

Ingrid Boada Bergadà, Marta Llop Ruiz

**ANÀLISIS QUALITATIVA DE L'ABORDATGE D'INFERMERIA ENVERS EL SUÏCIDI EN
L'ADOLESCÈNCIA: UN RELAT D'INFERMERIA DE DOS SERVEIS DE LA PROVÍNCIA
DE TARRAGONA.**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per: Sr. Isaac Herrera Ramos

Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Facultat d'infermeria

Tarragona 2025

ÍNDEX

RESUM	3
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓ	4
2. OBJECTIUS	6
2.1 Objectiu general:.....	6
2.2 Objectius específics:.....	6
3. MARC TEÒRIC	7
3.1 EL SUÏCIDI: DEFINICIONS I TERMINOLOGIA.....	7
3.2 EPIDEMIOLOGIA I IMPACTE DE LA SALUT PÚBLICA.....	9
3.3 COMORBIDITAT AMB ALTRES TRASTORNS MENTALS.....	11
3.4 FACTORS DE RISC I PROTECTORS.....	12
3.5 ESTIGMATITZACIÓ I FALSOS MITES.....	14
3.6 PROGRAMES I ESTRATÈGIES PER ABORDAR EL SUÏCIDI EN L'ADOLESCÈNCIA.....	16
3.7 CODI RISC SUÏCIDI.....	19
3.8 ROL I ACTUACIÓ D'INFERMERIA EN LA PREVENCIÓ I ABORDATGE DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	20
3.8.1 Maneig del pacient amb conducta suïcida en el servei d'urgències.....	21
3.8.2 Maneig del pacient amb conducta suïcida en serveis de salut mental.....	24
4. METODOLOGÍA	27
5. RESULTATS	30
6. DISCUSSIÓ	42
7. CONCLUSIONS	45
8. LIMITACIONS	47
9. FUTURES LÍNIES DE RECERCA	48
10. BIBLIOGRAFIA	49
11. ANNEXES	52
11.1. ANNEX 1: Documents informatius i consentiments:.....	52
11.2. ANNEX 2: Guió semi-estructurat de les entrevistes.....	55
11.3. ANNEX 3: Transcripció entrevistes.....	58

RESUM

El present treball és un anàlisi qualitatiu sobre les intervencions d'infermeria enfront l'abordatge del suïcidi en l'adolescència. L'objectiu és, a través de la realització de dues entrevistes semi-dirigides, esbrinar quina és la metodologia d'actuació que realitzen les professionals d'infermeria dins de l'àmbit d'urgències i de salut mental en l'arribada d'un adolescent amb conducta suïcida. L'anàlisi realitzat conclou en sis categories: actuacions d'infermeria enfront el suïcidi, protocol·lització del suïcidi en l'àmbit assistencial, percepció de la metodologia multidisciplinària en la intervenció del suïcidi en l'adolescència, barreres d'actuació, preocupacions de la temàtica i detecció precoç i preventiva. Els resultats destaquen tant la manca d'una protocol·lització d'intervenció en infermeria, com la falta de formació professional, per abordar l'arribada d'aquests tipus de pacients, sobretot en els serveis d'urgències. De la mateixa manera destaca la manca de cohesió entre els diferents serveis assistencials i d'una línia psiquiàtrica en serveis no especialitzats, on l'arribada dels pacients amb trets psiquiàtrics és cada vegada major.

Paraules clau: suïcidi en l'adolescència, infermeria, urgències, salut mental, intervencions d'infermeria, estudi qualitatiu.

ABSTRACT

This paper is a qualitative analysis of nursing interventions in addressing suicide in adolescence. The objective is to determine, through two semi-structured interviews, the approach methodology used by nursing professionals in emergency and mental health settings when an adolescent with suicidal behavior is admitted. The analysis results in six categories: nursing actions in the face of suicide, standardization of suicide protocols in healthcare settings, perception of the multidisciplinary methodology in adolescent suicide intervention, barriers to action, concerns about the topic, and early and preventive detection. The findings highlight both the lack of standardized nursing intervention protocols and the lack of professional training to address the arrival of these types of patients, especially in emergency services. Similarly, the study underscores the lack of cohesion among different healthcare services and the absence of a psychiatric framework in non-specialized services, where the number of patients with psychiatric traits is increasingly high.

Keywords: adolescent suicide, nursing, emergency care, mental health, nursing interventions, qualitative study

1. INTRODUCCIÓ

El suïcidi, definit com, acte deliberat de treure's la vida, en l'actualitat esdevé un problema de salut pública d'alta rellevància entre la població adolescent. En l'adolescència, etapa de canvi de la infantesa a l'adultesa, es produeixen canvis constants tant a nivell físic, psicològic i social, que determinen la presència de vulnerabilitat entre aquest grup poblacional. Com afirma Cortés Alfaro et al. (2021) és una etapa on hi ha una cerca de la identitat on pot destacar un desenvolupament funcional, com una aparició de conductes de risc que derivin en una afectació de la salut mental del propi.

Cal tenir en compte, que el suïcidi no deixa de ser una causa de mort evitable, i que, per tant, una bona prevenció i atenció és imprescindible. Identificar els signes d'alerta és fonamental per a l'abordatge, la desestigmatització per tal de posar consciència de la situació i poder actuar des de les fases inicials de la rumiació. És important aprendre a distingir les conductes suïcides de les autolesions no suïcides, ja que, a diferència d'aquestes la conducta suïcida té la finalitat de posar fi a la vida de manera voluntària.

Cal destacar que, anualment, unes 726.000 persones es treuen la vida de manera voluntària, i segons "l'Instituto Nacional de Estadística" (INE) el suïcidi va ser la primera causa de mort el 2022 entre les persones de 15 a 29 anys.

Les causes d'aquest, no són causades per una única, sinó que són múltiples factors que han contribuït a posar fi a la pròpia vida. La por al rebuig, el desig d'encaixar, els cànons de bellesa actual, les noves tecnologies, les xarxes socials, la impulsivitat, etc, fan de l'adolescència una etapa de la vida molt susceptible a problemes relacionats amb la salut mental. L'impacte que un acte suïcida pot arribar a generar a posteriori, pot ser tan físic, psicològic, emocional i social per les persones i familiars que els envolten. (Suïcidi i Conducta Suïcida, 2024)

El que ens ha fet arribar al punt d'aprofundir sobre aquest tema, ha sigut generat per la importància del rol que desenvolupa la infermeria, en la promoció i prevenció de la salut, i per tant en l'abordatge preventiu del suïcidi. D'aquesta manera considerem que es tracta d'un tema molt important al qual se li ha de donar molta visibilitat. A més a més, considerem que actualment la paraula suïcidi encara comporta molts silencis, és un tema encara molt tabú, on la gent encara té la falsa creença que parlar sobre el suïcidi el fomenta.

Així doncs, en l'enfocament d'aquest treball destaca la finalitat de conèixer a través del relat de diferents professionals, quines són les actuacions dirigides a l'abordatge del suïcidi en l'adolescència en la nostra professió, la infermeria, caracteritzada pel cuidatge de les

persones, on la prevenció esdevé un factor fonamental. Esbrinar com s'aborda la conducta suïcida en primera línia en dos àmbits assistencials caracteritzats per l'arribada de pacients d'aquestes característiques, com pot ser un servei d'urgències i un de salut mental, i conèixer les percepcions de les professionals enfront les habilitats i recursos per tractar i abordar de manera òptima aquest problema de salut pública.

2. OBJECTIUS

2.1 Objectiu general:

Analitzar la metodologia enfront, l'abordatge del suïcidi en l'adolescència, que duen a terme les professionals d'infermeria de dos serveis assistencials diferents en la província de Tarragona i si aquests concorden amb els protocols establerts.

2.2 Objectius específics:

- Constatar si existeixen protocols d'infermeria per abordar i detectar el suïcidi en l'adolescència.
- Identificar si hi ha una concordança entre el procediment de l'abordatge del suïcidi en l'adolescència i les intervencions a nivell assistencial dels professionals en el serveis d'urgències i de salut mental.
- Identificar les principals barreres d'actuació que relaten les infermeres en la prestació de cuidatges .
- Conèixer les principals preocupacions que presenten les professionals d'infermeria enfront al suïcidi en l'adolescència .

3. MARC TEÒRIC

3.1 EL SUÏCIDI: DEFINICIONS I TERMINOLOGIA

El suïcidi és l'acte autoinfligit de treure's la vida per causar-se la mort de manera voluntària. El terme suïcidi prové de dues expressions llatines, sui i occidere, que signifiquen matar-se a un mateix. En aquest acte intervenen successivament tres etapes que en conjunt és el que anomenem procés suïcida, el desig de suïcidar-se, la idea de suïcidar-se i finalment l'acte de suïcidar-se en si. (Valladolid, 2011).

El suïcidi és una causa de mort evitable, i actualment representa un dels principals problemes de salut pública. Provoca un impacte tan físic, psicològic, emocional i social a les persones i famílies afectades, tanmateix, a la comunitat. (Suïcidi I Conducta Suïcida, 2024).

Si parlem del suïcidi en l'adolescència, donat que l'OMS reconeix un adolescent a una persona compresa entre els 10 i 19 anys, el podríem definir com l'acte deliberat, en persones d'entre 10 i 19 anys, de treure's la vida. (World Health Organization: WHO, 2019).

D'aquesta manera parlem de la conducta suïcida, i és essencial conèixer el que és per a poder abordar-ho a temps. La conducta suïcida és quan una persona presenta algun grau d'intenció de posar fi a la seva vida. Aquesta intenció va evolucionant en un procés de manera gradual, on es passa de menys a més gravetat. Els comportaments que engloben aquesta conducta poden ser diversos. Cal remarcar, tanmateix, les diferents terminologies que engloben la temàtica del suïcidi, donat que trobem de rellevant importància diferenciar els següents termes: (Suïcidi I Conducta Suïcida, 2024).

Ideació suïcida: és el fet de pensar, considerar o planificar el suïcidi. En una ideació suïcida encara no es comet cap acte que atempti a la vida d'un mateix, es tracta d'un inici de planificació, sense arribar a l'acció.

Intent de suïcidi: es tracta d'un comportament autoinfligit lesiu, amb la intencionalitat de posar fi a la pròpia vida. Pot provocar lesions, però no acaba amb la mort de la persona. És molt important diferenciar aquest terme de l'anomenat autolesions, ja que aquest, encara que també sigui un dany autoinfligit, no té la intencionalitat de posar fi a la vida d'un mateix, sinó que es realitza amb la finalitat de provocar-se dolor a un mateix per regular-se.

Mort per suïcidi o suïcidi consumat: es tracta de la mort de la persona causada per un acte lesiu autoinfligit amb la finalitat de morir (Suïcidi I Conducta Suïcida, 2024).

El suïcidi no succeeix de sobte i no és conseqüència d'una única raó, hi intervenen múltiples factors. La persona afectada, vulnerable per algunes característiques personals i socials, es troba immersa en un procés on va acumulant situacions complexes que la van debilitant. (Suïcidi i Conducta Suïcida, 2024). D'aquesta manera és on podem observar la relació amb l'etapa de l'adolescència, on tot i considerar-se una de les etapes més sanes de la vida, és, tanmateix, una de les etapes més complexes i per a molts, problemàtica, ja que realment és un període molt vulnerable per l'aparició de conductes de risc, derivant o no, en conseqüències per a la salut. (Cortés Alfaro et al, 2021).

En l'adolescència podem diferenciar dos aspectes directament relacionats entre si, la persona es reconeix i la persona és conscient. L'aspecte de reconèixer's com a un individu els porta a identificar-se com a una persona amb deures i drets, i el ser conscient els porta a veure's pertànyer a una comunitat on comparteix valors i projectes. Tanmateix, cal recalcar que és una etapa de la vida caracteritzada per la cerca de la pròpia identitat de la persona, una necessitat d'independència, però amb tendència grupal, sentir-se part d'alguna cosa. (Cortés Alfaro et al, 2021).

D'aquesta manera podem afirmar que es tracta d'una etapa on es produeixen diversos canvis mentals relacionats amb l'estat d'ànim. La manca de recursos pel maneig de la situació pot conduir a un estat depressiu, factor de risc del suïcidi. L'Organització mundial de la salut parla sobre aquest estat depressiu que es presenta principalment entre els 15 i els 24 anys, en àmbits on l'adolescent no presenta una atmosfera adient per al seu desenvolupament, on poden destacar factors com la soledat, la falta de comunicació familiar, delinqüència, assetjament, drogoaddicció, etc. (Cortés Alfaro et al, 2021).

D'altra banda, en l'adolescència hi ha un increment de la càrrega de pressions i responsabilitats individuals, tanmateix, de la capacitat efectiva lligada a l'aspecte emocional. Això lligat amb la inexperiència i la immaduresa generen conflictes personals que poden derivar en moments de molt malestar, ansietat, frustració... derivant en factors de risc per cometre un acte suïcida. (Cortés Alfaro et al, 2021).

Cal destacar, però, que existeixen diversos trets de la personalitat de l'adolescent que es converteixen en factors de risc per a cometre un acte suïcida. Entre aquests destaca la poca tolerància a la frustració, actituds hiperperfeccionistes, persones crítiques, rígides intel·lectualment, que no toleren de manera funcional el mínim fracàs, o inclús que no es senten estimats. D'aquesta manera la conducta suïcida enfront de la incapacitat de maneig de diverses circumstàncies determinades per aquests trets característics pot derivar en què

l'adolescent recorri a l'acte suïcida com a una solució als seus problemes. (Cortés Alfaro et al, 2021).

Altres aspectes de l'etapa de l'adolescència que poden ser predictores d'ideacions o conductes suïcides, són l'amenaça a la seva autoimatge o dignitat, la separació de relacions afectives ,ja siguin amistats o parelles, o mort de persones estimades, conflictes interpersonals, exigència elevada dels pares, embaràs no desitjat, ITS, assetjament escolar escolar, etc. (Cortés Alfaro et al, 2021).

3.2 EPIDEMIOLOGIA I IMPACTE DE LA SALUT PÚBLICA

Cada any es suïciden aproximadament 726.000 persones al món. El suïcidi pot produir-se pràcticament en qualsevol edat, i van ser la tercera causa de mort evitable en les persones de 15 a 29 anys l'any 2021. Cal destacar que aquest fenomen no sols es produeix en països d'ingressos baixos, sinó que afecta a tot arreu del món.(World Health Organization: WHO, 2024).

Abans d'aprofundir a nivell epidemiològic del suïcidi, és rellevant aportar certes dades sobre la salut mental dels adolescents a escala mundial. El 20% dels adolescents presenta problemes de salut mental i la depressió és la malaltia que més contribueix a la càrrega mundial de morbiditat entre els joves de 15 a 19 anys. Aproximadament la meitat dels trastorns mentals comencen abans dels 14 anys i el 70% abans dels 24. Finalment, si parlem de suïcidi, anualment uns 71.000 adolescents es suïciden i unes 40 vegades més d'aquesta xifra ho intenta. (Martínez Hidalgo, 2015).

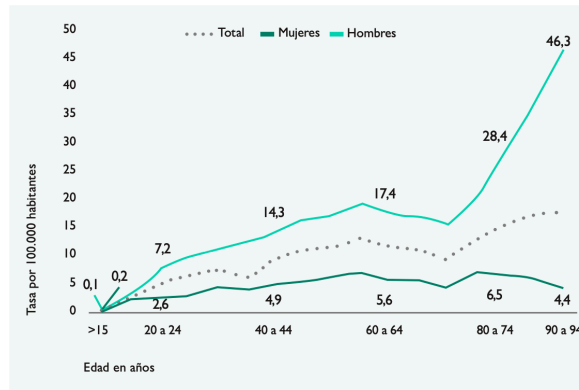
Podem afirmar doncs que es tracta d'un greu problema de salut pública i que, per tant, ha de ser abordat de la manera més efectiva possible per tal de disminuir l'augment d'aquesta taxa. Es tracta d'una mort evitable, i doncs s'han de promoure les iniciatives preventives adients per arribar a temps i prevenir-lo. (World Health Organization: WHO, 2024).

A Espanya l'any 2022 es van registrar, per quart any consecutiu, xifres històriques de suïcidi, tant en homes com en dones. En el que portem de segle, el suïcidi ha augmentat un 25 %, on ja van més de 80.000 morts. (World Health Organization: WHO, 2024).

Si el 2021 ja preocupava el nombre de suïcidis infantils a Espanya, on 22 nens i nenes menors de 15 anys es van llevar la vida, el 2022 es va produir un altre augment del suïcidi en l'adolescència (15-19 anys). Mentre que el 2021 es van produir 53 suïcidis compresos en aquesta edat (28 nois i 25 noies), el 2022 van arribar fins a 75 (44 nois i 21 noies). Si augmentem una mica la franja d'edat, dels 15 als 29, també és preocupant l'augment de

suïcidis entre les dones més joves, on es van produir 79 al 2021 i 117 al 2022, evidenciant un gran augment. Cal esmentar doncs que el suïcidi és la primera causa de mort entre les persones de 15 a 29 anys, per davant dels tumors i els accidents de tràfic. (Observatorio del Suicidio En España 2022. Datos Definitivos Diciembre 2023., s. f.).

Taxa bruta de mortalitat per cada 100.000 habitants, per grups d'edat a Espanya 2023



Font: Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027 p.11

A nivell autonòmic, cal remarcar que l'any 2023, segons les dades provisionals publicades per l'institut nacional d'estadística, es van notificar 626 defuncions per suïcidi i autolesió de residents de Catalunya. Aquest nombre representa una taxa estandarditzada de 9'1 morts per cada 100.000 habitants, que és un 2% menys que l'any 2022. D'aquesta manera s'evidencia que Catalunya continua presentant una taxa de suïcidi inferior a la de l'estat espanyol. (La Taxa de Mortalitat Per Suïcidis A Catalunya Baixa un Dos Per Cent En L'últim Any, s. f.).

Cal destacar, tanmateix, que aquesta taxa segueix, però sent superior a la registrada anteriorment a la pandèmia, però les dades esperançadores remarquen que el 2023 s'observa la primera reducció de les defuncions per suïcidi respecte als anys 2013 i 2012, on es van assolir xifres màximes dels darrers deu anys. (La Taxa de Mortalitat Per Suïcidis A Catalunya Baixa un Dos Per Cent En L'últim Any, s. f.).

A escala provincial, a Tarragona, l'any 2022 es van suïcidar 71 persones, 53 de les quals eren homes i 18 dones. Si ho comparem amb les dades del 2021 podem veure una lleugera disminució, ja que l'any 2021 es van suïcidar 76 persones a la província de Tarragona. (Gavalda, 2024). Tot i la disminució de casos, encara és consideren xifres elevades, que determinen la necessitat de continuar buscant mètodes preventius per tractar d'aturar la mortalitat causada pel suïcidi.

Finalment, a nivell epidemiològic, també cal fer referència a la diferència de consumació del suïcidi entre sexes. Les dades evidencien que encara que les dones ho intentin tres vegades més que els homes, són aquests els que acaben consumant l'acte suïcida tres vegades més que les dones. Una de les principals causes per les quals hi ha aquesta diferència, recau en el fet que els homes utilitzen mètodes més letals que les dones. (Observatorio del Suicidio En España 2022. Datos Definitivos Diciembre 2023., s. f.).

3.3 COMORBIDITAT AMB ALTRES TRASTORNS MENTALS

Quan parlem dels factors de risc i protectors que presenta una persona enfront del risc de suïcidi, és de vital importància, tanmateix, fer referència a un dels aspectes més associats amb aquest, la comorbiditat que presenta amb altres trastorns mentals. Segons Mosquera (2016) darrere del 90% dels suïcidis hi ha una malaltia mental associada. La majoria dels suïcidis s'han associat a trastorns de l'estat d'ànim amb símptomes depressius, de fet, el 15% dels pacients que pateixen una depressió major acaben duent a terme un suïcidi, i hi ha estudis que demostren que en adolescents, els símptomes depressius juntament amb el comportament antisocial és el que més prevalença presenta davant la conducta suïcida (Mosquera, 2016).

D'altra banda, el trastorn bipolar també està associat a un alt risc de suïcidi, i en els trastorns esquizofrènics, és la primera causa de mort en joves. Altres trastorns associats a la conducta suïcida són els trastorns de personalitat, trastorns d'ansietat, trastorns alimentaris (associats amb la depressió presenten un alt risc de suïcidi, fins a 20 vegades més), trastorn antisocial i trastorn narcisista (Mosquera, 2016).

Finalment, també cal destacar el consum de substàncies relacionat amb la conducta suïcida. Com hem comentat anteriorment, l'adolescència és una etapa vulnerable on la presència de conductes de risc està molt present. El consum d'alcohol entre els joves està molt normalitzat, i les dades ens diuen que aquesta substància està present en aproximadament el 28-58% dels suïcidis consumats, per tant, els consumidors tenen entre 6 i 14 vegades més possibilitats de suïcidi que la població general. El consum d'alcohol esdevé d'aquesta manera un factor tant de risc, com precipitant. (Federación de Salud Mental de Castilla y León, s.f).

3.4 FACTORS DE RISC I PROTECTORS

En l'anàlisi de la salut, la prevenció i el benestar de les persones, és de vital importància considerar els factors de risc, així com, els factors protectors, que poden precipitar o evitar que una persona realitzi certs conductes perjudicials per a la seva salut.

Quan parlem de factors de risc enfront del suïcidi, es fa referència a aquells comportaments o trets característics d'una persona que predisposa a augmentar la probabilitat de dur a terme el suïcidi. Per contra, estan els factors protectors, que són els que ajuden a cessar o disminuir els riscos, promovent d'aquesta manera un estil de vida saludable.

Es considera impossible saber quan un adolescent realitzarà l'acte de suïcidar-se, però sí que hi han trets que els poden posar en major risc, com són les característiques individuals de la persona (biològiques, psicològiques, socials i/o ambientals) que determinen si un individu serà més propens o més vulnerable a patir pensaments, o si més no, comportaments suïcides. A més factors de risc, i menys de protectors, més perill. (Suïcidi I Conducta Suïcida, 2024).

Els factors de risc: (Suïcidi I Conducta Suïcida, 2024)

Haver patit un intent previ de suïcidi.	Assejament escolar, ciberassetjament.
Patir un trastorn depressiu o altres trastorns mentals.	Aïllament i falta de recolzament social.
Sentiments de desesperança.	Presentar una malaltia crònica o una discapacitat física greu.
Trets del caràcter com impulsivitat, baixa autoestima, agressivitat, baixa tolerància a la frustració, perfeccionisme, etc...	Tenir accés a mitjans letals per realitzar l'acte de suïcidar-se.
Presentar una addicció a substàncies d'abús com l'alcohol o les drogues.	Pertànyer dins d'un col·lectiu discriminat (ex. LGTBI +)
Antecedents de suïcidi a la família o a l'entorn.	Tenir successos negatius, com problemes econòmics o pèrdua del treball, dificultats d'accés o pèrdua inclús de l'habitatge,

	separació recent, mort actual d'un ésser estimat, etc...
Família o entorn disfuncional.	Història de maltractament o abús sexual.

D'altra banda tenim els anomenats factors precipitants, que fan referència a successos vitals estressants que poden actuar de desencadenants d'una crisi, donant lloc a una temptativa suïcida. Si a més a més s'hi sumen alguns factors de risc com els anomenats anteriorment, la probabilitat augmenta. Alguns exemples d'esdeveniments precipitants són: (Suïcidi i Conducta Suïcida, 2024).

Suïcidi, mort o malaltia greu d'una persona estimada.	Experimentar un esdeveniment vital traumàtic, com ara abús, assetjament o violència.
Ruptura amorosa o d'amistat.	Experimentar una situació que ha sigut humiliant o de rebuig.
Descobrir una malaltia crònica o incurable.	Pèrdua de l'estatus econòmic i/o social.
Conflicte a l'entorn proper.	Problemes penals/legals.
Fracàs escolar.	Abús d'alcohol o altres substàncies.

Per contrari, tenim els factors protectors, que com ja hem dit anteriorment, fan referència aquells que contraresten els factors de risc, per tant, esdevenen aquells que protegiran a la persona de presentar temptatives suïcides, i poder afrontar els problemes de manera funcional. Entre aquests trobem: (Kaslow, 2025).

- Bones habilitats per resoldre problemes. Aquells adolescents que tinguin la capacitat de trobar-se en un problema i poder buscar una solució efectiva, sense haver d'arribar a resoldre-ho d'una forma violenta, agressiva, fan que tinguin menor risc.
- Vincles forts. Els vincles establerts amb la família, amics, i en les persones que conviuen en la comunitat, com més forts són, menor és la probabilitat autolítica. En part, és perquè saben que compten amb el suport i amor de les persones que han generat un vincle i que, per tant, davant alguna problemàtica tenen on anar per trobar una sortida.
- Accés restringit a productes i/o articles letals, com armes de foc i medicaments.

- Creences culturals religioses que descoratgen el suïcidi i que donen suport a l'autopreservació.
- Accés relativament fàcil a l'atenció mèdica apropiada, ja sigui psicoteràpia, teràpia individual, grupal, familiar, o medicació quan es troba indicada.
- Atenció efectiva per trastorns mentals, físics, així com per l'ús de substàncies. Una bona atenció a la salut mental i a la salut general té un impacte en les relacions continuades i amb enfortir la sensació que compten amb professionals que els poden atendre i estar per ells quan ho necessitin.

3.5 ESTIGMATITZACIÓ I FALSOS MITES

L'estigmatització de la salut mental, és encara avui dia un problema social. El desconeixement i els falsos mites sobre aquest àmbit, deriven en estigmes erronis i falses creences que poden acabar condicionant les intervencions i pràctiques clíniques dirigides a aquest tipus de pacients. Hem de tenir en compte que l'estigmatització té repercussions negatives per les persones objecte de l'estigma, però també en aquelles persones que saben que poden ser descobertes patint un procés estigmatitzat i pateixen l'estrès derivat de la necessitat d'ocultar el problema, evitant el contacte social per tal de no ser etiquetats (Martínez Hidalgo, 2015).

Algunes conseqüències derivades del procés d'estigma són:

- Exclusió social
- Deteriorament de la identitat social i de l'autoestima
- Problemes de salut mental i físics
- Disminució del rendiment acadèmic

D'aquesta manera, i coneixent els factors de risc i precipitants que presenta una persona amb ideació suïcida, s'ha de tenir especial cura a l'hora d'estigmatitzar, ja que les conseqüències poden ser fatals.

L'estigma dirigit cap als adolescents amb problemes de salut mental i les violacions de drets humans als quals estan sotmesos, augmenten les conseqüències adverses de la persona i es converteix en un factor de risc més (Martínez Hidalgo, 2015). Tanmateix, una de les raons identificades pels pacients de salut mental per no buscar ajuda sanitària o continuar en tractament és l'estigma i fins i tot consideren al personal sanitari com a contribuent a l'estigma i a la discriminació (C. Navarro, P. Martínez, 2012). Per tant, encara que a escala social s'ha de fer molt de treball per evitar aquest fet, també s'ha de fer educativament, com

governamental, com jurídic i fins i tot de mitjans de comunicació, així doncs, un dels sectors on s'hauria de treballar la desaparició de l'estigmatització és en la sanitat.

A continuació presentem una taula amb els falsos mites més habituals que envolten el suïcidi:

Mite	Realitat
Parlar del suïcidi pot incitar a una persona a fer-ho.	La realitat sobre aquesta afirmació és que està demostrat que parlar del suïcidi amb una persona de risc, realment redueix el risc que aquesta persona realitzi l'acte. Poder parlar-ne obertament redueix el sentiment de la persona d'angoixa, patiment i aïllament, alhora que permet demanar i oferir ajuda.
Les persones que s'autolesionen només ho fan per cridar l'atenció i realment no es volen llevar la vida.	Les persones que s'autolesionen ho realitzen com a una manera d'autoregulació, per alleujar patiment i frustració i està evidenciat que aquestes accions poden evolucionar agreujant la letalitat dels intents.
Qui es vol suïcidar no ho diu i no dona cap senyal	La realitat de les persones que acaben suïcidant-se, és que prèviament havien expressat d'una manera o altra la seva intenció. Per això és molt important fer cas als senyals d'alarma que poden donar les persones.
Només les persones amb trastorns mentals es suïciden	Encara que és cert que patir un trastorn mental és un factor de risc important de la conducta suïcida, no totes les persones que es suïciden tenen un trastorn mental, ni totes les persones amb trastorn mental tenen conductes suïcides.

Els mitjans de comunicació no haurien de parlar del suïcidi per evitar un “efecte trucada”	En realitat, la publicació d’informació de manera adequada i responsable per parts dels mitjans de comunicació podria jugar un paper fonamental en la prevenció de les conductes suïcides.
--	--

Taula: elaboració pròpia: (Suïcidi i Conducta Suïcida, 2024) i (Federación de Salud Mental de Castilla y León, s.f)

3.6 PROGRAMES I ESTRATÈGIES PER ABORDAR EL SUÏCIDI EN L'ADOLESCÈNCIA

El suïcidi en l’adolescència, com ja s’ha comentat amb anterioritat, és un tema que encara es considera tabú, però que preocupa molt a la població, ja que afecta a moltes famílies i en general a la comunitat. Per fer front, a tot aquest problema de salut, s’han creat una sèrie de programes i estratègies per tal de donar suport als adolescents en risc, així com formar un entorn de comprensió i prevenció. A continuació, podrem veure algunes de les iniciatives que s’han dut a terme, amb un objectiu clar, reduir la incidència d’aquest tràgic fenomen i oferir un punt de suport per als que més ho necessiten.

A escala estatal, s’ha dut a terme una guia de pràctica clínica, Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, (2012), on el principal objectiu és proporcionar al sector professional de la salut eines i recomanacions basades en l’evidència, per així poder identificar, avaluar i donar resposta a aquells usuaris amb risc de suïcidi. El que es busca en aquesta guia, és millorar l’atenció i també el maneig de la salut mental, així fent intervencions concises i adients, perquè siguin tan efectives com sigui possible, per ajudar a prevenir el suïcidi. Així doncs, promou la formació continuada i la sensibilització d’aquest, per tal de tenir una atenció integral i humanitària. A més a més, és un exemple que les comunitats autònomes fan servir per crear els seus propis plans d’actuació envers el suïcidi i segons les necessitats que tingui cadascuna d’elles per tal de fer front a aquest fenomen. (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012).

Tanmateix, existeix un pla d’acció d’intervenció per la prevenció del suïcidi 2025-2027, amb diferents línies estratègiques per part del govern espanyol, que pretén donar una millora a la prevenció del suïcidi.

En una de les seves línies estratègiques, que tracta de la prevenció en situacions de vulnerabilitat, just en el punt 3.4, s’aborda el desenvolupament d’accions per l’abordatge coordinat de situacions de violència, amb especial atenció a nens, nenes i adolescents.

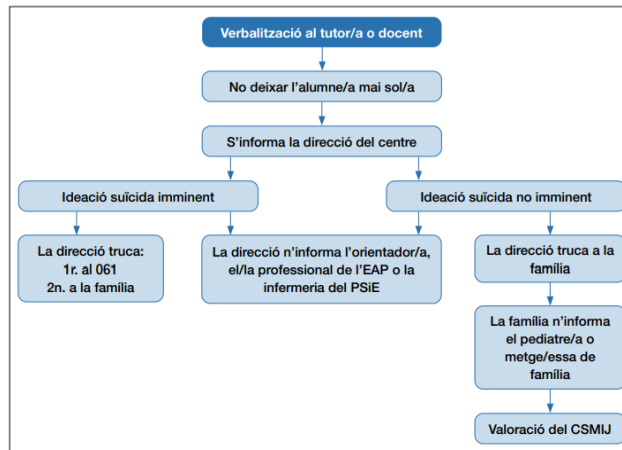
Donant com recomanació que les accions que es puguin dur a terme el més precoç possible, resulta clau per la protecció d'aquestes situacions i, per tant, és també de vital importància oferir un suport d'una manera integrada i coordinada. Això dona a pensar que si és un punt que s'ha contemplat dins del pla estatal, és perquè realment els adolescents són un grup molt destacable entre la societat més vulnerable (Ministerio de sanidad, gobierno de España, 2025).

En la comunitat autònoma de Catalunya, es va elaborar un pla de prevenció del suïcidi 2021-2025, anomenat PLAPRESC. Un dels impulsors d'aquest pla va ser el fenomen Covid-19, on va provocar un abans i un després, ja que arran d'aquest, la societat es va veure afectada, provocant en major grau, aïllaments socials i també problemes econòmics entre d'altres molts, que tots plegats contribueixen en el deteriorament de la salut mental de les persones, afectant, doncs, a la part emocional fent-la més làbil i a conseqüència, tendir a poder tenir pensaments, comportaments o inclús arribar a l'acció suïcida, provocant la mort. És per això, que el pla PLAPRESC, el seu contingut va encaminat en la descripció de 6 línies estratègiques, 22 àrees rellevants, 29 objectius, la realització d'accions i activitats per tal d'evitar el creixement incipient de la societat en el suïcidi. (Generalitat de Catalunya Departament de Salut [GCDS], 2021).

Aquest pla s'ha dissenyat per a tota la comunitat autònoma de Catalunya, per tal de tenir un pla sòlid que executar, tenint en compte els punts on es pot millorar i actuar per tal que es produeixi una davallada del nombre de suïcidis.

Com tot pla, el que pretén és prevenir i sensibilitzar als professionals sobre el problema de salut pública que suposa el suïcidi, donant a conèixer els factors de risc perquè sigui molt més ràpid detectar entre la societat i poder actuar. D'aquesta manera, és de rellevància promoure la salut mental de tota la comunitat.

Per altra banda, és molt substancial la formació, és per això que aquest pla pretén proporcionar informació als professionals de la salut, als d'educació i altres sectors estratègics perquè es pugui donar una ajuda a les persones amb risc. Encara més, en els col·legis, hi ha establert un protocol d'actuació per tal d'accedir en un servei especialitzat en salut mental tan aviat es pugui, segons la gravetat del succés serà atès en major o menor breuetat. (GCDS, 2021).



Font: *Guia per a l'abordatge de la conducta suïcida i de les autolesions no suïcides en el centre educatiu*, 2022. p.8

Tanmateix, és convenient que hi hagi una bona cohesió i col·laboració entre els diferents països, associacions, àmbit acadèmic, governs locals, i un lideratge coordinat entre diferents departaments del Govern. Per aquest motiu, és rellevant l'elaboració d'aquest pla, per tal que hi hagi una base sustentadora i que doni eines pels diferents col·lectius de risc, ja esmentats anteriorment.

Tal com diu el pla de prevenció del suïcidi 2021-2025 (GCDS, 2021), amb el lema "Trio la Vida", les metes principals que vol assolir són "Reduir el 2030 la taxa d'intents de suïcidi i de morts per suïcidi en més d'un 15% en tota la població i en més d'un 20% en els grups prioritaris". Així com "reduir en el 2025 en un 15% la taxa de persones que declaren que estan afectades per malestar emocional segons l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA)". Finalment, vol intentar reduir l'estigma social que hi ha enfront del suïcidi que sembla que cada cop la societat té més pensaments negatius sobre aquests usuaris.

En canvi, a Tarragona ciutat, no hi ha cap mena de pla estratègic a utilitzar de forma específica en la ciutat, sinó que s'usa el de la comunitat autònoma, al qual pertany, Catalunya. Si és cert, que al 2024, el Sr. Viñuales, alcalde de Tarragona, va activar un programa de suport emocional per als joves, així com d'escolta activa als adolescents i jovent que resideix o estudia a Tarragona, promocionat com "Ara t'escolto". El que vol és abordar la problemàtica de salut pública que suposa el malestar emocional i mental de molts dels adolescents i joves, per tant, proporciona diversitat d'activitats centrades en les atencions individualitzades, aules d'autocures, recursos per a professionals, taula estratègica local en aquesta matèria, i tallers de benestar emocional. Tot el que es dugui a terme per aquest programa, és confidencial. (*Tarragona Activa el Programa de Suport Emocional Per A Joves «Ara T'escolto», s. f.*)

3.7 CODI RISC SUÏCIDI

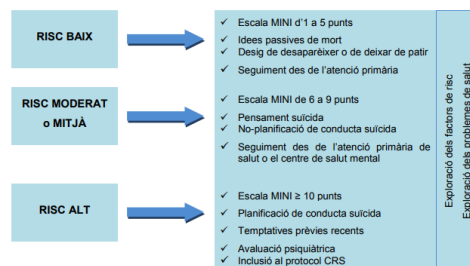
El codi risc suïcidi (CRS) es crea a partir de la necessitat que està generant l'abordatge de la prevenció d'aquest fenomen, així doncs, tal com diu el CRS, és un conjunt protocol·litzat d'actuacions preventives i assistencials que van adreçades a aquelles persones que en el moment de contactar amb el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) presenten un risc de suïcidi important (Codi Risc Suïcidi [CRS], 2015).

També manifesta un percentatge elevat de les persones que presenten conductes suïcides pateixen trastorns mentals associats, sobretot la depressió i trastorns per consum de substàncies com l'alcohol, per tant, el que volen assegurar és una continuïtat assistencial on hi hagi una bona vinculació amb el sistema de salut mental per tal que aquesta necessitat de dur a terme accions suïcides es disminueixi i estigui sota control.

Segons els estudis fets per l'elaboració del CRS (2015), mostra que moltes de les persones que arriben a suïcidar-se han contactat dies previs amb el sistema sanitari. Tanmateix, la depressió sembla ser la patologia més anomenada quan es tracta sobre el suïcidi, i és que és un factor de risc determinant, ja que està molt associat a aquest, on sovint s'infradiagnostiquen casos, fet que dificulta el tractament enfront de la prevenció.

L'objectiu del codi risc suïcidi, és que els professionals de la salut puguin realitzar un cribratge, una detecció i una valoració inicial per determinar si hi ha risc o no, per tal de facilitar la presa de decisions de forma més immediata per determinar si hi ha criteri d'inclusió en el CRS. Així doncs, existeixen tres nivells de risc (alt, moderat o baix) i cadascun d'ells té uns criteris que seran decisius per tal de determinar el nivell inicial. No obstant això, encara que es faci un cribratge inicial, la validació final del nivell al qual pertoca haurà d'anar acompanyada d'una avaluació clínica per un facultatiu especialitzat en salut mental (CRS, 2015).

Taula resum: Què implica l'avaluació del risc de suïcidi?



Font: Codi risc de suïcidi. Barcelona: Direcció Àrea d'atenció sanitària, CatSalut i Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya, p 12

És important destacar que en el document CRS (2015), fa èmfasis en el significat de temptativa autolítica o de suïcidi, donant per definició que és qualsevol comportament suïcida incloent-hi les intoxicacions voluntàries i les autolesions o les autoagressions, que tenen una intencionalitat manifesta de causar la mateixa mort, sense aconseguir-ho. Tota aquesta definició la posa en context, ja que, diu ser més restrictiva que la de l'OMS (2014), perquè exclou les lesions i les autoagressions que no tenen com a intencionalitat mortal expressa.

Les persones que poden activar aquest codi, és tota mena de professional de la salut des dels especialitzats en salut mental, com metges d'atenció primària, com SEM, CUAP o si més no, activant-ho a través d'una trucada al número referent per l'ajuda en aquest tipus de casuístiques el 061 CatSalut Respon (CRS, 2015).

El CRS consta de 3 fases:

- Fase 1: Detecció precoç i cribratge inicial del risc suïcida: Davant la sospita de risc de suïcidi, qualsevol servei de salut pública del Sistema Sanitari Integral català (SISCAT) pot activar un sistema de coordinació per derivar a un servei d'emergències.
- Fase 2: Atenció i avaluació clínica especialitzada: Es realitzarà una atenció sanitària urgent i una reavaluació clínica per part d'un professional especialitzat.
- Fase 3: Seguiment preventiu: En cas que es confirmi l'intent o el risc suïcidi, posteriorment a l'alta hospitalària es realitzarà un seguiment preventiu. En primer lloc es farà una visita d'atenció especialitzada en un servei de salut mental, en un plaç de 10 dies en cas d'adults i en 72 hores en el cas de menors, des de l'alta hospitalària. Posteriorment es farà una trucada telefònica de seguiment en un plaç de 30 dies des de l'alta hospitalària, a través del 061 respon. Finalment es realitzarà una visita de seguiment durant un període de 12 mesos en el servei adient.

3.8 ROL I ACTUACIÓ D'INFERMERIA EN LA PREVENCIÓ I ABORDATGE DE LA CONDUCTA SUICIDA

Com ja s'ha comentat anteriorment, un dels aspectes més rellevants de la professió infermera, és el contacte estret amb el pacient que deriva en la prevenció de conductes de risc, juntament amb el coneixement de les tècniques necessàries per a cuidar a les persones. Si parlem del suïcidi, una de les consideracions a tenir en compte és el paper fonamental de la infermera davant la detecció de pacients amb risc suïcida i la posterior actuació. En el nostre rol com a professionals ens podem trobar amb la circumstància de ser

el primer contacte amb la sanitat que realitza una persona amb ideació o intent suïcida, i per tant realitzar una actuació i intervenció òptimes és essencial per la seguretat i el tractament de la persona.

3.8.1 Maneig del pacient amb conducta suïcida en el servei d'urgències

Els serveis d'urgències, tant intrahospitalaris com extrahospitalaris, tenen una gran rellevància amb relació al suïcidi, ja que poden esdevenir el primer punt de contacte de la persona amb conducta suïcida i els serveis de salut. El professional d'infermeria de l'àrea d'urgències sol ser el primer contacte sanitari que té el pacient després d'un intent de suïcidi o d'un episodi d'autolesions (C. Navarro, P. Martínez, 2012).

Dins dels serveis d'urgències ens podem diferenciar entre tres tipus de pacients amb risc de conducta suïcida (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012):

- Persones que arriben al servei d'urgències amb ideació suïcida o posteriorment a un intent de suïcidi.
- Pacients amb algun trastorn de salut mental però sense intencionalitat coneguda de conducta suïcida
- Pacients que acudeixen amb alguna patologia física específica, però amb un alt risc de suïcidi ocult.

Davant l'arribada d'aquest perfil de pacient en un servei d'urgències, és de vital importància la integració d'aquests en un pla d'intervenció per afavorir la vigilància, el tractament i la derivació.

Quan parlem d'un servei d'urgències, tanmateix, hem d'anomenar el procediment de triatge, definit com, procés que permet una gestió del risc clínic per a poder manejar adequadament i amb seguretat els fluxos de pacients quan la demanda i les necessitats clíniques superen als recursos (Soler et al., s. f.), per tal de valorar quin nivell de prioritat s'aplicarà a l'hora de l'atenció sanitària amb les persones que es detecta un risc de conducta suïcida.

Actualment, el sistema de triatge diferencia entre 5 nivells per ordre de gravetat i necessitat d'atenció temps dependent.

- Primer nivell: pacients que requereixen una atenció immediata.
- Segon nivell: pacients que es troben en situacions urgents de risc vital i que el temps d'atenció no es pot demorar més de 15 minuts.

- Tercer nivell: Pacients que requereixen atenció urgent, però que presenten estabilitat hemodinàmica. El temps d'atenció en els pacients classificats en aquest nivell es pot demorar fins a 60 minuts.
- Quart nivell: pacients que presenten una urgència menor i que el temps d'atenció pot demorar-se fins a dues hores.
- Cinquè nivell: pacients que no presenten urgència on el temps d'atenció pot esperar fins a 240 minuts.

Nivel	Nombre	Color	Tiempo de atención
1	Emergencia	Rojo	0 min
2	Muy urgente	Naranja	10 min
3	Urgente	Amarillo	60 min
4	Poco urgente	Verde	120 min
5	No urgente	Azul	240 min

Font: (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012, p.93)

La importància de conèixer de manera adequada per part d'infermeria, la manera de triar en un servei d'urgències a aquests pacients, recau en el fet que el triatge el realitza infermeria.

Segons la Guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de la conducta suïcida (2012), les dues primeres mesures que s'han d'adoptar en el triatge d'un pacient amb conducta suïcida són una avaluació immediata de la situació clínica i la instauració d'un tractament eficaç que minimitzi el risc de mort o de discapacitat.

En l'atenció del pacient amb conducta suïcida, l'objectiu fonamental del triatge és que tots els pacients fossin catalogats almenys en el nivell 3 (groc) del sistema de triatge de Manchester, és a dir, que s'assegurés l'atenció d'aquests pacients dins la primera hora que acudeixen al servei d'urgències (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012) . En aquelles persones que no existeix una afectació física d'atenció immediata, existeix un qüestionari (annex 1) anomenat *Risk of Suicide Questionnaire*, RSQ), per tal d'avaluar el risc suïcida i d'aquesta manera triar en funció de la gravetat. Aquest qüestionari és aplicable a nens de la mateixa manera que a adults (Salcedo et al., 2005).

Tanmateix, com s'anomena en la Guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de la conducta suïcida (2012), al triatge d'urgències s'han assignat, en funció d'unes preguntes, uns codis de color coincidint amb els nivells de prioritat. En funció de la resposta del pacient que presenta conducta suïcida, es classifica aquest en color taronja o vermell.

Triage de pacientes con conducta suicida		
Preguntas a formular	Sí	No
¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?		-----
¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?		
¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?		
¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?		
Es suficiente que una respuesta sea de color naranja para que el paciente sea clasificado en este color		

Font: (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012, p.95)

Un altre aspecte a comentar és l'actitud dels professionals d'infermeria davant l'arribada d'un pacient amb aquestes característiques. S'ha evidenciat en certs estudis que els professionals sanitaris, davant l'arribada d'un pacient amb característiques suïcides presenta una actitud negativa i fins i tot falta d'habilitats per a tractar-lo, determinat per la diferenciació de problemes mentals i físics que es realitza (C. Navarro, P. Martínez, 2012). Generalment en un servei d'urgències és l'atenció sols estar enfocada en el tractament i el diagnòstic de malalties somàtiques, fet que pot provocar que l'atenció a pacients amb simptomatologia psiquiàtrica generi sensació d'impotència i generar actituds negatives o d'indiferència (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012), fet que podria derivar en una mala atenció amb possibles conseqüències. Per aquest motiu una actitud adequada per part dels professionals sanitaris davant aquests pacients és imprescindible, un aspecte a tenir en compte, que marca una gran diferència en l'atenció, a part del coneixement del maneig adequat d'aquests pacients, és la intel·ligència emocional de la persona. La intel·ligència emocional és la "capacitat de reconèixer, comprendre i regular les emocions pròpies i dels altres, discriminar entre aquestes i utilitzar la informació per guiar el pensament i les accions" (C. Navarro, P. Martínez, 2012). D'aquesta manera és on el professional d'infermeria desenvolupa un paper fonamental i on ha de precisar la capacitat de ser emocionalment intel·ligent, perquè haurà de tractar i participar en les emocions que es donen dintre d'aquests pacients. La comprensió i la no estigmatització són essencials per una bona atenció. D'aquesta manera els professionals no especialitzats en salut mental, haurien de rebre una formació adequada en l'avaluació i maneig de pacients que acudeixen per conducta suïcida a un servei d'urgències.

Finalment, en el maneig dels pacients amb conducta en els serveis d'urgències és de vital importància el moment de realització d'una alta o d'un ingrés per seguiment. Aquest procés

és complex i pot ser determinat per diferents variables com la gravetat de la clínica de l'episodi, de la situació, el risc suïcida immediat, si existeix o no patologia psiquiàtrica de base o l'existència d'una xarxa de suport. S'ha de tenir en compte però que els pacients amb intencionalitat suïcida, generalment, es manegen millor ingressats. S'han de considerar les següents variables a l'hora de realitzar una valoració d'ingrés posterior a l'atenció urgent:

Variables associades amb major probabilitat d'ingrés hospitalari	Variables associades amb major probabilitat d'alta
Intenció de repetir la conducta suïcida	Perspectiva realista del futur després de la conducta suïcida
Planificació d'un mètode letal per treure's la vida	Alleujament de que l'intent de suïcidi no ha sigut efectiu
Hospitalització psiquiàtrica previa	Disponibilitat d'un mètode per suïcidar-se que no ha sigut utilitzat per aquest intent
Conducta suïcida en el any anterior al nou episodi	Pensar en les conseqüències emocionals que l'intent pot provocar en el seu voltant
Planificació de que ningú pugui salvar la seva vida després de la conducta suïcida	Disposar d'una xarxa de suport familiar

Font: elaboració pròpia de: Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012)

3.8.2 Maneig del pacient amb conducta suïcida en serveis de salut mental

En els serveis de salut mental, l'atenció ja va dirigida a una atenció més especialitzada a nivell psiquiàtric i no tant a escala física com pot passar en un servei d'hospital general. Per tant, podríem afirmar que es té més present als aspectes psicològics que influeixen en la salut de les persones.

Per al tractament del pacient amb conducta suïcida s'han evidenciat diferents tècniques i pràctiques relacionades amb teràpies psicoterapèutiques com la teràpia cognitivoconductual (TCC), la dialèctica conductual (TDC), la MACT (*Manual assisted cognitive behaviour therapy*), entre d'altres.

Pel que fa al tractament i maneig amb nens i adolescent, diversos estudien recolzen la presència de certes dificultats, però s'ha vist que la teràpia dialèctica-conductual (TDC) és la més eficaç en aquest rang de població (Mosquera, 2016). Tanmateix, cal esmentar que el tractament s'hauria de realitzar, a nivell de prevenció secundària amb aquestes teràpies, però que un factor molt important en el suïcidi, és la prevenció primària, on destaquen les intervencions preventives per tal de reduir l'impacte de salut en la societat, i la disminució de casos.

Hi ha diverses psicoteràpies basades en l'evidència per a abordar el suïcidi en l'adolescència. En primer lloc, com ja hem comentat anteriorment, la teràpia dialèctica-conductual. Aquesta està basada en la TCC, però està adaptada per a adolescents amb conducta suïcida. Consisteix en un tractament de 16 setmanes amb sessions setmanals individuals, teràpia familiar i grup multifamiliar (Guajardo et al., 2015) .

En segon lloc, també trobem la teràpia familiar basada en l'aferrament, que té la finalitat de disminuir la ideació suïcida i els símptomes depressius en adolescents d'entre 12-17 anys que han sigut derivats des d'atenció primària i serveis d'urgències. L'objectiu principal d'aquesta teràpia recau en el suport familiar, buscant reforçar els lligams d'aferrament entre l'adolescent i els pares per tal de crear una base de protecció i millorar la capacitat de resolució de problemes (Guajardo et al., 2015).

Finalment, també existeix l'anomenada teràpia cognitivoconductual per la prevenció del suïcidi. Aquesta es tracta d'una intervenció tant individual com familiar en adolescents d'entre 13 i 19 anys que tenen un diagnòstic de depressió i un intent de suïcidi en els últims tres mesos abans de l'inici de la teràpia. La TCC per la prevenció del suïcidi es treballa en tres etapes diferents. La primera és l'aguda que dura 12 setmanes, la segona és la de manteniment i l'última és la de continuació que pot tenir una durada de 6 mesos o més. L'objectiu principal és la reducció dels riscos de patir un altre acte suïcida, millorar l'afrontament i prevenir les recaigudes (Guajardo et al., 2015) .

Encara que, com ja hem vist, existeixen diverses teràpies per abordar el suïcidi, en el cas dels adolescents s'ha recomanat en major mesura terapèutica la utilització de la teràpia dialèctica-conductual (TDC) per abordar les crisis suïcides, destacant una avaluació integral del pacient, una relació terapèutica sòlida, la inclusió de la família quan sigui adient, i el desenvolupament d'habilitats per tal de regular correctament les emocions. Tanmateix, es destaca la importància d'adoptar un enfocament clínic que vagi més enllà de les etiquetes diagnòstiques i que s'abordi el patiment, la desesperança i la cerca d'un significat en la vida d'aquests pacients (Sanchez Vera, 2023).

Per acabar, un aspecte molt important a considerar dins del treball i les intervencions com a professionals d'infermeria, és la intel·ligència emocional que s'ha de tenir a l'hora de tractar amb aquests pacients. Diferents estudis afirmen que la intel·ligència emocional en els professionals d'infermeria de serveis de salut mental és superior a la de la població general (C. Navarro, P. Martínez, 2012). Això s'ha de tenir en compte, ja que la càrrega emocional que presenta una persona que ha de tractar amb certs tipus de situacions també pot afectar a la qualitat assistencial. D'aquesta manera és quan la capacitat de la persona de gestionar

tant les emocions pròpies com les de les altres persones esdevé un factor important a l'hora de tractar amb una tipologia de pacient que requereixen una gran comprensió i una capacitat de gestió.

4. METODOLOGÍA

La metodologia emprada en aquest treball és la qualitativa, que consisteix en la recollida d'informació, a través d'entrevistes, grups focals, observacions, etc... En aquest cas s'ha emprat el mètode d'entrevista semidirigida, a infermeres de diferents serveis de salut que tracten la prevenció del suïcidi en el seu dia a dia. Les dues infermeres són especialitzades en salut mental, però exerceixen la professió en diferents serveis, la primera informant es troba en el servei d'urgències de Joan XXIII i també forma part de l'equip de la UHD (unitat hospitalària de deshabitació). Per contra, la segona informant, actualment pertany a un centre infanto-juvenil de salut mental, exactament al Hospital de dia Infanto Juvenil de Tarragona pertanyent a l'institut Pere Mata, encara que té un llarg recorregut en els diferents serveis. D'aquesta manera, podrem analitzar des de dos vessants completament diferents, si fan servir una mateixa estructuració per abordar a l'usuari.

La idea de fer-ho a través d'aquest mètode, sorgeix de la necessitat d'explorar i aprofundir en els pensaments, necessitats i sentiments subjectius dels professionals. L'objectiu és indagar més a través de testimonis professionals reals de l'àmbit de la infermeria enfront de la problemàtica del suïcidi en l'adolescència, utilitzant una sèrie de preguntes ja consumades, per tal de guiar mínimament l'entrevista i, que puguem extreure la màxima informació.

Així doncs, tenint en compte que en realitzar aquesta metodologia ens permetrà obtenir informació de primera mà, tanmateix, s'ha de tenir en consideració que en tractar-se de relats personals i subjectius, l'estudi pot veure's certament esbiaixat per les experiències humanes viscudes determinades per factors socials, culturals i situacionals.

Aquest enfocament, ens dona flexibilitat en el treball, ja que permet a l'investigador tenir un tracte molt més proper establint una relació més íntima, inclús de confiança, que permet anar adaptant-se a noves qüestions que poden conduir a diverses direccions, però que poden enriquir, i completar l'estudi.

Una vegada, plantejada l'estructura del treball, realitzem el marc teòric, i paral·lelament l'entrevista, que es farà semidirigida per tal que es doni peu a sortir-se del guió, però que a la vegada tinguem una sèrie de preguntes que ens donin la resposta als nostres principals objectius.

Les professionals infermeres, són facilitades a través del nostre tutor, Isaac Herrera, ja que són professionals molt qualificades en el sector i que ens poden aportar d'aquesta manera un relat profitós i instructiu.

Per tal de realitzar les entrevistes, hem hagut d'enviar una sol·licitud al comitè d'ètica de la Universitat Rovira i Virgili, perquè ens autoritzes la realització d'aquesta, enviant els documents pertinents. Una vegada acceptat ens posem en contacte amb les entrevistades per tal de concretar la realització de l'entrevista.

El dia de l'entrevista els facilitem tota la documentació que es precisa per tal de dur a terme aquesta investigació.

Per la realització de la gravació d'àudio, s'utilitzen dos dispositius electrònics (mòbils). La gravació es queda guardada i una vegada finalitzada la transcripció i l'anàlisi es procedeix a l'eliminació de l'àudio de qualsevol dispositiu, tal com s'indica en el full d'informació a les participants.

Els llocs on s'ha desenvolupat l'entrevista han sigut escollits per les entrevistades per afavorir la comoditat i la confortabilitat de realitzar-ho en unes condicions òptimes per elles. Una va ser en una aula en l'Hospital Joan XXIII i l'altra va ser una mica més informal en una cafeteria de Reus.

Posteriorment, es procedeix a la transcripció manual de les entrevistes. Es realitza una escolta de la gravació de veu i es va transcrivint de manera manual el contingut. Es realitza una transcripció completa, anotant tots els elements de l'àudio i reflectint de manera idèntica les expressions, maneres de comunicar, dialectes de les entrevistades.

A continuació es procedeix a l'anàlisi de les entrevistes. Es fa una primera lectura de les transcripcions per detectar qualsevol error. Seguidament, es procedeix a la revisió dels objectius del treball i a la realització de la categorització per tal de resoldre'ls. S'extreuen 6 categories en les quals es basa l'anàlisi. La primera categoria són les actuacions d'infermeria enfront del suïcidi, la segona la protocol·lització del risc suïcida en l'àmbit assistencial, la tercera la percepció de la metodologia multidisciplinària en la intervenció del suïcidi en l'adolescència, la quarta les barreres d'actuació, la cinquena, preocupacions de la temàtica, i la sisena i l'última la detecció precoç i preventiva. A cada categoria se li assigna un color diferent (vermell, blau, taronja, groc, verd i lila) i es procedeix a la marcatge en el text d'aquella informació relacionada amb cada color. Un cop analitzada tota l'entrevista i categoritzada s'inicia l'anàlisi dels resultats. Es classifiquen les categories juntament amb

els segments seleccionats de les entrevistes i es passa a l'anàlisi de la informació d'aquests, per tal de donar resposta als objectius plantejats a l'inici de la investigació.

Consecutivament, es procedeix a la discussió dels resultats, on es realitza una comparació de la informació de les entrevistades entre elles i juntament amb la bibliografia emprada per tal de donar certa evidència a les afirmacions i respostes plantejades.

Finalment, s'originen les conclusions i les limitacions del treball donant resposta als objectius plantejats des d'un inici gràcies a la contrastació d'informació. Tanmateix, s'han plantejat futures línies de recerca per tal de donar continuïtat a les troballes de la investigació.

5. RESULTATS

PRIMERA CATEGORIA	Actuacions d'infermeria enfront el suïcidi
SEGONA CATEGORIA	Protocol·lització del suïcidi en l'àmbit assistencial
TERCERA CATEGORIA	Percepció de la metodologia multidisciplinària en la intervenció del suïcidi en l'adolescència
QUARTA CATEGORIA	Barreres d'actuació
CINQUENA CATEGORIA	Preocupacions de la temàtica
SISENA CATEGORIA	Detecció precoç i preventiva

“Actuacions d'infermeria enfront el suïcidi”

En aquesta categoria es recullen aquells fragments extrets de les entrevistes que tracten sobre les actuacions d'infermeria dirigides a l'abordatge del suïcidi en l'adolescència. L'objectiu és conèixer quines són les principals intervencions que es realitzen davant la demanda d'un pacient amb aquestes característiques i quin és el punt de vista respecte al domini assistencial enfront de la temàtica.

Les entrevistades destaquen diverses intervencions adients a realitzar. Primerament, la importància de no anul·lar i no minimitzar el que expressa el pacient, per tal de realitzar una bona valoració psicopatològica per poder recollir i redirigir i aconseguir un ajornament de la idea. En segon lloc, en l'àmbit intervencionista, destaquen, tanmateix, la importància de la figura d'infermeria com a educadora de la salut, no donant consells d'amic, sinó realitzar un bon enfocament terapèutic.

	<p>- <i>“el que has de fer és aplaçar la idea, és a dir, no hem de anular, perquè la primera, la primera instint que ens surt és com minimitzar, no es que estiguis tranquil·la, tens molts motius per viure... però el que fem sense adonar-nos compte és anular i no hem d'anular, hem de validar; explora si el risc és imminent o si simplement la rumiació està ahí però no està estructurat “</i></p>
--	---

<p>PRIMERA INFORMANT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“pregunta, valida i aplaça la decisió i després ofereix algun recurs perquè la puguin acompanyar.”</i> - <i>“Hi ha molt de desconeixement de, no, jo crec que que no ho farà, bueno es que nosaltres no hem de creure, hem de basar-nos en l'evidència científica, i per això s'ha de fer una exploració, psicopatològica, que no és la meua opinió personal, és, és algo científic.”</i> - <i>“nosaltres no donem consells, fem educació per a la salut i fem enfoc terapeutíc, els consells te'ls dona un amic; la nostre eina en psiquiatria és la parla i saber cuidar, i hem de saber que dir, com dir i quan dir”</i>
<p>SEGONA INFORMANT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Llavors infermeria té que saber molt bé molt bé, recollir, recollir i redirigir”</i> - <i>“la prudencia en la que tenim que anar, lo curoses que tenim que ser, ser menys intervencionista i més acompanyar, que amb la teva observació, la teva postura, estas ajudant moltíssim, osigui l'ajuda es espectacular”</i>

“Protocol·lització del risc suïcidi en l'àmbit assistencial”

En aquesta categoria es recullen aquells fragments extrets de les entrevistes que tracten sobre la temàtica de la protocol·lització institucional enfront del suïcidi. L'objectiu principal es basa a reconèixer la presència d'uns protocols determinats en els centres assistencial envers l'abordatge del suïcidi en l'adolescència en la província de Tarragona.

Podem observar la diversitat envers l'abordatge segons el tipus de servei. Podem extreure diverses opinions. En primer lloc, en el servei d'urgències destaca la manca de protocol·lització de les intervencions. L'entrevistada afirma que no existeix cap tipus de protocol específic intern per abordar una temàtica tan rellevant i demandant avui dia. Sí que és cert que el criteri a seguir davant la demanda de risc suïcidi és, afirma l'entrevistada, descartar organicitat i tòxics, i realitzar una posterior derivació al servei d'urgències de Pere Mata si s'escau. Tot i això afirma durant l'entrevista les barreres de derivació, com la falta de personal especialitzat en salut mental per tal de realitzar una valoració psicopatològica adient per derivar de manera òptima. Un altre aspecte a destacar és la proposta de la creació d'un circuit d'urgències psiquiàtriques per tal de tractar de manera eficient als

pacients que venen per aquesta demanda, o que fins i tot, es pugui arribar a detectar quan no es tracta de la demanda principal. Finalment, també destaquem la importància que refereix l'entrevistada, en la presència de la implantació d'un protocol estandarditzat basat en l'evidència perquè aquells professionals no especialitzats en salut mental puguin saber com triar o com detectar una persona amb ideació o risc imminent de suïcidi.

En segon lloc, la segona entrevistada, afirma la presència de protocols envers la temàtica en un servei especialitzat de salut mental, on els pacients venen ja per una demanda de psiquiatria. Un dels aspectes que recalca en els protocols establerts són: la importància de la creació d'un vincle que respecti principalment la seguretat individual, tanmateix, la valia de la realització d'un ingrés en el precís moment en què es detecta una ideació suïcida estructurada, per tant, la rellevància d'una bona detecció, responsabilitat dels professionals de salut.

PRIMERA INFORMANT	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“L'únic criteri és descartar, eh, organicitat, eh, que es pot fer amb una analítica, descartar eh intoxicació, que no haga pres ningú tóxic i automàticament es deriva”</i> - <i>“si no és la demanda principal, no es centraran en atendre-la”</i> - <i>“No, l'únic protocol és això, derivació a Pere Mata i abans descartar tòxics i descartar organicitat, òbviament un risc suïcida no ve per organicitat”</i> - <i>“hem de basar-nos amb l'evidència científica”</i> - <i>“hauria d'haver un circuit d'urgències psiquiàtriques almenys a l'hospital de referència de la província”</i> - <i>“Per poder-ho almenys detectar, no nem, el tractament psiquiàtric porta molt de temps d'evolució, no?, però no anem a tractar això a urgències, però detectar-ho si, si ve un pacient així que nosaltres com a infermeria eh, tinguem les eines i els coneixements per detectar i que hi haga com deies tu abans, no?, un circuit per poder derivar o activar un risc, un codi de risc suïcidi a urgències i poder-ho derivar”</i> - <i>“Si, seria ideal tenir un BOX una línia psiquiàtrica a urgències, seria molt eficient també, seria des de triatge quan arriba, un codi risc suïcidi, activat o no, perquè igual ve per un altre demanda i després la necessitat és aquesta, no?; però lo ideal seria, des de triatge ja derivar-ho cap a un circuit de psiquiatria”</i>
------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“però sobretot des de triatge, si no hi ha una activació hem de formar també a la enfermera perquè sàpiga explorar, almenys unes preguntes bàsiques, tot això s'hauria de protocolitzar, tu has de preguntar això i això”</i> - <i>“si hi ha un circuit psiquiàtric per supost l'abordatge és diferent; sap com dirigir una exploració psicopatològica, que la ideació autolítica no es estructurada, que pots marxar a casa perquè demà ja tens un soports, o no, es que la cita la tens en quatre mesos i hi ha un risc imminent per tant no puc deixar-te marxar”</i>
<p>SEGONA INFORMANT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“naltres treballem amb protocols, el primer protocol que activem es el protocol d'autolesions que el porto jo no?, osigui jo faig una revisió del cos, la primera valoració d'infermeria ja tenim davant una enquesta, nosaltres treballem en Majory Gordon”</i> - <i>“Primer de tot seguretat, osigui, vincle però primer tenim que tenir seguretat naltros, cap a vosaltres i cap a la resta de pacients d'urgències o d'on sigui; tu tens que entrar amb una veu suau, eutimica, és a dir, tu tens que estar asèptica, ell no pot llegir ni que tens por, ni que estas super a dalt ni super a baix, tu has de ser asèptica, pero no borde pero tampoc simpàtica, osigui tu tens que ser una persona lo més propera però sense envair”</i> - <i>“Primer de tot seguretat, osigui, vincle però primer tenim que tenir seguretat naltros, cap a vosaltres i cap a la resta de pacients d'urgències o d'on sigui; tu tens que entrar amb una veu suau, eutimica, és a dir, tu tens que estar asèptica, ell no pot llegir ni que tens por, ni que estas super a dalt ni super a baix, tu has de ser asèptica, pero no borde pero tampoc simpàtica, osigui tu tens que ser una persona lo més propera però sense envair”</i> - <i>“primer fan un pre ingrés en el qual el fa el psiquiatra o el psicòleg i fa una primera valoració. Si en aquella primera avaluació el pacient t'està dient “em vull morir”, “em vull matar..”, se valora la possibilitat d'ingrés”</i> - <i>“si és una ideació suïcida, estructurada es que no hi ha opció a parcial ni externa, es ingrés, perquè els estudis determinen que una persona que es vol matar té que ingressar a un hospital psiquiàtric per començar incisivament medicació i tractament</i>

	<i>terapèutic; . Per això la importància si la detectes a urgències, que vagi algú a valorar, i que algú faci la pregunta adequada”</i>
--	---

“Percepció de la metodologia multidisciplinària en la intervenció del suïcida en l'adolescència”

En aquesta categoria es recullen aquells fragments extrets de les entrevistes que tracten sobre la percepció de les entrevistades envers el treball multidisciplinari enfront de l'abordatge del suïcida. L'objectiu és analitzar si hi ha percepció de bona cohesió entre professionals i centres o serveis d'atenció de salut davant l'abordatge del suïcida.

La principal percepció que podem extreure de les afirmacions de les entrevistades es basa en la manca de personal, especialitzat o format, per saber abordar de manera efectiva als usuaris amb aquesta demanda i realitzar una bona exploració psicopatològica. Per altra banda, i no menys important, hi ha la manca de coordinació entre serveis/centres a l'hora de derivar a aquests pacients. Afirma una de les entrevistades, que entre derivació i posterior atenció especialitzada, existeix un període temporal on no hi ha una supervisió que garanteixi la seguretat de la vida de la persona amb ideació suïcida.

PRIMERA INFORMANT	<ul style="list-style-type: none">- <i>“Aquí al servei d'urgències, eh, nosaltres tenim una psiquiatra, eh, que es la doctora Osane Gomez, que està als matins, i després una psicòloga, la Núria, que també està als matins, entre setmana, per tant, quan hi ha servei de psiquiatria, l'abordatge sol anar més acompanyat. Però que passa durant la tarda, la nit o els caps de setmana, dons no hi ha un suport de interconsulta de psiquiatria”</i>- <i>“no hi ha una exploració psicopatològica del metge d'urgències, fan quatre preguntes molt, molt escasses, que no s'explora bé, des del meu punt de vista, i des d'infermeria que ni tan sols s'explora.”</i>- <i>“quan estem a pediatria el pediatra potser si podria explorar un poc més; infermeria de pediatria tampoc explorarà el risc de suïcida, tampoc, si no és la demanda per la que ve, no s'explorarà, i directament es derivarà”</i>
------------------------------	--

- *“això fa que no hi haja una coordinació entre els diferents serveis, o unitats de salut mental; vull dir el terapeuta del CSMIJ s’enterarà però trigarà un temps fins que li arribi la notificació”*
- *“i ja et dic, en pediatria el que es farà és això, es farà una recepció del pacient, pediatra valorarà un poquet risc, perquè a vegades els pediatres pos si que han rotat en psiquiatria, i el que fan es una mínima preguntes, que personalment, jo moltes vegades m’he quedat molts cops en les exploracions psicopatològiques i no saben el que estan preguntant, i després una derivació, es com, això no és agut, no es de pediatria, no és orgànic, pos a psiquiatria que lo valoren perquè aquí no ens correspon. Si a tu directament ja t’entra, ja t’entren amb una demanda de psiquiatria a un circuit de psiquiatria, la diferència és molt gran.”*

“Barreres d’actuació”

En aquesta categoria es recullen aquells fragments extrets de les entrevistes que tracten sobre les barreres d’actuació que perceben les entrevistades en funció de l’abordatge del risc suïcidi, és a dir, quines mancances en l’àmbit professional detecten en la seva pràctica diària quan es presenta una situació d’abordatge de la temàtica. L’objectiu és analitzar quines són les barreres més rellevants que impedeixen la bona praxi.

Com a primera barrera d’actuació, sobretot en urgències, destaca la manca d’una línia psiquiàtrica de la mateixa manera que hi ha una línia de dolor toràcic. Expressa que la manca d’aquest interfereix en el que podria derivar en actuacions òptimes en l’abordatge de pacients amb ideacions suïcides. Seguidament, ens trobem amb la barrera de la formació i educació especialitzada. Les entrevistades refereixen que hi ha una gran manca professional del coneixement de les actuacions en pacients amb demanda de salut mental, i més concretament amb l’abordatge del risc suïcida. Això ve derivat per la falta d’interès dels professionals sobre aquest àmbit, l’estigmatització encara present avui dia, fins i tot de la por a preguntar erròniament i desencadenar una situació fatal. D’aquesta manera infermeria té el fals pensament que realitzar exploracions psicopatològiques en pacients que es detecta un risc de suïcidi, no és de la nostra competència, fet que provoca una mala exerció. Tanmateix, cal destacar una de les majors barreres d’actuació dins l’abordatge del suïcida adolescent, que és, la manca del coneixement de les diferències de simptomatologia

que presenta un adolescent i un adult en tal situació, i la manca de credibilitat davant la paraula d'un adolescent, que perceben els professionals, arribant a pensar que sols són crides d'atenció.

Finalment, un altre de les barreres d'actuació evidenciades, és la càrrega assistencial en certs serveis de salut. Això i la falta d'una línia especialitzada, així com de professionals, provoca que no es pugui dedicar el temps necessari d'intervenció en aquests pacients, ja que requereixen més estona d'abordatge. Si és cert que les entrevistades expressen que a nivell sanitari i extern, com seria salut i escola, si existeixen guies d'intervenció en l'abordatge tant preventiu com d'actuació del suïcidi, sols que hi ha una manca d'interiorització i formació per tal d'actuar d'acord amb ells.

**PRIMERA
INFORMANT**

- *“com que no hi ha unes urgències psiquiàtriques com a tal, no tenim uns BOXS de psiquiatria, no hi ha una enfermera específicament de psiquiatria, que si que passa a serveis com pediatria, triatge, trauma no?”*
- *“a urgències no hi ha ninguna formació del risc suïcida”*
- *“eh hi ha molt d'estigma, els fa por, els fa por preguntar”*
- *“Note un poc de diferència en quant al temps que li puguis dedicar al pacient; la demanda assistencial és menor per tant podem fer un poquet d'escolta activa, que això també ajuda, no?, i donar un poc de suport d'aquesta forma, de recolzament, de estem aquí si necessites; però clar aquí a urgències la elevada càrrega assistencial que tenim, es que, no, entre que no tenim les eines, no tenen la formació i que no tenen temps, directament ho eviten, ho eviten hasta un punt que hem tingut algun disgust a urgències per supost”*
- *“no li dediques temps a una persona a urgències, que no explores que no preguntes, per por o per desconeixement i després t'enteres per un altre lloc, no?”*
- *“no tinguis por a preguntar perquè si una persona té aquesta idea tu no se la vas a introduir, però si no preguntes no t'ho dirà”*
- *“dins de la televisió, s'ha amagat a les xarxes socials, eh no es pot parlar a les xarxes socials t'ho bloquegen no? estar estava fins a fa no res, a la tele no sortia, per no fer efecto llamada que es deia, i ara sabem amb l'evidència que no és així”*

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“infermeria no sap explorar-ho, i sobretot que me pareix molt important, ens pensem que no és competència nostre, sí que ho és explorar-ho”</i> - <i>“Si ho diu un home major de 55 anys, te ho creuràs, molt més pronte, perquè saps que quan ho fan, ho fan més agressiu, però igual t’ho diu un nen i penses que no serà per a tant i després passa”</i> - <i>“perquè moltes vegades m’han dit, bueno es que a mi la psiquiatria no m’agrada, i jo els dic bueno a mi les cetoacidosis diabètiques tampoc però venen, dia sí i dia també dins m’he de formar perquè les he de saber atendre”</i>
<p style="text-align: center;">SEGONA INFORMANT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Clar ee.., es que estem en una era en que tot va molt depressa i lo que te servia al”</i> - <i>“Super important tenir eines, però qualsevol infermera; La informació és la major eina, és a dir la formació i l’educació és la millor eina de la nostra bona praxis”</i> - <i>“però els nens adolescents depressius no verbalitzen ni estan tristos ni res, estan hipercinètics, trenquen coses, tiren coses pels balcons, i això és una depressió en l’adolescència, i no diuen vull morir, no, diuen , te vull matar, vull dir, vull pegar-li una ostia a aquell tio i a vegades al revés eh. Vull dir, tenim una concepció de.., és erroni el estereotip de pacient depressiu”</i> - <i>“jo crec que el que ens falta, es informació de l’abordatge, quan entra per porta, que infermeria entri en un box, que dic que no dic, hi ha que controlar els gestos, les mirades, la postura, el sentir-se prop però sense envair...”</i> - <i>“A llavors que passa, que quan tenen una idea fixa i realment és finalista, si estas en un box d’urgències tens molt de risc de la fuga, llavors si infermeria detecta això, té que activar el risc de fuga. Seguretat per tu, seguretat per ells, seguretat per la resta, demanar ajuda sempre, una persona sola no podrà, detectes demanes ajuda. Fiqueu-la en un box que es pugui tancar, que no sigui una cortina i pugui sortir corrents per la porta super ràpid”</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Home jo crec que hi ha guia d'intervenció suïcida a l'escola, a l'aula, al codi risc suïcida a pediatria. Jo crec que com a guia d'actuació, jo crec que està escrit i que existeix, lo que tindriem que interioritzar nosaltres la guia d'intervenció, la guia de detecció”</i> - <i>“Sobretot dir-li a la gent que no es una tonteria, que no minimitzin; Un gest, es un gest i pot acabar en una temptativa.”</i>
--	---

“Preocupacions de la temàtica”

En aquesta categoria es recullen aquells fragments extrets de les entrevistes que tracten sobre les preocupacions personals que s'han analitzat del discurs de les entrevistades. L'objectiu és veure des d'una perspectiva interna quines preocupacions deriven de la temàtica tractada en professionals que es troben dia a dia amb la necessitat d'abordar el suïcida en l'adolescència.

Altre cop sorgeix la temàtica de la falta d'habilitats i formació en els professionals, així com del temps d'intervenció. Podem observar doncs la gran preocupació que els hi sorgeix envers les constants afirmacions de les entrevistades. Tanmateix, la manca d'una figura d'infermeria capacitada per realitzar aquestes intervencions de manera efectiva, figura imprescindible en salut. Un altre de les preocupacions que inquieten és l'augment notable dins dels serveis assistencials de la demanda psiquiàtrica. Afirmen que el perfil de pacient psiquiàtric freqüentador està canviant i evolucionant cap a problemes que poden derivar en temptatives tanàtiques. Els preocupa que l'era en la qual ens trobem està esdevenint complicada per l'adolescència, etapa ja complicada en si, afirmant fins i tot que les temptatives suïcides han augmentat un 250% des del postcovid. Així doncs, es pot veure la preocupació que hi ha envers la falta d'informació i formació davant aquesta problemàtica, cada cop més present i demandant en tots els serveis assistencials.

PRIMERA INFORMANT	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“moltes vegades per falta de temps o d'habilitats i coneixements l'abordatge és bastant escàs inclús nul, d'una conducta suïcida (carraspeja amb la gola)”</i> - <i>“no saben, i le que es fa és això, totalment evitatiu, una conducta totalment evitativa, no entren al box, si no té una demanda d'infermeria no hem de fer res, hem d'esperar a l'ambulància”</i>
--------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“tenen por de poder preguntar i que eixa pregunta o eixa abordatge o el que elles verbalitzen, pugui desencadenar, tenint unes conseqüències sobre el pacient per tant com no saben directament no entren, eviten”</i> - <i>“com que no hi ha una continuïtat és com que es silent, està com amagat i ningú se n’adona, no?”</i> - <i>“clar a mi tot això em resona molt i m’afecta molt, perquè penso si hagués estat podria haver preguntat, podria haver explorat,”</i> - <i>“clar que venen, i venen cada cop més a tots els recursos assistencials i urgències per supost és una porta d’entrada, per tant venen molt, i vindran cada vegada més perquè el perfil de psiquiatria ha canviat molt”</i> - <i>“un adolescent de 14 anys, que està mal amb la parella, imagineu malos trataos, que això és super freqüent, i et diu que té pensaments, pensem que és una cridada d’atenció li donem un diazepam o li diem no passa res tranquila ets jove i això és normal i l’enviem a casa, és que aquesta persona acaba amb la seva vida”</i> - <i>“hi ha una demanda d’atenció psiquiàtrica molt elevada, cada vegada més, i en este hospital moltíssima, que la demanda està i la oferta no, és a dir, no hi ha un circuit psiquiàtric per tant pos ens hem d’adaptar i ens hem de formar. I s’ha plantejat moltes vegades, però no hi ha espai físic, no hi ha personal, “</i>
<p style="text-align: center;">SEGONA INFORMANT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“en quant a generacions i tot no?, després del post-covid s’ha multiplicat les tentatives de suïcidi un 250%. “</i> - <i>“infermeria es una de les carreres que a nivell pràctic i teòric surten formats, ee però, la societat necessita figures, figures com naltros, agents comunitaris com naltros, i actualment no hi ha figures de infermeria,”</i> - <i>“Com sempre dic, que cada vegada que passa més temps, treballar amb trauma, es actualment, ja s’està estudiant, hi ha un trauma que es diu trauma vicari que es un trauma que pateix la gent que treballa a primera línia.”</i> - <i>“xarxes socials, cada vegada a augmentat el matxisme, a augmentat les relacions tòxiques, a augmentat l’empoderament</i>

	<p><i>però masculí, a augmentat les relacions de poder, es que sembla que com més hem avançat i no no..,es una pasada. Estem a una era difícil eeh, molt difícil, per les nenes els nens i per tot.”</i></p> <p>- <i>“S’ha d’aprendre a no fer judici i a acompanyar.”</i></p>
--	--

“Detecció precoç i preventiva”

En aquesta categoria es recullen aquells fragments extrets de les entrevistes que tracten sobre afirmacions de les entrevistades relacionades amb la importància de realitzar una bona detecció precoç i una prevenció. L’objectiu és veure la rellevància que li donen a una competència d’infermeria, com és, l’educació per la salut, detecció i prevenció, en una temàtica que afecta de manera global i epidèmica, a la societat.

Partint de la base que el suïcidi és una de les primeres causes de mort evitable en menors de 35 anys, tal com indica l’entrevistada, és de vital importància incidir en la prevenció i educació, així com, en la detecció des de tots els àmbits de contacte en adolescents, com per exemple l’escola. Incidir en els factors de risc que poden desencadenar conductes de pal·liar un malestar com és el suïcidi. D’aquesta manera podem veure com consideren de vital importància, no tan sols les intervencions quan ja es produeix una ideació, sinó la prevenció per tal de no arribar a la instauració de la idea, en els adolescents.

PRIMERA INFORMANT	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“perquè és una mort evitable”</i> - <i>“perquè al final el suïcidi és una de les primeres causes de mort evitable, en menors de 35 anys”</i> - <i>“factors de risc podríem dir xarxes socials, podríem dir addiccions en general, de xarxes però també de consum, perquè cada cop el consum inicia molt, en edats més tempranes, i ha molt de problema també d’alimentació perquè hi ha també tendència a comparar cossos de, de famosos o el que sigui, hi ha molt de perfil de personalitat, trastorn límit de personalitat també, és un poc crisis com social, no perquè siga una cosa en concret que desencadene sino que hi ha com un crisis social.”</i> - <i>“una forma de pal·liar un malestar és una addicció, és una autolesió, es un suïcidi, i després també, us diria també que una de les principals ehh, suïcidis en adolescents o, o adults joven,</i>
--------------------------	--

	<p><i>es la depressió post psicòtica, el cànnabis fa molta psicosis, el consum de cànnabis ja des de 12 anys”</i></p>
<p>SEGONA INFORMANT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“un bullying, detectes que la simptomatologia amb clínica ansiosa-depresiva que tu lo primer que has vist, has vist que ha sigut una temptativa de suïcidi, quan vas treient entrevistes vas veient que ells no volen tornar al cole i fa un abstensime d'un any d'evolució, l'objectiu no serà tornar al cole sinó observar que està passant i o donar-li un profe a domicili fins que estabilitzis al pacient o retornar a un altre insti,”</i> - <i>“han dos coses, les autolesions no suïcides, les ANS i les autolesions suïcidi, i la ideació suïcida”</i> - <i>“la detecció precoç. Jo crec que una figura que es super important és salut i escola. Jo crec que és actualment la més important. Salut i escola i infermera de pediatria.”</i> - <i>“a l'escola nenes en hipoglucèmies, nenes que no esmorzen... eee, detecció precoç.”</i> - <i>“la detecció precoç i que sapigui la gent, que la gent, i que tots els professionals i sobretot infermeria, té que saber que la gent que es vol suïcidar no te dirà “hola, me vull suïcidar”. la ideació suïcida, ee, no és que algú et digui “hola, muy buenos días”, es que no es vulgui aixecar d'un llit, és que no vulgui anar a una escola durant un any, es que perdi deu quilos de pes, és que faci conductes estranyes, es que no vulgui sortir d'una habitació, això és una conducta que t'està dient algo, mai te dirá un nen ai me quiero morir, es molt difícil”</i> - <i>“Lo que passa és que, us ho torno a dir, el suïcidi en l'adolescència, és consumat perquè no avisa. Perquè un adolescent, el cervell d'aquests es dopaminèrgic i la recompensa immediata té que ser ja, i se li escapa de les mans, i prenen fàrmacs a dosis altíssimes, les precipitacions son gravíssimes, no medeixen. En canvi, l'adult medeix”</i>

6. DISCUSSIÓ

Després de la realització de la categorització i la posterior anàlisi de les entrevistes, es fa una discussió dels resultats obtinguts, per tal de donar resposta als objectius que s'han plantejat i de la informació procedent de la bibliografia utilitzada.

A través de les diferents categories que hem extret de l'entrevista, podem evidenciar diferents punts a tractar en funció a els relats que hem analitzat.

De la primera categoria, **actuacions d'infermeria enfront del suïcidi**, podem interpretar com les dues informants expressen diverses intervencions enfront de la temàtica, tanmateix, com a nivell assistencial, sobretot en serveis no especialitzats, hi ha una carència d'intervencionisme òptim front a un pacient amb temptativa suïcida. Diverses afirmacions com: *"el que has de fer és aplaçar la idea"*, *"Hi ha molt de desconeixement"*, *"infermeria té que saber molt bé molt bé, recollir, recollir i redirigir"*, *"no hem d'anular, hem de validar"*, podem observar com presenten un gran coneixement sobre la temàtica, però que tanmateix expressen la manca de coneixement generalitzada en els professionals. Aquestes afirmacions poden ser contrastades amb la bibliografia emprada, on per exemple, C. Navarro, P. Martínez (2012), afirmen que s'ha evidenciat en diferents estudis que davant de l'arribada d'un pacient amb característiques suïcides presenta una actitud negativa i fins i tot falta d'habilitats per a tractar-lo.

De la segona categoria, **protocol·lització del risc suïcidi en l'àmbit assistencial**, podem extreure com la informant afirma que des del servei d'urgències no s'utilitza ni existeix cap protocol d'infermeria estandarditzat basat en l'evidència, per abordar i detectar un pacient amb una ideació suïcida, *"L'únic criteri és descartar, eh, organicitat"*; *"si no és la demanda principal, no es centraran en atendre-la"*; *"l'únic protocol és això, derivació a Pere Mata"*, *"no anem a tractar això a urgències, però detectar-ho sí, si ve un pacient així que nosaltres com a infermeria eh, tinguem les eines i els coneixements per detectar"*; tanmateix, expressa la necessitat d'introduir una línia específica a urgències per fer una primera intervenció dels pacients psiquiàtrics, *"seria ideal tenir un BOX una línia psiquiàtrica a urgències, seria molt eficient també, seria des de triatge quan arriba, un codi risc suïcidi, activat o no, perquè igual ve per un altre demanda i després la necessitat és aquesta, no?; però lo ideal seria, des de triatge ja derivar-ho cap a un circuit de psiquiatria"*. D'altra banda la informant del servei de salut mental afirma que sí treballen amb protocols, *"naltres treballem amb protocols, el primer protocol que activem és el protocol d'autolesions"*; *"si és una ideació suïcida, estructurada és que no hi ha opció a parcial ni externa, és ingrés, perquè els estudis determinen que una persona que es vol matar té que ingressar a un*

hospital psiquiàtric per començar incisivament medicació i tractament terapèutic; . Per això la importància si la detectes a urgències, que vagi algú a valorar, i que algú faci la pregunta adequada” . Podem extreure, doncs, altre cop, la importància de la bona detecció en certs serveis per tal de derivar i poder iniciar un tractament en un centre especialitzat i protocol·litzat.

De la tercera categoria, **percepció de la metodologia multidisciplinària en el suïcidi en l'adolescència**, podem interpretar opinions dissemblants en certs aspectes. Mentre que la informant del servei d'urgències expressa un manca d'efectivitat en el treball multidisciplinari causat per la manca de formació, *“entre setmana, per tant, quan hi ha servei de psiquiatria, l'abordatge sol anar més acompanyat. Però que passa durant la tarda, la nit o els caps de setmana, doncs no hi ha un suport d'interconsulta de psiquiatria” ; “no hi ha una exploració psicopatològica del metge d'urgències” ; “això fa que no hi haga una coordinació entre els diferents serveis, o unitats de salut mental” ; “pediatre valorarà un poquet risc, que personalment, no saben el que estan preguntant” “si marxen al domicili com em puc comunicar jo amb el psiquiatre del CSMIJ i dir-li mira esta persona ha vingut a urgències, hi ha un risc, aquesta persona s'enterarà, vull dir el terapeuta del CSMIJ s'enterarà però trigarà un temps fins que li arribi la notificació” ;* la informant del servei especialitzat en salut mental, en canvi, comenta, en algun punt de l'entrevista que sí hi ha una bona coordinació entre serveis de salut mental, però que en serveis no especialitzats pot haver-hi manca a causa de no saber detectar correctament, *“ho fan bastant bé” “Per això la importància si la detectes a urgències, que vagi algú a valorar” ; “jo crec que el que ens falta, és informació de l'abordatge, quan entra per porta”.* Per tant, tot i les possibles diferents explicacions de les informants, en algun moment totes dues comenten que per falta de detecció o intervenció pot haver-hi una falta de coordinació entre serveis multidisciplinars per abordar un pacient amb ideació suïcida, fins i tot haver-hi un període de no atenció des d'una alta a urgències fins a una consulta en un servei especialitzat. En conclusió, destaquen ambdós la rellevància vital d'una figura especialitzada que valori cada cas de manera individualitzada per poder fer una bona detecció en qualsevol moment de demanda.

De la quarta categoria, **barreres d'actuació**, i la cinquena categoria, **preocupacions de la temàtica**, podem interpretar com les informants coincideixen en molts aspectes, destacant diverses dificultats a l'hora de realitzar una bona assistència. Altre cop es comenta a escala d'urgències la manca d'una línia específica d'atenció *“no hi ha unes urgències psiquiàtriques com a tal”, tanmateix,* la manca de formació dels professionals, i fins i tot l'estigmatització encara present tant entre els professionals de sanitat com en la societat, fet que provoca una barrera molt important a l'hora de realitzar un abordatge òptim *“hi ha molt d'estigma, els*

fa por, els fa por preguntar” ; “no es pot parlar a les xarxes socials t’ho bloquegen no? estar estava fins a fa no res, a la tele no sortia, per no fer efecto llamada que es deia, i ara sabem amb l’evidència que no és així” ; “el que ens falta, es informació de l’abordatge, quan entra per porta, que infermeria entri en un box, que dic que no dic”. Finalment, una de les barreres d’actuació més rellevants en la temàtica del suïcidi en l’adolescència, i que comenten les entrevistades, és la falta de detecció sobretot en la població pediàtrica i adolescent. Això ve determinat, expressen, per diversos motius, inicialment per la falta de formació a l’hora d’explorar a una persona que no verbalitza explícitament la seva voluntat de posar fi a la seva vida, sobretot en població adolescent, on els signes i símptomes són molt diversos de la població adulta, i la segona per la falsa creença avui dia que un nen o nena pot realitzar tal acte, és a dir, la falta de credibilitat que erròniament hi ha de la paraula d’un adolescent *“Si ho diu un home major de 55 anys, te ho creuràs, molt més pronte, perquè saps que quan ho fan, ho fan més agressiu, però igual t’ho diu un nen i penses que no serà per a tant i després passa.”* *“però els nens adolescents depressius no verbalitzen ni estan tristos ni res, Vull dir, tenim una concepció de.., és erroni l’estereotip de pacient depressiu”* *“dir-li a la gent que no és una tonteria, que no minimitzin; Un gest, és un gest i pot acabar en una temptativa.”* Aquestes afirmacions han sigut comparades amb la bibliografia emprada, on Martínez Hidalgo, (2015) afirma que l’estigma dirigit cap als adolescents amb problemes de salut mental i les violacions de drets humans als quals estan sotmesos, augmenten les conseqüències adverses de la persona i es converteix en un factor de risc més. Tanmateix, C. Navarro, P. Martínez, (2012) afirmen que una de les raons identificades pels pacients de salut mental per no buscar ajuda sanitària o continuar en tractament és l’estigma.

Finalment, de la sisena categoria, **detecció precoç i preventiva**, extraïem diverses afirmacions i informació rellevant per coneixement de la temàtica. A través de dades com *“el suïcidi és una de les primeres causes de mort evitable, en menors de 35 anys”* o *“és una mort evitable”*, veiem com les informants recalquen altre cop la importància de realitzar a través de la nostra professió una bona prevenció i detecció. Contrarestant amb la bibliografia, s’afirma que es considera impossible saber quan un adolescent realitzarà l’acte de suïcidar-se, però sí que hi han trets que els poden posar en major risc, a més factors de risc, i menys de protectors, més perill. (Suïcidi I Conducta Suïcida, 2024), per tant, altre cop destaca la importància d’acomplir una bona activitat preventiva i posar èmfasi en els factors de risc que deriven en malestar emocional dels adolescents.

7. CONCLUSIONS

A través d'aquest treball hem pogut donar resposta als objectius plantejats en un inici. Començant per l'objectiu principal, analitzar la metodologia enfront de l'abordatge del suïcidi en l'adolescència que realitza infermeria en diversos àmbits assistencials en la província de Tarragona, hem pogut observar com la metodologia d'actuació presenta certes mancances per la falta de estandardització protocolària dins d'infermeria. Aquest fet ja s'havia plantejat des d'un inici, donat que cada servei assistencial presenta unes característiques i objectius diferents, però dins una temàtica tan rellevant i creixent a escala mundial com és el suïcidi, és necessari tenir formació en qualsevol àmbit per tal de fer una intervenció efectiva i evitar les possibles conseqüències d'una ideació suïcida. Com hem pogut analitzar, el perfil del pacient psiquiàtric està evolucionant i és cada cop més freqüentador dels serveis assistencials. És de rellevant importància d'aquesta manera poder realitzar una bona valoració psicopatològica en qualsevol servei de salut, sobretot a urgències, servei que moltes vegades esdevé el primer contacte d'un pacient amb ideació suïcida, amb la sanitat. A través de la investigació de la temàtica s'ha conclòs que els serveis no especialitzats, com urgències hospitalàries, presenten una manca de protocol·lització interna per abordar tal temàtica i tals pacients. Aquest fet ve determinat per diversos factors que s'han pogut anar evidenciant, des de la falta de personal, fins a la manca de formació, estigmatització i protocol·lització.

D'altra banda, no es conclou en què generalment es realitzi una mala praxi en l'abordatge del suïcidi en l'adolescència, ja que és cert que en els serveis especialitzats hi ha presència de professionals molt formats, protocols basats en l'evidència i una bona intervenció. S'ha vist que quan hi ha una bona detecció es fa la posterior derivació a un servei on es pugui realitzar l'abordatge necessari del pacient, rebent d'aquesta manera el tractament necessari. Contràriament, però el problema recau en aquells pacients on la detecció no és tan senzilla, ja que no verbalitzen de manera clara la seva voluntat de posar fi a la vida o no acudeixen a un servei assistencial com a primera demanda pel risc de suïcidi. . En aquesta situació, en què és necessari un bon judici clínic, un coneixement dels signes i símptomes característics de malestar emocional dels adolescents, és quan trobem diverses barreres assistencials. Concloem, doncs, que als serveis no especialitzats si existeixen carències, expressades per les professionals entrevistades, derivades de la falta de formació específica, per la por, per l'estigmatització, per la falta d'interès sobre aquesta temàtica i la falta de protocol·lització per perpetrar una intervenció inicial. Tanmateix, la manca de personal i d'infraestructura com una línia psiquiàtrica d'urgències, esdevenen barreres d'actuació en el suïcidi en l'adolescència.

Finalment, hem pogut observar a través del relat de les entrevistades, com es tracta d'una temàtica molt preocupant actualment. Les dades evidencien que el suïcidi és una de les principals causes de mort evitable al món, i que cada cop existeixen més factors de risc de malestar emocional que poden derivar en la consumició de l'acte. Els serveis no especialitzats de la província de Tarragona, com urgències generals, no estan preparats encara per l'augment de la demanda, ja que no s'ofereix l'oferta necessària.

Per resumir, podem concloure que encara hi ha una falta de coneixement i d'interès a nivell professional, per abordar el suïcidi en l'adolescència però, tanmateix, en general. Encara que existeix el CRS, les professionals d'infermeria no tenen ni les eines necessàries ni la formació per realitzar una bona exploració en aquests pacients. La falta de personal format i d'estructura esdevé una barrera d'actuació enfront de l'augment de la demanda de psiquiatria. L'estigma i la por d'atendre a usuaris amb demanda psiquiàtrica, encara és molt present, però és cert, que és competència nostra saber realitzar una bona exploració psicopatològica per abordar aquesta problemàtica.

Infermeria és una professió caracteritzada pel cuidatge, però aquest no sols és físic, una paraula, un gest, un silenci, un acompanyament en un moment de desesperació pot marcar la diferència i evitar una mort.

“De la montaña de la desesperación, una piedra de esperanza.” — Martin Luther King, Jr.(1963)

8. LIMITACIONS

Cal esmentar les limitacions trobades durant la realització del treball. En primer lloc, destaca que la metodologia emprada és la qualitativa. Per una banda, aquesta és molt enriquidora, però també pot esdevenir una limitació, ja que per la manca de temps i de procediment sols s'ha pogut realitzar una mostra de dues informants, derivant per tant en una possible manca de relats en l'àmbit per acabar de reafirmar els resultats obtinguts. Tanmateix, en fer entrevistes amb la seva posterior transcripció fa que la mostra sigui més reduïda determinada per la manca de temps, fet que pot limitar la generalització dels resultats a altres poblacions. Un altre aspecte a destacar és que s'ha realitzat en un àmbit geogràfic determinat i institucional concret, per tant, les troballes no poden ser aplicables a altres entorns similars sinó únicament en el lloc d'estudi. En segon lloc, el fet de realitzar entrevistes i no tenir un espai habilitat especialitzat, ens ha limitat a l'hora de concretar un lloc i posteriorment en transcriure augmenta la dificultat procedint de sorolls ambientals. Finalment, el rol de l'investigador també pot influir, ja que durant la recollida de dades poden aparèixer certs biaixos, influint d'aquesta manera en la informació i donada de les informants.

9. FUTURES LÍNIES DE RECERCA

Una de les futures línies de recerca que poden derivar de la realització d'aquesta investigació recau en la realització d'un protocol o guia d'intervenció d'infermeria, basat en l'evidència, o consensuat a escala interna per un grup de professionals experts en la temàtica, per tal de donar una bona atenció davant aquesta problemàtica. En la guia d'intervenció d'infermeria, destacaríem una sèrie d'aspectes que considerem importants, posteriorment a la investigació realitzada. En primer lloc, seria establir un circuit de coordinació entre salut i escola, urgències generalitzades i un servei especialitzat en salut mental així com a nivell d'urgències generals, establir una línia per abordar l'atenció de pacients amb patologia psiquiàtrica. Així doncs, a escala interna en cada servei assistencial, elaborar un algoritme a seguir per abordar la problemàtica. En segon lloc, proporcionar formació professional per tal que la infermeria pugui atendre i dur a terme una anàlisi psicopatològica tenint en compte tot el que comporta, així doncs tenir un document visual fàcil i generalitzat, amb preguntes clau per poder extreure la màxima informació possible d'una manera acurada. Per altra banda, i no menys important, el factor ambiental, és un ítem que tenim poc present, on per exemple en serveis d'urgències destaca el caos i la manca d'un espai tranquil i segur. Per tant, si fos possible disminuir aquest factor estressant, ajudaria a tenir una millor atenció, de manera que es proporcionaria un espai adient perquè el pacient es pogués desenvolupar de manera tranquil·la i segura en l'exploració de la professional. Això s'interrelaciona amb l'evolució, ja present en altres hospitals nacionals, de la implantació d'una línia psiquiàtrica a urgències generals, amb presència de professionals especialitats per poder abordar no sols el suïcidi, sinó a tota persona que arriba amb una demanda de psiquiatria o que es detecta posteriorment com a demanda secundària. L'objectiu seria millorar l'assistència inicial davant una urgència psiquiàtrica i en cas que no fos possible la presència de personal especialitzat per abordar, detectar i derivar, que existís un protocol perquè qualsevol professional qualificat pogués realitzar tal intervenció de manera òptima.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Valladolid, M. N. (2011). *Suicidio*. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994798>
2. World Health Organization: WHO. (2019, 26 noviembre). *Salud del adolescente*.
https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
3. Suïcidi i conducta suïcida. (2024). Canal Salut.
<https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/s/suicidi-conducta-suicida/index.html>
4. Cortés Alfaro, Alba, Román Hernández, Minervina, Suárez Medina, Ramón, & Alonso Uría, Rosa María. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(2), . Epub 01 de agosto de 2021.
Recuperado en 18 de febrero de 2025, de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-01062021000200029&lng=es&tlng=es.
5. Kaslow, N., PhD. (2025, 28 enero). *Suicidio en adolescentes. ¿Cuáles son los factores de riesgo?* Child Mind Institute.
<https://childmind.org/es/articulo/suicidio-en-adolescentes-cuales-son-los-factores-de-riesgo/#:~:text=Los%20factores%20de%20riesgo%20de.arma%20son%20tambi%C3%A9n%20grandes%20riesgos>.
6. World Health Organization: WHO. (2024, 29 agosto). *Suicidio*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
7. Observatorio del Suicidio en España 2022. Datos definitivos diciembre 2023. (s. f.).
Prevención del Suicidio.
<https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022-definitivo/>
8. La taxa de mortalitat per suïcidis a Catalunya baixa un dos per cent en l'últim any. (s. f.). Govern.cat.
<https://govern.cat/salaprensa/notes-premsa/636342/la-taxa-de-mortalitat-per-suicidis-a-catalunya-baixa-un-dos-per-cent-en-l-ultim-any>

9. Gavalda, M. S. (2024, 6 septiembre). *Infermeres de Tarragona alerten que les morts per suïcidi en joves triplica les morts per accidents de trànsit*. Col·legi Oficial D'Infermeres I Infermers de Tarragona.
<https://www.codita.org/2024/09/06/infermeres-de-tarragona-alerten-que-les-morts-per-suïcidi-en-joves-triplica-les-morts-per-accidents-de-transit/>
10. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t);2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.
https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf
11. Pla de Prevenció del Suïcidi de Catalunya (PLAPRESC). (s. f.). Departament de Salut.
<https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-salut-mental-actualitzacions/pla-prevencio-suicidi-catalunya-plapresc/>
12. Soler, W., M, G. M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (s. f.). *El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008
13. Salcedo, E. M., Muñoz, L. H., García, R. R., Agraz, F. P., & Guirado, M. A. (2005). *Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ)*. Dialnet.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1254429>
14. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martínez MC. Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dic. (2012).
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/TDcjSSRQhd5MCNxHjZpJD6y/?format=pdf&lang=es>
15. Ministerio de sanidad, gobierno de España (2025) *Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027*


https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevenccion_del_suicidio_2025_2027.pdf

16. Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia. Una revisión crítica. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, vol 3, num1, p 9-19
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288635>
17. Tarragona activa el programa de suport emocional per a joves «Ara t'escolto». (s. f.).
<https://www.tarragona.cat/salut/noticies/noticies-2024/tarragona-activa-el-programa-de-suport-emocional-per-a-joves-ara-tescolto>
18. Generalitat de Catalunya Departament d'educació (2022). *Guia per a l'abordatge de la conducta suicida i de les autolesions no suicides en el centre educatiu*.
<https://documents.espai.educacio.gencat.cat/PC/Protocols/2022-Guia-Abordatge-Conducta-Suicida-Autolesions-Suicides-Centres.pdf>
19. Generalitat de Catalunya Departament de Salut (2021). *Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025*.
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/6319/pla_prevencio_suicidi_catalunya_2021_2025_2021.pdf?isAllowed=y&sequence=4
20. Federación de Salud Mental Castilla y León (s.f). *Guía de prevención del suicidio. Protocolo de actuación en conductas autolíticas*.
<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-preveccion-suicidio-Salud-Mental-CYL.pdf>
21. Guajardo. N., Ojeda. F., Achui. L. y Larraguibel. M., (2015). Intervenciones terapéuticas para la conducta suicida en adolescentes. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.* 26 (2). 145-155.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392139/suicid2015.pdf>
22. Sanchez Vera, M. P (2023). *Terapia dialéctico conductual en el tratamiento de la conducta suicida* [Proyecto fin de carrera, Universidad Católica de Cuenca].
<https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/486c9750-1a12-4f0d-b5ab-e31d5229442e/content>
23. Martínez Hidalgo, D^a M^a (2015). *Evaluación del Estigma hacia les Adolescentes con Problemas de Salud Mental*. [Tesis doctoral Universidad de Murcia].
<http://hdl.handle.net/10201/50551>
24. Codi risc de suïcidi. Barcelona: Direcció Àrea d'atenció sanitària, CatSalut i Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya; (2015).
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut_instruccio_10_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. ANNEXES

11.1. ANNEX 1: Documents informatius i consentiments:

1. Full consentiment informat i informació al participant.

 UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Full de consentiment informat

Títol de l'estudi: Anàlisi de l'abordatge en els diferents serveis d'infermeria, envers al suïcidi adolescent, a la província de Tarragona.

Dades de contacte de l'investigador principal:

- Marta Llop Ruiz, Tèl: 633947334, Gmail: martallopruiz@gmail.com
- Ingrid Boada Bergada: Tèl: 644877291, Gmail: ingrid12bobe@gmail.com

Jo CRISTINA FONS amb DNI 22239275B

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meva participació.
- Comprenc la meva participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes, així com els riscos i beneficis que comporta.
- Accepto que la meva participació és voluntària i dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.
- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.

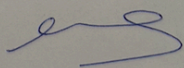
Sí No

- ²Dono el meu consentiment per a la difusió de les meves dades personals junt amb la publicació dels resultats de l'estudi.

Sí No

- Un cop finalitzada la investigació, és possible que les dades obtingudes siguin d'interès per a altres estudis relacionats. En relació amb això, s'ofereixen les següents opcions:
 - NO autoritzar** l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.
 - SÍ autoritzar** l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.

³ I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data 12/03/25 i lloc TARRAGONA aquest full de consentiment:



¹ Indicar el nom i cognoms del participant.
² Només sí en els resultats de l'estudi que es publicaran apareix el nom de les persones o dades que permetin identificar la persona, així com la seva imatge o la seva veu sense tècniques d'anonimització.

Model de consentiment informat.docx

INFORMACIÓ DE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS	
Responsable	El responsable del tractament de les seves dades personals és la Universitat Rovira i Virgili amb CIF Q9350003A i amb domicili fiscal al carrer de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona.
Finalitat	Participar en <i>Treballs de fi de grau</i> en els termes que es descriuen al full d'informació al participant. En el cas que l'estudi prevegi la publicació, difusió i reutilització dels resultats obtinguts incloent dades personals, les dades personals seran utilitzades per a aquesta finalitat sempre que l'interessat hagi atorgat el seu consentiment.
Drets	Pot exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació o oposició al tractament, mitjançant un escrit adreçat al Registre General de la URV a la mateixa adreça del domicili fiscal o mitjançant la seva presentació al Registre General de la Universitat, presencialment o telemàtica, segons s'indica a https://seuelectronica.urv.cat/registre.html .
Informació addicional	Pot consultar informació addicional sobre aquest tractament de dades personals denominat <i>Treballs de fi de grau</i> i els seus drets al Registre d'Activitats del Tractament de la URV publicat a https://seuelectronica.urv.cat/rpud on també s'hi pot consultar la Política de Privacitat de la URV. Així mateix, pot consultar aquesta informació al Full d'informació al participant sobre l'estudi. Adicionalment, pot adreçar als nostres delegats de protecció de dades qualsevol consulta sobre protecció de dades personals a la direcció de correu electrònic del dpd@urv.cat .

Full de consentiment informat

Títol de l'estudi: Anàlisi de l'abordatge en els diferents serveis d'infermeria, envers al suïcid adolescent, a la província de Tarragona.

Dades de contacte de l'investigador principal:

- Marta Llop Ruiz, **Tél:** 633947334, **Gmail:** martallopruiz@gmail.com
- Ingrid Boada Bergadà: **Tél:** 644877291, **Gmail:** ingrid12bobe@gmail.com

Jo, CRISTINA BENITO¹ amb DNI.....35.705.130-K

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meua participació.
- Compréc la meua participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes, així com els riscos i beneficis que comporta.
- Accepto que la meua participació és voluntària i dono lliurement la meua conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.
- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.

Sí No

- ²Dono el meu consentiment per a la difusió de les meves dades personals junt amb la publicació dels resultats de l'estudi.


Sí No

- Un cop finalitzada la investigació, és possible que les dades obtingudes siguin d'interès per a altres estudis relacionats. En relació amb això, s'ofereixen les següents opcions:

NO autoritzar l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.

SÍ autoritzar l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.

³ I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data 27/10/23 i lloc TARRAGONA aquest full de consentiment:



¹ Indicar el nom i cognoms del participant.

² Només si en els resultats de l'estudi que es publicaran apareix el nom de les persones o dades que permetin identificar la persona, així com la seva imatge o la seva veu sense tècniques d'anonimització.

FULL D'INFORMACIÓ AL PARTICIPANT

Les dades personals tractades recauen en les vivències i experiències de les participants envers a la temàtica del projecte. En cap cas es tractaran dades personals que no siguin autoritzades per les personals, tanmateix si decideixen mantenir un anonimat es respectarà.

Es realitzarà una entrevista a les participants per tal de resoldre els principals objectius de l'estudi en el marc qualitatiu, amb la finalitat d'analitzar els propis relats i extreure unes conclusions.

No es preveu la difusió de les dades personals obtingudes, únicament es realitzarà l'entrega del treball amb la posterior defensa d'aquest, o si es poden tractar les dades obtingudes. No es preveu el cediment de les dades a altres entitats.

En el cas que es demani l'anonimat dins de l'estudi i de les dades obtingudes, es respectaran les decisions de les participants.

Les gravacions de veu obtingudes durant les entrevistes es conservaran fins a la finalització de les transcripcions, posteriorment seran eliminades de qualsevol dispositiu.

Informació de protecció de dades

De conformitat amb el que disposa la legislació vigent en matèria de protecció de dades aplicable a la Universitat Rovira i Virgili (URV) i publicada a l'apartat "Legislació aplicable" de l'espai "Protecció de dades de caràcter personal" de la Seu Electrònica (<https://seuelectronica.urv.cat/rgpd/>), es posa en coneixement de les persones interessades la següent informació:

a) Qui és el responsable del tractament de les seves dades?

- Identificació: Universitat Rovira i Virgili / CIF: Q9350003A
- Adreça Postal Carrer de l'Escorxador, s/n 43003 Tarragona
- Dades de contacte dels Delegats de protecció de dades: Delegats de protecció de dades de la URV / Correu electrònic: dpd@urv.cat

b) Quines dades personals tractem i amb quina finalitat?

Les dades personals són tractades amb la finalitat de participar en el projecte de treball de fi de grau de la facultat d'infermeria sobre "Anàlisi de l'abordatge en els diferents serveis d'infermeria, envers al suïcidi adolescent, a la província de Tarragona" en els termes que es descriuen al full d'informació al participant. En el cas que l'estudi prevegi la publicació, difusió i reutilització dels resultats obtinguts, incloent dades personals, les dades personals seran utilitzades per a aquesta finalitat sempre que l'interessat hagi atorgat el seu consentiment.

c) A quins destinataris es comunicaran les seves dades?

En el marc del tractament mencionat, les seves dades no es cediran a tercers, tret que existeixi obligació legal o s'indiqui expressament en el full d'informació al participant.

d) Quina és la legitimació per al tractament de les seves dades?

La legitimació d'aquest tractament es basa en el consentiment que dona la persona interessada de forma expressa.

e) Quines mesures de seguretat apliquem en el tractament de les seves dades?

La Universitat es responsabilitza d'aplicar les mesures de seguretat i la resta d'obligacions derivades de la legislació de protecció de dades de caràcter personal, d'acord amb l'Esquema Nacional de Seguretat, Reial Decret 3/2010.

En aquest sentit, la Universitat Rovira i Virgili s'ha dotat d'una Política de Seguretat que pot ser consultada a la secció sobre "Legislació i normativa" de la pàgina web de la Universitat dintre de "Normativa pròpia" i "Altres normes", <http://www.urv.cat/ca/universitat/normatives/altres-normes/>.

Adicionalment, al Full d'informació al participant es concreten algunes mesures de seguretat específiques que es tindran en compte durant la realització de l'estudi.

f) Quins són els drets dels interessats?

L'interessat té dret a accedir a les seves dades personals, a demanar la rectificació de les dades inexactes, a sol·licitar la cancel·lació i supressió, i a oposar-se al tractament, inclosa l'elaboració de perfils, a limitar fins a una data determinada el tractament de les seves dades i a la portabilitat de les mateixes, en format electrònic.

La persona participant pot interrompre la seva participació a l'estudi retirant el seu consentiment en qualsevol moment, sense donar explicacions. En aquest cas, les dades no es podran eliminar per tal de garantir la validesa dels resultats i complir amb les obligacions legals aplicables a l'estudi, però no serà possible vincular-les a la seva persona.

Podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, limitació i portabilitat mitjançant comunicació escrita, detallant motivadament la sol·licitud, adreçada al Registre General (C/Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona) o mitjançant la seva presentació al Registre General de la Universitat, presencialment o telemàtica, segons s'indica a <https://seuelectronica.urv.cat/registre.html>.

Així mateix, l'informem que té dret a presentar una reclamació davant l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades mitjançant el mecanisme que estableixi. Pot consultar més informació a <https://apdcat.gencat.cat/ca/inici>.

Finalment, l'informem que podrà sol·licitar informació relacionada amb la protecció de dades personals mitjançant correu electrònic als nostres delegats de protecció de dades a la direcció dpd@urv.cat.

g) Quant de temps conservarem les seves dades?

El període de conservació de les dades és de 5 anys un cop finalitzat l'estudi, tret que el full d'informació al participant estableixi un període diferent. En qualsevol cas, es conservaran les dades fins a la revocació del consentiment per part de la persona interessada.

11.2. ANNEX 2: Guió semi-estructurat de les entrevistes

Entrevista per a un professional d'infermeria de salut mental:

1. Context professional i coneixement:

- Podries descriure la teva experiència professional en l'àmbit de la salut mental i la teva relació amb l'atenció als adolescents?
- Quins protocols d'intervenció existeixen a la teva unitat o servei davant del suïcidi en l'adolescència?
- En quines situacions és més comú identificar el risc de suïcidi en l'adolescència dins del teu àmbit laboral?
- Com es realitza l'avaluació del risc suïcidi en adolescents que s'atenen al servei? Quines eines o pautes s'utilitzen?

2. Formació i preparació:

- Vas rebre formació específica sobre la intervenció en casos de suïcidi en l'adolescència? Consideres que el tenir o no formació influeix en la qualitat de l'atenció?
- Quines àrees consideres que necessiten ser millorades en la formació del personal d'infermeria en relació amb el suïcidi en l'adolescència?

3. Intervenció i protocol:

- Com es duu a terme la intervenció quan un adolescent presenta pensaments suïcides o intenta suïcidar-se? Hi ha una participació multidisciplinària?
- Consideres que els protocols d'actuació són adequats i estan actualitzats per abordar el suïcidi en l'adolescència?
- En la teva experiència personal, quin consideres que és el major repte quan s'atén a un adolescent amb pensaments suïcides?

4. Dimensió emocional i personal:

- Com t'afecta personalment treballar amb casos de suïcidi en l'adolescència? Ha canviat la teva forma d'abordar aquest tipus de situacions amb el temps?
- Quin tipus de suport o recursos emocionals tens per gestionar l'impacte emocional que generen els casos de suïcidi en l'adolescència? si en tens algun.
- Pel que fa a la teva vivència professional, com gestiones l'estrès o l'esgotament emocional relacionat amb aquest tipus d'intervencions?

5. Col·laboració i enfocament integral:

- Com consideres que la comunicació i la col·laboració amb altres professionals (psicòlegs, psiquiatres, metges) influeix en l'atenció d'aquests casos?
- Creus que existeix una coordinació òptima entre els diferents serveis de salut en la gestió dels casos de suïcidi en l'adolescència? Quines àrees de millora identificaries?

6. Reflexió final:

- Segons el teu pensament, quins factors socials o familiars creus que influeixen més en el risc de suïcidi en l'adolescència? Influeix això en la seva intervenció?
- Consideres que s'haurien d'implementar alguns canvis per millorar l'atenció dels adolescents amb risc de suïcidi?

Entrevista per a un professional d'infermeria de serveis d'urgències:

1. Context professional i coneixement:

- Quina és la teva experiència en l'àrea d'urgències i com s'aborden els casos de suïcidi en l'adolescència en aquest àmbit assistencial?
- Quin tipus de protocols o directrius existeixen a la teva unitat per a l'atenció d'adolescents amb intent de suïcidi o risc de suïcidi?
- Quins criteris utilitzes per identificar un adolescent en risc de suïcidi quan arriba a urgències?

2. Formació i preparació:

- Has rebut formació específica en l'atenció a adolescents amb ideació suïcida? Proporcionat per l'àrea on treballes?
- Consideres que els protocols que s'utilitzen a urgències són adequats per abordar les situacions de suïcidi en l'adolescència?

3. Intervenció i protocol:

- Com es duu a terme l'atenció immediata d'un adolescent que arriba al servei d'urgències després d'un intent de suïcidi? Quins passos es segueixen en quant a avaluació, tractament i derivació?
- Segons la teva experiència personal, quins són els principals reptes que afrontes com a infermer/a a urgències quan es tracta d'un adolescent amb intent de suïcidi?
- Es realitza algun tipus de seguiment o avaluació posterior per garantir la seguretat del pacient a llarg termini?

4. Dimensió emocional i personal:

- En l'entorn d'urgències, on l'estrès pot ser elevat, com gestiones la càrrega emocional d'atendre adolescents que presenten risc de suïcidi?
- Has tingut experiències que t'hagin marcat particularment en la teva carrera professional relacionades amb el suïcidi en l'adolescència? Com has après a gestionar aquestes situacions?
- Repts algun tipus de suport emocional dins de l'equip de treball? Consideres que és suficient?

5. Col·laboració i enfocament integral:

- Com interactues amb altres professionals de la salut (psiquiatres, psicòlegs, metges) en el maneig dels casos de suïcidi en l'adolescència a urgències? Què tan efectiva considera que és la col·laboració amb serveis de salut mental o serveis de seguiment post-hospitalari en el maneig d'aquests casos?

6. Reflexió final:

- Des de la teva perspectiva, quins factors influeixen més en els adolescents que intenten suïcidar-se i que arriben a urgències? Creus que els serveis d'urgències estan prou preparats per abordar aquests casos?
- Com es podria millorar el protocol d'actuació a urgències per prevenir i gestionar de forma més eficaç els intents de suïcidi en l'adolescència?

11.3. ANNEX 3: Transcripció entrevistes

Entrevista a una professional en un servei d'urgències:

Marta: Hola som la Marta Llop i la Ingrid Boada, estudiants d'infermeria de la universitat rovira i virgili, abans d'iniciar l'entrevista deixo en gravació de veu el consentiment informat de la entrevistada. Ens dones el teu consentiment per gravar la teva veu i l'entrevista amb finalitat d'investigació per al nostre treball de fi de grau?

Informant 1: si, clar que si.

Marta: Comentar que al finalitzar la transcripció aquesta nota de veu serà eliminada de tots els dispositius. Primer de tot benvinguda i gràcies per la teva participació. Ens agradaria iniciar l'entrevista amb una breu explicació de quin es el teu rol com a professional d'infermeria actualment i una mica de la teva trajectòria a nivell professional.

Informant 1: Val, doncs jo sóc Cristina Fonts, soc infermera especialista en salut mental, vaig fer l'EIR a l'hospital Pere Mata, l'especialització, eh, he estat rotant a tots els dispositius de salut mental de la comunitat de Tarragona i a part vaig fer també una especialització a Valencia, perquè soc valenciana, i en acabar emmm, vaig vindre aquí a Joan 23, treballa a la unitat d'addiccions, de desintoxicacions millor dit, de l'hospital Joan 23 i també treballa a urgències, a urgències generals, perquè no tenim una línia d'urgències psiquiàtriques, però si que intento dins de les urgències agafar tot aquell pacient de psiquiatria que esta al meu torn (rialles), a part sóc professora associada, bueno substituta, de la universitat, de la rovira i virgili.

Marta: Aquí a Tarragona?

Informant 1: Si, bueno Tarragona, Comarruga i Vilafranca del Penedés.

Marta: Vale, emmm, la teva experiència a urgències ha sigut una llarga trajectòria o ha sigut únicament ara fa poc.

Informant 1: És una llarga trajectòria, que porte molts anys fent formació, tinc varios màsters en especialització d'urgències, perquè sabeu que no està l'EIR encara, però jo des que he acabat la carrera m'he format i m'he especialitzat a urgències, sempre vaig 1 o 2

congresos d'urgències a l'any, nacional o català, eh, he treballat a urgències d'atenció primària, i ara estic a urgències de joan 23 des de fa dos anys.

Marta: I com s'aborden els casos de suïcidi adolescent en aquest àmbit assistencial?

Informant 1: Aquí al servei d'urgències, perquè hi ha una diferència també respecte primària que si vols ho comentem.

Marta: Si.

Informant 1: Aquí al servei d'urgències, eh, nosaltres tenim una psiquiatra, eh, que es la doctora Osane Gomez, que està als matins, i després una psicòloga, la Núria, que també està als matins, entre setmana, per tant, quan hi ha servei de psiquiatria, l'abordatge sol anar més acompanyat. Però que passa durant la tarda, la nit o els caps de setmana, dons no hi ha un suport de interconsulta de psiquiatria i es deriven els pacients a, per a valoració a Pere Mata, es fa un trasllat intrahospitalari i van allà, ehh, aleshores, ehh, des de infermeria normalment quan està aquest servei psiquiàtric o psicològic, el pacient està molt més valorat, i ha un acompanyament, hi ha un seguiment no?, i podem fer una valoració, però com que no hi ha unes urgències psiquiàtriques com a tal, no tenim uns BOXS de psiquiatria, no hi ha una enfermera específicament de psiquiatria, que si que passa a serveis com pediatria, triatge, trauma no?, a psiquiatria no, doncs moltes vegades per falta de temps o d'habilitats i coneixements l'abordatge és bastant escàs inclús nul, d'una conducta suïcida (carraspeja amb la gola).

Marta: vale, em, quin tipus de protocol o directrius existeixen a la unitat d'aquesta, a urgències?

Informant 1: a urgències?, del risc suïcida?, poc, poc o ningun, ningun.

Marta: Osigui arriba un pacient amb risc de suïcidi i lo que es tracta és si no està la psiquiatra, s'envia directament a Pere Mata, no es fa aquí un tractament inicial, ni res no?

Informant 1: L'únic criteri és descartar, eh, organicitat, eh, que es pot fer amb una analítica, descartar eh intoxicació, que no haga pres ningun tòxic i automàticament es deriva, automàticament és que no hi ha una exploració psicopatològica del metge d'urgències, fan quatre preguntes molt, molt escasses, que no s'explora bé, des del meu punt de vista, i des d'infermeria que ni tan sols s'explora.

Marta: Vale, i per exemple ha hagut casos que han arribat per algun tipus de patologia a nivell orgànic i que hagueu detectat algun tipus de risc suïcida?

Informant 1: Si, si, però si no és la demanda principal, no es centraran en atendre-la, és a dir, si ve, no se m'ho invento, una cetoacidosis diabètica no exploraran ni pararan a explorar el risc suïcida, i en el cas que en algun moment le pacient faci alguna pincelada, o verbalitzi algun comentari, com que no és la demanda principal no la exploraran.

Marta: Vale faran la derivació...

Informant 1: A no ser que siga que està la psiquiatra i aleshores si que diràn, bueno nem a preguntar por si, hem de derivar, però si es durant la tarda o cap de setmana, directament es deriva si cal i sinó no s'explorà, és com no ha vingut per això, no és el motiu de venir a urgències, doncs no explorem, explorem lo nostre, va així.

Marta: A nivell de formació, eh, especifica d'atenció als adolescents amb ideació suïcida, eh, quan, has rebut tu per la teva part o és més, o el centre t'ha proporcionat alguna vegada pues, algun curs, per a poder orientar-vos una mica?

Informant 1: Clar jo parlava tot això d'adults, quan estem a pediatria el pediatra potser si podria explorar un poc més, però infermeria de pediatria, perquè no se si ho sabeu però en urgències, estem separats, està adults i després pediatria, infermeria de pediatria tampoc explorarà el risc de suïcida, tampoc, si no és la demanda per la que ve, no s'explorà, i directament es derivarà eh, i en quant a formació, a urgències no hi ha ninguna formació del risc suïcida, sí que m'han demanat perquè jo solc fer formació, perquè sóc la que imparteix formació a urgències a nivell de psiquiatria, m'han demanat temàtiques tipus contenció farmacològica, verbal, però risc suïcida no, es com algo que no..

Ingrid: Osigui consideres que per exemple és, dintre del servei d'urgències és com un àmbit bastant desconegut a nivell (entrevistada: si, si, si) quan una infermera li arriba un pacient amb ideació suïcida, ja sigui en aquest cas per exemple adolescent, que encara a lo millor és una mica més impactant, des del desconeixement, em, creus que els professionals ara mateix no estan preparats per realitzar un abordatge encara que sigui inicial, encara que hi hagi una posterior derivació, osigui consideres que inicialment no hi ha una preparació ni psicològica ni a nivell acadèmic, entre cometes, per dir-ho d'alguna manera, per abordar a un pacient que arriba amb aquestes característiques.

Informant 1: Formació nula, no no, no tenen les eines, no saben explorar, eh hi ha molt d'estigma, els fa por, els fa por preguntar, no saben com preguntar, no saben, de fet algun cop m'han dit com se t'ha ocorregut dir això?, no tens pot del que puguis ocasionar?, no, no saben, i le que es fa és això, totalment evitatiu, una conducta totalment eviativa, no entren al box, si no té una demanda d'infermeria no hem de fer res, hem d'esperar a l'ambulància, no entren.

Ingrid: M'ha semblat super interessant el que acabes de dir de l'estigma perquè també es un punt que tractem en el treball, aleshores tu creus que aquest estigma que tenen encara, osigui que si encara a nivell professional respecte al suïcidi, també determina molt l'atenció que té amb el pacient, és a dir, em, si condiona, si això fa que la persona tingui com una actitud envers aquest pacient diferent alomillor a la d'una persona que no?

Informant 1: Si si, per supost, perquè tenen por, tenen por de poder preguntar i que eixa pregunta o eixa abordatge o el que elles verbalitzen, pugui desencadenar, tenint unes conseqüències sobre el pacient per tant com no saben directament no entren, eviten, si, si.

Marta: Em, abans has dit que treballaves també, que vas treballar a atenció primària, eh, notes molt la diferència a atenció primària que s'ofereix a nivell d'urgències, que la que s'ofereix en un hospital?

Informant 1: Note un poc de diferència en quant al temps que li puguis dedicar al pacient, no els coneixements perquè em pareixen iguals, osigui les habilitats, perquè l'infermera de primària tampoc està especialitzada amb psiquiatria per tant tampoc sap com abordar-ho, però potser la demanda assistencial és menor per tant podem fer un poquet d'escolta activa, que això també ajuda, no?, i donar un poc de suport d'aquesta forma, de recolzament, de estem aquí si necessites, potser no sé explorar un risc suïcida, no sé quins recursos li puc oferir, però si que intento contenir un poc i acompanyar i, fins que, donar-li una cita demà per la infermera especialista que està als matins o la psiquiatra que ve demà, no? però clar aquí a urgències la elevada càrrega assistencial que tenim, es que, no, entre que no tenim les eines, no tenen la formació i que no tenen temps, directament ho eviten, ho eviten hasta un punt que hem tingut algun disgust a urgències per supost.

Marta: I no hi ha cap protocol a seguir del centre, ni exterior que es pugui fer servir a nivell..

Informant 1: No, l'únic protocol és això, derivació a Pere Mata i abans descartar tòxics i descartar organicitat, òbviament un risc suïcida no ve per organicitat.

Marta: Es clar... i has tingut algunes experiències que t'hagin marcat particularment en la teva carrera professional relacionades amb el risc de suïcidi adolescent?

Informant 1: Amb el suïcidi?, doncs, saps que passa, que el no explorar, eh, el no preguntar, jo els insisteixo molt en això, nosaltres no veiem després el suïcidi perquè no hi ha una continuïtat, si tinguéssim la continuïtat assistencial, no? si després d'aquí anàrem nostres després a treballar al cap, veuríem que aquest pacient potser s'ha suïcidat, però com que no hi ha una continuïtat és com que es silent, està com amagat i ningú se n'adona, no?, i no hi ha un feedback, però si que desgraciadament després ens hem enterat, perquè al final Tarragona doncs molta gent es coneix, i si que ens han dit, pues mira esta persona que va venir per un risc suïcida i no es va acompanyar o no es va derivar a Pere Mata o aquell dia no estava la psicòloga o no es va explorar i ha mort, s'ha suïcidat, això a psiquiatria, a consultes sí que ho veia més, al final si vas rotant per tot arreu t'acabes enterant, hi ha un feedback, per tant si hi hagués un feedback veuríem que hi ha moltes més morts que no sabem i segurament seria molt més impactant, entoncs com a experiències eh aquesta si per supost, que no li dediques temps a una persona a urgències, que no explores que no preguntes, per por o per desconeixement i després t'enteres per un altre lloc, no? a urgències vam tenir un cas el mes passat, una chica, jo no estava treballant però m'ho van contar, i clar a mi tot això em resona molt i m'afecta molt, perquè penso si hagués estat podria haver preguntat, podria haver explorat, que va vindre per ideació autolítica, li donaren un diazepam, la van enviar a casa i després a través d'una coneguda auxiliar o enfermera, no recordo, que era d'urgències, ens vam enterar que la persona s'havia suïcidat, una chica de uns 20 anys, doncs és trist, molt trist, perquè és una mort evitable, i una persona que venia demanant ajuda precisament.

Marta: I creus que cada cop venen més adolescents, eh, amb aquest intent, bueno amb busca d'ajuda i que intenten suïcidar-se, osigui, em refereixo a que cada cop a urgències, eh, se veu més aquesta ideació suïcida, o és algo que aquí no es veu tant?

Informant 1: No no, sí, clar que venen, i venen cada cop més a tots els recursos assistencials i urgències per supost és una porta d'entrada, per tant venen molt, i vindrà cada vegada més perquè el perfil de psiquiatria ha canviat molt no?, ja no tindrem, abans psiquiatria era, hi havia més prevalència de, doncs de esquizofrènies o de trastorns mentals més invalidants en aquest sentit, per dir-ho d'alguna forma, però ara cada cop és perfil més

personalitat d'addició i aquesta gent té molt de risc de ideació autolítica i de suïcidi, cada cop venen més i el que passa moltes vegades és que ho analitzem i treiem importància, pensem que son crides d'atenció i no ho son, i es per desconeixement per **no saber explorar i no saber acompanyar i no saber com abordar-ho.**

Ingrid: Si haguessis de donar una recomanació a un professional d'infermeria d'urgències perquè, encara que sigui una recomanació de un simple pas, un simple acte, en una persona que ve i que detecta que hi ha un risc de suïcidi, com per fet una primera intervenció encara que..

Informant 1: Ho tinc super clar, els dit sempre el mateix, i als alumnes, **no tinguis por a preguntar perquè si una persona té aquesta idea tu no se la vas a introduir, però si no preguntes no t'ho dirà,** val?, i aleshores em diuen, si pero si pregunto i em diu que si que faig? no?, pos **el que has de fer és aplaçar la idea, és a dir, no hem de anular, perquè la primera, la primera instint que ens surt és com minimitzar, no es que estiguis tranquila, tens molts motius per viure... però el que fem sense adonar-nos compte és anular i no hem d'anular, hem de validar,** aleshores jo sempre els dic tu pregunta i si et diu que si, sempre que vegis a una persona així en un perfil més depressiu o que ve ja amb aquesta demanda, explora, **explora si el risc és imminent o si simplement la rumiació està ahí però no està estructurat,** és a dir, no ho té clar, no hi ha una conducta de cierre que vol dir que no vol fer-ho ja, que no ha deixat una carta, osigui si no és imminent pues bueno pot anar funcionant a nivell de consultes, però si hi ha un risc imminent perquè la ideació està estructurada, sap quan, com, hi ha una conducta de cierre, tu has de preguntar, i si és així, valida, i jo els que els dic sempre és el mateix, tu has de dir, mira com que la decissió és teva perquè es la teva vida, és a dir, jo no puc decidir sobre la teva vida, és la teva vida, tu pots decidir quan acabar-la, i que no et fagi por dir això perquè és correcte, tu pots dir, jo no puc decidir sobre la teva vida, però que et sembla si aquí que hi ha un professional un psiquiatra, una psicòloga, o jo queestic aquí com a especialista, anem a parlar a veure que podem fer i el que hem de fer com a enfermeres, la primera intervenció a urgències i a extrahospitalària, perquè jo he fet també formació extrahospitalària a nivell de psiquiatria, és aplaçar la decissió, perquè després hi haurà algun professional, algun psiquiatra que ja farà un ingrés involuntari, ja es posarà contenció farmacològica, mecànica si cal si hi ha un risc imminent, i valoraràn un ingrés o no, o diràn pues no no passa res, a casa, però tu aplaça la decissió, perquè en eixe moment potser ahí es que jo sola tampoc puc fer res, en canvi si jo anulo no valido aquesta emoció i la deixo anar aquesta persona es matarà, aleshores l'abordatge simple és: **pregunta, valida i aplaça la decisió i després ofereix algun recurs perquè la puguin acompanyar.**

Ingrid: Aleshores tu creus que encara moltes persones tenen por a preguntar directament perquè encara hi ha el pensament de que parlar sobre el suïcidi directament és un incitant?

Informant 1: Sí, si clar.

Ingrid: Osigui és un estigma que encara està molt present dintre dels professionals?

Informant 1: Clar però és que ha estat molt de temps, dins de la televisió, s'ha amagat a les xarxes socials, eh no es pot parlar a les xarxes socials t'ho bloquegen no? estar estava fins a fa no res, a la tele no sortia, per no fer efecto llamada que es deia, i ara sabem amb l'evidència que no és així, però clar si com a infermeres no es continua informant, tot això ho sé perquè he anant a molts congressos he anant a moltes formacions sobre l'abordatge del suïcidi, a formacions del SEM per saber com primer hem d'intervenir i actuar, clar hem de basar-nos amb l'evidència científica, i ens diu que nosaltres no anem a introduir la idea, la idea si la té ja la té, però si no la preguntem no la podrem tractar, si no sabem.

Marta: Hmm vale i, dins de, a nivell personal, emocional, aquí en el centre reps algun tipus de suport emocionals dins de l'equip de treball, o no teniu cap tipus de suport emocional, osigui tot això t'ho portes cap a casa i ja hi gestiones exteriorment no?

Informant 1: No hi ha, no hi ha ningun suport emocional i, i és algo, i és curiós perquè des de urgències m'ho han demanat molts cops, Cris pues tu podries fer algun grup de teràpia perquè clar estem desbordades, ja no sols per tot el tema psiquiàtric sinó per la càrrega assistencial que hi ha a urgències que es molt molt potent, i m'ho han demanat, se que des de psiquiatria, la psiquiatra, que hi ha una, una en tot l'hospital, de ves en quant fa un poc de suport , pero no, aleshores el que fem és suport extern, osea tu de buscarte algún terapeuta o algun tipus de recolzament perquè no hi ha.

Marta: Creus que les urgències per exemple tenen, eh, estan molt associades a un centre de salut mental, és a dir, quan t'arriba un pacient psiquiàtric, o que presenta aquesta ideació suïcida, creus que estan ben cohesionats els hospitals per tal de poder fer una intervenció momentània o es algo que creus que està una mica...

Informant 1: Este no, osigui joan 23 no , i és una llàstima perquè és un hospital de referència de tarragona, tots els hospitals de referència de província ja tenen eh BOXS i una línia, un circuit d'urgències psiquiàtriques, perquè al final el suïcidi és una de les primeres

causes de mort evitable, en menors de 35 anys igual que ho era abans l'infart, i ara hi ha un circuit de dolor toràcic, no se'ns passa ningun dolor toràcic, hauria d'haver un circuit d'urgències psiquiàtriques almenys a l'hospital de referència de la província, no tots però a un almenys, no hi ha per falta d'infraestructura i no hi ha per falta de personal, i això fa que no hi haga una coordinació entre els diferents serveis, o unitats de salut mental com sigui el CAS, amb addiccions perquè també podríem derivar, com sigui CSMIJ o hospital de dia infanto-juvenil o en CSMA, no hi ha ningun tipus de coordinació per tant no sabem el que passa després de que vinguin a atendre's per això no hi ha un feedback, i per supost hauria de fer falta, això és algo que ja està posant-se en tots els hospitals de referència, la idea es posar-se ja, fa temps que van dient-ho, ho han fet? no.

Marta: Vale.. després vosaltres quan us arriba algun tipus de pacient així adolescent podeu veure i contrastar la informació si te algun tipus de eh, eh malaltia psiquiàtrica o ha tingut algun tipus de intent suïcida, osigui això si que podeu, que teniu accés vosaltres?

Informant 1: Si, si, amb la història compartida, no pots veure els escrits interns de Pere Mata perquè és un altre sistema de salut, informàtic perdó, però si que pots veure els diagnòstic, pots veure els tractaments, atencions al SEM, si algun cop han trucat a un domicili per a un codi risc suïcida, i si que hi ha , osigui sí que es pot veure, pero ja dic, coses bàsiques, antecedents, no d'evolutius, com passaria dins de l'hospital.

Marta: Llavors des de la teva perspectiva quins factors creus que influeixen més en els adolescents que intenten suïcidar-se i bueno i que arriben a urgències clar, osigui algun perfil que tu hages vist, que diguis, ostres pues jo crec que arriben més així per aquest tipus de problemàtica o algun altre.

Informant 1: Factors de risc?, factors de risc podríem dir xarxes socials, podríem dir addiccions en general, de xarxes però també de consum, perquè cada cop el consum inicia molt, en edats més tempranes, i ha molt de problema també d'alimentació perquè hi ha també tendència a comparar cossos de, de famosos o el que sigui, hi ha molt de perfil de personalitat, trastorn límit de personalitat també, és un poc crisis com social, no perquè siga una cosa en concret que desencadene sino que hi ha com un crisis social.

Ingrid: Osigui tu com a professional de salut mental a part d'urgències consideres que hi ha un empitjorament de salut mental global a nivell de societat i en adolescents hi ha un augment de casos de risc de suïcida, de malestar emocional, de problemes de salut mental, tot això tu creus que està en augment?

Informant 1: Si si, i cada cop més, perquè clar, estem acostumats a quan busquem eh un efecte trobem enseguida un benefici no? amb tot, jo vull una compra i amb un click ho tinc no? i tot això altera circuits dopaminèrgics de recompensa per tant busco el mateix efecte a nivell de consum vull un efecte ràpid per tapar un malestar per tapar una frustració, per tapar un mal dia, per tant cada cop hi ha menys tolerància a la frustració, menys tolerància a posar límits, no sols a nivell social sinó a nivell psicològic que estem readaptant els circuits dopaminèrgics, per tant es algo evident i clar tot això es trasllada a malestar general i una forma de paliar un malestar és una addició, és una autolesió, es un suïcidi, i després també, us diria també que una de les principals ehh, suïcidis en adolescents o, o adults joven, es la depressió post psicòtica, el cànnabis fa molta psicosis, el consum de cànnabis ja des de 12 anys, es que és molt pronte eh, i quan s'introdueix medicació, perquè els joves consumeixen molt com per a nivell social no? quan... consumeixen per a tenir un entorn social però quan es donen compte de que han perdut tot aquest entorn social perquè comencen amb conductes estranyes típiques de trastorns mentals tipo una esquizofrenia, hi ha molta soledat i aleshores hi ha una depressió post psicòtica, que es el principal risc suïcidi eh, i és molt molt greu infermeria ho ha de detectar, si a nosaltres ens ve un pacient així a urgències i no sabem detectar-ho, però això seria en un cas ja de un trastorn mental sever, però a nivell de personalitat és que també hi ha molt, ha augmentat molt.

Ingrid: Per tant seria important actualment evolucionar en la formació de professionals tant a nivell d'urgències com a nivell d'atenció primària com a nivell de salut mental, per abordar...

Informant 1: Per poder-ho almenys detectar, no nem, el tractament psiquiàtric porta molt de temps d'evolució, no?, però no anem a tractar això a urgències, però detectar-ho si, si ve un pacient així que nosaltres com a infermeria eh, tinguem les eines i els coneixements per detectar i que hi haga com deies tu abans, no?, un circuit per poder derivar o activar un risc, un codi de risc suïcidi a urgències i poder-ho derivar, perquè des del SEM es pot fer, tu truques des de casa al SEM, hi ha un risc suïcida, i hi actives i et porten a un hospital, però i després que fem? ho derivem a Pere Mata? i si marxen al domicili com em puc comunicar jo amb el psiquiatra del CSMIJ i dir-li mira esta persona ha vingut a urgències, hi ha un risc, aquesta persona s'enterarà, vull dir el terapeuta del CSMIJ s'enterarà però trigarà un temps fins que li arribi la notificació, i si son pares ehh, son pares eh que fan un bon suport, son pares que estan allà, bé, però i si és un pacient d'un centre de menors?, que hi ha molts en centres de menors en risc suïcida, si és un apersona que no té familia que es faci càrrec, una persona estrangera, hi han casos, que, si és un menor emancipat que no tingui familia

responsable, si la mare està ausent perquè es consumidora i no és un bon suport?, tots aquests casos qui, qui fa després, o quan arriba la notificació?, potser quan arriba la notificació al CSMIJ ja s'ha suïcidat, no?, si s'activa un risc suïcidi des del SEM, no se si ho sabieu, s'envia un anotificació en un plaç de 48-72 hores al centre de referència en este cas de CSMIJ no? del centre infanto-juvenil, triguen 3 dies, a urgències no estaran tres deis, nosaltres li donarem el alta amb un diazepam, a no ser que hi haga un afamilia que sigui bastant contenidora hi hagi un marge de temps, que sembla que diguis, no per un dia, per un dia la gent es mata, i **infermeria no sap explorar-ho, i sobretot que me pareix molt important, ens pensem que no és competència nostre, sí que ho és explorar-ho.**

Marta: La primera rebuda és nostre, osigui..

Informant 1: Clar si tu estàs fent una cura de vascular, jo ho comparo molt això, si estàs fent una cura de vascular d'un peu diabètic i el vascular passa dilluns i divendres, tu durant la setmana si veus que es peu està necrotic has d'avisar, si tu no valores i no saps valorar polsos pedis, per posar un exemple així, una úlcera no?, que té esfacels, que fa mala olor, qui no està fent bé la seva feina si no està complint les seves competències?, tu, perquè tu has d'avisar, mira que aquí fa olor, he agafat un cultiu, sembla que està infectat, pauteu antibiòtic perquè si no fins a divendres aquest peu estarà...doncs si a mi me bé un pacient amb un risc suïcida dilluns si no l'exploro, la que, osigui la responsabilitat és d'infermeria.

Marta: Estar clar, si, si, al final nosaltres som la primera toma de contacte amb el pacient.

Ingrid: Al final urgències pot ser no?, el primer contacte que tingui amb sanitat una persona amb un risc suïcidi, a lo millor aquesta persona no té ningun altre contacte perquè no sap a on anar, però a lo millor la primera cridada d'atenció de necessito ajuda és en un servei d'urgències.

Informant 1: Clar, quan no sabem on anar anem a urgències, i és el que dius, si és una persona que ja és freqüentadora de diversos recursos de salut mental sap que existeixen més però si és el primer contacte i te'n vas a urgències amb un risc suïcida, **un adolescent de 14 anys, que està mal amb la parella, imagineu malos trataos, que això és super freqüent, i et diu que té pensaments, pensem que és una cridada d'atenció li donem un diazepam o li diem no passa res tranquila ets jove i això és normal i l'enviem a casa, és que aquesta persona acaba amb la seva vida** i sobretot que igual ja no tornarà a vindre o tornarà a preguntar perquè se sentirà mal perquè clar li han dit que vaya tonteria, perquè no li estem, validant una emoció i un malestar.

Ingrid: Això que has dit em sembla super important i també et volia preguntar sobre aquest tema a nivell del paternalisme que pot haver-hi a nivell dels professionals d'infermeria en els adolescents, em, tu creus que el risc de suïcidi adolescent (pausa 3 segons), algunes vegades no es té en compte que aquesta persona realment, estigui posant el perill la seva vida, perquè hi ha com una, com un paternalisme en el sentit, com tu acabes de dir, no?, ets molt jove o no et prenc en serio perquè són tonteries de nens petits.

Informant 1: si, si si

Ingrid: I aleshores hi ha com aquest, em, no, no ho farà, són tonteries.

Informant 1: Hi ha molt de desconeixement de, no, jo crec que que no ho farà, bueno es que nosaltres no hem de creure, hem de basar-nos en l'evidència científica, i per això s'ha de fer una exploració, psicopatològica, que no és la meua opinió personal, és, és algo científic. Hi ha molt de paternalisme de intentar invalidar no?, de no, tranquila perquè tu eres jove, no passa res, tens moltes coses per davant, no?, com si no veiessin capaç a una nena, un nen de, adolescent, d'acabar amb la seva vida, que vaja si ho fan...

Ingrid: Clar, que a lo millor una persona de 50 anys et diu que es vol suïcidar i el professional a lo millor, a la primera que li digui això ja ho té en compte, però si una nena de 10 anys o de 14 et diu, em vull suïcidar, a lo millor no la prenen de la mateixa manera.

Informant 1: Si ho diu un home major de 55 anys, te ho creuràs, molt més pronte, perquè saps que quan ho fan, ho fan més agressiu, però igual t'ho diu un nen i penses que no serà per a tant i després passa, després passa, si, si, i és això, es desconeixement total i sobretot jo continuo escoltant a urgències, no, això és una crida d'atenció, no?, i com invalidant o minimitzant.

Marta: Em dona la sensació que l'abordatge que es fa, com t'ho diria, es molt... molt informal no? com que no hi ha res específic que no hi ha res del centre que hagi fet algun tipus de formació així més específica per poder tractar, és com més així com tractariem a l'exterior...

Informant 1: Si, si és com així fent consells d'amiga, i no som amics, som professionals, i no donem consells, eixa la primera, nosaltres no donem consells, fem educació per a la salut i fem enfoc terapèutic, els consells te'ls dona un amic, i això no té ningun tipus

d'evidència, perquè, perquè infermeria té molt clar que quan fa una tècnica a urgències, posar una via, jo que sé, una sonda un embenat, qualsevol cosa així, hem de saber tots els procediments, tota l'esterilitat, que va davant que va darrere no?, però quan anem a parlar sembla com si pogués, com todo vale, no, es que **la nostre eina en psiquiatria és la parla i saber cuidar, i hem de saber que dir, com dir i quan dir,** perquè la gent se'n recorda i més quan està passant un mal moment, i se'n recordaran, si... perquè aquella enfermera m'ha dit que no passa res, no?, i tu li dius que està exagerant i te vas a ta casa a dormir tranquil·lament, però aquesta persona aquesta nit no dorm, se sent culpable i igual es suïcida, i això és com posar una sonda vesical sense esterilitat i li fas una infecció d'orina, però això tenim clar que ho hem fet mal, però lo altre no, hem de cuidar.

Marta: Tenim molt integrats els processos, osigui que es fan a nivell assistencial, pro a nivell de la comunicació hi ha bastant dèficit a nivell d'atenció, osigui no, no es fa , com per dir-ho entre cometes, molt professional, vas alla tractes amb (entrevistada: no és científic), exacte, clar no tractes igual tampoc, també tenim molt estigma, jo crec, de una persona psiquiàtrica que de una persona que no està patint un procés psiquiàtric , que és més aviat organicitat, tampoc la tracten de la mateixa manera, van ja estigmatitzats eh cuidado eh, que, que aquell té això i allò, i també això també afecta una mica no?

Informant 1: Si si, per supost

Marta: I després, eh, així com una reflexió final, des de la teva perspectiva, osigui, diguessim, quins protocols o millora, que ja has dit algun tipus de millora que podria haver, d'actuació per urgències, podria venir bé per prevenir i gestionar de forma més eficaç pos aquests pacients que arriben per intents de suïcidi.

Informant 1: Si, seria ideal tenir un BOX una línia psiquiàtrica a urgències, seria molt eficient també, seria des de triatge quan arriba, un codi risc suïcidi, activat o no, perquè igual ve per un altre demanda i després la necessitat és aquesta, no?, ve per qualsevol altre cosa i no ha parla de suïcidi perquè no ha vinculat i allà al BOX te ho diu per vincula amb tu, esque eixa és un altre, no vas a contarli a qualsevol que vols acabar amb la teua vida, però lo ideal seria, des de triatge ja derivar-ho cap a un circuit de psiquiatria, tindre, no sé pos dos tres BOXS, lo que donés la unitat, per a atendre, el primer intervenent és un, és una enfermera, per tant enfermera reb, fa una exploració psicopatològica, que és competència nostre, la podem, la hem de fer, fem una exploració psicopatològica, ja fem, ja estàs fent una escolta activa, per tant, tot aquell nivell de cortisol, tot aquell nivell d'estrès ja va baixant, ja podem evitar ahí molt farma, no?, després atès psiquiatria o psicologia ne funció

del cas, no? i aquesta persona es queda en evolució a veure com va, amb medicació o no, que es pot atendre de manera ambulatoria? doncs demà cita amb el CSMIJ, que no, que hi ha un risc imminent i s'ha de fer un ingrés involuntari, doncs en este cas perquè aquí no tenim unitat d'aguts, però lo ideal seria pujar en una unitat d'aguts, pues en este cas una derivació a Pere Mata i un ingrés involuntari, no? però sobretot des de triatge, si no hi ha una activació hem de formar també a la infermera perquè sàpiga explorar, almenys unes preguntes bàsiques, tot això s'hauria de protocolitzar, tu has de preguntar això i això.

Marta: Fer una mínima guia per poder, per poder detectar.

Informant 1: Si, i hi ha escales per poder, per a fer una exploració ràpida i després hi ha una infermera amb formació, ja no dic especialista perquè entenc que falten, lo ideal seria una especialista perquè hi ha especialitat però si no hi ha suficients, doncs una infermera amb molta formació en urgències psiquiàtriques capaç de fer una bona exploració no?

Marta: Osigui creus que hi hauria d'haver una unitat de, de bueno, de psiquiatria, per poder després fer la posterior derivació, osigui diguessim com una unitat de curta estada o això, per poder tenir al pacient allí en observació...

Informant 1: Bueno curta estada no, si es una, un, algo molt agut, derivació directa, en esta cas no perquè aquí a Joan 23 no tenim una planta d'aguts però sinó hauria de pujar, o una planta de conducta alimentària, o de adolescents en este cas, però sinó a Pere Mata o a Sant Joan de Reus que esta la URPI no?, però al menys uns BOXS d'evolució, imagina que este nen o nena ha consumit, doncs hem de veure si aquesta ideació esta durant el consum o persistix després, no?, per veure una evolució, i poder-ho derivar sense organicitat, sense afectació, no se, per intoxicació en drogues, o per veure si a lo millor està molt agitat i li hem punxat medicació per fer contenció farmacològica deixar-ho unes hores d'evolució per poder després explorar bé, perquè igual en aquest moment no podem explorar perquè està amb una crisi d'ansietat generalitzada i no podem explorar, per tant necessites uns BOXS per poder-los atendre.

Marta: I com a especialista de salut mental, creus que s'aborda igual la, la, bueno els risc de suïcidi en adolescents en una unitat d'urgències, general, que en una de salut mental específica, osigui en les unitats de salut mental hi ha algun tipus de protocol, o no segueix tampoc cap tipus de protocol?

Informant 1: Si, osigui si hi ha un circuit psiquiàtric per supost l'abordatge és diferent, t'està atenent una persona que sap que ha de preguntar, sap que ha de dir, sap que no dir, sap com dirigir una exploració psicopatològica, sap fer contenció, sap quins son els recursos extrahospitalaris, no?, sap que puc mirar que demà tens cita en el CSMIJ que la ideació autolítica no es estructurada, que pots marxar a casa perquè demà ja tens un soports, o no, es que la cita la tens en quatre mesos i hi ha un risc imminent per tant no puc deixar-te marxar, no?, que psiquiatria faci un ingrés involuntari, per tant l'abordatge òbviament és molt diferent perquè t'està atenent una persona que sap, és com anar al traumatòleg, no?, o anar al digestiu, si m'he trencat el peu i m'atén un metge de digestiu com va a atendre'm si el que tinc és de trauma?, pos és le mateix, l'abordatge òbviament és molt diferent, i ja et dic, en pediatria el que es farà és això, es farà una recepció del pacient, pediatra valorarà un poquet risc, perquè a vegades els pediatres pos si que han rotat en psiquiatria, i el que fan es una mínima preguntes, que personalment, jo moltes vegades m'he quedat molts cops en les exploracions psicopatologues i no saben el que estan preguntant, i després una derivació, es com, això no és agut, no es de pediatria, no és orgànic, pos a psiquiatria que lo valoren perquè aquí no ens correspon. Si a tu directament ja t'entra, ja t'entren amb una demanda de psiquiatria a un circuit de psiquiatria, la diferència és molt gran.

Marta: Osigui allí si està protoalitzat, ja tens, evidentment com la persona ja està formada, en tot això ja no li vindrà de nou no?, però a nivell de centre osigui, si has treballat en algun tipus de centre de salut mental.

Informant 1: Hombre, jo he vist per exemple circuits que tenen pues hospitals com la Fe de Valencia, he estat en Pere Mata, he vist en Gandía, i òbviament quan el pacient, quan un pacient infanto-juvenil, o d'adult, més igual, t'entra amb una conducta suïcida o amb un risc, o per una demanda de psiquiatria en general, clar si ja t'entren a tu com a circuit de psiquiatria l'abordatge és diferent, perquè el feedback que li van donant al pacient, eh, la contenció que li van a donar al pacient és més especialitzada, i ja et dic, que moltes vegades, sols en escoltar, saber que dir, quan dir, com intervindre, saber validar una emoció, saber acompanyar, no dones moltes vegades ni medicació, o igual si, perquè hi ha una agitació, o , o hi ha una intoxicació o autolesions ja consumades, però l'abordatge és diferent.

Ingrid: Creus que s'evitarien morts en, actualment, si en aquest hospital, per exemple, hi hagués un circuit especialitat a urgències de psiquiatria?

Informant 1: Sí, clar que sí, clar que si, si si si, perquè ja els atendríem, ja els tractariem, ja avisaríem al centre de referència amb el psiquiatria i psicologo i per tant este pacient ja està controlat, clar perquè tots els que venen de casa, no venen des del SEM, igual venen del cole, o venen de casa perquè el papa i la mama l'han portat a, tot això no té una activació de codi.

Marta: Doncs nosaltres per la nostre part, crec que ha quedat tot molt resolt.

Ingrid: És un tema que donaria per molt la veritat, però crec que hem extret molt amb el que ens has oferit.

Informant 1: això donaria per un podcast (rialles)

Investigadores: Si, si si

Informant 1: Un altre cosa és que jo entenc el malestar de le companyes d'urgències que son generalistes perquè jo no puc saber de tot, no puc saber de trauma de digestiu de oncologia de psiquiatria... se'm va de les mans, ahí ho entenc, però és veritat que hi ha una demanda d'atenció psiquiàtrica molt elevada, cada vegada més, i en este hospital moltíssima, que la demanda està i la oferta no, és a dir, no hi ha un circuit psiquiàtric per tant pos ens hem d'adaptar i ens hem de formar. I s'ha plantejat moltes vegades, però no hi ha espai físic, no hi ha personal, però jo les meves companyes els dic, perquè moltes vegades m'han dit, bueno es que a mi la psiquiatria no m'agrada, i jo els dic bueno a mi les cetoacidosis diabètiques tampco però venen, dia sí i dia també dins m'he de formar perque les he de saber atendre, i jo puc dir no, no jo no vaig a entrar al BOX que no m'agrada, no, per tant t'agrade o no t'agrade t'has de formar, es un pacient que ve, que necessita ajuda i no li podem negar una assistència i tancar el BOX i que se quede ahí perquè com que no se prgunat no pregunto.

Ingrid: Crec que encara hem d'avançar molt en entendre que la salut no sols és algo físic, i encara hi ha molta visió biomédica en aquest sentit, i hem d'entendre que la salut és algo tan físic com psicològic, i nosaltres estem tractant la salut, per tant el seu conjunt, i encara crec que ens queda molt per aprendre en aquest sentit, perquè encara veiem molt un braç trencat pero no veiem un problema de salut mental, o no el volem veure, pel que has dit, per el desconeixement de com abordar-ho.

Informant 1: Clar perquè es visual, t'ho ho has dit, i l'altre no l'altre no és tangible, no es veu, si no pregunto no està no?, si no ho registre no ho he fet i si no se quines son les meves competències tampoc puc portar-les a terme.

Ingrid i Marta: Doncs Cristina moltes gràcies, moltes gràcies i ha sigut una entrevista super enriquidora.

Informant 1: M'ha agradat molt la entrevista., molt ben estructurada.

Marta: Ens alegra molt, doncs per la nostre part l'entrevista està més que feta, i hem extret molt més del que tenim així que moltes gràcies de nou.

Ingrid: Moltes gràcies, i parem la gravació.

Entrevista a una professional en un servei de salut mental:

Marta: Hola som la Marta Llop i la Ingrid Boada, estudiants d'infermeria de la Universitat Rovira i Virgili, abans d'iniciar l'entrevista deixem en gravació de veu el consentiment informat de l'entrevistada. Ens dones el consentiment per gravar la teva veu i l'entrevista amb finalitat d'investigació per al nostre treball de fi de grau?

Informant 2: Si

Marta: Comentar que al finalitzar la transcripció aquesta nota de veu serà eliminada de tots els dispositius. Primer de tot, benvinguda i gràcies per la teva participació. Ens agradaria iniciar l'entrevista en una breu explicació de quin és el teu rol com a professional d'infermeria actualment i una mica el teu recorregut.

Informant 2: Vale, avera, actualment estic en una unitat, és un dispositiu que és un hospital de dia infant-juvenil s'ha ubicat a Tarragona, agafa des de Tarragona, Vendrell, osigui fins imagineu-vos agafa fins a Reus perquè a Reus i a Valls ho agafa un altre Hospital de dia. Terres de l'Ebre ja té un Hospital de dia Infant-juvenil. A llavors el hospital en el que jo estic les característiques de...,de..., avere... son infants de 10 a 18 anys, quan fan els 18 anys els acompanyem al següent dispositiu de salut mental de l'etapa adulta. El pacient, el diagnòstic, eeee, pot ser ee., múltiples diagnòstics o sense diagnòstic, venen per orientació diagnòstica. Son pacients que poden vindre des de CSMIJ, tot el que es red externa, desde hospitalització complerta que es la URPI, com d'un altre dispositiu com es l'URTA, mai podran venir desde pediatria, ni desde urgències perquè és un hospital parcial, allavors primer té que estar vinculat a la red de salut mental. El CSMIJ seria l'unitat més pròxima a naltros si ho comparem amb traumatologia seria planta de traumatologia, URPI, eee.. rehabilitació, serveis de rehabilitació comunitari que aniries cap a un projecte més llarg, seriem naltros l'hospitalització parcial de dilluns a divendres de 8 a 15:30h i després seria red externa com a consultes externes. Allavors naltros ee, som una unitat de alta contenció, alta contenció es això no?, que tu tens un pacient que pot vindra ee., per unitat de crisi de dilluns a divendres i alta contenció perquè li dones, ee..., unaa després, li tens que donar una solució per anar, si es per la tarda o per la nit al servei d'urgències que correspongui. (silenci). Es diferència de la URPI que es una exploració total que es queden ingressats 24 hores i naltres és una hospitalització que treballem molt amb la família. La familia ee, es el nostre vicle, després en la comunitat, osigui naltros treballem amb equip i també treballem amb equip i amb red no?, som xarxa no?, som equip en la familia, familia o centre, tenim molts nens que es retiren del domicili fan una intervenció dee aa..., urgències,

van a un centre que es diu la mercè a Tarragona, i naltros els tenim els primers dies d'intervenció. Allavors, la meva trajectòria, bueno la meva funció en aquesta unitat, és una unitat, és un equip multidisciplinar en el qual hi ha un psiquiatra, dos terapeutes ocupacionals, dos psicòlegs, una docent, una infermera especialista en salut mental. Multidisciplinar i treballem això, amb xarxa multicentre no? llavors pues bueno, com som a un equip amb molts professionals pues intentem normalment, el pacient estem en una edat d'escolarització obligatoria, intentem veure que es lo que ha passat per poder ficar-lo, clar, imagineu-vos molts necessitaran tornar a l'insti pero molts no necessitaran tornar a l'insti per el problema, per exemple un bullying, detectes que la simptomatologia amb clínica ansiosa-depresiva que tu lo primer que has vist, has vist que ha sigut una temptativa de suïcidi, quan vas treient entrevistes vas veient que ells no volen tornar al cole i fa un abstensime d'un any d'evolució, l'objectiu no serà tornar al cole sinó observar que està passant i o donar-li un profe a domicili fins que estabilitzis al pacient o retornar a un altre insti, osigui imagineu-vos la importància d'estar a un dispositiu com el nostre perquè és una missió molt global (silenci), i és una missió més pos això no? més, ee no tant incisiva i si més amb temps no?, ee.. perquè, bueno us explicaré ara quan em feu l'entrevista ja us aniré explicant. llavors la meva trajectòria laboral es, soc infermera desde l'any 93, aaa especialitats, vaig fer molta urgència, vaig fer 9 anys de primària, serveis d'urgència, màster de APU, trasllat neonatal, urgències aa, és a dir vaig cremar tota l'etapa més fisiològica, profe de la uni, comunitària..., llavors vaig agafar i vaig fer, l'EIR. I quan vaig fer l'EIR m'agradava molt la psiquiatria i vaig fer l'especialitat de salut mental i vaig començar l'especialització al 2002 al Pere Mata, no hi havia especialistes, llavors sóc la segona yo crec d'aquella unitat, i vaig fer formació i vaig veure que ere el meu lloc, eee i llavors vaig començar a ser pues això no?, més pues la profe de la unitat docent, i formar, més formadora i també em va agradar molt i vaig fer el màster en antropologia i medicació internacional, i me vaig enfocar pues més a això, en una visió més, emmm...., més enriquidora no? més..., aa, me vaig donar compte que la infermera pues té que ser investigadora, docent, emm..., assistencial, i me quedava lo que era la infermera gestora i vaig fer de gestora, cinc anys de super, i bueno després de portar unitats, treballadors, vaig tornar al meu, després de molts anys de infantil, vaig tornar a infantil que era lo que més m'agradava, i jo crec que, que quan tens una trajectòria en la quala, has cremat etapes, amb un creixement personal cronològic però amb un creixement professional, eee..., les teves eines, son unes eines amb, que costen molt veure al principi no?, perquè al principi jo era un infermera d'urgències amb un kit d'urgències no? i era una infermera més semera, venga va paro, RCP, i començava el protocol, no? i venga i tal, i després em vaig donar compte que salut mental pues tenia igual de potent una mirada, un silenci, una proximitat, una regulació de la ansietat, eee, la corporalitat, la escolta activa, i tenia un maletín igual

però amb salut mental. I bueno, com a tot, se té que estudiar molt en aquestes àrees igual que utilitzes molt pues tot el que es la urgència vital, clar, tu tens que monitoritzar, tu monitoritzes però com monitoritzes? pues com monitoritzes amb una comunicació no verbal, amb una mirada, amb una postura. T'està demanant, t'està demanant i tu ja saps si té febra o no te febra sense termòmetre però no febra d'això no?, que es el que te diuen, te diuen es que tu eres la doctora juguetes, però es que clar ells no saben, que tu estas fent algo que estas ajudant diferent i estàs prenent una temperatura corporal però de les emocions, és una altra història, però també és la nostra història, vull dir eee.., jo crec que la infermeria té que ser això, una de les figures que utilitza el cuidar, el cuidado i es super bonic la gratitud d'una abraçada d'un adolescent, que s'ha mare et pot arribar a dir, pues si no se deixar tocar no? pues això, es una miqueta, molt xulo. Bueno esque jo sóc una mica així, una mica... ee.., que m'agrada molt ee.., ni que porti tota la vida.. (es para i es beu cafè).

Marta: vale, i entrant en un context més professional i de coneixement ens podries descriure la teva experiència professional en l'àmbit de salut mental però en relació a l'atenció en els adolescents, és a dir, t'has trobat molt en pacient amb el risc de suïcidi, i com ho has gestionat no això?

Informant 2: Mira jo us explicaré una mica, avere porto moltissim anys, a llavors, he fet molta urgència d'adult, molta urgència d'adolescent. Jo en l'any 2008 vam obrir una unitat que es diu UCA, que era la unitat de crisis adolescent, es va crear de primera.... Llavors va ser molt xulo, perquè quan crees una unitat nova, tens que saber que es el time out, que es un contacte de contingència i bueno comences a dir ostres com puc treballar en l'adolescent en crisis. Clar ee.., esque estem en una era en que tot va molt depressa i lo que te servia al 2008 al 2025 ni conceptualment t'entenen. Osigui ells, parlen diferent, tenen codis diferents, osigui lo que te serveix de l'adolescent és perquè tu també vas molt de pressa. Emmm.. és com a vertiginós de vegades perquè hi ha molts companys meus que diuen ja estic cansat ya tio de.., de tanta intensitat. Però si realment li dones la volta veus com a la crisis es pot manejar amb les eines que tinguin no?, allavorens, jo te puc dir que desde el covid, osigui hi ha un antes i un después del covid no?, en quan a generacions i tot no?, después del post-covid s'ha multiplicat les tentatives de suïcidi un 250%. Jo vaig viure el covid amb una unitat que no hi havia hospitalització total i estàvem sols, llavors els nens els posàvem fàrmacs telefònics, venien allí i els cuidàvem i curàvem. Eee.., feien autolesions gravíssimes, no hi havia servei d'urgències per saturat, posava sterestrips a talls que eren de sutura però fèiem el que podíem, nens que es llençaven pel balcó, nens que volien morir, allavorens la verbalització era super intensa perquè imganieu-vos no?, ho va viure tots, com eres primera línea, pero primera línea que no sabies on anaves, la por..., bueno pues

si me tengo que morir pues mira chica, era com a que verbalitzaven coses. Va ser com el punt d'inflexió de veure..., era com a..., com una guerra, era està com en una situació d'emergència total. I bueno, vam fer el que vam poder, vam veure situacions, vaig veure IMC de 14, vaig veure tentatives autolítiques més greus de la meua vida i mira que he estat a unitats però nenes que havien fet de la serie de por 13 razones, parades a una banyera, però parades, a nivell alimentari una triada, a nivell alimentari es va identificar una triada que era ansietat, autolesió, alimentació i bueno era tot el rato així, era trauma, trauma trauma..., en el covid i en el post-covid. Ara 5 anys després encara estem recollint el covid, ara ningú s'enrecorda del covid ni del post-covid però sí que tenim adolescents que es va fer una... osigui, a l'actualitat lo que més veiem es TEA femení, molt difícil de diagnosticar, autolesions d'origen ANS (autolesions no suïcides), no se si ho sabeu que hi han autolesions no, no osigui vosaltres quan parleu de risc suicida o de autolesions, osigui hi han dos coses, les autolesions no suïcides, les ANS i les autolesions suïcidi, i la ideació suicida, clar tot això, és un món, es super difícil ee..., us tinc que dir que jo lo que més he après es a no obrir un meló sinó a poder donar-li eines a una persona per..., és com un puzzle vale?, per sobreviure i avançar una mica, a vegades tens que fer menos a nivell verbal, i més en unes altres coses i qui sigui capaç de treballar allò amb un mini kit que és un kit que hi ha de risc suicida que ho fa normalment el psicòleg o el psiquiatra, tu identifiqués i demanes ajuda perquè és realment el següent pas... ee, és molt greu. Allavors quan tu, comença a verbalitzar, ja no pots parar i per exemple alimentariament, jo treballa a la unitat, treballa a la conducta alimentaria som unitat de referència del trastorn de conducta alimentaria si tu em parles de vomitar, em parles. Llavors infermeria té que saber molt bé molt bé, recollir, recollir i redirigir, naltres som com un GPS, "recojo y redirijo, recojo y redirijo", eee..., i cuidado no?, cuidado perquè jo sí que he tingut gent que s'ha suïcidat no?, i és molt dur, molt dur, i t'esta parlant amb una autolesió i t'esta parlant, i es durillo. I allavors pues bueno, ee..., naltres treballem amb protocols, el primer protocol que activem es el protocol d'autolesions que el porto jo no?, osigui jo faig una revisió del cos, la primera valoració d'infermeria ja tenim davant una enquesta, nosaltres treballem en Majory Gordon, com a eina d'intervenció de valoració immediata, a llavors jo valoro si és més auto o més hetero, si és més autolesiva o més heterolesiva. Si és més autolesiva en quin concepte, si té una autolesión en quin concepte, si es una autolesió que es reguladora perquè t'explico, la meua autolesió és perquè estic molt nerviosa i així me regulo, l'autolesió és per sentir, no sento res, clar esque imagineu-vos no sentir..., tinc que fer-me mal per sentir i després per morir. Oisigui clar, tu, tuu, jo t'explico així però quan tu tens davant a algú, i ho tens que fer en tant, tanta sensibilitat que a vegades no fa falta parlar ni la primera, ni la segona ni la tercera, tu veus els braços ja parla l'autolesió, l'autolesió ja parla. Allavors es fins a on i sobretot, allavors quan ja has començat treballar el vincle. Si tu

tens un bon vincle, pues el següent pas, sense el vincle es com a hola buenas, és com mira imagineu-vos, que tu surts amb un noi per primera vegada, lo primer que te pregunta és com al first date, lo primer que te pregunta es a ti como te gusta tal.. Però és a la mateixa alçada per elles, es desnudar su alma , osigui sempre si podeu transmetre això en gent jove, la prudencia en la que tenim que anar, lo curoses que tenim que ser, ser menys intervencionista i més acompanyar, que amb la teva observació, la teva postura, estas ajudant moltíssim, osigui l'ajuda es espectacular, infermeria es una de les figures..., mira jo ara tinc una alumna que està alucinada, perquè veu que infermeria es la unitat de crisis, es la unitat de contenció ambiental, la unitat de contenció química no?, perquè demanen la seva pastilla de rescat.., es identifico, acompanyo, i demano permís. però no demanar permís, de hola me dejas..., no, no li demano permís així sinó, hola "llevo un protocolo, un protocolo de autolesiones en el qual, estas incluido en este momento porque acabo de ver que eres una persona que por lo que he leído en los informes, si no m'ho vol ensenyar, pues ya en otro momento pero yo entiendo que..., però després molt important des del dia 1 se li ha de dir que te voy a acompanyar, te voy a explicar pero no te voy a.. "osigui perquè ells el que volen és tenir-te d'aliada y yo me corto y jiji y jaja, y tal y no. Osigui que en el moment en que s'activa aquest protocol, se li dira a la teva familia i al centre i on sigui i naltros signarem un compromís, que funciona moltíssim i molt bé, que es el compromís terapèutic i el contracte de contingència, que es això, jo em comprometo tal tal.., osigui és com signar una hipoteca i ells ho diuen super bé, jo em comprometo a no autolesionar-me en ninguna de les seves formes, talls, vòmits, esgarrapades, o demanar a un altre que et pegui, vull dir això també és una altra autolesió. I bueno, infermeria té un paper molt potent davant dee...

Ingrid: Una coseta que has dit abans, que m'ha semblat super interessant del tema del vincle, osigui tu consideres que en l'abordatge a nivell de suïcidi amb un adolescent, un paper molt gran d'infermeria que hauria de d'existir tan en l'àmbit de salut mental com en altres àmbits seria el poder tenir la capacitat de generar aquest vincle amb l'adolescent? és a dir, naltros per exemple quan estem en un centre de servei d'urgències no tenim el mateix temps a lo millor, que en un altre àmbit, però tu creus que seria super important començar a donar-li molta importància no tant al temps o sinó a generar aquest vincle per un abordatge més efectiu?

Informant 2: Clar, el vincle és important perquè la gràcia terapèutica és amb el temps, però el vincle, mira, tu que fas molta urgència i jo que he fet molta urgència, clar jo els primers anys, patia moltes agressions perquè la gent segons com tu, la teva postura, o com tu entres, llavors tu aprens en molt de temps, bueno hi han situacions que vamos.., que jo vai haver de fer 3 anys de arts marçials per poder agafar físicament a algú ee..., vull dir avere,

tampoc som superheroïnes, i si una persona està amb un estat, en una situació se li multiplica per 100 la seva força, i si ha enviat a la seva mare a la uci es que tu no eres nada para él, osea si sa mare no és ningú..., mira tenint en compte que la persona que atenta sobre la seva vida tu l'importes vamos..., zero patatero, ell a si mateix no s'estima ni a tu ni a ningú, i no es respecta. Primer de tot seguretat, osigui, vincle però primer tenim que tenir seguretat naltros, cap a vosaltres i cap a la resta de pacients d'urgències o d'on sigui. Si vosaltres teniu un pacient descompensat, ell es descompensat pero no es tonto i sap lo que es una norma, tu tens que entrar amb una veu suau, eutimica, és a dir, tu tens que estar asèptica, ell no pot llegir ni que tens por, ni que estas super a dalt ni super a baix, tu has de ser asèptica, pero no borde pero tampoco simpàtica, osigui tu tens que ser una persona lo més propera però sense envair. Com es fa?, es fa amb una bona presentació, si saps utilitzar el humor molt bé però si davant tens una persona que no sap llegir l'humor com es un autisme, pues no t'entendrà. Si és un psicòtic, no pots mantenir molt la mirada, llavors tens que utilitzar un punt fixe. Per això la importància d'una especialització, a salut mental es necessita un abordatge per això, ja que tu estas dos anys d'EIR per això. Super important tenir eines, però qualsevol infermera, perquè una agressió te va de no veure-la venir, llavors tu entres en un box, tu tens que llegir que està passant, tu quan entres a un box abans de prendre les constants tu ja tens que llegir que està passant allà i si tens que tornar a sortir, doncs surts i si tens que tornar a entrar, tornes a entrar i li dius marxo fins que no estiguis una mica..., no em cridis que jo t'estic respectant, tu em respectes i ara torno, 5 minuts te dono, saps?, com el time out, tiempo fuera. Osigui, la infermera té que ser una figura que té de donar molta seguretat.

Ingrid: Per tant, consideres que en l'àmbit del que estem parlant del suïcidi adolescent, en l'abordatge que hem de fer infermeria, consideres que es molt important, tenir una formació adequada i el saber com actuar davant d'aquest tipus de pacient.

Informant 2: Sí, i la detecció precoç. Jo crec que una figura que es super important és salut i escola. Jo crec que és actualment la més important. Salut i escola i infermera de pediatria.

Ingrid: Perdona que et talli, però et refereixes a que no sol formació a nivell de infermeria sinó a nivell generalitzat de professionals, consideres que es una cosa super important a nivell de formar per abordar aquest tipus de situacions.

Informant 2: Jo crec que a l'assignatura de salut mental, ja seria com un kit de supervivència, igual que quan fas metabòlicas, surts d'allà que domines la endocrino que vamos, jo per lo menos..., d'endocrino vamos un 10. (Silenci). Pues lo mismo, tu saps que es

una hipo i una hiper, que es tal que es qual, que si hashimoto que si el nose que..., ja tens una informació de les tiroïdes que vamos..., pues lo mateix sapiguer que es el que li passa al cervell de l'adolescent. Que li passa al cervell de l'adolescent?, que el cervell de l'adolescent es dopaminèrgic, que vol? recompensa immediata,"que me estas contando i recompensa immediata, no me digas espera, noo...osea ni espera ni tranquilo, eso se te pasa.." mai utilitzar frases mr wonderful, ni todo pasará, osea, que me estas contando tio que me acaban de violar, que me estas contando?, vull dir, és molt important a vegades callar, acompanyar amb la mirada, amb una postura, amb el silenci, saber que dir, i que no dir, saber com dir, quan, com i..., és súper important. La informació és la major eina, es a dir la formació i la educació es la millor eina de la nostra bona praxis, per tot ee, perquè clar tenim ètica a tope, no maleficència, beneficència nose que, perdona??, a vegades...

Ingrid: Consideres avui dia, els professionals d'infermeria ens falta formació en els diferents àmbits assistencials per trobar-nos en aquestes situacions, és a dir, ens fa falta, tu creus que generalment hi ha una carència de formació enfront al suïcidi adolescent, avui en dia?

Informant 2: Clar, però saps el que passa, que el suïcidi adolescent, clar no és com a les pel·lícules de netflix, bueno avere com aquesta serie de "adolescente de netflix" si que es. Si la veieu és molt bona, mira es super important, perquè no detecta ningú, ni l'escola ni ta mare ni ton pare ni ningú detecta, ningú ha detectat res, això es la base, no son nens que venen de , que tots tenen coses i que venen tots de famílies.., no, tinc fills de profes, fills de tot, fills d'advocats i tot..., i una anorèxia, si tu veus una nena que es tapa els braços a l'hivern i a l'estiu, que passa a l'estiu?, carinyo ensenya'm els braços que et passa?, que tens pelets i vols que et fiqui alguna coseta?, tota tajada enserio? osigui quina relació té?, a casa tindria que passar algo, a l'escola nenes en hipoglucèmies, nenes que no esmorzen... eee, detecció precoç. A pediatria IMC de 15, jo ara tinc una de 15 he fet tota la gràfica de creixement fins als 6 anys i ha passat de 50 a 25 algo ha passat al 6, osigui que està passant? Passa que tot va molt de pressa, passa que els codis de lealtad canvia, passa que estem en una era que pensem que la dona està empoderada i es al revés, osigui jo faig un munt de tallers de salut i entre ells faig identitat i gènere, sexo-afectivitat, i la piràmide de prevenció de violència de gènere, ee, flipante osea alucinant. Clar, jo al final, lo que me donat més compte que és que la meva funció té que ser educadora, prevenció i promoció de la salut però educar, educar i educar. ETS s'han multiplicat, buaa..., el SIDA, que es el SIDA? ee..., perdona?, bueno que da igual que con 4 pastillas, ee no 11, ee bueno és surrealista. Es que jo crec que , els alumnes surten formats, molt formats, osigui igual que vaig sortir jo, vull dir que infermeria es una de les carreres que a nivell pràctic i teòric surten formats, ee però, la societat necessita figures, figures com naltros, agents comunitaris com

naltros, i actualment no hi ha figures de infermeria, con lo qual estan ficant educadors, terapeutes i a moltes plantes i puestos de infermeria que no la cuiden, i marxen i te valoren a altres països i jasta. Jo sóc especialista desde el 2002 i mai he cobrat i he portat durant 6 anys voluntàriament una unitat docent i porto als alumnes voluntàriament, i no he cobrat mai. Perquè? perquè m'agrada, però les meves companyes han dit que passen olímpicament, però vamos ja us ho dic ara. Infermeria no està valorizada, bueno ya ho sabeu però bueno da igual, sempre hi ha gent amb espíritu.

Marta: En la unitat, has dit que teniu una serie de protocols, n'has nombrat un però quins més hi han, en què consisteixen i quins es fan servir des d'un inici?

Informant 2: Els pacients entren a la unitat en diferents formats, primer fan un pre ingrès en el qual el fa el psiquiatra o el psicòleg i fa una primera valoració. Si en aquella primera avaluació el pacient t'està dient "em vull morir", "em vull matar..", se valora la possibilitat d'ingrés. Clar, lo primer que prima es la contenció. La contenció es un ingrès total, sí en el pre ingrès és més o menys una ideació però no estructurada pues mira cap a dins, si ve cap a la convivència i a les entrevistes d'ingrés que son unes entrevistes que duren 21 dies abans d'arribar a la convivència el pacient verbalitza ideació suïcida no estructurada, el referent ho aniria valorant. Però si es estructurada pues també, tornes a valorar la possibilitat d'ingrés total.

Durant tot aquest temps hi ha un reajust farmacològic, a vegades es comença en un fàrmac perquè moltes vegades aquesta ideació i verbalització és per una simptomatologia depressiva, però els nens adolescents depressius no verbalitzen ni estan tristos ni res, estan hipercinètics, trenquen coses, tiren coses pels balcons, i això és una depressió en l'adolescència, i no diuen vull morir, no, diuen , te vull matar, vull dir, vull pegar-li una ostia a aquell tio i a vegades al revés eh. Vull dir, tenim una concepció de..., és erroni el estereotip de pacient depressiu dels anys manicomnials, de les pelis..., no això no. En l'adolescència és una mica diferent igual que la fàrmaco és diferent. Tu veus una recepta electrònica i veus fluoxetina, fluoxetina a dosis mínimes es un antidepressiu, que fins la segona o tercera semana no està en sang, que fa infermeria?, treballar molt que no hi hagi complement farmacològic i que fa molt el adolescent incompliment farmacològic perquè?, jolines tio ara damunt em donaras medicació i no podré prendre tòxics ni alcohol. Allavorens, infermeria detecta, treballa la adherència al fàrmac, el complement farmacològic i veus com va canviant i es va estabilitzant aquella simptomatologia. Aquella simptomatologia, que a vegades no verbalitza tot això i quan millora simptomatològicament parla, i a vegades dona més por, perquè a llavors ja si que comença a dir, però clar a llavors ja ve el tema de la punta de l'iceberg, lo que estem veient i com comença a profunditzar i ja comença el tema

abusos, maltractaments, o tot el que pot comportar una negligència. Llavors la infermeria es una de les figures més potents en identificar, acompanyar i buscar ajuda en el referent, treballar en un equip, per exemple jo mitjançant les autolesions, conducta no suïcida, que estic fent cada setmana la revisió i la cura i jo li dic a la nena ai molt bé, nem a fer esta cura, vols passar al següent nivell?, que es treure la cicatriu queloide?, si ens diu que no, és perquè són les seves medalles. Etapa 1, quan ja sí, quan ja es vol treure les seves medalles, és que ja ha fet un treball terapèutic. Vull dir, és que és xulo perquè és molt dinàmic, és una feina molt dinàmica.

Marta: Però al centre on estas, ho teniu com protocolitzat el seguiment aquest, osigui, teniu una guia on dieu vale, identifiquem i després...

Informant 2: Clar, clar, és com quan per exemple tens, si es una ideació suïcida, estructurada es que no hi ha opció a parcial ni externa, es ingrès, perquè els estudis determinen que una persona que es vol matar té que ingressar a un hospital psiquiàtric per començar incisivament medicació i tractament terapèutic químic i parlar i el que faci falta o en aquell moment no, però la contenció els salvarà la vida, perquè igual que lo que tu faries en una RCP, no li diras ee.."cuando le va bien a usted entrar al quirófano para la hemorragia masiva que tiene, es que ahora no me va bien ee, porque la hemorragia masiva pues bueno, esque ahora no me va muy bien..", vamos es que no te lo vas ni a plantear, el trauma dirà, venga tira pa dentro niño que ya esta, esto es lo que hay.

Ingrid: Per tant quan hi ha una estructura en la ideació suïcida es un ingrès.

Informant 2: Si, si clar, és un ingrès. Per això la importància si la detectes a urgències, que vagi algú a valorar, perquè igual va a valorar i no es estructurada, es "bueno lo he dicho porque mi madre me estaba puteando y entonces yo quería salir y ella no me dejaba salir, porque soy consumidor de cannabis y me tiro el cannabis a la basura". Clar per això la importància després de fer, un parar, donar un relaxant muscular, un ansiolític i que algú faci la pregunta adequada, que seria el psiquiatra de interconsultes, que té que baixar a urgències a valorar la ideació suïcida.

Marta: Vale, i creus que està, tu que has treballat en diferents àmbits i tal, tu creus que està realment igualment estructurat l'abordatge en unes urgències com en en el lloc on estàs treballant ?

Informant 2: Jo crec que sí, que la gent està bastant ee.., mira resulta que hi ha un codi risc suïcidi, que s'activa. Actualment, el servei català de la salut, ha fet que tota la xarxa estigui comunicada però clar no funciona el HC3, l'altre te ECAP, l'altre té nose que, bueno però amb el futur, anirem tots en una única història clínica. (Silenci.) Però igualment, jo crec que de portes, tothom qui estigui en unes portes, eeee, sap que hi ha aquest codi, ho sap, i l'activarà o no l'activarà, perquè esque clar de vegades ja t'ho dic eh, a vegades sembla la primera triada que sí, però amb l'anamnesis següent pues vas fent un check list, i al final es queda en res, es queda en un bueno, "es que no quería ir a l'examen mañana..." o "me ha dejado mi novio..", clar és que avere, jo confio eh, amb els metges de portes que donen l'informe d'alta últim, que estan segurs de que no està en una ideació suïcida estructurada. I sempre activen que vagin al pere mata, a urgències o al CSMIJ o al CSMA i ho fan bastant bé ee...., jo crec que ho estan fent bastant bé, jo crec que el que ens falta, es informació de l'abordatge, quan entra per porta, que infermeria entri en un box, que dic que no dic, hi ha que controlar els gestos, les mirades, la postura, el sentir-se prop però sense envair... A ginecologia per exemple, segons el gine que tinguis pues lo mateix a tot arreu, segons en qui estiguis faràs.

Ingrid: Aleshores segons la experiència personal, en l'abordatge en un adolescent que presenta risc suïcidi, quin és el major repte que tu et trobes en el moment d'abordar en aquest adolescent.

Informant 2: Vale, mira, lo primer es seguretat, seguretat per tu i pels altres, i sempre portes tancades, que no surti corrents, que no s'autolesioni, fent-se molt de mal. A llavors que passa, que quan tenen una idea fixa i realment és finalista, si estas en un box d'urgències tens molt de risc de la fuga, llavors si infermeria detecta això, té que activar el risc de fuga. Seguretat per tu, seguretat per ells, seguretat per la resta, demanar ajuda sempre, una persona sola no podrà, detectes demanes ajuda. Fiqueu-la en un box que es pugui tancar, que no sigui una cortina i pugui sortir corrents per la porta super ràpid, vull dir més cap a dins, si estas a portas i tens el de paros pues vesten a paros o bueno on puguis, però també a la vegada que no estigui tota la instrumentalització. O sigui és que és ampli, mira es que naltres fem, me'n vai a infermeria, infermeria retiro tot el que sigui, objectes que puguin ser objectes per poder-se fer mal a ell o a nosaltres, ho retiro, l'acompanyo, el poso en contenció ambiental, baixo estímuls, baixo llums, fico llum ambient i començo a fer, tècniques de maneig de l'ansietat i li dic, tu ee, que m'he inventat yo, pues jo fico, un guant ple d'aigua i li dic ves aprentat això, venga agafa aire en dos, solta en quatre, i començo a fer totes les tècniques que puc si et deixa. I ja estic intentant pensar en el primer fàrmac de rescat de ansiolític. Sempre, normalment hi han diferents fàrmacs de rescat, el primer

diazepam, dos, olanzapina tal, pues tu ja tens que estar clin, clin, clin, es ambiental, fàrmac, retirant, és tot com la RCP igual, respiratori, cardiac, tal, pues allí igual, es ambiental, persona, gent, tal, portes, es un ball al final.

Ingrid: Osigui diries que, un dels reptes alhora d'intervenir es el control de la situació?

Informant 2: Sí, si, el control de la situació l'abordatge, primer el control, segon l'abordatge, i a la vegada control i abordatge. Es que al final, lo que em deia el company no?, al final infermeria és qui més domina la crisis, es la que més eines té, me diu "yo no creo que lo que sabes o lo bien que lo haces, creo que tienes un don", com un altre professional creu que es un don, aquella experiència, aquella, bagatge que tens, a una altra persona li pot semblar un don, un don es un poc més, però clar des de fora es como... (silenci).

Marta: A nivell de formació i preparació, vas rebre alguna formació específica sobre com abordar, les intervencions en cas del suïcidi adolescent?

Informant 2: Sí, si,si, durant la especialització si, clar.

Marta: Durant la especialització, pero abans o el servei t'ha proporcionat o ha corregut al teu càrrec?

Informant 2: Jo he treballat a urgències a joan XXIII i allí m'han llençat una mascareta a la cara i m'han escopit, m'han pegat, clar, jo he nat a fer una sobredosis, i la naloxona m'ha fotut una ostia a mi que passava per allí, vull dir no, no m'han ensenyat, ni m'han acompanyat, ni me haa..., osigui tu, acabes la carrera i te diuen venga guapa toda la planta pa ti, i jasta, i ja t'apanyaras. Llavors infermeria lo que sí que té, o bueno o jo crec que molta gent que conec és això no? és com a.., que necessites i jo meu busco, creixo, i creixo a nivell també d'estudiar no?, i estudiar molt, i màster i això i allò i bueno molts cursos i postgraus i molta formació.

Ingrid: I a nivell personal, creus que t'ha afectat en algun àmbit el treball amb adolescents amb ideació suïcida, creus que t'ha afectat en algun aspecte personal de tu?

Informant 2: Avere, com sempre dic, que cada vegada que passa més temps, treballar amb trauma, es actualment, ja s'està estudiant, hi ha un trauma que es diu trauma vicari que es un trauma que pateix la gent que treballa a primera línia. Des del covid, estan parlant de per..., jo cada vegada tinc més clar que per treballar amb trauma, te tens que treballar el

trauma. Eee, si clar, clar, jo he tingut, situacions molt bèsties, bueno imagineu-vos, una nena de 17 anys que porta des dels 10 anys que son germà la violava, la familiar va tenir que denunciar, la nena tenia una tricotilomania, va venir en un gorro i sense cabells, vai haver de demanar permís per a que em deixes veure per cuidar-la..., d'aquí a moltes sessions, moltes sessions, a escriure jo una carta pel germà a la presó no? I quan parlava la nena, es que et penetra , es que es una cosa.. i com a treballat.., i a vegades sol pots acompanyar i no sanar perquè ostia a vegades yaa, son molts anys de teràpia i hi ha gent que està molt trencada però bueno, avere pues si, te tens que treballar tu molt després, molt, moltíssim, però bueno yo crec que la vida...

Marta: Pues sii..., quines àrees consideres que necessiten ser millorades en la formació del personal d'infermeria en relació en el suïcidi adolescent.

Informant 2: Eeeee, la detecció precoç i que sapigui la gent, que la gent, i que tots els professionals i sobretot infermeria, té que saber que la gent que es vol suïcidar no te dirà "hola, me vull suïcidar". (SILENCI). Aquest et parlarà, a l'escola parlen, sense menjar, no se si heu vist la serie adolescencia, pero bueno total, que està molt bé que el bullying, detecció precoç, activem el protocol i jasta, i si veus una cria tota tallada pues activa, i si veus que una cria a perdut més de deu quilos URTA i si veus una nena que se te desmaya fent gimnasia... i coses d'aquestes.

Ingrid: Aleshores segons el teu pensament, quins son els factors socials o familiars que influeixen més en el risc de suïcidi adolescent, és a dir, quins factors tu consideres que tenen més relació en una posterior ideació suïcida en un adolescent.

Informant 2: Nooo, esque mira, saps el que passa?, que hi ha vegades que l'adolescent, eee, hi ha molts adolescents que son molt nihilistes i sempre parlen amb el codi de "ojalà me muriera, vaya mierda, para estar aquí pues vaya mierda..", clar, saps el que passa que un futur tan incert, tot es tan difícil, per ser algú tens que ser, eee, una societat de tot super la perfecció, eem, es molt difícil ser cognitivament, tenir un IC (coeficient intel·lectual) normalet, el ser pobre, imagineu-vos saps?, llavors es, "pues vaya mierda, yo no quiero ser así, si no tienes una belleza...", llavors clar, que arribin ha estar bé amb ells, ja d'adolescent ja no, sinó que imaginat que son pare o sa mare els hi diuen "son tonterias, estas cargado de tonterias, en mi epoca con dos ostias se te quitaban las tonterias". Llavors bueno, es que..., es difícil ee, la ideació suïcida, ee, no és que algú et digui "hola, muy buenos días", es que no es vulgui aixecar d'un llit, és que no vulgui anar a una escola durant un any, es que perdi deu quilos de pes, és que faci conductes estranyes, es que no vulgui sortir d'una

habitació, això és una conducta que t'està dient algo, mai te dirà un nen ai me quiero morir, es molt difícil.

Ingrid: Creus que en la societat en la que s'estan desenvolupant els adolescents d'avui en dia, hi han hagut molts factors que estan com agreujant la situació com pot ser xarxes socials, lo que has dit tu del perfeccionisme, osigui creus que tot això està fent que hi hagi un augment d'aquests casos?

Informant 2: Totalment, totalment. Antigament el metge el fill del metge era metge, el fill de l'advocat tal, també. Però ara els deixen pensar, pero tu que vols ser?, i tu que vols fer?, jo sol vull que siguis feliç fill meu, el meu objectiu en la vida és la teva felicitat. Osigui esque clar, el nen., els inputs d'instagram, els inputs de la seva casa, que me estas contando no?., tot es un kaos. I després que cada vegada més està estudiant el cervell, la neurobiologia, El cervell madura fins els 25/27 anys, la poda neuronal, cada vegada veiem això, no veiem que queda bé una poda neuronal para que es quedi per a després necesites fer la teva etapa adulta, però clar si prens tòxics, mare meva que et quedes fatal, i clar i sumes coses i bueno es que és molt complexe, son molts anys de tot això i no se com ajudar-vos més així..

Ingrid: I creus que s'haurien d'implementar alguns canvis o millores per la intervenció en els adolescents amb el risc de suïcidi?

Informant 2: Com a guia d'intervenció?

Ingrid: Com a nivell d'intervenció, si.

Informant 2: Home jo crec que hi ha guia d'intervenció suïcidi a l'escola, a l'aula, al codi risc suïcidi a pediatria. Jo crec que com a guia d'actuació, jo crec que està escrit i que existeix, lo que tindriem que interioritzar nosaltres la guia d'intervenció, la guia de detecció, la guia de vengua va que passa, que mira us tinc que dir que l'amor, parlar de l'amor a ningú li agrada i la gent no està preparada, i la gent no està preparada per anar a treballar a la neo pediàtrica , a veure a nens oncològics pediàtrics, perquè dona molta por l'acompanyament a la mort. A llavors la mort, que es un cicle, imagineu-vos que algú vol morir, és anar contra natura, el voler matar-me, ningú està preparat per escoltar això, ni un pare, ni un profe, ni ningú, ni el nen ho dirà. Però es que el suïcidi, no es algo fàcil de parlar, no es algo que estem, vengua va carinyo, sentat aquí, però tampoc un pediatra i tampoc un metge de portes.., és molt

difícil i dona molta por. A llavors, l'important és no tocar molt, identificar i enviar al següent nivell, que ja estem nosaltres.

Ingrid: Pel que m'acabes de dir, creus que està com a molt estigmatitzat tot el tema del suïcidi adolescent i ja en general, però parlant de l'adolescent encara més? Creus que hi ha una estigmatització molt gran pel fet de que a lo millor, no es pren tan enserio la paraula d'un adolescent, com la que pot ser la d'un adult de 50 anys que verbalitza que es vol suïcidar?

Informant 2: Lo que passa es que, us ho torno a dir, el suïcidi adolescent, és consumat perquè no avisa. Perquè un adolescent, el cervell d'aquests es dopaminèrgic i la recompensa immediata té que ser ja, i se li escapa de les mans, i prenen fàrmacs a dosis altíssimes, les precipitacions son gravíssimes, no medeixen. En canvi, l'adult medeix, que qui es vol matar es mata ee, però l'adolescent no medeix , igual que es puja a una moto i no medeix, pues lo mateix, llavors és més de risc. Un adolescent és més de risc.

Marta: I quina prevalença creus que té, és major en nenes que en nens ?

Informant 2: Fins al covid en nens, després del covid en nenes, ha hagut un canvi de gènere.

Marta: I a que creus que es deu això?

Informant 2: Bueno doncs, una mica una altra vegada tornem a tema de xarxes socials, cada vegada a augmentat el matxisme, a augmentat les relacions tòxiques, a augmentat l'empoderament però masculí, a augmentat les relacions de poder, es que sembla que com més hem avançat i no no...es una pasada. Estem a una era difícil ee, molt difícil, per les nenes els nens i per tot.

Marta: I així tornant a lo d'abans, creus que existeix una coordinació òptima entre els diferents serveis de salut, en la gestió dels casos del suïcidi adolescent, es a dir si per exemple creus que és òptim el servei que es dona en les urgències o en una atenció primària, es a dir si hi ha una bona cohesió.

Informant 2: Jo crec que sí, que funciona molt bé, es detecta i s'activa i sí, jo crec que si. Bueno de fet en la provincia de Tarragona no hi ha tants suïcidis. Jo crec que si, Catalunya bastant bé ee, funciona bastant bé.

Marta: I a nivell de canvis, diries que seria necessari per exemple a un hospital de referència afegir un nou, és a dir, per exemple com està el codi IAM que segueix un circuit, aplicar el codi de risc suïcidi i tenir un circuit per a poguer atendre immediatament en aquell mateix moment al pacient.

Informant 2: Quin és el del IAM?, el de vascular?

Marta: Sí, es el codi infart agut de miocardi.

Informant 2: Jo crec que si existeix i es el del codi risc suïcidi, actives i se'n va al pere mata a urgències.

Marta: Però, creus que no haurie d'haver per exemple, parlo d'aquí al joan XXIII perquè és on tinc més recent jo ara, però hi ha una única psiquiatra per a tot el centre , no creus que haurie d'haver més psiquiatres i poder fer un abordatge inicial allí per després la posterior derivació?

Informant 2: Jaa, però es que no es podrà fer ee, perquè lo prioritari es ingressar en una unitat específica. La mesura es detecció i ingrés i ho estan fent ee. Detecten i cap al Pere Mata i ingrés. I si no hi ha ingrés a planta a box. Ho estan fent bastant bé ee. Si es detecta ho fan, ara l'altra cosa es que vagi a un C.A.P i nose que i se perdi pel camí però normalment penso que estan fent bona feina i ho fan molt ràpid.

Sobretot dir-li a la gent que no es una tonteria, que no minimitzin, que és una vida i que cap a on tingui que anar i que no son "xorrades". **Un gest, es un gest i pot acabar en una temptativa.**

Marta: I per últim, creus que els infermers de triatge estan suficientment preparats per abordar una situació d'aquest calibre?

Informant 2: Jo crec que si.

Marta: Jo crec que al final urgències és molt general no?, osigui saps de tot per a la vegada no aprofundites del tot en un àmbit, així com si estàs per exemple en un hospital infanto-juvenil que és més especialitzat en salut mental, a urgències no tens una especialitat com a tal, no creus que haurien de rebre per part del centre algun tipus d'ajuda per poder

abordar i per altra banda per ser abordats ells mateixos, és a dir que tinguin opció a tenir un servei per la gestió emocional, perquè al final es algo que carrega no?

Informant 2: Jo crec que urgències, jo es que he estat molts anys a urgències i prima la vida i el pacient d'urgències no està per parlar . El que s'ha de fer és un bon acompanyament, tampoc pots tocar molt, i primer tens que establitzar, quan la persona ja ha fet un gest autolític amb una ingesta medicamentosa, rentat d'estómac jasta no?, arriba i bon dia i no dir venga tira pa alla que... tu has d'anar amb carinyo i delicadesa. **S'ha d'aprendre a no fer judici i a acompanyar.**

Ingrid: Bueno doncs, per la nostra part , ja està i moltíssimes gràcies per l'entrevista.

Marta: Moltes gràcies.