

Elena Juanós Álvarez

PROPUESTA DE PROYECTO.

**INFLUENCIA DE LAS ACTITUDES Y PERCEPCIONES DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN
PRIMARIA EN LA EVALUACIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA: UN ESTUDIO
CUALITATIVO**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

dirigido por Dra. Georgina Casanova Garrigós

Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

Tarragona

2022

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

Alfonsina Storni

RESUMEN

Según los datos del INE, el año 2020, murieron a consecuencia del suicidio 3.941 personas en España, 556 de las cuales residían en Cataluña. Estas cifras evidencian un problema de salud pública, tanto en relación con una posible deficiente evaluación y abordaje de la conducta suicida, como en la prevención de esta. Y es que se considera que la enfermería es quien tiene más oportunidades de identificar e intervenir en los pacientes con conducta suicida, no obstante, la existencia de una serie de barreras, que influyen en las percepciones y actitudes de las enfermeras hacia la conducta suicida, parecen interferir en la evaluación y abordaje de estos usuarios.

Así, con el objetivo de explorar la influencia de las actitudes y percepciones hacia la conducta suicida, de las enfermeras de atención primaria de las *Terres de l'Ebre*, en la evaluación y abordaje de esta, se plantea el presente proyecto, un estudio cualitativo, posicionado en el paradigma naturalista y que parte de un enfoque fenomenológico. Para ello, la recogida de datos se llevará a cabo mediante grupos de discusión y el diario de campo, los cuales serán transcritos y analizados simultáneamente y siguiendo un modelo de análisis temático con el soporte del *software ATLAS.ti*.

Con esto, se espera poder identificar cuáles son las actitudes y percepciones del colectivo enfermero de atención primaria de las *Terres de l'Ebre*, cómo estas influyen en la evaluación y abordaje de la conducta suicida y, finalmente, identificar las potencialidades y limitaciones con el fin de poder observar qué aspectos hay que mantener y cuáles mejorar. Estos resultados podrán servir para plantear futuras líneas de investigación con el objetivo de adecuar las condiciones de trabajo y promover formaciones o protocolos que mejoren los cuidados de enfermería proporcionados a los usuarios con conducta suicida.

Palabras clave: Suicidio, Conducta suicida, Enfermeros/as, Enfermería, Percepción, Actitud, Investigación cualitativa.

ABSTRACT

According to INE, in 2020, 3941 people committed suicide in Spain, 556 of whom lived in Catalonia. These figures highlight a public health issue, both in relation to a possible lacking assessment to suicidal behaviour and approach to it, as well as in its prevention. It is considered that nurses have the most opportunities to identify and intervene when it comes to patients with suicidal behaviour. However, the existence of a set of barriers, which influence nurses' perceptions and attitudes towards suicidal behaviour, seem to interfere in the assessment and management of these users.

Thus, with the aim of exploring the influence of the attitudes and perceptions towards suicidal behaviour of primary care nurses in *Terres de l'Ebre* on the assessment of this behaviour and its approach, this paper is a qualitative study, positioned in the naturalistic paradigm and based on a phenomenological approach. To this end, data collection will be carried out through discussion groups and the field journal, which will be transcribed and analysed simultaneously and following a thematic analysis model with the support of the *ATLAS.ti* software.

The objective to be achieved with this is to identify the attitudes and perceptions of primary care nurses in *Terres de l'Ebre*, how these influence the assessment of suicidal behaviour and its approach, and, finally, to identify the potential and limitations in order to be able to observe which aspects need to be conserved and which need to be improved. These results may serve to propose future lines of research with the aim of adapting working conditions and promoting trainings, as well as protocols, to improve the nursing care provided to users with suicidal behaviour.

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

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. JUSTIFICACIÓN	8
2. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO	10
2.1. La conducta suicida	10
2.1.1. Factores de riesgo	11
2.1.2. Factores protectores	12
2.2. Evaluación y abordaje de la conducta suicida desde enfermería.....	13
2.3. Dificultades y necesidades en la evaluación y abordaje de la conducta suicida desde enfermería: Teoría de los cuidados de K.M. Swanson.....	16
3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANTECEDENTES	19
3.1. Revisión bibliográfica	19
3.1.1 Diagrama de flujo	23
3.2. Antecedentes y estado actual del tema	24
4. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO	27
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	28
6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	28
6.1. Objetivos	28
6.2. Hipótesis.....	28
7. MÉTODO	29
7.1. Diseño, metodología y justificación	29
7.2. Población y muestra.....	29
7.3. Variables.....	30
7.4. Instrumentos de recogida y análisis de datos	30
8. ASPECTOS ÉTICOS	33
9. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	34
11. BIBLIOGRAFÍA	36

12. CRONOGRAMA	43
13. PRESUPUESTO.....	44
14. ANEXOS.....	45

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Estrategia de búsqueda	20
Tabla 2: Ecuaciones de búsqueda según base de datos.....	21
Tabla 3: Filtros aplicados según base de datos	21
Figura 1. Cronograma	43
Tabla 4. Presupuesto	44

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: CASPe.....	45
Anexo 2: Tabla de resultados	46
Anexo 3: Operacionalización de variables.....	51
Anexo 4: Equipos de Atención Primaria de las <i>Terres de l'Ebre</i>	52
Anexo 5: Hoja de información	53
Anexo 6: Consentimiento informado	55

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ABS	Área Básica de Salud
AP	Atención primaria
CRS	<i>Codi Risc Suïcidi</i>
CSM	Centro de Salud Mental
EAP	Equipo de Atención Primaria
FP	Factor protector
FR	Factor de riesgo
ICS	<i>Institut Català de la Salut</i>
INE	Instituto Nacional de Estadística
IP	Investigadora principal
MINI	<i>International Neuropsychiatric Interview</i>
MSSI	<i>Modified Scale for Suicide Ideation</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
SIS	Escala de intencionalidad suicida de Beck
SISCAT	<i>Sistema Sanitari Integral d'utilització pública de Catalunya</i>
SM	Salud Mental
SSI	Escala de ideación suicida de Beck

1. JUSTIFICACIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el año 2020, murieron a consecuencia del suicidio 3.941 personas en España, 556 de las cuales residían en Cataluña, siendo la segunda comunidad autónoma con más defunciones por suicidio a escala nacional. Más aun, los datos epidemiológicos muestran cómo, año tras año, el número de muertes por suicidio va aumentando, siendo, en Cataluña, 535 el número de casos en 2019 y 522 en 2018 (1). Por lo tanto, de acuerdo con estas cifras, nos encontramos ante un problema de salud pública, tanto en relación con una posible deficiente evaluación y abordaje de la conducta suicida, como en la prevención de esta.

Y es que, socialmente, a aquellas personas que cometen suicidio, a menudo se les asocian adjetivos y pensamientos como que son egoístas, débiles emocionales o que buscan llamar la atención. A raíz de esto, nace el estigma y varias actitudes que discriminan y tienen una relevante repercusión hacia los/las supervivientes del suicidio y sus familias, que en caso de la pérdida del ser querido tampoco la viven como si fuera una muerte natural o por otra causa (2).

De esta manera, si nos centramos en el ámbito enfermero, se considera que la profesión es quien tiene más oportunidades de identificar e intervenir en los/las pacientes con conducta suicida (2) y que la participación eficaz de los profesionales de atención primaria en la prevención del suicidio es una estrategia clave (3). No obstante, una publicación de *The Online Journal of Issues in Nursing* (4) afirma que aquellos que cometieron suicidio habían visitado un profesional de la salud un mes antes de llevarlo a cabo, pero que la poca o nula formación y la existencia de una serie de barreras psicosociales, descritas como emociones, valores y juicios, interfirieron en su evaluación y abordaje (4).

Dicho esto, se ha observado que la atención proporcionada a la persona con conducta suicida, a menudo, está ausente de cuidados humanizados (5) como consecuencia, entre otras cosas, de una actitud negativa por parte del/la profesional, el cual percibe y basa los cuidados en experiencias personales, creencias y en el sentido común (6) o que atiende la persona en contra de su voluntad (7). Más aun, en esta línea, cabe destacar que la influencia de los valores psicosociales se ve más acentuada en algunos países que

en otros, pues en aquellos donde la religión está más arraigada o el estigma asociado a la salud mental es más fuerte, la percepción de la conducta suicida está estrechamente relacionada con la moral, lo que se traduce, durante la atención del/a paciente, en una clara actitud de juicio que busca culpabilizar a la persona (8–10).

Asimismo, en contraposición de los/las enfermeros/as de salud mental, que demuestran una actitud propicia y basada en la empatía a la hora de prestar los cuidados a una persona con conducta suicida (11), la mayoría de los/las sanitarios/as, llevan a cabo una división entre las partes del ser biopsicosocial y basan la atención sanitaria en los cuidados físicos, explorando superficialmente la parte psicosocial (6). Esto, dejando aparte la influencia de los aspectos psicosociales, se debe, por una parte, a la falta de formación y capacitación para el abordaje y, por la otra, a que, según algunos/as profesionales, la red de salud lleva a la remisión de la persona a los servicios de salud mental (12).

Al respecto de lo anterior, cabe destacar los resultados del estudio de Solin et al. (13), donde, mediante una formación en prevención del suicidio para profesionales de atención primaria, se demostró el aumento de la competencia autopercebida de los participantes en todas las áreas cubiertas por el curso (13). No obstante, otro artículo publicado en la revista *PLoS ONE* (3), recalca que, aunque educar a los/las profesionales en la prevención del suicidio parece beneficioso, la prevención eficaz de la conducta suicida también requiere una mejor relación entre los servicios de salud mental y la atención primaria (3).

Finalmente, cabe enfatizar que, por lo que se refiere al ámbito autonómico o estatal, no se ha encontrado ningún estudio que analice cuáles son las actitudes y percepciones de los/as enfermeros/as hacia la conducta suicida y si estas interfieren en la atención sanitaria proporcionada. Así pues, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Las actitudes y percepciones hacia la conducta suicida de los/las enfermeros/as de atención primaria de las *Terres de l'Ebre* influyen en la evaluación y abordaje de esta?

* A lo largo de la presente trabajo se apuesta por el lenguaje inclusivo. Por este motivo, las palabras “enfermera/as”, “profesional/es”, “usuario/s”, “paciente/s”, “participantes” o “sujetos” se refieren tanto al sexo masculino como femenino, independientemente de no estar especificado en todas las ocasiones.

2. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

2.1. La conducta suicida

La nomenclatura en el ámbito de la conducta suicida es inevitablemente confusa, a menudo falta la clara voluntad de matarse y otras veces el acto no conduce a la muerte. Así pues, el concepto de conducta suicida incluye todos aquellos comportamientos que van desde la ideación suicida, donde la persona tiene pensamientos y cogniciones sobre el suicidio (14), hasta el suicidio consumado, pasando por los planes suicidas y las tentativas (15).

Dicho esto, el suicidio, llamado también autolisis, es el acto voluntario mediante el cual la persona pone fin a su existencia (16) con la finalidad de aliviar el dolor, que cree que no cederá, y considerando la muerte como la única solución (17). Más aun, cabe considerar la existencia de unos criterios operativos definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- Es un acto con resultado letal.
- Deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto.
- Sabiendo o esperando el resultado letal.
- La muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social (14).

Si este no llega a consumarse, se habla de un intento de suicidio, entendido como la maniobra realizada con fines suicidas, pero que no culmina con la muerte del sujeto (18). Asimismo, este último término se utiliza en varias ocasiones, de forma errónea, como si fuera sinónimo de parasuicidio, el cual puede ser definido como el acto dañino contra uno mismo que aparenta suicidio pero sin la determinación de morir (19). En estos casos, la persona lleva a cabo comportamientos autolesivos que ponen en riesgo la vida pero que no causan la muerte intencionada (15), es una forma de pedir ayuda.

En relación con la epidemiología, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el año 2020, murieron a consecuencia del suicidio 3.941 personas en España, 556 de las cuales residían en Cataluña, siendo la segunda comunidad autónoma con más defunciones por suicidio a escala nacional. Más aun, los datos epidemiológicos muestran cómo, año tras

año, el número de muertes por suicidio va aumentando, siendo en Cataluña, 535 el número de casos en 2019 y 522 en 2018 (1). Por lo tanto, de acuerdo con estas cifras, no encontramos ante un problema de salud pública, tanto en relación con una posible deficiente evaluación y abordaje de la conducta suicida, como en la prevención de esta.

En esta línea, cabe destacar que la estigmatización y el tabú existente en muchas sociedades, sobre todo la que se crea entorno a los trastornos mentales y el suicidio, así como la falta de sensibilización sobre la importancia que reviste el suicidio como problema para la salud pública, son causantes de que la prevención del suicidio no se haya o se esté abordando debidamente (20). Por este motivo, el pasado 2014, la OMS adoptó un plan de acción en el ámbito de la salud mental (SM), llamado *Prevención del Suicidio: un imperativo global* (21), en el que se incluyó la prevención del suicidio, partiendo de la premisa de que no hay una explicación única del porqué las personas se suicidan, por esto, el punto de partida fue describir los distintos factores de riesgo (FR) y factores protectores (FP) que justifican las distintas estrategias de prevención (21).

2.1.1. Factores de riesgo

Los FR para la conducta suicida suelen actuar de forma acumulativa, en el sentido que aquella persona vulnerable de desarrollar este comportamiento acostumbra a presentar más de un factor (21). Dicho esto, los FR pueden clasificarse en tres categorías: los relacionados con el sistema de salud y la sociedad, los vinculados al ámbito comunitario y las relaciones y los de carácter individual.

En primer lugar, en relación con los FR relacionados con el sistema de salud y la sociedad se encuentran, principalmente, las barreras para obtener acceso a la atención sanitaria necesaria (21) y la estigmatización de aquellos que buscan ayuda por ideas suicidas, problemas de SM y/o abuso de sustancias (14). A parte, también es influyente la notificación inapropiada de los casos por parte de los medios de difusión (21).

En segundo lugar, los FR vinculados a la comunidad y a las relaciones son aquellos que hacen referencia a la situación socioeconómica del país, las guerras y desastres, la cultura, las oportunidades para estudiar, la presencia de discriminación, aislamiento y violencia y la aceptación, el estigma o la ilegalidad del comportamiento suicida (22). Asimismo, son también contribuyentes la falta de apoyo social y los conflictos en las

relaciones, disputas o pérdidas (14). A parte, es muy influyente la disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse, la cual podría ser un aspecto clave para la prevención si estos fueran restringidos, teniendo en cuenta que la ingesta de plaguicidas, colgarse y el uso de armas de fuego son los métodos más utilizados (21).

En tercer lugar, dentro de los FR de carácter individual se pueden englobar factores biológicos como el sexo, teniendo presente que se suicidan tres veces más hombres que mujeres en los países ricos, y la edad, situando las tasas más elevadas de suicidio entre las personas de 70 años y remarcando que es la segunda causa principal de muerte dentro del grupo de 15 a 29 años (21). También se incluyen los factores genéticos que predisponen a enfermedades de SM o que determinan la agresividad e impulsividad de la persona (14), así como la inestabilidad financiera a causa, por ejemplo, de la pérdida del trabajo (22).

A parte, dentro de esta categoría cabe remarcar la presencia de comorbilidad por enfermedades de SM, como puede ser la depresión, la esquizofrenia o trastornos de personalidad, y de enfermedades somáticas que causan discapacidad y/o dolor crónico, como pueden ser la fibromialgia o el cáncer avanzado, o de enfermedades estigmatizadas socialmente, por ejemplo, el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida. Finalmente, como principales FR dentro de esta categoría se encuentran los intentos de suicidio previos, siendo el factor más influyente, y los antecedentes familiares con esta conducta (21).

2.1.2. Factores protectores

Los FP son aquellos que disminuyen la probabilidad de que una persona sufra un trastorno mental y, con este, una conducta suicida, mediante la reducción a la exposición al riesgo o la atenuación de los efectos de los FR. Igual que los factores descritos en el apartado anterior, se pueden dividir en categorías según si hablamos del sistema sanitario, de la comunidad o a escala individual o familiar (22).

Por un lado, por lo que se refiere al sistema de salud cabe remarcar la importancia de la formación del personal de atención primaria (AP) para que identifique y preste atención a las personas que se encuentren en situación de riesgo y, sobre todo, a aquellas que sufran trastornos emocionales. Además, las organizaciones deben basarse en las

necesidades de las personas, siendo a la vez proactivas y promotoras de la responsabilidad social por la SM de la población (22).

Por el otro lado, en el ámbito comunitario es esencial la oferta de oportunidades educativas y profesionales, así como para el desarrollo económico sostenido. A parte, es importante que haya redes de apoyo social, sobre todo para aquellas personas y familias con necesidades especiales, y que el entorno esté libre de riesgos: libre de violencia, sin uso de drogas dentro de las posibilidades y con baja contaminación ambiental (22).

Por último, a escala individual es indispensable la promoción de los hábitos saludables, como el ejercicio físico, la alimentación y el sueño, entre otros, y de la salud mental positiva incidiendo en la autoestima, el manejo del estrés, la capacidad de resolver problemas, incluida la capacidad de buscar ayuda, y la fijación de metas profesionales y de proyectos de vida. A parte, en referencia a la familia, es importante la estabilidad y la coherencia del núcleo familiar, el refuerzo positivo y el apoyo para conseguir las metas, y el establecimiento de límites sociales apropiados de conducta para evitar la violencia e incrementar la resiliencia (22).

Del mismo modo, es muy importante el establecimiento y mantenimiento de relaciones personales sólidas, las cuales pueden actuar aumentando la capacidad de recuperación y pueden suponer una fuente de apoyo social, emocional y financiero, atenuando la repercusión de factores externos. Asimismo, las creencias religiosas y espirituales, de forma cauta, pueden proporcionar un sistema estructurado de creencias y promover un comportamiento físico y mentalmente sano, a la vez que proporcionan acceso a una comunidad socialmente cohesiva. No obstante, estas últimas, pueden contribuir al estigma asociado al suicidio como consecuencia de la postura moral de algunas religiones hacia este (21).

2.2. Evaluación y abordaje de la conducta suicida desde enfermería

En referencia al ámbito enfermero, se considera que la profesión es quien tiene más oportunidades de identificar e intervenir en los pacientes con conducta suicida (2) y que la participación eficaz de los profesionales de atención primaria en la prevención del suicidio es una estrategia clave (3).

Dicho esto, el primer paso para llevar a cabo la evaluación de la conducta suicida es determinar el riesgo suicida. Este se define como la probabilidad de que una persona lleve a cabo un intento de poner fin a su vida y está compuesto por distintos factores, entre los que destaca la intención suicida, relacionada con la realización de un plan para morir con persistencia en el tiempo (23), así como la presencia de FR y FP que incrementen o reduzcan el riesgo.

Así pues, de entrada, la primera atención al usuario con conducta suicida se puede producir por una consulta espontánea, a demanda de la persona afectada, familiares o terceros, o en cualquier contacto asistencial que sugiera una depresión o afectación emocional después de una exploración o entrevista clínica por un servicio no especializado en SM (24). En este primer contacto, la evaluación del riesgo es fundamental para el manejo y la prevención de la conducta suicida y para establecer un nivel de riesgo, el cual será determinante para el posterior abordaje (25).

En esta línea, es necesario tener presente que, en Cataluña, el nivel se establece según el protocolo del *Codi Risc Suïcidi* (CRS) (24), pero que, de la misma manera, existen unos algoritmos de actuación incluidos en la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad (25). Y es que la estimación del riesgo es un proceso complejo, ya que actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o FR con poder predictivo, motivo por el cual, las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo son la entrevista clínica y las escalas de valoración (25).

De esta manera, en primer lugar, la entrevista clínica es el instrumento esencial para la valoración del riesgo de suicidio, ya que, además de ser útil para la evaluación psicopatológica y para la recogida de variables sociodemográficas, de los FR y de los FP que permitirán un abordaje integral del riesgo de suicidio, supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional y puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo (25).

En segundo lugar, las escalas de valoración suponen un apoyo o complemento para el juicio clínico, teniendo en cuenta que existe una gran variedad y que, cada una de ellas, será más o menos apropiada según el servicio. Así, por un lado, destacan la escala de ideación suicida de Beck (SSI) y la escala de intencionalidad suicida de Beck (SIS) como

escalas de referencia en los servicio de SM (25), y, por el otro lado, la *Internacional Neuropsychiatric Interview* (MINI), propuesta para la valoración del riesgo en el CRS del *Intitut Català de la Salut* (ICS) (24), la *Modified Scale for Suicide Ideation* (MSSI) y la *Plutchik Suicide Risk Scale* como las mejores opciones para los servicios de urgencias y AP, ya que el tiempo de aplicación es adecuado, las preguntas son sencillas y pueden ser aplicadas por cualquier profesional sanitario, independientemente del servicio (23).

A partir de aquí, una vez establecido el nivel de riesgo de suicidio y teniendo en cuenta que en el caso que el usuario presente un nivel alto de suicidio es necesaria una evaluación psiquiátrica, para determinar la opción terapéutica más adecuada, pudiendo ser el ingreso en una unidad de psiquiatría de agudos, el ingreso en un servicio no psiquiátrico, dependiendo del estado de salud, o bien dar el alta a domicilio con un seguimiento ambulatorio desde su Centro de Salud Mental (CSM) o equipo de AP de referencia (24), las intervenciones a realizar deberán basarse, principalmente, en dar seguimiento y apoyo emocional a la persona afectada y a su entorno (24).

Así pues, desde enfermería se debe poner en marcha un plan de cuidados, basado, principalmente, en el abordaje psicosocial, que debe enfocar las diferentes intervenciones en:

- Controlar la conducta autolesiva y suicida fomentando la confianza y evitando el riesgo de daño autoinfligido y, en caso de necesidad de hospitalización, establecer un dispositivo de vigilancia y seguridad que a los ojos del paciente suponga una ayuda y acompañamiento más que un control.
- Proporcionar conocimientos y habilidades para un mejor afrontamiento de las situaciones conflictivas, además de ofrecer apoyo emocional y reducir, en la medida de los posible, la ansiedad (17).

Más aun, es evidente la importancia de establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. De esta manera, se deben tener en cuenta cuatro principios con el fin de establecer una relación adecuada entre el profesional y el usuario:

- Realismo. En referencia al progreso relacionado con las intervenciones, es importante ver los éxitos desde un punto de vista positivo y evaluarlos dentro del contexto de la situación real de la persona.

- Perspectiva a largo plazo. Se deben plantear objetivos a conseguir en etapas sucesivas y entendiendo que las posibles recidivas son parte del proceso.
- Empatía y actitud positiva.
- Flexibilidad e intervención basada en la persona. Se debe partir de la premisa que el usuario es quien establece su agenda y sus tiempos de cambio. Desde esta perspectiva se consigue una mejor disposición del paciente a aceptar las distintas estrategias de intervención (26).

No obstante, a pesar de todo lo descrito, una publicación de *The Online Journal of Issues in Nursing* (4) afirma que aquellos que cometieron suicidio habían visitado un profesional de la salud un mes antes de llevarlo a cabo, pero que la existencia de una serie de barreras interfirieron en su evaluación y abordaje (4).

2.3. Dificultades y necesidades en la evaluación y abordaje de la conducta suicida desde enfermería: Teoría de los cuidados de K.M. Swanson

Teniendo en cuenta la Teoría de los cuidados de K.M. Swanson (27) y ante la evidencia de necesitar estrategias de detección e identificación que, a su vez, posibiliten la atención adecuada y continua a los usuarios con comportamiento suicida, cabe destacar cuales son las causas de la dificultad y la incapacitación de los profesionales de ejercer su papel ante estas situaciones (28).

Así pues, partiendo de las principales premisas de la teoría de Swanson, la enfermería se concibe como la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de otros, fundada por el conocimiento empírico de la enfermería y de disciplinas relacionadas, como el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores y expectativas personales y sociales (27).

En esta línea, de acuerdo con las variables que parecen estar relacionadas con la dificultad en la evaluación y abordaje de la conducta suicida, queda clara la falta de este conocimiento empírico y capacitación en SM del personal de enfermería, ya que, según las evidencias, a menudo, el sistema sanitario no cubre las necesidades de las personas que afrontan problemas psicosociales debido a la falta de formación para identificar los FR y actuar en situaciones precoces (28).

Más aun, estas disciplinas relacionadas, como la experiencia clínica y/o los valores y expectativas personales, frecuentemente, se convierten en una serie de barreras psicosociales que interfieren en la evaluación y abordaje de la conducta suicida. Estas están descritas por las enfermeras como emociones, experiencias personales, valores y juicios, las cuales se ven más acentuadas en los hospitales generales que psiquiátricos y que, a menudo, se demuestran con una actitud hostil y poco empática con estos pacientes (4).

A parte, cabe destacar, según la Teoría de los cuidados de Swanson, la estructura del cuidado, la cual está relacionada con la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión informada, la transmisión del mensaje, la acción terapéutica y los resultados esperados. Así, la estructura del cuidado debe mantener las creencias, mediante el conocer y la comprensión del estado clínico y de la situación del paciente para estar con, hacer por y posibilitar el bienestar de este (27).

De esta manera, conocer las creencias y representaciones de la persona con intentos de suicidio, además de la experiencia de su interacción con el sistema sanitario, es esencial para llevar a cabo una evaluación y abordaje adecuados, orientando al paciente y a su familia para la recuperación y prevención de la conducta suicida. Asimismo, este conocimiento supone una ayuda para el profesional de enfermería en la confrontación de sus propios preconceptos, actitudes discriminatorias y conocimientos culturales, que le permitirá desmitificar conceptos estigmatizantes (29).

Y es que, para dar respuesta a la solicitud de ayuda, es importante que, además de los cuidados físicos o psicológicos, se tengan en cuenta los aspectos culturales y espirituales. Así pues, una evaluación cuidadosa y centrada en la persona con intentos de suicidio debe basarse, además de en los conocimientos científicos sobre la patología depresiva, en las competencias humanas y el significado social y cultural de la conducta suicida, ya que ambos factores son significativos en el cuidado integral de la persona y la familia (29).

Por último, teniendo en cuenta que, según Swanson, el entorno para enfermería es “cualquier contexto que influye y que es influido por el paciente” (27), cabe recalcar, también, la presencia de barreras en el ámbito profesional, como la falta de tiempo por

sobrecarga de trabajo y/o la carencia de redes de apoyo, políticas, programas e iniciativas para la prevención del suicidio (28). Y es que, es importante que el ambiente de trabajo sea adecuado para que los profesionales puedan desarrollar las distintas tareas, siendo esencial aumentar el tiempo del cual se dispone para el paciente, así como incrementar la privacidad de algunos servicios para poder proporcionar un espacio de seguridad y confianza a la persona afectada y, así, facilitar su expresión, entre otros (30).

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

3.1. Revisión bibliográfica

Para la elección de los artículos incluidos en la revisión bibliográfica, la búsqueda se ha realizado, durante los meses de septiembre de 2021 a enero de 2022, en las bases de datos Pubmed, Scopus, Cinahl y Web of Science. Asimismo, los criterios de inclusión y exclusión definidos para el cribaje de los artículos son:

- Los artículos seleccionados deben estar publicados en los últimos diez años (2011-2021), por lo tanto, todos aquellos que fueron publicados anteriormente se han excluido.
- El idioma de los artículos incluidos en la revisión es catalán, castellano, inglés o portugués.
- No se han aceptado las publicaciones de tipo revisión bibliográfica o con una metodología que no fuera cualitativa.
- Se han excluido los artículos donde la población de estudio son estudiantes.

Más aun, con el fin de facilitar la búsqueda, se han utilizado términos de búsqueda y descriptores, basados en el lenguaje MeSH y DeCS, y operadores booleanos y truncamientos. Estos se exponen en la siguiente tabla:

		Términos de búsqueda	MeSH	DeCS	
AND	OR	Término 1	Suicidio	Suicide	Suicidio
		Término 2	Intento de suicidio	Attempted suicide	Intento de suicidio
		Término 3	Suicidio consumado	Completed suicide	-
	OR	Término 4	Enfermeras	Nurses (nurs*)	Enfermeras (enfermer*)
		Término 5	Enfermería	Nursing (nurs*)	Enfermería (enfermer*)
	OR	Término 6	Percepción	Perception	Percepción
		Término 7	Actitud	Attitude	Actitud
	NOT	Término 8	Suicidio asistido	Assisted suicide	Suicidio asistido
	NOT	Término 9	Estudiantes	Students	Estudiantes
		Término 10	Investigación cualitativa	Qualitative research	Investigación cualitativa

Tabla 1: Estrategia de búsqueda

Así pues, las ecuaciones de búsqueda utilizadas en las distintas bases de datos han sido las siguientes:

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

Tabla 2: Ecuaciones de búsqueda según base de datos

Los filtros aplicados en las distintas bases de datos según los criterios de inclusión y exclusión son:

Pubmed	Últimos diez años, idioma (catalán, castellano, inglés, portugués), <i>free full text</i> .
Scopus	Últimos diez años, idioma (catalán, castellano, inglés, portugués), tipo de documento (artículo), acceso abierto.
Cinahl	Últimos diez años, idioma (catalán, castellano, inglés, portugués), texto completo.
Web of Science	Últimos diez años, idioma (catalán, castellano, inglés, portugués), tipo de documento (excluir artículos de revisión), acceso abierto.

Tabla 3: Filtros aplicados según base de datos

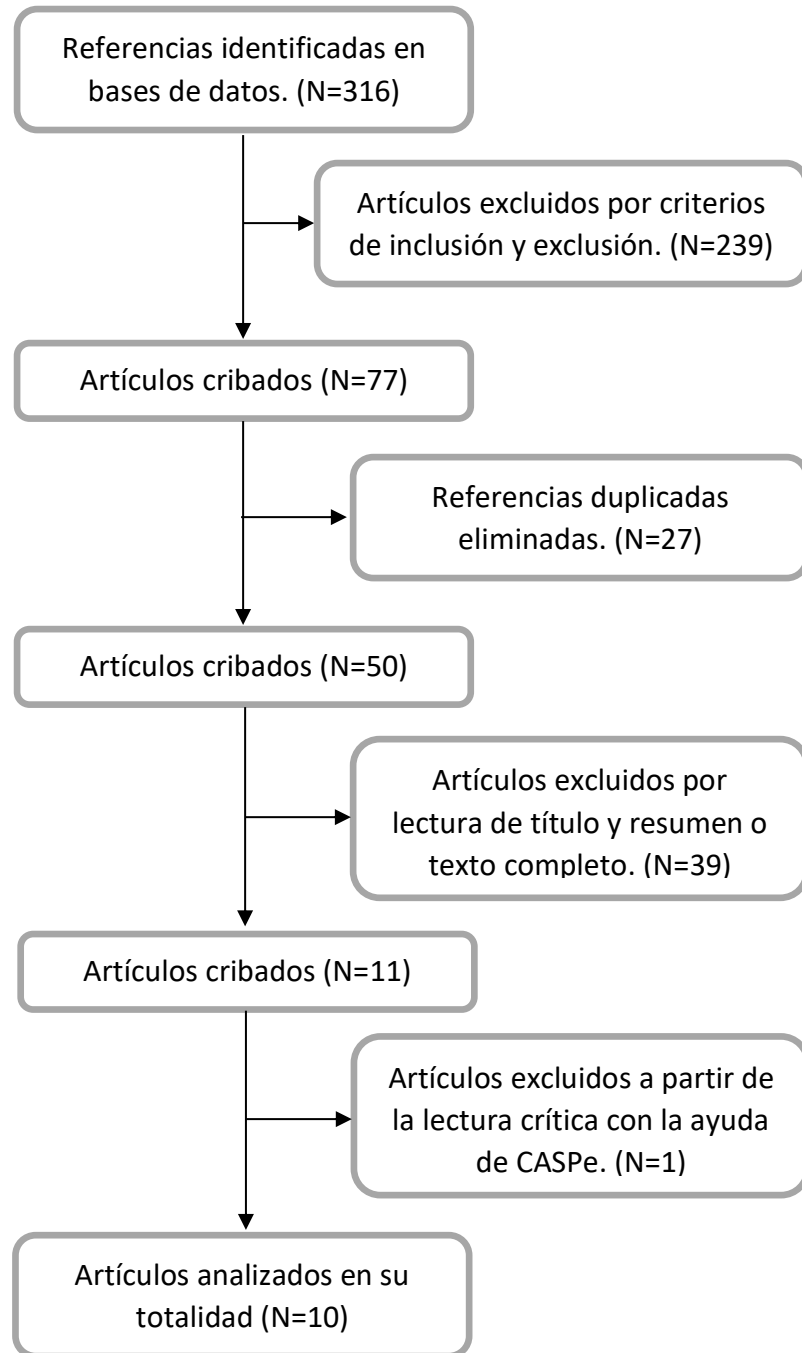
A partir de aquí, una vez realizada la búsqueda y utilizados los filtros para la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión al número total de artículos obtenidos, se excluyen, también, aquellos que no cumplen los siguientes criterios:

- Los artículos duplicados, ya que aparecen en más de una base de datos.
- Los artículos que, a partir de la lectura del título y resumen o texto completo, no responden a la pregunta de investigación: ¿Qué actitudes y percepciones tienen las enfermeras hacia la conducta suicida?

Seguidamente, se lleva a cabo la lectura crítica del texto completo de los artículos seleccionados y se evalúa su calidad con la ayuda de la herramienta CASPe (anexo 1), la cual está compuesta por una guía de preguntas no categóricas y está basada en tres aspectos generales para la valoración de esta calidad en estudios cualitativos: el rigor, que hace referencia a la congruencia de la metodología utilizada para responder la pregunta de investigación; la credibilidad, que corresponde a la capacidad que tienen los resultados de representar el fenómeno de estudio desde la subjetividad de los participantes; y la relevancia, que representa la utilidad de los hallazgos a la práctica, es decir, la evidencia cualitativa (31). Así, se excluyen aquellos artículos que obtienen un “no” en una o ambas de la dos primera preguntas y/o aquellos que no se consideran de calidad a partir de la lectura crítica guiada por la herramienta CASPe.

Por último, se representan, al diagrama de flujo, los pasos seguidos para la obtención del número final de artículos analizados y se exponen los estudios incluidos en la revisión a la tabla de resultados (anexo 2).

3.1.1 Diagrama de flujo



3.2. Antecedentes y estado actual del tema

A partir de la lectura crítica de los artículos incluidos en la revisión bibliográfica, con el fin de dar respuesta a la pregunta “¿Qué actitudes y percepciones tienen las enfermeras hacia la conducta suicida?”, se ha observado que existen una serie de potencialidades y un conjunto de limitaciones o barreras que influyen en estas actitudes y percepciones y, por consiguiente, favorecen o perjudican los cuidados prestados a las personas con conducta suicida.

Dicho esto, en primer lugar y en referencia a las potencialidades, cabe destacar, principalmente en relación con el servicio de AP, la confianza de los usuarios con el equipo y la relación terapéutica ya establecida, la cual facilita la predisposición de la persona a hablar abiertamente de cualquier problema de salud y, esto, la evaluación de riesgo de suicidio (32). Más aun, en el servicio especializado en SM, el hecho de tener profesionales formados y con experiencia, los cuales mantienen una actitud terapéutica basada en la empatía, favorece los cuidados a las personas con conducta suicida, teniendo la capacidad de percibir sutiles signos del lenguaje no verbal, que sugieren una ideación o planificación del acto suicida, y comprendiendo la situación del paciente y la razón de su conducta para orientarlo, de algún modo, hacia la vida y el futuro (11).

En contraposición y en referencia a las limitaciones, se identifican una serie de barreras, comunes en la mayoría de los servicios de salud, que dificultan la atención al usuario con conducta suicida. De esta manera, en primer lugar, cabe destacar el tiempo limitado y los recursos económicos y humanos insuficientes, los cuales llevan a una sobrecarga de trabajo que dificulta el establecimiento y mantenimiento de la relación terapéutica (7) e interfiere en los cuidados proporcionados, en el caso de en los servicios de SM, por ejemplo, impidiendo la observación suficiente para la prevención de la tentativa (11).

En segundo lugar, se encuentra, también, una falta de formación y educación continua en este ámbito (30,32–34), la cual perjudica el reconocimiento de los pacientes en riesgo de suicidio (32,35), a la vez que despierta, en las enfermeras, sentimientos de inseguridad, disconfort, miedo, frustración e incompetencia por no saber cómo ayudar al usuario y llevar a cabo el abordaje (7,32,35). Todo esto lleva a los profesionales a centrarse en los cuidados físicos ante un intento de suicidio (7) y a derivar al usuario a

un especialista para el abordaje psicosocial (12,30). Asimismo, la enfermeras que afirman saber detectar este riesgo y ser conscientes de la necesidad de prevención del suicidio, parece que, al final, mantienen una actitud terapéutica desfavorable, ya que recurren a la remisión de la persona para su abordaje a los servicios de SM y no colaboran con el seguimiento (12).

En tercer lugar, es esencial destacar el estigma asociado a la conducta suicida, el cual, considerando que este puede estar más o menos presente según los aspectos socioculturales de las enfermeras, a menudo dificulta la empatía y lleva a las profesionales a percibir la persona que intenta suicidarse como problemática, irresponsable o cobarde (32) o, en algunos casos, a pensar que los pacientes que verbalizan ideas suicidas no llegan a autolesionarse con peligro de muerte, sino que es una forma de manipulación (33). Así, estas creencias y percepciones también pueden influenciar en el abordaje, durante el cual, de acuerdo con la visión de la muerte o el suicidio como un tema tabú, algunas enfermeras no creen adecuado preguntar directamente al paciente sobre si tiene ideas de suicidio (35) o tienen miedo de que estas conversaciones puedan provocar más angustia (33).

No obstante y en contraposición, las enfermeras, en las que la influencia sociocultural y del estigma quizás sea menor, parece que tienen actitudes más comprensivas y ven la conducta suicida como una patología de salud mental que se ha de evaluar y tratar de acuerdo con el rol de enfermería (11,30,36), destacando la importancia de “etiquetar” debidamente a la persona que intenta suicidarse, pues puede influir en la percepción del riesgo y en las consiguientes decisiones sobre la atención de salud prestada (37). Más aun, en referencia a la prevención de la conducta suicida, algunas enfermeras destacan que se deberían tomar medidas a nivel comunitario para reducir el estigma social, fomentando la normalización de estos temas con el fin de que las personas tengan menos miedo de hablar de sus experiencias y, de esta manera, aumentar la probabilidad de que la gente busque ayuda (34).

En conclusión, la revisión aporta una visión del camino que se está recorriendo, desde una postura moralista entorno la conducta suicida, hacia la comprensión de la patología que se ha de evaluar y tratar proporcionando la mejor atención de salud posible, así como prevenir, evitando el mayor número de tentativas. Para ello, a partir de las

potencialidades y limitaciones descritas, se dan a entender cuáles son las necesidades actuales con el fin de mejorar los cuidados proporcionados, siendo esencial la promoción de la formación continua para la obtención de habilidades en SM y el aumento de los recursos para la reducción de la sobrecarga de trabajo.

4. APORTACIONES E INTERÉS DEL ESTUDIO

Las elevadas cifras de muertes por suicidio en España y, en concreto, en Cataluña evidencian un problema de salud pública condicionado, entre otros factores, por una posible deficiente evaluación y abordaje de la conducta suicida, así como la prevención de esta. Y es que, según la revisión de la bibliografía, se han identificado una serie de barreras, relacionadas con el entorno de trabajo, la falta de formación y los aspectos socioculturales, que interfieren con las actitudes y percepciones de las enfermeras y, por consiguiente, con la atención de salud proporcionada a las personas con esta patología.

Dicho esto, cabe destacar que no se ha encontrado ningún estudio cualitativo, a nivel autonómico o estatal, que explore cuáles son las actitudes y percepciones de las enfermeras hacia la conducta suicida y si estas están ligadas a la existencia o no de estas barreras. Por este motivo, el presente proyecto busca explorar la situación actual en la que se encuentran las enfermeras de atención primaria de las *Terres de l'Ebre* en el camino que se está recorriendo, desde una postura moralista entorno la salud mental y el suicidio, hacia la comprensión de la patología que se ha de evaluar y tratar, proporcionando la mejor atención de salud, e intentar prevenir, evitando el mayor número posible de tentativas.

Así pues, con esta exploración, se espera poder identificar cuáles son las actitudes y percepciones del colectivo enfermero de atención primaria en las *Terres de l'Ebre*, cómo estas influyen en la evaluación y abordaje de la conducta suicida y, finalmente, identificar las potencialidades y limitaciones con el fin de poder observar qué aspectos hay que mantener y cuáles mejorar, promocionando la formación continua y mejorando las condiciones de trabajo.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Las actitudes y percepciones hacia la conducta suicida de las enfermeras de atención primaria de las *Terres de l'Ebre* influyen en la evaluación y abordaje de esta?

6. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

6.1. Objetivos

- **Objetivo general**

- Explorar la influencia de las actitudes y percepciones hacia la conducta suicida de las enfermeras de atención primaria de las *Terres de l'Ebre* en la evaluación y abordaje de esta en la actualidad.

- **Objetivos específicos**

- Determinar las actitudes y percepciones hacia la conducta suicida de las enfermeras de atención primaria de las *Terres de l'Ebre*.

- Examinar qué determina las actitudes y percepciones hacia la conducta suicida de las enfermeras de atención primaria de las *Terres de l'Ebre*.

- Evaluar de qué modo influyen las actitudes y percepciones hacia la conducta suicida de las enfermeras de atención primaria de las *Terres de l'Ebre* en la atención de un usuario con esta patología.

- Identificar potencialidades y limitaciones en relación con la evaluación y abordaje de la conducta suicida por parte de las enfermeras de atención primaria de las *Terres de l'Ebre* en la actualidad.

6.2. Hipótesis

Teniendo en cuenta los resultados de las publicaciones incluidas en la revisión bibliográfica, los cuales evidencian la influencia de las actitudes y percepciones de las enfermeras en la evaluación y abordaje de la conducta suicida, debido a las limitaciones de los servicios de salud, a los aspectos socioculturales y a la falta de formación y habilidades en SM, se parte de la hipótesis de que las actitudes y percepciones de las enfermeras de atención primaria de las *Terres de l'Ebre* hacia la conducta suicida, en la actualidad, influyen en la evaluación y abordaje de esta.

7. MÉTODO

7.1. Diseño, metodología y justificación

El presente proyecto se trata de un estudio cualitativo, posicionado en el paradigma naturalista y partiendo de un enfoque fenomenológico, ya que pretende explicar la esencia de las experiencias de las personas que participan (38), explorando sus actitudes y percepciones hacia el usuario con conducta suicida, así como la influencia de estas en la evaluación y abordaje correspondiente.

7.2. Población y muestra

La población diana, a la cual se dirige la investigación, es el colectivo enfermero de atención primaria de las *Terres de l'Ebre*, sobre el cual se llevará a cabo una técnica de muestreo polietápica. Así, partiendo de un muestreo probabilístico por conglomerados, teniendo en cuenta que el servicio de AP de las *Terres de l'Ebre* se estructura en 11 Equipos de Atención Primaria (EAP), o Áreas Básicas de Salud (ABS), distribuidos por las distintas comarcas de la zona (anexo 3), se pretende seleccionar de cada grupo, mediante un muestreo no probabilístico consecutivo, aquellos individuos que cumplan con los criterios de selección (38) y que se declaren voluntarios a participar.

Para ello, se espera ponerse en contacto con la dirección de cada EAP, para que hagan difusión entre su equipo de enfermería sobre la posibilidad de participar en el estudio, así como de informar cuáles son los criterios de selección para ello, los cuales determinarán las características que deben cumplir los sujetos que, finalmente, conformarán la población de estudio y se incluirán en la muestra:

- Ejercer como enfermeras en la región sanitaria de las *Terres de l'Ebre* en el servicio de atención primaria.
- Haber tenido contacto previo con un paciente con conducta suicida.
- Estar dispuesto a hablar de esta/s experiencia/s en grupo.
- Comprender y hablar castellano o catalán.

Asimismo, de acuerdo con lo anterior y con las técnicas de muestreo que se pretenden utilizar, cabe destacar la imposibilidad de conocer de antemano el tamaño de la muestra que se va a obtener.

7.3. Variables

En relación con las variables, de acuerdo con la metodología utilizada, no se denominarán las variables independiente y dependiente, pues en la investigación cualitativa el fin es identificar patrones de temas y procesos interconectados como un modo de comprender el todo (38).

De esta manera, se identifican, como principales variables, las actitudes de las enfermeras hacia los usuarios con conducta suicida, las percepciones, la influencia de ambas en la evaluación y abordaje de la patología, el concepto de conducta suicida y las variables universales, incluyendo en estas el sexo, el género o las características sociodemográficas, entre otros. Se puede consultar la correspondiente operacionalización en el anexo 4.

7.4. Instrumentos de recogida y análisis de datos

Para la recogida de datos, con el fin de llevar a cabo una generación colectiva de los significados de la conducta suicida para las enfermeras de AP de las *Terres de l'Ebre*, se utilizarán los grupos de discusión, definidos como una técnica conversacional grupal de obtención de datos en investigación cualitativa, la cual se orienta a estudiar los espacios comunes de las subjetividades individuales, siendo la interacción en sí misma una fuente de datos en la que los participantes construyen discursivamente la narrativa del grupo al cual pertenecen (39).

Dicho esto, los grupos de discusión serán llevados a cabo en los centros o instituciones donde trabajen los diferentes participantes y en un tiempo estimado de dos horas. Asimismo, se pretende registrar la conversación para la posterior transcripción, mediante una grabadora de mano, la cual en todo momento estará en posesión de la investigadora principal (IP) para evitar accesos no autorizados, y tomar las anotaciones pertinentes sobre las observaciones, los sentimientos y sensaciones de la IP en el diario de campo; esto será de gran utilidad para evaluar, posteriormente, la reflexividad de esta en el proyecto.

Más aun, se plantean las siguientes preguntas, las cuales, de acuerdo con los objetivos planteados, pretenden un guión orientativo durante la realización de los grupos de discusión:

- *¿Podrían describir con sus propias palabras, de acuerdo con sus experiencias, cómo perciben la conducta suicida?*
- *¿Cómo han percibido el cuidado ofrecido durante la atención a un usuario con conducta suicida?*
- *¿Cómo se han sentido durante esta atención?*
- *¿Perciben de igual modo el atender a un usuario con conducta suicida que, por ejemplo, a un usuario con diabetes? ¿Piensan que algo les limita?*
- *¿Cómo creen que, esto que puede limitarles, afecta en la atención prestada a un usuario con conducta suicida?*
- *¿Podrían identificar algún elemento o elementos de ayuda a la hora de atender a un usuario con conducta suicida?*

En cuanto al método de análisis, se ha de considerar que, en la investigación cualitativa, el análisis de los datos se realiza de forma simultánea a su recogida, identificando patrones y conceptos importantes, así como qué aspectos faltan por explorar o cuáles no encajan (38). De esta manera, no se realizará un análisis lineal sino en espiral, siguiendo un modelo de análisis temático, dando énfasis al sentido del texto y a la descripción y/o interpretación del contenido temático de los datos (39), y con la ayuda del *software ATLAS.ti* (40), el cual permite organizar, almacenar y manejar grandes cantidades de datos cualitativos, dando soporte al proceso de análisis riguroso (39).

Así pues, una vez transcritos los grupos de discusión por la IP, esta les asignará un código, guardará las transcripciones en los sistemas de seguridad que proporciona la Universidad y eliminará las grabaciones, siendo la única que pueda relacionar el código con los participantes. Más aun, estas transcripciones se mandarán vía *email* a los participantes de los grupos de discusión para que estos puedan corroborar su discurso.

Seguidamente, al resto del equipo investigador, se les facilitarán las transcripciones codificadas, a través de un espacio de acceso limitado, para que, junto con las notas tomada en la bitácora, se proceda a la codificación y a la definición de distintas

categorías, ubicadas en el fenómeno estudiado y ejemplificadas con *verbatim*, las cuales, a continuación, se agruparán en categorías superiores. Con esto, una vez analizada cada categoría, se establecerán las relaciones que existen entre ellas para, finalmente, generar un marco explicativo o de significados (39).

Por último, para la validación de los resultados, se verificará la información de forma externa retornando el análisis realizado a los participantes de los grupos de discusión, los cuales comprobarán, rectificarán o matizarán los datos; esta retroalimentación con los participantes supone una técnica importante para valorar la credibilidad de los resultados (38).

8. ASPECTÓS ÉTICOS

El proyecto será sometido a la valoración y aprobación por parte de un comité de ética y se respetarán los cuatro principios básicos de la bioética, recogidos en la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont: Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia. Asimismo, la participación será voluntaria después de que todos los sujetos reciban toda la información pertinente, verbalmente y por escrito mediante la Hoja de información (anexo 5), y firmen el consentimiento informado (anexo 6).

Más aun, se garantizará la confidencialidad y la protección de los datos personales en cumplimiento con lo que establece el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, del 27 de abril, de Protección de Datos (RGPD) (41) y de lo dispuesto en la Ley 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (42), de manera que los datos serán tratados con máxima confidencialidad y preservando el anonimato de los informantes, identificando los mismos mediante códigos y números.

9. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

De acuerdo con los objetivos planteados, se espera poder determinar las actitudes y percepciones hacia la conducta suicida de las enfermeras de AP de las *Terres de l'Ebre*, así como qué las determina, de qué modo influyen en la atención de salud proporcionada al usuario con conducta suicida y cuáles son la potencialidades y limitaciones, en la actualidad, a la hora de prestar estos cuidados.

Estos resultados podrán servir para llevar a cabo una evaluación minuciosa de las posibles barreras presentes en el servicio de AP de las *Terres de l'Ebre* que influyen en las actitudes y percepciones de las enfermeras, con el fin de poder implementar medidas que capaciten al personal sanitario para la prevención y valoración del riesgo de suicidio y que aumenten la calidad de los cuidados proporcionados durante el abordaje de la conducta suicida.

De esta manera, además de poder servir para plantear futuras línea de investigación, los hallazgos del presente trabajo podrán ayudar al planteamiento de nuevos protocolos y a la implantación y evaluación de una intervención en formación que mejore los cuidados de enfermería proporcionados en AP, o incluso en otros niveles asistenciales, y en relación, no solo con la conducta suicida, sino, probablemente, con la SM en general, pues se ve influenciada por el mismo estigma y puede que por las mismas barreras durante la atención.

10. POSIBLES LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En referencia a las posibles limitaciones del estudio, a priori se identifican los inconvenientes generales de la investigación cualitativa. De esta manera, puede que el tamaño de la muestra sea reducido o cabe la posibilidad de que, aunque se pretende que los sujetos muestren toda la variabilidad del fenómeno que se estudia, esta no se represente a toda la población diana, en término de inferencia o generalización, ya que los hallazgos solo pueden ser transferidos a contextos que compartan similitudes sociodemográficas y socioculturales con el lugar donde se ha generado la información (38).

Asimismo, teniendo en cuenta la técnica de recogida de datos y el estigma asociado al tema de estudio, cabe destacar la posibilidad de que, debido a la existencia de cierta presión social, se entre en un discurso demasiado tópico o estereotipado (39) que no refleje las actitudes y percepciones reales de las enfermeras de AP de las *Terres de l'Ebre*.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte. Resultados [Internet]. 2022 [citado 4 mar. 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&secc=1254736194710&idp=1254735573175
2. Carpinello B, Pinna F. The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Front psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 24 sep. 2021]; 8:35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28337154>
3. Elzinga E, de Kruif AJTCM, de Beurs DP, Beekman ATF, Franx G, Gilissen R. Engaging primary care professionals in suicide prevention: A qualitative study. *PLoS One* [Internet]. 2020 [citado 12 ene. 2022]; 15(11):1–14. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242540>
4. Bolster C, Holliday C, Oneal G, Shaw M. Suicide Assessment and Nurses: What Does the Evidence Show? *Online J Issues Nurs* [Internet]. 2015 [citado 24 sep. 2021]; 20(1):2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26824260>
5. Santos EG de O, Azevedo AKS, Silva GW dos S, Barbosa IR, de Medeiros RR, Valença CN. The look of emergency nurse at the patient who attempted suicide: An exploratory study. *Online Brazilian J Nurs* [Internet]. 2017 [citado 16 dic. 2021]; 16(1):6–16. Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5416>
6. Vedana KGG, Magrini DF, Miasso AI, Zanetti ACG, de Souza J, Borges TL. Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2017 [citado 16 dic. 2021]; 31(4):345–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.003>
7. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM, Kempfer SS. Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [citado 16 dic. 2021]; 71(suppl 5):2199–205. Disponible en: <https://pubmed-ncbi.nlm.nih.gov/sabidi.urv.cat/30365784/>

8. Hjelmeland H, Osafo J, Akotia CS, Knizek BL. The law criminalizing attempted suicide in Ghana: The views of clinical psychologists, emergency ward nurses, and police officers. *Crisis* [Internet]. 2014 [citado 16 dic. 2021]; 35(2):132–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24197485/>
9. Osafo J, Knizek BL, Akotia CS, Hjelmeland H. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012 [citado 16 dic. 2021]; 49(6):691–700. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.010>
10. Jones S, Krishna M, Rajendra RG, Keenan P. Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. *J Ment Heal* [Internet]. 2014 [citado 16 dic. 2021]; 24(6):423–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25993050/>
11. Hagen J, Knizek BL, Hjelmeland H. Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2017 [citado 16 dic. 2021]; 31(1):31–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018>
12. Sousa J, Sousa V, Carvalho C, Amorim F, Fernandes M, Coelho M, et al. Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros. *Rev Cuid* [Internet]. 2019 [citado 16 dic. 2021]; 10(2). Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.609>
13. Solin P, Tamminen N, Partonen T. Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2021 [citado 4 mar. 2022]; 39(3):332–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1958462>
14. Pérez Solà V, Díaz Pérez A. Conducta suicida. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 4ª edición. 2012. p. 556–76.
15. Ros S, Arranz FJ. Conducta suicida. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ª edición. 2006. p. 271–94.

16. Real Academia Nacional de Medicina. Suicidio. Diccionario de términos médicos [Internet]. 2012 [citado 31 oct. 2021]. Disponible en: <http://dtme.ranm.es/dtm/ver.php?id=179591&cual=0>
17. Fornés Vives J, Pérez González S. Plan de cuidados para la persona con riesgo suicida. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: Valoración y cuidados. 2ª edición. 2011. p. 225–38.
18. Real Academia Nacional de Medicina. Intento de suicidio. In: Diccionario de términos médicos [Internet]. 2012 [citado 31 oct. 2021]. Disponible en: <http://dtme.ranm.es/dtm/ver.php?id=121230&cual=0>
19. Real Academia Nacional de Medicina. Parasuicidio. Diccionario de términos médicos [Internet]. 2012 [citado 31 oct. 2021]. Disponible en: <http://dtme.ranm.es/dtm/ver.php?id=637124&cual=0>
20. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. 2021 [citado 8 feb. 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
21. Organització Mundial de la Salut. Prevención del suicidio: Un imperativo global [Internet]. 2014 [citado 31 oct. 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf;jsessionid=3449688B7BB864F3D4D35DCB65E13970?sequence=1
22. Corona Miranda BI, Hernández Sánchez Rosa Marina García MI. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Rev haban cien méd [Internet]. 2016 [citado 31 oct 2021]; 15 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011
23. Rangel-Garzón CX, Suárez-Beltrán MF, Escobar-Córdoba F. Risk suicide assessment scales in primary care. Rev Fac Med [Internet]. 2015 [citado 31 oct. 2021]; 63(4):707–16. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-00112015000400017

24. Departament de Salut. Codi Risc de Suïcidi. Generalitat de Catalunya. 2015 [citado 3 nov. 2021]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut_instrucio_10_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 2012 [citado 3 nov. 2021]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
26. Ausín B, Muñoz M. Guía práctica de detección de problemas de salud mental. 1ª edición. Pirámide; 2018.
27. Wojnar DM. Teoría de los cuidados. Modelos y teorías en enfermería. 9ª edición. Elsevier; 2018. p. 553–60.
28. Leal M, de Oliveira MA, Rodrigues J, Trentin D, Cavalcanti L, Motta M. Comportamento Suicida e Atenção Primária À Saúde. Enferm Foco [Internet]. 2018 [citado 8 feb. 2022]; 9(4):50–4. Disponible en: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1803>
29. Ferré Grau C, Montesó Curto P, Mulet Valles M, LLeixá Fortuño M, Albacar Rioboó N, Adell Argentó B. El estigma del suicidio: vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. Index de Enfermería [Internet]. 2011 [citado 23 dic 2021]; 20(3):1–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200004
30. Petrik ML, Gutierrez PM, Berlin JS, Saunders SM. Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments: A qualitative study of provider perspectives. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2015 [citado 23 dic. 2021]; 37(6):581–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200004

31. Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB. 10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo. Programa de lectura crítica CASPe. 2010.
32. Obando C, Kullgren G, Dahlblom K. A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. BMC Fam Pract [Internet]. 2014 [citado 18 nov 2021]; 15:129. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24989871/>
33. Awenat Y, Peters S, Shaw-Nunez E, Gooding P, Pratt D, Haddock G. Staff experiences and perceptions of working with in-patients who are suicidal: Qualitative analysis. Br J Psychiatry [Internet]. 2017 [citado 3 mar. 2022]; 211(2):103–8. Disponible en: <https://www-webofscience-com.sabidi.urv.cat/wos/alldb/full-record/WOS:000406758000008>
34. Goodwin J, Kilty C, Meehan E, Murphy M, Dillon C, Heffernan S, et al. Healthcare staff's views on responding to suicide and self-harm: Part II. Perspect Psychiatr Care [Internet]. 2021 [citado 3 mar. 2022]; 57(4):1743–50. Disponible en: <https://www-webofscience-com.sabidi.urv.cat/wos/alldb/full-record/WOS:000620195300001>
35. Wang S, Ding X, Hu D, Zhang K, Huang D. A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital. Int J Nurs Sci [Internet]. 2016 [citado 3 mar. 2022]; 3(4):354–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.07.007>
36. Hultsjö S, Wärdig R, Rytterström P. The borderline between life and death: Mental healthcare professionals' experience of why patients commit suicide during ongoing care. J Clin Nurs [Internet]. 2019 [citado 9 ene. 2022]; 28(9–10):1623–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30589485/>
37. James K, Stewart D. Blurred boundaries: A qualitative study of how acts of 'self-harm' and 'attempted suicide' are defined by mental health practitioners. Crisis [Internet]. 2018 [citado 11 ene. 2022]; 39(4):247–54. Disponible en: <https://www-webofscience-com.sabidi.urv.cat/wos/alldb/full-record/WOS:000437932800003>

38. Salamanca Castro AB. Fase metodològica de la investigació. El aeiou de la investigació en enfermeria. 2a edició. Funden; 2018. p. 199–347.
39. Berenguera Ossó A, Fernandez de Sanmamaed Santos MJ, Pons Vigués M. Escuchar, Observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Inst Univ d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol. 2014;1:224.
40. ATLAS.ti. Convierta sus datos en información cualitativa, de forma más rápida y sencilla. [Internet]. 2022 [citado 28 abr. 2022]. Disponible en: <https://atlasti.com/es>
41. Boletín Oficial del Estado. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la [Internet]. Agencia Estatal. Gobierno de España. 2016 [citado 28 abr. 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2016-80807>
42. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. Agencia Estatal. Gobierno de España. 2018 [citado 28 abr. 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>
43. Hultsjö S, Wärdig R, Rytterström P. The borderline between life and death. J Clin Nurs [Internet]. 2019 [citado 9 ene. 2022]; 28(9–10):1623–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30589485/>
44. Biblioteca Virtual de Salud (BVS). Actitud [Internet]. DeCS/MeSH. 2017 [citado 20 dic. 2021]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/this/resource/?id=23896&filter=this_exact_term&q=Actitud
45. Biblioteca Virtual de Salud (BVS). Percepción [Internet]. DeCS/MeSH. 2020 [citado 20 dic. 2021]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/this/resource/?id=10662&filter=this_exact_term&q=Percepción

46. Salamanca Castro AB. Fase metodològica de la investigació. El aeiou de la investigació en enfermeria. 2a edició. Funden; 2018. p. 199–490.
47. Web Gerència Territorial Terres de l'Ebre. Atenció Primària. Troba el teu CAP [Internet]. Institut Català de la Salut. 2022 [citado 26 abr. 2022]. Disponible en: <https://www.icsebre.cat/wg/atencio-primaria/troba-el-teu-cap/>

12. CRONOGRAMA

Se estima que la realización completa del proyecto se haga en un año y cinco meses (figura 1). De esta manera, el primer mes se llevará a cabo el acceso al campo, en el cual, mediante un muestreo por conglomerados, se pretende contactar con los distintos EAPs que conforman el servicio de AP de las *Terres de l'Ebre* para solicitar su colaboración con el fin de llevar a cabo el muestreo consecutivo y, de esta manera, seleccionar a los participantes.

Así pues, durante este período y los siguientes siete meses, hasta finales de agosto de 2023, se pretende realizar la recogida, la transcripción y el análisis de los datos de forma simultánea y de acuerdo con las necesidades de información.

A partir de aquí, durante los meses de septiembre a noviembre de 2023, se espera que los sujetos puedan verificar los resultados obtenidos para la elaboración del informe final en los siguientes tres meses. Finalmente, se procurará difundir el conocimiento obtenido entre marzo y mayo de 2024.

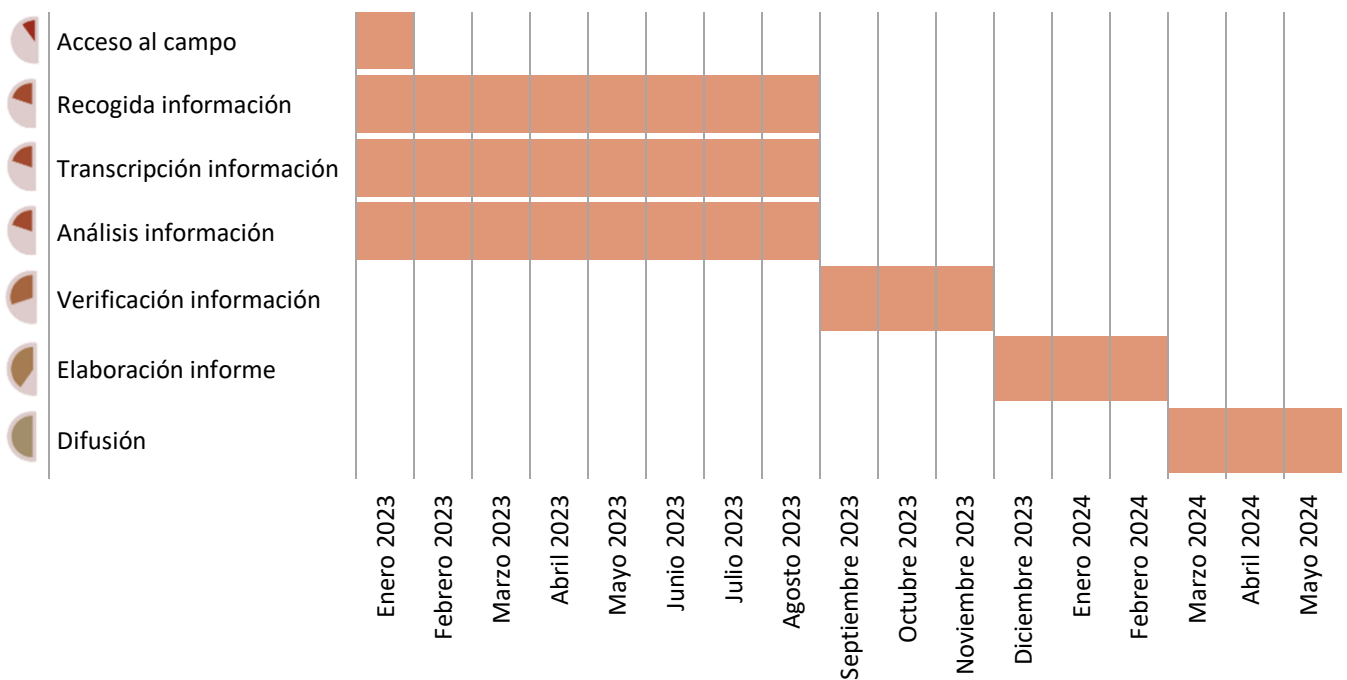


Figura 1. Cronograma

13. PRESUPUESTO

En referencia al presupuesto previsto, se disponen de los recursos infraestructurales, como son el equipo técnico necesario y el vehículo para el traslado. No obstante, se solicita presupuesto para la obtención de los recursos necesarios en relación con los gastos de trabajo de campo y los gastos de difusión:

Tipo	Categoría	Recurso	Descripción	Presupuesto (€)
Recursos disponibles	Infraestructura	Equipo	Ordenador portátil.	0 € (personal)
		Equipo	Impresora.	0 € (personal)
		Equipo	Grabadora de audio.	0 € (personal)
		Vehículo	Para los traslados a los centros o instituciones donde se llevarán a cabo los grupos de discusión.	0 € (personal)
Recursos necesarios	Gastos de trabajo de campo	Gasoil	Para los traslados.	200€
		Papel	Para la impresión de borradores.	30€
		Cartuchos de tinta	Para la impresión de borradores.	70€
		Software	Para el análisis de datos.	210€
	Gastos de difusión	Publicación	Publicación del artículo en revistas científicas de alto impacto.	700€
		Congreso	Inscripción.	400€
			Desplazamiento y alojamiento.	600€
Total				2210€

Tabla 4. Presupuesto

14. ANEXOS

Anexo 1: CASPe

	Obando, et al. 2014 (32)	Sousa JF, et al. 2019 (12)	Petrik, et al. 2015 (30)	Fontao, et al. 2018 (7)	Wang, et al. 2016 (35)	Hagen, et al. 2017 (11)	Hultsjö, et al. 2019 (43)	James, et al. 2018 (37)	Awenat, et al. 2017 (33)	Goodwin, et al. 2021 (34)
¿Se han definido de forma clara los objetivos de la investigación?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
¿Es congruente la metodología cualitativa?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	SÍ	SÍ	NO SÉ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
¿Las técnicas de recogida de datos son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	SÍ	SÍ	NO SÉ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ
¿Se ha tenido en cuenta los aspectos éticos?	SÍ	SÍ	NO SÉ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO SÉ	SÍ	SÍ
¿Ha sido el análisis de datos suficientemente riguroso?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
¿Es la clara la exposición de los resultados?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO SÉ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
¿Son aplicables los resultados de la investigación?	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO SÉ	NO SÉ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

Anexo 2: Tabla de resultados

Autor, año, país	Título	Objetivo	Metodología	Conclusiones principales
Obando, Kullgren y Dahlblom. 2014, Nicaragua. (32)	<u>A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua.</u>	Explorar cómo los profesionales de atención primaria, en Nicaragua, perciben los problemas de salud mental, los problemas de suicidio y la conducta de buscar ayuda en la gente joven.	Muestra: n=12 (7 médicos de cabecera y 5 enfermeras) Recogida de datos: entrevista semiestructurada y observación en el centro de trabajo. Análisis: análisis temático fenomenológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Los profesionales expresan la importancia de la relación terapéutica establecida, basada en la confianza. - Los datos demuestran, más allá de algunas actitudes negativas, sentimientos de frustración e impotencia, ya que no se ven capaces de prevenir y tratar el suicidio con los conocimientos que tiene, por lo que deben derivar. - Se identifican barreras que justifican la dificultad para proporcionar unos cuidados adecuados a este tipo de usuarios: falta de tiempo, de privacidad, de recursos, de profesionales entrenados y dificultades en la comunicación con la gente joven. - Creen importante que haya un servicio de SM al centro de AP, ya que sería más efectivo el tratamiento y prevención del suicidio por la confianza ya establecida con el servicio en cuestión.
Sousa JF, Sousa VC, Carvalho, Amorim, Fernandes, Coelho, et al. 2019, Brasil. (12)	<u>Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros.</u>	Describir la opinión de los enfermeros de atención primaria sobre la prevención del suicidio en relación con las políticas públicas vigentes en Brasil.	Muestra: n=18 enfermeras Recogida de datos: entrevista semiestructurada. Análisis: mediante el software IRAMUTEQ. Enfoque fenomenológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Las informantes refieren la presencia de factores estresantes que, en falta de apoyo o ayuda, pueden conducir la persona a un intento de suicidio. - Las enfermeras exponen que saben identificar el riesgo de suicidio, pero que no tienen formación y capacitación para el abordaje. Por este motivo, derivan a los usuarios a los servicios especializados, a un psicólogo/psiquiatra, para el abordaje. - Creen que la SM no forma parte de las competencias de AP, demostrando que siguen un modelo biomédico, en lugar de proporcionar unos cuidados integrales y humanizados.

Autor, año, país	Título	Objetivo	Metodología	Conclusiones principales
Petrik, Gutierrez, Berlin y Saunders. 2015, EUA. (30)	<u>Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments: a qualitative study of provider perspectives.</u>	Investigar las perspectivas de los profesionales de emergencias sobre los factores que facilitan o perjudican la evaluación efectiva del riesgo de suicidio.	Muestra: n=92 (médicos, enfermeras y trabajadores sociales) Recogida de datos: encuesta <i>online</i> compuesta por tres preguntas de respuesta abierta. Análisis: método inductivo temático fenomenológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionado con el ambiente de trabajo al servicio de emergencias, los profesionales ven el tiempo y la privacidad de los que disponen como una barrera para la evaluación del riesgo de suicidio. - Refieren que a menudo los usuarios no son capaces de contestar a las preguntas de forma honesta, como consecuencia de la falta de privacidad o por el miedo a ingresar en un hospital psiquiátrico. - Ven las herramientas de comunicación y las habilidades interpersonales como imprescindibles para llevar a cabo una buena evaluación. - Refieren una la falta de recursos, de formación y de educación continuada, las cuales les genera disconfort y miedo en la práctica. Por este motivo, ante la falta, también, de un protocolo estándar, prefieren consultar/derivar a los especialistas en SM.
Fontao, Rodrigues, Lino y Kempfer. 2018, Brasil. (7)	<u>Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide.</u>	Analizar los cuidados de enfermería a las personas atendidas en el servicio de emergencias por intento de suicidio desde la percepción del equipo de enfermería.	Muestra: n=16 (8 enfermeras y 8 auxiliares de enfermería) Recogida de datos: entrevista semiestructurada. Análisis: de contenido fenomenológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Las enfermeras afirman que, a causa de la dinámica de trabajo de los servicios de emergencias, se aborda básicamente la parte biológica y se delega el abordaje psicosocial a los psicólogos y trabajadores sociales. - Refieren que el ambiente no es el óptimo para atender a este tipo de usuarios, que sería mejor que fueran directamente a un servicio de psiquiatría. - Consideran que es necesaria la formación en salud mental para mejorar la situación, además de qué la estructura del servicio dificulta la atención continuada y la cohesión del equipo.

Autor, año, país	Título	Objetivo	Metodología	Conclusiones principales
Wang, Ding, Hu, Zhang y Huang. 2016, China. (35)	<u>A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital.</u>	Examinar las reacciones ante el suicidio de un paciente hospitalizado, en un hospital general, y la necesidad de servicios de bienestar y educación, con la finalidad de formular recomendaciones sobre el apoyo significativo posterior a los acontecimientos.	Muestra: n=15 enfermeras Recogida de datos: entrevista semiestructurada individual. Análisis: método fenomenológico, mediante <i>Colaizzi's 7 steps</i> .	<ul style="list-style-type: none"> - Las enfermeras afirman que es muy difícil prevenir el suicidio, casi inevitable. Asimismo, refieren tener pocos conocimientos, no saber cómo hacer el abordaje, además de la influencia de ser un tema tabú en la sociedad china. - Respecto a la reacción emocional, expresan shock, pánico, miedo, culpabilidad, frustración, inseguridad, entre otros. - Expresan que, a partir del acontecimiento, sintieron estrés y ansiedad durante la jornada laboral, llevaron a cabo una excesiva vigilancia a los usuarios y estuvieron agotadas, bajas de ánimo y sin ganas de ir a trabajar. - Para la recuperación posterior al acontecimiento algunas buscaron apoyo, escucha y consuelo en las compañeras y/o familiares/amigos. Otras siguieron un afrontamiento basado en la evasión, obligándose a olvidar la experiencia.
Hagen, Knizek y Hjelmeland. 2017, Noruega. (11)	<u>Mental Health Nurses' Experiences of Caring for Suicidal Patients in Psychiatric Wards: An Emotional Endeavor.</u>	Investigar las experiencias, de las enfermeras de salud mental, reconociendo y dando respuesta a la conducta suicida/autolesión y el manejo del reto de cuidar pacientes ingresados potencialmente suicidas.	Muestra: n=8 enfermeras Recogida de datos: entrevista semiestructurada. Análisis: condensación sistemática por significados, enfoque fenomenológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Las enfermeras afirman que la intuición, basada en la observación, de sutiles signos no verbales les resulta clave para prevenir suicidios y que la no formación/experiencia son perjudiciales, ya que no se reconocen los signos de alarma. - El trabajo de enfermería debe basarse en la comprensión para orientar al paciente hacia la vida, ampliando las perspectivas para que este sea más receptivo a las aportaciones positivas. Además, se debe mantener la calma y la neutralidad aún las emociones negativas. - Las informantes expresan que tienen sentimientos de tristeza, culpa, fracaso y responsabilidad, o de enfado, agotamiento emocional y alivio cuando un usuario lleva a cabo un suicidio. - Es importante establecer límites en la relación terapéutica para que el vínculo emocional no sea demasiado fuerte. Algunas enfermeras comentan la importancia de compartir los sentimientos y obtener apoyo para desconectar.

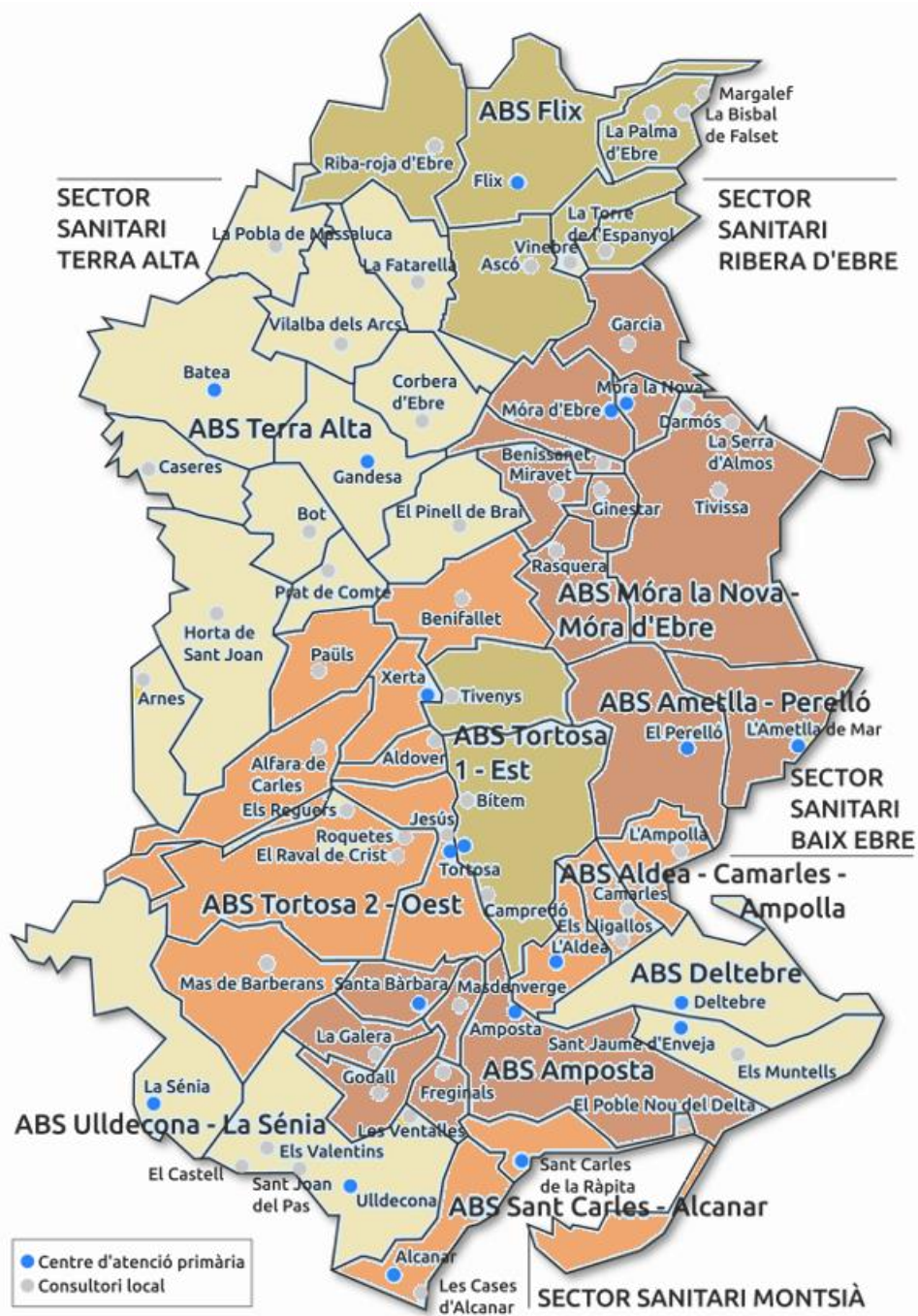
Autor, año, país	Título	Objetivo	Metodología	Conclusiones principales
Hultsjö, Wärdig y Rytterström. 2019, Suecia. (36)	<u>The borderline between life and death. Mental healthcare professionals' experience of why patients commit suicide during ongoing care.</u>	Explorar las experiencias de los profesionales de SM sobre las circunstancias que causan que el paciente se suicide durante la atención continuada.	Muestra: N=12 (8 enfermeras y 4 auxiliares de enfermería) Recogida de datos: entrevista. Análisis: estructuración de los resultados en unidades de significado. Enfoque fenomenológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Las profesionales sanitarias entrevistadas, entre ellas 8 enfermeras, refieren sentimiento de ambivalencia ante la conducta suicida. - Exponen que los usuarios con ideación suicida acostumbran a tener una vida sin sentido, de soledad, oscura, frágil y a menudo influenciada por patologías mentales, por lo cual cualquier cambio puede llevarlos al suicidio. - Las profesionales entienden que la muerte puede suponer la única forma de aliviar su sufrimiento. - Ven en suicidio como lógico y esperado y, más que tristeza, también les causa sentimientos de alivio porque la persona descansa en paz.
James y Stewart. 2018, Inglaterra. (37)	<u>Blurred boundaries: A qualitative study of how acts of 'self-harm' and 'attempted suicide' are defined by mental health practitioners.</u>	Investigar si, y cómo, los profesionales distinguen entre actos de "autolesión" e "intento de suicidio", y cualquier implicación para la práctica.	Muestra: N=18 (13 enfermeras SM, 4 auxiliares de enfermería y 1 terapeuta ocupacional) Recogida de datos: entrevista semiestructurada. Análisis: temático.	<ul style="list-style-type: none"> - Los profesionales refieren que las autolesiones y los intentos de suicidio son dos formas diferentes del mismo tipo de conducta, pues ambas implican causarse daño a uno mismo. - Exponen una serie de criterios para diferenciar estas dos conductas, como el método utilizado, dependiendo de la letalidad de este, o la adopción de medidas para asegurarse que no serán descubiertos. - Destacan la importancia de "etiquetar" debidamente si una persona intenta suicidarse o se autolesiona, pues puede influir en la percepción del riesgo y en las consiguientes decisiones sobre la atención de salud prestada.

Autor, año, país	Título	Objetivo	Metodología	Conclusiones principales
Awenat, Peters, Shaw-Nunez, Gooding, Pratt y Haddock. 2017, Inglaterra. (33)	<u>Staff experiences and perceptions of working with in-patients who are suicidal: qualitative analysis.</u>	Investigar las experiencias del personal que trabaja con pacientes internos con tendencias suicidas.	Muestra: N=20 (8 enfermeras, 2 auxiliares de enfermería, 4 psiquiatras y 6 profesionales de salud aliados) Recogida de datos: entrevista semiestructurada. Análisis: temático.	<ul style="list-style-type: none"> - Los relatos de los participantes demuestran diferentes modelos conceptuales sobre las causas de la conducta suicida: como un síntoma de una enfermedad psiquiátrica subyacente, la cual debe ser tratada con medicación, y desde un enfoque más psicosocial, considerando el suicidio como un intento del individuo de gestionar y escapar de situaciones intolerables. - Debido a las experiencias con pacientes que consumaron el suicidio, los participantes demuestran actitudes fatalistas y derrotistas hacia la prevención del suicidio. - Los informantes exponen que temen hablar con los pacientes sobre su conducta suicida por no causar más angustia, incluso algunos intentan evitar el tema, buscando una distracción, cuando un usuario se refiere a este.
Goodwin, Kilty, Meehan, Murphy, Dillon, Heffernan, et al. 2021, Irlanda. (34)	<u>Healthcare staff's views on responding to suicide and self-harm: Part II</u>	Informar sobre las opiniones del personal sanitario acerca de los obstáculos para prevenir el suicidio y las autolesiones.	Muestra: N=143 (entre estos, 31 enfermeras o matronas) Recogida de datos: "World café". Análisis: temático reflexivo.	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes exponen que trabajar con personas que experimentan ideación suicida o pensamientos de autolesionarse puede ser un reto para el personal sanitario, pues muchos opinan que su capacidad es limitada, además de que el papeleo, la política y los procedimientos en el entorno sanitario actual deja poco tiempo para ofrecer apoyo emocional a estas personas. - Exponen que a menudo es difícil acceder a los servicios de salud mental, ya que no suelen estar disponibles las 24h del día y no se puede acceder a ellos rápidamente, además de estar, mayoritariamente, centralizados en las zonas urbanas, dejando en desventaja a las personas de zonas rurales. - Destacan que el estigma asociado al suicidio y las autolesiones sigue estando muy presente en la sociedad. Así, destacan la importancia de normalizar el mantener conversaciones sobre el tema, ya que aumentaría la probabilidad de que las personas busquen ayuda, o de impartir educación sobre el suicidio y las autolesiones a través de las escuelas, entre otros.

Anexo 3: Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Recogida y análisis
Actitud	Estado mental y/o neural persistente de preparación para reaccionar ante una determinada clase de situaciones, no como ellas realmente son sino como son concebidas (44).	Componente cognoscitivo	Conocimientos acerca de la conducta suicida. Experiencia o no en la evaluación y abordaje de esta.	Grupo de discusión. Análisis por categorías
		Componente afectivo	Disposición para la evaluación y abordaje de la patología.	
		Componente conductual	Interacción enfermera – paciente con conducta suicida.	
Percepción	Proceso por el cual es reconocida e interpretada la naturaleza y significado de un estímulo sensorial (45).	Componente cognoscitivo	Conocimientos acerca de la conducta suicida. Contacto previo con personas con esta patología.	Grupo de discusión. Análisis por categorías
		Componente afectivo	Creencias, emociones y sentimientos hacia la persona con conducta suicida.	
		Componente conductual	Atención de salud proporcionada de acuerdo con el impacto generado por la conducta suicida en la enfermera.	
Influencia en la evaluación y abordaje	Consecuencias, ya sean positivas o negativas, de las actitudes y percepciones en la práctica clínica durante la atención de salud proporcionada a la persona con conducta suicida por parte de la enfermera.	Evaluación	Evitación. Subestimación. Detección del riesgo.	Grupo de discusión. Análisis por categorías
		Abordaje	Cuidados físicos. Cuidados psicológicos. Derivación.	
		Relación terapéutica	Culpabilizar. Actitud peyorativa. Comprensión. Empatía.	
Conducta suicida	Todos los comportamientos que van desde la ideación suicida (14) hasta el suicidio consumado, pasando por los planes suicidas y las tentativas (15).	Ideación suicida	Deseo de morir. Pensamientos y cogniciones.	Grupo de discusión. Análisis por categorías
		Plan suicida	Deseo de morir. Desesperanza. Planificación del acto.	
		Intento de suicidio	Tentativa. Autolesión. Intención de morir. Acto que no conduce a la muerte.	
		Suicidio consumando	Intención de morir. Resultado letal.	
VARIABLES UNIVERSALES	Características individuales y sociodemográficas de los participantes (46).	Individuales	Edad, género, estado civil, experiencia laboral, nivel de estudios...	Grupo de discusión. Análisis por categorías
		Características sociodemográficas	Lugar de nacimiento, cultura, religión...	

Anexo 4: Equipos de Atención Primaria de las *Terres de l'Ebre*



(Fuente: Web Gerencia Territorial Terres de l'Ebre - Atención Primaria (47))

Anexo 5: Hoja de información

Título del proyecto: Influencia de las actitudes y percepciones de las enfermeras de atención primaria en la evaluación y abordaje de la conducta suicida: un estudio cualitativo.

Promotora del estudio: Elena Juanós Álvarez

Introducción

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio cumple con todos los principios y requisitos éticos de acuerdo con la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y la legislación vigente.

Mi intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y yo le aclararé las dudas que le puedan surgir. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Participación voluntaria

Le invito a participar en el estudio porque creo que usted puede aportar información de utilidad en relación con su propia experiencia y conocimientos. Asimismo, debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir NO participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

Objetivo de estudio

Según el Instituto Nacional de Estadística, el año 2020, murieron a consecuencia del suicidio 3.941 personas en España, 556 de las cuales residían en Cataluña. Más aun, los datos epidemiológicos muestran cómo, año tras año, el número de muertes por suicidio va aumentando, siendo, en Cataluña, 535 el número de casos en 2019 y 522 en 2018 (1). Por lo tanto, de acuerdo con estas cifras, nos encontramos ante un problema de salud pública, tanto en relación con una posible deficiente evaluación y tratamiento de la conducta suicida, como en la prevención de esta.

Y es que, si nos centramos en el ámbito enfermero, se considera que la profesión es quien tiene más oportunidades de identificar e intervenir en los pacientes con conducta suicida. No obstante, la poca o nula formación al respecto y la existencia de una serie de barreras psicosociales interfieren en la correcta evaluación y abordaje de la patología.

Por este motivo, el presente proyecto busca explorar la influencia de las actitudes y percepciones hacia la conducta suicida de las enfermeras de atención primaria de las *Terres de l'Ebre* en la evaluación y abordaje de esta en la actualidad.

Descripción del estudio

La investigación se trata de un estudio cualitativo dirigido al colectivo de enfermeras de atención primaria de las *Terres de l'Ebre*, con los requisitos de haber tenido contacto previo con un paciente

con conducta suicida y estar dispuesta a hablar de esta/s experiencia/s, así como comprender y hablar castellano o catalán.

Para la recogida de datos se utilizarán los grupos de discusión, los cuales serán registrados mediante una grabadora de audio. Estos durarán aproximadamente dos horas y se realizarán en el mismo centro o institución en el que usted trabaje, acordando una fecha y hora con antelación entre enero y agosto de 2023.

Más adelante, usted recibirá vía *email* la transcripción del grupo de discusión para que pueda corroborar su discurso y, entre septiembre y noviembre de 2023, se le enviarán, por la misma vía, los resultados del análisis para que pueda verificar si está de acuerdo o en desacuerdo con la interpretación y conceptualización dada a la información proporcionada y, así, llevar a cabo un proceso de retroalimentación.

Posibles riesgos y beneficios

Cabe la posibilidad de que usted pueda sentirse incómodo al hablar del tema de estudio en el grupo de discusión, si considera la conducta suicida un tema tabú, o sentir sentimientos como enfado o tristeza, entre otros, al recordar alguna experiencia personal con una persona con esta patología. No obstante, puede que hablar y reflexionar sobre el tema le aporte conocimientos e incluso le pueda suponer un crecimiento a nivel personal o laboral.

Protección de datos personales

Se garantizará la confidencialidad y la protección de los datos personales en cumplimiento con lo que establece el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, del 27 de abril, de Protección de Datos (RGPD) (41) y de lo dispuesto en la Ley 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (42), de manera que los datos serán tratados con máxima confidencialidad y preservando el anonimato de los informantes, identificando los mismos mediante códigos y números.

Financiación y compensación económica

Se pretende presentar el proyecto a convocatorias regionales o nacionales para obtener financiación.

No se prevé ninguna compensación económica para los participantes durante el estudio.

Otra información relevante

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, usted se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Anexo 6: Consentimiento informado

Yo,(nombre y apellidos)

Email:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con Elena Juanós Álvarez.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante

Fecha: __/__/__

Firma de la investigadora

Fecha: __/__/__