

LA CONDUCTA SUICIDA EN UN HOSPITAL GENERAL Y EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: ESTUDIO TRANSVERSAL

Everly Maltaca Pypcak¹ 
Jaqueline Vieira Schultz¹ 
Márcio Roberto Paes¹ 
Rafaela Mildemberg¹ 
Edineia Miranda Machado¹ 
Miriam Aparecida Nimtzt¹ 

RESUMEN

Objetivo: evaluar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la conducta suicida de los pacientes en un hospital general. **Método:** estudio transversal realizado en un hospital general de Paraná, Brasil, con 228 profesionales de enfermería. Los datos se recogieron en el periodo comprendido entre mayo de 2019 y septiembre de 2020 a través de un instrumento estructurado que contenía 20 frases sobre la conducta suicida y sus características. Los datos se analizaron mediante métodos estadísticos descriptivos. **Resultados:** Los participantes refirieron tener experiencias con pacientes cuya conducta era suicida (RMI=3,83); respecto a las afirmaciones que evaluaban el conocimiento (RMI=2,73), estuvieron de acuerdo en la atención y en desacuerdo con las afirmaciones estigmatizadoras, mostrando concepciones adecuadas sobre el fenómeno, sin embargo, se identificó que necesitan más conocimientos para mejorar las estrategias preventivas del suicidio (RMI=3,99). **Conclusión:** el estudio contribuye a la construcción de una visión integral sobre el cuidado de los pacientes en el hospital general, abarcando las necesidades psicoemocionales, desmitificando y también promoviendo la salud mental.

DESCRIPTORES: Enfermería; Suicidio; Conocimiento; Salud Mental; Hospitales Generales.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Pypcak EM, Schultz JV, Paes MR, Mildemberg R, Machado EM, Nimtzt MA. La conducta suicida en un hospital general y el conocimiento de los profesionales de enfermería: estudio transversal. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [acceso en "insertar fecha de acceso, día, mes y año abreviado"]; 27. Disponible: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87601>.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida incluye la ideación, la planificación, el intento y el suicidio. El suicidio se define como el acto deliberado, consciente e intencionado realizado por el individuo con el propósito de morir. Es un fenómeno complejo, multifacético y multifactorial, interrelacionado con factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y/o culturales¹.

Los datos epidemiológicos mundiales muestran que cada 40 segundos muere una persona por suicidio. Anualmente se producen alrededor de 800.000 muertes por suicidio, lo que convierte a este fenómeno en la segunda causa de mortalidad en personas de 15 a 29 años en 2016, y la 15ª, en la población general¹.

Dada la dimensión de este problema de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha animado en los últimos años a sus países miembros a desarrollar políticas públicas de prevención del suicidio. Entre sus publicaciones sobre el tema, la OMS destaca el papel de los profesionales de la salud para identificar, evaluar y abordar eficazmente a las personas en riesgo inminente e importante de suicidio¹⁻².

La evaluación del paciente y la identificación precoz de los factores de riesgo y de protección son partes fundamentales de la prevención del suicidio y del desarrollo de planes de intervención adecuados. Las habilidades para evaluar y acercarse a los pacientes se basan en la observación y la comunicación mediante las cuales es posible identificar signos, establecer un vínculo y mostrar interés y comprensión, lo que ayuda al profesional de la salud a tener una visión integral de la persona hospitalizada. Por lo tanto, la comprensión del fenómeno del suicidio es esencial para los profesionales de la salud en todos los niveles de atención, para que la evaluación y la clasificación del riesgo de daño puedan promover acciones eficaces en la prevención, el abordaje y la atención de las personas con intenciones suicidas²⁻³.

Cabe destacar que la presencia de trastornos mentales o conductuales, la dependencia química y características como la impulsividad y la agresividad, las enfermedades físicas incapacitantes y la falta de apoyo social y emocional aumentan el riesgo de suicidio de una persona⁴. Esto también requiere que los profesionales de la salud consideren la multidimensionalidad de los pacientes³.

En Brasil, los datos del Ministerio de Salud (MS) indican que la incidencia de suicidios en los hospitales es alta (26%), siendo el segundo lugar con mayor ocurrencia de suicidios. En el grupo de edad entre 15 y 29 años, el fenómeno alcanza un porcentaje del 17,6% de los casos, siendo superado sólo por los suicidios en el hogar (57,3%)⁵.

La tendencia a priorizar las necesidades físicas en detrimento del abordaje de las cuestiones psíquico-emocionales y la escasa capacidad de atención a la salud mental son barreras con las que se encuentran los profesionales sanitarios de los hospitales generales, que pueden dificultar las acciones de prevención del suicidio en estos entornos³. Sin embargo, los profesionales de la enfermería, debido a que pasan la mayor parte de su tiempo atendiendo a los pacientes, tienen más probabilidades de identificar los factores de riesgo tempranos y las señales de alerta relacionadas con la necesidad de una intervención inmediata. Esta posibilidad convierte al equipo de enfermería en un elemento esencial para identificar las potencialidades suicidas de los pacientes y actuar eficazmente para prevenir este agravio⁶.

A partir de la descripción anterior, surgió la pregunta de investigación: cuál es el conocimiento de los profesionales de enfermería de un hospital general sobre la conducta suicida. Por lo tanto, el objetivo del estudio fue evaluar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la conducta suicida de los pacientes en un hospital general.

MÉTODO

Se trata de una encuesta transversal, realizada en las unidades: Quirúrgico, Cardiovascular (servicio de Cardiología Clínica y Unidad Coronaria), Medicina Clínica (servicios de Medicina Clínica, camas de refuerzo y Enfermedades Infecciosas), Maternidad (servicios de Obstetricia, Ginecología, Acomodación Articular), Neurología, Oncología y Hematología (servicio de quimioterapia, Trasplante de Médula Ósea), Urgencias de Adultos y Cuidados Urgentes (Unidad de Cuidados Intensivos, Semi-Intensivos y Urgencias) de un gran hospital universitario de Paraná - BR.

El cálculo del tamaño de la muestra para una población finita tuvo en cuenta el universo de 550 profesionales de enfermería, un nivel de confianza del 95% y un error de muestreo del 5%. Así, 228 profesionales participaron en el estudio: 25 enfermeras, 183 técnicos de enfermería y 20 auxiliares de enfermería.

Los criterios de inclusión fueron: ser un profesional de enfermería que trabajara en la atención directa al paciente; y no estar de vacaciones o de baja. En cuanto a los criterios de exclusión: no responder a las preguntas del instrumento o hacerlo de forma insatisfactoria.

Los datos fueron recolectados entre mayo de 2019 y septiembre de 2020 a través de la aplicación de un instrumento estructurado compuesto por ítems para la caracterización de los participantes y 20 afirmaciones con respuestas en escala Likert con grados de respuesta para medir opiniones, percepciones y comportamientos con base en una escala que va de una actitud extrema a otra: (1) totalmente en desacuerdo; (2) en desacuerdo; (3) sin opinión; (4) de acuerdo; y (5) totalmente de acuerdo. Los enunciados destacaban aspectos relacionados con la experiencia profesional en la atención a personas con conducta suicida, el nivel de conocimiento de los participantes sobre las concepciones y aspectos peculiares de esta conducta. Las preguntas y directrices para la evaluación de los conocimientos se basaron en las directrices para la prevención del suicidio y la reducción del riesgo de la OMS⁷. Cabe destacar que 89% de los participantes respondieron a los instrumentos en el período anterior a las restricciones causadas por la pandemia de Covid-19 en Paraná, siendo reclutados personalmente y respondiendo al instrumento físico. El resto de los participantes fueron reclutados a través de mensajes y/o correo electrónico y respondieron al instrumento estructurado transcrito electrónicamente en Google forms®. Para ello, se envió un enlace de acceso a través de las redes sociales virtuales o del correo electrónico.

Los datos se almacenaron y analizaron con el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) 21.0 mediante métodos estadístico-descriptivos. Las variables numéricas se presentan como medidas de tendencia central (media±desviación estándar), y las variables categóricas como frecuencias absolutas y relativas, presentadas en tablas.

También se calculó la clasificación media del ítem (RMi) mediante la fórmula $RMi = \frac{\sum(fr \cdot ve)}{NTi}$ donde \sum =sumario; fr=frecuencia de respuestas; ve=valor de la escala Likert; NTi=número total de respuestas del mismo ítem, para verificar el acuerdo o desacuerdo de las preguntas en función de la puntuación atribuida a las respuestas. Así, los valores superiores a tres se consideraron de acuerdo, los inferiores a tres de desacuerdo y los tres de punto neutro⁸.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná (UFPR), bajo el dictamen número 2.297.442.

RESULTADOS

Fueron 228 profesionales de enfermería, 25 (11%) enfermeras, 183 (80,3%) técnicos de enfermería y 20 (8,8%) auxiliares de enfermería. El tiempo de trabajo en la profesión de los participantes fue de $10 \pm 7,15$ años, oscilando entre uno y 37 años. En cuanto al turno de trabajo, 97 (42,5%) trabajaban por la mañana, 101 (44,3%) por la tarde, 12 (5,3%) trabajaban 12 horas diurnas y 18 (7,9%) nocturnas. La tabla 1 presenta la distribución de los participantes por categoría profesional y unidad de trabajo.

Tabla 1 - Distribución de los participantes según la categoría profesional y la unidad de actuación. Curitiba, PR, Brasil, 2021

Unidad	Categoría Profesional						Total	
	Enfermero		Técnico de enfermería		Auxiliar de enfermería			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Quirúrgica	2	0,9	40	17,5	3	1,3	45	19,7
Cardiovascular	2	0,9	13	5,7	---	---	15	6,6
Clínica Médica	4	1,8	36	15,8	6	2,6	46	20,2
Maternidad	3	1,3	13	5,7	2	0,9	18	7,9
Neurología	2	0,9	12	5,3	2	0,9	16	7
Oncología/hematología	3	1,3	6	2,6	4	1,8	13	5,7
Urgencia/ emergencia	9	3,9	63	27,6	3	1,3	75	32,9
Total	25	11,0	183	80,3	20	8,8	228	100

Fuente: autores (2021).

En la Tabla 2 se presentan los resultados referidos a las afirmaciones sobre la experiencia de los participantes en la atención a pacientes con conducta suicida. El RMI de estas afirmaciones osciló entre 3,65 y 3,90, lo que indica un acuerdo entre los participantes.

Tabla 2 - Distribución de los participantes según la experiencia en la atención de pacientes con conducta suicida en su servicio (n=228). Curitiba, PR, Brasil, 2021

Afirmativas	Totalmente en desacuerdo n (%)	En desacuerdo n (%)	Sin opinión n (%)	De acuerdo n (%)	Totalmente de acuerdo n (%)	RMI†

Observo la existencia de pacientes con conductas suicidas en mi servicio.	3(1,3)	18(7,9)	29(12,7)	126(55,3)	52(22,8)	3,90
He atendido a pacientes con pensamientos suicidas en mi servicio.	7(3,1)	33(14,5)	14(6,1)	83(36,4)	91(39,9)	3,95
En mi servicio he atendido a pacientes que han intentado suicidarse.	16(7)	47(20,6)	23(10,1)	55(24,1)	87(38,2)	3,65

† Ranking RMI medio del ítem

Fuente: autores (2021).

En la Tabla 3 se presentan los resultados relativos a los conocimientos de los participantes sobre la conducta suicida. El RMI para estas afirmaciones infiere el acuerdo de la mayoría de los participantes en la autoevaluación de conocimientos.

Tabla 3 - Distribución de los participantes en cuanto a la autoevaluación de los conocimientos sobre la conducta suicida de los pacientes en un hospital general. Curitiba, PR, Brasil, 2021

Afirmativas	Totalmente en desacuerdo n(%)	En desacuerdo n(%)	Sin opinión n(%)	De acuerdo n(%)	Totalmente de acuerdo n(%)	RMI†
Tengo los conocimientos necesarios para identificar los signos de comportamiento suicida.	3(1,3)	34(14,9)	33(14,4)	136(59,6)	22(9,6)	3,61
Soy capaz y tengo conocimientos para atender a pacientes que han intentado suicidarse.	3(1,3)	42(18,4)	25(10,9)	130(57)	25(10,9)	3,53
Requiero mayores conocimientos y habilidades para desarrollar la atención a los pacientes con conducta suicida.	9(3,9)	10(4,3)	17(7,4)	130(57)	62(27,1)	3,99

† Ranking RMI medio del ítem

Fuente: autores (2021).

La tabla 4 presenta las afirmaciones sobre las concepciones presentes en las directrices para la prevención y reducción del riesgo de suicidio descritas en las directrices de la OMS.

Tabla 4 - Distribución de los participantes en cuanto a la evaluación de los conocimientos sobre la conducta suicida. Curitiba, PR, Brasil, 2021

Afirmativas	Totalmente en desacuerdo n(%)	En desacuerdo n(%)	Sin opinión n(%)	De acuerdo n(%)	Totalmente de acuerdo n(%)	RMi †
Los pacientes que intentan suicidarse tienen trastornos mentales.	13(5,7)	80(35,1)	42(18,4)	65(28,5)	28(12,3)	3,06
Las personas que intentan o piensan en el suicidio necesitan apoyo emocional.	4(1,8)	2(0,9)	2(0,9)	84(36,8)	136(59,6)	4,51
Las personas que intentan o piensan en el suicidio necesitan apoyo espiritual.	8(3,9)	16(7,9)	36(17,7)	84(41,4)	59(29,1)	3,83
Los pacientes con comportamiento suicida son personas sin fe en Dios.	105(46,1)	81(35,5)	34(14,9)	5(2,2)	3(1,3)	1,77
Las personas ingresadas en hospitales generales no corren riesgo de suicidio porque no están en un hospital psiquiátrico.	115(50,4)	93(40,8)	9(3,9)	4(1,8)	7(3,1)	1,66
Las personas que dicen que van a suicidarse quieren llamar la atención.	73(32)	109(47,8)	25(11,0)	12(5,3)	9(3,9)	2,01
Los que quieren suicidarse no hablan, van y lo hacen.	67(29,4)	105(46,1)	29(12,7)	20(8,8)	7(3,1)	2,10
A todas las personas que tengan pensamientos o planes de atentar contra la vida, los profesionales sanitarios deben intervenir, incluso sin la voluntad del paciente.	7(3,1)	16(7,0)	18(7,9)	107(46,9)	80(35,1)	4,03
Cuando un paciente me refiere que tiene pensamientos o planes suicidas, tengo el deber ético de mantener esta información confidencial.	84(36,8)	107(46,9)	13(5,7)	15(6,5)	9(3,9)	1,93
Preguntar al paciente sobre las ideas suicidas puede inducirle a realizar su intención.	21(9,2)	118(51,8)	58(25,4)	25(11,0)	6(2,6)	2,46
Los pacientes con conductas suicidas deben tener una vigilancia constante.	2(0,9)	5(2,2)	16(7,0)	94(41,2)	111(48,7)	4,34
El suicidio es un acto cobarde	96(42,1)	99(43,4)	24(10,5)	5(2,2)	4(1,8)	1,78
El suicidio es un acto heroico.	128(56,1)	73(32,0)	24(10,5)	3(1,3)	---	1,57
No todos los suicidios se pueden prevenir.	17(7,5)	59(25,9)	29(12,7)	86(37,7)	37(16,2)	3,29

† Ranking RMi medio del ítem
Fuente: autores (2021).

La tabla 5 muestra la comparación entre el RMI por categoría profesional en la que hubo una diferencia en las respuestas entre los enfermeros y los profesionales de nivel medio respecto a dos afirmaciones en las que los profesionales de nivel medio (auxiliares y técnicos de enfermería) respondieron más correctamente.

Tabla 5 - Distribución de los participantes, según la clasificación media de los ítems y la categoría profesional. Curitiba, PR, Brasil, 2021

Afirmativas	Enfermeros	Técnicos de enfermería	Auxiliares de enfermería
Observo la existencia de pacientes con conductas suicidas en mi lugar de trabajo.	3,92	3,88	4,05
He atendido a pacientes con pensamientos suicidas (aquí en mi lugar de trabajo).	4,60	3,84	4,15
He atendido a pacientes que han intentado suicidarse (aquí en mi lugar de trabajo).	3,88	3,58	4,05
Los pacientes que intentan suicidarse tienen trastornos mentales.	4,00	2,93	2,95
Las personas que intentan o piensan en el suicidio necesitan apoyo emocional.	4,88	4,47	4,45
Las personas ingresadas en hospitales generales no corren riesgo de suicidio porque no están en un hospital psiquiátrico.	1,12	1,75	1,45
Los pacientes con comportamiento suicida son personas sin fe en Dios.	1,24	1,84	1,75
La gente que dice que se va a suicidar quiere llamar la atención.	1,48	2,10	1,85
Los que quieren suicidarse no hablan, van y lo hacen.	1,48	2,16	2,30
Tengo las habilidades y los conocimientos para identificar los signos de comportamiento suicida.	3,20	3,65	3,80
Soy capaz y tengo conocimientos para atender a pacientes que han intentado suicidarse.	3,36	3,64	3,40
Requiero mayores conocimientos y habilidades para desarrollar la atención a los pacientes con conducta suicida.	4,36	3,96	3,80
En situaciones en las que las personas tienen pensamientos o planes para atentar contra su vida, los profesionales sanitarios deben intervenir, incluso sin la voluntad del paciente.	3,84	4,03	4,30
Cuando un paciente me refiere que tiene pensamientos o planes suicidas, tengo el deber ético de mantener esta información confidencial.	1,92	1,97	1,65
Preguntar al paciente si tiene ideas suicidas puede inducirle a realizar su intención.	2,36	2,46	2,55

Afirmativas	Enfermeros	Técnicos de enfermería	Auxiliares de enfermería
Los pacientes con conductas suicidas deben tener una vigilancia constante.	4,68	4,31	4,25
El suicidio es un acto cobarde	1,56	1,77	1,90
El suicidio es un acto heroico.	1,52	1,54	1,95
No todos los suicidios se pueden prevenir.	2,68	3,35	3,50

Fuente: autores (2021).

DISCUSIÓN

La confirmación dada por los participantes en relación a la percepción y atención de pacientes con conducta suicida en su práctica es consistente con la literatura sobre la alta prevalencia de intentos y realización de suicidios en los servicios de salud^{1,5,7}. Por lo tanto, la probabilidad de que los profesionales del hospital general se encuentren con casos de intentos de suicidio es alta^{3-4,6}. Se estima que el 26% de las muertes por suicidio en Brasil se produjeron en los hospitales y que esta cifra es de tres a cinco veces mayor que en la población general, con una alta incidencia de suicidios en estos servicios⁵. Reconocer la existencia de pacientes con riesgo inminente y significativo de suicidio en los hospitales generales es el punto de partida para establecer planes de contingencia y estrategias de prevención^{3-4,6}.

La identificación de los signos de conducta suicida es fundamental para determinar clínicamente el riesgo y establecer intervenciones eficaces. Inicialmente, el grado de riesgo se identifica mediante evaluaciones periódicas, ya que es difícil predecir con exactitud qué paciente intentará suicidarse, pero el riesgo puede estimarse mediante la anamnesis y la recogida de datos de terceros (familia, amigos, acompañantes)⁹.

La Enfermería compone, junto con otras profesiones, los equipos sanitarios que intervienen en las urgencias de salud mental en los hospitales psiquiátricos generales o especializados. Los profesionales de la enfermería se encuentran en una posición privilegiada, desde el punto de vista de los cuidados, debido al tiempo que dedican al cuidado de los pacientes. Esta condición puede considerarse un facilitador para identificar los factores que pueden conducir a un mayor riesgo de suicidio o a acciones autolesivas sin intención suicida³.

Así, se vuelve importante la atención sistematizada, con evaluación integral, considerando las necesidades multidimensionales de la persona, y no sólo las físico-biológicas, lo que se convierte en un desafío, especialmente para los profesionales que trabajan en los hospitales generales; esto se debe a que los estudios brasileños describen que estos profesionales demuestran dificultades para atender a las personas con conducta suicida debido a algún tipo de juicio, incomodidad y falta de preparación para enfrentar esta demanda^{3-4,6,10-11}. El déficit de conocimientos de los profesionales se debe, en gran medida, a las lagunas en la formación, especialmente en relación con los temas de salud mental, que acaban perpetuando algunos estigmas y prejuicios en relación con la persona con conducta suicida, interfiriendo directamente en la atención^{3,6,12}.

Los estudios han concluido que las acciones de formación continua sobre el tema "conducta suicida" pueden promover la reflexión profesional sobre las prácticas específicas de atención al comprender las demandas psicosociales y subjetivas que presenta esta clientela: atención en las dimensiones emocional y espiritual³.

La mayoría de los participantes coincidieron en la existencia de una relación entre la

conducta suicida y los trastornos mentales. La presencia de un trastorno mental es uno de los factores de riesgo más asociados al suicidio. De forma similar a lo que se observa en la población general, el diagnóstico de trastorno mental se encuentra en aproximadamente el 90% de los casos de personas que se suicidan. Los estudios que tienen en cuenta las implicaciones de los factores de riesgo de suicidio muestran el predominio de los trastornos del estado de ánimo, principalmente la depresión, seguidos de la esquizofrenia y los trastornos por consumo de sustancias, como el alcohol. El hecho de que el individuo tenga antecedentes de intento de suicidio es otro factor que aumenta considerablemente el riesgo de suicidio⁷.

Los trastornos mentales pueden expresarse de diferentes maneras en relación con el comportamiento suicida. En general, en los trastornos del estado de ánimo la persona ya no ve una alternativa ni una razón para vivir; en los casos más graves de trastornos de ansiedad, hay un fuerte sentimiento de desesperanza e impotencia. En la esquizofrenia, se asocia a episodios psicóticos, alucinaciones auditivas, en las que voces o imágenes ordenan o incitan al acto. La dependencia química y los trastornos de la personalidad se asocian a rasgos de agresividad, impulsividad e ira, generando actitudes precipitadas y repentinas en momentos de ira y tristeza⁷.

Los participantes no estaban de acuerdo con la afirmación de que las personas que intentan suicidarse quieren llamar la atención. La literatura¹³ describe que esta situación es una falsa creencia presente entre algunos profesionales y familiares de que el acto era una forma de que el paciente provocara, manipulara y manifestara hostilidad contra los que le rodeaban. Generalmente, la reacción que presentan estos familiares y profesionales ante un posible suicidio es la represión o la indiferencia pasiva, creyendo que así se desalientan nuevos intentos. Algunos autores^{3,13} afirman que tales acciones son una expresión de desprecio por el sufrimiento psicológico relacionado con el desconocimiento de los aspectos psicológicos y emocionales del suicidio. Aunque el profesional sea capaz de reconocer esta condición de sufrimiento psicológico, el uso del término "llamada de atención" se vuelve peyorativo por el desconocimiento de las situaciones vividas por el paciente, descalificando las señales que preceden a la práctica del suicidio, lo que no contribuye a la prevención de las acciones suicidas¹³.

Según la OMS⁷, es un mito que algunos profesionales creen que los pacientes que hablan de querer suicidarse rara vez lo hacen o que los que quieren matarse no hablan. La evidencia es que la mayoría de los que se suicidan dan alguna pista o aviso por adelantado. Por lo tanto, las amenazas deben ser consideradas e investigadas.

Las señales de alerta pueden darse o no, siendo verbales como frases que directa o indirectamente significan que la persona no estará presente en el futuro: "Es mi última vez aquí", entre otras. Los signos de comportamiento, en cambio, son variables y se manifiestan como cambios de personalidad, pesimismo, mención frecuente de la muerte, además de situaciones planificadas como la organización de documentos, la realización de un testamento y la conclusión de asuntos personales no resueltos. Cabe destacar que algunos individuos con conducta suicida experimentan la ambivalencia del deseo de muerte (para que cese el dolor psíquico) y la voluntad de ser ayudado y vivir¹⁴.

El suicidio es un dilema para los profesionales sanitarios, ya que supone un conflicto entre los principios de respeto a la autonomía del paciente, siempre alabados por la bioética, y los de beneficencia y no maleficencia, en los que el profesional debe cuidar la vida y no causar ningún daño. Conocer estos principios se hace imprescindible en relación con la intervención profesional ante la conducta suicida que, ante el posible riesgo de muerte, el principio de beneficencia prima sobre la voluntad del paciente¹⁵. El potencial suicida, en general, está en el sufrimiento intenso, y la cuestión fundamental es cómo reducirlo. Algunos autores consideran inadecuado guiarse sólo por cuestiones legales, pero defienden la posición de comprender y no condenar a la persona que intenta suicidarse¹⁵⁻¹⁶.

Otro mito relacionado con el abordaje de la conducta suicida es la creencia de que preguntando por las ideas suicidas se puede inducir al individuo a llevar a cabo su plan,

sin embargo, la OMS⁷ orienta que hay que acercarse al paciente y preguntarle, porque de esa manera hay muchas posibilidades de ayudarlo. Así, el profesional de enfermería no debe tener miedo de investigar la posibilidad de suicidio, ya que el tema debe ser abordado de forma gradual y cautelosa, y es sumamente importante abordarlo y discutirlo, ya que el diálogo y la escucha activa pueden aliviar la angustia y la tensión causada por los pensamientos suicidas, generando así mejores condiciones de afrontamiento y adherencia al tratamiento propuesto¹⁷.

Entre los principales cuidados a desarrollar con los pacientes con conducta suicida, se debe implementar de forma sistematizada la vigilancia constante por parte del equipo multiprofesional. En consonancia con diferentes estudios que destacan que no es posible predecir con exactitud cuándo se suicidará el paciente, sólo existe el riesgo existente, lo que hace necesario un seguimiento frecuente del individuo. Medidas como evitar dejar al paciente solo, proporcionarle apoyo, elegir acompañantes terapéuticos que suelen ser familiares en el ámbito doméstico y en circunstancias específicas, además de la hospitalización completa en servicios psiquiátricos pueden ser soluciones para mantener la vigilancia necesaria. La atención debe ser planificada, basada en actitudes solidarias y no prejuiciosas, que fortalezcan la acción colectiva e interdisciplinaria de los profesionales involucrados en la atención¹⁷⁻¹⁸.

Los factores sociales y culturales pueden influir en la conducta suicida, intensificándola, así como en la concepción del fenómeno por parte de los profesionales, dando lugar a diferentes modos de atención. Así, los profesionales de la salud deben contextualizar la sociología y el suicidio¹⁹.

Es posible hacer una aproximación entre el acto cobarde citado en la investigación con el suicidio egoísta de Durkheim y el heroico con el altruista, siendo el primero aquel en el que el paciente no tiene fuertes conexiones con el grupo en el que está inserto, lo que, unido a la depresión y la desintegración social, le lleva a consumir el acto; y el altruista, conceptualizándose como el extremo opuesto, ya que el paciente está vinculado al grupo, pero ya no se siente útil en él, por ejemplo, debido a la edad o a la enfermedad, mostrando como solución la opción de acabar con la propia vida¹⁹.

Sugerido por el sociólogo, el suicidio se traduce como una respuesta a la enfermedad colectiva existente en la sociedad, demostrando la influencia de ésta en los individuos, sin embargo, a pesar de esta comparación, ambas categorías fueron repudiadas por los participantes del presente estudio, basándose en el entendimiento de que el suicidio sigue siendo una cuestión psicológica individual, que va más allá de la concepción social establecida para el mismo¹⁹.

A pesar del RMI=3,29 para la afirmación relativa a que no todos los suicidios son evitables, esta pregunta tuvo una distribución casi homogénea entre las respuestas, lo que sugiere una cierta duda sobre la afirmación. Hay que recordar que el suicidio es un fenómeno multifacético y complejo; no hay manera de definir las causas definitivas del comportamiento suicida, ya que se incluyen factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales. Por lo tanto, no se pueden prevenir todos los suicidios, sin embargo, se pueden salvar muchas vidas si los pacientes con conducta suicida son identificados, abordados, escuchados y tratados adecuadamente^{10,20}.

La limitación de este estudio fue la restricción de la muestra a una sola institución. Así, se pudo retratar sólo la realidad local, no siendo posible abarcar una muestra o análisis estadístico con mayor representatividad del universo para hacer comparaciones y generalizaciones.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los participantes conocen las principales concepciones y matices de la conducta suicida. Sin embargo, creemos que es necesario un mayor conocimiento y habilidades para mejorar el cuidado y las estrategias de prevención del suicidio. Se verificó la homogeneidad del conocimiento entre enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería y, también, la escasa estigmatización del fenómeno por parte de los participantes.

Así, el estudio puede contribuir a la construcción de la visión integral en el cuidado de los pacientes con conducta suicida en un hospital general, abarcando las necesidades psíquicas y emocionales, así como el apoyo espiritual y de salud mental por parte del equipo de enfermería.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. [Internet]. Geneva: WHO; 2018. [acceso em 10 mar 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?ua=1>.
2. Dantas ESO. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? Physis [Internet]. 2019 [acceso em 12 mar 2021]; 29(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290303>.
3. Paes MR, Mildemberg R, Machado EM, Schultz JV, Nimtzt MA. Percepções de profissionais de enfermagem de um hospital geral sobre pacientes com comportamento suicida. Enferm. Foco [Internet]. 2020 [acceso em 29 nov 2021]; 11(6). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3838>.
4. Magalhães K de S, Figueiredo AEB. Doenças crônicas não transmissíveis e sua relação com o comportamento suicida no âmbito hospitalar. Ciênc. Cuid. Saúde. [Internet]. 2019 [acceso em 12 mar 2021]; 18(3). Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v18i3.45788>.
5. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicol. USP. [Internet]. 2014 [acceso em 29 abr 2020]; 25(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.
6. Reisdorfer N, Araujo GM de, Hildebrandt LM, Gewehr TR, Nardino J, Leite MT. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. Rev Enferm UFSM. [Internet]. 2015 [acceso em 19 set 2020]; 5(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769216790>.
7. World Health Organization (WHO). Mental and Behavioural Disorders Department of Mental Health. Preventing suicide a resource for general physicians [Internet]. Geneva: WHO; 2000 [acceso em 14 mar 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MNH_MBD_00.1.pdf?sequence=1.
8. Hermida PMV, Nascimento ERP do, Echevarría-Guanilo ME, Brüggemann OM, Malfussi LBH de. User embracement with risk classification in an emergency care unit: an evaluative study. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2018 [acceso em 10 nov 2020]; 52(e03318). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017001303318>.
9. Brent DA, Oquendo MA, Reynolds CF. Caring for suicidal patients. JAMA Psychiatry [Internet]. 2019 [acceso em 14 maio 2020]; 76(8). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0927>.
10. Storino BD, Campos CF e, Chicata LC de O, Campos M de A, Matos MS da C, Nunes RMCM, et al. Atitudes de profissionais de saúde em relação ao comportamento suicida. Cad. Saúde colet. [Internet]. 2018 [acceso em 17 nov 2020]; 26(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800040191>.
11. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM, Kempfer SS. Cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [acceso em 02 mar

2021];71(supl5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0219>.

12. Baião JJ, Marcolan JF. Labirintos da formação em enfermagem e a Política Nacional de Saúde Mental. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 14 mar 2021]; 73(supl1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0836>.

13. Gutierrez DMD, Minayo MC de S, Sousa ABL, Grubits S. Pessoas idosas tentam suicídio para chamar atenção? Saude soc. [Internet]. 2020 [acesso em 15 mar 2021]; 29(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190659>.

14. Shneidman E. The suicidal mind: final thoughts and reflections. United Kingdom: Oxford University Press; 1996.

15. Camargo I de B. Suicídio e ética. In: Alves LCA. Ética e psiquiatria. 2. ed. São Paulo: CREMESP; 2007. p.127-137.

16. Silva T de PS da, Sougey EB, Silva J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. Rev. Bioét. [Internet]. 2015 [acesso em 15 mar 2021]; 23(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232080>.

17. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Suicídio: informando para prevenir. [Internet]. Brasília: CFM/ABP; 2014 [acesso em 11 set 2020]. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14>.

18. World Health Organization (WHO). Saúde pública: ação para a prevenção de suicídio – uma estrutura. [Internet]. Geneva: WHO; 2012. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>.

19. Almeida FM de. O suicídio: contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade. Revista Aurora. [Internet]. 2018 [acesso em 16 mar 2021]; 11(1). Disponível em: <https://doi.org/10.36311/1982-8004.2018.v11n1.07.p119>.

20. Ministério da Saúde (BR). Prevenção do suicídio: sinais para saber e agir. [Internet]. Brasília: MS, 2020 [acesso em 11 set 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio_saber_agir_prevenir.pdf.

SUICIDAL BEHAVIOR IN A GENERAL HOSPITAL AND THE KNOWLEDGE OF NURSING PROFESSIONALS: CROSS-SECTIONAL STUDY

ABSTRACT

Objective: to evaluate the knowledge of nursing professionals about suicidal behavior of patients in a general hospital. Method: cross-sectional study conducted in a general hospital in Paraná, Brazil, with 228 nursing professionals. Data were collected in the period between May 2019 and September 2020 by means of a structured instrument containing 20 sentences about suicidal behavior and its characteristics. Data were analyzed by descriptive statistical methods. Results: participants reported having experiences with patients whose behavior was suicidal (RMI=3.83); as for the statements that evaluated knowledge (RMI=2.73), they agreed on care and disagreed with the stigmatizing statements, demonstrating adequate conceptions about the phenomenon, however, it was identified that they need more knowledge to improve suicide preventive strategies (RMI=3.99). Conclusion: the study contributes to the construction of a comprehensive view regarding the care of patients in general hospital, encompassing the psycho-emotional needs, demystifying, and further promoting mental health.

DESCRIPTORS: Nursing; Suicide; Knowledge; Mental Health; Hospitals, General.

Recibido en: 11/04/2021
Aprobado en: 20/06/2022

Editor asociado: Susanne Betioli

Autor correspondiente:
Everly Maltaca Pypcak
Universidade Federal do Paraná
Av. Prefeito Lothário Meissner, 623
E-mail: everly.maltaca@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Pypcak EM, Schultz JV, Mildemberg R, Machado EM; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Pypcak EM, Schultz JV, Paes MR, Nimtz MA; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - Pypcak EM. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).