



ORIGINAL

Creencias de profesionales de Atención Primaria frente a personas con conductas suicidas: un estudio cualitativo



Angelina Dois Castellón^{a,b} y Tomás Inostroza Ortega^{a,c,*}

^a Escuela de Enfermería, Centro Colaborador OPS/OMS Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^b Magíster en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile

^c Magíster en Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 11 de septiembre de 2023; aceptado el 16 de noviembre de 2023

Disponible en Internet el 15 de octubre de 2024

PALABRAS CLAVE

Conducta suicida;
Atención primaria de salud;
Creencias

Resumen En Chile el suicidio es un problema de salud pública. El Programa Nacional de Prevención de Suicidio ha influido en la estabilización de las tasas de suicidio y considera como uno de sus componentes la formación de profesionales de Atención Primaria en el abordaje de la conducta suicida. Se ha demostrado que la forma en que los profesionales se aproximan al fenómeno tiene una alta influencia en la implementación de medidas preventivas. El objetivo de este estudio, cualitativo descriptivo, es explorar las creencias de profesionales de Atención Primaria frente a personas con conductas suicidas. Se desarrolló en 3 centros de salud familiar en Santiago de Chile y en él participaron 14 profesionales de salud. Se realizaron entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron de acuerdo con los procedimientos propuestos por la teoría fundamentada en los datos. Las creencias de los profesionales participantes frente a la conducta suicida se agrupan en 1) validación de la conducta suicida y 2) la conducta suicida no debe ser juzgada. Destaca una frecuente ambivalencia de los participantes entre estos 2 elementos, lo que les dificulta considerar una sola postura profesional frente al suicidio. Las creencias dan cuenta de una relativización del valor de la vida y creencias ambivalentes frente al término voluntario de la vida, basadas en juicios de valor frente al suicidio. Los resultados pueden servir para orientar futuras capacitaciones a los equipos de salud en el abordaje de conductas suicidas.

© 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tainostroza@uc.cl (T. Inostroza Ortega).

KEYWORDS

Suicide;
Primary health care;
Beliefs

Beliefs of primary care professionals regarding people with suicidal behavior: A qualitative study

Abstract In Chile, suicide is a public health problem. The National Suicide Prevention Program has influenced the stabilization of suicide rates and considers as one of its components the training of primary care professionals in addressing suicidal behavior. It has been shown that the way in which professionals approach the phenomenon has a high influence on the implementation of preventive measures. The objective of this qualitative descriptive study is to explore the beliefs of primary care professionals regarding people with suicidal behavior. It was developed in 3 family health centers in Santiago de Chile with fourteen health professionals participants. Semi-structured interviews were carried out. The data were analyzed according to the procedures proposed by Grounded Theory. The beliefs of the participating professionals regarding suicidal behavior are grouped into (1) validation of suicidal behavior and (2) suicidal behavior should not be judged. A frequent ambivalence of the participants between these 2 elements stands out, which makes it difficult for them to consider a single professional position regarding suicide. The beliefs reflect a relativization of the value of life, and ambivalent beliefs regarding the voluntary end of life, based on value judgments regarding suicide. The results can serve to guide future training for health teams in addressing suicidal behaviors.

© 2023 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública global que afecta a 800.000 personas anualmente¹, con una tasa de 1,3 por cada 100 muertes en 2019^{2,3}. Tanto en Chile como en el mundo, se ha reconocido la Atención Primaria de Salud (APS) como el lugar más indicado para identificar a personas con riesgo suicida. La formación y entrenamiento en habilidades de identificación y manejo temprano de la conducta suicida se ha descrito como una estrategia costo efectiva para su prevención²⁻⁶. Sin embargo, las creencias asociadas, los mitos y el estigma social frente al tema son importantes barreras para que los profesionales implementen acciones preventivas y sirven para justificar ciertas actitudes entre quienes las sostienen⁴⁻⁶. En profesionales no especialistas en salud mental se han descrito mayores sentimientos negativos hacia estos pacientes y una menor autopercepción de las competencias profesionales acerca de las conductas suicidas⁷. Otros estudios enfocados en profesionales de APS han mostrado que estos se perciben como poco preparados, emocionalmente afectados y temerosos de trabajar en prevención de conductas suicidas, por lo que priorizan la derivación a especialistas según la gravedad de la situación⁸. En Chile no se cuenta con evidencia respecto de este tema, por lo que el objetivo de este manuscrito es describir las creencias de profesionales de APS con relación a la validación y juicio de la conducta suicida en los consultantes.

Participantes y métodos

Se presenta un análisis secundario de datos de un estudio cualitativo descriptivo sobre 14 entrevistas en profundidad a partir de preguntas directrices (Anexo 1) realizadas entre abril de 2018 y mayo de 2019 a quienes participaron en el Proyecto 171226005, dirigido por el mismo equipo de investigación.

El análisis secundario es una estrategia para indagar la realidad de forma diferente a la utilizada inicialmente por los investigadores, con el fin de mejorar su comprensión⁹. El análisis de datos se realizó usando el método propuesto por la teoría fundamentada en los datos^{10,11}. El criterio de finalización fue la saturación teórica, es decir, las entrevistas se suspendieron cuando dejó de aparecer información nueva vinculada al fenómeno en estudio.

La muestra la conformaron profesionales de la salud de 3 centros de salud familiar (CESFAM) de la Región Metropolitana de Santiago (Chile). Se utilizó muestreo por conveniencia y bola de nieve. Criterios de inclusión: 1) profesional médico, profesional enfermero, nutricionista, matrona o kinesiólogo que hicieran atención directa a pacientes y 2) que tuvieran al menos 5 meses de desempeño en APS. Criterio de exclusión: autorreporte de una historia personal de conducta suicida.

Respecto al análisis, cada entrevista fue transcrita «verbatim» y fue analizada por 2 miembros del equipo de investigación por separado. Para el proceso de análisis se utilizó la codificación abierta. Se inició con microanálisis de las transcripciones para identificar códigos, los cuales fueron agrupados con posterioridad en una categoría¹¹. Para el rigor metodológico se consideraron los criterios de Guba y Lincoln^{12,13}. El estudio y su consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Todos los participantes del estudio firmaron el consentimiento informado antes de la entrevista.

La muestra quedó conformada por 14 profesionales, en un rango de edad entre 27 y 57 años. En su mayoría mujeres, médicos y enfermeras (tabla 1).

Resultados

A partir de los datos obtenidos de las entrevistas se identificaron 2 categorías directamente relacionadas con las

Tabla 1 Características participantes del estudio

| | Edad | Sexo | Profesión | Años de trabajo en APS | Religión | Formación en salud mental |
|-----|------|-----------|---------------|------------------------|-------------|---------------------------|
| E1 | 29 | Femenino | Médico | 3 años | Agnóstica | Posgrado |
| E2 | 25 | Femenino | Enfermera | 1 año 7 meses | No declara | Pregrado |
| E3 | 29 | Femenino | Enfermera | 4 años 2 meses | Agnóstica | Pregrado |
| E4 | 28 | Masculino | Médico | 2 años 5 meses | No declara | Pregrado |
| E5 | 32 | Femenino | Médico | 3 años | No declara | Posgrado |
| E6 | 33 | Masculino | Kinesiólogo | 7 años | Católico NP | Curso |
| E7 | 29 | Femenino | Nutricionista | 5 años | No declara | Curso |
| E8 | 32 | Femenino | Enfermera | 9 años | No declara | Pregrado |
| E9 | 57 | Femenino | Matrona | 34 años | No declara | Niega |
| E10 | 34 | Femenino | Enfermera | 7 años | Católica NP | Pregrado |
| E11 | 27 | Masculino | Médico | 7 meses | No declara | Curso |
| E12 | 51 | Femenino | Enfermera | 21 años | No declara | Curso |
| E13 | 29 | Femenino | Médico | 4 años 5 meses | No declara | Curso |
| E14 | 38 | Femenino | Matrona | 14 años | Católica NP | Niega |

NP: no practicante.

creencias de los profesionales de APS frente a personas con conductas suicidas: 1) validación de la conducta suicida y 2) la conducta suicida no debe ser juzgada.

Validación de la conducta suicida

Los profesionales entrevistados legitiman el derecho de una persona a poner término a su propia vida de forma voluntaria y lo consideran una alternativa posible en determinadas situaciones de sufrimiento, como enfermedad terminal, dolor insoportable o pérdida grave de autonomía irrecuperable.

«Si tienes, por ejemplo, una situación de cáncer o una enfermedad terminal en la que estás con mucho dolor y no responde a un tratamiento farmacológico y de verdad el dolor llega a un nivel que no puedes soportar... no me parecería mal... o sea, aceptaría sin problemas que una persona se suicide en esa situación» [E8, 28].

Incluso algunos participantes validan el terminar de la propia frente a la necesidad de las personas a cesar con el dolor psíquico, como en enfermedades psiquiátricas graves, trauma y abuso sexual. Este último elemento es considerado como un tipo de dolor subvalorado por la sociedad en general y que debería tener igual consideración que el dolor físico.

«Como que ahí la opción del suicidio como que para mí de alguna forma sí sería válida, pero yo no le puedo decir eso al paciente (en caso de violación o abuso sexual)» [E2, 17].

«Yo creo que, tal vez, en una persona como con algo psiquiátrico importante, tal vez podría validarlo porque en verdad quizás esa persona siente que su única salida para sentirse bien es terminar con su vida» [E14, 24].

En contraposición, también surge la creencia de que el impacto que trae el suicidio en las familias y familiares cercanos de quienes lo cometen hacen que no sea una alternativa válida.

«Y mi creencia, yo creo que no porque yo hoy día soy padre... y esa es mi experiencia, entonces yo hoy día no vivo para mí solo, yo vivo para mis hijos, entonces para mí quitarme la vida sería un acto irresponsable, un acto de cobardía, por decirlo así, porque tengo una familia hoy en día que cuidar...» [E6, 24].

También destaca la idea de la visualización del suicidio como un acto que va en contra del orden natural de las cosas, ya que el ser humano estaría hecho para vivir.

«A mí me produce un conflicto, porque por un lado estás cómo atentando a la humanidad..., como que el humano para mí está hecho para vivir y el perder la razón como de existencia es como contradictorio al ser humano» [E1, 22].

Otra creencia que surge frente a la idea del suicidio es que las personas siempre pueden superar situaciones de vida adversas, independientemente de las circunstancias, y que el mecanismo para lograrlo sería el enfrentar los problemas y buscar soluciones. Se plantea que la ayuda de externos (equipos de salud mental o activación de redes de apoyo) son formas de afrontar la conducta suicida y que las causas que llevan a la conducta suicida pueden ser muy livianas en comparación con la experiencia de quitarse la vida.

«A mí me pasa, que yo pienso que uno puede con las cosas..., o sea, pienso que uno puede salir adelante en la vida... y desde esa perspectiva, claro, para mí no sé si no lo valido, es como que no logro entenderlo» [E14, 24].

«Creo que lo que más me llama la atención, a mí personalmente, de la experiencia del acto suicida... es la liviandad de las causas..., están tan hiperactivos que las causas pueden ser desde que yo te miro feo hasta que te echan del trabajo, hasta que tu novio termina contigo, hasta que se te muere tu mamá» [E3, 21].

La conducta suicida no debe ser juzgada

La segunda categoría se sostiene en creencias de que la conducta suicida no debe ser juzgada, argumentando que no se puede hacer un juicio de valor de un fenómeno que no es comprendido por no tener la vivencia personal de desear la propia muerte. Por otra parte, al cuestionar a una persona suicida se cuestionaría su sufrimiento, lo cual corresponde a una vivencia individual y subjetiva. Junto con esto, se plantea que el fenómeno es multidimensional, por lo que no es adecuado realizar juicios de valor.

«No sé si pueda hacer un juicio de valor frente a algo que yo no puedo comprender... porque si bien yo he tenido situaciones difíciles, nunca mi salida ha sido esa» [E14, 1].

Al analizar las entrevistas, llama la atención las ambivalencias que se observan dentro de una misma narrativa frente al suicidio, dando cuenta de la dificultad de los profesionales para aproximarse a una realidad compleja. Estas ambivalencias se observan en relación con la validación de la muerte voluntaria en ciertas circunstancias en oposición al rechazo del acto suicida o al juicio que pueda desprenderse de estas acciones (tabla 2).

Discusión

El suicidio es un problema de salud pública y una preocupación a nivel mundial, dado el aumento sostenido de las tasas de incidencia y prevalencia.

Este artículo recoge, desde la perspectiva de profesionales de la salud, las creencias de profesionales de APS con relación a la validación y juicio de la conducta suicida en los consultantes.

Los resultados del estudio muestran la relativización del valor de la vida de los participantes frente a algunas condiciones de los usuarios y las significativas contradicciones respecto al término de la vida de forma voluntaria, las cuales se pueden analizar desde 2 perspectivas:

La más frecuente contradicción corresponde a no legitimar el suicidio, pero, a la vez, a aceptar y validar la muerte voluntaria en personas que se encuentran bajo ciertas circunstancias de sufrimiento. Es relevante que los planteamientos que rechazan la conducta suicida en este tipo de contradicción están basados principalmente en argumentos de principios, los cuales sostienen la opinión de que ninguna persona debe tener el derecho a ponerle fin a su propia vida o a la de otra persona, ya que la vida pertenece a Dios, o que la intención de acelerar la muerte es contra la naturaleza humana y una degradación de la humanidad¹⁴. Cabe preguntarse ¿por qué se plantea esta línea argumentativa cuando, a la vez, se considera que sí es aceptable terminar con la vida de alguien que lo solicita?

En primer lugar, es necesario considerar el contexto social actual y su influencia en la evolución de las representaciones sociales sobre el término de la vida de forma voluntaria. Las sociedades occidentales están más abiertas a la posibilidad de legislar y aceptar la eutanasia y el suicidio asistido frente a ciertas condiciones de sufrimiento, lo que ha sido asociado a la pérdida de fuerza de la argumentación

de principios a raíz de la secularización y la individualización dentro de las sociedades occidentales, junto con la disminución de los tabúes relacionados con la muerte y un mayor reconocimiento que prolongar la vida no siempre debe ser la opción preferida^{14,15}. También se ha planteado la pérdida de identificación de las sociedades occidentales con credos religiosos específicos, los cuales tendrían una importante influencia en los argumentos de principios⁴⁻¹⁷. Chile no ha sido la excepción y si bien no es posible afirmar que el país se componga en la actualidad de una sociedad tradicional religiosa o secular-racional, sí es claro que ha vivido una transición durante las últimas décadas. Los resultados de este estudio no muestran la influencia de la espiritualidad de los profesionales de salud en las diferentes posturas.

Otro factor involucrado tiene relación con una confusión de conceptos relativos al debate del término de la vida voluntario, principalmente frente a la legitimización de la muerte voluntaria en ciertos contextos. Ejemplo de ello es la validación de la eutanasia cuando la persona se encuentra en cuidados paliativos. Este último corresponde en realidad a un área de la medicina que se ha convertido en uno de los principales argumentos sin principios contra la eutanasia y el suicidio asistido, que postulan que proporcionar asistencia para morir es esencialmente incorrecto en todas las circunstancias, porque las consecuencias negativas superan estos posibles beneficios¹⁵. La no consideración de los cuidados paliativos como una alternativa a la eutanasia o suicidio asistido es relevante, ya que no queda claro si existe una subvaloración del potencial de los cuidados paliativos o un déficit en el conocimiento de su rol en el tratamiento de la persona en condición terminal.

La segunda perspectiva al analizar los resultados tiene relación con la forma en que el profesional se aproxima a una persona que desea terminar de forma voluntaria con su vida. La mayoría de los participantes explicita que no debe juzgarse a la persona, pero, finalmente, dentro del mismo relato, adoptan una actitud a favor o en contra del término voluntario de la vida, la cual no se hace consciente. Al analizar los resultados en la contradicción *no juzgar la conducta suicida pero legitimar la muerte voluntaria*, es posible identificar que los participantes argumentan sus actitudes poniendo el foco en sí mismos y sus propias experiencias. Esta ambivalencia pudiese estar explicada por los modelos que enfatizan el papel de la cognición en el estudio del estigma. Las creencias sociales son manifestadas a través de los estereotipos y conforman la faceta cognitiva del estigma¹⁸. Cuando estas estructuras de conocimiento aprendidas generan una respuesta emocional negativa en una persona, se ponen en marcha los prejuicios (componente emocional del estigma), que se manifiestan a través de conductas que pueden llegar a la discriminación (componente del comportamiento en el estigma)¹⁸.

Las personas que tienen incorporados valores relacionados con evitar prejuicios tienden a no aplicar estereotipos. Sin embargo, aun deseando no hacerlo, no siempre pueden controlar que estos afecten su modo de procesar la información acerca de los demás^{19,20}. Es así como su valoración entra en conflicto a la hora de evaluar sus características y, en consecuencia, dicha valoración se caracteriza por la ambivalencia. Las personas con sentimientos ambivalentes

Tabla 2 Creencias ambivalentes respecto al término de la vida de forma voluntaria

Rechazo del acto suicida /validación de la muerte voluntaria en ciertas circunstancias

«Pienso que como que no es la forma, como que siempre hay como otro tipo de salidas por más que uno se vea como en el fondo de una situación... de repente como que se necesita otra fuente de ayuda» [E2, 17]

«La rabia en que siento que no tiene que pasar eso. Es inconcebible. No puede» [E11, 20]

«[...] para mí en verdad no es válido. O sea, no es válido, no me parece que vaya en el orden natural de las cosas. Porque igual yo, a pesar de que ahora no practico nada (religión), yo igual pienso que todos venimos al mundo y todos tenemos como algo que hacer, o por algo venimos... he igual como que hacerlo no es el orden natural. Entonces para mí no me parece como una salida muy válida» [E13, 22]

«Como que ahí la opción del suicidio como que para mí de alguna forma sí sería válida, pero yo no le puedo decir eso al paciente (en caso de abuso sexual) [E2, 17]... como que frente a ese tipo de situación como que para mí sí sería válido el suicidio» [E2, 27]

«En esos contextos de vida... para mí... ¿Cómo válido? Sería así como un paciente en cuidados paliativos, que solamente este viviendo mal, ósea una mala calidad de vida, no se... con litros de morfina... cosas así. Y si el paciente está en sus cabales y dice quiero terminar con mi vida es totalmente válido» [E11, 27]

«[...] yo estoy de acuerdo con la eutanasia en ciertos casos. Porque a veces no es justo que pacientes que tengan, no sé, 20 años postrados, que son pacientes que no están conscientes, o son pacientes que están en condiciones no dignas de vida... Si pacientes con enfermedades terminales quisieran hacer como eutanasia asistida y todo, yo creo que es válido... yo creo que nadie quiere llegar a eso, entonces me parece que podría ser una opción válida» [E13, 23]

Rechazo del acto suicida /juicio de valor

«Yo no la juzgo o trato de no juzgar, pero es verdad que uno se plantea todo, si igual uno tiene como un conflicto interno que dura como un medio minuto... pero prevalece el tratar de ayudar a esa persona» [E1, 72]

«Y yo tampoco los juzgo, o sea, la persona que se suicidó entiendo que en ese minuto no tenía más salida» [E12, 30]

«Siento que no tengo ningún juicio de valor frente a ellos. Incluso siendo una persona creyente, tampoco creo que podría hacer un juicio de valor... entonces no sé si pueda hacer un juicio de valor frente a algo que yo no puedo comprenderlo...» [E14, 14]

«Como que no sé, no es que uno diga si está justificado y el otro no, la verdad es que no lo justifico en ninguno de los 2 [E1, 24]... entonces como lo voy a ayudar yo... si yo estoy como en un conflicto con esa persona... pero eso no debería pasar... » [E1, 54]

«No, yo viendo de afuera como friamente... no. Siempre hay una salida. No lo va a ver claramente la persona que está ahí, por eso estamos nosotros para apoyarlo» [E12, 24]

Es curioso... a mí me cuesta un poquito tal vez... yo creo que la palabra es empatizar, que tu sufrimiento es tanto que no puedes salir adelante... entonces como no puedo empatizarlo, me cuesta validarlo en el sentido de ¿cómo no va a haber alguna otra forma de que en verdad... ? Pero desde mi perspectiva, desde mi pensamiento, yo creo que se puede salir adelante, me cuesta validarlo» [14,24]

Juicio de valor /validación de la muerte voluntaria en ciertas circunstancias

«Ha ido como cambiando mi pensamiento, y más allá de cuestionarlo, pienso que hay que pensarlo... y ayudar en ese proceso, no tanto cuestionando lo que pasó como diciendo "ya, estuvo mal o estuvo bien", sino que más bien pensarlo, por qué pasa». [E5, 19]

«Para nada juzgarlo, ni que es gente pelotuda, que está aburrida, que no [E3, 17]... Creo que hay que ser muy respetuoso y cuidadoso de hacer conjeturas y análisis sin conocer a las personas, cómo se relacionan, cómo... con quienes viven, qué hacen, en qué trabajan» [E3, 47]

«Siento que hoy día como que no puedo hacer un juicio porque nunca he pasado por eso. Porque uno no está en las ropas, no está en los zapatos de esa persona» [E14, 16]

«Muchas veces se me viene la palabra en esto del suicidio asistido como una alternativa válida para aquellas personas que han tenido un sufrimiento que los supera bastante, optan por quitarse la vida... Entonces para mí el suicidio sí es algo que pudiese considerarlo válido en estas como situaciones puntuales» [E5, 25]

Como que el sufrimiento mental está... es como casi que todos lo tienen que superar, no así el sufrimiento físico. El sufrimiento físico es algo que todos un poco se compadecen, ¿de la chica con fibrosis quística que está respirando con un cuarto de pulmón y quiere morir?... sí, ok. Pero también hay una cuestión, un componente mental importante que yo creo que te agota, así como lo físico, de todas maneras» [E3, 18]

«Mira, la verdad es que, no sé si lo piense como en el suicidio... pero yo creo que a pesar de que soy una persona creyente, yo estoy súper de acuerdo con la eutanasia. O sea, yo creo que uno no está en la vida para pasarlo mal. Yo no sé si la palabra es suicidio, pero yo estoy de acuerdo con la eutanasia. O sea, yo quisiera poder ponerle fin a mi vida» [E14, 22]

hacia grupos estigmatizados muestran comportamientos extremos hacia ellos, lo que se denomina «amplificación de la respuesta» (como medio para reducir el malestar generado por la ambivalencia). Esto es posible observarlo en los resultados en la necesidad de distanciamiento emocional planteada por los participantes cuando se enfrentan a la situación.

El segundo comportamiento corresponde a que el modo de enfrentarse al grupo va a ser altamente inconsistente y dependiente de cada situación, dado que la actitud predominante va a variar en función del contexto¹⁹. Esto se ve reflejado en la escasa claridad en la identificación de las emociones que refirieron particularmente estos participantes frente a personas con conductas suicidas.

Por último, en los profesionales que plantean la postura de *no juzgar la conducta suicida -pero legitimar el término voluntario de la vida en ciertas situaciones*, destaca que existe una alta valoración y respeto por la autonomía de la persona que desea su muerte. A diferencia de los argumentos que se plantean para no juzgar el suicidio en el punto anterior, estos son centrados en la persona que desea su propia muerte y no en la vivencia del profesional.

Conclusión

Las creencias de los profesionales de APS participantes de este estudio están caracterizadas por una relativización del valor de la vida y muestran ideas ambivalentes frente al término de la vida de forma voluntaria. Algunas de estas ideas se sostienen en juicios de valor frente a las personas con conductas suicidas. Por otro lado, los resultados muestran la confusión de conceptos relativos al debate del término de la vida de forma voluntaria, sobre todo frente la eutanasia y el suicidio asistido, dando cuenta de un déficit de conocimientos en los profesionales del estudio, lo que puede eventualmente impactar en la atención clínica que entregan, lo que debiera profundizarse en futuros estudios.

Las creencias y sus ambivalencias deben ser consideradas como una oportunidad para desarrollar programas de formación en conducta suicida ajustados a la realidad de los equipos de salud, que permitan un involucramiento real y mantenido de este nivel de atención en las estrategias nacionales de prevención.

Futuras investigaciones deben centrarse en la búsqueda de consenso representativo, para identificar aspectos sensibles para la práctica profesional en APS para orientar acciones hacia la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio, lo que se alinea con las políticas públicas vigentes en el país y con la propuesta de la OMS hacia una atención de salud que dé cuenta del principio de centralidad en el usuario reconociendo el derecho de las personas a alcanzar un completo estado bienestar en el nivel más alto posible.

Limitaciones

Los resultados de este estudio dan cuenta de las creencias sobre el suicidio de un grupo de profesionales de APS seleccionados por conveniencia y con un tiempo de experiencia amplio en Atención Primaria que, si bien comparten

elementos con otros estudios, no necesariamente son transferibles a otras realidades.

Puntos clave

Lo conocido sobre el tema

- El suicidio es un problema de salud pública global que afecta a 800.000 personas anualmente.
- Las creencias de los profesionales de la salud asociadas al suicidio son importantes barreras para que se implementen acciones preventivas.
- La formación y entrenamiento en habilidades de identificación y manejo temprano de la conducta suicida se ha descrito como una estrategia costo efectiva para su prevención en Atención Primaria de Salud.

Qué aporta el estudio

- Los resultados del estudio muestran la relativización del valor de la vida frente a algunas condiciones de los usuarios.
- Los resultados del estudio muestran la confusión de conceptos relativos al debate del término de la vida voluntario, principalmente entre la eutanasia y el suicidio asistido, dando cuenta de un déficit de conocimientos en los profesionales del estudio.
- Los resultados pueden orientar la capacitación de los equipos de salud en prácticas que permitan un involucramiento real y mantenido de este nivel de atención en las estrategias nacionales de prevención.

Consideraciones éticas

Este estudio y el consentimiento informado utilizado fueron aprobados por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile y el Comité Ética Científico Adultos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO). Se declara que se siguieron todos los procedimientos éticos correspondientes en todas las fases de desarrollo de este estudio (ID: 171226005).

Financiación

El estudio no fue financiado por ninguna institución en ninguna de sus fases de desarrollo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Claudia Alcayaga, profesora asistente de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por su apoyo en el proceso de desarrollo de este estudio.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2023.102839](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102839).

Bibliografía

1. World Health Organization. Suicide data. Ginebra: WHO Press; 2019.
2. World Health Organization WHO. Preventing suicide: Live life implementation. 2022.
3. World Health Organization WHO. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. 2021.
4. World Health Organization WHO. Preventing suicide: A global imperative. 2014.
5. Ministerio de Salud. Informe de mortalidad por suicidio en Chile: 2010-2019. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2022.
6. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención de Suicidio. Orientaciones para su implementación. 1.ª edición Chile.: Ministerio de Salud; 2013.
7. Vedana KG, Magrini DF, Zanetti AC, Miaso AI, Borges TL, Santos MA. Attitudes towards suicidal behavior and associate factors among nursing professionals: A quantitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24(9-10):651-9, <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12413>.
8. Almeida AS, Silva AC, Almeida de Moura A, Miaso AI, Graziani Giaccherio Vedana K. Meanings of suicidal behavior from the perspective of primary care professionals. *Public Health Nurs*. 2021;38:564-70, <http://dx.doi.org/10.1111/phn.12880>.
9. Scribano A, De Sena A. Las segundas partes sí pueden ser mejores: Algunas reflexiones sobre el uso de datos secundarios en la investigación cualitativa. *Sociologías*. 2009;11:100-18 [consultado el 5 de agosto de 2023]. Disponible en https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222009000200006&script=sci_abstract&lng=es.
10. Streubert H, Carpenter D. Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative. 5.ª edición Wolters Kluwer Health; 2011.
11. Charmaz K. Constructing Grounded Theory: Practical guide through qualitative analysis. 2.ª edición. SAGE; 2006.
12. Guba EG. Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En: Sacristán G, Pérez G, editores. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Akal; 1989. p. 148-65.
13. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Lolas F, Quezada A (editores). *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas*. Santiago, Chile: Organización Panamericana de Salud. pp. 83-95. [consultado el 18 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/BIO/pautas.pdf>.
14. Van der Heide A. 'Physician - Assisted suicide and eutanasia'. En: Nock MK, editor. *The Oxford Handbook of suicide and self-injury*. Nueva York: Oxford University Press; 2014. p. 460-78.
15. Carrasco VH, Crispi F. Eutanasia en Chile: una discusión pendiente. *Rev Med Chile*. 2016;144:1598-604.
16. Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, Deboosere P, van der Wal G, Deliens L. European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Soc Sci Med*. 2006;63:743-56.
17. Inglehart R, Welzel C. The WVS cultural map of the world. [consultado en Sep de 2016]. Disponible en: http://www.worldvaluessurvey.org/wvs/articles/folder_published/article_base_54.
18. Ottati V, Bodenhausen GV, Neuman LS. Social psychological models of mental illness stigma. En: Corrigan PW, editor. *On the stigma of mental illness*. Washington D.C: American Psychological Association; 2005. p. 99-128.
19. Muñoz M, Pérez SE, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense; 2009.
20. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012;17, <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>.