

**Repercusión de los Mitos hacia el Suicidio Infanto-Juvenil sobre la Búsqueda de Ayuda, y
su Relación con el Estigma, en una Muestra de Padres y Madres**



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID



Alumna: Beatriz Moreno-Figueroa Ramiro

Tutora: Sara González Domínguez

Departamento de Psicología, CES Cardenal Cisneros

Trabajo Fin de Máster

Enero de 2021

COMPROMISO DEONTOLÓGICO EN CASO DE TRABAJOS QUE REQUIERAN PARTICIPANTES HUMANOS

D./Dña. Beatriz Moreno-Figueroa Ramiro con NIF 51134752W, estudiante del Máster en Psicología General Sanitaria en el CES Cardenal Cisneros en el curso 2020-2021, como autor/a del trabajo de fin de máster (TFM) titulado: Repercusión de los mitos hacia el suicidio infanto-juvenil sobre la búsqueda de ayuda, y su relación con el estigma, en una muestra de padres y madres, y presentado para la obtención del título correspondiente, cuyo/s tutor es/son: Sara González Domínguez.

ME COMPROMETO A:

1. Asegurar la confidencialidad de la información obtenida, tratándola y custodiándola conforme a la legislación vigente.
2. No utilizar la información obtenida con fines ajenos a este trabajo y no cederlos a terceras partes salvo que el interesado lo haya autorizado expresamente por escrito.
3. Respetar las normas éticas marcadas por el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos y por las Sociedades Científicas de Psicología.


ADEMÁS, ME COMPROMETO A:

4. Informar a los participantes de manera clara de los objetivos generales del estudio, de la naturaleza y duración de los procedimientos a los que van a someterse y de los posibles efectos secundarios o complicaciones que pudieran derivarse de su participación.
5. Responder satisfactoriamente a todas las preguntas que los participantes crean conveniente hacer sobre el estudio.
6. Informar a los participantes acerca de su derecho a declinar participar en el estudio y a abandonarlo una vez que éste se haya iniciado sin tener que dar explicaciones y sin que tenga ninguna consecuencia de ningún tipo.

7. Asegurar el carácter voluntario de la participación en el estudio y recabar el consentimiento informado por escrito de cada participante (o su tutor legal). En el caso de estudios de encuesta con muestras completamente anónimas no será imprescindible recoger el consentimiento por escrito. iii
8. Recabar sólo la información personal estrictamente necesaria para el desarrollo de la investigación y hacerlo manteniendo el anonimato de los participantes siempre que sea posible.

En Madrid, a 18 de enero de 2021

Fdo: Beatriz Moreno-Figueroa Ramiro



Beatriz M.

DECLARACIÓN DE NO PLAGIO

D/Dña. Beatriz Moreno-Figueroa Ramiro con NIF 51134752W, estudiante del **Máster en Psicología General Sanitaria** del CES Cardenal Cisneros adscrito a la Universidad

Complutense de Madrid, curso 2020-2021 como autor/a de este documento académico, titulado:

Repercusión de los mitos hacia el suicidio infanto-juvenil sobre la búsqueda de ayuda, y su relación con el estigma, en una muestra de padres y madres, presentado como Trabajo Fin de Máster, para la obtención del título correspondiente, cuyo tutor, es: Sara González Domínguez.

DECLARO QUE:

Este trabajo es producto de mi trabajo personal, que no he copiado, que no he utilizado ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones diversas, sacadas de cualquier obra, artículo, memoria o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o de cualquier otra fuente.

Soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos extremos puede ser objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden.

En Madrid, a 18 de enero de 2021

Fdo: Beatriz Moreno-Figueroa Ramiro



Beatriz M.

VISTO BUENO PARA LA PRESENTACIÓN Y DEFENSA DEL TFM ^v

Máster en Psicología General Sanitaria
CES Cardenal Cisneros, adscrito a la Universidad Complutense de Madrid
Curso académico 2020/2021

El Prof./es Sara González Domínguez, tutor/es del Trabajo Fin de Máster del alumno/a D./Dña. Beatriz Moreno-Figueroa Ramiro titulado Repercusión de los mitos hacia el suicidio infanto-juvenil sobre la búsqueda de ayuda, y su relación con el estigma, en una muestra de padres y madres

da el visto bueno para que sea presentado y defendido ante el tribunal evaluador correspondiente, para la obtención del título de Máster en Psicología General Sanitaria.

En Madrid, a 18 de enero de 2021

Fdo:



La población infanto-juvenil se encuentra en una situación de vulnerabilidad con respecto al suicidio y sus progenitores pueden desempeñar un papel fundamental en dicho proceso.

Las tasas en la población adolescente han aumentado a nivel mundial, se estima que aproximadamente 600.000 jóvenes de entre 14 y 28 años se suicidan al año (Navarro-Gómez, 2017). Es por esto por lo que será necesario poder realizar una rápida detección del problema y que los padres puedan buscar ayuda profesional dejando de lado el estigma que existe hacia la salud mental.

Por ello, aparece este trabajo de investigación, un estudio descriptivo, correlacional y predictivo, que tiene como objetivos principales la creación de un cuestionario *ad hoc* que evalúe los mitos hacia el suicidio, comprobar la relación de las creencias irracionales sobre el suicidio con un grupo de variables sociodemográficas y psicosociales y estudiar la capacidad predictiva de las variables del estudio sobre la búsqueda de ayuda. Para ello se contó con una muestra de 488 padres y madres actuales o futuros. Los resultados revelan que, ser hombre, con edad avanzada, con estudios no universitarios, sin tener familiares con un problema de salud mental, ser creyentes y con una profesión alejada de la salud mental, aumenta el número de creencias irracionales sobre el suicidio. La presencia de dichas creencias sobre el suicidio, a su vez, se relacionan con un mayor estigma hacia salud mental y con una menor búsqueda de ayuda profesional. Las variables predictoras de la búsqueda de ayuda fueron los mitos hacia el suicidio, el estigma hacia la salud mental y la familiaridad, prediciendo todas ellas un 38% de la varianza total de la búsqueda de ayuda profesional ($p < 0,001$). Los resultados aportan nuevos conocimientos, puesto que, la mayoría de los trabajos sobre el suicidio son referidos a la población adulta y no tienen en cuenta la vulnerabilidad de las etapas más infantiles y la

necesidad de analizar la opinión de sus padres con respecto a este acto, algo sin duda de gran ^{vii} importancia de cara a su prevención.

Palabras clave: suicidio, mitos hacia el suicidio, estigma, búsqueda de ayuda, padres y madres actuales o futuros, población infanto-juvenil.

Abstract

The child-youth population is in a situation of vulnerability about suicide and their parents perform a fundamental role in this process. Rates in the adolescent population have increased worldwide, it is estimated that approximately 600,000 young people between 14 and 28 years old, commit suicide each year (Navarro-Gómez, 2017). Therefore, it will be necessary to be able to detect the problem quickly and for parents to seek professional help, leaving aside the stigma that exists towards mental health. For this reason, this research work appears, a descriptive, correlational, and predictive study whose main objectives are the creation of an *ad hoc* questionnaire that assesses myths about suicide, to verify the relationship of irrational beliefs about suicide with a group of sociodemographic and psychosocial variables and to study the predictive capacity of the variables about seeking help. For this, a sample of 488 current or future parents was counted on. The results reveal that being a man, elderly, with non-university studies, without having relatives with a mental health problem, being believers and with a profession far from mental health increase the number of irrational beliefs. The presence of these beliefs about suicide, in turn, is related to a greater stigma towards mental health and a lesser search for professional help. The predictor variables of seeking help were myths about suicide, mental health stigma and familiarity, all predicting 38% of the total variance of seeking professional help ($p < 0,001$). The results provide new knowledge since most of the studies on suicide refer to the adult population and do not consider the vulnerability of the most childhood stages and the need to analyze the opinion of their parents regarding this act, something without a doubt of great importance regarding its prevention.

Key words: suicide, myths about suicide, stigma, help seeking, current or future parents, child-youth population.

Capítulo 1 Marco teórico.....	1
Salud mental.....	1
Estigma y salud mental.....	2
Suicidio.....	4
Definición y epidemiología.....	4
Mitos sobre el suicidio.....	5
Evaluación de los mitos del suicidio.....	10
Factores de riesgo.....	12
Factores de protección.....	14
Señales de alerta.....	15
Prevención e intervención.....	17
Capítulo 2 Objetivos e hipótesis.....	19
Capítulo 3 Método.....	22
Participantes.....	22
Procedimiento.....	22
Variables y medidas.....	23
Análisis de datos.....	29
Resultados.....	29
Características sociodemográficas y psicosociales de la muestra.....	29
Relación entre los mitos hacia el suicidio y las variables del estudio.....	31
Predictores de la búsqueda de ayuda profesional.....	34
Capítulo 4 Discusiones.....	37
Bibliografía.....	50
Anexo I: Cuestionario <i>ad hoc</i> mitos hacia el suicidio.....	58
Anexo II: Cuestionario de Atribuciones Estigmatizantes en su versión breve (AQ-9).....	60
Anexo III: Escala de Actitudes hacia la Búsqueda de Ayuda Psicológica Profesional.....	62
Anexo IV: Cuestionario sobre la Familiaridad hacia la Enfermedad Mental.....	65
Anexo V: Resultados del Análisis de Regresión Múltiple de la Búsqueda de Ayuda.....	66

Lista de tablas

x

Tabla 1. Mitos del Suicidio	8
Tabla 2. Factores de Riesgo de la Conducta Suicida	12
Tabla 3. Factores de Protección de la Conducta Suicida	14
Tabla 4. Señales de Alerta de la Conducta Suicida	15
Tabla 5. Características Sociodemográficas de los Participantes	30
Tabla 6. Estadísticos Descriptivos de las Variables Psicosociales	31
Tabla 7. Correlaciones entre las Variables Psicosociales	34
Tabla 8. Resultados del Análisis de Regresión Múltiple de la Búsqueda de Ayuda	35

Capítulo 1

Marco teórico

Salud mental

La salud mental es todo aquel estado de bienestar subjetivo de la persona que le permite poder gestionar y hacer frente a diferentes situaciones adversas y que, además influye en el desarrollo de la comunidad (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013).

Atendiendo a la epidemiología, más de un tercio de la población europea se ve afectada por un trastorno mental cada año, los más prevalentes son la depresión y la ansiedad. Esto supone un aumento de la discapacidad, de sufrir una mortalidad temprana y de cometer intentos de suicidio (OMS, 2014; y World Health Organization, 2015).

En nuestro país, entre la población de 15 años en adelante, más de una de cada diez personas fueron diagnosticadas en 2017 de algún problema de salud mental.

Atendiendo al sexo, las mujeres parecen tener mayor prevalencia frente a los hombres (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

Con respecto a los menores de edad, en 2017, un 1,8% fueron diagnosticados de trastornos de conducta, el 0,6% de ansiedad o depresión y otro 0,6% hizo referencia a trastornos del espectro autista (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

A través del modelo de vulnerabilidad-estrés podemos explicar la predisposición de una persona a ser diagnosticada con un trastorno mental. Determina que cada uno presenta una vulnerabilidad propia para desarrollar una enfermedad mental, y que dicha

vulnerabilidad se hace presente al producirse situaciones vitales estresantes en su contexto, que la persona es incapaz de poder afrontar. De este modo, cuanto mayor sea la vulnerabilidad de la persona, menor número de vivencias estresantes necesitará para que se pueda incrementar la posibilidad de desarrollar la enfermedad mental (Rodríguez, 2019; y Ugas, 2017).

Estigma y salud mental

Cuando la población general realiza conjeturas acerca de una persona o colectivo en concreto, basándose únicamente en su diagnóstico psiquiátrico, es lo que denominamos estigma (Michaels et al., 2012).

Se entiende por estigma a los cambios que surgen en una persona tras ser excluida o marginada por parte de un colectivo general, que tiene como consecuencia un aumento en el refuerzo de los estereotipos (creencias no contrastadas) y los prejuicios (experimentación de sentimientos negativos y distanciamiento social), pudiendo generar discriminación (conducta), así como del autoestigma del miembro del colectivo desvalorado (Confederación de Salud Mental España, 2015; Michaels et al., 2012 y Badallo et al., 2018).

Los estereotipos más prevalentes con respecto a los trastornos mentales son cuatro. En primer lugar, la creencia de peligrosidad, debido a la posible actitud impredecible de las personas con una enfermedad mental. Por otro lado, se considera que son responsables de sufrir la enfermedad y que deberían haber buscado una solución. Otro de los estereotipos más frecuentes es la idea de que no son lo suficientemente

independientes como para poder vivir solos, sin ayudas de terceros. Y, por último, que existe una falta de control en las personas con un trastorno mental (Badallo et al., 2018).

Numerosos estudios confirman que el impacto de dicho estigma puede influir, en el colectivo desvalorado, creando una barrera, de modo que consideren la búsqueda de ayuda como algo negativo y se vean incapaces para poder solicitarla. También puede ocurrir que demoren su comienzo de tratamiento, lo que puede afectar a la adherencia de este. Además de, no aceptar su enfermedad, mostrar poca motivación para su recuperación, presentar una dificultad para mantener sus puestos de trabajo, observar un aumento en la gravedad de su sintomatología, inseguridad, aislamiento y una baja autoestima, entre otras (Drapeau et al., 2016; Picco et al., 2016; Schnyder et al., 2018 y Del Valle y Martínez, 2019).

El estigma no solo genera un impacto negativo en el individuo del colectivo desvalorado, sino que también puede afectar a las personas de su entorno más cercano (familiares y amigos). En ocasiones, los propios familiares son testigos de actitudes estigmatizantes hacia la persona con un trastorno mental y sufren al comprobar el impacto que estas actitudes suponen. Este proceso de sufrimiento, por el cual el familiar se percata de la afectación del estigma en su ser querido con un problema de salud mental, se denomina estigma vicario (OMS, 2014; y Schuy et al., 2018).

Varios estudios revelan los resultados negativos que puede producir el estigma vicario en los familiares y amigos de las personas con un problema de salud mental. Los parientes pueden experimentar un mayor estrés, aislamiento social para tratar de reducir el impacto del estigma y rechazo por parte del resto de la población, entre otras. Además

de, poder repercutir en la búsqueda de ayuda profesional, puesto que, les preocupa que se les culpe por el problema de salud mental de su familiar o por el miedo a percibir la estigmatización por parte de los profesionales (Bequis-Lacera et al., 2019; y Schuy et al., 2018).

Suicidio

Definición y epidemiología

Según la OMS (2014), al año más de 800.000 personas se suicidan en el mundo, generando un gran impacto en sus familiares y conocidos, esto implica una muerte cada 40 segundos. Ocasiona más muertes a nivel global que la suma de los fallecimientos por homicidio y guerras (Piedra et al., 2019).

En Europa durante el año 2016 hubo un promedio de 15,4 suicidios por cada 100.000 habitantes (Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza, 2019).

En España, es la primera causa de muerte no natural, a lo largo del 2016 se produjeron 3.569 suicidios, esto es una media de 10 suicidios al día, aproximadamente uno cada dos horas. Y en la población de 15 a 29 años es la segunda causa de defunción, después de los tumores (Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza, 2019 y Piedra et al., 2019).

El suicidio es todo acto llevado a cabo por una persona, de forma voluntaria, que presenta un alto sufrimiento y cuyo objetivo es conseguir un resultado letal (García-Haro et al., 2019 y Piedra et al., 2019).

Podemos distinguir diferentes términos en cuanto a la conducta suicida, en ella se recogen el suicidio consumado y el intento de suicidio o parasuicidio. Se entiende por

suicidio consumado a aquel en el que como resultado se obtiene la muerte. Si la acción no ha sido mortal, pero pretendía serlo y la persona se ha infligido daño de manera intencionada, será un intento de suicidio o un parasuicidio. Por otro lado, en el concepto de ideación suicida se englobarían los pensamientos e ideas sobre el poco sentido de la vida, el acercamiento a la muerte o la elaboración de planes estructurados, entre otros. También podemos observar una conducta autolesiva, esto implica que la persona se provocará un daño físico sin intención de llegar a poner en riesgo su vida y sin un claro propósito de llevar a cabo un suicidio consumado (Mosquera, 2016; Piedra et al., 2019 y Picazo-Zappino, 2014).

Según el sexo, las mujeres realizan tres veces más intentos que los hombres, aunque el éxito de éstos es mayor (Piedra et al., 2019).

Hay un mayor riesgo a medida que avanza la edad, no obstante, las tasas en la población adolescente han aumentado a nivel mundial, se estima que aproximadamente 600.000 jóvenes de entre 14 y 28 años se suicidan al año (Navarro-Gómez, 2017).

En España, durante 2017, la tasa de suicidio fue de 0,19 por 100.000 habitantes en menores de 15 años y de 2,23 entre los adolescentes de 15 y 19 años. Y a lo largo de 2018, de los 3.539 suicidios que se produjeron, 268 fueron de edades comprendidas entre los 15 y los 29 años y 7 de niños menores de 15 años (Instituto Nacional de Estadística, 2019 y Soto-Sanz et al., 2020).

Mitos sobre el suicidio

Los mitos son ideas irracionales o criterios equivocados presentes en nuestra sociedad, que asumimos como verdaderos, sin basarse en un criterio científico, y

utilizamos de manera frecuente. Creyéndolos y divulgándolos pueden contribuir a generar opiniones que pueden ser perjudiciales para ciertas personas o colectivos (Montés et al., 2019).

Según los estudios hasta la fecha se concluyen diferencias significativas, con respecto a las actitudes que presentan los hombres y las mujeres en cuanto al suicidio. Los hombres, por lo general, presentan una mayor actitud estigmatizante y probabilidad de asumir como válidos más mitos del suicidio que las mujeres. Consideran que alguien que se suicida es un cobarde, es alguien débil, patético o incapaz de soportar las diferentes situaciones de la vida (Nicholas et al., 2020; y Pereira y Cardoso, 2019).

Al igual que se pueden encontrar diferencias con respecto al sexo, también en la literatura previa se observan en cuanto a la edad. Se ha encontrado que, a medida que va aumentando la edad hay una menor aceptación y una mayor actitud desfavorable del suicidio (Na et al., 2018 y Pereira y Cardoso, 2019).

En los estudios hasta la fecha, también se destacan otra serie de variables sociodemográficas y psicosociales que pueden indicar un mayor número de mitos en la persona, será importante conocerlas para poder intervenir sobre ellas. Entre ellas destacamos el nivel de estudios, la profesión, la familiaridad y la religión.

Con respecto al primero, algunos estudios afirman que la presencia de un nivel de estudios bajo puede determinar actitudes menos permisivas y con mayor presencia de ideas irracionales hacia el suicidio, debido a su conocimiento más pobre (Hartini et al., 2018; y Park et al., 2016).

Por otro lado, se ha observado que una profesión dedicada al ámbito de salud mental va a rechazar los criterios equivocados, presentes en la población acerca del suicidio, pero no lo harán otras profesiones que no estén formadas en ello, ni tan acostumbradas a tratar con personas que hayan intentado suicidarse (Carmona-Navarro y Pichardo-Martínez, 2012; y González-Aristizabal et al., 2020).

Atendiendo a la familiaridad, diversas investigaciones han aportado que las personas muestran una disminución del rechazo, así como del estigma, y que se genera una mayor empatía cuando existe un contacto personal con una persona que ha intentado suicidarse. Las personas que tienen un familiar que ha llevado a cabo un suicidio presentan una actitud de mayor comprensión y normalización de dicho acto (Corrigan et al., 2001; Hartini et al., 2018; Pitman et al., 2017; y Rodríguez-Meirinhos y Antolín-Suárez, 2020).

Y, por último, según los trabajos previos, las creencias religiosas revelan una visión más negativa que las personas ateas ante el suicidio. La religiosidad no acepta la realización de un intento de suicidio y considera que si una persona lo lleva a cabo será castigada después de su muerte (Eskin et al., 2020; y Lee, 2019).

Por otro lado, los estudios hasta la fecha permiten formular que cuanto mayores son las actitudes o creencias negativas hacia el suicidio, mayor puede ser el estigma en la población y, por lo tanto, habrá un aumento de los prejuicios sobre las enfermedades mentales. Todo ello, provoca que las personas que necesitan buscar ayuda se muestren más desanimadas a poder acceder a los servicios de salud mental. Esto no ocurre si la propia persona o algún conocido ha recibido asistencia psicológica por un problema de

salud mental, dicha familiaridad permite que se normalice poder buscar ayuda profesional y se acuda con menor temor (Confederación de Salud Mental España, 2015; Na et al., 2018; Ortega et al., 2019; y Salinas-Oñate et al., 2018).

A continuación, se encuentra la tabla 1, en la que se reflejan los mitos más comunes del suicidio.

Tabla 1

Mitos del Suicidio

Mitos	Realidad
El suicidio es hereditario.	La herencia no determina por sí sola la realización de una conducta suicida.
El suicidio no se puede prevenir.	Cualquier persona interesada en ayudar a alguien en esta situación de riesgo puede ser un importante colaborador en su prevención.
Hablar del suicidio con alguien incrementa el riesgo de una conducta suicida.	Hablar de ello puede ayudar a la persona a contar sus problemas, reducir el peligro de llevarlo a cabo y replantearse buscar otras soluciones.
Las personas que hablan sobre suicidio no intentarán suicidarse o no se suicidarán.	La mayoría de las personas, nueve de cada diez, que realizan conductas suicidas han avisado previamente de sus intenciones, a través de gestos, palabras o conductas.

La persona que intenta suicidarse está decidida a morir.	La persona que intenta suicidarse quiere dejar de sufrir, su deseo es vivir en un contexto diferente y presenta ambivalencias entre la vida y la muerte.
Solo las personas con trastornos mentales realizan un intento de suicidio.	Es cierto que las personas con trastornos mentales se suicidan con mayor frecuencia, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo.
Toda persona que intenta suicidarse tiene depresión.	Aunque una persona con depresión pueda tener más posibilidades, no todos los que realizan un intento de suicidio presentan este trastorno mental.
Las personas que intentan suicidarse no desean morir, solo alardean de ello o intentan llamar la atención.	Las personas que intentan suicidarse quieren dejar de sufrir. Hay que tomarse en serio cualquier tipo de alarma, ya que pueden estar pidiendo ayuda.
Quien se suicida es un cobarde.	Quien se suicida no es un cobarde, es alguien que sufre y necesita ayuda.
Quien se suicida es un valiente.	Quien se suicida no es un valiente, es alguien que sufre y necesita ayuda.

<p>Quien alguna vez haya intentado suicidarse nunca dejará de intentarlo.</p>	<p>Los pensamientos de suicidio tienen una duración breve, a corto plazo. Aunque esos pensamientos puedan regresar en diferentes situaciones de la vida de una persona, no son permanentes.</p>
<p>La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin advertencia previa.</p>	<p>Se deben tener en cuenta las señales de alarma, puesto que la mayoría de las personas que intentan suicidarse han advertido previamente.</p>

(Adaptación en tabla de los datos comparativos que aparecen en Asociación Internacional Teléfono de la Esperanza, 2019; Castellvi y Piqueras, 2018; Dumon y Portzky, 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2020; Martín, 2016; Montés et al., 2019; OMS, 2014 y Piedra et al., 2019).

Evaluación de los mitos del suicidio

Varios estudios han explicado que continúan existiendo numerosos mitos hacia el suicidio en la sociedad. Estas creencias erróneas parecen tener relación con la ideación y la tentativa suicida (Montés et al., 2019; y Ruiz et al., 2005).

Debido a esto, se considera necesario poder estudiar las actitudes que presenta la población hacia el suicidio. Para ello, se han elaborado diversos cuestionarios como el Cuestionario de Actitudes Suicidas (*The Suicide Attitudes Survey* o SAS; Eshun, 2006), compuesto por 8 ítems con respuesta de tipo Likert de cinco puntos. Su finalidad es

comprobar la existencia de la relación entre las actitudes hacia el suicidio y la aculturación. Otro de ellos fue el Cuestionario de Actitudes hacia el Suicidio (*Attitudes toward Suicide* o ATTS; Renberg y Jacobsson, 2003), que presenta 61 preguntas, divididas en tres secciones: contacto con el problema del suicidio, actitudes y preguntas sobre sí mismo. En tercer lugar, el Cuestionario de Actitudes chinas hacia el Suicidio (*Chinese Attitudes Towards Suicide Questionnaire* o CASQ-HK; Lee et al., 2007), que se compone por 73 ítems, evaluados con una escala tipo Likert de cinco opciones. Y, entre otros, el Cuestionario de Actitudes hacia el Intento de Suicidio (*Attitudes Towards Attempted Suicide Questionnaire* o ATAS-Q; Ouzouni y Nakakis, 2009), cuyos 80 ítems, divididos en ocho factores (aspectos positivos, aceptación, religión, rol profesional, manipulación, rasgos de personalidad, trastornos mentales y discriminación), se contestan a través de una escala tipo Likert de 1 a 5.

En función de las características de los cuestionarios y la revisión de sus ítems, encontramos que en los cuestionarios existentes se evalúan las consecuencias después de producirse un suicidio (“cometer suicidio es una de las peores cosas que pueden hacer a los familiares”, “me sentiría avergonzado si un familiar se suicidara”), la opinión sobre el suicidio asistido (“el suicidio es un medio aceptable para acabar con una enfermedad incurable”), los derechos de las personas (“las personas tienen derecho a quitarse la vida”), la formación y el trabajo de los profesionales (“creo que la formación que he completado hasta la fecha, me ha proporcionado las habilidades adecuadas para atender a pacientes que han intentado suicidarse”, “cuando atiendo a pacientes que han intentado suicidarse, me siento deprimido”). Ahora bien, la limitación observada es, que no se

centran exclusivamente en la evaluación de los mitos hacia el suicidio más frecuentes, sino que tienen en cuenta otros aspectos. Al reflejar otras cuestiones asociadas como veíamos al suicidio, pero no referidas a los mitos en sí mismos, los ítems referentes a los mitos más frecuentes sobre el suicidio son escasos. Además, podemos encontrar algunos ítems que no pueden ser contestados por toda la población, como son aquellos que hacen referencia a los profesionales de la salud mental.

Factores de riesgo

La presencia de determinados factores en una persona puede predecir con mayor probabilidad la realización de un intento de suicidio. Esto no implica que por tener varios de estos elementos se vaya a producir un intento, tampoco asegura que por no tenerlos no se pueda llevar a cabo un intento de suicidio (Jiménez, 2016).

En la siguiente tabla (tabla 2), se presenta un resumen de los principales factores de riesgo de la conducta suicida.

Tabla 2

Factores de Riesgo de la Conducta Suicida

Tipos	Variables de riesgo
Personales.	Intentos de suicidio previos. Abuso de sustancias (alcohol y otras drogas). Sufrir una enfermedad física o mental. Sentimientos de desesperanza. Impulsividad.

	Ser víctima de maltrato.
	Haber sufrido abusos sexuales.
	Baja autoestima.
	Sexo: hombre.
	Edad: adolescentes y ancianos.
	Ser ateo.
	Eventos vitales estresantes (divorcio, pérdida de empleo, pérdidas económicas).
Familiares.	Antecedentes de suicidio.
	Abuso de sustancias (alcohol y otras drogas).
	Psicopatologías previas.
	Rigidez.
	Altos niveles de exigencia y perfeccionismo.
	Falta de escucha y comunicación.
	Eventos vitales estresantes (divorcio, muertes, pérdidas económicas).
Sociales.	Aislamiento.
	Pérdida de la red de apoyo.
	Rechazo por parte de los iguales.

(Adaptación en tabla de los datos comparativos que aparecen en Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza, 2019; Dumon y Portzky, 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2020; Jiménez, 2016 y Mosquera, 2016).

Factores de protección

Presentar una gran cantidad de factores protectores disminuye la probabilidad de que la persona cometa un intento de suicidio, pueden proteger, reducen los efectos de los factores de riesgo y pueden ayudar también a la prevención de la conducta suicida. Esto no significa que la presencia de dichos elementos elimine por completo el riesgo de que se pueda producir un intento (Jiménez, 2016).

En la tabla 3, que se observa a continuación, se recoge un resumen de los factores de protección de la conducta suicida.

Tabla 3

Factores de Protección de la Conducta Suicida

Tipos	Variables de protección
Personales.	Habilidades de comunicación. Habilidades de resolución de conflictos. Habilidades sociales. Alta autoestima. Sentirse querido. Tener flexibilidad cognitiva. Tener hijos.

	Tener creencias religiosas.
Familiares.	Apoyo familiar.
	Buena relación y comunicación familiar.
Sociales.	Apoyo social.
	Buena integración social.
	Buenas relaciones sociales.

(Adaptación en tabla de los datos comparativos que aparecen en Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza, 2019; Jiménez, 2016; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2020 y Mosquera, 2016).

Señales de alerta

Las señales de alerta son los gestos, palabras o conductas que hacen más probable detectar las ideas de suicidio. También pueden ser una petición de ayuda por parte de la persona que está sufriendo (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2020).

A continuación, se presenta la tabla 4, en la que aparece una síntesis de las señales de alerta de la conducta suicida.

Tabla 4

Señales de Alerta de la Conducta Suicida

Tipos	Variables de alerta
Verbales.	Verbalizaciones negativas sobre sí mismo.
	Despedidas verbales.

No verbales.	Escribir el testamento.
	Hablar de la muerte.
	Verbalizaciones negativas sobre el futuro.
	Pérdida de interés en muchas actividades.
	Evitación del contacto con familiares y amigos.
	Aislamiento.
	Regalar objetos muy personales.
	Resolver asuntos pendientes.
	Incremento del consumo de alcohol u otras drogas.
	Cambios repentinos de humor.
	Realización de actividades que implican un riesgo innecesario.
	Adquisición de medios lesivos.
	Dificultades para comer o dormir.
	Descuido de la imagen, apariencia, vestimenta e higiene personal.

(Adaptación en tabla de los datos comparativos que aparecen en Asociación Internacional Teléfono de la Esperanza, 2019; Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza, 2019; Jiménez, 2016 y Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2020).

Prevención e intervención

Con el fin de poder asegurar una eficacia en los planes de prevención del suicidio, esta debe realizarse en tres niveles diferentes, universal, selectiva e indicada. En el aspecto universal, se pretende alcanzar a toda la población, con el objetivo de conseguir una detección temprana de los problemas de salud mental, fomentar el acceso a los servicios de atención, intentar reducir el acceso a los medios que se utilizan para el suicidio y favorecer una transmisión de la información responsable, por parte de los medios de comunicación con respecto al suicidio. La prevención selectiva se dirige a grupos vulnerables que presentan un mayor riesgo de suicidio que la población general, proporcionan visibilidad a las ayudas, como las líneas telefónicas, con el objetivo de que dicha población pueda conocerlas, hacer uso de ellas y que se convierta en un recurso de apoyo. Y, por último, acceder a población vulnerable mediante el apoyo de la comunidad hace referencia al último nivel de prevención, la prevención indicada. Su finalidad es poder realizar un seguimiento de las personas que han tenido intentos de suicidio previos y poder fomentar la formación sobre el personal de salud para llevar a cabo una mejor identificación y cuidado de dicha población (Organización Panamericana de la Salud, 2016; y Sotoca et al., 2018).

La intervención en la prevención del suicidio tiene como objetivos en la población general, transmitir información sobre el suicidio, facilitar un mayor conocimiento sobre la epidemiología del suicidio, tratar de limitar el acceso a los medios utilizados para llevar a cabo el suicidio y contribuir a la reducción del estigma de los problemas de salud mental (Sotoca et al., 2018 y Sotoca et al., 2018).

La población infanto-juvenil se ha convertido en un grupo vulnerable, por lo que se han desarrollado objetivos de prevención e intervención específicos para dicha población. Se pretende poder detectar de forma más temprana los casos de depresión, víctimas de violencia de género y bullying o ciberbullying, así como las posibles ideas suicidas a través de instrumentos de evaluación (Sotoca et al., 2018 y Sotoca et al., 2018).

El tratamiento indicado en adultos y en población infanto-juvenil, es el cognitivo-conductual, realizando sesiones semanales de forma individual. Dicho tratamiento promueve la activación conductual del paciente y la reestructuración cognitiva para tratar de modificar los pensamientos negativos distorsionados, las conductas disfuncionales y desadaptativas y lograr un aumento de la actividad física y manejo del estrés. No obstante, si se observa la presencia del trastorno límite de personalidad, el tratamiento de elección sería el dialéctico-conductual, basado en conseguir la regulación emocional del paciente, una mejora en sus relaciones y un aumento de la tolerancia al malestar (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2020).

La correcta realización de los diferentes niveles de prevención y una rápida, eficaz y decidida intervención puede ser crucial para poder salvar una vida (Jiménez, 2016). Estos niveles de prevención deberán ser tenidos en cuenta de cara a futuros planes o campañas sobre el suicidio, ya que, es posible que gracias a ellas se puedan reducir los diferentes mitos, el estigma hacia la salud mental y pueda normalizarse la búsqueda de ayuda profesional siempre que sea necesario.

Capítulo 2

Objetivos e hipótesis

El suicidio se ha convertido, cada vez más, en un tema de actualidad en nuestra sociedad, además, las tasas de suicidio infantil continúan en aumento, como hemos visto en la revisión teórica previa. Debido a la vulnerabilidad infantil hacia el suicidio, será necesario poder realizar una rápida detección del problema y que los padres puedan buscar ayuda profesional dejando de lado el estigma que existe hacia la salud mental. Aunque cada vez se intentan visibilizar más los problemas de salud mental, continúa habiendo actitudes estigmatizantes perjudiciales para el colectivo desvalorado que afectan en la búsqueda de ayuda profesional y que repercuten en diferentes ámbitos de su vida. Dada la relevancia que ha cobrado el suicidio en los últimos años, es congruente pensar que cada individuo tiene una opinión acerca de este acto y que la presencia de mitos puede tener relación con la ideación suicida, así como suponer una barrera ante la propia búsqueda de ayuda profesional, no obstante, los instrumentos para su evaluación son escasos como hemos visto en el marco teórico. Siendo por ello, el primer objetivo de este trabajo, cubrir este vacío al crear un cuestionario *ad hoc* que evalúe los mitos hacia el suicidio.

Será importante conocer más acerca de las variables que se relacionan con un mayor número de mitos hacia el suicidio para poder llevar a cabo programas de prevención e intervención. Por esto, el segundo de los objetivos de este estudio es comprobar la relación de las creencias irracionales sobre el suicidio con respecto a un grupo de variables sociodemográficas (sexo, edad, profesión, nivel de estudios y

creencias religiosas). El tercero por otra parte es investigar la relación de los mitos hacia el suicidio con un grupo de variables psicosociales (familiaridad, estigma y búsqueda de ayuda). Y el último objetivo que presenta esta investigación es ver la capacidad predictiva de las variables estudiadas (mitos, familiaridad y estigma) sobre la búsqueda de ayuda. Todo esto para poder profundizar sobre el conocimiento de los mitos hacia el suicidio para en última estancia generar buenos programas destinados a su prevención.

En base a la revisión teórica, desarrollada en el apartado de introducción, se llevaron a cabo diferentes hipótesis, atendiendo a variables sociodemográficas y psicosociales.

Las hipótesis creadas acerca de las variables sociodemográficas fueron: según el sexo de los participantes, los hombres tendrán más mitos hacia el suicidio que las mujeres. Atendiendo al factor edad, las personas mayores tendrán más creencias erróneas hacia el suicidio que los jóvenes. Con respecto al nivel de estudios de los evaluados, las personas con menor nivel de estudios mostraran una mayor presencia de mitos hacia el suicidio que los que tengan un nivel de estudios más alto. Otra variable sobre la que se hipotetizó fue la profesión, cuanto menos se acerque la profesión al ámbito de salud mental se encontrarán más mitos hacia el suicidio. Por ello, se espera que tengan más mitos las profesiones agrupadas en empresa, fuerzas de seguridad del Estado, enseñanza, salud general, que los que trabajan en servicios sociales o salud mental. Y, por último, en relación con la religión, se hipotetiza que una persona creyente tendrá más mitos hacia el suicidio que una que no lo sea.

Las hipótesis planteadas sobre las variables psicosociales fueron: teniendo en cuenta el estigma, a mayor cantidad de mitos hacia el suicidio mayor estigma hacia la salud mental. En base a esto, se introduce la variable búsqueda de ayuda, por lo tanto, cuantos más mitos hacia el suicidio presentes en la persona, mayor estigma hacia la salud mental y menor búsqueda de ayuda profesional. Y, por último, según la familiaridad, cuanto mayor sea el grado de cercanía a una persona con problemas de salud mental, menos mitos hacia el suicidio, menor estigma hacia la salud mental y mayor búsqueda de ayuda. Por lo que, si la búsqueda de ayuda profesional está relacionada con las variables de mitos sobre el suicidio, estigma y familiaridad, entonces, estas variables mostrarán una capacidad predictiva sobre la búsqueda de ayuda profesional.

Capítulo 3

Método

Participantes

La muestra inicial estuvo compuesta por 579 personas, de las cuales 305 eran padres en la actualidad y 274 querían serlo en un futuro.

Los criterios de inclusión fueron: ser padres de hijos menores de edad o querer ser padres en un futuro y que los participantes fueran mayores de edad.

Los criterios de exclusión, por lo tanto, fueron: ser padres de hijos mayores de edad o no querer ser padres en un futuro y que los participantes fueran menores de edad.

Procedimiento

Para la realización de este estudio se llevó a cabo una revisión teórica, a través de bases de datos como PubMed, Scielo España, Dialnet, Catálogo Cisne de la Biblioteca Complutense, Google Scholar, ProQuest y ScienceDirect con las palabras clave: “suicidio”, “mitos del suicidio”, “creencias erróneas del suicidio”, “estigma en el suicidio”, “suicidio, estigma y búsqueda de ayuda”, “suicide”, “stigma”, “attitudes towards suicide”, “help seeking”, entre otras.

Por otro lado, a través de las mismas bases de datos utilizadas para la revisión teórica, se realizó la búsqueda de escalas para la creación de la batería de evaluación diseñada para esta investigación. La batería de evaluación se creó a través del recurso Google Forms, ya que, su elaboración y difusión es sencilla y accesible para la población del estudio. Dicha difusión se llevó a cabo a través de redes sociales como WhatsApp, Facebook, LinkedIn, Instagram, Twitter y correo electrónico, permitiendo acceder a un

gran número de población en poco tiempo. Además, al divulgar el cuestionario se pedía a los participantes, a su vez, que pudieran difundirlo entre sus conocidos con el objetivo de ampliar la muestra.

Antes de comenzar con la aplicación de la batería de evaluación, se informó a todos los participantes acerca de la finalidad, características y duración del estudio. Así como, de su derecho a poder abandonar el cuestionario sin tener que dar explicaciones y de los nulos efectos para su salud que pudieran derivarse de su participación. También se informó del anonimato y del tratamiento de sus datos de forma totalmente confidencial y con uso único para la investigación. Al comienzo de cada uno de los cuestionarios se recordó a los participantes el modo de respuesta y que no había respuestas buenas ni malas. Dicha batería de evaluación estuvo disponible para su realización un total de dos semanas.

Variables y medidas

Variables sociodemográficas

A continuación, se detallarán las variables y el modo de evaluación que se utilizaron para la investigación.

Tener hijos o no.

Esta fue la primera variable que se tuvo en cuenta, para comenzar a discriminar la muestra que pudiera acceder al cuestionario. A través de una pregunta filtro para los criterios de inclusión y exclusión, se les preguntaba si tenían hijos, si su respuesta era afirmativa la siguiente pregunta que se les hacía era si esos hijos eran menores de edad, si nuevamente contestaban de manera afirmativa procedían a contestar el cuestionario

completo. Si, por el contrario, su respuesta era que no tenían hijos menores de edad su participación había finalizado. Por otro lado, si los evaluados no tenían hijos, se les preguntaba si les gustaría tenerlos en un futuro, nuevamente, si respondían que sí continuaban con el cuestionario. Si respondían que no querían tener hijos en un futuro su participación finalizaba. Todas las preguntas podían contestarse a través de respuestas dicotómicas (*sí/no*).

Sexo.

El sexo de los participantes se utilizó para poder describir la muestra general. Se podía contestar marcando *hombre*, *mujer* o escribiendo en *otro*.

Edad.

Se utilizó, también, para poder especificar las edades de la muestra general. Se contestaba introduciendo sus años en un texto de respuesta corta.

Lugar de residencia.

Esta variable se contestaba con dos opciones *ciudad* o *zona rural*, con el objetivo de observar dónde residían los participantes del estudio.

Nivel de estudios alcanzado.

El nivel de estudios alcanzado servía, por un lado, para poder describir la muestra, y, por otro lado, para poder resolver la hipótesis planteada sobre si por tener menos nivel de estudios se observaba un mayor número de mitos. Se contestaba seleccionando una de las seis opciones planteadas, *sin estudios*, *educación primaria*, *educación secundaria*, *bachillerato/formación profesional*, *estudios universitarios* o *estudio de postgrado*.

Estado civil.

Dicha variable se utilizó para poder describir a los participantes. Su respuesta estaba formada por seis opciones, de las cuales debían elegir una, *soltero, casado, separado, divorciado, viudo o en pareja*.

Profesión.

La variable profesión servía, por un lado, para poder describir la muestra, y, por otro lado, para poder resolver la hipótesis planteada sobre si a mayor relación con el ámbito de salud mental menor número de mitos sobre el suicidio. Su contestación estaba marcada por seis opciones y una séptima para que pudieran escribir si su profesión no se encontraba dentro de las planteadas, *relacionada con salud mental, relacionada con salud general, relacionada con la enseñanza, relacionada con los servicios sociales, relacionada con la empresa o relacionada con las fuerzas de seguridad del Estado*.

Religión.

La religión fue la última variable de este grupo, la cual se utilizó para describir la muestra y para poder resolver la hipótesis planteada sobre si una persona creyente tendrá más mitos sobre el suicidio que una no creyente. Se preguntó si se consideraban creyentes y su respuesta se contestaba a través de una respuesta dicotómica (*sí/no*).

Variables psicosociales

A continuación, se detallarán las variables psicosociales y los instrumentos que se utilizaron para su medición.

Mitos sobre el suicidio.

Evaluated mediante un cuestionario creado *ad hoc* para el estudio, debido al planteamiento de su creación como uno de los objetivos de la investigación, ya que, como

se muestra en la introducción del presente trabajo, se puede observar una escasez de cuestionarios puros sobre este aspecto, además de que los existentes no recogían en totalidad los mitos más frecuentes y no estaban actualizados en base a los estudios más recientes sobre el suicidio. Para su elaboración se integraron cuatro cuestionarios y se seleccionaron diferentes ítems de cada uno de ellos. El Cuestionario de Actitudes Suicidas (*The Suicide Attitudes Survey* o SAS; Eshun, 2006), compuesto por 8 ítems con respuesta de tipo Likert de cinco puntos (1= *totalmente de acuerdo*, 5= *muy en desacuerdo*). Otro de ellos fue el Cuestionario de Actitudes hacia el Suicidio (*Attitudes toward Suicide* o ATTS; Renberg y Jacobsson, 2003), en el que únicamente se atendió a la parte de actitudes, compuesta por 37 ítems a los que se contesta con una escala tipo Likert de cinco puntos (1= *totalmente de acuerdo*, 5= *muy en desacuerdo*). En tercer lugar, el Cuestionario de Actitudes Chinas hacia el Suicidio (*Chinese Attitudes Towards Suicide Questionnaire* o CASQ-HK; Lee et al., 2007), que se compone por 73 ítems, evaluados con una escala tipo Likert de cinco opciones (1= *muy de acuerdo*, 5= *muy en desacuerdo*). Y, por último, el Cuestionario de Actitudes hacia el Intento de Suicidio (*Attitudes Towards Attempted Suicide Questionnaire* o ATAS-Q; Ouzouni y Nakakis, 2009), cuyos 80 ítems se contestan a través de una escala tipo Likert de 1 a 5 (1= *muy en desacuerdo*, 5= *muy de acuerdo*).

Finalmente, el cuestionario *ad hoc* que recibió el nombre de *Cuestionario de Mitos hacia el suicidio*, quedó compuesto por 12 ítems, con el objetivo de recoger los mitos más frecuentes y de evitar la fatiga de los participantes, evaluados con una escala tipo Likert de cuatro puntos (1= *muy en desacuerdo*, 4= *muy de acuerdo*). Los 12 ítems

fueron: “la mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin advertencia previa”, “quien se suicida es un valiente”, “las personas que hablan sobre suicidio no intentarán suicidarse o no se suicidarán”, “toda persona que se intenta suicidar tiene depresión”, “la predisposición genética no determina por sí sola la realización de una tentativa de suicidio”, “las personas que intentan suicidarse no desean morir, solo alardean de ello o intentan llamar la atención”, “el suicidio no se puede prevenir”, “quien se suicida es un cobarde”, “quien alguna vez haya intentado suicidarse nunca dejará de intentarlo”, “la persona que intenta suicidarse está decidida a morir”, “hablar sobre el suicidio de forma abierta y sincera puede ofrecer a la persona la posibilidad de considerar otras opciones o el tiempo para repensar su decisión” y “no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para realizar un intento de suicidio” (véase anexo I). La fiabilidad de la escala en la muestra del estudio fue de un $\alpha = 0,736$.

Estigma.

Para evaluarlo se utilizó el Cuestionario de Atribuciones Estigmatizantes en su versión breve (*Attribution Questionnaire* o AQ-9; Corrigan, Powell y Michaels, 2014). A través de una breve historia, de un paciente que ha sido hospitalizado a causa de una enfermedad mental, se comprueba el estigma hacia los trastornos mentales. Para ello, se utilizan 9 ítems evaluados con una escala tipo Likert de 9 puntos (1= *nada en absoluto*, 9= *muchísimo*). En este caso la breve historia se adaptó, debido a que la versión original es de una persona adulta y no hay versiones referidas a la salud mental infantil. De este modo, la historia adaptada hace referencia a un paciente menor de edad, para tratar de conseguir así, que los padres fueran capaces de visualizar que sus hijos pudieran

relacionarse con él. Además, varios ítems fueron también adaptados, para que los padres pudieran contestar en base a la peligrosidad, miedo o preocupación, entre otras, de que sus hijos estuvieran cerca de dicho paciente. Para poder valorar el estigma vicario se añadió un nuevo ítem con respecto a la culpa, en el cuestionario se evalúa si es culpa del paciente encontrarse en esta situación, por lo que se añadió “¿Pensarías que es culpa de los padres de José que se encuentre en su situación?”. Por lo tanto, el cuestionario final quedó compuesto por 10 ítems (véase anexo II). La fiabilidad de la escala en la muestra del estudio fue de un $\alpha = 0,766$.

Búsqueda de ayuda.

Evaluada a través de la Escala de Actitudes hacia la Búsqueda de Ayuda Psicológica Profesional, en su versión corta (*Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form* o ATSPPH-SF; Elhai et al., 2008). Dicha escala está compuesta por 10 ítems, con respuesta de escala tipo Likert de 4 puntos (1= *muy en desacuerdo*, 4= *totalmente de acuerdo*). Con ellos se explora la importancia y la utilidad que encuentra la persona en el empleo de los servicios psicológicos. Se adaptaron varios ítems hacia la infancia, para que los padres contestaran en base a su opinión sobre si estos servicios pudiesen ser una opción válida, si sus hijos tuvieran algún problema de salud mental (véase anexo III). La fiabilidad de la escala en la muestra del estudio fue de un $\alpha = 0,802$.

Familiaridad.

Fue evaluada a través del Cuestionario sobre la Familiaridad hacia la Enfermedad Mental (*Level of Familiarity Questionnaire*; Corrigan et al., 2001). Este cuestionario, a

través de 11 situaciones, de respuesta dicotómica (*sí/no*), valora la relación que presenta el evaluado con alguna persona que tenga una enfermedad mental. La fiabilidad de la escala en la muestra del estudio fue de un $\alpha = 0,60$.

Análisis de datos

Se calcularon diferentes estadísticos descriptivos, medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes, con el fin de poder describir la muestra y sus variables sociodemográficas y psicosociales. Posteriormente, se realizaron pruebas de diferencias de medias, empleando la t de Student para variables con dos grupos (sexo, creencias, paternidad actual o futura) y ANOVAs para variables con más grupos (nivel de estudios, profesión). Y se llevaron a cabo correlaciones de Pearson entre las variables psicosociales cuantitativas para poder rechazar o mantener las hipótesis planteadas inicialmente. A continuación para identificar las variables predictoras de la variable búsqueda de ayuda se realizó un análisis de regresión múltiple de pasos sucesivos con la puntuación total de búsqueda de ayuda como variable dependiente o criterio y como predictoras aquellas variables que se hipotetizaba predecirían la búsqueda de ayuda y que además hubieran mostrado correlaciones significativas con la puntuación total del Cuestionario de Búsqueda de ayuda (ATSPPH-SF) en los análisis de correlaciones previos. Todos los análisis estadísticos de este estudio adoptaron un nivel de significación de 0,05 y fueron realizados mediante el programa de tratamiento estadístico SPSS en su versión 25.0.

Resultados

Características sociodemográficas y psicosociales de la muestra

Las características sociodemográficas de la muestra final (n= 488) se pueden observar en la tabla 5. La media total de la edad de los participantes fue de 34,07 años (DT= 10,757), siendo en las mujeres de 36,16 años (DT= 9,996) y en los hombres de 29,65 años (DT= 10,995).

Tabla 5

Características Sociodemográficas de los Participantes

Características generales	Características específicas	n (%)
Paternidad- maternidad	Actual	268 (54,9%)
	Futura	220 (45,1%)
Sexo	Mujeres	331 (67,8%)
	Hombres	157 (32,2%)
Lugar de residencia	Ciudad	400 (82%)
	Zona rural	88 (18%)
Nivel de estudios alcanzado	Estudios de primaria, educación secundaria, bachillerato o formación profesional	79 (16,2%)
	Estudios universitarios	247 (50,6%)
	Estudios de postgrado	162 (33,2%)
Estado civil	Solteros o en pareja	238 (48,8%)
	Casados	225 (46,1%)
	Separados o divorciados	20 (4,1%)
	Viudos	5 (1%)
Profesión	Salud general	37 (7,6%)
	Salud mental	129 (26,4%)
	Servicios sociales	26 (5,3%)
	Enseñanza	78 (16%)
	Empresa	102 (20,9%)

	Fuerzas de Seguridad del Estado	42 (8,6%)
	Otras	74 (15,2%)
Creencias	Creyentes	255 (52,3%)
	No creyentes	233 (47,7%)

A continuación, en la tabla 6 se pueden observar los estadísticos descriptivos de las variables psicosociales utilizadas en el estudio.

Tabla 6

Estadísticos Descriptivos de las Variables Psicosociales

Variabes	M	DT
Familiaridad	5,55	1,973
Búsqueda de ayuda	32,72	4,988
Mitos hacia el suicidio	21	5,215
Estigma	39,59	10,759

Nota: M= media; DT= desviación típica.

Relación entre los mitos hacia el suicidio y las variables del estudio

Variabes sociodemográficas.

Con respecto a la relación de los mitos hacia el suicidio y las variables sociodemográficas de la investigación, encontramos que, al analizar los mitos hacia el suicidio en función de la paternidad o maternidad actual y las personas que querrán ser padres en un futuro, se observa que no hay diferencias significativas ($t_{(486)}=2,785$; $p=0,006$). Por otro lado, tras examinar la relación entre los mitos y el sexo de los participantes, sí se observan diferencias significativas ($t_{(486)}= -3,830$; $p<0,001$), siendo mayor el nivel de mitos hacia el suicidio en los hombres (M=22,29; DT= 6,283) con respecto de las mujeres (M=20,38; DT= 4,506). Lo mismo ocurre tras comprobar los

mitos hacia el suicidio en relación con las creencias, observamos diferencias significativas entre los grupos ($t_{(486)} = 3,960$; $p < 0,001$), las personas creyentes tienen mayores mitos hacia el suicidio ($M = 21,88$; $DT = 4,605$) que las que no lo son ($M = 20,03$; $DT = 5,665$).

Se comprobó la correlación entre los mitos hacia el suicidio y la edad de los participantes, dicha correlación era positiva y significativa ($r = 0,147$; $p = 0,001$), por lo tanto, a medida que va aumentando la edad se encuentra una mayor cantidad de mitos hacia el suicidio.

Estudiando las diferencias entre los mitos del suicidio y el nivel de estudios alcanzado por los participantes, observamos que existen diferencias significativas entre los diferentes niveles ($F_{(2,485)} = 43,483$; $p < 0,001$; $\eta_p^2 = 0,152$). Los análisis post hoc de Bonferroni explican que existen diferencias significativas al comparar los estudios de primaria, educación secundaria, bachillerato o formación profesional con los estudios universitarios ($p < 0,001$) y con los estudios de postgrado ($p < 0,001$). También al relacionar los estudios universitarios con los de postgrado observamos diferencias significativas ($p < 0,001$). El grupo de menor nivel de estudios alcanzados es el que muestra más mitos hacia el suicidio ($M = 25,01$; $DT = 8,052$), seguido de los estudios universitarios ($M = 21,11$; $DT = 4,143$) y de los estudios de postgrado ($M = 18,86$; $DT = 3,483$).

Al comprobar la posible relación entre los mitos hacia el suicidio y la profesión a la que se dedican los participantes, encontramos que sí hay diferencias significativas entre ellas ($F_{(6,481)} = 15,362$; $p < 0,001$; $\eta_p^2 = 0,161$). Los análisis post hoc de Bonferroni explican que existen diferencias significativas a comparar los profesionales de salud

mental con respecto a los de la enseñanza ($p<0,001$), los de la empresa ($p<0,001$), los que trabajan para las fuerzas de seguridad del Estado ($p<0,001$) y los que se dedican a otra profesión que no se recogía en el cuestionario ($p<0,001$). También podemos encontrar diferencias significativas al comparar a los participantes que trabajan en servicios sociales con respecto a los que se dedican a la empresa ($p<0,001$). Los integrantes que parecen tener más mitos hacia el suicidio son aquellos que se dedican a la empresa ($M=23,77$; $DT=7,453$), seguido de los profesionales de las fuerzas de seguridad del Estado ($M=21,95$; $DT=3,636$). La tercera profesión con más mitos es la agrupación de todas las profesiones que no se recogían en el cuestionario y que denominamos como *otra* ($M=21,80$; $DT= 4,048$), posteriormente se encuentran los trabajadores de la enseñanza ($M=21,58$; $DT=4,400$) y en quinto lugar aquellos que su profesión se relaciona con la salud general ($M=21,14$; $DT=18,03$). Las dos profesiones que parecen tener menos mitos hacia el suicidio son aquellas relacionadas con servicios sociales ($M=19,08$; $DT=4,195$) y con salud mental ($M=18,03$; $DT=3,150$).

Variables psicosociales.

Al explorar la relación entre los mitos hacia el suicidio y el estigma hacia salud mental se encontró una correlación directa, significativa y positiva ($r =0,555$; $p<0,001$), por lo tanto, a medida que aumentan los mitos hacia el suicidio también aumenta el estigma que tiene la persona hacia la salud mental. Comprobando la correlación entre familiaridad con la salud mental y mitos hacia el suicidio observamos que esta es negativa y significativa ($r =-0,373$; $p<0,001$), esto indica que cuanto mayor es la familiaridad con respecto a un problema de salud mental menor número de mitos hacia el

suicidio tiene la persona. Lo mismo ocurre al realizar la correlación entre la búsqueda de ayuda profesional y los mitos hacia el suicidio, encontramos una correlación negativa y significativa ($r = -0,548$; $p < 0,001$), a mayor número de mitos hacia el suicidio, menor búsqueda de ayuda profesional.

Además, se quisieron comprobar otras correlaciones, entre ellas la del estigma con respecto a la búsqueda de ayuda, dicha relación es negativa y significativa ($r = -0,498$; $p < 0,001$), cuanto mayor es el estigma hacia salud mental, menor búsqueda de ayuda profesional. Al comparar el estigma y la familiaridad se encontró una correlación negativa y significativa ($r = -0,352$; $p < 0,001$), cuanto mayor es la familiaridad de la persona hacia un problema de salud mental menor es el estigma. Y al realizar la correlación entre búsqueda de ayuda profesional y familiaridad, esta fue positiva y significativa ($r = 0,408$; $p < 0,001$), por lo que, a mayor familiaridad con la salud mental mayor intención de buscar ayuda profesional.

Las diferentes correlaciones entre variables se reflejan en la tabla 7.

Tabla 7

Correlaciones entre las Variables Psicosociales

VARIABLES	1	2	3	4
Mitos				
Estigma	0,555**			
Búsqueda de ayuda	-0,548**	-0,498**		
Familiaridad	-0,373**	-0,352**	0,408**	

Nota: ** $p < 0,001$.

Predictores de la búsqueda de ayuda profesional

Las variables que han mostrado una correlación significativa con la búsqueda de ayuda y sobre las que se hipotetizó, anteriormente, que podrían predecirla, se incluyeron en los análisis de regresión lineal múltiple a través del método de pasos sucesivos. La variable utilizada como criterio fue la búsqueda de ayuda y como variables predictoras de la misma, los mitos hacia el suicidio, el estigma hacia la salud mental y la familiaridad con esta misma.

El modelo final, aparece en la tabla 8, fue significativo ($F_{(3,484)}= 101,515$; $p<0,001$; $R^2=0,386$; $R^2_{\text{corregido}}= 0,382$). Los mitos hacia el suicidio, el estigma hacia la salud mental y la familiaridad con la salud mental fueron las variables que predijeron la búsqueda de ayuda. Los mitos hacia el suicidio es la variable que más aporta al modelo de predicción, explicando por ella sola el 30% de la varianza de la búsqueda de ayuda, seguida del estigma hacia salud mental y finalmente la familiaridad hacia la salud mental. En anexos, anexo V, se puede consultar la tabla en la que se detalla el modelo de regresión lineal resultante de incluir las tres variables.

Tabla 8

Resultados del Análisis de Regresión Múltiple sobre la Variable Búsqueda de Ayuda

Modelo final	B	E.T (B)	Beta	t	Sig.	IC 95% B	
						Inf.	Sup.
Constante	41,232			34,260	0,000	38,868	43,597
Mitos hacia el suicidio	-0,327	0,042	-0,342	-7,766	0,000	-0,409	-0,244
Estigma hacia la salud mental	-0,111	0,020	-0,240	-5,499	0,000	-0,151	-0,071

Familiaridad con salud mental	0,495	0,099	0,196	5,011	0,000	0,301	0,689
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Nota: B=Coeficiente no Estandarizado; *E.T* (B)= Error típico de B; *Beta*= Coeficiente

Estandarizado; *t*= contraste estadístico; Sig.= Significación Estadística; IC 95% B=

Intervalo al 95% para B; Inf. = Inferior; Sup. = Superior.

Capítulo 4

Discusiones

Entendemos el suicidio como todo acto llevado a cabo por una persona, de forma voluntaria, que presenta un alto sufrimiento y cuyo objetivo es conseguir un resultado letal (García-Haro et al., 2019 y Piedra et al., 2019).

Según la OMS (2014), al año más de 800.000 personas se suicidan en el mundo, generando un gran impacto en sus familiares y conocidos, esto implica una muerte cada 40 segundos (Piedra et al., 2019).

Hay un mayor riesgo a medida que avanza la edad, no obstante, las tasas en la población adolescente han aumentado a nivel mundial, se estima que aproximadamente 600.000 jóvenes de entre 14 y 28 años se suicidan al año (Navarro-Gómez, 2017).

El impacto del estigma puede influir, en el colectivo desvalorado, creando una barrera, de modo que consideren la búsqueda de ayuda como algo negativo y se vean incapaces para poder solicitarla (Drapeau et al., 2016).

El suicidio se ha convertido, cada vez más, en un tema de actualidad en nuestra sociedad, además, las tasas de suicidio infantil continúan en aumento, como hemos visto en la revisión teórica previa. Debido a la vulnerabilidad infantil hacia el suicidio, será necesario poder realizar una rápida detección del problema y que los padres puedan buscar ayuda profesional dejando de lado el estigma que existe hacia la salud mental. Aunque cada vez se intentan visibilizar más los problemas de salud mental, continúa habiendo actitudes estigmatizantes perjudiciales para el colectivo desvalorado que afectan en la búsqueda de ayuda profesional y que repercuten en diferentes ámbitos de su

vida. Dada la relevancia que ha cobrado el suicidio en los últimos años, es congruente pensar que cada individuo tiene una opinión acerca de este acto y que la presencia de mitos puede tener relación con la ideación suicida, así como implicar una barrera ante la propia búsqueda de ayuda profesional, no obstante, los instrumentos para su evaluación son escasos como hemos visto en el marco teórico.

La bibliografía previa, nos muestra programas destinados a prevenir el suicidio, sobre todo destinados a la población general, ahora bien, sin duda son necesarios nuevos estudios que nos permitan conocer con más detalle a la población de padres y madres de hijos menores de edad que tienen más mitos hacia el suicidio, así como qué influencia tienen tanto estos mitos hacia el suicidio como las variables relacionadas con la estigmatización sobre la búsqueda de ayuda profesional. Para, de este modo, poder emplear los nuevos hallazgos en conocimientos que nos lleven a diseñar programas específicos para la prevención del suicidio de adolescentes y niños, destinados a padres y madres.

Debido a esto, el primer objetivo de este trabajo era cubrir este vacío al crear un cuestionario *ad hoc* que evalúe los mitos hacia el suicidio. Será importante conocer más acerca de las variables que se relacionan con un mayor número de mitos hacia el suicidio para poder llevar a cabo programas de prevención e intervención. Por esto, el segundo de los objetivos de este estudio fue comprobar la relación de las creencias irracionales sobre el suicidio con respecto a un grupo de variables sociodemográficas (sexo, edad, profesión, nivel de estudios y creencias religiosas). El tercero fue investigar la relación de los mitos con un grupo de variables psicosociales (familiaridad, estigma y búsqueda de

ayuda). Y el cuarto y último objetivo que presenta esta investigación fue ver la capacidad predictiva de las variables estudiadas (mitos, familiaridad y estigma) sobre la búsqueda de ayuda. Todo esto para poder profundizar sobre el conocimiento de los mitos hacia el suicidio para en última estancia generar buenos programas de prevención.

En primer lugar, de acuerdo con la literatura previa, se hipotetizó acerca de las variables sociodemográficas. Atendiendo al sexo de los participantes, se esperaba que los hombres tuvieran más mitos hacia el suicidio que las mujeres. En esta línea y según los resultados obtenidos, pudimos observar que la hipótesis se cumple para la muestra del estudio. Estos resultados fueron coherentes con los aportados por las investigaciones previas, ya que, como vimos anteriormente en los trabajos del grupo de Nicholas (Nicholas et al., 2020), y en los del equipo de Pereira (Pereira y Cardoso, 2019), se concluyó que los hombres tendrían más mitos que las mujeres. Esto puede deberse a que, aún en nuestros días, se sigue educando de manera diferente a niños y niñas, fomentando en ellas más desde pequeñas actitudes de empatía hacia los demás.

También pudimos afirmar en nuestra muestra, que a mayor edad de los participantes mayor número de creencias erróneas hacia el suicidio, los jóvenes parecen tener una visión más realista y menos fundada en creencias irracionales sobre este fenómeno. Na y colaboradores (Na et al., 2018) y el grupo de Pereira (Pereira y Cardoso, 2019) aportaban en sus investigaciones que las personas mayores tendrían mayor número de mitos hacia el suicidio, por lo que, como vimos, nuestros hallazgos se correspondieron con los de la literatura previa. Esto es relevante, porque nos da pistas sobre que las nuevas generaciones son más tolerantes e inclusivas, educar, como cada vez se está

haciendo más desde que son pequeños en diversidad, y tolerancia, parece, según nuestros resultados, que tiene su impacto, ya que aquellos padres o futuros padres mayores tienen más mitos sobre el suicidio.

Con la variable nivel de estudios, ya el equipo de Park (Park et al., 2016) y el de Hartini (Hartini et al., 2018) reflejaban que a menor nivel de estudios alcanzados mayor presencia de mitos hacia el suicidio. Nuestra investigación fue coherente con estos estudios pasados, ya que, encontrábamos que a menor nivel de estudios en los participantes mayor número de mitos hacia el suicidio. Esto es algo que tiene mucho sentido, ya que un mayor nivel académico implica mayor posibilidad de acceso a la información, y esto sin duda se ha demostrado fundamental como estrategia para romper los mitos.

El ámbito de prevención en esta situación es importante, debido a que se pretende y se tiene que poder llegar a toda la población, con el objetivo de conseguir una detección temprana de los problemas de salud mental, fomentar el acceso a los servicios de atención, intentar reducir el acceso a los medios que se utilizan para el suicidio y favorecer una transmisión de la información responsable (Sotoca et al., 2018). Al crear varios programas, en los que se pueda incluir a diferentes grupos de población, se tratará de reducir el estigma hacia los problemas de salud mental e informar sobre los efectos negativos que puede generar dicho estigma para las personas con problemas de salud mental, así como para sus familias y amigos, como hemos visto en la revisión teórica previa. Además de, conseguir una visión más positiva sobre los profesionales y resaltar la importancia de acudir a los servicios de salud mental cuando sea necesario. Y poder

realizar una psicoeducación sobre el suicidio, para tratar de eliminar los mitos en la población general. Para lograrlo, será fundamental poder destinar recursos, tanto económicos como de profesionales, para poder impartir dichos programas siendo necesario enfatizar, como veíamos, en aquellos programas que sean destinados a hombres, de edad avanzada, y de menor nivel académico. Sin descuidar, por supuesto, los avances que ya se está haciendo desde distintos ámbitos como el de la salud, la educación o el periodismo.

Con respecto a la profesión, las profesiones que tienen mayor relación con la salud mental fueron las que presentan una visión más realista de las ideas que existen sobre el suicidio. Nuestros hallazgos se ajustaron con los de la literatura previa, ya que, el grupo de González-Aristizabal (González-Aristizabal et al., 2020) y Carmona-Navarro y su colaborador (Carmona-Navarro y Pichardo-Martínez, 2012), concluían que los profesionales relacionados con el ámbito de salud mental tendrían menor número de mitos hacia el suicidio que los que no tengan relación con esta área. Debido a esto, se considera necesario que todos los profesionales relacionados con el ámbito infanto-juvenil (profesores, pediatras, cuidadores...) puedan conocer información sobre el suicidio, los diferentes factores de riesgo, de protección y señales de alarma para poder conseguir una detección temprana. Además de poder realizar campañas en los colegios para poder informar a los padres y madres, así como en las clases, para que entre compañeros puedan identificarlas, esto facilitaría nuevamente la posibilidad de que los adolescentes que presenten sufrimiento psíquico e ideas de suicidio pudieran informar a sus seres queridos de lo que le está ocurriendo, poder buscar ayuda y poder buscar

soluciones ante su sufrimiento. También será importante que los profesionales relacionados con la salud general conozcan dichos factores con el objetivo de alcanzar una rápida detección desde esta área, al ser estos profesionales los que acompañan a las familias y a las personas durante toda su vida, y tienen un papel de vital importancia en la prevención de la salud, no solo física, sino también mental. No podemos obviar, en base a nuestros resultados, que hacer campañas de prevención del suicidio infanto-juvenil en otras profesiones, en principio, más alejadas de la infancia como la de los empresarios, o las fuerzas de seguridad del estado, también es fundamental, ya que muchos de ellos tienen hijos e hijas, y su papel en la búsqueda de ayuda es clave para la prevención del suicidio, y son profesiones que presentan mayores niveles de mitos hacia el suicidio.

Y, por último, atendiendo a las variables sociodemográficas, se hipotetizó acerca de la religión de los participantes, como pudimos ver en la revisión teórica previa el grupo de Eskin (Eskin et al., 2020) y los estudios de Lee (Lee, 2019) concluyen que las personas que se consideran creyentes tienen más mitos hacia el suicidio que los que no lo son, en nuestra muestra se cumple dicha suposición. Esto nos permite concluir la importancia de la realización de programas en centros educativos religiosos, con el fin de poder asegurarnos de que se informa a la población creyente.

En segundo lugar, se hipotetizó con respecto a las variables psicosociales, teniendo en cuenta el estigma, a mayor cantidad de mitos hacia el suicidio se hipotetizaba mayor estigma hacia la salud mental. Los hallazgos de esta investigación confirmaban dicha hipótesis, que, anteriormente ya se reflejaba en algún otro trabajo (Na et al., 2018). En base a esto, se introdujo la variable búsqueda de ayuda y se confirmó la hipótesis

planteada, por lo tanto, cuantos más mitos hacia el suicidio presentes en la persona, mayor estigma hacia la salud mental y menor búsqueda de ayuda profesional. Autores como Na y su equipo (Na et al., 2018) y la Confederación de salud mental España (Confederación de salud mental España, 2015) reflejaban en sus estudios que tanto un mayor número de mitos hacia el suicidio como un gran estigma hacia la salud mental, influían en la búsqueda de ayuda profesional reduciéndola en gran medida. Esto puede deberse a que el estigma tiene un componente principal que son los estereotipos, creencias irracionales, por lo tanto, es coherente pensar que aquellas personas que tienen más mitos hacia el suicidio vayan a tener más estereotipos, no solo hacía el suicidio sino hacía toda los problemas de salud mental, afectando todo ello, como se comentaba, a la confianza en la intervención y la motivación por buscar ayuda, al anticipar el rechazo, la discriminación o incluso la exclusión.

Y, por último, sobre la familiaridad, nuestro estudio reveló que cuanto mayor es el grado de cercanía a una persona con problemas de salud mental, menos mitos hacia el suicidio, menor estigma hacia la salud mental y mayor búsqueda de ayuda. Estos resultados fueron coherentes con investigaciones pasadas de Salinas-Oñate y su equipo (Salinas-Oñate et al., 2018) y el grupo de Ortega (Ortega et al., 2019) en las que incluían el factor familiaridad como impulsor de la búsqueda de ayuda profesional y de la reducción de estigma hacia la salud mental y de los mitos hacia el suicidio en población general.

Es por esto por lo que se considera fundamental poder ofrecer diferentes estrategias a las personas con problemas de salud mental y a sus familiares, para poder

hacer frente al estigma que actualmente sigue presente en nuestra sociedad. Y que en la medida de lo posible no les suponga un inconveniente para poder pedir la ayuda profesional que necesitan.

Al comprobar los resultados obtenidos con respecto a las variables psicosociales, y siguiendo la propuesta para futuras investigaciones del grupo de Salinas-Oñate (Salinas-Oñate et al., 2018), se consideró poder hacer un análisis de predicción, para comprobar si la búsqueda de ayuda profesional relativa a la infancia por parte de los padres y madres era explicada por las variables de mitos sobre el suicidio, estigma y familiaridad. Los datos obtenidos revelaban algo valioso e importante de conocer en la literatura actual, ya que, demostraban que los mitos hacia el suicidio, el estigma hacia la salud mental infanto-juvenil y la familiaridad con la salud mental predice la búsqueda de ayuda de padres y madres actuales y futuros. Este hallazgo fue relevante y sobre el que se puede continuar investigando en un futuro, puesto que, la mayoría de los trabajos sobre el suicidio son referidos a la población adulta y no tienen en cuenta la vulnerabilidad de las etapas más infantiles y la necesidad de analizar la opinión de sus padres con respecto a este acto. Siendo este, el primer trabajo que cambia el foco y se centra en esta muestra.

Los resultados obtenidos permitían concluir distintas aplicaciones prácticas para poder comprender de una manera más aplicada los hallazgos del presente trabajo y con ellos, la importancia de evaluar las creencias de los progenitores, fomentar su asistencia a diferentes programas con el fin de normalizar el pedir ayuda, no tener miedo a ser juzgados por los profesionales de salud mental y acudir a los servicios de asistencia de salud mental.

Como se ha visto a través de la literatura previa y de los hallazgos de esta investigación, las personas creyentes tienen más mitos hacia el suicidio que las que no lo son. Una manera de poder llegar a los padres y madres es a través de los colegios religiosos, pudiendo realizar programas en estos centros, ya que, se plantea la necesidad de poder fomentar el conocimiento sobre el suicidio, dar a conocer los factores de riesgo, la realidad de los mitos hacia el suicidio que pueden asumir como verdaderos en la población creyente y que puedan preguntar a sus hijos sobre determinadas conductas.

Por otro lado, actualmente y aunque las cosas van cambiando, sigue siendo común que, en las familias heteronormativas, biparentales, normalmente sean las madres las que desempeñan la función de acompañar a sus hijos al colegio, recogerles o ir con ellos a las citas médicas, es por esto, que imaginamos que al ofertar programas psicoeducativos acudirán en su mayoría las mujeres. Debido a la necesidad de que los hombres puedan asistir, ya que, como hemos visto en la presente investigación y en estudios previos de Nicholas y su equipo (Nicholas et al., 2020) y los de Pereira (Pereira y Cardoso, 2019) son ellos los que tienen más mitos hacia el suicidio, se plantea poder tener en cuenta varios aspectos. En primer lugar, si al comenzar los programas se observara una mayoría de mujeres trataremos de informar sobre la importancia de que, en la medida de lo posible, puedan acudir ambos progenitores a las sesiones. En segundo lugar, se tratará de incluir charlas en diferentes horarios para conseguir que tanto las madres como los padres puedan acudir.

Antes de comenzar las campañas psicoeducativas puede ser interesante recoger información sobre las diferentes creencias hacia el suicidio de los asistentes, para realizar

un estudio pre y post y comprobar si tras la asistencia a los programas ha modificado la visión de los asistentes. Para ello, será necesario una mayor investigación sobre la evaluación de los mitos, ya que, actualmente no hay mucha información sobre ello, y la que existe es antigua.

Otra aplicación práctica, sobre la que nuestros hallazgos nos permiten reflexionar, es la importancia de tener en cuenta que las personas sin nivel de estudios universitario tienen más mitos hacia el suicidio que los que sí tienen un nivel de estudios universitario. Se plantea la necesidad de que la población sin un nivel de estudios universitario pueda acudir a los programas de psicoeducación y conocer la realidad de los mitos que puedan tener sobre el suicidio. Para ello, se propone adaptar los programas, para que entiendan bien lo que se quiere expresar y no existan dificultades con respecto a la utilización de un lenguaje más técnico.

Una vez entendida la parte práctica, no terminar este trabajo sin mencionar que en el presente estudio podemos encontrar limitaciones que pueden ser tenidas en cuenta para futuras investigaciones. En primer lugar, se destaca la transmisión de la batería de evaluación a través de redes sociales durante dos semanas, si bien es cierto que dicha difusión es la más rápida y accesible, también repercute en que la muestra no es representativa de la población general. En relación con el tamaño de la muestra, se puede observar un número aceptable, aunque se observa una diferencia en cuanto al sexo de los participantes, 157 hombres y 331 mujeres. En investigaciones futuras puede ser interesante poder aumentar dicho tamaño muestral, pudiendo realizar la batería de evaluación a través de redes sociales, pero también incluyendo otros medios, como por

ejemplo en formato papel y poder recoger respuestas durante un mayor tiempo. Además de, poder realizar una mayor búsqueda de representación masculina con el fin de igualar de alguna manera el número de participantes hombres y mujeres.

En tercer lugar, se encuentra la limitación de no conocer la estructura de las familias, ya que, solo debían incluir su sexo y su estado civil. Podría ser interesante en un futuro indagar en esto y comprobar si existen diferencias con respecto a los mitos, el estigma y la búsqueda de ayuda entre familias monoparentales o biparentales, homoparentales o heteroparentales.

Otra limitación es la obtención de resultados a través de análisis causales, ya que, dicha batería de evaluación fue contestada en un momento determinado y único por cada uno de los participantes, sin observar su opinión a largo plazo. Esta limitación puede solventarse en un futuro realizando una investigación prolongada en el tiempo, volver a reunir a los participantes cada año para que puedan repetir la batería de preguntas. Otro obstáculo que encontraríamos aquí es que, al recoger las respuestas anónimamente sería casi imposible conseguir que todos los participantes volvieran a contestar, para ello, se propone comenzar desde el principio la investigación, informar de que el estudio va a ser durante varios años y que puedan facilitar un medio de contacto para comunicarnos con ellos a largo plazo.

Por otro lado, al realizar la investigación sobre padres y madres actuales o futuros se han tenido que adaptar diferentes ítems o cuestionarios para que pudiesen contestar en base a sus hijos, es decir, población infanto-juvenil. Puede ser interesante que futuros

investigadores dediquen su conocimiento a la creación y validación de cuestionarios específicos para este tipo de población y que no sea necesario tener que adaptarlos.

La creación del cuestionario *ad hoc* de mitos hacia el suicidio fue necesario debido a la escasez de cuestionarios que se dedican a evaluar puramente las creencias erróneas hacia este acto. Es cierto, que para dicha investigación ha sido de utilidad el cuestionario creado y ha ofrecido datos relevantes, no obstante, se propone para investigaciones futuras la creación y validación de un cuestionario específico en el que se recojan los mitos hacia el suicidio más frecuentes que se han observado en la literatura a lo largo de los años.

Para finalizar, tras la realización de dicho trabajo se observa que es necesario continuar investigando y actualizando información sobre el suicidio infanto-juvenil, sus creencias y la relación con salud mental y la búsqueda de ayuda profesional, ya que, como se indicaba a lo largo del trabajo, la mayoría de trabajos sobre el suicidio son referido a la población adulta y no se tiene en cuenta la vulnerabilidad de las etapas más infantiles y el papel fundamental de las familias en la búsqueda de ayuda profesional. En este trabajo se ha tratado de solventar esta limitación, por lo que se anima a que las investigaciones continúen en esta línea. Asimismo, se considera de gran importancia que se destinen mayor número de recursos y se puedan poner en marcha más campañas y planes de prevención.

También quiero destacar la importancia de evaluar las creencias de los padres y madres y el fomento de la asistencia a programas de psicoeducación por su parte, debido

a que la población infanto-juvenil es vulnerable y cada vez es mayor el número de suicidios y de problemas de salud mental en su grupo de población.

Bibliografía

- Badallo, A., Ballesteros, F., Bertina, A., Cerezo, Y., Magro, M.B., y Polvorinos, S. (2018). La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana. *Clínica Contemporánea*, 9(e1), 1-15.
- Bequis-Lacera, M., Muñoz-Hernández, Y., Pardo-Camacho, D., Angulo-Cervantes, P., Blanco-Alvarado, A., Castro-Romero, A., Conde-Villamizar, D., y Corzo-Quintero, J. (2019). Estigma familiar percibido por los cuidadores primarios de personas con enfermedad mental. *Duazary*, 16(2), 103-123.
- Carmona-Navarro, M. C. y Pichardo-Martínez, M. C. (2012). Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1161-1168.
- Castellvi, P. y Piqueras, J.A. (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud*, (121), 45-59.
- Confederación de Salud Mental España. (2015). *Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Corrigan, P.W., Backs, A., Green, A., Lickey, S. y Peen, D.L. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219-225.

- Corrigan, P.W., Powell, K.J., y Michaels, P.J. (2014). Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness. *Psychiatry Research*, 215(2), 466-470.
- Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza (2019). *Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi*. San Sebastián: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza (2019). *Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Drapeau, C. W., Cerel, J., y Moore, M. (2016). How personality, coping styles, and perceived closeness influence help-seeking attitudes in suicide-bereaved adults. *Death Studies*, 40(3), 165-171.
- Dumon, E., y Portzky, G. (2014). *Prevención de la conducta suicida e intervenciones tras el suicidio: recomendaciones para el ámbito escolar*. Gante: European Regions Eforcing Actions Against Suicide (EUREGENAS).
- Elhai, J. D., Schweinle, W., y Aderson, S.M. (2008). Reliability and validity of the attitudes toward seeking professional psychological help scale-short form. *Psychiatry Research*, 159, 320-329.
- Eshun, S. (2006). Acculturation and suicide attitudes: A study of perceptions about suicide among a sample of Ghanaian immigrants in the United States. *Psychological Reports*, 99(1), 295-304.

- Eskin, M., Baydar, N., El-Nayal, M., Asad, N., Multazam, I., Rezaeian, M., Abdel-Khalek, A.M., Al Buhairan, F., Harlak, H., Hamdan, M., Mechri, A., Isayeva, U., Khader, Y., Khan, A., Al Sayyari, A., Khader, A., Behzadi, B., Safak, C., Agha, H.,...Hendarmin, L.A. (2020). Associations of religiosity, attitudes towards suicide and religious coping with suicidal ideation and suicide attempts in 11 muslim countries. *Social Science & Medicine*, 265, 1-11.
- García-Haro, J., García-Pascua, H., González, M., Barrio-Martínez, S., y García-Pascual, R. (2019). ¿Qué es el suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apuntes de Psicología*, 37(2), 91-100.
- González-Aristizabal, D.S., Pumarejo-Sánchez, J., Cudris-Torres, L., Barrios-Núñez, Á., Olivella-López, G., López-Castellar, M.A., y Zubillaga, M. (2020). Factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(3), 274-278.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2020). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t.

- Hartini, N., Ainy, N., Dian, A., y Dipo, N. (2018). Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. *Psychology Research and Behavior Management*, *11*, 535-541.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). *Defunciones según la causa de muerte. Resultados nacionales*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Jiménez, J. (2016). *Guía para la prevención de la conducta suicida dirigida a docentes*. Comunidad de Madrid: Consejería de Educación, Juventud y Deporte.
- Lee, J. W. (2019). The Relationship between Personal Values and Attitudes of the General Public towards Suicide. *Journal of Health Info Stat*, *44*(2), 134-140.
- Lee, S., Tsang, A., Li, X.Y., Phillips, M.R., y Kleinman, A. (2007). Attitudes toward suicide among Chinese people in Hong Kong. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *37*, 565-575.
- Martín, P. (2016). Conducta Suicida. Protocolo de intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *2*(1), 233-250.
- Michaels, P. J., López, M., Rüsçh, N., y Corrigan, P.W. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society and Education*, *4*(2), 183-194.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

- Montés, M., Jiménez, A., y Jiménez, J. (2019). *Guía para familiares en duelo por suicidio, supervivientes*. Comunidad de Madrid: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Consejería de Sanidad.
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18.
- Na, K. S., Seungmi, O., Limites, S.W., Ryu, S.H., Lee, J.Y., Hong, J.P., y Cho, S.J. (2018). Association between age and attitudes toward suicide. *European Journal of Psychiatry*, 32(1), 44-51.
- Navarro-Gómez, L. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28, 25-31.
- Nicholas, A., Niederkrotenthaler, T., Reavley, N., Pirkis, J., Jorm, A., y Spittal, M.J. (2020). Belief in suicide prevention myths and its effect on helping: a nationally representative survey of Australian adults. *BMC Psychiatry*, 20, 1-12.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Prevención de la conducta Suicida*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortega, H.M., Pérez, E.A., Armando, J., y Ramos, C.E. (2019). Culturizar la asistencia al psicólogo desde la infancia para promover la salud mental. En M.C. Pérez-Fuentes, J.J. Gázquez, M.M. Molero, M.M. Simón, A.B. Barragán, A. Martos y

- M. Sisto. (Ed.), *Variables psicológicas y educativas para la intervención en el ámbito escolar. Volumen III.* (pp. 65-74). España: Asociación Universitaria de Educación y Psicología.
- Ouzouni, C., y Nakakis, K. (2009). Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool. *Health Science Journal*, 3(4), 222-231.
- Park, C.H., Kim, B., Lee, S.S., Ha, K., Baek, C.J., Shin, M.S., y Ahn, Y.M. (2016). A Comparative Study of Permissive Attitudes Toward Suicide: An Analysis of Cross-National Survey in South Korea, Japan, and the United States. *Korean Journal of Biological Psychiatry*, 23(4), 157-165.
- Pereira A., y Cardoso, F. (2019). Stigmatising Attitudes Towards. *Revista CES Psicología*, 12(1), 1-16.
- Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(3), 125-132.
- Picco, L., Pang, S., Wen, Y., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., Ajit, J., Lim, S., Lien, C., Ann, S., y Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Research*, 246, 500-506.
- Piedra, J., Arredondo, R., y Rosa, J. (2019). El suicidio una aproximación bibliográfica a sus mitos, abordaje y prevención. *TSDIFUSIÓN*, (131), 13-19.
- Pitman, A., Nesse, H., Morant, N., Azorina, V., Stevenson, F., King, M., y Osborn, D. (2017). Attitudes to suicide following the suicide of a friend or relative: a

- qualitative study of the views of a 429 young bereaved adults in the UK. *BMC Psychiatry*, 17(400), 1-11.
- Renberg, E.S., y Jacobsson, L. (2003). Development of a questionnaire on attitudes towards suicide (ATTS) and its application in a Swedish population. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 33, 52-64.
- Rodríguez-Meirinhos, A., y Antolín-Suárez, L. (2020). Estigma social hacia la enfermedad mental: factores relacionados y propiedades psicométricas del Cuestionario de Atribuciones-revisado. *Universitas Psychologica*, 19, 1-13.
- Rodríguez, L. (2019). Intervención socioeducativa en pisos tutelados con personas sin hogar y con enfermedad mental en el contexto de la Comunidad de Madrid. *Revista de Educación Social*, (29), 247-263.
- Ruiz, J.A., Navarro-Ruiz, M.^a, Torrente, G., y Rodríguez, Á. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. *Psicothema*, 17(4), 684-690.
- Salinas-Oñate, N., Baeza-Rivera, M.J., Escobar, B., Coloma, J., y Carreño, M. (2018). Predictores culturales y psicológicos de la búsqueda de ayuda psicológica en estudiantes universitarios. *Cultura-Hombre-Sociedad*, 28(1), 79-101.
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N. y Schultze-Lutter, F. (2018). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(4), 261-268.
- Schuy, K., Dors, S., Brants, L., Horzetzky, M., Willmund, G., Ströhle, A., Zimmermann, P., Rau, H., y Siegel, S. (2018). Stigma and its impact on the families of former

- soldiers of the German Armed Forces: an exploratory study. *Military Medical Research*, 5(40), 1-14.
- Sotoca, R., Frades, B., López, J., Carbonell, Á., Benimeli, E., Tur, I., López, I., Pena, J., Barceló, M., Mora, R., Martínez, R., y Elvira, V. (2018). *Prevención del suicidio. Guía informativa para profesionales de sanidad*. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Sotoca, R., López, J., Frades, B., Pena, J., Oltra, A., y Font, A. (2018). *Vivir es la salida. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Soto-Sanz, V., Piqueras, J.A., García-Olcina, M., Rivera-Riquelme, M., Rodríguez-Marín, J. y Alonso, J. (2020). Relación entre conducta suicida y síntomas interiorizados en niños y adolescentes. *Psicología Conductual*, 28(1), 5-18.
- Asociación Internacional Teléfono de la Esperanza (2019). *Cómo prevenir y actuar ante el suicidio. Guía para afectados, familiares, docentes y supervivientes*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Ugas, L. (2017). "La klave de re©". Psicoeducación y terapia cognitiva para la recuperación de la esquizofrenia. *Informaciones Psiquiátricas*, (227), 43-54.
- Del Valle, S., y Martínez, J.M. (2019). Análisis del estigma hacia personas con trastorno mental grave en la población de Cáceres. *Revista de Educación Social*, (29), 142-153.
- World Health Organization (WHO). (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. Copenhagen: World Health Organization.

Anexo I: Cuestionario *ad hoc* Mitos hacia el Suicidio

Por favor, a continuación, lee cada frase y señala la puntuación de 1 a 4 que mejor refleje tu grado de desacuerdo o acuerdo. No hay respuestas buenas ni malas.

Ítems	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin advertencia previa.	1	2	3	4
2. Quien se suicida es un valiente.	1	2	3	4
3. Las personas que hablan sobre suicidio no intentarán suicidarse o no se suicidarán.	1	2	3	4
4. Toda persona que se intenta suicidar tiene depresión.	1	2	3	4
5. La predisposición genética no determina por sí sola la realización de una tentativa de suicidio.	1	2	3	4
6. Las personas que intentan suicidarse no desean morir, solo alardean de ello o intentan llamar la atención.	1	2	3	4
7. El suicidio no se puede prevenir.	1	2	3	4

8. Quien se suicida es un cobarde.	1	2	3	4
9. Quien alguna vez haya intentado suicidarse nunca dejará de intentarlo.	1	2	3	4
10. La persona que intenta suicidarse está decidida a morir.	1	2	3	4
11. Hablar sobre el suicidio de forma abierta y sincera puede ofrecer a la persona la posibilidad de considerar otras opciones o el tiempo para repensar su decisión.	1	2	3	4
12. No necesariamente hay que padecer un trastorno mental para realizar un intento de suicidio.	1	2	3	4

Anexo II: Cuestionario de Atribuciones Estigmatizantes en su versión breve (AQ-9)

José es un chico de 14 años. Vive con sus padres y su hermana pequeña. Está estudiando tercero de la ESO. Hace unos años descubrió que tiene un trastorno mental grave. Ha estado hospitalizado en una unidad psiquiátrica de salud mental debido a este trastorno. Pensando en José contesta a las siguientes preguntas siendo 1 (*nada en absoluto*) y 9 (*muchísimo*).

Ítems	Nada en absoluto	2	3	4	5	6	7	8	Muchísimo
1. ¿Sentirías pena por José?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. ¿Consideras que José es peligroso para tu hijo/a?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. ¿Te asustaría que tu hijo/a fuera amigo de José?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. ¿Pensarías que es culpa de José que se encuentre en su situación actual?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. ¿Pensarías que es culpa de los padres de José que se encuentre en su situación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. ¿Crees que sería mejor para la comunidad de José que lo	1	2	3	4	5	6	7	8	9

recluyeran en un hospital

psiquiátrico?

7. ¿En qué medida te sentirías 1 2 3 4 5 6 7 8 9

enfadado con José?

8. ¿Es probable que ayudarás a 1 2 3 4 5 6 7 8 9

José?

9. ¿Te gustaría que tu hijo/a se 1 2 3 4 5 6 7 8 9

mantuviera alejado de José?

10. ¿Consideras que José debe ser 1 2 3 4 5 6 7 8 9

obligado a ponerse en tratamiento

médico incluso si no quiere?

**Anexo III: Escala de Actitudes hacia la Búsqueda de Ayuda Psicológica Profesional
(ATSPPH-SF)**

Por favor, a continuación, lee cada frase y señala la puntuación de 1 a 4 que mejor refleje tu grado de desacuerdo o acuerdo. No hay respuestas buenas ni malas.

Ítems	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Si creyeras que tu hijo/a está teniendo un problema de salud mental tu primera inclinación sería buscar atención profesional.	1	2	3	4
2. La idea de que mi hijo/a hable sobre los problemas con un psicólogo me parece mala manera de deshacerse de los conflictos emocionales.	1	2	3	4
3. Si mi hijo/a estuviera experimentando una crisis emocional grave en este momento de su vida, estaría seguro de que podría encontrar alivio en la psicoterapia.	1	2	3	4

4. Hay algo admirable en la actitud de una persona que está dispuesta a afrontar sus conflictos y miedos sin recurrir a ayuda profesional.	1	2	3	4
5. Me gustaría que mi hijo/a recibiera ayuda psicológica si estuviera preocupado o molesto durante un período prolongado.	1	2	3	4
6. Es posible que desee que mi hijo/a reciba asesoramiento psicológico en el futuro.	1	2	3	4
7. No es probable que una persona con un problema emocional lo resuelva sola, es probable que lo haga con ayuda profesional.	1	2	3	4
8. Considerando el tiempo y los gastos que implica la psicoterapia, tendría un valor dudoso para una persona como yo.	1	2	3	4
9. Una persona debe resolver sus propios problemas, recibir	1	2	3	4

asesoramiento psicológico sería el

último recurso.

10. Los problemas personales y 1 2 3 4

emocionales, como muchas cosas,

tienden a resolverse por sí mismos.

Anexo IV: Cuestionario sobre la Familiaridad hacia la Enfermedad Mental

Por favor, a continuación, indica si estás o no de acuerdo con las siguientes afirmaciones. No hay respuestas buenas ni malas.

Ítems	No	Sí
1. Nunca he visto una persona que yo fuera consciente de que había tenido un problema de salud mental.	0	1
2. He visto, al pasar, a una persona que creo que pudiera haber tenido un problema de salud mental.	0	1
3. He visto una película o programa de televisión en el que un personaje representaba a una persona con un problema de salud mental.	0	1
4. He visto un documental en la televisión acerca de un problema de salud mental.	0	1
5. He visto, frecuentemente, personas con un problema de salud mental.	0	1
6. He trabajado con una persona que tuvo un problema de salud mental en mi lugar de trabajo.	0	1
7. Mi trabajo implica proporcionar servicios/tratamiento a personas con problemas de salud mental.	0	1
8. Un amigo de la familia tiene un problema de salud mental.	0	1
9. Tengo un familiar que tiene un problema de salud mental.	0	1
10. Vivo con una persona que tiene un problema de salud mental.	0	1
11. Tengo un problema de salud mental.	0	1

Anexo V: Resultados del Análisis de Regresión Múltiple sobre la Variable Búsqueda de Ayuda

Modelos	B	<i>E.T</i> (B)	<i>Beta</i>	t	R ²
Paso 1					0,300**
Constante	43,721**	0,785		55,577	
Mitos hacia el suicidio	-0,524**	0,036	-0,548	-14,430	
Paso 2					0,354**
Constante	45,743**	0,818		55,892	
Mitos hacia el suicidio	-0,375**	0,42	-0,392	-8,937	
Estigma hacia la salud mental	-0,130**	0,20	-0,280	-6,394	
Paso 3					0,386**
Constante	41,232**	1,203		34,260	
Mitos hacia el suicidio	-0,327**	0,042	-0,342	-7,766	
Estigma hacia la salud mental	-0,111**	0,020	-0,240	-5,499	
Familiaridad con salud mental	0,495**	0,099	0,196	5,011	

Nota: * $p < 0,001$; B=Coeficiente no Estandarizado; *E.T* (B)= Error típico de B; *Beta*=

Coeficiente Estandarizado; t= contraste estadístico; R²= Coeficiente de determinación.