

**CONEIXEMENTS I PERCEPCIÓ DE LA CONDUCTA SUÏCIDA D'UN GRUP  
DE METGES I METGESSES D'UN CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA**

---

Treball Final de Grau de Psicologia

Mireia Vallcorba Garriga

Tutora: Marta Casals Coll

17 de maig de 2019 | 4t de Psicologia

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

## **Agraïments**

M'agradaria agrair a totes les persones que han fet possible la realització d'aquest Treball Final de Grau, sobretot, a la meva tutora, Marta Casals Coll, per tot el suport que m'ha ofert des de l'inici fins al final d'aquest procés. Moltes gràcies per ajudar-me a superar dificultats i a orientar-me en tot moment.

També voldria agrair al centre d'atenció primària i, concretament, a tots els metges i metgesses que han participat en aquest projecte, ja que sense ells i elles no hagués estat possible assolir els meus objectius. A tots i totes vosaltres, moltes gràcies pel temps que m'heu dedicat i la vostra col·laboració.

A la meva família i amigues, no sé si mai els podré agrair la paciència, els ànims i el suport incondicional que m'han brindat.

Finalment, no puc deixar de referenciar a totes les persones, entre elles companys, companyes i professorat, que m'han escoltat i m'han donat els seus consells en algun punt d'aquest treball.

Moltes gràcies a tots i totes.

## RESUM

Cada 40 segons una persona mor per suïcidi en algun lloc del món i moltes altres persones ho intenten. La prevenció de la conducta suïcida implica un enfocament multisectorial, considerant sectors i col·lectius sanitaris i no sanitaris, així com intervencions a diversos nivells. D'entre aquests col·lectius, es troben els metges i metgesses d'atenció primària, pel vincle i la confiança que tenen amb els i les pacients que atenen. Així doncs, és important la gestió de la conducta suïcida des d'aquest nivell per tal de prevenir-la. L'objectiu principal d'aquest estudi és descriure els coneixements i la percepció que tenen un grup de metges i metgesses d'un centre d'atenció primària en relació a la gestió de la conducta suïcida. Per assolir aquest objectiu s'ha realitzat un disseny d'investigació per enquesta de tipus transversal amb una mostra de 18 metges i metgesses d'un centre d'atenció primària de Barcelona. La majoria de professionals són dones i tenen entre 30 i 50 anys. El qüestionari de recollida de dades ha estat dissenyat específicament per aquest estudi a partir de dues escales. Els resultats mostren que, en general, els metges i metgesses d'aquest centre consideren que tenen coneixements sobre la gestió de la conducta suïcida, malgrat que la majoria no han participat en cap formació durant els últims 5 anys. A més, tots i totes han interactuat amb persones en risc de suïcidi i estan interessats/des a ampliar els seus coneixements sobre la gestió de la conducta suïcida, ja que perceben la importància del seu rol envers aquest fenomen i tenen una actitud positiva. Cal destacar que no s'han trobat diferències significatives en els coneixements i la percepció dels/les participants d'aquest estudi en funció del gènere, l'edat i la formació sobre la conducta suïcida que han rebut. En conclusió, aquests resultats mostren la importància i la disposició favorable dels i les professionals per gestionar la conducta suïcida.

**Paraules clau:** suïcidi, prevenció, percepció, metges d'atenció primària, gestió del suïcidi.

## **ABSTRACT**

Every 40 seconds a person dies by suicide somewhere in the world and many more try to. Preventing suicidal behaviour implies a multisectorial approach, considering sectors and collectives both from medical and non-medical background, as well as intervention at different levels. Among these collectives we can find primary care doctors, for their link and proximity with their patients. Therefore, it is important to manage suicidal behaviour from this level in order to prevent it. The main objective of this study is to describe the knowledge and perception that a group of doctors from a primary care centre have regarding the management of suicidal behaviour. To achieve this objective a research with a transversal survey design has been used. The sample is composed by 18 doctors from a primary attention centre located in Barcelona. The majority of the sample are professionals between 30 and 50 years old and most of them are women. A data collective questionnaire has been designed specially for this study using two scales. The results obtained show that, in general, doctors from that centre believe to have knowledge about the management of suicidal behaviour, although most of them has not participated in any formation in the last 5 years. Furthermore, all have interacted with individuals in risk of suicide and report being interested in increasing their knowledge about suicidal behaviour management, as they understand the importance of their role towards this phenomenon and have a positive attitude towards it. It must be noted that there are no significant differences in knowledge and perception according to gender, age and previous formation. In conclusion, these results show the relevance and the positive willingness of the professionals to manage the suicidal behaviour.

**Keywords:** suicide, prevention, perception, primary care doctors, management of suicide.

## **ÍNDEX**

INTRODUCCIÓ .....	9
Marc teòric .....	9
Objectius .....	26
Hipòtesis .....	27
MATERIALS I MÈTODES .....	28
Disseny .....	28
Participants .....	28
Instruments .....	28
Procediment .....	31
Anàlisi estadística .....	31
RESULTATS .....	32
DISCUSSIÓ .....	57
CONCLUSIONS .....	64
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES .....	65
ANNEXOS .....	69

## ÍNDIX DE TAULES

Taula 1. Mites sobre la conducta suïcida.....	10
Taula 2. Dades sociodemogràfiques i professionals.....	31
Taula 3. Prevenció del suïcidi al centre d'atenció primària (N i %)......	33
Taula 4. Sentiments i pràctiques després d'un suïcidi.....	36
Taula 5. Reconeixement de pacients en risc de suïcidi (N i %)......	37
Taula 6. Cribratge de persones en risc de suïcidi (N i %)......	39
Taula 7. Derivació de pacients en risc de suïcidi (N i %)......	41
Taula 8. Utilitat i necessitat de formació sobre la conducta suïcida (N i %)......	42
Taula 9. Visió i percepció dels intents de suïcidi (N i %)......	48
Taula 10. Nombre de pacients identificats en risc de suïcidi en un any.....	83
Taula 11. Interacció directa o indirecta amb pacients que s'han suïcidat.....	83
Taula 12. Interès i disposició a participar en una formació de conducta suïcida.....	83
Taula 13. Percepció del nivell de competència o capacitat per tractar amb Pacients que presenten diferents diagnòstics.....	84
Taula 14. Percepció del nivell de compromís per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics.....	84
Taula 15. Percepció del nivell d'empatia per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics.....	85
Taula 16. Percepció del nivell d'irritabilitat o incomoditat per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics.....	85
Taula 17. Mitjanes de la percepció d'habilitats i aptituds personals.....	86
Taula 18. Nombre d'aspectes que interessin als/les professionals sobre la conducta suïcida.....	86
Taula 19. Resultats $X^2$ de la relació entre la percepció sobre el reconeixement del risc de suïcidi i l'edat dels/les professionals.....	87
Taula 20. Resultats $X^2$ de la relació entre la percepció sobre els coneixements respecte la derivació de pacients per risc de suïcidi i l'edat dels/les professionals....	87
Taula 21. Resultats $X^2$ de la relació entre la percepció sobre el reconeixement del risc de suïcidi i la participació en una formació durant els últims 5 anys.....	87

## ÍNDIX DE GRÀFICS

Gràfic 1. Edat i gènere de la mostra.....	32
Gràfic 2. Anys d'experiència professional dels/les professionals.....	32
Gràfic 3. Prevenció del suïcidi al centre d'atenció primària.....	34
Gràfic 4. Nombre de pacients identificats en risc de suïcidi en un any.....	35
Gràfic 5. Interacció directa o indirecta amb pacients que s'han suïcidat.....	35
Gràfic 6. Sentiments i pràctiques després d'un suïcidi.....	36
Gràfic 7. Reconeixement de pacients en risc de suïcidi.....	38
Gràfic 8. Responsables de realitzar cribratges per risc de suïcidi.....	38
Gràfic 9. Cribratge de persones en risc de suïcidi.....	39
Gràfic 10. Utilització d'instruments per avaluar el risc de suïcidi.....	40
Gràfic 11. Instruments que utilitzen els metges/sses per avaluar el risc de suïcidi.....	40
Gràfic 12. Derivació de pacients en risc de suïcidi.....	41
Gràfic 13. Serveis als quals deriven els/les pacients que ho requereixen.....	41
Gràfic 14. Participació a alguna formació sobre la conducta suïcida.....	42
Gràfic 15. Participació a alguna formació sobre la conducta suïcida al CAP.....	42
Gràfic 16. Utilitat i necessitat de formació sobre la conducta suïcida.....	43
Gràfic 17. Participació a alguna formació sobre el reconeixement de signes d'advertència.....	43
Gràfic 18. Participació a alguna formació sobre com avaluar el risc de suïcidi.....	43
Gràfic 19. Participació a alguna formació sobre la conducta suïcida en els últims 5 anys.....	44
Gràfic 20. Tipus de formació sobre conducta suïcida.....	44
Gràfic 21. Grau d'interès per participar en una formació de conducta suïcida.....	45
Gràfic 22. Hores que poden i volen invertir en una formació de conducta suïcida.....	45
Gràfic 23. Nivell de competència o capacitat percebut per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics.....	46
Gràfic 24. Nivell de compromís percebut per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics.....	47
Gràfic 25. Nivell d'empatia percebuda per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics.....	47
Gràfic 26. Nivell d'irritabilitat o incomoditat percebuda per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics.....	48
Gràfic 27. Visió i percepció dels intents de suïcidi.....	50
Gràfic 28. Nombre d'aspectes que interessin als/les professionals sobre la	

conducta suïcida.....	50
Gràfic 29. Percepció dels metges/sses respecte el reconeixement de pacients en risc de suïcidi en funció de l'edat dels/les.....	51
Gràfic 30. Utilització d'instruments per part dels metges/sses per valorar el risc de suïcidi dels/les pacients en funció de l'edat dels/les professionals.....	52
Gràfic 31. Percepció dels metges/sses sobre els seus coneixements respecte la derivació de pacients en risc de suïcidi a altres serveis en funció de l'edat dels/les professionals.....	53
Gràfic 32. Percepció dels metges/sses respecte el reconeixement de pacients que poden estar en risc de suïcidi en funció de la formació en els últims 5 anys.....	53
Gràfic 33. Interès dels metges i metgesses a participar en formació sobre la conducta suïcida en funció del gènere.....	54
Gràfic 34. Percepció dels metges/sses, en funció del gènere, sobre l'amabilitat envers pacients que han intentat suïcidar-se.....	54
Gràfic 35. Percepció dels metges i metgesses, en funció del gènere, sobre la voluntat d'ajudar a persones que han intentat suïcidar-se.....	55



## INTRODUCCIÓ

### Marc teòric

L'Organització Mundial de la Salut (World Health Organization [WHO], 2014) defineix el suïcidi com l'acte deliberat en el qual el subjecte es causa la seva pròpia mort. La paraula suïcidi prové del llatí, en què *sui* significa "a sí mateix" i *occidere*, "matar" (Ros i Arranz, 2015). Tot i així, el concepte de conducta suïcida engloba tant l'acció que culmina amb la mort com altres accions en què la mort no s'arriba a produir (Ros i Arranz, 2015). Així doncs, actualment, el fenomen del suïcidi s'entén a través d'un contínuum, considerant la naturalesa i gravetat dels fets. Aquest contínuum va des de la ideació suïcida, entesa com els pensaments o desitjos de mort, fins a l'intent de suïcidi i, finalment, el suïcidi consumat. Per tant, el risc augmenta de manera progressiva (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

No obstant això, cal tenir en compte que conceptualitzar el fenomen del suïcidi és complex, ja que genera molta controvèrsia. Per aquest motiu, no existeix una única manera de classificar i definir els diferents termes, sinó que depèn en gran mesura de l'autor/a i del país on s'apliqui. A més, cal tenir en compte que els termes estan en constant evolució (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; WHO, 2014).

Una de les nomenclatures més conegudes és la que van proposar Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll i Joiner (2007) a partir de la revisió de la classificació realitzada l'any 1996 per O'Carroll. O'Carroll anomenava *Torre de Babel* al conjunt de termes del fenomen del suïcidi, diferenciant entre ideació suïcida i conducta relacionada amb el suïcidi. Respecte la conducta suïcida, es centrava en la intencionalitat per tal de distingir entre conductes instrumentals –sense intencionalitat– i actes suïcides –amb intencionalitat. L'any 2007, Silverman et al. van reorganitzar la *Torre de Babel* i van continuar distingint entre ideació suïcida i conductes relacionades amb el suïcidi, però van afegir la comunicació relacionada amb el suïcidi. En primer lloc, la ideació suïcida són tots aquells pensaments sobre el suïcidi. En segon lloc, les conductes relacionades amb el suïcidi inclouen les autolesions, la conducta suïcida no determinada, els intents de suïcidi i el suïcidi consumat. En tercer lloc, la comunicació suïcida són totes aquelles expressions verbals i no verbals que transmeten la idea de posar fi a la pròpia vida. La comunicació suïcida inclou l'amenaça suïcida –acte que pot predir una conducta suïcida– i el pla suïcida –proposta d'un mètode per tal de dur a terme el suïcidi. Cal afegir que Silverman et al. (2007) també classifica totes aquestes

conductes en tipus I, II i III. En la comunicació i la ideació suïcida, les conductes de tipus I no tenen intencionalitat suïcida, les de tipus II tenen una intencionalitat indeterminada i les de tipus III tenen algun grau d'intencionalitat. D'altra banda, les conductes relacionades amb el suïcidi poden ser de tipus I si no provoquen lesions, o bé de tipus II si provoquen lesions (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll i Joiner, 2007). Respecte la intencionalitat, cal remarcar que moltes persones no tenen intenció real de morir, sinó que el que realment volen és acabar amb aquell patiment interminable al qual no veuen sortida (Robles, Acinas i Pérez-Íñigo, 2013).

D'altra banda, també s'utilitza el terme *parasuïcidi*, sobretot a països europeus, per referir-se tant als episodis que no tenen intenció letal com als comportaments autolesius greus, en què la intencionalitat no està clara (Ros i Arranz, 2015).

Actualment, el suïcidi es situa entre les quinze primeres causes de mort al món (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). Es calcula que unes 800.000 persones moren cada any per suïcidi a nivell mundial, de manera que cada 40 segons una persona mor per suïcidi en algun lloc del món i moltes altres persones ho intenten. A més, la seva tendència és ascendent, s'estima que l'any 2020 la xifra de suïcidis serà d'1,53 milions de persones. Tenint en compte la variable edat, globalment, la taxa més alta es troba en persones de 70 anys o més. Tot i així, és la segona causa de mort dels joves entre 15 i 29 anys. Respecte el sexe, hi ha més suïcidis en homes que en dones i els mètodes més utilitzats a nivell mundial són els pesticides, el penjament i les armes de foc (WHO, 2014).

Segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística, l'any 2017 van morir 3.679 persones per suïcidi a Espanya, representant un 3,1% més que l'any 2016. La taxa de suïcidi va ser de 7,9 morts per cada 100.000 persones. Aquestes dades situen al suïcidi com la primera causa de mort externa. Si es compara amb les morts per accidents de trànsit, l'any 2017 van morir 1.943 persones per accident de trànsit, per tant, hi ha gairebé el doble de morts per suïcidi que per accidents de trànsit (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

A Catalunya, l'any 2017 van morir un total de 504 persones per suïcidi, de les quals 374 eren homes i 130 eren dones. La majoria d'aquestes persones, concretament 357 persones, pertanyien a la província de Barcelona. Tenint en compte la variable edat, un 14,88% del total de morts –75 persones– tenien entre 30 i 39 anys, representant el grup d'edat amb major nombre de suïcidis de l'any 2017. Els mètodes més utilitzats

van ser el penjament, l'estrangulament o sufocació i el salt des d'un lloc elevat (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Cal tenir en compte que és molt probable que es produeixi un biaix en el registre del nombre de suïcidis, ja que els mateixos sistemes de registre poden induir a errors. A més, l'estigma i el tabú associat, així com el fet que en alguns països el suïcidi sigui il·legal, també pot influir negativament en el registre i, per tant, pot donar registres poc acurats (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; WHO, 2014). Per aquest motiu, és difícil veure la magnitud real del problema (Bobes, Giner i Sáiz, 2011).

El tabú que envolta la conducta suïcida, així com la falta de coneixement i de comprensió que sovint presenta aquest fenomen, influeix en la creació de mites i prejudicis. Aquestes falses afirmacions poden dificultar la prevenció efectiva d'aquest fenomen, de manera que és molt important que s'identifiquin, sobretot, per part dels professionals que poden estar en contacte amb persones que estan en risc de suïcidi, per oferir-los el suport adequat, sense que aquests mites influeixin negativament en aquest oferiment de suport (Pérez, 2004). A la taula que es presenta a continuació es descriuen alguns d'aquests mites:

**Taula 1.** Mites sobre la conducta suïcida

Mite sobre el suïcidi	Realitat sobre el suïcidi
Les persones que parlen de suïcidi no tenen intenció de fer-ho.	Les persones que parlen sobre suïcidi pot ser que estiguin demanant ajuda o suport. Aquest mite pot conduir a no prestar atenció a les persones que estan manifestant la seva ideació suïcida.
La majoria de suïcidis succeeixen sense avís previ.	La majoria de suïcidis estan precedits per senyals d'alerta, siguin paraules, gestos o canvis de conducta. Aquest mite minimitza amenaces suïcides i sovint provoca que no es presti atenció a signes implícits.
Una persona amb ideació suïcida està determinada a morir, no hi ha res a fer. Les persones que moren per suïcidi desitgen morir.	Les persones amb ideació suïcida solen tenir pensaments ambivalents sobre si viure o morir. Volen acabar amb el patiment i, per tant, desitgen morir si la vida continua així, valorant la mort com l'única manera de superar aquesta situació. L'accés al suport necessari a temps pot prevenir el suïcidi.
Només les persones que	La conducta suïcida indica profunda infelicitat i

<p>presenten trastorns mentals es suïciden.</p>	<p>patiment, però no necessàriament indica un trastorn mental. Moltes persones que presenten un trastorn mental no estan afectades per conducta suïcida i no totes les persones que moren per suïcidi tenen un trastorn mental. La ideació suïcida pot aparèixer a qualsevol persona.</p>
<p>Parlar sobre suïcidi és una mala idea, ja que pot fomentar-lo i pot interpretar-se com un encoratjament.</p>	<p>Les persones que contempen el suïcidi normalment no saben amb qui parlar a causa de l'estigma associat. Parlar obertament sobre el suïcidi pot prevenir-lo, ja que pot ajudar a les persones a veure altres opcions o donar-los temps per repensar la decisió.</p>
<p>Quan s'ha realitzat una temptativa suïcida i la persona comença a millorar, es pot dir que ja no hi ha risc.</p>	<p>Després de la crisi hi ha suport social, però aquest suport va disminuint progressivament, per tant, pot augmentar el risc de conducta suïcida. Fins i tot, alguns experts consideren que els 90 dies posteriors a l'intent són els més perillosos.</p>
<p>La conducta suïcida s'hereta.</p>	<p>Aquest mite implica creure que no es pot fer res davant la conducta suïcida i no té en compte la gran influència que té l'ambient en la conducta suïcida. Hi ha factors protectors que es poden potenciar, com ara l'habilitat de resolució de problemes, ja que el suïcidi es considera una manera de resoldre els problemes i el patiment.</p>
<p>El suïcidi és impulsiu.</p>	<p>L'acte és impulsiu, però la ideació suïcida no ho és, ja que hi ha un procés al darrere. Aquest mite limita les accions preventives, ja que implica creure que no es pot preveure.</p>
<p>Les conductes autolesives no tenen intencionalitat suïcida, ja que la persona només vol cridar l'atenció.</p>	<p>Aquestes conductes requereixen una avaluació i un tractament adequat, sense judicis de valor. Els intents previs augmenten la probabilitat del suïcidi.</p>
<p>La persona que intenta suïcidar-se és covarda. La persona que intenta suïcidar-se és valenta.</p>	<p>Les persones que intenten suïcidar-se no són covardes ni valentes, són persones que estan patint. A més, és l'única mort que té un judici de valor.</p>

(Anseán, 2014; Pérez, 2004; Robles, Acinas i Pérez-Íñigo, 2013; WHO, 2014)

La conducta suïcida es tracta d'un fenomen multicausal, per tant, hi intervenen una gran quantitat de factors que poden augmentar la probabilitat que aquesta conducta aparegui (Ros i Arranz, 2015). Cal destacar que la presència de factors de risc no determina la conducta suïcida (WHO, 2014). Així doncs, els factors de risc poden augmentar o disminuir el nivell de risc de suïcidi, però no tots tenen el mateix pes ni tenen els mateixos efectes en totes les persones, per tant, per valorar el risc d'una persona no es posarà èmfasi únicament a l'acumulació de factors de risc, sinó també en la interrelació que es dóna en cada cas (Giner i Pérez, 2011; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suïcida, 2012). La majoria de models explicatius sobre la interacció d'aquests factors es basen en el model de diàtesi-estrès, que defensa que una predisposició biològica –diàtesi–, que faria més vulnerable a determinades persones, interaccionaria amb diferents factors vitals estressants, i el resultat podria ser la conducta suïcida (Navío i Villoria, 2014). Tot i així, hi ha altres models explicatius, com ara el clàssic model sociològic de Durkheim o el model dinàmic (Ros i Arranz, 2015).

La identificació dels factors de risc que poden influir en la conducta suïcida és essencial per tal de valorar adequadament el nivell de risc de suïcidi d'una persona i per tal de dur a terme una prevenció efectiva del suïcidi, ja que d'aquesta manera es poden determinar intervencions per disminuir aquests factors (Giner i Pérez, 2011; WHO, 2014). Tanmateix, cal tenir en compte que, clàssicament, els factors de risc es divideixen en factors modificables i factors immoificables. Per tant, hi ha factors en els quals es pot intervenir, com ara els trastorns mentals, la salut física i les dimensions psicològiques; i factors que es mantenen en el temps o no es poden modificar, com ara la genètica, el sexe, l'edat i l'estat civil (Giner i Pérez, 2011).

Els factors de risc es poden classificar en factors de risc individuals, factors de risc familiars i contextuals i altres factors (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suïcida, 2012). Tot i així, aquesta no és l'única classificació i tampoc són els únics factors de risc que poden influir en la conducta suïcida, ja que cal tenir en compte cada context (WHO, 2014). A més, els factors contextuals poden esdevenir factors precipitants en persones que presenten predisposició (Ros i Arranz, 2015).

Pel que fa als factors de risc individuals, s'inclouen la presència de trastorns mentals, els factors psicològics, els intents previs de suïcidi o ideació suïcida, l'edat, el sexe, els factors genètics i biològics i les malalties físiques. Respecte els trastorns mentals, els que estan més relacionats amb el suïcidi són el trastorn depressiu major, el trastorn

bipolar, els trastorns psicòtics, els trastorns d'ansietat, els trastorns de la conducta alimentària, l'abús d'alcohol i altres substàncies i els trastorns de la personalitat. Les variables psicològiques que més influeixen en la conducta suïcida són la rigidesa cognitiva i la desesperança, però la impulsivitat, la ira, el pensament dicotòmic, la dificultat en la resolució de problemes, la sobregeneralització del record autobiogràfic, el perfeccionisme i l'ansietat també són factors influents. Els intents de suïcidi previs es consideren un gran predictor de la conducta suïcida i la població que presenta major risc són adolescents i persones grans. Respecte el sexe, els homes solen tenir una taxa major de suïcidi consumat que les dones, però aquestes realitzen més intents que els homes. Els factors genètics i biològics tenen a veure amb determinats gens i factors bioquímics que provoquen la reducció de l'activitat serotoninèrgica. El dolor, la pèrdua de mobilitat, la desfiguració o malalties amb un mal pronòstic, com ara el càncer o el sida són factors que poden estar associats a la conducta suïcida, però cal tenir en compte que solen anar acompanyats d'altres factors (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; WHO, 2014).

Pel que fa als factors de risc familiars i contextuals, s'inclouen la història familiar de suïcidi, de manera que tenir antecedents familiars de suïcidi, sobretot, familiars de primer grau, augmenta el risc de suïcidi; els esdeveniments vitals estressants, com ara pèrdues personals –separació, morts–, pèrdues financeres, problemes legals o conflictes; i l'exposició a casos de suïcidi o a informacions inadequades sobre el suïcidi als mitjans de comunicació o a les xarxes socials. També s'inclouen els factors sociofamiliars i ambientals, que tenen a veure amb la falta de suport sociofamiliar, amb el nivell socioeconòmic baix, amb algunes situacions laborals –pèrdua del lloc de treball, jubilació, treballs molt qualificats i amb alts nivells d'estrès–, amb el baix nivell educatiu i amb la baixa afiliació religiosa –considerant que les persones atees poden tenir taxes més altes de suïcidi– (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Pel que fa a altres factors de risc, es considera que la història de maltractament físic o abusos sexuals; la discriminació que reben alguns col·lectius com ara els adolescents homosexuals; l'assetjament escolar; i el fàcil accés als mitjans per dur a terme un acte suïcida com ara als pesticides o a les vies del tren, augmenten el risc de suïcidi (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). A més, també és un factor de risc l'estigma social i el tabú associat a la conducta suïcida (WHO, 2014).

D'altra banda, els factors de protecció són tots aquells que disminueixen la probabilitat de suïcidi. Per tant, identificar aquests factors i potenciar-los també és molt important per a la prevenció del suïcidi (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; WHO, 2014). Aquests factors poden ser personals, com ara l'habilitat per resoldre conflictes, la confiança amb un mateix, estratègies d'afrontament adequades, l'autocontrol de la impulsivitat, l'alta autoestima, les habilitats socials o la flexibilitat cognitiva; i també poden ser socials o mediambientals, com ara el suport sociofamiliar, les creences religioses o els valors positius, la restricció de l'accés als mitjans com ara col·locar barreres a llocs elevats, o el seguiment d'un tractament en casos de trastorns mentals o malalties físiques (Giner i Pérez, 2011; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Així doncs, el suïcidi es tracta d'un fenomen complex, ja que hi intervenen diferents factors que interaccionen entre sí i que, probablement, cap d'aquests factors per separat podria ser suficient per explicar la conducta suïcida. En aquest sentit, la seva prevenció engloba diverses intervencions i models (Sáiz, García-Portilla i Bobes, 2011).

Segons la Comissió de Malalties Cròniques (1957), el model de prevenció clàssic divideix la prevenció sanitària en tres nivells: primària, secundària i terciària, en funció de si la malaltia, trastorn mental o conducta desadaptativa és present o absent en la persona.

En primer lloc, la prevenció primària es centra en actuacions abans que aparegui la malaltia o trastorn. Per tant, va dirigida a la població general per tal de promoure la salut i els hàbits saludables i d'aquesta manera disminuir la freqüència de malalties, trastorns mentals i conductes desadaptatives (Ayuso, 2011; Herrejón, 2014). En aquest nivell una de les intervencions que es pot realitzar és oferir programes educatius i de conscienciació per la població o per grups específics, com ara escoles (Sáiz, García-Portilla i Bobes, 2011).

En segon lloc, la prevenció secundària es centra en actuacions quan la presència de la malaltia o trastorn ja es pot identificar, però abans que s'hagin causat problemes. També va dirigida a determinats grups de persones que poden estar en risc, encara que no presentin cap símptoma d'una malaltia, trastorn o conducta desadaptativa (Ayuso, 2011; Herrejón, 2014). Per tant, aquest nivell inclou de detecció precoç i una de les intervencions que es pot realitzar és oferir programes educatius dirigits a

professionals d'atenció primària i especialitzada per millorar el seu nivell de coneixement sobre el diagnòstic i el tractament dels trastorns mentals i de la persona amb risc de suïcidi (Sáiz, García-Portilla i Bobes, 2011).

Per últim, la prevenció terciària va dirigida a persones concretes que presenten una malaltia o un trastorn mental, de manera que es desenvolupen accions per tal de minimitzar el seu efecte, evitar un major deteriorament i que la persona recuperi el seu estat previ de salut (Ayuso, 2011; Herrejón, 2014). Aquest nivell de prevenció també té com a objectiu prevenir recaigudes i la població a la qual es dirigeix, relacionat amb el fenomen del suïcidi, són a aquelles persones que presenten ideació suïcida o que han realitzat intents de suïcidi, així com a les persones que han patit la pèrdua d'una persona propera a causa d'un suïcidi. Aquestes persones han de poder accedir als serveis de salut mental i rebre una continuïtat en el seu tractament (Sáiz, García-Portilla i Bobes, 2011).

Aquest model es va ampliar més endavant, ja que es va afegir un quart nivell de prevenció que té a veure amb la prevenció de les mateixes conseqüències negatives del contacte amb el sistema sanitari (Ayuso, 2011; Herrejón, 2014).

Més tard, Gordon (1983) proposa un altre model de prevenció sanitària, que distingeix entre la prevenció universal, la prevenció selectiva i la prevenció indicada. Cal destacar que l'any 1994, l'Institut de Medicina de Washington agafa com a base aquesta classificació proposada per Gordon (Sáiz, García-Portilla i Bobes, 2011).

En primer lloc, la prevenció universal es dirigeix a tota la població, per tant, les intervencions es dirigeixen a tota la comunitat, de manera que aquestes activitats poden arribar a persones que no presenten cap símptoma o que estan en risc baix. Aquest nivell es centra a potenciar els factors protectors i minimitzar la presència de factors de risc (Herrejón, 2014; Sáiz, García-Portilla i Bobes, 2011). En l'àmbit de la prevenció del suïcidi, la prevenció universal inclou intervencions com ara el desenvolupament de polítiques de salut mental, campanyes informatives orientades a la desestigmatització i a la detecció de factors de risc, la detecció de la depressió als centres d'atenció primària, la restricció dels accessos a les armes de foc i a les municions, l'ensenyament d'habilitats de resolució de conflictes a alumnes d'escoles d'educació primària i el tractament responsable de la conducta suïcida als mitjans de comunicació (Ayuso, 2011; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Herrejón, 2014; WHO, 2014).



En segon lloc, la prevenció selectiva es dirigeix a un grup de la població que presenta, tenint en compte els diferents factors de risc, un nivell de risc per sobre de la mitjana (Herrejón, 2014). Centrant-se en determinats col·lectius en risc, la prevenció selectiva inclou intervencions que poden estar relacionades amb potenciar els factors de protecció, com ara oferir un programa d'habilitats de resolució de problemes en determinats grups de persones. Altres intervencions podrien ser el perfeccionament de la detecció i el tractament de la depressió per a la tercera edat en centres d'atenció primària, la reducció de l'accés als mitjans d'autolesió a les presons i el desenvolupament de programes per reduir la desesperança i que promoguin oportunitats en poblacions de risc, com ara persones desocupades o persones grans (Ayuso, 2011; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Herrejón, 2014).

Per últim, la prevenció indicada es dirigeix a persones que presenten un risc elevat, que indiquen una predisposició o una probabilitat alta de desenvolupar un trastorn, però que en aquests moments no es compleixen els criteris diagnòstics (Herrejón, 2014). Per exemple, en persones que ja han presentat alguna conducta suïcida, algunes de les intervencions que es poden oferir són la psicoteràpia; les mesures per controlar l'accés als mitjans suïcides abans de donar l'alta a un/a pacient que ha intentat suïcidar-se; i l'oferiment de recursos, com ara telèfons d'ajuda i/o associacions (Ayuso, 2011; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Herrejón, 2014).

Segons l'evidència científica internacional, tots els plans o programes de prevenció de la conducta suïcida haurien de contemplar la limitació de l'accés als mitjans letals; la millora de l'accés als serveis sanitaris i la facilitació de suport a persones en risc de suïcidi; la identificació, tractament i seguiment adequat de les persones amb depressió i altres trastorns mentals; el desenvolupament d'intervencions comunitàries per joves, persones grans i minories ètniques; la sensibilització dels professionals sanitaris i la millora de la formació dels metges/sses d'atenció primària i dels professionals de l'ensenyament; l'eliminació de tabús i estigmes sobre el trastorn mental i el suïcidi, tant en el personal sanitari com en la població general; la implicació dels mitjans de comunicació en el tractament responsable d'informació; i promoure la investigació (Herrejón, 2014).

L'any 1999, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va impulsar una iniciativa a nivell mundial anomenada SUPRE (*Suicide Prevention*) per tal de reduir la mortalitat a causa del suïcidi i els tabús que hi ha al voltant d'aquest fenomen. Aquesta iniciativa defensa

que la prevenció del suïcidi implica un equip multidisciplinari, incloent-hi sectors sanitaris i no sanitaris. Per aquest motiu, l'OMS va elaborar diversos documents que ofereixen informació, recomanacions, pautes i guies d'acció, adreçats a professionals i persones que poden tenir un paper clau en la prevenció del suïcidi. D'entre aquests col·lectius de persones, hi ha metges/sses generals, professionals dels mitjans de comunicació, docents, bombers, entre d'altres (Ayuso, 2011; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

L'any 2014, l'OMS (WHO, 2014) va publicar un informe per la prevenció del suïcidi, on continua defensant que els suïcidis es poden evitar, però que requereix un enfocament multisectorial i que ha d'esdevenir una de les prioritats de tots els governs. Tot i així, davant la necessitat d'intervencions de diferents tipus i a diferents nivells, pot resultar difícil discriminar quines estratègies són les més eficaces (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

En aquesta mateixa línia, Dumon i Portzky (2014), també destaquen la necessitat d'estratègies diferents i a diferents nivells per la prevenció del suïcidi: promoció de la salut mental, ajuda telefònica i en línia, formació de professionals de la salut i altres agents, programes dirigits a grups vulnerables i a grups en alt risc i restricció de l'accés als mitjans letals.

A nivell europeu s'han realitzat diversos programes de prevenció de la conducta suïcida, com ara l'European Alliance Against Depression (EAAD), European Regions Enforcing Actions Against Suicide (EUREGENAS) i Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe (OSPI Europe) (Herrejón, 2014). A més, a partir de les polítiques de l'OMS, alguns països, com ara Dinamarca, Estats Units, Anglaterra o Noruega, han desenvolupat diferents protocols d'actuació i polítiques específiques d'acció per la prevenció del suïcidi dins del seu sistema nacional de salut (Ayuso, 2011).

No obstant això, a l'estat espanyol, a nivell legal no existeix cap política específica contra el suïcidi, la prevenció del suïcidi està contemplada dins dels objectius de l'Estratègia en Salut Mental del Sistema Nacional de Salut (SNS), fet que Anseán (2014) considera insuficient, davant la magnitud del problema. A més, tal com defensa l'OMS, Anseán (2014) també destaca la necessitat de la corresponsabilització de tots els sectors implicats com ara el sistema sanitari, els centres educatius, els serveis socials, els mitjans de comunicació, els cossos de seguretat o les empreses.

Dins de l'Estratègia de Salut Mental hi ha el Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut a Atenció Primària (PAPPS), creat per la Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitària (semFyC). A partir d'aquest programa s'han fet diversos programes de prevenció en salut mental, com ara el programa de prevenció del suïcidi i alhora ha sigut un referent per implementar altres programes a nivell de Comunitats Autònomes, com ara a Catalunya o a Galícia. Aquest programa destaca la necessitat de formació dels/les professionals d'atenció primària en l'àmbit psicosocial, concretament en coneixements, habilitats i actituds a l'hora de realitzar una entrevista clínica. Tot i així, el programa de prevenció del suïcidi ha sigut criticat per la falta de més propostes i d'un protocol específic (Almenta, 2014).

A Catalunya, com a integrants de l'European Alliance Against Depression (EAAD), es va dur a terme una campanya de prevenció de la depressió a Barcelona, concretament al barri Dreta de l'Eixample. Aquesta intervenció es va centrar en diferents àmbits: entrenament dels metges/sses de família, campanya d'informació sobre la depressió a través dels mitjans de comunicació, cooperació amb agents socials de la comunitat amb un paper potencialment relacionat amb les conductes suïcides –professorat, sacerdots, etc. – i suport per la realització d'activitats d'autoajuda dirigides a grups de risc. A partir d'aquesta última intervenció, entre el 2005 i el 2008, es va realitzar un Programa de Prevenció de la conducta suïcida (PPCS) que consisteix en quatre fases: exploració i recollida de dades, sensibilització, cribatge i tractament de la conducta suïcida i avaluació del programa i seguiment dels pacients transcorreguts sis i dotze mesos. A la fase de sensibilització es van elaborar materials audiovisuals i es van dur a terme sessions informatives dirigides a professionals sanitaris i treballadors/es socials. A més, també es va crear una pàgina web –[www.suicidioprevencion.com](http://www.suicidioprevencion.com)– per ajudar i assessorar a les persones que es poden trobar en situacions de conducta suïcida, sigui una persona propera o ells/es mateixos. Cal remarcar que la psicoeducació es va estendre a altres sectors del barri, com ara els comerços, associacions cíviques, mitjans de comunicació i familiars de persones que presenten trastorns mentals. Després de comparar els pacients que havien format part del programa amb un altre grup de pacients –grup control– es va veure que el programa havia sigut efectiu, ja que s'havien reduït les recaigudes. A més, es va concloure que la detecció precoç de la conducta suïcida i l'adherència al tractament després d'un intent de suïcidi disminueixen la possibilitat de recaigudes (Almenta, 2014; Ayuso, 2011; Tejedor et al., 2011).

L'any 2005, Mann et al. van descriure les intervencions més efectives per a la prevenció del suïcidi, d'entre les quals destaquen la reducció de l'accés als mètodes letals i la formació dels professionals d'atenció primària. Defensen que la depressió i altres trastorns mentals estan infradiagnosticats i, per tant, no estan en tractament. Als metges/sses d'atenció primària els falten coneixements o fracassen a l'hora de realitzar un cribratge dels pacients amb depressió i aquest fet influeix als suïcidis que es donen en pacients que no estan sota tractament. Així doncs, millorar el reconeixement de la depressió per part dels metges/sses i valorar el risc de suïcidi és un element per a la prevenció de la conducta suïcida.

En aquest sentit, a Catalunya, el Servei Català de la Salut (CatSalut), juntament amb el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i el consens de les societats científiques han elaborat un protocol per atendre a les persones en risc de suïcidi, anomenat Codi risc de suïcidi (CRS). Aquest protocol descriu les actuacions que han de dur a terme els professionals de l'àmbit sanitari, tant d'atenció primària com d'urgències, per a la valoració i gestió del risc de suïcidi de les persones que atenen (CatSalut, 2015).

Cal destacar que l'atenció primària és el primer punt d'accés al sistema sanitari públic, per tant, en aquest punt esdevé molt important la prevenció secundària –proposada pel model clàssic– o la prevenció selectiva –proposada pel model de Gordon– de la conducta suïcida, ja que aquest nivell de prevenció inclou el diagnòstic precoç i el cribratge, també anomenat *screening* de les persones que poden estar en risc de suïcidi, per tal d'oferir el tractament adequat i, d'aquesta manera, disminuir la taxa de suïcidis (Castejón i San Martín, 2012; Generalitat de Catalunya, 2018).

Segons Buitrago et al. (2018), des d'atenció primària es poden prevenir conflictes psicosocials i trastorns mentals, ja que és un dels dispositius amb els quals la ciutadania té major contacte. A més, s'ha vist en diversos estudis que la majoria d'aquests pacients consulten habitualment el centre d'atenció primària (CAP) i que les situacions desfavorables que no es detecten de manera precoç en aquest nivell tenen una pitjor evolució. També destaquen que els professionals d'atenció primària, tant metges/sses, infermers/es com treballadors/es socials, poden desenvolupar un paper clau no només en la prevenció i la promoció de la salut mental, sinó també en el tractament i el seguiment d'aquests pacients a nivell familiar i comunitari. Cal destacar que el coneixement de la família i el context que poden aportar els professionals d'atenció primària és molt beneficiós per a la coordinació amb els dispositius especialitzats i els serveis socials.

Els i les professionals d'atenció primària poden tenir un gran paper en l'avaluació i la detecció de factors de risc de suïcidi i, per tant, en la gestió de la conducta suïcida gràcies al contacte i al gran coneixement que tenen sobre els problemes i situacions de la comunitat on desenvolupen la seva feina. Les persones ateses tenen un/a professional de referència, de manera que reben atenció personalitzada i aquest fet afavoreix el coneixement del pacient i el vincle amb ell/a, així com amb la família i l'entorn. Aquest vincle i aquest coneixement també permet obtenir suport de la família, els amics i amigues i les organitzacions de la comunitat. Per tant, aquesta posició en la qual es troben els/les professionals d'atenció primària permet conèixer no només l'estat mental actual de la persona, sinó també altres factors, com ara factors socioeconòmics, esdeveniments vitals estressants, suport social del qual disposa i altres factors protectors. A més, poden oferir continuïtat en l'atenció, reben el reconeixement i l'acceptació per part de la població com a experts de la salut i solen tenir una relació de confiança o un contacte estret amb els i les pacients que atenen. Així doncs, es tracta de professionals que estan disponibles, accessibles, informats i compromesos a proporcionar atenció (Almenta, 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000).

La majoria de persones que han mort per suïcidi han tingut contacte previ, durant l'any anterior, amb el metge/ssa d'atenció primària, en canvi, molt poques persones han tingut contacte previ amb el servei de salut mental (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). Segons una revisió de diferents estudis, realitzada per Luoma, Martin i Pearson (2002), s'estima que un 77% de les persones que moren per suïcidi han contactat amb el metge/ssa d'atenció primària durant l'any anterior a la seva mort i un 45% durant el mes anterior a la seva mort. Tot i així, només un 32% han contactat amb un/a professional de salut mental durant l'any anterior, i un 19%, el mes anterior. Una altra revisió, realitzada per Saini (2015) assenyala que entre un 16% i un 25% de pacients que moren per suïcidi visiten el seu metge/ssa la setmana abans del suïcidi. Aquestes dades suggereixen que les intervencions amb els/les professionals d'atenció primària poden afectar a les taxes de suïcidi, sobretot, en persones grans, que són les persones que tendeixen a contactar més amb atenció primària prèviament al suïcidi (Luoma, Martin i Pearson, 2002).

Cal destacar que aquests contactes amb els centres d'atenció primària no significa que aquestes persones hagin comunicat la seva intenció de suïcidar-se amb els/les professionals (Munnelly i Cox, 2017). Els metges i metgesses d'atenció primària es

poden trobar amb pacients que acudeixen al centre perquè han dut a terme un intent de suïcidi o perquè tenen ideació suïcida, però també es poden trobar amb persones que tenen ideació suïcida, però no ho expressen verbalment (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Cal tenir present que aquest nivell de prevenció –secundària o selectiva– està estretament relacionat amb el nivell de prevenció primària –proposada pel model clàssic– o universal –proposada pel model de Gordon–. És a dir, en el moment en què s'inicien campanyes informatives i de conscienciació dirigides a la població general, hi ha la possibilitat que més persones prenguin consciència de la seva necessitat de demanar ajuda, però si aquestes persones no reben el suport que necessiten per part dels/les professionals de la salut –d'entre els quals hi ha els/les professionals d'atenció primària– es pot produir l'efecte contrari al que es busca: un increment del risc de comportaments suïcides. Per tant, la disminució del risc de suïcidi no depèn únicament de la conscienciació de les persones, sinó que també és fonamental que els/les professionals implicats tinguin la capacitat de detectar les necessitats que tenen les persones que estan en risc i oferir-los l'ajuda que necessiten. En aquest sentit, la prevenció requereix intervencions en tots els seus nivells, ja que intervencions a un sol nivell per sí soles no poden donar resposta a un fenomen complex, com és el suïcidi (Sáiz, García-Portilla i Bobes, 2011).

A partir d'aquestes dades es pot constatar la importància que tenen els i les professionals d'atenció primària per contribuir en la prevenció de les conductes suïcides mitjançant la identificació, la valoració i la gestió del risc de suïcidi que presenten les persones que atenen. Tot i així, l'avaluació del risc de suïcidi es considera una tasca complexa. Els factors de risc, com ara els intents de suïcidi previs o la depressió no sempre són reconeguts adequadament pels professionals d'atenció primària. Un estudi va determinar que els metges i metgesses d'atenció primària coneixien que els pacients havien realitzat un intent de suïcidi en el passat en només un 40% dels casos de suïcidi. Respecte els pacients amb depressió, molts acudeixen per queixes somàtiques, fet que pot incrementar la dificultat per detectar el trastorn depressiu com un possible factor de risc. Aquestes dificultats juntament amb la possible falta d'experiència i de formació sobre la salut mental poden influir de manera negativa en l'abordatge de la conducta suïcida. Així doncs, és molt important que aquests professionals tinguin coneixements i estiguin sensibilitzats per al reconeixement dels factors que es poden relacionar amb la conducta suïcida (Almenta, 2014).

En aquest sentit, tant l'OMS, com les dues guies elaborades pel National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i l'European Psychiatric Association (EPA), respectivament, assenyalen la importància de la formació dels metges i metgesses sobre prevenció del suïcidi per tal que tinguin coneixements sobre la conducta suïcida i puguin tractar amb persones que poden estar en risc de suïcidi (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suïcida, 2012). L'objectiu principal d'aquestes formacions és millorar la qualitat de l'atenció per millorar la prevenció de la conducta suïcida. Per tant, és important oferir formació per millorar la detecció, el tractament i la gestió de la conducta suïcida. Aquesta formació ha de permetre identificar factors de risc en la població atesa, com ara reconèixer la depressió i altres trastorns mentals, i avaluar el risc de suïcidi en les persones ateses (Servicio Andaluz de Salud, 2010; WHO, 2014).

S'ha vist que la formació en prevenció de suïcidi, com ara el programa STORM (*Skills Training on Risk Management*, una de les formacions més utilitzades), pot millorar l'actitud i la confiança dels/les professionals per tractar amb les persones que poden estar en risc de suïcidi (Munnelly i Cox, 2017).

Tot i així, s'ha vist que la majoria de professionals no tenen suficient formació per a proporcionar una adequada avaluació i tractament de pacients amb conducta suïcida ni criteris clars de quan derivar a l'atenció especialitzada (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suïcida, 2012).

Segons l'estudi de Munnelly i Cox (2017), un 77% dels metges/sses generals s'han trobat amb casos de persones que s'han suïcidat, aquest fet, a la majoria, els ha provocat sentiments de culpabilitat, preocupació o fracàs, encara que una major part dels pacients ja estaven vinculats als serveis de salut mental. D'altra banda, un 59% dels metges/sses generals consideren que tenen la preparació adequada per reconèixer persones en risc de suïcidi, però molt pocs professionals han rebut formació formal. Només un 3% han rebut formacions específiques, com ara l'STORM. En comparació amb les persones que no han rebut formació, les que han rebut formació tenen una actitud més positiva envers la prevenció del suïcidi i més confiança a l'hora de tractar les necessitats dels pacients i identificar els serveis necessaris per a aquests. És important valorar el risc de suïcidi per poder derivar als serveis de salut mental. Cal afegir que un 33% reconeix els beneficis i/o la necessitat de formació.

Grimholt, Haavet, Jacobsen, Sandvik i Ekeberg (2014) van trobar que els metges/sses generals, els metges/sses de medicina interna i els/les psiquiatres valoren de manera

més baixa el seu nivell de compromís i d'empatia envers els pacients amb problemes d'abusos, com ara de l'alcohol, així com els generen més irritació o incomoditat que els pacients amb altres diagnòstics, entre els quals hi ha la conducta suïcida. En aquesta mateixa línia, Saunders, Hawton, Fortune i Farrell (2012) defensen que els doctors/es tenen actituds més negatives envers les persones que s'autolesionen, que envers altres pacients, exceptuant els pacients que abusen de les drogues. A més, defensen que la formació millora els coneixements i les actituds dels professionals al voltant de la conducta suïcida.

Grimholt et al. (2014) també van identificar més actituds positives en les dones que en els homes, encara que tots i totes consideren tenir actituds positives envers els pacients amb conducta suïcida i estar disposats/es a comprendre'ls i a ajudar-los/les. La meitat dels professionals han participat en algun tipus de formació en suïcidiologia durant els cinc anys anteriors i els metges/sses de família estan interessats/es en més formació sobre la conducta suïcida. Ritter, Stompe, Voracek i Etzersdorfer (2002) també afirmen que la majoria de metges/sses generals no han rebut suficient formació i que estan interessats/es en rebre'n més. Tot i així, aquest estudi indica que els metges/sses generals tenen un alt coneixement en suïcidiologia.

Segons l'estudi de Silva, Smith, Dodd, Covington i Joiner (2016), gran part dels professionals de la salut enquestats, concretament un 52,9%, no han rebut formació en prevenció i reconeixement de la conducta suïcida. Aquells que han rebut formació demostren tenir major coneixement i confiança sobre el suïcidi que els que no han rebut formació. Aquesta confiança i aquest coneixement també es veu influenciada de manera positiva en aquells professionals que s'han trobat amb algun pacient que ha mort per suïcidi.

En definitiva, davant la importància del rol dels/les professionals d'atenció primària, els coneixements dels quals disposen sobre la comunitat i l'entorn, així com la posició de la qual gaudeixen com a professionals de confiança i reconeguts pels ciutadans, poden tenir un paper clau, juntament amb altres sectors, en la prevenció del suïcidi. És a dir, en el reconeixement de persones que poden estar en risc de suïcidi, el seu seguiment i/o la seva derivació als recursos i serveis especialitzats, quan sigui necessari.

A més, alguns estudis assenyalen que la formació en prevenció de suïcidi té efectes positius en el coneixement, la competència i les actituds dels professionals envers la



conducta suïcida. Tanmateix, és un tema poc investigat, sobretot, a nivell espanyol. Així doncs, aquest estudi pretén conèixer aquests aspectes.

## **Objectius**

Els objectius d'aquesta recerca són:

1. Descriure els coneixements d'un grup de metges i metgesses d'un centre d'atenció primària al voltant de la conducta suïcida.
  - 1.1. Esbrinar els coneixements que tenen els metges i metgesses sobre els instruments d'avaluació del risc de suïcidi.
  - 1.2. Descriure el coneixement dels metges i metgesses sobre els procediments existents per la gestió de la conducta suïcida.
2. Descriure la percepció d'aspectes relacionats amb la conducta suïcida d'un grup de metges i metgesses d'un centre d'atenció primària.
  - 2.1. Conèixer la percepció que tenen els metges i metgesses sobre el seu propi rol –responsabilitats i importància– en relació a la gestió de la conducta suïcida.
  - 2.2. Conèixer la percepció que tenen els metges i metgesses sobre el rol –polítiques i procediments, suport i recursos, i sensibilitat– del centre d'atenció primària en relació a la gestió de la conducta suïcida.
  - 2.3. Descriure l'experiència i la vivència dels metges i metgesses respecte la interacció amb pacients en risc de suïcidi.
  - 2.4. Esbrinar quina percepció tenen els metges i metgesses en relació a l'avaluació del risc de suïcidi.
  - 2.5. Descriure la percepció que tenen els metges i metgesses al voltant d'aspectes relacionats amb la formació sobre conducta suïcida, com ara l'interès o la utilitat d'aquesta.
  - 2.6. Identificar la percepció de competència, compromís, empatia i comoditat dels metges i metgesses per tractar amb persones que presenten conducta suïcida, en comparació amb altres diagnòstics.
  - 2.7. Conèixer la visió i percepció que tenen els metges i metgesses respecte la gestió de la conducta suïcida, concretament dels intents de suïcidi.
  - 2.8. Comparar la percepció de la conducta suïcida dels metges i metgesses en funció del gènere, l'edat i la formació sobre la conducta suïcida que han rebut.

## **Hipòtesis**

A partir dels objectius de la recerca es desprenen un seguit d'hipòtesis:

- Els metges i metgesses tindran un coneixement baix sobre els instruments d'avaluació del risc de suïcidi.
- Els metges i metgesses tindran un coneixement baix en relació als procediments existents per la gestió de la conducta suïcida.
- Els metges i metgesses seran conscients de la importància i la seva responsabilitat envers la gestió de la conducta suïcida.
- Els metges i metgesses creuran que el centre d'atenció primària disposa de polítiques i procediments, ofereix suport i recursos, així com és sensible respecte la gestió de la conducta suïcida.
- Els metges i metgesses hauran tractat amb persones que presenten conducta suïcida i la seva vivència haurà estat negativa.
- Els metges i metgesses tindran una percepció negativa en relació a l'avaluació del risc de suïcidi.
- Els metges i metgesses percebran que la formació relacionada amb la conducta suïcida és insuficient, però important per gestionar la conducta suïcida i, per tant, estaran interessats/es en la formació.
- La percepció dels metges i metgesses sobre el seu nivell de competència, compromís, empatia i comoditat per tractar amb persones que presenten conducta suïcida serà més baixa que en altres diagnòstics.
- Els/les professionals tindran una visió i percepció més aviat negativa respecte els intents de suïcidi.
- Les persones joves sentiran que tenen més coneixements sobre la conducta suïcida que les persones més grans.
- La formació dels metges i metgesses d'atenció primària influirà de manera positiva en el reconeixement de pacients que poden estar en risc de suïcidi.
- Les dones tindran una actitud més positiva envers la conducta suïcida.

## **MATERIALS I MÈTODES**

### **Disseny**

Aquest estudi s'ha realitzat a través d'un disseny d'investigació no experimental, concretament un disseny per enquesta de tipus transversal. El tipus de mostreig utilitzat ha estat no probabilístic i, en concret, a propòsit, ja que s'ha escollit a partir d'un criteri racional, és a dir, considerant el nombre de metges i metgesses que treballen al CAP i la disposició a col·laborar.

### **Participants**

La mostra d'aquest estudi és un total de 18 metges i metgesses d'un centre d'atenció primària situat a la ciutat de Barcelona. Aquesta mostra representa gairebé la totalitat de metges i metgesses que treballen al centre. Pel que fa a les característiques d'aquesta mostra, la meitat té entre 41 i 50 anys i un 33,3% té entre 31 i 40 anys. A més, hi ha un total de 12 dones, corresponent a un 66,7% del total de la mostra.

Per tant, els criteris d'inclusió que s'han determinat són que els participants estiguin disposats a participar de manera voluntària, que tinguin la llicenciatura de Medicina –nivell educatiu superior– i estiguin desenvolupant la seva feina al centre d'atenció primària. Tot i així, també s'ha considerat oportú incloure participants que estan en procés de formació, és a dir, Metges Interns Residents –MIR–. D'altra banda, s'han exclòs professionals d'altres CAP i d'altres àmbits, com ara infermeria o treball social.

### **Instruments**

Per tal de recollir les dades necessàries per dur a terme aquest estudi s'ha realitzat una recerca d'instruments que presentin la finalitat d'identificar els coneixements i percepció dels metges i metgesses d'atenció primària en relació a la conducta suïcida. Tot i així, no existeix cap prova estandaritzada en llengua castellana. Per aquest motiu, s'ha elaborat un qüestionari a partir de dues escales, que s'han hagut d'adaptar al sistema nacional de salut espanyol i traduir de la llengua anglesa a la llengua catalana. A més, s'ha demanat permís als autors i autores dels qüestionaris per tal de poder-los utilitzar en aquest estudi.

Per una banda, una de les escales es tracta d'un qüestionari creat per l'organització nord-americana *Zero Suicide*, que lluita per la prevenció del suïcidi oferint suport, recursos i un marc de referència a les organitzacions de l'àmbit de la salut i el comportament humà que estiguin interessades a prevenir el suïcidi (Zero Suicide, 2018). Aquest qüestionari està format per 66 ítems, que estan dividits en nou apartats

o seccions. La majoria d'ítems estan elaborats a partir de l'escala Likert, de manera que el/la participant ha de determinar en quin grau d'acord està respecte cada ítem; i en la resta d'ítems cal escollir entre diverses opcions (Zero Suicide, 2018).

Per altra banda, l'altra escala es tracta d'un qüestionari elaborat per Grimholt et al. (2014) en el seu estudi. Aquest estudi analitza la competència i les actituds de metges/sses generals, psiquiatres i metges/sses interns envers els pacients amb conducta suïcida, de manera que el qüestionari ha estat elaborat amb aquesta finalitat i consta d'un total de 14 preguntes.

El qüestionari elaborat a partir d'aquestes dues escales –adjuntat a l'*Annex 1*–, està dividit en sis apartats: *prevenció del suïcidi en el seu entorn laboral, reconeixement de pacients que poden estar en risc de suïcidi, cribratge i valoració de pacients per risc de suïcidi, formació sobre el fenomen del suïcidi, percepció d'habilitats i aptituds personals i visió i percepció de la conducta suïcida*.

L'instrument comença amb una presentació i amb tres preguntes de dades personals, extretes del qüestionari de Grimholt et al. (2014). Però hi ha una pregunta que no s'ha inclòs, ja que s'havia d'especificar l'especialitat –psiquiatria, medicina familiar o medicina interna– i en aquest cas no és necessari. El qüestionari de Zero Suicide (2018) també inclou una primera secció amb aspectes de contextualització sobre la persona enquestada –lloc de treball, organització on treballa, departament en el qual es troba, rol professional–, però aquesta secció no s'ha inclòs, ja que els destinataris d'aquest qüestionari són metges i metgesses d'atenció primària, de manera que tots i totes treballen en el mateix departament, el mateix centre i realitzant el mateix rol professional. A continuació d'aquests ítems es troben els diferents apartats del qüestionari.

Respecte l'apartat *prevenció del suïcidi en el seu entorn laboral*, s'ha inclòs la segona secció del qüestionari Zero Suicide (2018), titulada de la mateixa manera i sense cap modificació, exceptuant dos ítems. Per una banda, l'ítem que demana sobre el coneixement de la iniciativa de *Zero Suicide* no s'ha inclòs, ja que aquesta informació no és necessària i fa referència a la pròpia organització que ha elaborat el qüestionari. Per altra banda, hi ha un ítem que demana si s'ha rebut formació per part de l'organització on treballa i aquest ítem s'ha considerat oportú situar-lo dins d'un altre apartat del qüestionari que demana sobre aspectes de formació. Cal afegir que en aquest apartat s'ha inclòs un element del qüestionari de Grimholt et al. (2014), en què demanava el nombre de persones amb conducta suïcida.

Respecte l'apartat *reconeixement de pacients que poden estar en risc de suïcidi*, s'ha inclòs la tercera secció del qüestionari Zero Suicide (2018), titulada de la mateixa manera i sense cap modificació, exceptuant dos ítems, que tractaven sobre aspectes de formació i s'han traslladat a l'apartat corresponent per tal de reunir tots els ítems al voltant d'aquest tema en un mateix apartat.

Pel que fa a l'apartat *cribratge i valoració de pacients per risc de suïcidi*, s'ha inclòs la primera part de la quarta secció del qüestionari Zero Suicide (2018), que porta el mateix títol, ja que la segona part fa referència a la valoració d'aquells pacients que ja s'ha detectat que estan en risc. A més, en aquest apartat s'han afegit els ítems en relació als instruments que utilitzen per a la realització del cribratge, que en l'escala original de Zero Suicide (2018) es trobaven en la secció de formació –cinquena secció–. Aquest canvi s'ha considerat adient, ja que té a veure amb la valoració del risc. Tot i així, els instruments que apareixen a l'escala original s'han modificat, ja que són instruments que s'utilitzen als Estats Units i, per tant, s'han canviat pels instruments que s'utilitzen a Espanya. En aquest apartat també s'han afegit tres ítems que tenen a veure amb els criteris de derivació i els recursos o serveis disponibles per aquests casos, ja que com s'ha vist en el marc teòric, Buitrago et al. (2018) defensen que és molt important la coordinació d'atenció primària amb els serveis especialitzats.

Respecte l'apartat *formació sobre el fenomen del suïcidi*, s'han inclòs les preguntes del qüestionari Zero Suicide (2018) que s'han canviat de lloc, de les seccions anomenades anteriorment, i s'han inclòs els ítems de la cinquena secció d'aquest mateix qüestionari, que tracta sobre la formació en valoració del risc de suïcidi. Cal destacar que un dels ítems ha sigut modificat, ja que demana que es determini si s'han rebut algunes formacions determinades i, en aquest cas, s'han canviat per les formacions conegudes a nivell espanyol. A més, en aquest apartat també s'han afegit les preguntes del qüestionari de Grimholt et al. (2014) que fan referència a la formació en suïcidiologia.

Pel que fa als dos apartats finals *percepció d'habilitats i aptituds personals* i *visió i percepció de la conducta suïcida*, ambdós s'han extret integrament del qüestionari de Grimholt et al. (2014), sense cap tipus de modificació.

Finalment, s'ha afegit un ítem al qüestionari d'aquest estudi, que correspon a la novena secció del qüestionari de Zero Suicide (2018), en què es demana pels interessos que tenen els participants a obtenir més informació i recursos sobre aspectes concrets de la conducta suïcida. També cal destacar que la sisena, la setena i la vuitena secció del qüestionari Zero Suicide (2018) no s'han inclòs en aquest

qüestionari, ja que fan referència al tractament especialitzat de les persones en elevat risc de suïcidi. Tampoc s'ha inclòs l'última pregunta del qüestionari de Grimholt et al. (2014), ja que tracta sobre el suïcidi assistit en casos de malalties incurables, però la resta de preguntes s'han inclòs en els diferents apartats, tal com s'ha especificat anteriorment.

Així doncs, el qüestionari d'elaboració pròpia dissenyat específicament per aquest estudi, a partir d'aquestes dues escales, consta d'un total de 61 ítems, d'entre els quals 39 utilitzen l'escala de Likert i 22 són d'opcions múltiples.

### **Procediment**

Per tal d'accedir a la mostra i obtenir les dades es va contactar amb el centre d'atenció primària i es va presentar l'estudi, tant a l'equip directiu de centre com als possibles participants. Per una banda, a nivell directiu es va presentar a través d'una carta de presentació –adjuntada a l'*Annex 2*– i es va signar una autorització –adjuntada a l'*Annex 3*–. Per altra banda, a nivell de participants, es va presentar l'estudi de forma presencial, amb el suport d'una presentació –adjuntada a l'*Annex 4*–, als metges i metgesses que treballen al centre. Cal afegir que tots els metges i metgesses que han participat en l'estudi han signat el consentiment informat –adjuntat a l'*Annex 5*– i se'ls ha informat de tots els aspectes ètics i confidencials.

### **Anàlisi estadística**

Les dades obtingudes s'han analitzat a través del programa estadístic IBM SPSS Statistics, versió 25 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA). Cal destacar que al tractar-se de variables qualitatives, a través del programa s'han elaborat taules de freqüències i gràfics, per realitzar la posterior descripció i anàlisi dels resultats. A més, s'ha utilitzat l'estadístic khi-quadrat ( $X^2$ ) per analitzar la relació entre diferents variables.

## RESULTATS

En aquest apartat es presenten els resultats de l'estudi sobre els coneixements i la percepció dels metges i metgesses d'un centre d'atenció primària al voltant de la conducta suïcida, a través de taules i gràfics. Primerament, s'exposen els resultats sobre les característiques dels participants. Tot seguit, es descriuen els resultats agrupats en diferents apartats, els mateixos que presenta el qüestionari de l'estudi: *prevenció del suïcidi en el seu entorn laboral, reconeixement de pacients que poden estar en risc de suïcidi, cribratge i valoració de pacients per risc de suïcidi, formació sobre el fenomen del suïcidi, percepció d'habilitats i aptituds personals i visió i percepció de la conducta suïcida*. Finalment, es presenta una comparativa sobre la percepció de la conducta suïcida en funció del gènere dels metges i metgesses de capçalera, l'edat i la formació que han rebut en relació a la conducta suïcida.

La següent taula fa referència a les dades sociodemogràfiques dels/les participants i als anys d'experiència professional. Es pot observar que dels 18 participants, 12 són dones i la meitat de participants tenen entre 41 i 50 anys, encara que un 33,3% tenen entre 31 i 40 anys. Pel que fa als anys d'experiència, un 33,3% fa entre 6 i 10 anys i 11 i 20 anys que treballen com a metges i metgesses d'atenció primària, respectivament, i un 27,8% fa entre 21 i 30 anys. Cal destacar que només hi ha una persona – corresponent al 5,6%– que fa entre 0 i 5 anys que treballa en aquest àmbit.

**Taula 2.** Dades sociodemogràfiques i professionals

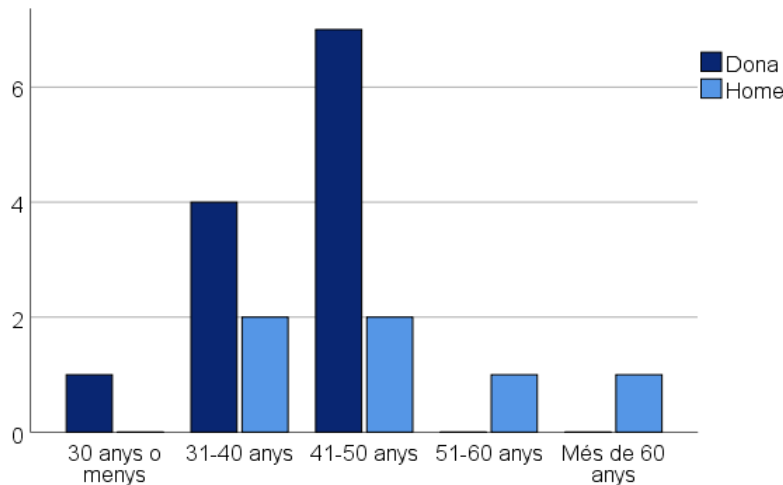
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>N</b>	18	100,0
<b>Gènere</b>		
Dones	12	66,7
Homes	6	33,3
<b>Edat</b>		
30 anys o menys	1	5,6
31-40 anys	6	33,3
41-50 anys	9	50,0
51-60 anys	1	5,6
Més de 60 anys	1	5,6
<b>Anys d'experiència professional</b>		
0-5 anys	1	5,6
6-10 anys	6	33,3
11-20 anys	6	33,3



21-30 anys	5	27,8
Més de 30 anys	0	0,0

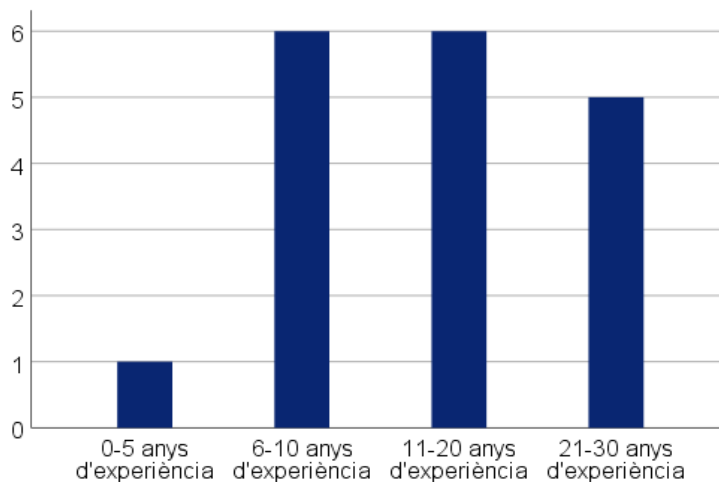
Al següent gràfic es pot observar l'edat dels/les participants en funció del seu gènere, de manera que es pot apreciar que la majoria de dones tenen entre 31 i 50 anys.

**Gràfic 1.** Edat i gènere de la mostra



Seguidament es troba la representació gràfica dels anys d'experiència que tenen els metges i metgesses d'atenció primària d'aquest centre.

**Gràfic 2.** Anys d'experiència professional dels/les participants



A continuació es descriuen els resultats agrupats en els diferents apartats del qüestionari.

En primer lloc, s'exposen els resultats sobre la *prevenció del suïcidi en el seu entorn laboral* i aquests es poden veure a la Taula 3 i al Gràfic 3.

En aquest cas s'observa que la majoria de professionals reconeixen el seu rol respecte la prevenció del suïcidi i la importància d'aquest rol. Un 55,6% dels/les professionals hi estan totalment d'acord i un 44,4% hi estan d'acord.

Respecte si l'equip directiu del centre ha explicitat la prevenció del suïcidi com una prioritat, hi ha opinions diverses. És a dir, hi ha un 50% de professionals que es mantenen neutrals, un 16,7% que estan en desacord, un 16,7% que estan d'acord, un 11,1% que estan totalment en desacord i un 5,6% que hi estan totalment d'acord.

En referència a les polítiques i procediments per la prevenció del suïcidi que disposa el centre, un 50% de professionals es mantenen neutres, un 27,8% estan en desacord, un 11,1% estan d'acord i un 5,6%, respectivament, es posiciona a *totalment d'acord* i *totalment en desacord*. També hi ha un 50% de professionals que es posicionen neutrals en referència a la disposició de suports i recursos del centre per millorar la prevenció del suïcidi, tot i així, en relació a aquest ítem, la resta de professionals es posicionen entre el *d'acord* –38,9%– i el *totalment d'acord* –11,1%–.

D'altra banda, la majoria de professionals consideren que el centre és sensible a les qüestions respecte la seguretat dels/les pacients, ja que un 55,6% es mostren totalment d'acord i un 44,4% es mostren d'acord.

**Taula 3.** Prevenció del suïcidi al centre d'atenció primària (N i %)

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
<i>Entenc el meu rol i les meves responsabilitats relacionades amb la prevenció del suïcidi del centre on treballa.</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (44,4%)	10 (55,6%)
<i>Considero que la prevenció del suïcidi és una part important del meu rol professional.</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (44,4%)	10 (55,6%)
<i>L'equip directiu del centre on treballa ha indicat explícitament que la prevenció del suïcidi és una prioritat.</i>	2 (11,1%)	3 (16,7%)	9 (50,0%)	3 (16,7%)	1 (5,6%)
<i>El CAP on treballa disposa de polítiques i procediments clars que defineixen el rol de cada professional en la</i>	1 (5,6%)	5 (27,8%)	9 (50,0%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)

*prevenció del suïcidi.*

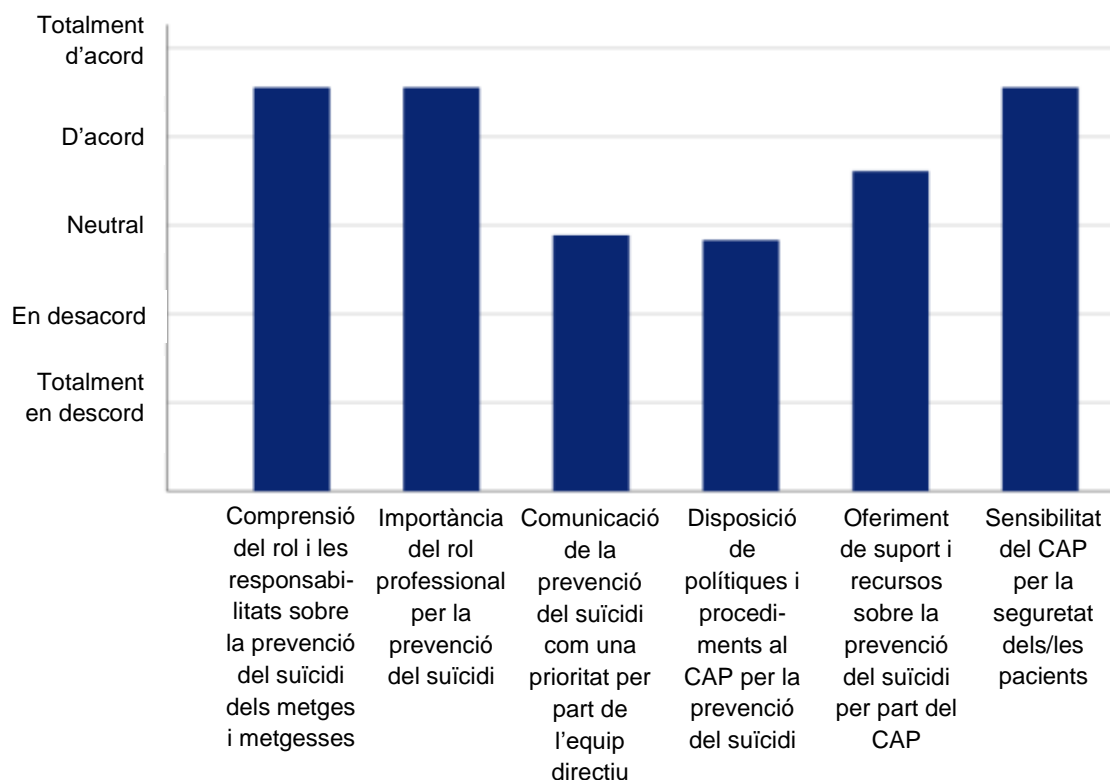
*El centre on treballa em facilita suport i accés a recursos continus per millorar la meua comprensió de la prevenció del suïcidi.*

0	0	9	7	2
(0,0%)	(0,0%)	(50,0%)	(38,9%)	(11,1%)

*Considero que el centre on treballa seria sensible a les qüestions o problemàtiques que exposés relacionades amb la seguretat dels/les pacients.*

0	0	0	8	10
(0,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(44,4%)	(55,6%)

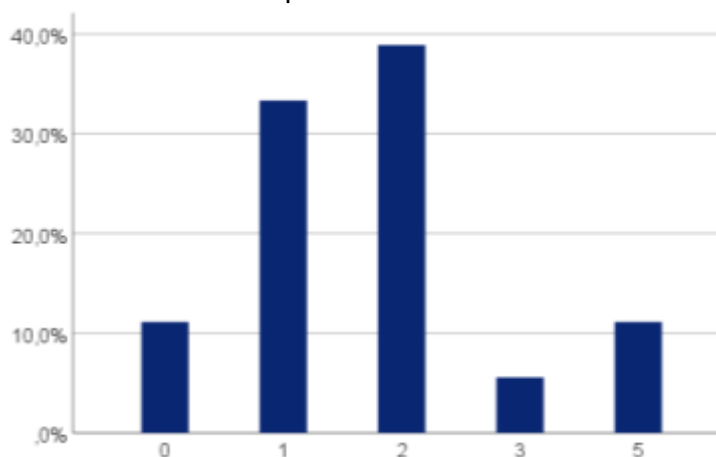
**Gràfic 3.** Prevenció del suïcidi al centre d'atenció primària



Pel que fa a la interacció amb pacients en risc de suïcidi, la totalitat de professionals, és a dir, els 18 metges i metgesses afirmen haver sospitat que algun/a pacient amb els que han tractat podia estar en risc de suïcidi. Concretament, en els últims 12 mesos, tal com es pot observar a la Taula 10 –adjuntada a l'Annex 6– i al Gràfic 4, un 38,9% (7 professionals) van identificar a 2 pacients en risc de suïcidi, un 33,3% (6 professionals) va identificar un pacient, un 11,1% (2 professionals) no en va identificar

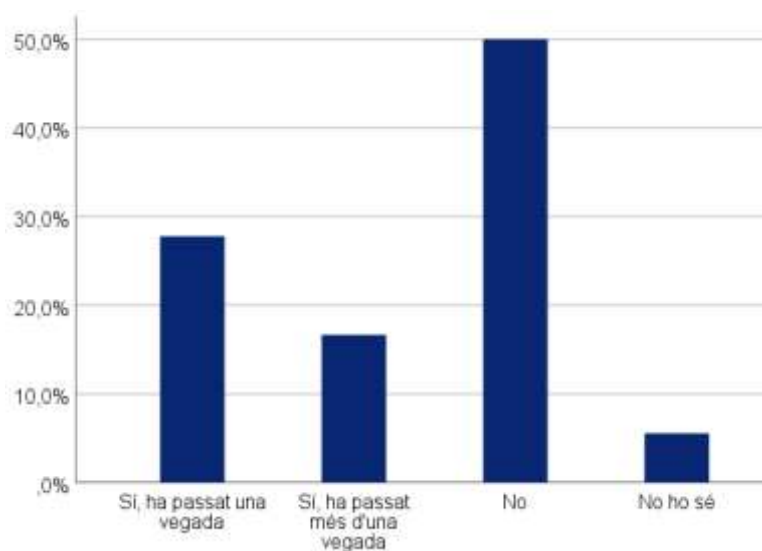
cap, un 11,1% (2 professionals) en va identificar 5 i un 5,6% (1 professional) en va identificar 3.

**Gràfic 4.** Nombre de pacients identificats en risc de suïcidi en un any



Al Gràfic 5 i a la Taula 11 –adjuntada a l'Annex 6– es pot veure si els metges i metgesses han interactuat, directament o indirectament, amb pacients que s'han suïcidat mentre treballaven al CAP. Un 50% (9 professionals) manifesta que no ha interactuat amb un/a pacient que hagi acabat la seva vida per suïcidi, un 27,8% (5 professionals) expressa que ha passat una vegada, un 16,7% (3 professionals) diu que ha passat més d'una vegada i un 5,6% (1 professional) manifesta que ho desconeix. Respecte el 16,7% que afirma que ha passat més d'una vegada, es tracta de tres professionals, en què dos especifiquen que han interactuat amb dues persones que s'han suïcidat i l'altre especifica que ha interactuat amb deu persones.

**Gràfic 5.** Interacció directa o indirecta amb pacients que s'han suïcidat

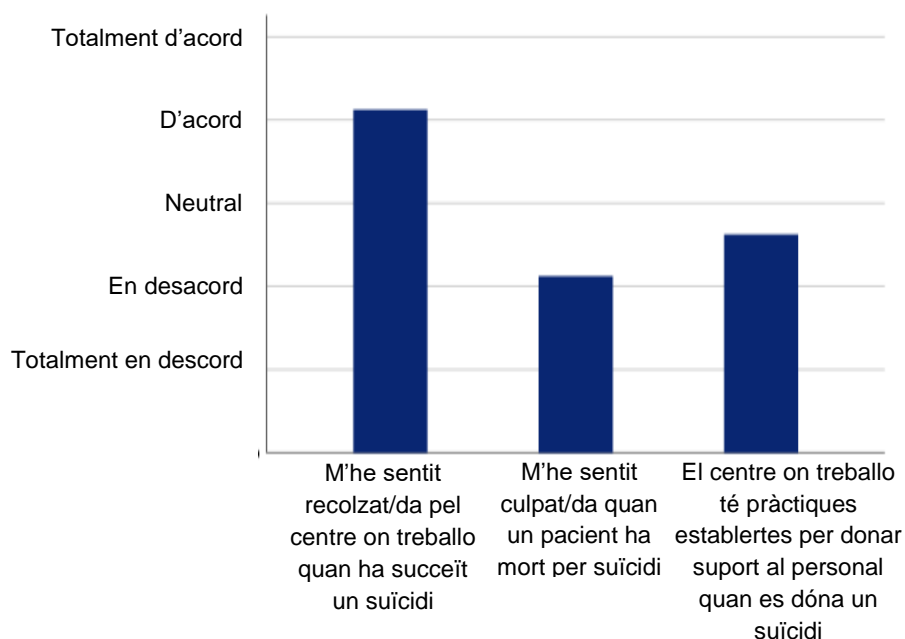


Respecte l'experiència personal i les pràctiques que es donen al centre després d'un suïcidi, es valoren les respostes de 8 persones, les que han manifestat haver interactuat amb pacients que s'han suïcidat. Tal com es pot observar a la Taula 4 i al Gràfic 6, un 62,5% de les 8 persones està d'acord en què s'han sentit recolzats per part del centre quan ha succeït un suïcidi, un 12,5% es mostra neutral i un 25% està totalment d'acord. A més, la majoria –un 62,5%– està totalment en desacord en el fet que s'hagin sentit culpats o culpades després d'un suïcidi d'un/a pacient, però un 12,5%, respectivament, estan *totalment d'acord*, *d'acord* i *neutral* en què s'hagin sentit culpats/es després d'un suïcidi. D'altra banda, respecte si el CAP disposa de pràctiques per donar suport després d'un suïcidi, un 37,5% està en desacord, un 12,5% està totalment en desacord i un 25%, respectivament, està d'acord i neutral.

**Taula 4.** Sentiments i pràctiques després d'un suïcidi

	Sentir-se recolzat/da		Sentir-se culpats/da		El CAP disposa de pràctiques per donar suport	
	N	%	N	%	N	%
Totalment en desacord	0	0,0	5	62,5	1	12,5
En desacord	0	0,0	0	0,0	3	37,5
Neutral	1	12,5	1	12,5	2	25,0
D'acord	5	62,5	1	12,5	2	25,0
Totalment d'acord	2	25,0	1	12,5	0	0,0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>

**Gràfic 6.** Sentiments i pràctiques després d'un suïcidi

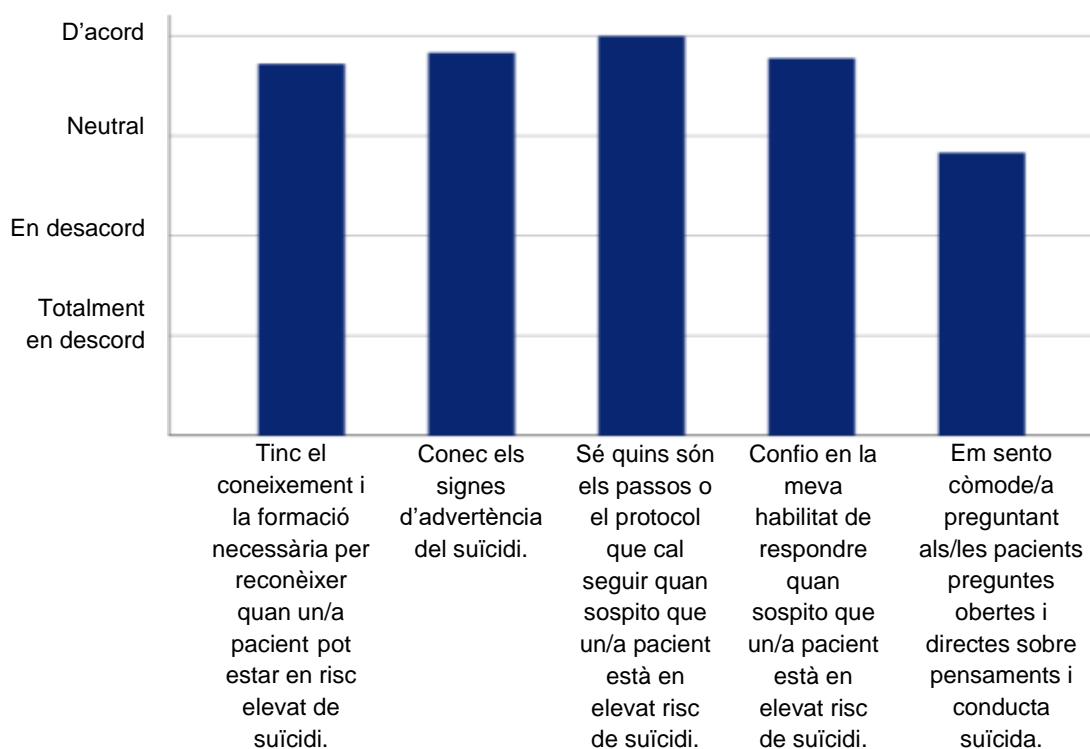


En segon lloc, s'exposen els resultats sobre el *reconeixement de pacients que poden estar en risc de suïcida*. Tal com es pot observar a la Taula 5 i al Gràfic 7, la majoria de metges i metgesses consideren que tenen els coneixements necessaris sobre el reconeixement de persones en risc de suïcida, sobre els signes d'advertència, sobre el protocol que cal seguir quan es troben amb aquests pacients i confien en les seves habilitats per respondre en aquestes situacions. Cal destacar que hi ha un 27,8% de professionals que no es senten còmodes preguntant sobre la conducta suïcida als/les pacients, un 11,1% que sí que es senten còmodes, però hi ha un 50% de professionals que es mostren neutrals en relació a aquest aspecte.

**Taula 5.** Reconeixement de pacients en risc de suïcida (N i %)

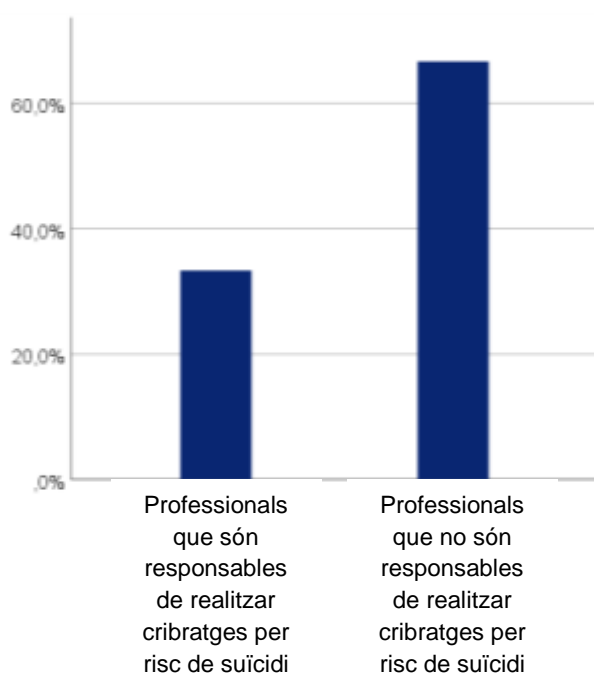
	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
<i>Tinc el coneixement i la formació necessària per reconèixer quan un/a pacient pot estar en risc elevat de suïcida.</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (33,3%)	11 (61,1%)	1 (5,6%)
<i>Conec els signes d'advertència del suïcida.</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (22,2%)	13 (72,2%)	1 (5,6%)
<i>Sé quins són els passos o el protocol que cal seguir quan sospito que un/a pacient està en elevat risc de suïcida.</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (16,7%)	12 (66,7%)	3 (16,7%)
<i>Confio en la meua habilitat de respondre quan sospito que un/a pacient està en elevat risc de suïcida.</i>	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (27,8%)	12 (66,7%)	1 (5,6%)
<i>Em sento còmode/a preguntant als/les pacients preguntes obertes i directes sobre pensaments i conducta suïcida.</i>	1 (5,6%)	5 (27,8%)	9 (50,0%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)

**Gràfic 7.** Reconeixement de pacients en risc de suïcidi



En tercer lloc, s'exposen els resultats sobre el *cribratge i valoració de pacients per risc de suïcidi*. Cal tenir en compte que tots i totes les participants de la recerca treballen atenent a persones adultes i quan se'ls demana si són responsables de realitzar cribratges per risc de suïcidi, tal com es representa al Gràfic 8, hi ha un 33,3% –sis persones– que respon que *sí* i un 66,7% –dotze persones– que respon que *no*.

**Gràfic 8.** Responsables de realitzar cribratges per risc de suïcidi

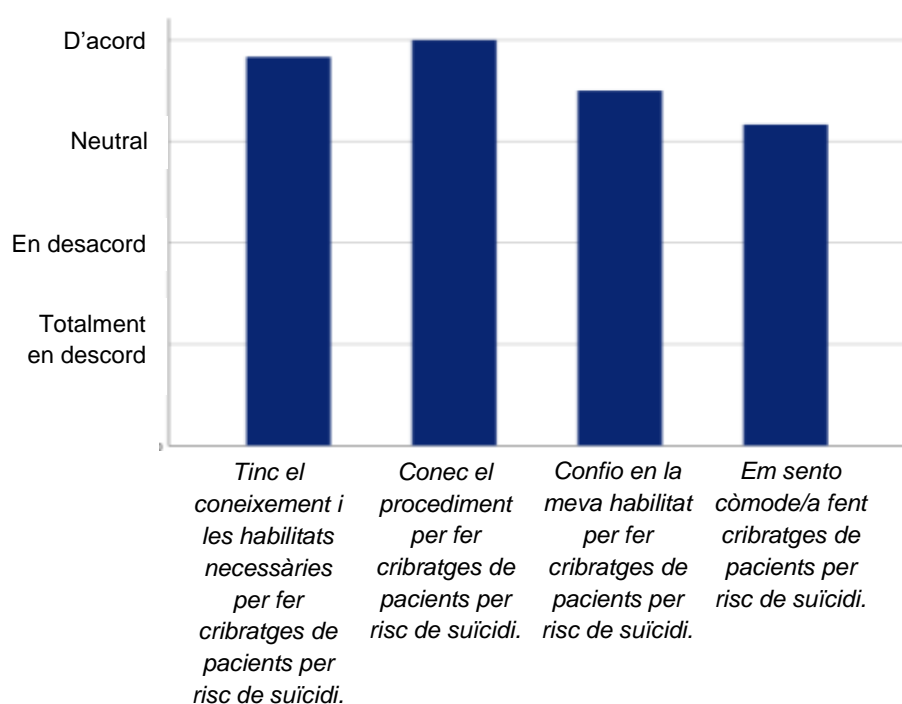


A la Taula 6 i al Gràfic 9 es pot apreciar la visió de les 6 persones que manifesten la seva responsabilitat de realitzar cribratges. La majoria consideren que tenen coneixements, habilitats i saben quin és el procediment per realitzar cribratges sobre la conducta suïcida, encara que alguns es mostren neutrals. Tot i així, no tots confien en les seves pròpies habilitats ni es senten còmodes realitzant cribratges. Un 16,7% no confia en les seves habilitats i un 33,3% es mostra neutral. D'altra banda, un 33,3% no es sent còmode realitzant cribratges i un 33,3% es mostra neutral.

**Taula 6.** Cribratge de persones en risc de suïcidi (N i %)

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
Tinc el coneixement i les habilitats necessàries per fer cribratges de pacients per risc de suïcidi.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (33,3%)	3 (50,0%)	1 (16,7%)
Conec el procediment per fer cribratges de pacients per risc de suïcidi.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	4 (66,7%)	1 (16,7%)
Confio en la meua habilitat per fer cribratges de pacients per risc de suïcidi.	0 (0,0%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)
Em sento còmode/a fent cribratges de pacients per risc de suïcidi.	0 (0,0%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)

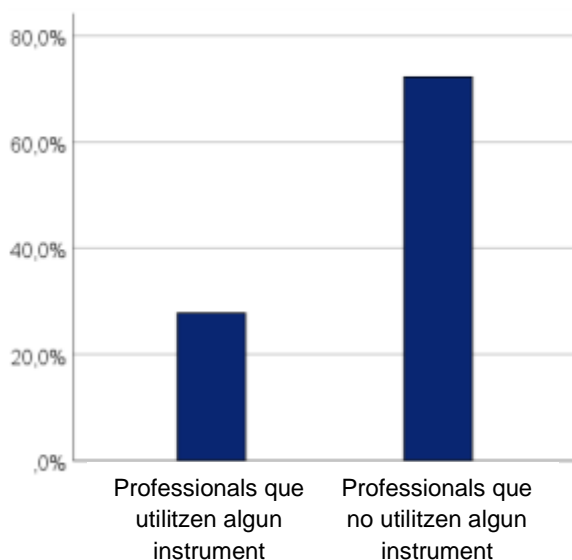
**Gràfic 9.** Cribratge de persones en risc de suïcidi





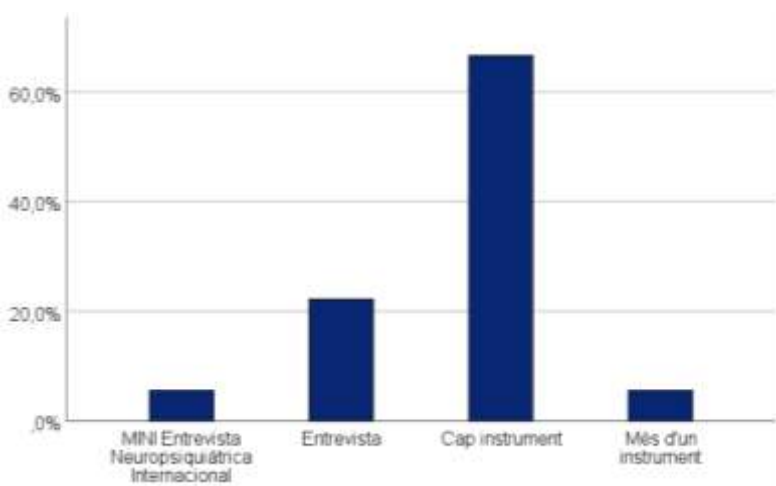
Respecte si utilitzen instruments per realitzar cribratges o per valorar el risc de suïcidi, tal com queda representat al Gràfic 10, un 33,3% de les 18 persones, és a dir, sis persones, afirmen que utilitzen algun instrument, però la majoria –un 66,7%– manifesten que no n'utilitza cap.

**Gràfic 10.** Utilització d'instruments per avaluar el risc de suïcidi



Per tant, tal com es mostra al Gràfic 11, la majoria de professionals no utilitzen cap instrument, però un 22,2% utilitza l'entrevista clínica com a instrument, mentre que un 5,6% utilitza més d'un instrument i un 5,6%, l'Entrevista Neuropsiquiàtrica Internacional (MINI). La persona que manifesta que utilitza més d'un instrument assenyala l'Escala de Depressió de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) i escriu tres instruments més: Goldberg (Escala d'ansietat i depressió de Goldberg), PHQ9 (Qüestionari de salut del pacient) i Yesavage-5 (Escala de Depressió Geriàtrica).

**Gràfic 11.** Instruments que utilitzen els metges/sses per avaluar el risc de suïcidi

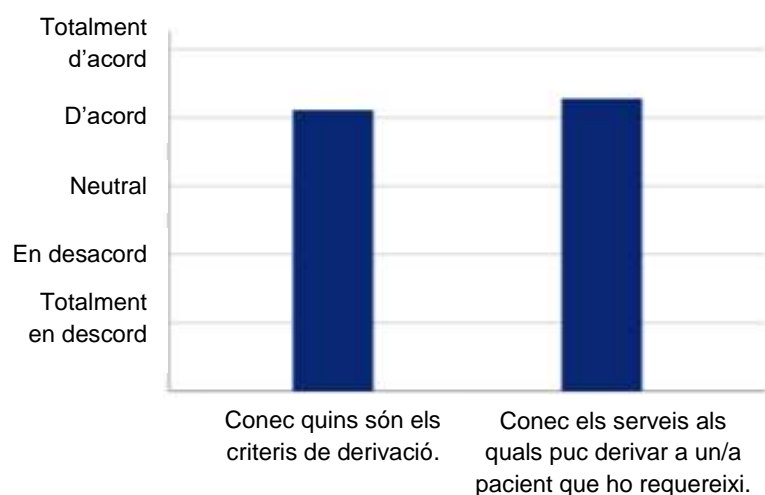


A la Taula 7 i al Gràfic 12, es pot veure que la majoria de professionals coneixen quins són els criteris de derivació de pacients en risc de suïcidi i els serveis als quals poden derivar els pacients que ho requereixen.

**Taula 7.** Derivació de pacients en risc de suïcidi (N i %)

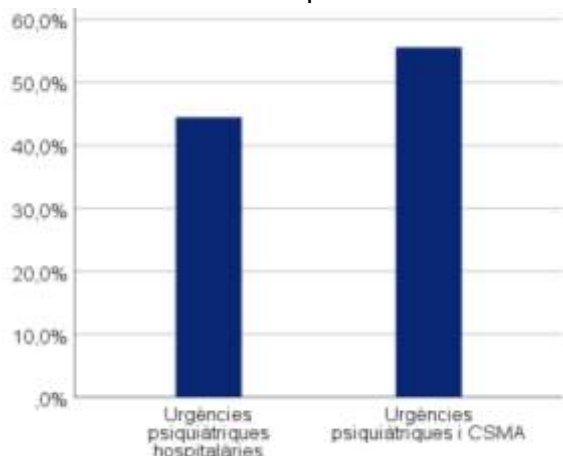
	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
Conec quins són els criteris de derivació.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (11,1%)	12 (66,7%)	4 (22,2%)
Conec els serveis als quals puc derivar a un/a pacient que ho requereixi.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (16,7%)	11 (61,1%)	6 (33,3%)

**Gràfic 12.** Derivació de pacients en risc de suïcidi



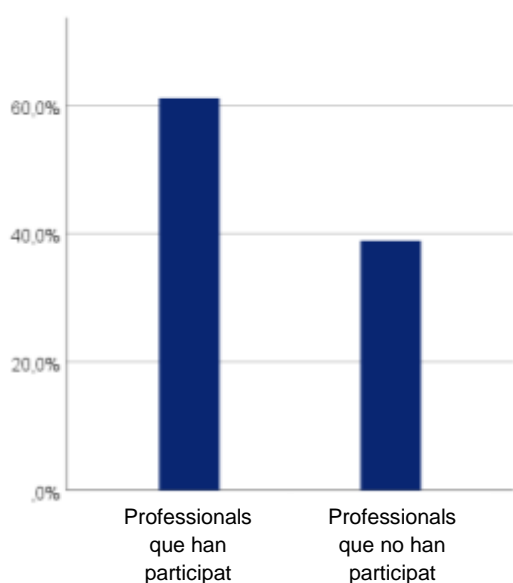
Cal afegir que, tal com es mostra al Gràfic 13, un 55,6% de professionals assenyalen que deriven els pacients que ho necessiten a urgències psiquiàtriques de l'hospital corresponent i/o al Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) i un 44,4% només fa referència a les urgències psiquiàtriques.

**Gràfic 13.** Serveis als quals deriven els/les pacients que ho requereixen

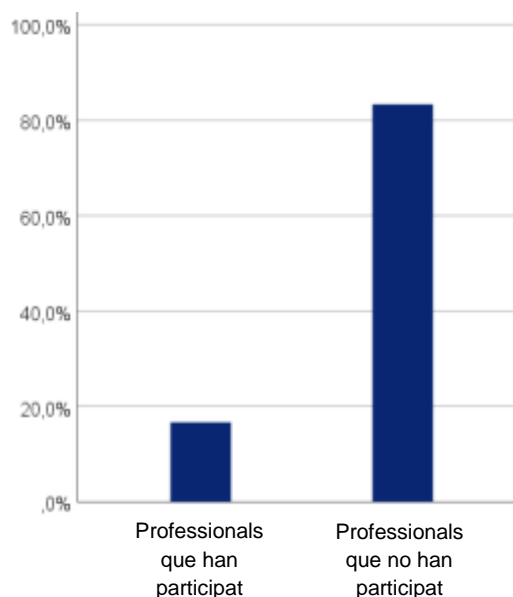


En quart lloc, s'exposen els resultats respecte la *formació sobre el fenomen del suïcidi* que tenen els/les professionals del centre. En general, tal com es mostra al Gràfic 14, un 61,1% dels metges i metgesses han participat en algun tipus de formació sobre la conducta suïcida i la seva prevenció. Tot i així, la majoria –un 83,3%– no han rebut formació per part del centre d'atenció primària, tal com es veu al Gràfic 15.

**Gràfic 14.** Participació a alguna formació sobre la conducta suïcida



**Gràfic 15.** Participació a alguna formació sobre la conducta suïcida al CAP



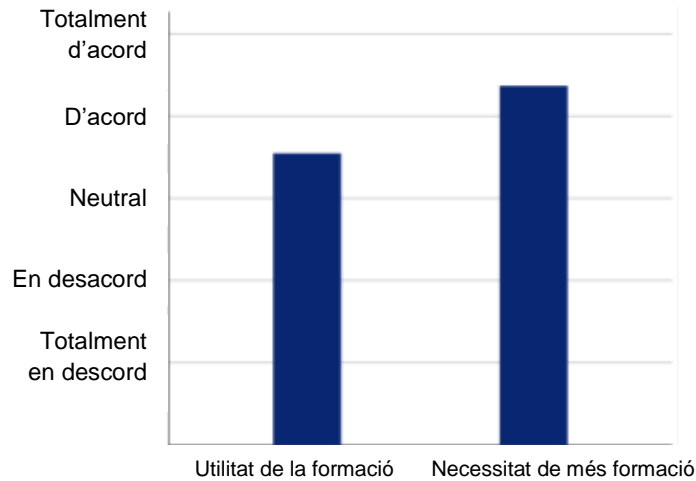
A la Taula 8 i al Gràfic 16 es pot veure com valoren la formació sobre conducta suïcida el 61,1% de metges i metgesses que han participat alguna vegada en alguna formació. Un 62,6% consideren que la formació els ha estat útil per tractar amb persones en risc de suïcidi, però un 27,3% es mantenen neutrals i un 9,1% no hi està d'acord. Cal destacar que la majoria consideren que necessiten més formació, un 45,5% hi està d'acord i un 45,5% hi està totalment d'acord, exceptuant un 9,1% que es manté neutral.

**Taula 8.** Utilitat i necessitat de formació sobre la conducta suïcida (N i %)

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
Considero que la formació m'ha proporcionat els coneixements i les habilitats necessàries per tractar amb persones que presenten risc de suïcidi.	0 (0,0%)	1 (9,1%)	3 (27,3%)	7 (63,6%)	0 (0,0%)
Necessito més formació	0	0	1	5	5

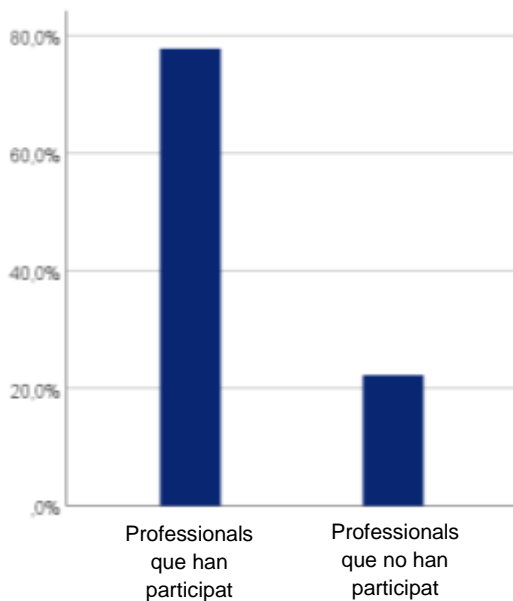
per poder tractar amb (0,0%) (0,0%) (9,1%) (45,5%) (45,5%)  
 persones que presenten  
 risc de suïcidi.

**Gràfic 16.** Utilitat i necessitat de formació sobre la conducta suïcida

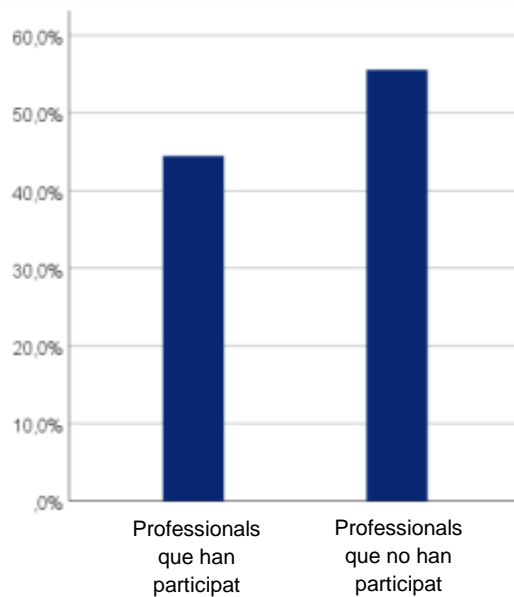


Més concretament, el Gràfic 17 mostra que un 77,8% ha rebut formació sobre el reconeixement de signes d'advertència que poden indicar que un/a pacient està en elevat risc de suïcidi i, d'aquestes persones, un 28,6% han rebut aquesta formació per part del centre on treballen. A més, tal com es veu al Gràfic 18, un 44,4% han rebut formació sobre com realitzar cribratges o valoracions de risc de suïcidi i d'aquestes persones un 37,5% l'han rebut a través del centre on treballen.

**Gràfic 17.** Participació a alguna formació sobre el reconeixement de signes d'advertència

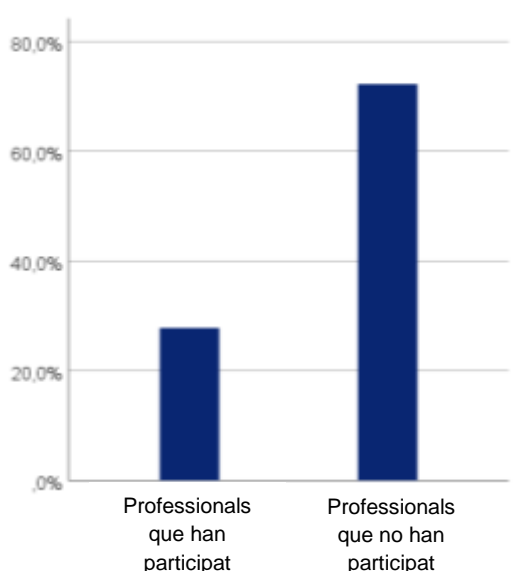


**Gràfic 18.** Participació a alguna formació sobre com avaluar el risc de suïcidi



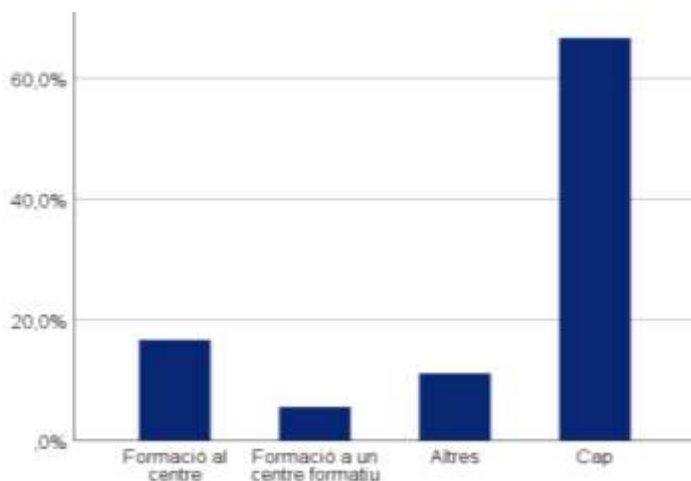
Cal afegir que, tal com s'observa al Gràfic 19, la majoria, un 72,2%, tampoc ha rebut alguna formació durant els últims cinc anys i la formació que han rebut les persones durant els últims cinc anys, corresponent a un 27,8%, en tots els casos ha tingut una durada d'entre una i nou hores.

**Gràfic 19.** Participació a alguna formació sobre conducta suïcida en els últims 5 anys



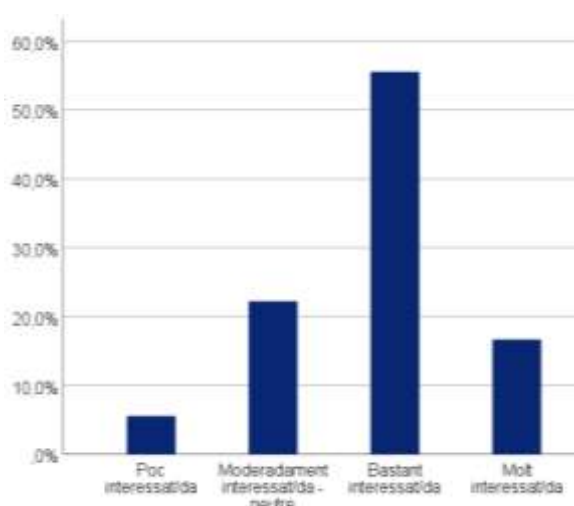
D'altra banda, pel que fa al tipus de formació, tal com es pot observar al Gràfic 20, hi ha un 16,7% que manifesten haver rebut una formació interna o seminari en línia al centre on treballa, un 5,6% manifesta haver rebut una formació interna o seminari en línia a un centre formatiu, cap persona ha rebut la formació STORM, un 11,1% assenyala haver rebut altres formacions i un 66,6 no assenyala cap tipus de formació. Respecte les persones que assenyalen altres formacions, una persona manifesta que es tractava d'un estudi de cribatge del suïcida i l'altra persona indica que era un curs d'abordatge del suïcida.

**Gràfic 20.** Tipus de formació sobre conducta suïcida

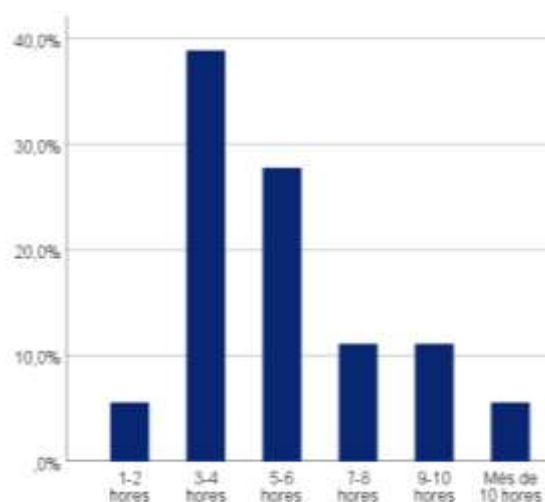


Respecte l'interès que tenen els metges i metgesses en rebre formació, tal com es pot apreciar a la Taula 12 –adjuntada a l'Annex 6– i als Gràfics 21 i 22, hi ha un 55,6% (10 professionals) que està bastant interessat/da, un 16,7% (3 professionals) que està molt interessat/da, un 22,2% (4 professionals) que està moderadament interessat/da i un 5,6% (1 professional) que està poc interessat/da. A més, un 38,9% (7 professionals) estaria disposat a invertir entre 3 i 4 hores; un 27,8% (5 professionals), entre 5 i 6 hores; un 11,1% (2 professionals), entre 7 i 8 hores; un 11,1% (2 professionals), entre 9 i 10 hores; un 5,6% (1 professional), més de 10 hores; i un 5,6% (1 professional), entre 1 i 2 hores.

**Gràfic 21.** Grau d'interès per participar en una formació de conducta suïcida



**Gràfic 22.** Hores que poden i volen invertir en una formació de conducta suïcida

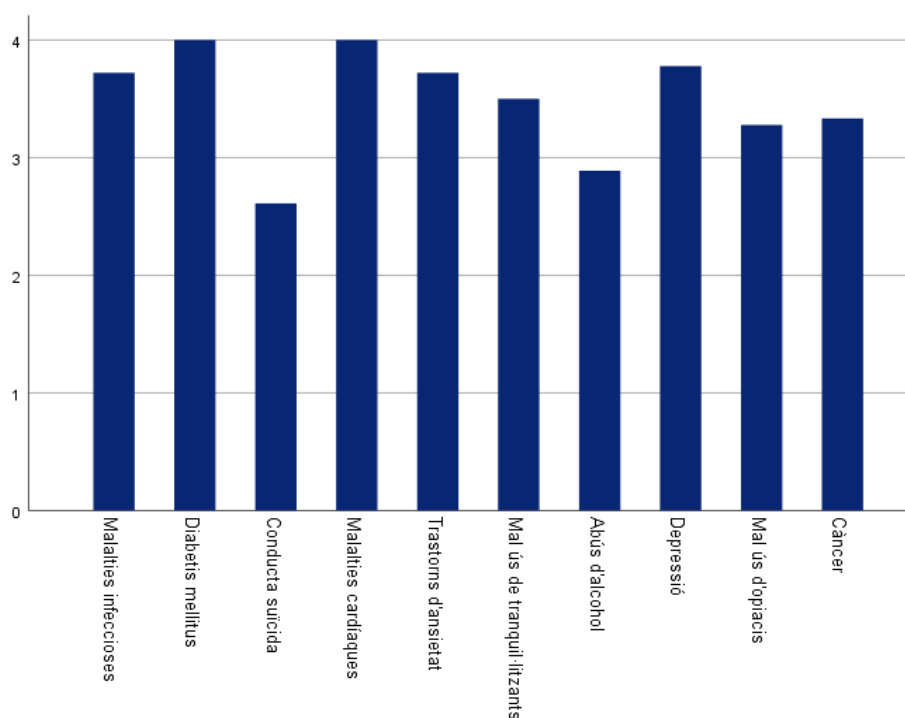


En cinquè lloc, s'exposen els resultats respecte la *percepció d'habilitats i aptituds personals* que tenen els metges i metgesses del centre envers la conducta suïcida en comparació amb altres diagnòstics: malalties infeccioses, diabetis mellitus, malalties cardíaques, trastorns d'ansietat, mal ús de tranquil·litzants, abús d'alcohol, depressió, mal ús d'opiacis i càncer. Cal puntualitzar que aquestes dades es mostren a través de gràfics, on les puntuacions es mouen entre l'1 i el 5 –de nivell baix a molt alt–, indicant el nivell que percep cada professional respecte cada habilitat o aptitud. A més, aquests resultats es poden consultar de manera extensa a l'Annex 6.

En la majoria de malalties el nivell de competència o capacitat que perceben els metges i metgesses es mou entre el 3, que seria un nivell intermig de competència, i el 5, que seria un nivell molt alt de capacitat, exceptuant alguns diagnòstics determinats. Cal destacar que en l'abús d'alcohol, la majoria considera que té un nivell intermig de

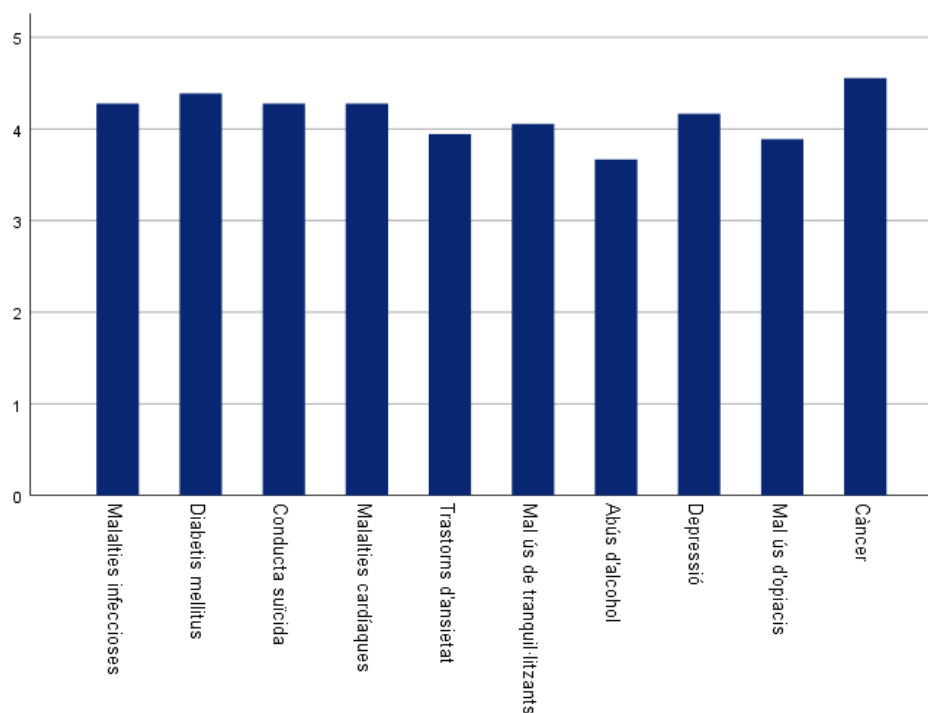
capacitat i hi ha un 27,8% que ha marcat un 2, que està per sota del nivell intermig. Tot i així, la conducta suïcida és la que presenta puntuacions més variades, amb un 38,9% al nivell 3 o intermig, un 33,3% al nivell 2, un 16,7% al nivell 4 i un 11,1 al nivell 1 o baix. Al Gràfic 23 es pot apreciar que el nivell de competència més baix és el de la conducta suïcida, amb una mitjana de tots/es els participants de 2,61, seguit per l'abús d'alcohol, amb una mitjana de 2,89.

**Gràfic 23.** Nivell de competència o capacitat percebut per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics



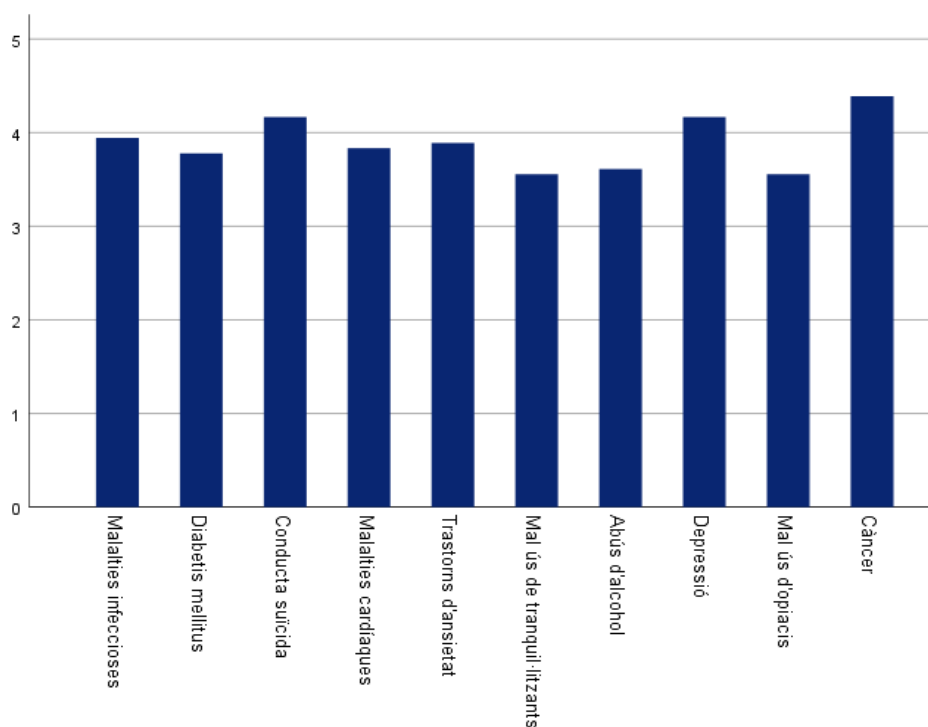
Al Gràfic 24 es mostra el nivell de compromís que consideren que presenten els/les diferents participants de l'estudi, de manera que es pot constatar que la majoria tenen un compromís elevat –per sobre del 4– envers tots els diagnòstics, sobretot, en malalties somàtiques. Però en trastorns d'ansietat, abús d'alcohol i mal ús d'opiàcis, la mitjana es situa per sota del 4, concretament és de 3,94, 3,67 i 3,89, respectivament.

**Gràfic 24.** Nivell de compromís percebut per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics



Tal com es pot veure al Gràfic 25, el nivell d'empatia envers els diferents diagnòstics és elevat en tots els diagnòstics, ja que es mou entre el 3 o intermig, el 4 i el 5 o molt alt.

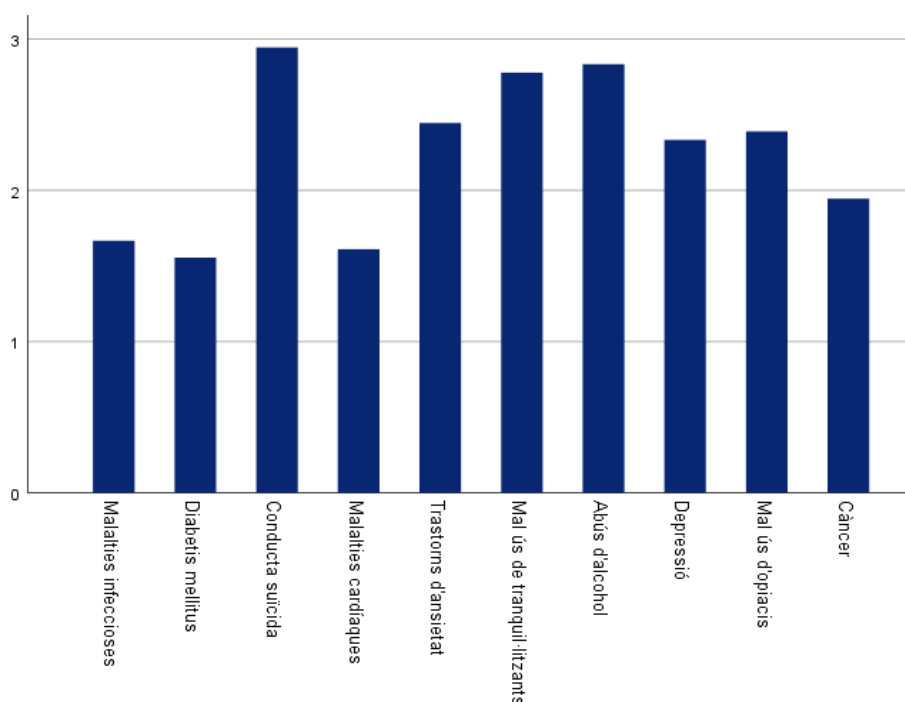
**Gràfic 25.** Nivell d'empatia percebuda per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics





Al Gràfic 26 es presenta la percepció del nivell d'irritabilitat o incomoditat envers els diferents diagnòstics i es pot observar que hi ha variabilitat de percepcions, excepte en les malalties infeccioses, la diabetis mellitus, les malalties cardíques i el càncer on la majoria perceben un nivell baix d'incomoditat. Cal destacar que la mitjana més baixa – 1,56– i, per tant, els nivells d'incomoditat més baixos, es troba en la diabetis mellitus; i la mitjana més alta es troba en la conducta suïcida, amb un 2,94.

**Gràfic 26.** Nivell d'irritabilitat o incomoditat percebuda per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics



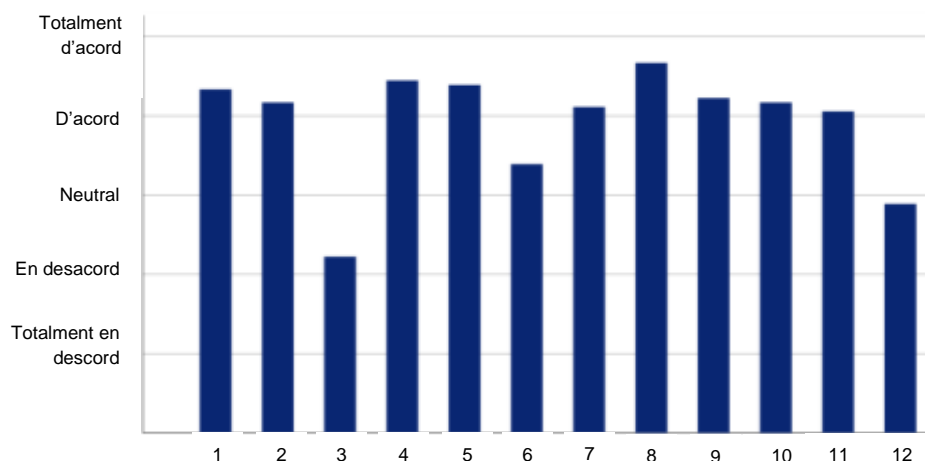
En sisè lloc, s'exposen els resultats respecte la *visió i percepció de la conducta suïcida*, concretament dels intents de suïcidi. Tal com es pot veure a la Taula 9 i al Gràfic 27, els metges i metgesses consideren que treballen i tracten correctament als/les pacients que han intentat suïcidar-se i, generalment, no mostren incomoditat, són amables i comprensius/ves, tracten de fer el millor que poden al tractar amb aquests/es pacients, estan predisposats a ajudar-los/les, encara que els pot resultar difícil tractar amb ells i elles. A més, consideren que els intents previs de suïcidi indiquen un major risc de suïcidi.

**Taula 9.** Visió i percepció dels intents de suïcidi (N i %)

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
El servei de salut mental treballa correctament amb persones que han intentat suïcidar-se.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (11,1%)	8 (44,4%)	8 (44,4%)

El centre on treballa normalment tracta bé als/les pacients que han intentat suïcidar-se.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (11,1%)	11 (61,1%)	5 (27,8%)
Quan tracto amb una persona que ha intentat suïcidar-se, a vegades mostro la meua incomoditat.	2 (11,1%)	11 (61,1%)	4 (22,2%)	1 (5,6%)	0 (0,0%)
Normalment sóc amable i comprensiu/iva amb els/les pacients que han intentat suïcidar-se.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (55,6%)	8 (44,4%)
Tracto de fer el millor que puc per tal que les persones que han intentat suïcidar-se es sentin còmodes i segures.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	11 (61,1%)	7 (38,9%)
Normalment és difícil tractar amb pacients que han intentat suïcidar-se.	2 (11,1%)	1 (5,6%)	4 (22,2%)	10 (55,6%)	1 (5,6%)
Tracto de fer el millor que puc per parlar sobre els seus problemes personals amb les persones que han intentat suïcidar-se.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (5,6%)	14 (77,8%)	3 (16,7%)
Una persona que ha realitzat diversos intents de suïcidi està en elevat risc de suïcidi.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (33,3%)	12 (66,7%)
M'agradaria ajudar a una persona que ha intentat suïcidar-se.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (5,6%)	12 (66,7%)	5 (27,8%)
Com que les persones en risc de suïcidi tenen problemes emocionals, necessiten el millor tractament possible.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (16,7%)	9 (50,0%)	6 (33,3%)
Tracto els/les pacients que han intentat suïcidar-se amb la mateixa disposició i amabilitat que la resta de pacients.	1 (5,6%)	1 (5,6%)	1 (5,6%)	8 (44,4%)	7 (38,9%)
A vegades tinc dificultats per entendre una persona que ha intentat suïcidar-se.	3 (16,7%)	2 (11,1%)	7 (38,9%)	6 (33,3%)	0 (0,0%)

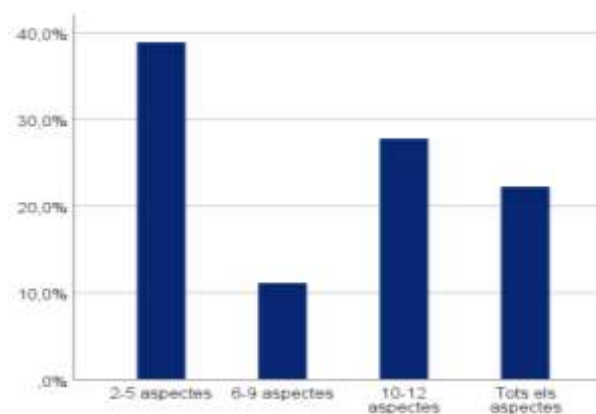
**Gràfic 27.** Visió i percepció dels intents de suïcidi



1. El servei de salut mental treballa correctament amb persones que han intentat suïcidar-se.
2. El centre on treballa normalment tracta bé als/les pacients que han intentat suïcidar-se.
3. Quan tracto amb una persona que ha intentat suïcidar-se, a vegades mostro la meva incomoditat.
4. Normalment sóc amable i comprensiu/iva amb els/les pacients que han intentat suïcidar-se.
5. Tracto de fer el millor que puc per tal que les persones que han intentat suïcidar-se es sentin còmodes i segures.
6. Normalment és difícil tractar amb pacients que han intentat suïcidar-se.
7. Tracto de fer el millor que puc per parlar sobre els seus problemes personals amb les persones que han intentat suïcidar-se.
8. Una persona que ha realitzat diversos intents de suïcidi està en elevat risc de suïcidi.
9. M'agradaria ajudar a una persona que ha intentat suïcidar-se.
10. Com que les persones en risc de suïcidi tenen problemes emocionals, necessiten el millor tractament possible.
11. Tracto els/les pacients que han intentat suïcidar-se amb la mateixa disposició i amabilitat que la resta de pacients.
12. A vegades tinc dificultats per entendre una persona que ha intentat suïcidar-se.

Per últim, al qüestionari es van anomenar un seguit d'aspectes sobre la conducta suïcida, com ara la identificació de les senyals d'advertència del suïcidi o la comunicació amb els/les pacients sobre suïcidi, i es va demanar als metges i metgesses que marquessin els aspectes sobre els quals els interessaria obtenir informació. A la Taula 18 –adjuntada a l'Annex 6– i al Gràfic 28, es mostra el nombre d'aspectes que van marcar. Un 38,9% van marcar entre 2 i 5 aspectes, un 27,8% van marcar entre 10 i 12 aspectes, un 22,2% van marcar tots els aspectes i un 11,1% van marcar entre 6 i 9 aspectes.

**Gràfic 28.** Nombre d'aspectes que interessaven als/les professionals sobre la conducta suïcida

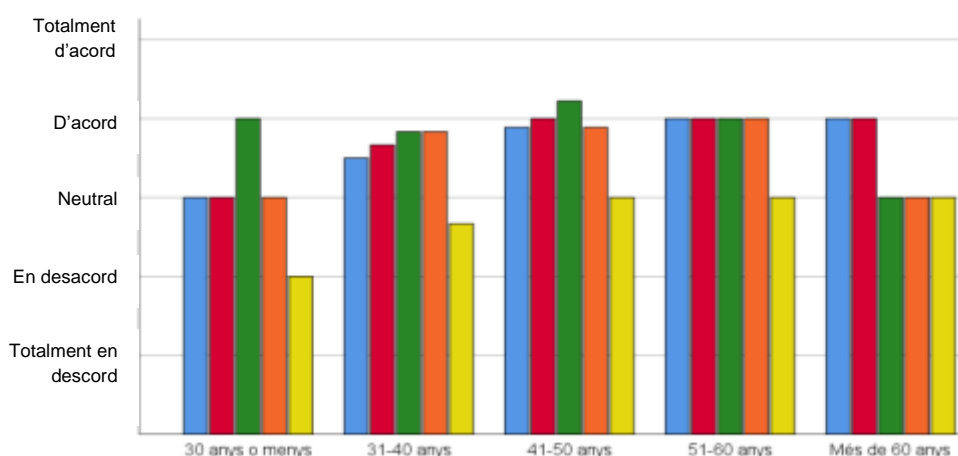


Seguidament s'exposa una comparativa sobre els coneixements i la percepció de la conducta suïcida en funció del gènere dels metges i metgesses de capçalera, l'edat i la formació que han rebut al voltant de la conducta suïcida.

En primer lloc, es compara la percepció que tenen els metges i metgesses sobre algunes variables relacionades amb el coneixement de la gestió de la conducta suïcida en funció de l'edat dels/les professionals.

Al Gràfic 29 es mostra la percepció dels metges i metgesses en relació al reconeixement de pacients que poden estar en risc de suïcidi en funció de l'edat dels/les professionals. Respecte si consideren que tenen els coneixements necessaris per reconèixer a pacients que poden estar en risc de suïcidi i si coneixen els signes d'advertència del suïcidi, es pot observar que com més edat tenen els/les professionals, més capacitat perceben. En referència a la percepció sobre el coneixement del protocol, tots els grups d'edat es mouen al voltant de l'acord, considerant que el coneixen, però el grup de més de 60 anys, corresponent a una persona, es manté neutre. La confiança que tenen envers la seva habilitat per respondre davant de casos de persones amb elevat risc de suïcidi, es pot observar que augmenta amb l'edat, però en el cas de la persona de més de 60 anys és neutre. D'altra banda, respecte la comoditat a l'hora de comunicar-se amb els/les pacients sobre conducta suïcida, es produeix un progrés del *desacord*, considerant que no es senten còmodes preguntant als pacients sobre la conducta suïcida, fins al *neutral*.

**Gràfic 29.** Percepció dels metges/sses respecte el reconeixement de pacients en risc de suïcidi en funció de l'edat dels/les professionals

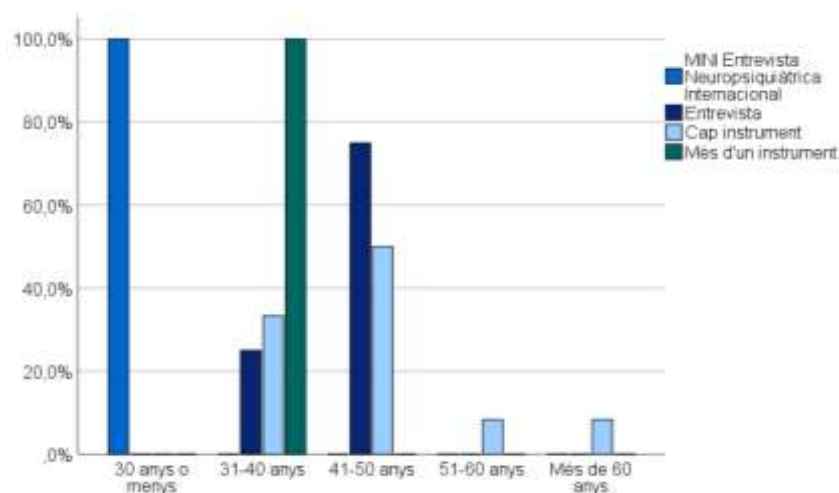


- Tinc el coneixement i la formació necessària per reconèixer quan un/a pacient pot estar en risc elevat de suïcidi.
- Conec els signes d'advertència del suïcidi.
- Sé quins són els passos o el protocol que cal seguir quan sospito que un/a pacient està en elevat risc de suïcidi.
- Confio en la meua habilitat de respondre quan sospito que un/a pacient està en elevat risc de suïcidi.
- Em sento còmode/a preguntant als/les pacients preguntes obertes i directes sobre pensaments i conducta suïcida.

Cal destacar que a través de l'estadístic  $X^2$  (khi-quadrat) –dades adjuntades a l'Annex 6– es pot observar que aquestes diferències en la percepció del reconeixement de pacients que poden estar en risc de suïcidi en funció de l'edat no són significatives, ja que els resultats superen el 0,05, de manera que no es rebutja la hipòtesi que indica que no hi ha diferències significatives.

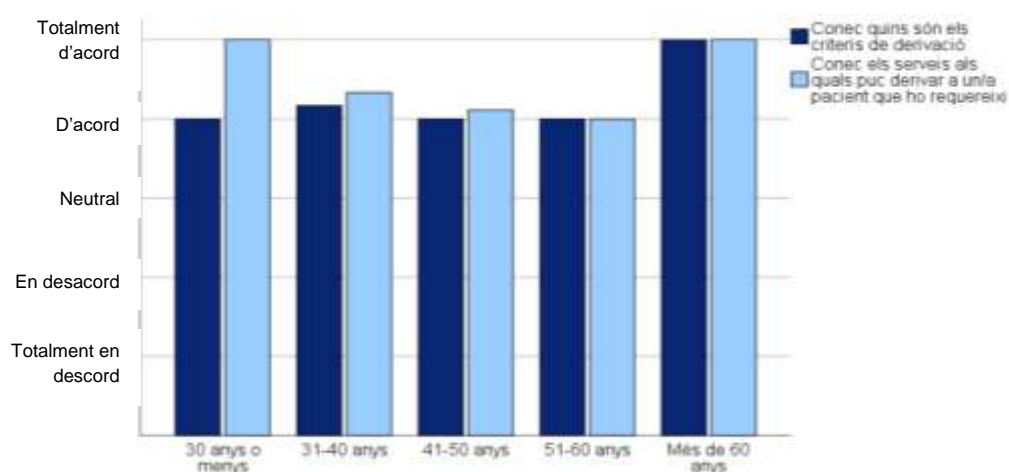
Al Gràfic 30 es pot observar que els metges i metgesses d'aquest centre d'atenció primària que utilitzen instruments per valorar el risc de suïcidi dels/les pacients tenen 50 anys o menys, encara que la majoria, independentment de l'edat, no utilitza cap instrument. A més, la  $X^2$  té un valor de 0,047, per tant, les diferències són significatives.

**Gràfic 30.** Utilització d'instruments per part dels metges/sses per valorar el risc de suïcidi dels/les pacients en funció de l'edat dels/les professionals



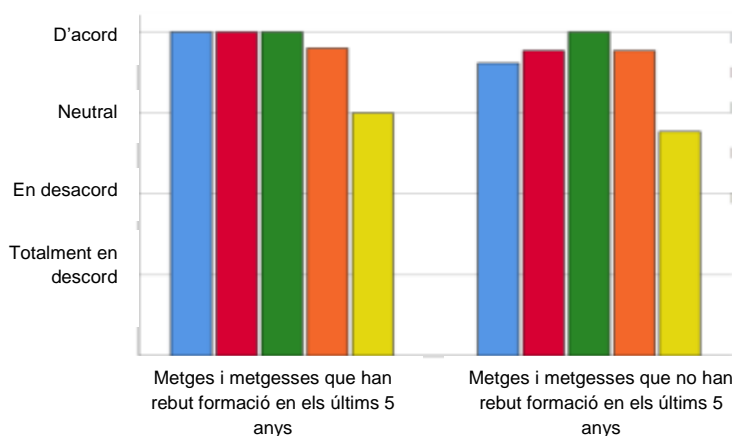
D'altra banda, tal com es pot apreciar al Gràfic 31, les persones que perceben més coneixement sobre la derivació de pacients en risc de suïcidi són la persona de més de 60 anys, seguidament per la persona de 30 anys o menys. Tot i així, la majoria estan d'acord en que coneixen els criteris de derivació i els serveis als quals poden derivar aquells pacients que ho necessiten. A més, la  $X^2$  indica que aquestes diferències no són significatives –dades adjuntades a l'Annex 6–.

**Gràfic 31.** Percepció dels metges/sses sobre els seus coneixements respecte la derivació de pacients en risc de suïcidi a altres serveis en funció de l'edat dels/les professionals



En segon lloc, es compara la percepció dels metges i metgesses respecte el reconeixement de pacients que poden estar en risc de suïcidi en funció de si han participat en alguna formació durant els últims cinc anys sobre la conducta suïcida. Tal com es pot veure al Gràfic 32, els metges i metgesses que han rebut formació en els últims 5 anys perceben majors nivells de coneixements i comoditat per comunicar-se amb pacients sobre la conducta suïcida, que els metges i metgesses que no han rebut formació durant els últims 5 anys. Tanmateix, segons l'estadístic  $X^2$ , aquestes diferències no són significatives –dades adjuntades a l'Annex 6–.

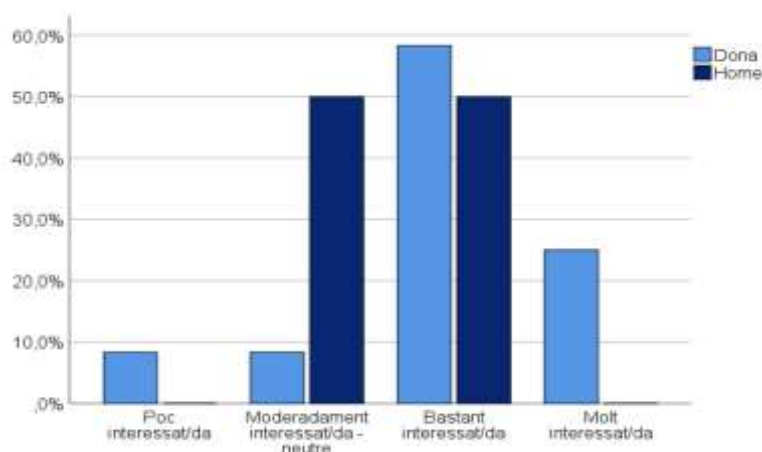
**Gràfic 32.** Percepció dels metges/sses respecte el reconeixement de pacients que poden estar en risc de suïcidi en funció de la formació en els últims 5 anys



- Tinc el coneixement i la formació necessària per reconèixer quan un/a pacient pot estar en risc elevat de suïcidi.
- Conec els signes d'advertència del suïcidi.
- Sé quins són els passos o el protocol que cal seguir quan sospito que un/a pacient està en elevat risc de suïcidi.
- Confio en la meua habilitat de respondre quan sospito que un/a pacient està en elevat risc de suïcidi.
- Em sento còmode/a preguntant als/les pacients preguntes obertes i directes sobre pensaments i conducta suïcida.

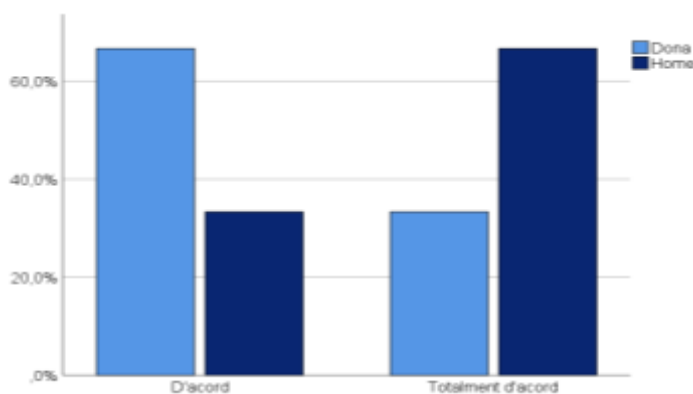
En tercer lloc, es compara l'actitud envers la conducta suïcida en funció del gènere dels metges i metgesses. Respecte l'interès que tenen els/les professionals a participar en formació sobre la conducta suïcida, tal com es pot observar al Gràfic 33, la majoria estan interessats i interessades en la formació, sobretot, les dones. Tot i així, aquesta diferència no és significativa, ja que el valor de  $X^2$  és 0,159.

**Gràfic 33.** Interès dels metges i metgesses a participar en formació sobre la conducta suïcida en funció del gènere



Respecte l'ítem del qüestionari "Normalment sóc amable i comprensiu/iva amb els/les pacients que han intentat suïcidat-se", tal com es pot observar al Gràfic 34, els homes mostren un major acord amb aquest ítem que les dones, encara que aquest fet no és significatiu, ja que la  $X^2$  és 0,18.

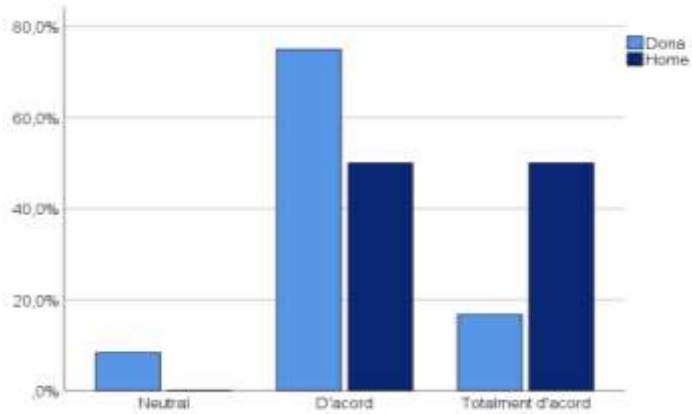
**Gràfic 34.** Percepció dels metges/sses, en funció del gènere, sobre l'amabilitat envers pacients que han intentat suïcidat-se



*Normalment sóc amable i comprensiu/iva amb els/les pacients que han intentat suïcidat-se*

A més, a l'ítem "M'agradaria ajudar a una persona que ha intentat suïcidar-se", tal com es mostra al Gràfic 35, els homes mostren un major acord amb aquest ítem que les dones i tampoc és significatiu, ja que la  $X^2$  és 0,29.

**Gràfic 35.** Percepció dels metges i metgesses, en funció del gènere, sobre la voluntat d'ajudar a persones que han intentat suïcidar-se



*M'agradaria ajudar a una persona que ha intentat suïcidar-se.*



## DISCUSSIÓ

L'objectiu principal del present treball és descriure els coneixements i la percepció de la conducta suïcida d'un grup de metges i metgesses d'un centre d'atenció primària. Així doncs, en aquest apartat s'analitzen els resultats de l'estudi tenint en compte els objectius i les hipòtesis, així com el marc teòric d'aquest treball.

En primer lloc, respecte la percepció que tenen els metges i metgesses sobre el seu rol com a professionals en relació a la gestió de la conducta suïcida, s'ha vist que la majoria donen importància al seu propi rol i a les seves responsabilitats per la prevenció del suïcidi. D'aquesta manera, es compleix la hipòtesi que els metges i metgesses seran conscients de la importància i la seva responsabilitat envers la prevenció del suïcidi. A més, aquest fet és coherent amb el que defensen molts autors/es, com ara Almenta (2014) o l'OMS (2000), ja que afirmen que els i les professionals dels centres d'atenció primària poden tenir un gran paper en la gestió de la conducta suïcida gràcies al vincle, la confiança i el reconeixement que reben per part de la ciutadania. Però cal tenir en compte que aquesta prevenció, tal com manifesten diversos autors/es, com per exemple l'OMS (WHO, 2014), Anseán (2014) o Mann (2005), implica un enfocament multisectorial, considerant sectors sanitaris i no sanitaris, així com intervencions a diversos nivells. Així doncs, és necessària la corresponsabilització de diversos sectors, però és important que tant la literatura com els/les pròpies professionals coincideixin i percebin la importància del rol d'atenció primària per tal de prevenir el suïcidi. Tanmateix, a nivell institucional, la percepció que tenen els metges i metgesses sobre el rol del centre d'atenció primària on treballen, és a dir, sobre les polítiques i procediments dels quals disposa el centre, el suport i els recursos que ofereix i la sensibilitat en relació a la gestió de la conducta suïcida, no està tan clara, ja que hi ha varietat d'opinions, encara que tots i totes perceben que el centre és sensible a les qüestions relacionades amb la seguretat dels/les pacients. D'aquesta manera s'observa que la hipòtesi que els metges i metgesses creuran que el centre d'atenció primària disposa de polítiques i procediments, ofereix suport i recursos, així com és sensible respecte la prevenció del suïcidi, es compleix de manera parcial.

En segon lloc, pel que fa a l'experiència i la vivència dels metges i metgesses respecte la interacció amb pacients amb conducta suïcida, s'ha observat que tots i totes han identificat pacients en risc de suïcidi, majoritàriament un o dos pacients. Aquestes dades es relacionen amb els estudis, com ara el de Luoma et al. (2002), que defensen que la majoria de persones que moren per suïcidi han contactat amb el metge/ssa

d'atenció primària durant l'any anterior, de manera que és probable que els metges i metgesses d'aquest centre hagin interactuat amb pacients que estan en risc de suïcidi. Tot i així, de les 18 participants, 8 metges/sses han interactuat amb algun pacient que ha mort per suïcidi i la majoria no s'ha sentit culpable després d'aquest fet. Per tant, la hipòtesi que els metges i metgesses hauran tractat amb persones que presenten conducta suïcida i la seva vivència haurà estat negativa, és certa, puntualitzant que els metges i metgesses no es senten culpables després d'un suïcidi. Aquest fet no concorda amb l'estudi de Munnelly i Cox (2017), ja que aquest estudi conclou que la majoria de metges i metgesses de família han interactuat amb persones que s'han suïcidat i aquest fet ha provocat sentiments de culpabilitat, preocupació o fracàs. Però cal tenir en compte que en el present estudi només s'ha valorat el sentiment de culpa.

En tercer lloc, respecte la percepció que tenen els metges i metgesses en relació a l'avaluació del risc de suïcidi, s'ha vist que la majoria consideren que tenen els coneixements necessaris per avaluar el risc de suïcidi i confien en la seva habilitat. Aquests resultats coincideixen amb l'estudi de Munnelly i Cox (2017), que postula que la majoria de metges i metgesses generals consideren que tenen la preparació adequada per reconèixer persones en risc de suïcidi. Malgrat això, en el present estudi es troba que no tots els metges i metgesses es senten còmodes duent a terme aquesta tasca, fet que podria estar relacionat amb el tabú que envolta la conducta suïcida, així com també podria indicar la necessitat de formació en l'avaluació del risc de suïcidi o en l'entrevista clínica com a instrument per avaluar el risc de suïcidi, tal com defensa el Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut a Atenció Primària (PAPPS) (Almenta, 2014). A més, cal destacar que no totes les persones es consideren responsables de realitzar un cribatge del risc de suïcidi, encara que la literatura assenyali que la detecció precoç i el cribatge de les persones que poden estar en risc de suïcidi és important per la prevenció d'aquest fenomen (Almenta, 2014; Castejón i San Martín, 2012). Així doncs, la hipòtesi que els metges i metgesses tindran una percepció negativa en relació a l'avaluació del risc de suïcidi és relativa, ja que la majoria perceben que tenen els coneixements necessaris, però no tots i totes es consideren responsables de realitzar cribatges per risc de suïcidi.

Pel que fa als coneixements que tenen els metges i metgesses sobre els instruments d'avaluació del risc de suïcidi, només un 33,3% dels metges i metgesses utilitzen instruments per avaluar el risc de suïcidi, com ara l'entrevista clínica o una prova estandaritzada. Aquest fet recolza la hipòtesi que els metges i metgesses tindran un coneixement baix sobre els instruments d'avaluació del risc de suïcidi. Tanmateix,

respecte el coneixement dels metges i metgesses sobre els procediments existents per la gestió de la conducta suïcida, la majoria coneixen els centres o serveis als quals poden derivar als pacients que ho requereixen. Tots i totes fan referència al servei d'urgències psiquiàtriques i molts també esmenten el Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA). Per tant, en aquest cas es rebutja la hipòtesi que defensa que els metges i metgesses tindran un coneixement baix en relació als procediments existents per la gestió de la conducta suïcida. A més, la percepció de coneixements dels metges i metgesses respecte els criteris de derivació dels pacients és positiva, de manera que consideren que coneixen quins són aquests criteris, encara que la revisió teòrica ressalta que la majoria de professionals no tenen suficient formació ni criteris clars de quan derivar a l'atenció especialitzada (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

En quart lloc, en relació a la percepció que tenen els metges i metgesses al voltant d'aspectes relacionats amb la formació sobre conducta suïcida, la majoria de professionals assenyalen que ha rebut formació, sobretot, sobre els signes d'advertència del suïcida, però poques persones han rebut aquesta formació per part del centre on treballen, així com poques persones l'han rebut durant els últims cinc anys. A més, cal destacar que les persones que han rebut formació es tractaven de formacions internes i consideren que han estat útils, però que necessitarien més formació per tractar amb persones que presenten risc de suïcida. Per tant, la majoria estan bastant interessats i interessades a rebre formació sobre la conducta suïcida i la majoria estaria disposat/da a dedicar-hi entre tres i set hores i, sobretot, tots i totes coincideixen que estan interessats en la identificació de senyals d'advertència del suïcida. Aquests resultats confirmen la hipòtesi que els metges i metgesses percebran que la formació relacionada amb la conducta suïcida és insuficient, però important per gestionar la conducta suïcida i, per tant, estaran interessats/es en la formació. Cal afegir que també concorden amb el que defensen molts autors/es, com ara Dumon i Portzky, 2014; Herrejón, 2014; Mann et al., 2005; o WHO, 2014, ja que sostenen que la formació dels metges i metgesses d'atenció primària és una de les actuacions que haurien de contemplar tots els plans o programes de prevenció del suïcida. Per tant, és molt rellevant que els metges i metgesses contemplin aquesta necessitat de formació. A més, estudis similars, com ara el de Grimholt et al. (2014) i el de Ritter et al. (2002), també van trobar que els professionals consideren que no tenen suficient formació i que estan interessats/des a rebre formació en aquest àmbit. Tot i així, a l'estudi de Grimholt et al. (2014) hi havia un tant per cent més elevat de persones que havien rebut formació durant els últims cinc anys.

En cinquè lloc, un altre objectiu de la recerca era identificar la percepció de competència, compromís, empatia i comoditat dels metges i metgesses per tractar amb persones que presenten conducta suïcida, en comparació amb altres diagnòstics, com ara la diabetis mellitus, les malalties cardíaques o la depressió. Els resultats indiquen que la percepció del nivell de competència més baix es troba en la conducta suïcida, seguit per l'abús d'alcohol i la percepció dels nivells d'irritabilitat o incomoditat més alts també es troben en la conducta suïcida i l'abús d'alcohol. Tot i així, la percepció del nivell de compromís i d'empatia és força similar en tots els diagnòstics. Per tant, la hipòtesi que la percepció dels metges i metgesses sobre el seu nivell de competència, compromís, empatia i comoditat per tractar amb persones que presenten conducta suïcida serà més baixa que en altres diagnòstics es compleix només en els nivells de competència i comoditat, però no es compleix en els nivells de compromís i empatia. Aquests resultats no concorden amb l'estudi de Grimholt et al. (2014), ja que en aquest estudi es va trobar que els/les professionals valoren de manera més baixa el seu nivell de compromís i d'empatia envers els pacients amb problemes d'abusos, com ara de l'alcohol i en aquest cas no s'han trobat diferències significatives. A més, Grimholt et al. (2014) també van trobar que les persones que presenten problemes d'abusos els generen més irritació o incomoditat que els pacients amb altres diagnòstics, entre els quals hi ha la conducta suïcida.

En sisè lloc, pel que fa a la visió i percepció que tenen els metges i metgesses respecte la gestió dels intents de suïcidi, s'ha observat que la percepció és positiva, ja que els metges i metgesses consideren que tracten correctament a les persones que han intentat suïcidar-se, són amables, comprensius/ves i volen ajudar-los/les, encara que a vegades els pugui resultar difícil tractar amb ells i elles. Per tant, es rebutja la hipòtesi que defensa que els/les professionals tindran una visió i percepció més aviat negativa respecte els intents de suïcidi. Aquests resultats són similars als que van trobar Grimholt et al. (2004), ja que també van identificar actituds positives envers els pacients amb conducta suïcida i estar disposats/es a comprendre'ls i a ajudar-los/les. A més, en el present estudi els metges/sses saben que els intents previs de suïcidi indiquen un major risc de suïcidi, que tal com s'ha vist a l'apartat del marc teòric, aquest factor és un gran predictor de la conducta suïcida (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suïcida, 2012; WHO, 2014).

Per últim, aquest treball també tenia com a objectiu comparar la percepció de la conducta suïcida dels metges i metgesses en funció del gènere, l'edat i la formació sobre la conducta suïcida que han rebut.

Pel que fa a l'edat, s'han observat resultats diversos. Per una banda, la percepció de coneixements per reconèixer a pacients en risc de suïcidi i signes d'advertència, així com el nivell de comoditat en gestionar la conducta suïcida, és més elevada en les persones més grans que en les persones joves. Tanmateix, en altres aspectes, com ara en la percepció del coneixement del protocol a l'hora de gestionar el risc de suïcidi o en la confiança en l'habilitat de respondre davant d'una sospita per risc de suïcidi, no hi ha diferències en funció de l'edat. Per altra banda, en la utilització d'instruments per avaluar el risc de suïcidi, les persones més joves utilitzen un o més instruments. Però cal tenir en compte que aquestes diferències no són significatives, per tant, rebutjaríem la hipòtesi que les persones joves sentiran que tenen més coneixements sobre la conducta suïcida que les persones més grans.

Pel que fa a la formació que han rebut els metges i metgesses, es compara la percepció de coneixements per avaluar el risc de suïcidi en els metges i metgesses que han participat en una formació durant els últims cinc anys i aquells/es que no han participat en cap formació durant els últims cinc anys. S'ha vist que aquelles persones que han participat en una formació perceben majors nivells de coneixements i comoditat per tractar amb pacients al voltant de la conducta suïcida, que aquelles persones que no han participat en una formació durant els últims cinc anys. Tot i així, aquesta diferència no és significativa. Per tant, es rebutja la hipòtesi que la formació dels metges i metgesses d'atenció primària influirà de manera positiva en el reconeixement de pacients que poden estar en risc de suïcidi. Aquests resultats es contraposen amb l'estudi de Silva et al. (2016), que defensa que els/les professionals que han rebut formació demostren tenir un major coneixement i confiança sobre el suïcidi que els/les professionals que no han participat en cap formació. A més, l'estudi de Munnyelly i Cox (2017) també defensa que les persones que han rebut formació tenen una actitud més positiva envers la prevenció del suïcidi i més confiança a l'hora de tractar amb pacients en risc de suïcidi.

Pel que fa a les diferències de gènere, generalment les dones estan més interessades en la formació sobre la conducta suïcida que els homes, tot i que en la percepció d'amabilitat, comprensió i voluntat d'ajudar, els homes manifesten nivells més elevats. Però cal destacar que aquestes diferències no són significatives. Així doncs, es rebutja la hipòtesi que les dones tindran una actitud més positiva envers la conducta suïcida, ja que en aquesta mostra no s'acaba de complir. Aquests resultats no concorden amb l'estudi de Gimholt et al. (2014), ja que aquests autors/es identifiquen actituds més positives en les dones que en els homes.

D'altra banda, és important remarcar que aquest estudi presenta algunes limitacions, que es poden relacionar amb futures investigacions o línies de treball.

En primer lloc, respecte l'instrument de recollida de dades, es tracta d'un qüestionari que no està validat, ja que s'ha elaborat específicament per aquesta recerca a partir de dues escales. Aquest fet pot donar lloc a petits errors, de manera que podria ser que algun ítem no fos prou clar o adequat. A més, aquest instrument recull, majoritàriament, la percepció dels metges i metgesses al voltant de la conducta suïcida, de manera que recull aspectes subjectius. En aquest sentit, cada participant interpreta la realitat d'una determinada manera, per tant, és possible que dos participants, davant d'un ítem en què tenen la mateixa percepció, quantifiquin el seu grau d'acord de diferent manera. Cal afegir que tot i tenir la versió subjectiva, les preguntes són tancades, de manera que no poden desenvolupar les seves respostes i així aconseguir un relat més acurat de cadascú. Per tal de superar aquestes limitacions caldria validar el qüestionari i/o plantejar futures investigacions.

En segon lloc, una altra limitació és la falta d'estudis previs sobre els coneixements i la percepció de coneixements i actituds envers la conducta suïcida dels metges i metgesses d'atenció primària, sobretot, a nivell espanyol. Per tant, aquest fet ha dificultat aquesta recerca i potser alguns resultats no s'han pogut contrastar amb diferents estudis anteriors.

En tercer lloc, pel que fa a la mostra, aquesta fa referència al centre d'atenció primària concret del qual s'han extret les dades, però no prediu el que succeeix a altres centres i, per tant, els resultats no es poden generalitzar. A més, només s'han tingut en compte els metges i metgesses, és a dir, no s'han recollit dades a altres professionals com ara, infermers/es o treballadors/es socials, que també poden estar implicats/des en la prevenció de la conducta suïcida. També cal tenir en compte la desitjabilitat social, que pot influir en els resultats de l'estudi.

Tenint en compte aquestes limitacions i els resultats obtinguts en aquest estudi es plantegen futures investigacions i/o actuacions. Una futura investigació seria aprofundir més en el tema en aquest mateix centre d'atenció primària. El qüestionari ha estat molt útil per conèixer la realitat i els diferents punts de vista dels metges i metgesses en relació a la gestió de la conducta suïcida, de manera que s'ha pogut observar que, en general, els metges i metgesses d'aquest centre consideren que tenen coneixements sobre la gestió de la conducta suïcida i estan interessats/des a ampliar els seus coneixements, ja que perceben la importància del seu rol envers aquest fenomen i tenen una actitud positiva. Per tant, caldria indagar més, utilitzant un altre tipus

d'instrument, com per exemple entrevistes o grups de discussió, en les necessitats, dificultats i interessos d'aquests professionals. A més, també es poden tenir en compte altres professionals del centre, com ara infermers/es o treballadors/es socials per aconseguir una visió més àmplia i rica de la situació. Cal destacar que aquest aprofundiment permetria plantejar una resposta o una actuació per treballar la gestió de la conducta suïcida en aquest nivell d'atenció i en aquest context concret, com podria ser un programa formatiu. D'altra banda, també seria interessant ampliar la investigació a altres centres d'atenció primària, de manera que es podrien realitzar estudis similars a altres CAP i, fins i tot, dur a terme un estudi més global en què, a través d'una mostra representativa de diferents CAP, es pogués estudiar aquest fenomen i la utilitat o efectivitat de la formació sobre la conducta suïcida per prevenir el suïcida.

## CONCLUSIONS

Un cop finalitzada aquesta recerca amb la finalitat de descriure els coneixements i la percepció de la conducta suïcida d'un grup de metges i metgesses d'un centre d'atenció primària es pot concloure el següent:

1. Els metges i metgesses del CAP consideren que el seu rol és important per la gestió de la conducta suïcida. Tots i totes han interactuat amb pacients en risc de suïcidi i alguns d'ells/es amb persones que han mort per suïcidi.
2. La majoria de professionals consideren que tenen els coneixements necessaris per avaluar el risc de suïcidi, però no tots/es són responsables de realitzar un cribatge per risc de suïcidi ni tots/es utilitzen un instrument amb aquesta finalitat. Tot i així, coneixen els serveis als quals poden derivar els/les pacients que ho requereixen i consideren que coneixen els criteris de derivació.
3. La majoria de metges/sses no han rebut formació sobre la conducta suïcida en els últims 5 anys, però estan interessats/des i consideren que seria necessari per poder gestionar la conducta suïcida.
4. Els metges i metgesses perceben un nivell de competència i comoditat més baix en la conducta suïcida que en altres diagnòstics, però perceben nivells de compromís i empatia elevats en tots els diagnòstics. A més, tenen una actitud positiva envers les persones que han intentat suïcidar-se.
5. No s'han trobat diferències significatives respecte la percepció de la conducta suïcida dels metges i metgesses en funció del gènere, l'edat i la formació sobre la conducta suïcida que han rebut.



## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Almenta, E. (2014). Prevención e intervención de la conducta suicida en Atención Primaria. Dins Anseán, A., *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp. 457-481). Madrid: Fundación Salud Mental España.
- Anseán, A. (2014). Suicidios: las muertes invisibles. Propuesta para una Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS. Dins Anseán, A., *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp. 27-33). Madrid: Fundación Salud Mental España.
- Ayuso, J. L. (2011). Protocolos preventivos genéricos y específicos. Dins Bobes, J., Giner, J. i Sáiz, J., *Suicidio y psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida* (pp. 163-185). Madrid: Editorial Triacastela.
- Bobes, J., Giner, J. i Sáiz, J. (2011). Introducción. Dins Bobes, J., Giner, J. i Sáiz, J., *Suicidio y psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida* (pp. 9-16). Madrid: Editorial Triacastela.
- Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, M. C., García, J., Montón, C. i Tizón, J. L. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50(Supl 1), 83-108.
- Castejón, M. A. i San Martín, R. (2012). *Informe del estado actual de la prevención en salud mental*. Recuperat de <https://consaludmental.org/publicaciones/Estadoactualprevencionsaludmental.pdf>
- CatSalut (2015). *Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi (CRS)*. Recuperat de [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors\\_professionals/normatives\\_instruccions/any\\_2015/instruccio\\_10\\_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_10_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf)
- Commission on Chronic Illness (1957). *Chronic illness in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.
- Dumon, E. i Portzky, G. (2014). *Directrices Generales para la Prevención del Suicidio*. Recuperat de <https://consaludmental.org/publicaciones/Directricesprevencionsuicidio.pdf>

- Generalitat de Catalunya (2018). *Atenció Primària*. Recuperat de <http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/acces-sistema-salut/guiadus/canals/atencio-primaria/>
- Giner, J. i Pérez, V. (2011). Factores de riesgo. Dins Bobes, J., Giner, J. i Sáiz, J., *Suicidio y psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida* (pp. 59-93). Madrid: Editorial Triacastela.
- Gordon, R. S. Jr. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep*, 98, 107-109.
- Grimholt, T., Haavet, O., Jacobsen, D., Sandvik, L. i Ekeberg, O. (2014). Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behaviour: a survey of general practitioners, psychiatrists and internists. *BMC Health Services Research*, 14(208), 2-8.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Recuperat de <https://consaludmental.org/publicaciones/GCPCConductaSuicida2012.pdf>
- Herrejón, B. (2014). Programas y planes de prevención de la conducta suicida. Dins Anseán, A., *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp. 95-114). Madrid: Fundación Salud Mental España.
- Instituto Nacional de Estadística (2018). *Estadística de defunciones según la causa de muerte*. Recuperat de [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175)
- Luoma, J., Martin, C. i Pearson, J. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916.
- Mann J., Apter A., Bertolote J., Beautrais A., Currier D., Haas A., et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074.
- Munnelly, A. i Cox, G. (2017). *Suicide Prevention: GPs professional views & practice experience*. Recuperat de <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health->

services/connecting-for-life/research-evaluation/findings/suicide-prevention-gps-survey-dec-2017-.html

Navío, M. i Villoria, L. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida. Dins Anseán, A., *Suicidios: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp. 117-194). Madrid: Fundación Salud Mental España.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Recuperat de: [https://www.who.int/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf)

Pérez, S. A. (2004). Prevención del suicidio por el médico general. Principios para su capacitación. *Psiquiatría Biológica*, 11(5), 179-185.

Ritter, K., Stompe, T., Voracek, M. i Etzersdorfer, E. (2002). Suicide risk-related knowledge and attitudes of general practitioners. *Wien Klin Wochenschr*, 114(15-16), 685-690.

Robles, J. I., Acinas, M. P. i Pérez-Íñigo, J. L. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. Madrid: Editorial Síntesis.

Ros, S. i Arranz, F. J. (2015). Conducta suicida. Dins Vallejo, J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8ª ed., pp. e173-e201). Barcelona: Elsevier Masson.

Saini, P. (2015). Suicide Prevention in mental health patients: the role of primary care (Tesi doctoral de Filosofia, University of Manchester, Anglaterra). Recuperat de [https://www.research.manchester.ac.uk/portal/files/54570482/FULL\\_TEXT.PDF](https://www.research.manchester.ac.uk/portal/files/54570482/FULL_TEXT.PDF)

Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P. i Bobes, J. (2011). Intervención preventivo-educativa en profesionales de la salud. Dins Bobes, J., Giner, J. i Sáiz, J., *Suicidio y psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida* (pp. 123-142). Madrid: Editorial Triacastela.

Saunders, K., Hawton, K., Fortune S. i Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 205-216.

Servicio Andaluz de Salud (2010). *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida*. Recuperat de:

<https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>

Silva, C., Smith, A., Dodd, D., Covington, D. i Joiner, T. (2016). Suicide-Related Knowledge and Confidence Among Behavioral Health Care Staff in Seven States. *Psychiatric Services, 67*(11), 1240-1245.

Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carroll, P. i Joiner, T. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behaviour, 37*(3), 248-263.

Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carroll, P. i Joiner, T. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behaviour, 37*(3), 264-277.

Tejedor, C., Díaz, A., Faus, G., Pérez, V. i Solà, I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Españolas de Psiquiatría, 39*(5), 280-287.

World Health Organization (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Luxemburg: WHO.

Zero Suicide (2018). *Zero Suicide Workforce Survey*. Recuperat de <http://zerosuicide.sprc.org/sites/zerosuicide.actionallianceforsuicideprevention.org/files/ZS%20Workforce%20Survey%20February%202018.pdf>

Zero Suicide (2018). *Zero suicide*. Recuperat de <http://zerosuicide.sprc.org/>

## ANNEXOS

### **Annex 1: Qüestionari sobre la conducta suïcida utilitzat en aquest estudi**

#### **QÜESTIONARI SOBRE LA CONDUCTA SUÏCIDA**

El qüestionari que es presenta a continuació forma part del Treball Final de Grau (TFG) de Psicologia de la Universitat de Vic, que tracta sobre la prevenció de la conducta suïcida. L'objectiu principal d'aquest estudi és investigar quins són els coneixements, actituds, experiència i actuació dels metges i metgesses d'atenció primària al voltant del fenomen del suïcidi. Per aquest motiu, aquest qüestionari ha estat elaborat per tal d'obtenir informació sobre els seus coneixements, la seva experiència, el seu punt de vista i les seves actituds davant la conducta suïcida.

Les respostes seran anònimes i les dades obtingudes seran tractades de manera confidencial i únicament per a fins acadèmics.

El qüestionari consta de 61 ítems amb opcions múltiples, on cal que marqui amb una creu la casella o les caselles corresponents. És molt important que respongui amb sinceritat. No hi ha respostes correctes o incorrectes. La seva durada aproximada és de 15 a 20 minuts.

Per acabar, agraeixo la seva participació i la seva col·laboració.

---

1. Gènere  Femení  Masculí  Altres
  
2. Edat  30 o menys  31-40  41-50  51-60  Més de 60
  
3. Quants anys fa que treballa com a metge/ssa de capçalera?
  - 0-5 anys
  - 6-10 anys
  - 11-20 anys
  - 21-30 anys
  - Més de 30 anys

## Prevençió de suïcidi en el seu entorn laboral

Si us plau, indiqui el nivell d'acord o desacord amb cada una de les afirmacions següents.

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
4. Entenc el meu rol i les meves responsabilitats relacionades amb la prevenció del suïcidi del centre on treballa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Considero que la prevenció del suïcidi és una part important del meu rol professional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'equip directiu del centre on treballa ha indicat explícitament que la prevenció del suïcidi és una prioritat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El CAP on treballa disposa de polítiques i procediments clars que defineixen el rol de cada professional en la prevenció del suïcidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. El centre on treballa em facilita suport i accés a recursos continus per millorar la meva comprensió de la prevenció del suïcidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Considero que el centre on treballa seria sensible a les qüestions o problemàtiques que exposés relacionades amb la seguretat dels/les pacients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Alguna vegada ha sospitat que algun/a pacient podia estar en risc de suïcidi?

Sí     No

11. Si és així, quantes persones ha identificat en risc de suïcidi en els últims 12 mesos? \_\_\_\_\_

12. Mentre treballava al CAP, he interactuat, directament o indirectament, amb un/a pacient que ha acabat amb la seva vida per suïcidi?

Sí, ha passat una vegada

Sí, ha passat més d'una vegada. Quantes? \_\_\_\_\_

No

No ho sé

*Si us plau, si ha respost afirmativament a la pregunta 12, indiqui el nivell d'acord o desacord amb cada una de les afirmacions següents.*

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
13. M'he sentit recolzat/da pel centre on treballa quan ha succeït un suïcida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. M'he sentit culpable/da quan un pacient ha mort per suïcida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. El centre on treballa té pràctiques establertes per donar suport al personal quan es dona un suïcida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Reconeixement de pacients que poden estar en risc de suïcidi

*Si us plau, indiqui el nivell d'acord o desacord amb cada una de les afirmacions següents.*

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
16. Tinc el coneixement i la formació necessària per reconèixer quan un/a pacient pot estar en risc elevat de suïcidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Conec els signes d'advertència del suïcidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sé quins són els passos o el protocol que cal seguir quan sospito que un/a pacient està en elevat risc de suïcidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Confio en la meua habilitat de respondre quan sospito que un/a pacient està en elevat risc de suïcidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Em sento còmode/a preguntant als/les pacients preguntes obertes i directes sobre pensaments i conducta suïcida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Cribratge i valoració de pacients per risc de suïcidi

21. Amb quin grup d'edat treballa la major part del temps?

- Infants       Adults

22. És responsable de realitzar un cribatge per risc de suïcidi?

- Sí       No

*Si us plau, si ha respost afirmativament a la pregunta 22, indiqui el nivell d'acord o desacord amb cada una de les afirmacions següents.*

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
23. Tinc el coneixement i les habilitats necessàries per fer cribatges de pacients per risc de suïcidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Conec el procediment per fer cribatges de pacients per risc de suïcidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Confio en la meua habilitat per fer cribatges de pacients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



per risc de suïcidi.					
26. Em sento còmode/a fent cribratges de pacients per risc de suïcidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Utilitza algun instrument o prova per realitzar un cribratge o una valoració del risc de suïcidi?

Sí  No

*Si us plau, si ha respost afirmativament a la pregunta 27, contesti la següent pregunta:*

28. Seleccioni quin o quins instruments utilitza:

- Escala de desesperança de Beck (*Beck Hopelessness Scale, BHS*)
- Escala de depressió de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*)
- Escala SAD PERSONS de Patterson
- IS PATH WARM
- Escala d'ideació suïcida de Beck (*Scale for Suicide Ideation, SSI*)
- Escala d'intencionalitat suïcida de Beck (*Suicide Intent Scale, SIS*)
- MINI Entrevista Neuropsiquiàtrica Internacional (*Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI*)
- Una escala o instrument elaborat pel centre on treballa
- A través de preguntes (entrevista)
- Altres escales o instruments: \_\_\_\_\_

*Si us plau, indiqui el nivell d'acord o desacord amb cada una de les afirmacions següents.*

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
29. Conec quins són els criteris de derivació.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Conec els serveis als quals puc derivar a un/a pacient que ho requereixi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si us plau, si ha respost afirmativament a la pregunta 30, contesti la següent pregunta:*

31. A quins recursos o serveis deriva els/les pacients que ho requereixen?

\_\_\_\_\_

### Formació sobre el fenomen del suïcidi

32. Alguna vegada ha participat en alguna formació sobre la conducta suïcida i la seva prevenció?  
 Sí     No
33. Ha rebut formació sobre la conducta suïcida i la seva prevenció per part del centre on treballa?  
 Sí     No
34. Ha participat en alguna formació sobre la conducta suïcida i la seva prevenció del suïcidi durant els últims cinc anys?  
 Sí     No
35. Si és així, de quantes hores era la formació, aproximadament?  
 0 hores  
 1-9 hores  
 10-20 hores  
 Més de 20 hores  
 Més de 30 hores

*Si us plau, si ha respost afirmativament a la pregunta 32, indiqui el nivell d'acord o desacord amb cada una de les afirmacions següents.*

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
36. Considero que la formació m'ha proporcionat els coneixements i les habilitats necessàries per tractar amb persones que presenten risc de suïcidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Necessito més formació per poder tractar amb persones que presenten risc de suïcidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. En quin grau està interessat/da en formació en suïcidiologia?  
 Gens interessat/da  
 Poc interessat/da  
 Moderadament interessat/da - neutre  
 Bastant interessat/da  
 Molt interessat/da

39. Quantes hores estaria disposat/da i podria invertir en formació sobre el suïcidi i la seva prevenció?

0 hores

1-2 hores

3-4 hores

5-6 hores

7-8 hores

9-10 hores

Més de 10 hores

Més de 20 hores

40. Alguna vegada ha rebut formació sobre com reconèixer els signes d'advertència que poden indicar que un/a pacient pot estar en elevat risc de suïcidi?

Sí  No

*Si us plau, si ha respost afirmativament a la pregunta 40, contesti la següent pregunta:*

41. El centre on treballa li ha proporcionat formació sobre com reconèixer els signes d'advertència que poden indicar que un/a pacient pot estar en elevat risc de suïcidi?

Sí  No

42. Alguna vegada ha rebut formació sobre com realitzar cribratges o valoracions de risc de suïcidi?

Sí  No

*Si us plau, si ha respost afirmativament a la pregunta 42, contesti la següent pregunta:*

43. El centre on treballa li ha proporcionat formació sobre com realitzar cribratges o valoracions de risc de suïcidi?

Sí  No

44. Indiqui si ha rebut alguna d'aquestes formacions:

STORM (*Skills-based Training On Risk Management*)

Formació interna o seminari online al centre on treballa

Formació interna o seminari online a un centre formatiu. Indiqui quin: \_\_\_\_\_

Altres formacions: \_\_\_\_\_

### Percepció d'habilitats i aptituds personals

45. Com valora el seu nivell de competència o capacitat per tractar pacients amb les següents malalties o trastorns?

	1 = Baix		3 = Intermig		5 = molt alt	
	1	2	3	4	5	
Malalties infeccioses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetis mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducta suïcida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malalties cardíaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorns d'ansietat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal ús de tranquil·litzants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abús d'alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal ús d'opiacis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Càncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Com valora el seu nivell de compromís personal amb pacients que presenten les següents malalties o trastorns?

	1 = Baix		3 = Intermig		5 = molt alt	
	1	2	3	4	5	
Malalties infeccioses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetis mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducta suïcida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malalties cardíaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorns d'ansietat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal ús de tranquil·litzants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abús d'alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mal ús d'opiacis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Càncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Com valora el seu nivell d'empatia amb pacients que presenten les següents malalties o trastorns?

	1 = Baix		3 = Intermig		5 = molt alt
	1	2	3	4	5
Malalties infeccioses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetis mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducta suïcida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malalties cardíaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorns d'ansietat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal ús de tranquil·litzants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abús d'alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal ús d'opiacis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Càncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Com valora el seu nivell d'irritabilitat o incomoditat amb pacients que presenten les següents malalties o trastorns?

	1 = Baix		3 = Intermig		5 = molt alt
	1	2	3	4	5
Malalties infeccioses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetis mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducta suïcida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malalties cardíaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorns d'ansietat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mal ús de tranquil·litzants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abús d'alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal ús d'opiacis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Càncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Visió i percepció de la conducta suïcida (*Understanding of Suicidal Patients Scale*)

Si us plau, indiqui el nivell d'acord o desacord amb cada una de les afirmacions següents.

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
49. El servei de salut mental treballa correctament amb persones que han intentat suïcidar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. El centre on treballa normalment tracta bé als/les pacients que han intentat suïcidar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Quan tracto amb una persona que ha intentat suïcidar-se, a vegades mostro la meva incomoditat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Normalment sóc amable i comprensiu/iva amb els/les pacients que han intentat suïcidar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Tracto de fer el millor que puc per tal que les persones que han intentat suïcidar-se es sentin còmodes i segures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Normalment és difícil tractar amb pacients que han intentat suïcidar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Tracto de fer el millor que puc per parlar sobre els seus problemes personals amb les persones que han intentat suïcidar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Una persona que ha realitzat diversos intents de suïcidi està en elevat risc de suïcidi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. M'agradaria ajudar a una persona que ha intentat suïcidar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Com que les persones en risc de suïcidi tenen problemes emocionals, necessiten el millor tractament possible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Tracto els/les pacients que han intentat suïcidar-se amb la mateixa disposició i amabilitat que la resta de pacients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. A vegades tinc dificultats per entendre una persona que ha intentat suïcidar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

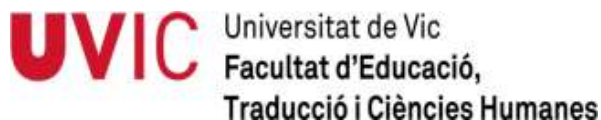
61. Estaria interessat/da a obtenir més informació, recursos o formació en alguna de les següents àrees?

- Prevenió i sensibilització de la conducta suïcida
- Epidemiologia i resultats de les últimes recerques sobre el suïcidi
- Identificació de senyals d'advertència del suïcidi
- Comunicació amb els/les pacients sobre suïcidi
- Cribratge i valoració del risc de suïcidi
- Identificació de factors de risc de suïcidi
- Determinar l'atenció necessària en funció del risc de suïcidi
- Resposta en situacions de crisi
- Intervenció i tractament de la conducta suïcida
- Seguiment i atenció posterior
- Suport a la família, els cuidadors/es i la comunitat
- Marc legal i ètic sobre el suïcidi
- Protocol d'actuació des d'atenció primària
- Altres aspectes:

---

**Moltes gràcies pel seu temps.**

## **Annex 2: Carta de presentació dirigida a l'equip directiu del CAP**



A l'atenció de .....

Benvolgut,

Sóc la Mireia Vallcorba Garriga, estudiant del Grau de Psicologia de la Universitat de Vic i estic realitzant el Treball Final de Grau sobre el suïcidi, més concretament sobre la prevenció d'aquest fenomen.

Molts estudis assenyalen la importància del rol dels/les professionals d'atenció primària per a la prevenció del suïcidi, ja que la majoria de persones que poden estar en risc tenen contacte i confiança amb aquests professionals. Per tant, és important la seva formació en detecció i avaluació del risc de suïcidi.

Per aquest motiu, l'objectiu principal d'aquest estudi és investigar quins són els coneixements i l'experiència dels metges i metgesses d'atenció primària al voltant del fenomen del suïcidi, així com descobrir quin és el seu punt de vista respecte la formació en prevenció de suïcidi i la importància que li atribueixen.

Per tal d'assolir aquest objectiu, és necessària l'obtenció de la informació a través d'un qüestionari, que ha estat adaptat a partir de dues escales, ja que al nostre país no existeix cap prova estandaritzada que avaluï aquests aspectes.

Així doncs, m'agradaria demanar la vostra col·laboració i participació en la recerca.

Com a investigadora d'aquesta recerca, em comprometo a respectar les persones que hi participin, a tractar les dades obtingudes de manera confidencial i únicament per a fins acadèmics i a garantir l'anonimat del centre, així doncs el nom del centre no constarà en el treball.

Agraeixo la vostra col·laboració i resto a la vostra disposició per a qualsevol dubte o aclariment.

Salutacions,

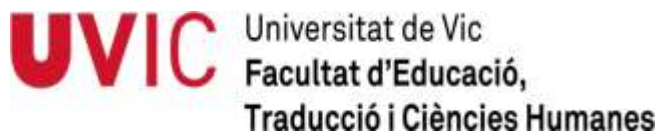
A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Mireia'.

Mireia Vallcorba

Vic, 28 de gener de 2019



### Annex 3: Autorització del centre d'atenció primària



#### AUTORITZACIÓ

En/ Na ..... com director/a o responsable  
del centre/ entitat .....

..... autoritza que es pugui realitzar la següent activitat:

Administració d'un qüestionari sobre la conducta suïcida i la seva prevenció als metges i metgesses del centre amb la finalitat exclusiva de recollir dades per a la realització d'un Treball de Final de Grau de l'estudiant Mireia Vallcorba Garriga de la Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes de la Universitat de Vic.

Per la seva part, l'estudiant s'ha compromès a: "respectar els drets fonamentals de les persones, siguin infants o persones adultes; demanar el consentiment de les persones que col·laborin o participin en el treball; respectar l'esfera privada de totes les persones, grups o institucions que participin o estiguin relacionades amb el treball; utilitzar la informació obtinguda només amb finalitats científiques i donar compte dels resultats del treball a les persones, grups o institucions col·laboradores".

.....

Signatura

..... de ..... de 2019

**Annex 4: Diapositives de suport per presentar l'estudi als metges i metgesses del CAP.**

1

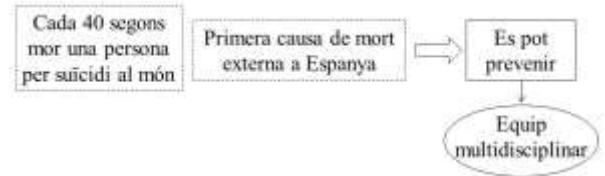
**Treball Final de Grau**

Prevenió del suïcidi

Mireia Vallcorba Garriga | Universitat de Vic | Grau en Psicologia

2

**Prevenió del suïcidi**



3

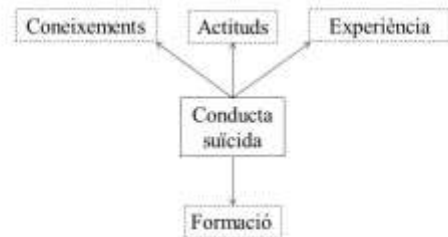
**Prevenió del suïcidi des d'atenció primària**

Mancança d'estudis previs al nostre país

- Primer contacte amb el sistema de salut
- Confiança amb els/les professionals
- Possibilitat de derivació a altres recursos

4

**Objectius de la recerca**



5

**Instrument de recollida de dades**

- Qüestionari d'elaboració pròpia
  - Dues escales
  - Traducció i adaptació
- 61 ítems
- Preguntes d'opcions múltiples

	Totalment en desacord	En desacord	Neutral	D'acord	Totalment d'acord
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6

**Moltes gràcies**

Mireia Vallcorba Garriga  
mireiavallcorba@gmail.com

## Annex 5: Consentiment informat

### CONSENTIMENT INFORMAT

.....amb DNI .....  
dono el meu consentiment a participar voluntàriament en l'estudi vinculat al treball de final de grau que realitza l'estudiant Mireia Vallcorba Garriga amb DNI 48167410-M dins del grau en Psicologia de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVIC).

**Primer.-** Que se m'ha informat respecte del treball de final de grau que realitza l'estudiant i en el qual se m'ha ofert participar.

**Segon.-** Que se m'ha informat de les tasques que comporten la meva participació en aquesta recerca i que consisteixen en: respondre a un qüestionari que ha estat elaborat a partir de dues escales amb l'objectiu d'obtenir informació sobre els seus coneixements, la seva experiència, el seu punt de vista i les seves actituds davant la conducta suïcida.

**Tercer.-** Que sóc coneixedor/a de la meva autonomia per retirar-me en qualsevol moment del procés pel qual em preste voluntari/a, sense necessitat de cap mena de justificació ni conseqüències.

**Quart.-** Que les dades obtingudes a través de la meva participació es tractaran només amb finalitats científiques, i que seguiran els criteris de confidencialitat d'acord al codi deontològic del COPC, només limitats, a part dels establerts per la llei, al possible risc greu que jo pugui patir o que puguin patir terceres persones.

**Cinquè.-** Que se m'ha informat que no es tracta d'una intervenció psicològica, sinó d'una pràctica en el marc de la formació acadèmica de l'estudiant.

**Sisè.-** Que se m'ha informat que, un cop finalitzat el treball, si és del meu interès, podré tenir accés als resultats globals de la recerca, així com a la memòria escrita del TFG, formulant la petició pertinent enviant un correu a la següent adreça electrònica de l'estudiant: mireiavallcorba@gmail.com.

I perquè consti als efectes oportuns, signo aquest consentiment informat,

.....  
Nom del/la participant.

Telèfon/correu electrònic de contacte del/la participant: .....

Barcelona, a ..... de ..... de 2019

## **Annex 6: Taules descriptives d'alguns resultats**

**Taula 10.** Nombre de pacients identificats en risc de suïcidi en un any

	<b>N</b>	<b>%</b>
0 pacients identificats	2	11,1
1 pacient indentificat	6	33,3
2 pacients identificats	7	38,9
3 pacients identificats	1	5,6
4 pacients identificats	0	0,0
5 pacients identificats	2	11,1
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

**Taula 11.** Interacció directa o indirecta amb pacients que s'han suïcidat

	<b>N</b>	<b>%</b>
Sí, ha passat una vegada	5	27,8
Sí, ha passat més d'una vegada	3	16,7
No	9	50,0
No ho sé	1	5,6
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

**Taula 12.** Interès i disposició a participar en una formació de conducta suïcida

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Grau d'interès</b>		
Gens interessat/da	0	0,0
Poc interessat/da	1	5,6
Moderadament interessat/da - neutre	4	22,2
Bastant interessat/da	10	55,6
Molt interessat/da	3	16,7
	<b>18</b>	<b>100,0</b>
<b>Hores que està disposat/da i pot invertir</b>		
0 hores	0	0,0
1-2 hores	1	5,6
3-4 hores	7	38,9
5-6 hores	5	27,8
7-8 hores	2	11,1
9-10 hores	2	11,1

Més de 10 hores	1	5,6
Més de 20 hores	0	0,0
	<b>18</b>	<b>100,0</b>

**Taula 13.** Percepció del nivell de competència o capacitat per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics

	<b>1 (baix)</b>		<b>2</b>		<b>3 (intermig)</b>		<b>4</b>		<b>5 (molt alt)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Malalties infeccioses</b>	0	0,0	0	0,0	6	33,3	11	61,1	1	5,6
<b>Diabetis mellitus</b>	0	0,0	0	0,0	3	16,7	12	66,7	3	16,7
<b>Conducta suïcida</b>	2	11,1	6	33,3	7	38,9	3	16,7	0	0,0
<b>Malalties cardíaques</b>	0	0,0	0	0,0	3	16,7	12	66,7	3	16,7
<b>Trastorns d'ansietat</b>	0	0,0	1	5,6	6	33,3	8	44,4	3	16,7
<b>Mal ús de tranquil·lit-zants</b>	0	0,0	1	5,6	9	50,0	6	33,3	2	11,1
<b>Abús d'alcohol</b>	0	0,0	5	27,8	11	61,1	1	5,6	1	5,6
<b>Depressió</b>	0	0,0	0	0,0	6	33,3	10	55,6	2	11,1
<b>Mal ús d'opiacis</b>	0	0,0	4	22,2	6	33,3	7	38,9	1	5,6
<b>Càncer</b>	1	5,6	2	11,1	6	33,3	8	44,4	1	5,6

**Taula 14.** Percepció del nivell de compromís per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics

	<b>1 (baix)</b>		<b>2</b>		<b>3 (intermig)</b>		<b>4</b>		<b>5 (molt alt)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Malalties infeccioses</b>	0	0,0	0	0,0	2	11,1	9	50,0	7	38,9
<b>Diabetis mellitus</b>	0	0,0	0	0,0	2	11,1	7	38,9	9	50,0
<b>Conducta suïcida</b>	0	0,0	0	0,0	3	16,7	7	38,9	8	44,4
<b>Malalties cardíaques</b>	0	0,0	0	0,0	2	11,1	9	50,0	7	38,9
<b>Trastorns d'ansietat</b>	0	0,0	1	5,6	4	22,2	8	44,4	5	27,8
<b>Mal ús de</b>	0	0,0	0	0,0	4	22,2	9	50,0	5	27,8

<i>tranquil·lit-zants</i>										
<i>Abús d'alcohol</i>	0	0,0	2	11,1	6	33,3	6	33,3	4	22,2
<i>Depressió</i>	0	0,0	0	0,0	3	16,7	9	50,0	6	33,3
<i>Mal ús d'opiacis</i>	0	0,0	0	0,0	5	27,8	10	55,6	3	16,7
<i>Càncer</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	44,4	10	55,6

**Taula 15.** Percepció del nivell d'empatia per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics

	<b>1 (baix)</b>		<b>2</b>		<b>3 (intermig)</b>		<b>4</b>		<b>5 (molt alt)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Malalties infeccioses</i>	0	0,0	0	0,0	5	27,8	9	50,0	4	22,2
<i>Diabetis mellitus</i>	0	0,0	1	5,6	6	33,3	7	38,9	4	22,2
<i>Conducta suïcida</i>	0	0,0	0	0,0	4	22,2	7	38,9	7	38,9
<i>Malalties cardíaques</i>	0	0,0	1	5,6	5	27,8	8	44,4	4	22,2
<i>Trastorns d'ansietat</i>	0	0,0	2	11,1	4	22,2	6	33,3	6	33,3
<i>Mal ús de tranquil·lit-zants</i>	0	0,0	1	5,6	8	44,4	7	38,9	2	11,1
<i>Abús d'alcohol</i>	0	0,0	1	5,6	8	44,4	6	33,3	3	16,7
<i>Depressió</i>	0	0,0	0	0,0	3	16,7	9	50,0	6	33,3
<i>Mal ús d'opiacis</i>	0	0,0	0	0,0	10	55,6	6	33,3	2	11,1
<i>Càncer</i>	0	0,0	0	0,0	3	16,7	5	27,8	10	55,6

**Taula 16.** Percepció del nivell d'irritabilitat o incomoditat per tractar amb pacients que presenten diferents diagnòstics

	<b>1 (baix)</b>		<b>2</b>		<b>3 (intermig)</b>		<b>4</b>		<b>5 (molt alt)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Malalties infeccioses</i>	11	61,1	3	16,7	3	16,7	1	5,6	0	0,0
<i>Diabetis mellitus</i>	12	66,7	3	16,7	2	11,1	1	5,6	0	0,0
<i>Conducta suïcida</i>	5	27,8	5	27,8	7	38,9	1	5,6	0	0,0
<i>Malalties</i>	12	66,7	2	11,1	3	16,7	1	5,6	0	0,0

<i>cardíacues</i>										
<b>Trastorns d'ansietat</b>	4	22,2	6	33,3	5	27,8	2	11,1	1	5,6
<b>Mal ús de tranquil·litzants</b>	4	22,2	3	16,7	5	27,8	5	27,8	1	5,6
<b>Abús d'alcohol</b>	4	22,2	2	11,1	7	38,9	3	16,7	2	11,1
<b>Depressió</b>	5	27,8	7	38,9	2	11,1	3	16,7	1	5,6
<b>Mal ús d'opiacis</b>	5	27,8	4	22,2	6	33,3	3	16,7	0	0,0
<b>Càncer</b>	9	50,0	4	22,2	2	11,1	3	16,7	0	0,0

**Taula 17.** Mitjanes de la percepció d'habilitats i aptituds personals

	<b>Nivell de competència o capacitat</b>	<b>Nivell de compromís</b>	<b>Nivell d'empatia</b>	<b>Nivell d'irritabilitat o incomoditat</b>
<i>Malalties infeccioses</i>	3,72	4,28	3,94	1,67
<i>Diabetis mellitus</i>	4,00	4,39	3,78	1,56
<i>Conducta suïcida</i>	2,61	4,28	4,17	2,94
<i>Malalties cardíacues</i>	4,00	4,28	3,83	1,61
<i>Trastorns d'ansietat</i>	3,72	3,94	3,89	2,44
<i>Mal ús de tranquil·litzants</i>	3,50	4,06	3,56	2,78
<i>Abús d'alcohol</i>	2,89	3,67	3,61	2,83
<i>Depressió</i>	3,78	4,17	4,17	2,33
<i>Mal ús d'opiacis</i>	3,28	3,89	3,56	2,39
<i>Càncer</i>	3,33	4,56	4,39	1,94

**Taula 18.** Nombre d'aspectes que interessen als/les professionals sobre la conducta suïcida

	<b>N</b>	<b>%</b>
Un aspecte	0	0,0
2-5 aspectes	7	38,9
6-9 aspectes	2	11,1
10-12 aspectes	5	27,8
Tots els aspectes	4	22,2
	<b>18</b>	<b>100,0</b>

**Taula 19.** Resultats  $X^2$  de la relació entre la percepció sobre el reconeixement del risc de suïcidi i l'edat dels/les professionals

Ítem	$X^2$
<i>Tinc el coneixement i la formació necessària per reconèixer quan un/a pacient pot estar en risc elevat de suïcidi.</i>	0,174
<i>Conec els signes d'advertència del suïcidi.</i>	0,134
<i>Sé quins són els passos o el protocol que cal seguir quan sospito que un/a pacient està en elevat risc de suïcidi.</i>	0,335
<i>Confio en la meva habilitat de respondre quan sospito que un/a pacient està en elevat risc de suïcidi.</i>	0,308
<i>Em sento còmode/a preguntant als/les pacients preguntes obertes i directes sobre pensaments i conducta suïcida.</i>	0,416

**Taula 20.** Resultats  $X^2$  de la relació entre la percepció sobre els coneixements respecte la derivació de pacients per risc de suïcidi i l'edat dels/les professionals

Ítem	$X^2$
<i>Conec quins són els criteris de derivació</i>	0,573
<i>Conec els serveis als quals puc derivar a un/a pacient que ho requereixi</i>	0,661

**Taula 21.** Resultats  $X^2$  de la relació entre la percepció sobre el reconeixement del risc de suïcidi i la participació en una formació durant els últims 5 anys

Ítem	$X^2$
<i>Tinc el coneixement i la formació necessària per reconèixer quan un/a pacient pot estar en risc elevat de suïcidi.</i>	0,226
<i>Conec els signes d'advertència del suïcidi.</i>	0,252
<i>Sé quins són els passos o el protocol que cal seguir quan sospito que un/a pacient està en elevat risc de suïcidi.</i>	0,933
<i>Confio en la meva habilitat de respondre quan sospito que un/a pacient està en elevat risc de suïcidi.</i>	0,156
<i>Em sento còmode/a preguntant als/les pacients preguntes obertes i directes sobre pensaments i conducta suïcida.</i>	0,371