

Miguel Guerrero-Díaz<sup>a</sup>.  
Emilio Andrade-Conde<sup>a</sup>.  
Joaquín Peláez-Cherino<sup>b</sup>.  
José Antonio Rodríguez-  
Montalvo<sup>b</sup>.  
Eugenio Contreras-Fernández<sup>c,d</sup>.  
Francisco Rivas-Ruiz<sup>c,e</sup>.

# Creencias actitudinales sobre la conducta suicida en profesionales sanitarios del área sanitaria de la Costa del Sol Occidental

<sup>a</sup>Unidad de Salud Mental Comunitaria de Marbella, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España.

<sup>b</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Costa del Sol, Málaga, España.

<sup>c</sup>Unidad Gestión Clínica de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud, Distrito Sanitario Costa del Sol, Servicio Andaluz de Salud, Mijas, Málaga, España.

<sup>d</sup>Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), España.

<sup>e</sup>Unidad de Investigación, Hospital Costa del Sol, Málaga, España.

## RESUMEN

**Introducción.** El suicidio sigue siendo la primera causa de muerte externa en España como describe el último informe de defunciones según la causa de muerte publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en diciembre de 2019<sup>1</sup>. Según este informe los fallecimientos por suicidio registrados en el año 2018 se situaron en 3.539 fallecimientos. Diez personas se quitan la vida de forma voluntaria diariamente. La provincia de Málaga registró 134 muertes por suicidio en el mismo año, siendo por tanto una de las provincias con mayor incidencia en la comunidad autónoma de Andalucía y la octava a nivel nacional.

**Metodología.** La muestra del estudio fueron de 135 profesionales. Se trata de un estudio transversal descriptivo de periodo mediante encuesta, realizado entre los profesionales sanitarios de un Área Sanitaria de Málaga. Las creencias actitudinales fueron valoradas a través del Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre Comportamiento Suicida (CCCS-18) que incluye cuatro factores: legitimización del suicidio, suicidio en enfermos terminarles, dimensión moral y propio suicidio, medidas con una escala de respuesta en promedio de 1 a 7 puntos, identificando creencias estigmatizantes aquellas puntuaciones promedias inferiores a 3,5.

**Resultados.** Un total de 135 profesionales completaron el cuestionario, siendo un 58,5 % enfermeras, 25,9 % facultativos y 15,6 % trabajadores sociosanitarios. La puntuación media de la escala CCCS-18 fue de 3,6 (DE: 1,17) puntos, hallándose diferencias significativas en función de la profesión ( $p: 0,043$ ), con una media 3,22 (DE: 1,17) en facultativos, 3,66 (DE: 1,02) en enfermeras y 3,99 (DE: 1,52) en trabajadores sociosanitarios. En análisis por factores, se hallaron

puntuaciones promedias en la muestra inferior a 3,5, tanto en factor "legitimación del suicidio" (media: 2,59; DE: 1,28), como en factor "propio suicidio" (media: 2,9; DE: 1,47).

**Conclusiones.** Los profesionales sanitarios del Área Sanitaria de la Costa del Sol Occidental han manifestado actitudes y creencias desfavorables en dimensiones relacionadas con legitimación del suicidio y el propio suicidio, determinándose peores actitudes globalmente en el colectivo médico.

**Palabras clave.** Creencias actitudinales, conducta suicida, prevención del suicidio, profesionales sanitarios, estigma.

*Actas Esp Psiquiatr 2021;49(2):57-63 | ISSN: 1578-2735*

## ATTITUDINAL BELIEFS CONCERNING SUICIDAL BEHAVIOR AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS IN THE WESTERN COSTA DEL SOL HEALTHCARE DISTRICT (SPAIN)

### ABSTRACT

**Introduction.** Suicide continues to be the leading external cause of death in Spain, according to the latest report on deaths by cause of death published by the National Statistics Institute (INE, for its initials in Spanish) in December 2019<sup>1</sup>. According to this report, there were 3,539 deaths by suicide recorded in 2018. Ten people voluntarily ending their lives each day. Málaga province recorded 134 deaths by suicide in 2018, being therefore one of the provinces with the highest incidence in the autonomous community of Andalucía and the eighth nationally.

**Method.** This descriptive, cross-sectional period-prevalence survey of health professionals was carried out in one Málaga Healthcare Area (Spain). The main outcome variable was attitudinal beliefs, which were evaluated using the Questionnaire on Attitudinal Beliefs towards Suicide Behavior (CCCS-18), which includes four factors: legitimization of suicide, suicide in termi-

**Autor para correspondencia.** Miguel Guerrero Díaz.

Dirección Postal: Unidad de Salud Mental Comunitaria de Marbella. C/ Las Albarizas s/n.

Correo electrónico: miguel.psyco1982@gmail.com (M. Guerrero-Díaz).

nating patients, moral dimension and suicide itself, measured with an average response scale of 1 to 7 points, identifying stigmatizing attitudes or beliefs those average scores lower than 3.5.

**Results.** A total of 135 health professionals completed the questionnaire, being 58.5% nurses, 25.9% doctors and 15.6% social health workers. The mean score of the CCCS-18 scale was 3.6 (SD: 1.17) points, finding significant differences depending on the profession ( $p: 0.043$ ), with a mean 3.22 (SD: 1.17) in physicians, 3.66 (SD: 1.02) in nurses, and 3.99 (SD: 1.52) in social health workers. In analysis by factors, mean scores were found in the sample below 3.5 both in the factor "legitimation of suicide" (mean: 2.59; SD: 1.28), and in the factor "own suicide" (mean: 2, 9; SD: 1.47).

**Conclusions.** The health professionals of the Health Area of the Western Costa del Sol have expressed unfavorable attitudes and beliefs in dimensions related to the legitimation of suicide and suicide itself, with worse attitudes being determined globally in medical professionals.

**Key words.** Attitudinal beliefs, suicidal behavior, suicide prevention, healthcare professionals, stigma.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio sigue siendo la primera causa de muerte externa en España como describe el último informe de defunciones según la causa de muerte publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en diciembre de 2019<sup>1</sup>. Según este informe los fallecimientos por suicidio registrados en el año 2018 se situaron en 3.539 fallecimientos. Diez personas se quitan la vida de forma voluntaria diariamente. La provincia de Málaga registró 134 muertes por suicidio en el mismo año, siendo por tanto una de las provincias con mayor incidencia en la comunidad autónoma de Andalucía y la octava a nivel nacional.

Pese a las preocupantes cifras señaladas, el fenómeno suicida sigue en la actualidad rodeado de un silencio institucional, social y político, existiendo un tabú a su alrededor<sup>2</sup>.

Existe la necesidad de realizar más investigaciones acerca de los aspectos sociales y culturales que rodean al suicidio para identificar las creencias y la imagen que el suicidio tiene en cada comunidad<sup>3</sup>. Del mismo modo, el conocimiento que los profesionales de la salud tienen acerca del suicidio ha sido ampliamente estudiado, concluyendo de forma consensuada que este es insuficiente y manifiestamente mejorable<sup>4</sup>.

Uno de los principales motivos señalados por los pacientes de salud mental para evitar pedir ayuda profesional y especializada es la percepción del personal sanitario como agentes que contribuyen al estigma y a la discriminación<sup>5</sup>. Sin embargo, existe una

escasa atención al estudio de este estigma y cómo afectan estas actitudes discriminatorias al paciente con riesgo de suicidio.

En los profesionales sanitarios, la manifestación de actitudes y/o creencias intolerantes hacia el comportamiento suicida pueden influir negativamente en varios aspectos que se consideran elementales para una correcta atención sanitaria en pacientes que presenta conducta suicida<sup>6</sup>. Estas suponen una barrera en la atención sanitaria prestada y pueden ser explicadas por la falta de formación específica, baja motivación, presencia de reacciones emocionales negativas que puedan proyectarse hacia el paciente. Existe el riesgo de que estas creencias generen actuaciones iatrogénicas que posteriormente afecten al proceso terapéutico de estos usuarios, como podría ser la ruptura de la continuidad asistencial, negarse a acudir al especialista de salud mental, replegarse u ocultar por vergüenza o culpa su situación personal. Además, estas creencias repercuten emocionalmente en el bienestar subjetivo de la persona, actuando como un considerable obstáculo para la búsqueda de ayuda, el acceso al tratamiento, la adherencia y la eficacia<sup>7</sup>. Fredman *et al.* valoró que existía un prejuicio entre los profesionales sanitarios sobre los pacientes con conducta suicida, atribuyendo la motivación suicida a una llamada de atención con fines manipuladores e instrumentales con claro sentido peyorativo<sup>8</sup>.

Cuando se han estudiado las actitudes que los sanitarios muestran hacia pacientes con enfermedades médicas en comparación con aquellos que manifiestan conducta suicida, se ha contrastado la existencia de actitudes más hostiles por parte de los profesionales sanitarios en este segundo grupo de pacientes<sup>9</sup>.

Por tanto, el estigma social asociado al suicidio es un tema capital en la actualidad, puesto que puede suponer una barrera para la recuperación de los pacientes, comprometer la accesibilidad al sistema sanitario, retrasar el inicio del tratamiento especializado e incrementar, por ende, el riesgo de intentos o reintentos. Aquellos profesionales que muestran actitudes y conductas favorables hacia el comportamiento suicida ofertan una mejor atención sanitaria a los pacientes con conducta suicida, fomentando en ellos la necesidad y convicción de buscar ayuda en los dispositivos de Salud Mental Comunitarios, garantizando, por tanto, la continuidad asistencial. Esta medida preventiva contribuye no solo a la reducción del riesgo suicida en pacientes que han ideado o intentado suicidarse, sino a paliar el sufrimiento psíquico asociado en un momento de enorme vulnerabilidad personal. Contrariamente, profesionales sanitarios que manifiesten creencias y actitudes desfavorables hacia el comportamiento suicida tendrían mayor probabilidad de incurrir en malas prácticas asistenciales e influir negativamente en la necesidad de búsqueda de ayuda de los pacientes, la desconfianza en el sistema sanitario y, por tanto, en la ruptura de la continuidad asistencial. Esta situación incrementaría el riesgo suicida en estos pacientes<sup>10</sup>. Los profesionales que se muestran

más tolerantes con respecto al suicidio tienen una mayor probabilidad de prestar una atención sanitaria más respetuosa y cercana a los pacientes suicidas<sup>11</sup>.

El propósito de este estudio fue conocer las actitudes y creencias acerca del comportamiento suicida en profesionales sanitarios en dispositivos de atención primaria y urgencias hospitalarias, y conocer la correlación de las actitudes con las características sociodemográficas, laborales y deseabilidad social de dichos profesionales.

## METODOLOGÍA

### Diseño, ámbito y población de estudio

Estudio transversal descriptivo de periodo mediante encuesta realizado entre los profesionales sanitarios tanto del Distrito de Atención Primaria Costa del Sol (DAP-CS) como del servicio de Urgencias y Cuidados Críticos del Hospital Costa del Sol (HCS). La población de estudio fueron todos los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y trabajadores sociosanitarios) pertenecientes a los Centros de Salud de Albarizas, Leganitos y San Pedro Alcántara del DAP-CS, y Urgencias y Cuidados Críticos del HCS.

### Instrumentación

Se envió la encuesta vía correo electrónico corporativo a todos los profesionales sanitarios pertenecientes a centros participantes. Para dicho cometido se utilizó el programa SurveyMonkey, que permite diseñar el cuestionario en la plataforma, generar un enlace electrónico y posterior explotación de resultados, una vez cerrado el periodo de recogida de información (12 semanas - septiembre a diciembre de 2018; con dos recordatorios mensuales para los no respondedores). Los correos electrónicos corporativos fueron facilitados por correspondientes direcciones de centros participantes. En la encuesta recibida de forma electrónica se explicaba el objeto del estudio y se indicaba que el consentimiento informado para participar se presentaba con la cumplimentación de dicho cuestionario.

El proyecto previo a su inicio obtuvo el visto bueno del Comité de Ética de Investigación Costa del Sol (76-07-2018, de 26 de julio de 2018). Toda la información se recogió de forma anonimizada, en estricta concordancia con leyes de protección de datos vigentes a nivel nacional (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

### Variables de estudio

La variable resultado principal fueron las creencias actitudinales valoradas a través del *Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre Comportamiento Suicida* (CCCS-18)<sup>12</sup>. El cuestionario cuenta con 18 ítems y se puede considerar como una escala

aditiva centrada en el sujeto, suponiendo que la variación en las respuestas corresponderá a diferencias individuales relacionadas

con el sujeto. El formato del cuestionario es de tipo Likert, con siete opciones de respuesta que indican el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a la afirmación que propone el ítem. El cuestionario se divide en cuatro factores. El primer factor, denominado "*Legitimación del suicidio*", busca medir la creencia sobre la legalidad que tiene el acto de suicidio en ciertas circunstancias de la vida de un individuo. El segundo factor, "*Suicidio en enfermedades terminales*", busca conocer si el suicidio puede ser concebido como un método viable para las personas que sufren de enfermedades terminales. El tercer factor, "*Dimensión moral del suicidio*", hace referencia a la valoración moral o inmoral con relación a la creencia que se tiene; además, analizar si esta se encuentra inherente en dicha creencia. Por último, el cuarto factor se centra en el "*Propio suicidio*" y determina si el acto suicida surge a partir de diversas situaciones que generen alteración emocional. Ítems, factores y puntuación total de la escala CCCS-18 se valoran con puntuaciones medias en escala 1 a 7, indicando una actitud o creencias estigmatizantes aquellas puntuaciones promedias inferiores a 3,5. Los ítems 3, 7, 9, 12 y 16 puntúan de forma inversa.

Por otra parte, se valoró el sesgo de deseabilidad social de la población de estudio, a partir de la *Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne* (M-C SDS)<sup>13,14</sup>. Existe un consenso generalizado en utilizar esta escala para controlar si las respuestas a un cuestionario psicológico pueden estar sesgadas por una tendencia a responder de forma socialmente deseable<sup>15</sup>. La escala consta de 33 ítems, donde el encuestado debe indicar si son verdaderos o falsos en lo que respecta a sí mismo, puntuando con un 1 los ítems directos que la persona considera verdaderos o los ítems inversos que considera falsos, y 0 en caso opuesto. La suma directa de puntuaciones refleja una escala de 0 y 33, donde puntuaciones superiores indican una mayor deseabilidad social.

El resto de variables independientes fueron las características sociodemográficas y laborales de los profesionales sanitarios participantes, presencia de conductas estigmatizantes (colectivo o propia), junto con el grado de autopercepción y competencias para el abordaje del paciente suicida de forma eficaz y el grado de necesidad de recibir una formación específica reglada para abordar la conducta suicida en su entorno asistencial, todas ellas medidas en escala de 0 a 100 puntos (de menor a mayor necesidad). Cada una de estas variables se evaluaron a través de preguntas elaboradas *ad hoc* por el equipo investigador.

### Análisis estadístico

Se realizó análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central, dispersión y posición para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Se realizó un

análisis bivariado tomando como variables resultados tanto las puntuaciones de los cuatro factores como el total de la escala CCCS-18, frente a las características sociolaborales de la muestra de profesionales sanitarios, utilizando la prueba de t de Student (o test de U de Mann-Whitney en caso de distribución no normal) para las variables independientes dicotómicas y el test de Anova de un factor (o Kruskal-Wallis) en caso de variable independiente con tres categorías. Se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson para valorar la correlación entre puntuación de Deseabilidad Social y factores y total de la escala CCCS-18. Se estableció el nivel de significación estadística en  $p < 0,05$ .

### RESULTADOS

De los 350 profesionales sanitarios candidatos a participar (todos recibieron la encuesta por correo electrónico), se recibieron 156 respuestas, de las cuales se tuvieron que descartar 21 por falta de cumplimentación exhaustiva del cuestionario CCCS18. Así, la muestra de estudio final fueron 135 (38,6 % de respuesta sobre población candidata a participar).

De la muestra final de estudio, el 71,1 % eran mujeres, el 58,5 % tenían 45 o menos años, el 54,8 % trabajaban en ámbito de atención primaria; siendo el 58,5 % de la muestra enfermeras y un 25,9 % facultativos. El 48,9 % de la muestra refirieron formación reglada en salud mental, frente a un 8,1 % específica en conducta suicida. Por otra parte, refirieron el haber identificado conductas estigmatizadas hacia el suicidio en profesionales sanitarios en el 60,4 %, frente a un 28,1 % las percibidas como propias (Tabla 1).

La puntuación media de la escala CCCS-18 fue de 3,6 (DE: 1,17) puntos. En la evaluación por factores, la puntuación promedio fue superior a 4 puntos tanto en el factor II –suicidio en enfermos terminales (media: 4,02; DE: 1,87), como en el factor III– dimensión moral del suicidio – (media: 5,38; DE: 1,37); y siendo inferiores a 3 puntos tanto en el factor I –legitimación del suicidio – (media: 2,59; DE: 1,28), como en el factor IV– el propio suicidio – (media: 2,9; DE: 1,47) (Tabla 2).

En el análisis comparativo entre puntuaciones de la escala CCCS-18 y las características sociolaborales de la muestra de estudio se hallaron diferencias en función de la profesión, dado puntuaciones inferiores de los facultativos frente a enfermeras y trabajadores sociosanitarios, tanto en el factor II ( $p: 0,024$ ) como en la puntuación total ( $p: 0,043$ ). También se identifican diferencias entre aquellos profesionales que han tenido una experiencia personal en suicidio, con puntuaciones superiores, frente a la ausencia de experiencia tanto en el factor I, factor III y la puntuación total (Tabla 3).

La puntuación media de Deseabilidad Social hallada con la escala Marlow–Crowne fue de 16,7 (DE: 5,9) sobre el máximo de 33 puntos, correlacionando negativamente de forma significativa con cada uno de los factores y puntuación total de la escala CCCS-18. Así, el coeficiente de correlación de Pearson (CC) fue de  $-0,255$  ( $p < 0,01$ ) en factor I,  $-0,272$  ( $p < 0,01$ ) en factor II,  $-0,19$  ( $p: 0,032$ ) en factor III,  $-0,288$  ( $p < 0,01$ ) en factor IV, y  $-0,32$  ( $p < 0,01$ ) en la puntuación total de la escala CCCS-18 (Figura 1).

La puntuación media de Deseabilidad Social hallada con la escala Marlow–Crowne fue de 16,7 (DE: 5,9) sobre el máximo de 33 puntos, correlacionando negativamente de forma significativa con cada uno de los factores y puntuación total de la escala CCCS-18. Así, el coeficiente de correlación de Pearson (CC) fue de  $-0,255$  ( $p < 0,01$ ) en factor I,  $-0,272$  ( $p < 0,01$ ) en factor II,  $-0,19$  ( $p: 0,032$ ) en factor III,  $-0,288$  ( $p < 0,01$ ) en factor IV, y  $-0,32$  ( $p < 0,01$ ) en la puntuación total de la escala CCCS-18 (Figura 1).

Tabla 1		Descriptiva de la muestra de profesionales sanitarios evaluados	
Variables		n	%
<b>Sexo</b>	Hombre	39	28,9
	Mujer	96	71,1
<b>Edad</b>	25-35	14	10,4
	>35-45	65	48,1
	>45-55	35	25,9
	>55	21	15,6
<b>Lugar de Trabajo</b>	Atención Primaria	74	54,8
	Urgencias Hospitalarias	61	45,2
<b>Profesion</b>	Facultativo médico	35	25,9
	Enfermeras	79	58,5
	Trabajadores sociosanitarios	21	15,6
<b>Tiempo trabajado</b>	<10	23	17,0
	10-20	66	48,9
	>20	46	34,1
<b>Formacion reglada en salud mental</b>	Ausencia	69	51,1
	Presencia	66	48,9
<b>Formacion especifica en conducta suicida</b>	No	124	91,9
	Sí	11	8,1
<b>Experiencia personal en suicidio</b>	No	79	58,5
	Sí	56	41,5
<b>Conducta Estigmatizante en atención sanitaria - Profesionales sanitarios<sup>(1)</sup></b>	No	53	39,6
	Sí	81	60,4
<b>Conducta Estigmatizante en atención sanitaria - Propia</b>	No	97	71,9
	Sí	38	28,1
<b>Grado de autopercepcion y competencias para el abordaje y manejo del paciente suicida de forma eficaz (0-100)<sup>(2)</sup></b>	Mediana (RI)	30 (46)	
<b>Grado de necesidad de recibir una formacion especifica reglada sobre el abordaje y manejo del paciente con conducta suicida (0-100)</b>	Mediana (RI)	81 (80)	

n= frecuencia; RI= Rango Intercuartílico  
Pérdidas: 1=1; 2=2

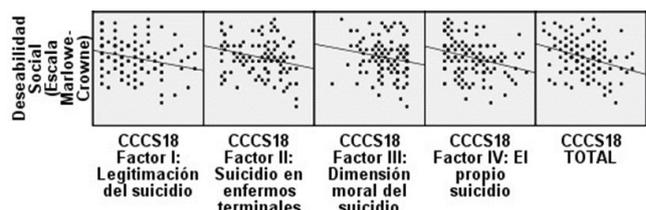


Figura 1

Correlación de la Deseabilidad Social frente a los factores y puntuación total de creencias sobre el suicidio. Miguel Guerrero

Factor	Ítems	Media	DE
<b>I. Legitimación del suicidio</b>	Factor I	<b>2,59</b>	<b>1,28</b>
	10. Aceptaría el suicidio en personas mayores	2,79	1,87
	05. Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir	1,72	1,35
	14. Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento	2,47	1,83
	01. Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej.: sobredosis de pastillas)	2,68	2,09
	08. El suicidio debería ser una forma legítima de morir	3,64	2,09
<b>II. Suicidio en enfermos terminales</b>	Factor II	<b>4,02</b>	<b>1,87</b>
	02. Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	4,58	2,24
	15. Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	3,77	2,05
	06. El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	3,68	2,10
	11. Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	4,04	2,12
<b>III. Dimensión moral del suicidio</b>	Factor III	<b>5,38</b>	<b>1,37</b>
	07. El suicidio es un acto inmoral	5,49	1,75
	03. El suicidio va en contra de la moral	4,84	1,97
	16. Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato	5,33	1,82
<b>IV. El propio suicidio</b>	Factor IV	<b>2,90</b>	<b>1,47</b>
	13. Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	2,13	1,53
	17. Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida	2,36	1,76
	04. Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema	3,49	2,18
	09. Bajo ningún concepto me suicidara	3,64	2,17

DE= Desviación estándar

Variables	Factor I: Legitimación del suicidio			Factor II: Suicidio en enfermos terminales			Factor III: Dimensión moral del suicidio			Factor IV: El propio suicidio			Total			
	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	
<b>Sexo</b>	Hombre	2,69	1,45	0,589	3,75	2,11	0,331	5,32	1,61	0,736	3,00	1,69	0,630	3,58	1,36	0,897
	Mujer	2,56	1,22		4,13	1,77		5,41	1,27		2,86	1,38		3,61	1,08	
<b>Edad</b>	<=45	2,60	1,13	0,940	4,16	1,88	0,309	5,43	1,42	0,660	2,80	1,36	0,336	3,62	1,06	0,813
	>45	2,58	1,49		3,82	1,86		5,32	1,31		3,05	1,62		3,57	1,32	
<b>Lugar de Trabajo</b>	Atención Primaria	2,61	1,40	0,870	3,89	1,88	0,396	5,19	1,46	0,070	2,96	1,53	0,651	3,55	1,25	0,558
	Urgencias Hospitalarias	2,57	1,14		4,17	1,87		5,62	1,23		2,84	1,41		3,66	1,06	
<b>Profesion</b>	Facultativo médico	2,27	1,11	0,092	3,30	1,94	0,024	5,18	1,48	0,491	2,61	1,50	0,270	3,22	1,17	0,043
	Enfermeras	2,62	1,20		4,20	1,72		5,41	1,34		2,94	1,31		3,66	1,02	
	Trabajadores sociosanitarios	3,03	1,73		4,51	2,05		5,62	1,31		3,26	1,93		3,99	1,52	
<b>Tiempo trabajado</b>	<10	2,61	1,25	0,974	4,00	1,95	0,750	5,03	1,44	0,362	2,60	1,49	0,309	3,45	1,19	0,810
	10-20	2,57	1,11		4,13	1,81		5,51	1,33		2,84	1,34		3,63	1,02	
	>20	2,62	1,54		3,86	1,95		5,38	1,40		3,15	1,63		3,63	1,36	
<b>Formación reglada en salud mental</b>	Ausencia	2,77	1,30	0,089	4,26	1,84	0,139	5,40	1,49	0,562	2,95	1,49	0,746	3,72	1,20	0,128
	Presencia	2,41	1,25		3,77	1,89		5,37	1,25		2,86	1,46		3,47	1,13	
<b>Formación específica en conducta suicida</b>	No	2,60	1,26	0,806	4,07	1,86	0,371	5,33	1,40	0,122	2,90	1,47	0,990	3,60	1,16	0,791
	Si	2,58	1,57		3,45	1,98		6,00	0,85		2,95	1,63		3,62	1,28	
<b>Experiencia personal en suicidio</b>	No	2,37	1,18	0,016	3,82	1,88	0,147	5,08	1,38	0,002	2,80	1,39	0,336	3,39	1,08	0,013
	Si	2,91	1,37		4,29	1,85		5,81	1,24		3,05	1,59		3,89	1,23	

DE= Desviación estándar

### Discusión y análisis de los resultados

Los profesionales sanitarios de este estudio muestran una actitud desfavorable hacia el comportamiento suicida de forma general. Más de la mitad de la muestra estudiada no cuenta con formación reglada en salud mental ni con forma-

ción específica en conducta suicida, pese a ser conscientes de la gran necesidad de recibir una formación específica reglada y reconocer un bajo grado de autopercepción y competencias para el correcto abordaje y manejo de pacientes con conductas suicidas. Los facultativos médicos muestran actitudes más desfavorables hacia el comportamiento suicida en

comparación con el personal de enfermería y trabajadores sociosanitarios de forma global, siendo el suicidio en enfermos terminales el más rechazado por los médicos. Aquellos profesionales sanitarios que han tenido una experiencia personal en relación con el suicidio muestran actitudes y creencias más favorables hacia el comportamiento suicida, más legitimadoras y de mayor aceptación moral hacia el suicidio. En nuestra muestra analizada, contar con una formación reglada en salud mental y, de manera específica, en conducta suicida no se asocia con tener creencias y actitudes más favorables hacia el comportamiento suicida *per se*.

Las creencias y conductas estigmatizantes que los profesionales sanitarios puedan manifestar hacia la persona que ha realizado un intento de suicidio pueden tener serias repercusiones y consecuencias tanto en el paciente como en su entorno familiar y, por tanto, debemos ser conscientes de ellas<sup>16</sup>. Una buena atención profesional en los centros sanitarios tanto ambulatorios como hospitalarios, un trato cálido, acogedor y profundamente respetuoso con el paciente, así como transmitir comprensión del sufrimiento psicológico y reconocer el momento de gran vulnerabilidad personal en el que se encuentra inmerso en ese momento el paciente suicida determinará, en gran medida, la confianza en el sistema sanitario y el acceso a los recursos especializados de los servicios de salud mental comunitarios donde se aplican los tratamientos psicoterapéuticos para la reducción del riesgo de la conducta suicida. El acceso a intervenciones telemáticas a través del uso de recursos electrónicos, como *e-health*<sup>17</sup>, o servicios de líneas de intervención en crisis<sup>18</sup> pueden ser herramientas complementarias útiles junto a la atención del profesional sanitario.

La muestra del estudio la han conformado profesionales de distintas categorías profesionales que trabajan en dispositivos de atención primaria y urgencias hospitalarias, ambos dispositivos tradicionales de entrada del paciente suicida en el circuito sanitario. Como limitaciones, además de la obtención de tasa de respuesta relativamente baja, señalamos las dificultades de generalización de los resultados a otros profesionales sanitarios de diferentes áreas de salud a la nuestra. El estudio está realizado en un contexto geográfico urbano que, si bien existen altas tasas de suicidio, son menores que las registradas en entornos rurales de nuestra provincia.

Los valores de Deseabilidad Social de la muestra de profesionales sanitarios obtenida se encuentran en rango de la población general española (en muestra mediana de 16,5 (P25-P75: 12,2-20) frente a mediana algo superior en muestra de población general de 18 (P25-P75: 15-22)<sup>19</sup>. Las puntuaciones de Deseabilidad Social correlacionan en sentido negativo de forma significativa con todos los factores y puntuación total de la escala CCCS-18. Esto se traduce en un posible sesgo en las creencias frente al suicidio expresadas por la muestra de profesionales sanitarios, aunque posiblemente no

diferenciales a lo que se reflejaría en población general, dado que se ha hallado unos umbrales de deseabilidad semejantes.

Los resultados hallados en el presente estudio son similares a nivel general a los obtenidos en el trabajo de la Universidad de Granada, realizado por Carmona-Navarro y Pichardo-Martínez. En este se demostró que los profesionales sanitarios presentan valores en creencias actitudinales hacia el comportamiento suicida similares, independientemente del género, el tiempo trabajado, lugar de trabajo y/o poseer formación reglada<sup>20</sup>. Sin embargo, en el presente estudio no se han hallado diferencias significativas ni en función del género ni en la formación en salud mental ni en el ámbito de trabajo.

## CONCLUSIONES

Los profesionales sanitarios que muestran un mayor grado de aceptación, tolerancia y actitudes inclusivas con respecto a la conducta suicida tienen una mayor probabilidad de prestar una atención clínica efectiva y más auténtica hacia los pacientes con tendencias suicidas<sup>21-24</sup>.

Dado la escasez de estudios similares en ámbito nacional e internacional, se considera imprescindible explorar las creencias y actitudes. Consideramos esencial la necesidad de estudiar más sobre el estigma del suicidio en los profesionales sanitarios y en los distintos dispositivos de salud que atienden a pacientes con conducta suicida. Igualmente, es necesario conocer qué contenidos formativos modifican e influyen positivamente en el cambio de creencias y reducen el estigma social asociado. Será necesario en futuros estudios medir la eficacia de estos programas e identificar qué variables específicas median entre contar con una experiencia personal en suicidio y manifestar creencias actitudinales más favorables hacia el comportamiento suicida.

Creemos que la formación destinada a la capacitación de los profesionales sanitarios en el manejo y abordaje del suicidio no solo debe incluir la adquisición del conocimiento técnico en el manejo del paciente suicida (evaluación de la conducta suicida, factores de riesgo/protección, valoración del riesgo suicida, etc.), sino que deben transmitirse conocimientos que incidan en las actitudes, las creencias personales, fomenten la comprensión empática y mejoren la relación médico-paciente. Del mismo modo, esta formación debe generalizarse al mayor número de profesionales del área sanitaria, pero sobre todo a aquellos que intervienen de manera directa en el proceso asistencial del paciente con conducta suicida. Además de una formación psicoeducativa, como arriba se ha mencionado, resulta muy importante un cambio conductual y actitudinal que mejore la calidad de la atención clínica y el afrontamiento de los profesionales en el manejo del paciente suicida.

Los profesionales sanitarios del Área Sanitaria de la Costa del Sol Occidental han confirmado la existencia de actitudes y creencias desfavorables hacia el comportamiento suicida, tanto si ejercen su labor en equipos de atención primaria como en dispositivo de urgencias hospitalarias, independientemente del género, edad, formación previa o tiempo trabajado. Solo la pertenencia a la categoría profesional y la experiencia personal en relación con el suicidio se ha correlacionado con una mayor aceptación al comportamiento suicida. De existir un sesgo de deseabilidad social, este no difiere del que puede manifestar el resto de la población.

## FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen posibles conflictos de intereses que declarar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Estadística de defunciones según la causa de muerte. Resultados año 2018. Inst Nac Estadística. 2019.
2. Álvarez López MA. Suicidio y estigma social. En: Fundación Salud Mental España, editor. Suicidios Man prevención, Interv y postvención la Conduct suicida, 2014, p. 773-84.
3. Dyregrov K. What do we know about needs for help after suicide in different parts of the world? A phenomenological perspective. *Crisis*. 2011;32:310-8.
4. Santos JC, Simões RMP, Erse MPQ de A, Façanha JDN, Marques LAFA. Impact of «+Contigo» training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22:679-84.
5. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet*. 2007;370: 810-1.
6. Law GU, Rostill-Brookes H, Goodman D. Public stigma in health and non-healthcare students: Attributions, emotions and willingness to help with adolescents self-harm. *Int J Nurs Studies*. 2009; 46: 108-19.
7. Stigma : An International briefing paper. Edinburgh: 2008.
8. Friedman T, Newton C, Coggan C, Hooley S, Patel R, Pickard M, et al. Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: influence of previous training and experience. *J Psychosom Res*. 2006;60:273-7.
9. Herron J, Ticehurst H, Appleby L, Perry A, Cordingley L. Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;31:342-7.
10. Pedersen D. Estigma y Exclusión Social en la Enfermedad Mental: Apuntes para el análisis y la investigación. *Rev Psiquiatr y Salud Ment Hermilio Vald*. 2005;4:3-14.
11. McAllister M, Creedy D, Moyle W, Farrugia C. Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *J Adv Nurs*. 2002;40:578-86.
12. Hernández JAR, Navarro-Ruiz JM, Hernández GT, González ÁR. Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: El CCCS-18. *Psicothema*. 2005;17:684-90.
13. Barger SD. The Marlowe-Crowne affair: short forms, psychometric structure, and social desirability. *J Pers Assess*. 2002;79:286-305.
14. Beretvas SN, Meyers JL, Leite WL. A Reliability Generalization Study of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Educ Psychol Meas*. 2002;62:570-89.
15. Beretvas, S. N., Meyers, J. L., y Leite, W. L. (2002). A reliability generalization study of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 62, 570-589
16. De Paula Santana da Silva T, Botelho S, Silva J. Estigma social en el comportamiento suicida: reflexiones bioéticas. *Rev Bioética*. 2015;23:419-26.
17. Melia R, Francis K, Hickey E, et al. Mobile Health Technology Interventions for Suicide Prevention: Systematic Review. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8 (1): e12516. Published 2020 Jan 15. doi: 10.2196/12516.
18. Hoffberg AS, Stearns-Yoder KA, Brenner LA. The Effectiveness of Crisis Line Services: A Systematic Review. *Front Public Health*. 2020;7:399. Published 2020 Jan 17. doi:10.3389/fpubh.2019.00399.
19. Gutierrez S, Sanz J, Espinosa R, Gesteira C, Paz Garcia-Vera M. The Marlowe-Crowne Social Desirability Scale: Norms for the Spanish general population and development of a short version. *La Escala Deseabilidad Soc Marlowe-Crowne Baremos para la Poblac Gen Esp y Desarro una version breve*. 2016;32:206-2017.
20. Carmona C, Pichardo M. Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. *Rev Latino-AM Enferm*. 2012; 20.
21. McAllister M, Creedy D, Moyle W, Farrugia C. Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *J Adv Nurs*. 2002;40:578-86. 20.
22. Kishi Y, Kurosawa H, Morimura H, Hatta K, Thurber S. Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33:393-7. 21.
23. Patterson P, Whittington R, Bogg J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *J Psychiatr Mental Health Nurs*. 2007;14: 438-45. 22.
24. McCarthy L, Gijbels H. An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. *Int Emergency Nurs*. 2010;18:29-35.