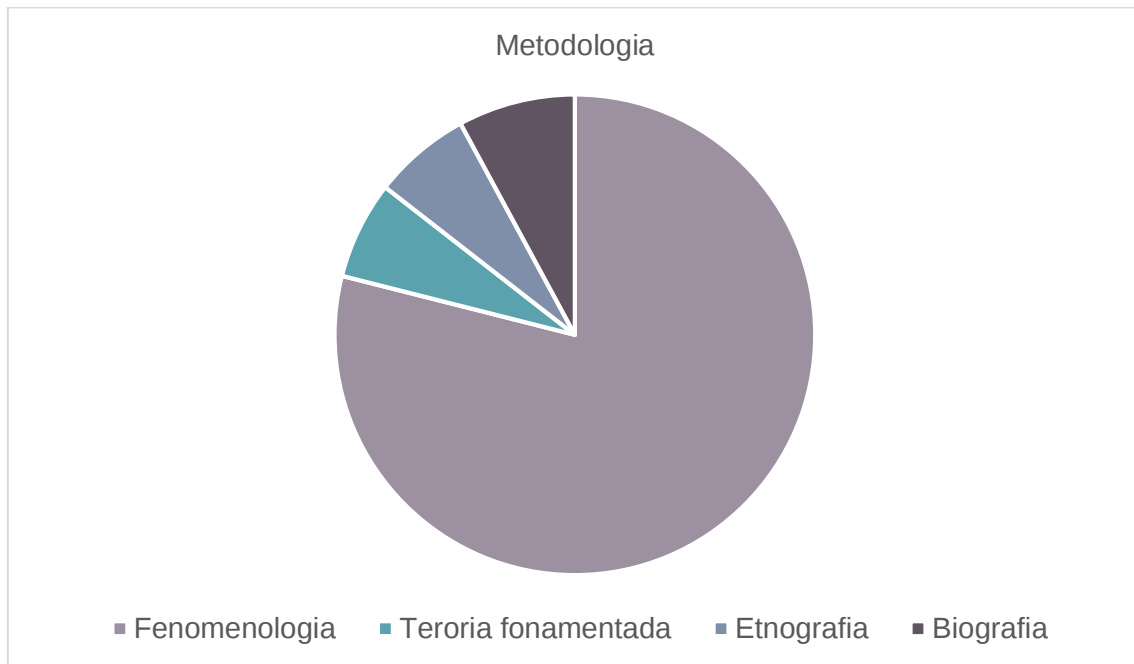


Figura 4: Metodologies utilitzades en els estudis inclosos al treball

A partir de l'anàlisi de les metodologies utilitzades, la gràfica mostra el tipus d'enfocament qualitatiu utilitzat pels estudis inclosos al treball, sent la fenomenologia el tipus d'estudi més prevalent. A banda, tot i no estar representat a la figura, la majoria dels articles han obtingut les dades a partir de l'entrevista semiestructurada, excepte l'estudi de Petrik et al. (26) que ha utilitzat una enquesta en línia amb preguntes de resposta oberta.

5.4. METASÍNTESI

A partir de la lectura crítica dels articles inclosos al treball, es defineixen cinc categories temàtiques, desenvolupades a continuació, que sintetitzen i integren els resultats dels diferents estudis analitzats.

1. Percepció de la conducta suïcida des d'infermeria, la qual defineix els factors influents en la patologia i les característiques de la temptativa i de l'usuari segons la visió i experiències de les infermeres.

Referent als usuaris que intenten suïcidar-se, els professionals solen tenir discrepàncies, conflictes i contradiccions amb relació a l'assistència d'aquestes, ja que, des del seu punt de vista, busquen morir i, com a conseqüència, mostren resistència, descuidat d'elles mateixes i poca col·laboració i honestat quan se'ls hi proporcionen les cures (26,32). Així mateix, algunes infermeres refereixen que els usuaris amb conducta suïcida són persones dèbils, tant espiritualment com emocionalment, dins d'un context amb factors de risc associats que les porta a tenir raons per pensar o prendre la decisió de matar-se (35).

D'aquesta manera, alguns dels factors estressants, anomenats per les infermeres dels diferents serveis no especialitzats en SM, solen ser conflictes familiars que poden portar a la desesperança (30), la presència de malalties greus, amb un estat físic greu, mal pronòstic o suport familiar pobre (36), o, en persones d'edat avançada, el gran sofriment ocasionat per les pèrdues successives, l'aïllament, el sentiment de declinar, i la pèrdua d'autonomia individual (42). A banda, les infermeres de SM exposen que les raons que justifiquen la conducta suïcida estan estretament relacionades amb la vida que té la persona, caracteritzada per no tenir sentit, ser solitària, indigna, buida, sense esperança, fràgil i ambivalent. Per tant, el suïcidi, a ulls d'aquests individus, suposa l'única solució factible per acabar amb el seu sofriment (41) i/o una via per fugir dels problemes, així com d'emetre un missatge per demanar ajuda (39).

Pel que fa a les característiques de la temptativa, en relació amb els mètodes utilitzats per cometre suïcidi, l'elecció dels quals està influenciada per la disponibilitat d'aquests al medi, s'identifiquen una gran varietat de verins que representen un dels mitjans més utilitzats per aquelles persones no institucionalitzades (37). En canvi, en l'àmbit hospitalari, les infermeres exposen que les formes de suïcidi que acostumen a utilitzar els usuaris són la ingesta de sabó o povidona iodada, tallar-se les venes amb els trossos d'una llum trencada o penjar-se amb els llençols embolicats al voltant del coll.

Tanmateix, expliquen que el moment que solen cometre l'intent de suïcidi és al capvespre, durant la nit o a l'alba. (39)

2. Perspectiva i actituds de les infermeres envers la conducta suïcida, la qual exposa la visió que tenen les infermeres de les persones que intenten suïcidar-se, així com la influència dels aspectes socioculturals en aquesta.

En general, les infermeres veuen l'atenció d'un pacient amb intent de suïcidi com una situació crítica, desafiant i complexa, ja que els recursos previs preventius no han estat efectius i, a més, és una situació urgent, imprevisible, incontrolable i un repte que requereix velocitat, preparació psicològica, coneixements professionals i entrenament (32). A banda, l'objectiu de preservar la vida, que comparteixen la majoria de professionals sanitaris, interfereix amb la visió de la persona que intenta suïcidar-se, ja que dificulta la comprensió de l'acte (29) i l'empatia amb aquesta, la qual cosa porta, sovint, a expressar judicis desfavorables i actituds moralistes que, a més, dificulten l'establiment de la relació terapèutica (32).

Així doncs, algunes infermeres veuen l'usuari amb comportaments autolesius com una persona confosa, egoista, irresponsable, covarda i, ocasionalment, valenta (32), mentre que, altres, més influenciades pels aspectes socioculturals, com la religió, la cultura i la pobresa, mantenen una ferma posició de judici que el culpabilitza i, en alguns casos, el criminalitza (31,34,37). Així mateix, l'estigma social associat a la mort i a la SM, dificulta l'avaluació i abordatge de la ideació suïcida per part d'infermeria, a causa del desconfort que genera als professionals (36) i la dificultat de parlar-ne obertament (29).

Contràriament, les infermeres que mantenen una visió des de la perspectiva psicopatològica, entenen que les persones que intenten suïcidar-se tenen les seves raons i destaquen la importància d'entendre-les per poder dur a terme l'abordatge i evitar futurs intents (34), sent més capaces a l'hora d'establir la relació terapèutica i proporcionar una adequada atenció de salut.

3. Avaluació i abordatge de la conducta suïcida des d'infermeria, la qual fa referència a les cures proporcionades a la persona amb conducta suïcida i a les barreres, percebudes pel personal d'infermeria, que impedeixen una avaluació i abordatge idoni.

Així doncs, pel que fa a les cures que s'han de proporcionar a la persona amb conducta suïcida, en primera instància, davant d'una temptativa, la majoria d'infermeres, incloses les especialistes en SM, se centren a proporcionar les cures necessàries per salvar la vida al pacient, estabilitzant i mantenint les funcions fisiològiques, i realitzant, així, una divisió entre les cures físiques i psicosocials (32,33,35,37).

De totes maneres, posteriorment o en els casos detectats previs a l'intent, les infermeres dels serveis no especialitzats en SM refereixen que es deriva al pacient per a l'abordatge psicològic, ja que consideren que no tenen formació i habilitats en SM per dur a terme les intervencions adients (29,30,32,33) o, en alguns casos, que aquesta tasca no pertany a infermeria (30). Contràriament, les professionals especialitzades coincideixen que el treball de la infermera consisteix a comprendre la situació de la vida del pacient i la raó de la seva ideació suïcida amb la finalitat d'orientar-lo, d'alguna manera, cap a la vida i el futur i amb l'objectiu d'ampliar les perspectives d'aquests, fent-lo més receptiu a les aportacions positives (40).

A banda, cal destacar, pel que fa a la relació terapèutica, la importància de prestar atenció al llenguatge no verbal, com el contacte visual, o la forma de preguntar, directa i en forma de conversa, ja que resulten elements indispensables per a l'establiment d'aquesta durant l'avaluació i abordatge (26). D'aquesta manera, cal transmetre seguretat i tranquil·litat, tot i tenir sentiments negatius i la dificultat en el control i transmissió de les emocions, i parlar calmat, amb un to de veu neutre (40).

Tanmateix, a l'hora de dur a terme l'abordatge, és essencial escoltar a la persona, donant-li l'oportunitat d'expressar els seus sentiments, comunicar-se amb aquesta, intentar entendre-la, a més a més de, segons algunes infermeres, cuidar-la amb afecte, fent-la sentir com un individu social més que un pacient, amb uns drets personals i llibertat, així com algú valorat i cuidat.

En aquest sentit, cal destacar la presència d'una sèrie de barreres que influeixen a les actituds envers la persona amb conducta suïcida i les cures a proporcionar. Entre aquestes cal destacar el temps limitat i els recursos econòmics i humans insuficients (29), els quals porten a la sobrecàrrega de treball en tots els àmbits d'atenció, interferint en l'establiment i manteniment de la relació terapèutica (32), així com en l'observació i vigilància dels pacients institucionalitzats amb risc de suïcidi

(36,38,40,42). A banda, la manca de privacitat, present, sobretot, en el servei d'urgències, dificulta que el pacient pugui expressar-se obertament i en confiança (26).

Igualment, la manca de formació i habilitats en SM perjudica el reconeixement i abordatge dels pacients potencials (29), a la vegada que crea inseguretat i desconfort als professionals (26). Per aquest motiu, i a causa de la inexistència d'un protocol a seguir en algunes unitats, la qual cosa interfereix en la cohesió de l'equip (32), les infermeres solen centrar-se en l'estabilització de les funcions fisiològiques en cas d'autòlisi (33) i deriven el pacient a un especialista en SM, deixant l'abordatge psicosocial a banda (26).

Altrament, les infermeres de l'estudi de Hagen et al. (40), justifiquen la importància de tenir experiència i formació en SM, ja que aquestes proveeixen de coneixement intuïtiu i de capacitats per percebre sotils signes del llenguatge no verbal, factors clau per sospitar de possibles intencions suïcides en una persona i, així, prevenir una temptativa (40).

4. Impacte de la conducta suïcida en l'àmbit personal i professional, la qual correspon a les conseqüències del suïcidi emocionalment i en la pràctica clínica. A banda, exposa, també, els mecanismes d'afrontament utilitzats per les infermeres per tal de fer front a l'impacte ocasionat per la conducta suïcida.

En primer lloc, pel que fa a les emocions evocades per la conducta suïcida, aquestes i la sensació de no ser capaços d'ajudar, són comunes entre la majoria d'informants dels diferents estudis. Així doncs, les infermeres solen tenir sentiments de frustració, incompetència, xoc, desconfort, tristesa, pena, enuig, culpa, desesperança, decepció, insatisfacció i inquietud, entre altres, davant d'un usuari amb conducta suïcida (29,30,32,38-41). Fins i tot, algunes infermeres refereixen que l'experiència de què algun usuari se suïcidés durant el seu torn va suposar-los un trauma emocional, que les va portar a patir ansietat i/o depressió (36,38).

Així mateix, els professionals amb formació i experiència en SM demostren ser més comprensius i empàtics envers la conducta suïcida i, en algun cas, davant del suïcidi consumat d'algun usuari senten alleugeriment, ja que entenen el sofriment de la persona i opinen que la mort els suposa obtenir la pau dins d'una vida sense valor (40,41).

Pel que fa als mecanismes d'afrontament, algunes infermeres opten per buscar el suport dels seus éssers estimats com a via d'escolta i consol (36), així com compatir els pensaments i sentiments amb els companys de feina per regular la seva estabilitat emocional (40). Altres, per les quals el suïcidi ha pogut suposar un trauma emocional, busquen evadir-se centrant-se a oblidar el succés i demanen, fins i tot, un canvi d'unitat, de la mateixa manera que, tenir uns dies lliures, resar o anar al psicòleg els pot suposar, també, una ajuda (36).

En relació amb la pràctica clínica, el suïcidi d'un usuari, sovint, crea un ambient d'estrès. Les infermeres de l'estudi de Wang et al. (36), exposen que, a partir de l'experiència, han augmentat la vigilància, en alguns casos, excessiva, ja que tenen por i desconfiança. A banda, expliquen que, a escala de la unitat, l'administració ha limitat els medis per cometre suïcidi, per exemple, reduint l'apertura de les finestres, com a forma de prevenció de futurs intents de suïcidi dels pacients hospitalitzats (36).

5. Recomanacions per a la pràctica clínica, la qual exposa les necessitats, identificades per les infermeres dels diferents estudis, per millorar l'eficàcia de la prevenció de la conducta suïcida, així com una sèrie de recomanacions per a l'avaluació i abordatge d'aquesta.

Així doncs, algunes infermeres asseguren que la manca de temps (29) i de personal (39) perjudica la feina d'infermeria i l'efectivitat de les intervencions a realitzar, per tant ho identifiquen com una necessitat per a millorar la pràctica clínica (39). A banda, altres professionals reclamen l'essencialitat de proporcionar educació permanent en SM (33,40), així com millorar la continuïtat entre serveis, fent que el sistema de salut sigui un sistema integral que asseguri l'adequada atenció del pacient en cas de derivació, sigui a SM o a AP (29,33).

Altrament, alguns dels informants estan d'acord en la necessitat d'establir un protocol per actuar de forma cohesionada i tenir un model a seguir quan no saben com abordar la patologia (26). Altres, refereixen que les mesures de seguretat han d'incrementar-se, inclosa la retirada d'objectes i substàncies que poden utilitzar-se per a l'autolesió, així com el monitoratge dels pacients via càmeres de vigilància, cosa que no està permesa perquè va en contra dels drets humans (39).

Pel que fa a la pràctica clínica, les infermeres de SM de l'estudi de Türkles et al. (39) exposen que encarregar la vigilància d'un pacient amb conducta suïcida a un altre usuari pot ser útil per a la prevenció del suïcidi, ja que aquests poden proporcionar

qualsevol informació inusual referent a qualsevol usuari. Igualment, algunes professionals especialistes en SM exposen que és molt important equilibrar la implicació emocional i la distància professional, sent essencial establir uns límits perquè no s'estableixi un vincle emocional massa fort entre el professional i l'usuari, el qual podrà desencadenar dependència d'aquest a la infermera. Així mateix, creuen important autodefinir-se i separar els seus sentiments dels sentiments del pacient. (40)

6. DISCUSSIÓ

D'acord amb els objectius plantejats per a la realització del treball, a continuació s'exposa, de forma sintètica, la integració dels diferents resultats dels estudis qualitius analitzats, donant resposta als objectius específics i a la pregunta d'investigació.

En primer lloc, amb relació a les potencialitats i limitacions en l'avaluació i abordatge de la conducta suïcida, en els diferents serveis de salut, són destacables alguns trets favorables depenent del servei, mentre que s'identifiquen una gran quantitat de barreres, comunes en tots els nivells d'atenció, que interfereixen i perjudiquen les cures proporcionades a aquest tipus d'usuaris.

Així doncs, pel que fa a les potencialitats, l'AP compta amb la confiança dels usuaris amb l'equip i la relació terapèutica establerta, la qual facilita la predisposició de la persona a parlar obertament de qualsevol problema de salut i, això, l'avaluació del risc de suïcidi (29). En canvi, el servei especialitzat en SM juga amb l'avantatge de tenir professionals formats i amb experiència per proporcionar les millors cures a les persones amb conducta suïcida, tenint la capacitat de percebre sotils signes del llenguatge no verbal que suggereixen una ideació o planificació de l'acte suïcida en el pacient i, així, prevenir una possible temptativa (40).

Per contra, existeixen una sèrie de limitacions que, a la pràctica, interfereixen i perjudiquen l'atenció de l'usuari amb conductes d'autòlisi, i que són comunes en tots els serveis. Entre aquestes cal destacar el temps limitat, els recursos econòmics i humans insuficients, l'estigma social associat a la SM i la manca de formació i educació continua en aquest àmbit (26,29).

En efecte, a conseqüència de la manca de temps i recursos, existeix una sobrecàrrega de treball que, pel que fa al servei d'urgències, dificulta l'establiment i manteniment de la relació terapèutica a causa del breu contacte entre l'usuari i la infermera (32,33). De la mateixa manera, a les residències de gent gran, és perjudicial a l'hora de personalitzar les cures per a la prevenció del suïcidi en els pacients institucionalitzats (42); mentre que al servei de SM interfereix en les cures proporcionades, implicant l'observació suficient dels pacients per a la prevenció de la temptativa (40).

D'altra banda, la manca d'habilitats i formació en SM perjudica el reconeixement dels pacients amb risc de suïcidi a AP, a les residències de gent gran i als hospitals generals (29,36,38,42); a la vegada que els crea inseguretat, desconfort i por a l'hora de dur a terme l'abordatge, fet que, en el cas d'AP i urgències, porta els professionals a centrar-se en les cures físiques i l'estabilització de les funcions fisiològiques davant d'un intent de suïcidi (33) i a derivar l'usuari a un especialista per a l'abordatge psicosocial (26,30).

En segon lloc, en referència a l'objectiu d'avaluar la influència sociocultural a la percepció de la conducta suïcida per part les infermeres, la qual, a la vegada, interfereix amb l'atenció proporcionada, s'ha de tenir en compte la diversitat sociocultural en relació amb el lloc de publicació dels articles inclosos al present estudi.

Per un costat, als països com Ghana o l'Índia, les infermeres mantenen una posició majoritàriament moralista davant la conducta suïcida influenciada per la visió social de la SM, per la religió i, en el cas de Ghana, per la llei que criminalitza el suïcidi. Així doncs, mantenen una posició de judici que estigmatitza la persona i perceben el suïcidi com acte malvat que caracteritza a la persona de culpable, egoista i amb baixa autoestima (31,34,37).

De la mateixa manera, però influenciades pel valor que li donen a la vida i la importància de preservar-la, les infermeres de Nicaragua i Brasil expressen dificultat en ser empàtiques i perceben les persones que intenten suïcidar-se com problemàtiques, egoistes, irresponsables, covardes i, ocasionalment, valentes. Per tant, mantenen una postura moralista i de judici, derivant el pacient a altres professionals, si és possible, per evitar tractar-lo (29,32).

D'altra banda, les infermeres xineses perceben el suïcidi com un acte molt difícil de detectar, ja que, d'acord amb la visió social, veuen la mort com un tema tabú i creuen que no és adequat preguntar directament al pacient sobre si té idees de suïcidi o parlar obertament del tema amb aquests (36).

Pel que fa als països europeus i els EUA, sembla que la influència sociocultural és menor. Les infermeres demostren tenir actituds més o menys comprensives, depenent del servei, i perceben la conducta suïcida com una patologia de salut mental que s'ha d'avaluar i tractar d'acord amb el rol d'infermeria i independentment de l'afinitat de la

persona amb el pacient. Tot i això, les limitacions als diferents serveis, descrites anteriorment, influencien en l'atenció de salut proporcionada (26,40–42).

En tercer lloc, s'ha de considerar, pel que fa a l'actitud terapèutica de les infermeres davant un pacient amb conducta suïcida, la influència de les limitacions dels serveis de salut i dels aspectes socioculturals.

D'aquesta manera, a causa de la manca de formació i habilitats en SM (32,33), així com de la poca comprensió dels aspectes subjectius involucrats en un intent de suïcidi (33), a la pràctica dels serveis d'urgències, es duu a terme una divisió entre les parts de l'ésser biopsicosocial i es basa l'abordatge a proporcionar cures físiques, explorant superficialment la part psicosocial i, finalment, derivant la persona a un especialista per a les intervencions d'aquesta (32). A banda, l'atenció proporcionada a la persona amb conducta suïcida sovint està absent de cures humanitzades, sigui per l'ambient de treball, que no ho permet, (35) o per una possible actitud negativa per part de la professional, que basa les cures en experiències personals, creences i sentit comú (32) o que atén a la persona en contra de la seva voluntat (33).

Tanmateix, als països on la perspectiva de la conducta suïcida està més influenciada per la moral, ja sigui al servei d'urgències o d'hospitalització en general, durant l'atenció mostren una actitud de judici de cara l'usuari i intenten fer-lo sentir culpable de l'acte, pensant que així la persona se n'adonarà del pecat i crim que ha comès, d'acord amb la religió o la legislació de Ghana, i evitaran que aquest faci una recidiva (31,34,37).

Pel que fa a AP, demostren saber detectar el risc i ser conscients de la importància de la prevenció del suïcidi. De totes maneres, tenen una actitud terapèutica desfavorable amb relació a l'abordatge, justificant que la xarxa de salut porta a la remissió de la persona, i es desenten del pacient derivant-lo al servei de SM, de la mateixa manera que no col·laboren amb el seguiment d'aquest (30). Així mateix, a les residències de gent gran, les professionals exposen que la sobrecàrrega de treball, la poca formació i les característiques dels usuaris els impedeix prevenir el suïcidi. De totes maneres, expliquen que comprenen la ideació suïcida dels pacients, ja que a es respira una atmosfera de mort que lleva les ganes de viure. A més, s'observa una visió més positiva de la conducta suïcida en gent gran, ja que es creu que la persona, de totes maneres, ja ha viscut la seva vida (42).

Contràriament, les infermeres de SM mantenen una actitud terapèutica favorable basada en l'empatia i coincideixen en la importància de comprendre la situació de la vida del pacient i la raó de la seva conducta suïcida, ja que és essencial per poder orientar-los, d'alguna manera, cap a la vida i el futur (40).

Finalment i en quart lloc, d'acord amb l'objectiu de conèixer l'impacte emocional generat per la conducta suïcida a les infermeres, així com la possible influència d'aquest a la seva pràctica clínica, les professionals dels diversos estudis refereixen sentir diversos sentiments davant i/o després de l'experiència d'atendre un usuari amb intent de suïcidi o suïcidi consumat.

Les informants exposen que, sovint, tant pel que fa a l'AP com al servei d'urgències, senten que no són capaços d'ajudar a l'usuari, cosa que els crea sentiments de frustració i incompetència (29) lligats a la dificultat, angoixa, tristesa, enuig, desesperança i compassió, entre altres, que els genera l'atenció d'una persona que vol morir (29,32).

Tanmateix, pel que fa a la pràctica clínica, la majoria dels professionals fan referència a la dificultat en el control i transmissió de les seves emocions, expressant-se, a vegades, des d'una postura crítica, d'oposició o rebuig, de judici, discriminatòria i amb actituds negatives. De totes maneres, altres sanitaris se senten satisfets per ser capaços d'ajudar mínimament algú amb conducta suïcida intentant ser imparcials i respectuosos (32).

D'altra banda, segons els estudis de Wang et al. (36) i Matandela et al. (38), que analitzen l'impacte emocional generat a les infermeres en casos de suïcidi durant l'ingrés a un hospital general, exposen que les professionals, en el moment del suïcidi, totalment inesperat, la situació els va crear xoc i pànic, seguits de frustració, culpabilitat, baixa autoestima i inseguretat a la pràctica que, en alguns casos, va resultar en un trauma emocional que les va portar a sofrir ansietat i/o depressió (36,38). A més, en l'àmbit professional es va crear un ambient penetrant d'estrès, les infermeres van augmentar el nivell de vigilància, en alguns casos, excessiva i, pel que fa a la unitat, es van controlar els medis per cometre suïcidi, per exemple, limitant l'apertura de les finestres (36).

Amb relació al servei de salut mental, les infermeres semblen ser més empàtiques i comprensives amb els usuaris amb conducta suïcida i les raons que els poden portar al suïcidi (41), referint una gran pena de cara a aquestes persones (39). Tanmateix, la

majoria de les infermeres senten un intens sentiment de responsabilitat pel que fa a la seguretat i prevenció del suïcidi dels pacients institucionalitzats (39,40), cosa que sovint es tradueix en ansietat, estrès, inquietud i por, mentre que altres expressen enuig i ressentiment de cara ells (39).

Així mateix, les infermeres de l'estudi de Hagen et al. (40), exposen que el suïcidi dels usuaris els evoca tristesa i, en certa part, sentiments de culpa i frustració, ja que tenen la sensació de no haver fet prou per evitar el suïcidi, la qual cosa es tradueix en un fracàs de les cures proporcionades per dissipar la foscor que caracteritza la vida de la persona amb conducta suïcida (40,41). D'altra banda algunes participants expressen sentir-se alleugerides i absents de judici perquè, finalment, l'esgotador sofriment de la persona que mor acaba i obtenen pau dins d'una vida, des del seu punt de vista, sense sentit (40,41).

Per últim, pel que fa a l'àmbit professional, les informants afirmen que, durant la seva jornada laboral, no té res a veure el que senten amb l'aparença i el que transmeten (40). Comenten que mostrar-se tranquil·les i neutrals és essencial per proporcionar una atenció adequada, la qual cosa els suposa un esgotament psicològic (40). Per aquest motiu exposen que, amb el fi de regular la seva estabilitat emocional, compartir els pensaments i sentiments amb els companys de feina els és útil (40).

7. CONCLUSIONS

A partir de la síntesi i integració dels resultats dels diferents articles cribrats, i en relació amb els objectius plantejats, es conclou:

- Es distingeixen algunes potencialitats, depenent del servei de salut, i diverses limitacions, comunes en tots els àmbits, que actuen com a barreres envers l'avaluació i abordatge de la conducta suïcida, sent destacables la sobrecàrrega de treball i, sobretot, la manca de formació en SM als serveis no especialitzats.
- Es poden observar diferents percepcions envers la conducta suïcida per part d'infermeria, estretament relacionades amb la influència sociocultural, destacant la religió i la legislació, i depenent del país de l'estudi.
- Es considera que, les actituds terapèutiques de cara l'usuari amb conducta suïcida, estan influenciades per les percepcions de cada professional, així com per les barreres presents en el servei de salut on s'atén la persona.
- Es dona a conèixer l'impacte generat tant en l'àmbit professional, on el suïcidi pot crear un ambient de treball tens, entre altres; com en l'àmbit personal, on les infermeres expressen una sèrie d'emocions i sentiments que van des de la tristesa o l'enuig, fins a l'alleugeriment per part d'aquelles que són més empàtiques amb les persones que se suïciden.

Així doncs, el treball aporta una visió del camí que s'està recorrent, des d'una postura moralista envers la SM, i per consegüent envers el suïcidi, cap a la comprensió de la patologia que s'ha d'avaluar i tractar proporcionant la millor atenció de salut possible, així com prevenir, evitant el major nombre de temptatives.

Per fer-ho, a partir de les potencialitats i limitacions observades, es donen a entendre quines són les necessitats actuals per tal de millorar les cures proporcionades als usuaris amb conducta suïcida, sent essencial la promoció de la formació continua per a l'obtenció d'habilitats en SM i l'augment dels recursos per a la reducció de la sobrecàrrega de treball; ambdós factors clau per a la prevenció del suïcidi i com a elements que recauen sobre l'atenció proporcionada pels professionals sanitaris.

Pel que fa a les limitacions, s'han trobat algunes dificultats en la recerca d'articles, ja que són pocs els estudis, de caràcter qualitatiu, publicats en relació amb el tema d'estudi. Per aquest motiu, els articles inclosos a la revisió presenten diferents enfocaments pel que fa a les variables estudiades, les quals són integrades i sintetitzades al treball amb la finalitat de proporcionar una visió general de la situació actual referent a les actituds i percepcions envers la conducta suïcida per part d'infermeria.

Així mateix, no ha estat possible trobar cap article, d'acord amb els criteris d'inclusió i exclusió, que avalués les variables en qüestió, a partir d'una mostra composta per infermeres, a escala autonòmica o estatal.

Per tant, com a futures línies d'investigació, es planteja la necessitat de fer estudis a Catalunya o Espanya per tal d'avaluar la situació actual i, així, poder plantejar millores en l'avaluació i atenció de les persones amb conducta suïcida seguint les recomanacions que aporten els participants dels estudis existents sobre el tema, a la vegada que es promouen les cures integrals i humanitzades, veien la persona com un ésser biopsicosocial, per tal de proporcionar la millor atenció de salut possible a tots els nivells.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Institut Nacional d'Estadística (INE). Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad. [Internet]. Defunciones según la Causa de Muerte 2018. 2019. Disponible a: <https://bit.ly/3qiGOdd>
2. Carpinello B, Pinna F. The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. Front psychiatry [Internet]. 2017;8:35. Disponible a: <https://bit.ly/2M11ZIX>
3. Bolster C, Holliday C, Oneal G, Shaw M. Suicide Assessment and Nurses: What Does the Evidence Show? Online J Issues Nurs [Internet]. 2015;20(1):2. Disponible a: <https://bit.ly/2ASzogg>
4. Pérez V, Díaz A. Conducta suicida. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 4ª edición. 2012. p. 556-76.
5. Ros S, Arranz FJ. Conducta suicida. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ª edición. 2006. p. 271-94.
6. Real Academia Nacional de Medicina. Suicidio. Diccionario de términos médicos [Internet]. 2012. Disponible a: <https://bit.ly/2LWWOn6>
7. Fornés J, Pérez S. Plan de cuidados para la persona con riesgo suicida. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: Valoración y cuidados. 2ª edición. 2011. p. 225-38.
8. Real Academia Nacional de Medicina. Intento de suicidio. Diccionario de términos médicos [Internet]. 2012. Disponible a: <https://bit.ly/2LVP057>
9. Real Academia Nacional de Medicina. Parasuicidio. Diccionario de términos médicos [Internet]. 2012. Disponible a: <https://bit.ly/2zjv2Pg>
10. Organització Mundial de la Salut (OMS). Prevención del suicidio: Un imperativo global [Internet]. 2014. Disponible a: <https://bit.ly/2Zw6htB>
11. Corona B, Hernández R, Marina M. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2016;15(1):90-100. Disponible a: <https://bit.ly/36vRUqH>

12. Rangel-Garzón CX, Suárez-Beltrán MF, Escobar-Córdoba F. Escalas de evaluación del riesgo suicida en atención primaria. Rev Fac Med. [Internet]. 2015;63(4):707-16. Disponible a: <https://bit.ly/2Xrv7YV>
13. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut. Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi Risc de Suïcidi (CRS). Servei Català de la Salut. 2015. Disponible a: <https://bit.ly/3gIIEtE>
14. Ministeri de sanitat, política social i igualtat. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Sistema Nacional de Salud. 2012. Disponible a: <https://bit.ly/3bWsx2p>
15. Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Serrano E, Zapater F. Consideracions per a un abordatge social i sanitari del suïcidi a propòsit del Codi Risc de Suïcidi. Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP). 2018. Disponible a: <https://bit.ly/3edzLRe>
16. NNNConsult. NANDA [00150] Riesgo de suicidio. 2017. Disponible a: <https://bit.ly/3cZ2fxL>
17. NNNConsult. NANDA [00140] Riesgo de violencia autodirigida. 2017. Disponible a: <https://bit.ly/2LUHqjN>
18. NNNConsult. NANDA [00241] Deterioro de la regulación del estado de ánimo. 2017. Disponible a: <https://bit.ly/2zp7GYq>
19. NNNConsult. NANDA [00124] Desesperanza. 2017. Disponible a: <https://bit.ly/2ytc5cf>
20. NNNConsult. NANDA [00119] Baja autoestima crónica. 2017. Disponible a: <https://bit.ly/36oVfle>
21. Ausín B, Muñoz M. Guía práctica de detección de problemas de salud mental. 1ª edició. Pirámide; 2018.
22. Leal M, de Oliveira MA, Rodrigues J, Trentin D, Cavalcanti L, Motta M. Comportamento Suicida e Atenção Primária À Saúde. Enferm Foco [Internet]. 2018;9(4):50-4. Disponible a: <https://bit.ly/2LWZVLO>

23. Ferré C, Montesó P, Mulet M, LLeixà M, Albacar N, Adell B. El estigma del suicidio: vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. Index de Enfermería [Internet]. 2011;20(3):1-7. Disponible a: <https://bit.ly/3c5SkFG>
24. Carmona MC, Pichardo MC. Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2012;20(6). Disponible a: <https://bit.ly/36tMpbW>
25. Navarro JM, Torrente G, Rodríguez Á, Ruiz JA. Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. Psicothema [Internet]. 2005;17(4):684-690. Disponible a: <https://bit.ly/2A0pk4F>
26. Petrik ML, Gutierrez PM, Berlin JS, Saunders SM. Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments: A qualitative study of provider perspectives. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2015;37(6):581-6. Disponible a: <https://bit.ly/3gmhOBJ>
27. Rubio S, Rubio S. Metasíntesis, nueva perspectiva de análisis de una crítica intelectual de la investigación sociosanitaria. Enferm Cardiol [Internet]. 2018;25(75):19-23. Disponible a: <https://bit.ly/2yrRzsu>
28. Cano A, González T, Cabello JB. 10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo. Programa de lectura crítica CASPe. Alacant; 2010.
29. Obando C, Kullgren G, Dahlblom K. A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. BMC Fam Pract [Internet]. 2014;15:129. Disponible a: <https://bit.ly/2Zz9hFS>
30. Sousa J, Sousa V, Carvalho C, Amorim F, Fernandes M, Coelho M, et al. Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros. Rev Cuid [Internet]. 2019;10(2). Disponible a: <https://bit.ly/3d1rYpg>
31. Osafo J, Knizek BL, Akotia CS, Hjelmeland H. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. Int J Nurs Stud [Internet]. 2012;49(6):691-700. Disponible a: <https://bit.ly/2X0zDyJ>

32. Vedana KGG, Magrini DF, Miasso AI, Zanetti ACG, de Souza J, Borges TL. Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2017;31(4):345-351. Disponible a: <https://bit.ly/3bX6ljg>
33. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM, Kempfer SS. Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2018;71(suppl 5):2199-2205. Disponible a: <https://bit.ly/2zpfola>
34. Hjelmeland H, Osafo J, Akotia CS, Knizek BL. The law criminalizing attempted suicide in Ghana: The views of clinical psychologists, emergency ward nurses, and police officers. Crisis [Internet]. 2014;35(2):132-6. Disponible a: <https://bit.ly/2M1avkV>
35. de Oliveira EG, Silva AK, dos Santos GW, Ribeiro I, Rebouças R, Nogueira C. The look of emergency nurse at the patient who attempted suicide: An exploratory study. Online Brazilian J Nurs. [Internet]. 2017;16(1):6-16. Disponible a: <https://bit.ly/2XqjAZV>
36. Wang S, Ding X, Hu D, Zhang K, Huang D. A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital. Int J Nurs Sci [Internet]. 2016;3(4):354-361. Disponible a: <https://bit.ly/2TQhcuP>
37. Jones S, Krishna M, Rajendra RG, Keenan P. Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. J Ment Heal [Internet]. 2014;24(6):423-9. Disponible a: <https://bit.ly/2ZxCsZD>
38. Matandela M, Matlakala MC. Nurses' experiences of inpatients suicide in a general hospital. Heal SA Gesondheid [Internet]. 2016;21:54-9. Disponible a: <https://bit.ly/2ytp4L2>
39. Türkleş S, Yılmaz M, Soylu P. Feelings, thoughts and experiences of nurses working in a mental health clinic about individuals with suicidal behaviors and suicide attempts. Collegian [Internet]. 2018;25(4):441-446. Disponible: <https://bit.ly/36sLhFR>
40. Hagen J, Knizek BL, Hjelmeland H. Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. Arch Psychiatr Nurs [Internet]. 2017;31(1):31-37. Disponible a: <https://bit.ly/2A7AEMg>

41. Hultsjö S, Wärdig R, Rytterström P. The borderline between life and death: Mental healthcare professionals' experience of why patients commit suicide during ongoing care. J Clin Nurs. [Internet]. 2019;28(9-10):1623-1632. Disponible a: <https://bit.ly/2XjomZ6>
42. Couillet A, Terra JL, Brochard N, Chauliac N. Barriers to the prevention of suicide in nursing homes: A qualitative study of the social representations of caregivers. Crisis [Internet]. 2017;38(6):423-432. <https://bit.ly/2zgpuCt>

9. ANNEXOS

Annex 1: Factors de risc presents/actual associats a la conducta suïcida (13).

Factors de risc presents/actuals	SÍ	NO
1. Trastorn mental.		
2. Sentiments de desesperança.		
3. Impulsivitat, agressivitat, nivell de consciència alterat.		
4. Consum o dependència de l'alcohol.		
5. Consum o dependència d'altres drogues.		
6. Malaltia somàtica greu, discapacitat o amb presència de dolor.		
7. Viu sol/a.		
8. Absència de nucli familiar o social contenidor.		
9. Problemes socials (aïllament, manca de suport, socioeconòmics).		
10. Esdeveniments vitals estressants (atur, problemes de parella, problemes familiars).		
11. Accés a mitjans letals.		
12. Antecedents familiars de suïcidi.		

Annex 2: Escala MINI per a la valoració del risc associat a la conducta suïcida (13).

ESCALA MINI			
Durant l'últim mes:			Punts:
Ha pensat que seria millor morir-se, o ha desitjat estar mort/a?	NO	SÍ	1
Ha volgut fer-se mal?	NO	SÍ	2
Ha pensat en el suïcidi?	NO	SÍ	6
Ha plantejat com suïcidat-se?	NO	SÍ	10
Ha intentat suïcidat-se?	NO	SÍ	10
Al llarg de la seva vida:			
Alguna vegada ha intentat suïcidat-se?	NO	SÍ	4
1-5 punts Lleu 6-9 punts Moderat ≥10 punts Alt			

Annex 3: Anàlisi dels articles inclosos mitjançant l'instrument CASPe per estudis qualitius.

FONT:	Obando, et al. 2014	Sousa JF, et al. 2019	Osolfo, et al. 2012	Petrik, et al. 2015	Vedana, et al. 2017	Fontao, et al. 2018	Hjelmeland, et al. 2014	De Oliveira, et al. 2017	Wang, et al. 2016	Jones, et al. 2014	Matandela, et al. 2016	Türkles, et al. 2018	Hagen, et al. 2017	Hultsjö, et al. 2019	Couillet, et al. 2017
S'han definit de forma clara els objectius de la investigació?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Es congruent la metodologia qualitativa?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
El mètode d'investigació és adequat per assolir els objectius?	SÍ	SÍ	SÍ	NO SÉ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
La estratègia de selecció de participants es congruent amb la pregunta d'investigació i el mètode utilitzat?	SÍ	SÍ	SÍ	NO SÉ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ



Les tècniques de recollida de dades són congruents amb la pregunta d'investigació i el mètode utilitzat?	SÍ	SÍ	SÍ	NO SÉ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
S'ha reflexionat sobre la relació entre l'investigador i l'objecte d'investigació (reflexivitat)?	NO	NO	NO SÉ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO SÉ	SÍ	NO SÉ	SÍ	SÍ	NO
S'han tingut en compte els aspectes ètics?	SÍ	SÍ	SÍ	NO SÉ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO SÉ
Ha sigut l'anàlisi de dades suficientment rigorós?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
És clara l'exposició dels resultats?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO SÉ	SÍ	SÍ
Són aplicables els resultats de la investigació?	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ	SÍ	NO SÉ	SÍ	NO