



**Universidad  
Europea MADRID**

**DOCENTES COMO AGENTES DE PREVENCIÓN  
DEL SUICIDIO: RELACIÓN ENTRE ESTIGMA Y  
AUTOEFICACIA PERCIBIDA**

---

Máster de Psicología General Sanitaria

---

Autora: Ana Belén URREA CORRES

Tutora: Elena Huguet

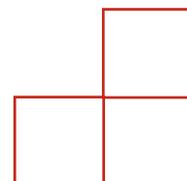
28 de febrero de 2023

Nº palabras: 9.847

**Campus Villaviciosa de Odón**  
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón  
28670 Madrid

[universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)

**Campus Alcobendas**  
Avenida Fernando Alonso, 8  
28108 Madrid



## **Resumen**

El incremento de las tasas de suicidio en población infanto-juvenil y adolescente de los últimos años es un asunto de máxima gravedad que requiere ser atendido de manera inminente por nuestras sociedades. La literatura científica advierte de que los planes de prevención para paliar el suicidio son efectivos y es la vía de trabajo más adecuada para frenar esta lacra social que tiene un carácter multifactorial y, por lo tanto, requiere de una mirada y una intervención compleja e interdisciplinar.

Los docentes son reconocidos como agentes eficaces en los planes de prevención del suicidio. La intervención comunitaria dirigida a la formación y sensibilización de los docentes como agentes de prevención del suicidio es una inestimable vía de trabajo que no puede ignorarse en cualquier plan de prevención estatal de la conducta suicida en niños y adolescentes.

La mejora de los planes de formación de docentes como agentes de prevención del suicidio («Gatekeepers») exige estudiar el nivel de estigma asociado a la conducta suicida en la población docente española, así como el nivel de habilidades percibidas que los propios docentes muestran para hacer frente a su rol como guardianes.

El resultado del estudio permite concluir que debemos abogar por la implementación estructurada de planes de prevención de suicidio a nivel estatal y, con este propósito, se sugieren propuestas en cuanto a la forma y los contenidos que deberían ser tomados en cuenta para la elaboración de planes de formación de docentes como agentes de prevención del suicidio.

## **Palabras Clave**

Adolescentes, agentes de prevención (Gatekeepers), autoeficacia percibida, docentes, estigma, infanto-juvenil, programas de prevención, suicidio.

**Abstract**

In recent years the suicide rate in children and adolescent have significantly increased and this is an issue of the utmost gravity that needs to be immediately addressed by our societies. The scientific literature warns that prevention plans to lighten suicide are effective and is the most appropriate way of working to curb this social scourge that has a multifactorial character and therefore requires a complex intervention and interdisciplinary look.

Teachers are recognized as effective agents in suicide prevention plans. Community intervention aimed at training and sensitizing teachers as suicide prevention agents is an invaluable way of working that cannot be ignored in any State Prevention Plan for suicidal behavior in Children and Adolescents.

The improvement of teacher training plans as suicide prevention agents (Gatekeepers) requires studying the level of stigma associated with suicidal behavior in the Spanish teaching population, as well as the level of perceived skills that teachers themselves show to cope with to their role as guardians.

The result of the study allows us to conclude that we must advocate for the structured implementation of suicide prevention plans at the state level, therefore with this purpose, proposals are suggested regarding the form and contents that should be considered for the preparation of plans and training of teachers as suicide prevention agents.

**Keywords**

Adolescents, teenagers, prevention agents (Gatekeepers), perceived self-efficacy, teachers, stigma, child and adolescent, prevention programs, suicide.



<b>INDICE DE IMÁGENES Y TABLAS.....</b>	<b>6</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
1.1 Introducción .....	7
1.2 Docentes como agentes de prevención de la conducta suicida infanto-juvenil. ....	9
1.3 Capacitación de los docentes como agentes de cambio en programas de prevención del suicidio. ....	11
1.4 Estigma social y creencias actitudinales.....	12
1.5 Teoría Cognitivo Social de Bandura. ....	13
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
2.1 Objetivo Principal .....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
<b>3. HIPÓTESIS DE TRABAJO .....</b>	<b>16</b>
3.1 Hipótesis Principal .....	16
3.2 Hipótesis Específicas .....	17
<b>4. METODOLOGÍA .....</b>	<b>18</b>
4.1 Diseño de la investigación.....	18
4.2 Participantes.....	18
4.2.1- Criterios de inclusión y exclusión .....	18
4.2.2- Descripción de la muestra .....	18
4.3 Instrumentos .....	21
4.3.1. The Stigma of Suicide Scale-Short Form Spanish Version (SOSS-SF-S) .....	21
4.3.2. Escala de Autopercepción de competencias .....	21
4.3.3. Cuestionario Sociodemográfico de elaboración propia.....	22
4.4 Procedimiento .....	23
4.5 Análisis Estadístico .....	25
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>25</b>
5.1 Análisis descriptivos.....	25
5.2 Análisis Inferenciales.....	27
<b>7.-DISCUSIÓN .....</b>	<b>31</b>



<b>7.1 CONCLUSIONES</b> .....	<b>31</b>
<b>7.2 LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE INVESTIGACION FUTURAS</b> .....	<b>41</b>
7.2.1. En cuanto a los instrumentos de medición .....	41
7.2.2. En cuanto al procedimiento.....	42
7.2.3. En cuanto al valor del efecto .....	43
<b>8. REFERENCIAS</b> .....	<b>45</b>
<b>8. ANEXOS</b> .....	<b>52</b>
<b>ANEXO I. Consentimiento Informado</b> .....	<b>52</b>
<b>ANEXO II. Cuestionario Sociodemográfico</b> .....	<b>54</b>
<b>ANEXO III. The Stigma of Suicide Scale-Short Form Spanish Version (SOSS-SF-S)</b> .....	<b>56</b>
<b>ANEXO IV. Escala de Autopercepción de competencias</b> .....	<b>58</b>
<b>ANEXO V. Instrucciones de corrección SOSS-SF-S</b> .....	<b>59</b>



## INDICE DE IMÁGENES Y TABLAS

<b>Figura 1</b> .....	<b>7</b>
<i>Continuo de la conducta suicida</i> .....	<b>7</b>
<b>Tabla 1</b> .....	<b>19</b>
<i>Tabla de frecuencia para experiencia con la conducta suicida en el ámbito de su profesión</i> .....	<b>19</b>
<b>Tabla 2</b> .....	<b>20</b>
<i>Tabla de frecuencias para experiencia con la conducta suicida en su ámbito personal</i> .....	<b>20</b>
<b>Tabla 3</b> .....	<b>20</b>
<i>Frecuencias para años de experiencia profesional</i> .....	<b>20</b>
<b>Tabla 4</b> .....	<b>20</b>
<i>Frecuencias para formación relativa a la prevención del suicidio infanto-juvenil</i> .....	<b>20</b>
<b>Tabla 5</b> .....	<b>26</b>
<i>Resultados descriptivos para nivel de estigma y habilidades percibidas</i> .....	<b>26</b>
<b>Tabla 6</b> .....	<b>27</b>
<i>ANOVA de 1 Factor para Nivel Educativo en el que imparten formación</i> .....	<b>27</b>
<b>Tabla 7</b> .....	<b>28</b>
<i>Contraste de Normalidad (Shapiro-Wilk) para autoeficacia percibida y haber recibido formación en la prueba S de Student</i> .....	<b>28</b>
<b>Tabla 8</b> .....	<b>28</b>
<i>T de Student formación prevención de conducta suicida</i> .....	<b>28</b>
<b>Tabla 9</b> .....	<b>29</b>
<i>T de Student Experiencia con la Conducta suicida</i> .....	<b>29</b>
<b>Tabla 10</b> .....	<b>30</b>
<i>Tablas de Contingencia Chi Cuadrado para nivel educativo en el que imparten formación los docentes y si han tenido experiencia con la conducta suicida en el ámbito profesional</i> . .....	<b>30</b>

## 1. MARCO TEÓRICO

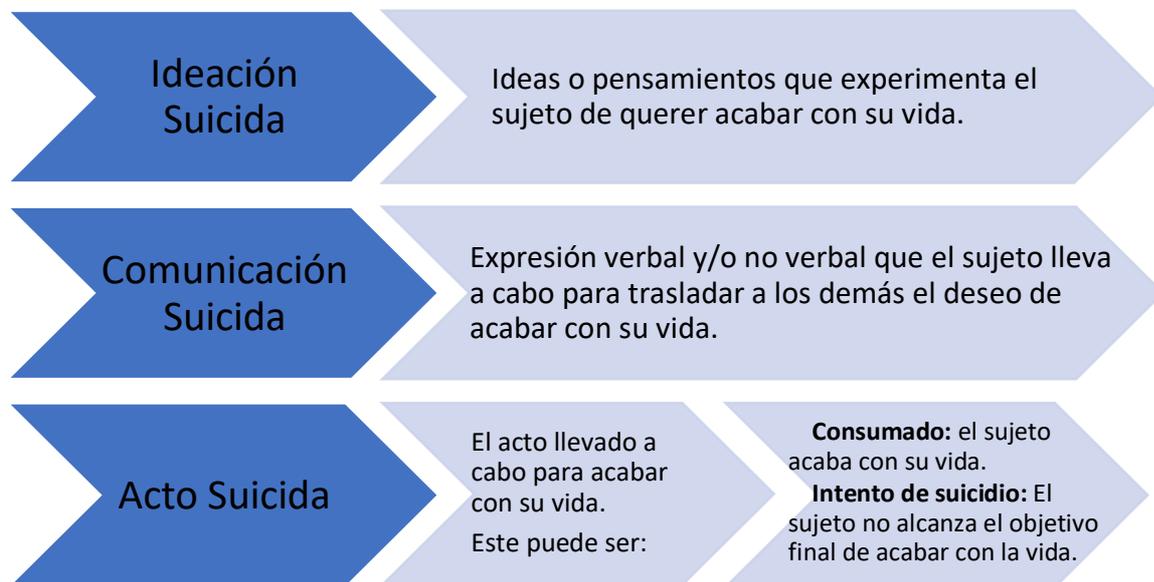
### 1.1 Introducción

La investigación en torno a la conducta suicida y su prevención es un tema complejo que requiere de una mirada multifactorial. Para poder abordar cualquier elemento relacionado con la conducta suicida es relevante hacer una aproximación adecuada al propio concepto.

La conducta suicida hace referencia a un continuo que inicia con la ideación suicida, pasa por una fase en la que se manifiesta el deseo de morir hasta concluir o no, en el propio acto suicida (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Fonseca-Pedrero y Pérez Albéniz, 2020; Pedrero et al., 2020; Bella et al., 2010).

#### Figura 1.

*Continuo de la conducta suicida*



Nota. Fases que pueden observarse dentro de la conducta suicida. Fuente: Pedrero et al. 2020

Cada año mueren más de 703.000 personas como consecuencia de suicidios consumados en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). En 2021 fallecieron 4.003 personas en España por suicidio, lo que implica una media de cerca de 11 personas al día. Con estas cifras, 2021 se convirtió en el año con mayor número de suicidios registrado en la historia de España desde el año 1906 (Fundación Española para la prevención del Suicidio [FSME], 2021).

A las muertes por suicidio hay que añadir los intentos y la ideación suicida. Según cálculos de la OMS existirían unos 20 intentos por cada suicidio consumado. Algunos estudios epidemiológicos (Gabilondo et al., 2007) señalan también que la ideación suicida podría afectar a lo largo de la vida a entre el 5% y el 10% de la población española. Eso significa que en un año podrían producirse en torno a 80.000 intentos de suicidio en España y que entre dos y cuatro millones de personas posean ideación suicida a lo largo de su vida (OMS, 2021; FSME, 2020).

En 2021 el suicidio fue la principal causa de defunción en los adolescentes de entre 15 y 29 años (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2022). El avance del informe del Observatorio del Suicidio (2021) publica que a lo largo de 2021 se registraron 22 suicidios de menores de 15 años (14 niños y 8 niñas) y 316 muertes por esta causa entre adolescentes de 15 a 29 años. En España se ha identificado una prevalencia de ideación suicida en población infanto-juvenil del 30%, y una prevalencia de intentos suicidas que ronda el 4% (Fonseca-Pedrero et al., 2019).

Estas cifras señalan en el suicidio infanto-juvenil un problema de salud pública a observar por nuestras sociedades. Se requieren planes de acción orientados a prevenir, paliar o aminorar este problema que en gran medida está siendo silenciado. Los daños que produce en nuestras sociedades no se limitan exclusivamente a las consecuencias terribles de la muerte, sino a los devastadores efectos colaterales que produce el suicidio en términos personales, familiares, educativos y socioeconómicos (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Fonseca-Pedrero et al., 2020).

## **1.2 Docentes como agentes de prevención de la conducta suicida infanto-juvenil.**

La investigación científica sobre la prevención del suicidio en población infanto-juvenil abre un amplio campo de investigación. A lo largo de los últimos años se han implementado diferentes programas de prevención y son varias las medidas que en este campo han mostrado eficacia (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Fonseca-Pedrero et al., 2019; Fonseca-Pedrero et al., 2020; La Fromboise y Hussain, 2015; Zalsman et al., 2016).

Para que las iniciativas preventivas de los países sean eficaces, estas deben aplicar una estrategia multisectorial e integral (OMS, 2021). Debido a la complejidad de los factores de riesgo biológicos y ambientales del suicidio juvenil, a día de hoy, todavía existe un importante desafío que nos orienta a seguir explorando planteamientos que permitan identificar buenas prácticas en la implementación de programas de prevención del suicidio en los jóvenes (Gabilondo, 2020).

Contar con el apoyo de las familias y de los profesionales de la salud son elementos indispensables en la planificación integral y multisectorial de la prevención del suicidio infanto-juvenil (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Soto-Sanz et al., 2019). Sin embargo, tal y como señalan Cañón et al. (2018) “con frecuencia, las conductas suicidas en jóvenes pasan inadvertidas por los padres y los profesionales de la salud” (p.29).

El peso de los factores socioeconómicos y culturales aconsejan trabajar también desde una perspectiva no sanitaria, con intervenciones dirigidas a sensibilizar y a formar agentes clave dentro del sistema educativo y de la propia ciudadanía en su conjunto (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Fonseca-Pedrero y Pérez Albéniz, 2020; Gabilondo, 2020).

Desde esta perspectiva, los centros educativos, donde los niños y adolescentes pasan una gran parte de su tiempo, se convierten en escenarios fundamentales para la implementación de

programas de prevención del suicidio en población infanto-juvenil (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Cañón et al., 2018; Ross et al., 2017; Soto-Sanz et al., 2019).

El suicidio consumado o los intentos autolíticos presentan tasas más bajas en la infancia (FSME, 2021; OMS, 2021; INE, 2022). Sin embargo, estas tasas se van incrementando exponencialmente a lo largo de la adolescencia (FSME, 2021; OMS, 2021; INE, 2022). Teniendo en cuenta que la conducta suicida es un continuo y debemos de observarlo desde su origen, se entiende necesario planificar una estrategia de prevención del suicidio infantil desde las etapas más tempranas de la infancia. Traducido al contexto educativo, la prevención debe abordarse a lo largo del continuo de la vida académica de los alumnos, iniciándose en educación primaria (6-12 años), continuando en secundaria, bachillerato o formación profesional de grado medio (13-18) y acompañando también en los estudios de formación profesional de grado superior o de grado universitario (19-22 años) (Soto-Sanz et al., 2019).

Dentro del contexto educativo, la figura de los docentes se convierte en una figura de referencia para los alumnos. Los docentes mantienen un trato directo, íntimo y cercano en relación constante con los alumnos. Desde aquí podemos identificar a los profesores como agentes fundamentales en los programas de prevención, pues su rol les permite advertir señales de riesgo y alerta para intervenir desde la primera línea ofreciendo apoyo inmediato a los alumnos y activando líneas y protocolos de actuación interdisciplinarios (Ross et al., 2017).

Atendiendo al importante rol que los profesores pueden adquirir como mediadores y agentes colaboradores en la prevención del suicidio infanto-juvenil resulta relevante indagar sobre sus actitudes, sus conocimientos sobre conducta suicida, así como las capacidades que refieren sobre sí mismos para poder abordar este tema en el aula.

Ross et al. (2017) realizaron una investigación cualitativa con profesores australianos en la que abordan cuál es la perspectiva de los docentes en cuanto al suicidio infanto-juvenil, la prevención del mismo desde los centros educativos y su rol como agentes principales en los programas de prevención. De dicha investigación extraen dos temas principales e interrelacionados entre sí como elementos clave para valorar su rol como agentes principales en la prevención del suicidio en los estudiantes:

1.- La necesidad de recibir programas específicos de formación y capacitación para actuar como agentes clave en la prevención del suicidio.

2.- La necesidad de adquirir una mayor conciencia y la eliminación del estigma sobre el suicidio como elementos esenciales para la prevención del suicidio en niños y adolescentes (Nicholas et al., 2022).

### **1.3 Capacitación de los docentes como agentes de cambio en programas de prevención del suicidio.**

Diferentes revisiones sistemáticas (Mo et al., 2018; Stickl et al., 2022; Torok et al., 2019) en torno a los programas de capacitación para profesores y padres como agentes de prevención del suicidio infanto-juvenil han llevado a la conclusión de que dichos programas han resultado efectivos para mejorar el conocimiento de estos agentes en torno a la conducta suicida infanto-juvenil. Sin embargo, estas revisiones sistemáticas no señalan cambios significativamente importantes en las actitudes que los participantes refieren hacia el suicidio juvenil. Así mismo, tampoco muestran evidencia de un cambio significativo en el comportamiento de los docentes en cuanto a sus labores de identificación, acompañamiento y protección de estudiantes en riesgo de suicidio.

Estos resultados llevan a reflexionar en torno a la necesidad de hacer una revisión crítica de los programas de formación para los docentes como agentes de prevención del cambio. Resulta de interés detectar variables que muestren eficacia en la mejora de las habilidades de los docentes para llevar a cabo tareas como la identificación, vigilancia y el acompañamiento de los jóvenes con riesgo de conducta suicida (Mo et al., 2018; Stickl et al., 2022; Williford et al., 2021).

Nos encontramos ante una tesis que probablemente tenga un origen multifactorial y para cuya resolución sea necesario también recurrir a un abordaje multifacético (Stickl et al., 2022). En este marco, algunos estudios han señalado la importancia de valorar posibles relaciones entre las actitudes hacia la conducta suicida y la autoeficacia percibida. (McConnellogue y Storey, 2017).

#### **1.4 Estigma social y creencias actitudinales**

Cuando hablamos de «estigma» nos referimos al conjunto de creencias y actitudes que inducen a las personas a rechazar, evitar o temer a un grupo de personas que son percibidos como diferentes con respecto a la norma. El «estigma público» se identifica como el prejuicio y discriminación que está respaldado por la población general y que se dirige hacia un grupo de personas que comparten una característica. Ligado al estigma público, nos referimos al «estigma estructural» como el conjunto de prácticas, reglas o políticas que se amparan institucionalmente para restringir los derechos y/o oportunidades de determinados ciudadanos que pueden ser portadores de un estigma público (Batterham et al., 2019; Carpiniello y Pinna, 2017; Nicholas et al., 2022)

El suicidio es una de las conductas humanas que mayor riesgo de estigmatización genera (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Carpiniello y Pinna, 2017; Fonseca Pedrero y Pérez Albéniz, 2020; Nicholas et al., 2022). En nuestras sociedades existe un fuerte estigma público y estructural que

da lugar al mantenimiento de actitudes prejuiciosas hacia aquellas personas que cometen o han cometido cualquier tipo de acción relacionada con la conducta suicida (ideación, verbalizaciones, intento de suicidio o suicidio consumado) (Nicholas et al., 2022).

La discriminación es la respuesta conductual asociada al prejuicio y depende esencialmente del tipo de reacción emocional asociada con este último. La población general ejerce discriminación directa hacia quienes han mostrado en algún momento de sus vidas rasgos asociados a la conducta suicida. En estos casos se ha evidenciado que el tipo de discriminación se refiere a procesos de distanciamiento o aislamiento social, similar al que se lleva a cabo con otro tipo de poblaciones como las minorías étnicas o religiosas (Carpiniello y Pinna, 2017; Nicholas et al., 2022).

Aunque la evidencia científica es modesta, algunas investigaciones comienzan a señalar la efectividad de algunas intervenciones a través de las cuales y reduciendo el estigma ante la conducta suicida, se ven reducidas así las actitudes estigmatizantes y, en consecuencia, también las conductas de carácter discriminatorio de los sujetos que pertenecían a las muestras estudiadas (Nicholas et al., 2022).

Todo ello apunta a la necesidad de establecer formas estructuradas y permanentes de acción entre expertos, sociedades científicas y medios de comunicación para promover amplios esfuerzos educativos destinados a proporcionar una visión más profunda de la conducta suicida y ayudar a reducir el estigma social y estructural asociado a la misma (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Carpiniello y Pinna, 2017; Cañón et al., 2018; Chávez-Hernández et al., 2008; Fachinelli et al., 2005).

### **1.5 Teoría Cognitivo Social de Bandura**

Las variables expuestas hasta ahora como son el conocimiento adquirido a través de la formación, la autoeficacia percibida o la influencia del contexto socio-cultural (estigma), fueron ya señaladas por Albert Bandura, en su Teoría Cognitivo-Social (SCT;1982,1989) como elementos que influyen o determinan la conducta emitida por un sujeto. El autor rechaza los extremos tanto ambientalistas como el determinismo personal en la explicación de la conducta humana y mantiene que es la interacción de factores ambientales, personales y conductuales lo que explica o da lugar a la conducta humana.

Tal y como señalan Stickl et al. (2022):

*Bandura identifica la autoeficacia como la creencia de un individuo en su capacidad para influir en el cambio; las personas evitarán actividades que creen que están más allá de sus capacidades, pero se involucrarán en actividades que creen que son capaces de realizar. Así, la autoeficacia percibida influye en el comportamiento posterior. (p.4)*

Desde esta perspectiva, cabe identificar cómo el contexto cultural —entendido desde los constructos sociales (estigma social) creados en torno a la conducta suicida— y el conocimiento adquirido sobre un determinado tema, puedan ser variables que afecten directamente a la autoeficacia percibida que, a su vez, determine el comportamiento concreto que los docentes puedan poner en marcha en su rol como agentes de prevención del cambio (Nicholas et al., 2022).

El estudio de las condiciones y variables relacionadas con el personal que aborda y trabaja en la primera línea la prevención del suicidio es un tema tan relevante como su conceptualización misma. Estos agentes deben estar preparados para desempeñar las funciones que dicho escenario trae consigo y saber proteger tanto su propia salud física y emocional, como la de quienes

muestran alguna evidencia de conducta suicida. (Duarte Peñalosa, 2018; Gallego et al., 2002; Nicholas et al., 2022).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Principal**

Estudiar el nivel de estigma social ante la conducta suicida que muestran los docentes de primaria, secundaria y grado universitario, así como el nivel de autoeficacia percibida por sí mismos como agentes de cambio en programas de prevención del suicidio infanto-juvenil.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Estudiar si existen diferencias significativas en el nivel de autoeficacia percibida entre profesores de educación en primaria, secundaria o grado universitario.
2. Estudiar si existen diferencias significativas en el nivel de estigma social sobre comportamiento suicida entre profesores de educación primaria, secundaria o grado universitario.
3. Estudiar si los docentes que han recibido formación relativa a la prevención de conducta suicida muestran diferencias en el nivel de autoeficacia percibida con respecto a los docentes que no han recibido dicha formación.
4. Estudiar si los docentes que han recibido formación relativa a la prevención de conducta suicida muestran diferencias significativas en el nivel de estigma social sobre

comportamiento suicida con respecto a los profesores que no han recibido dicha formación.

5. Estudiar si los docentes que han tenido experiencias previas con la conducta suicida en su ámbito personal o profesional, muestran diferencias significativas en sus niveles de autoeficacia percibida con respecto a aquellos docentes que no han tenido experiencias previas con la conducta suicida.
6. Estudiar si los docentes que han tenido experiencias previas con la conducta suicida en su ámbito personal o profesional, muestran diferencias en el nivel de estigma social sobre comportamiento suicida con respecto a aquellos docentes que no han tenido experiencias previas con la conducta suicida.
7. Estudiar la relación existente entre el nivel de estigma social ante la conducta suicida y el nivel de autoeficacia percibido por los docentes en su rol como agentes de cambio en programas de prevención del suicidio infanto-juvenil.

### **3. HIPÓTESIS DE TRABAJO**

#### **3.1 Hipótesis Principal**

Los docentes de formación primaria, secundaria y grado universitario mostrarán altos niveles de estigma social ante la conducta suicida y bajos niveles de autoeficacia percibida como agentes de prevención de suicidio infantojuvenil.

### **3.2 Hipótesis Específicas**

1. El nivel de autoeficacia percibida en docentes de primaria y secundaria será mayor que el nivel de autoeficacia percibida en docentes de grado universitario.
2. El nivel de estigma social ante la conducta suicida será igual en los docentes de primaria, secundaria y grado universitario
3. Los docentes que manifiestan haber recibido formación específica relacionada con prevención del suicidio infantojuvenil, mostrarán mayor nivel de autoeficacia percibida como agentes de cambio en programas de prevención del suicidio infantojuvenil.
4. Los docentes que manifiestan haber recibido formación específica relacionada con prevención de suicidio en población infanto-juvenil, mostrarán menor nivel de estigma social ante suicidio que aquellos que manifiestan no haber recibido programas específicos de formación.
5. Los docentes que han tenido alguna experiencia previa en el ámbito personal o profesional con la conducta suicida, mostrarán mayor nivel de autoeficacia percibida en sus funciones como agentes de cambio en programas de prevención del suicidio infantojuvenil.
6. Los participantes que han tenido alguna experiencia previa en el ámbito personal o profesional con la conducta suicida, indicarán menor nivel de estigma ante la conducta suicida.

7. Cuanto mayor sea el nivel de estigma que los docentes muestran ante la conducta suicida, menor será el nivel de autoeficacia percibida en su rol como agentes de cambio en programas de prevención del suicidio infanto-juvenil.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño de la investigación**

El presente estudio hace uso del método deductivo para tratar de dar respuesta a las hipótesis de investigación planteadas. Se propone la realización de un estudio transversal, cuantitativo, descriptivo y correlacional.

### **4.2 Participantes**

#### **4.2.1- Criterios de inclusión y exclusión**

Como criterios de inclusión se consideró necesario que los participantes fueran docentes de primaria, secundaria, formación profesional o grado universitario en activo y que impartiesen formación en la red española de centros de formación públicos, privados o concertados.

Los criterios de exclusión manejados tuvieron que ver con que los participantes no hubieran firmado el consentimiento informado, que no hubieran contestado adecuadamente a todos los apartados del cuestionario o que no cumplieran con todos los criterios de inclusión ya expuestos.

#### **4.2.2-Descripción de la muestra**

La muestra estaba compuesta por un total de 187 participantes de los cuales 133 eran mujeres (71%) y 54 eran hombres (29%). La media de edad del total de la muestra fue de 46 años y su

variabilidad se extiende desde los 27 años el participante más joven, hasta los 74 años del participante de mayor edad. En la muestra se han visto representados profesores de 11 Comunidades Autónomas de España, entre las que se incluyen Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid, Galicia, La Rioja, Navarra y el País Vasco. Del total de los participantes 130 (70%) eran profesores de centros educativos públicos y 57 (30%) pertenecían a la categoría de privados y concertados. 64 sujetos (34%) prestaban sus servicios en Educación Primaria, 93 (50%) en Educación Secundaria y 30 (16%) en el ámbito universitario.

Del total de los participantes el 45% identificó haber tenido experiencia directa con conducta suicida en las competencias directas del ejercicio de su profesión (Tabla 1). Esta experiencia fue percibida con un nivel de cercanía alto por 43 participantes (23%) y con un nivel de cercanía bajo por 42 participantes (22%). El 40% identificó haber tenido experiencia directa con conducta suicida en el ámbito personal (Tabla 2). Esta experiencia fue percibida con un nivel de cercanía alto por 41 participantes (22%) y con un nivel de cercanía bajo por 33 participantes (18%).

### **Tabla 1**

*Tabla de frecuencia para experiencia con la conducta suicida en el ámbito de su profesión*

Experiencia con la conducta suicida en el ámbito de su profesión	Frecuencia	Porcentaje
SI	85	45.4
No	102	54.5

Nota. n=187 Ausentes= 0

**Tabla 2**

*Tabla de frecuencias para experiencia con la conducta suicida en su ámbito personal.*

Experiencia conducta suicida ámbito personal	Frecuencia	Porcentaje
Si	74	39.5
No	113	60.4

Nota. n=187 Ausentes= 0

El 40% de los participantes declararon tener más de 20 años de experiencia profesional, mientras que el 29% declaró tener entre 10 y 20 años de experiencia y 30% menos de 5 años (tabla 3).

**Tabla 3**

*Frecuencias para años de experiencia profesional*

Años de experiencia profesional	Frecuencia	Porcentaje
De 0 a 10	57	30.4
De 10 a 20	55	29.4
Mas de 20	75	40.1

Nota: n=187 Ausentes= 0

Del total de la muestra sólo el 19% declaró haber recibido formación específica relativa a protocolos de actuación ante la conducta suicida en el ejercicio de su profesión (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Frecuencias para formación relativa a la prevención del suicidio infanto-juvenil*

Formación en prevención conducta suicida	Frecuencia	Porcentaje
No	151	80.7
Si	36	19.2

Nota. n=187 Ausentes= 0

### **4.3 Instrumentos**

#### **4.3.1. The Stigma of Suicide Scale-Short Form Spanish Version (SOSS-SF-5)**

La construcción de la escala original “The Stigma of Suicide Scale “(SOSS) pertenece a Batterham, Calear y Christensen (Batterham et al., 2013). La traducción del instrumento al español fue llevada y la validación psicométrica en población de habla hispana de la escala fue llevada a cabo por Hernández-Torres et al. (2021).

La escala mide las actitudes estigmatizantes hacia las personas que mueren por suicidio o intentan suicidarse.

El instrumento consta de 16 ítems en los que se describe con una sola palabra a sujetos que han fallecido por suicidio. Los ítems se califican mediante una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde 1 = totalmente en desacuerdo hasta 5 = totalmente de acuerdo.

#### **4.3.2. Escala de Autopercepción de competencias**

Se han seleccionado 6 ítems del instrumento creado ad-hoc por las profesoras Kristine Baber and Gretchen Bean de la Universidad de Hampshire para la implementación de su programa piloto sobre prevención de suicidio juvenil (Barber y Bean, 2009).

Este instrumento fue utilizado también por Barrueto et al. (2017) en su estudio “Autopercepción de conocimientos y competencias de profesores en la prevención de conductas suicidas adolescentes pre y post-intervención” (Barrueto et al., 2017).

Los ítems seleccionados miden competencias percibidas (nivel de autoeficacia percibido) por los docentes en su rol de agentes de prevención de suicidio infanto-juvenil y se responden a través de una escala tipo Likert de 5 puntos en la que el 0 totalmente en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo.

#### 4.3.3. Cuestionario Sociodemográfico de elaboración propia

Para el presente trabajo se ha presentado un pequeño cuestionario de recogida de información socio-demográfica de la muestra en los que se recogen datos relativos a:

- Género
- Edad
- Nombre del centro educativo para el que ejerce su función como docente.
- Nivel educativo para el que ejerce su función docente.
- Años de experiencia laboral ejerciendo como docente.
- Carácter público, privado o concertado de la institución educativa para la que ejerce su función como docente.
- Comunidad Autónoma en la que se localiza el centro en el que ejerce su función como docente.
- Experiencia personal previa con suicidio y grado de cercanía con la que la experiencia fue percibida.
- Experiencia previa con la conducta suicida en el ejercicio de su profesión y grado de cercanía con la que la experiencia fue percibida.
- Participación o no en planes de formación específica sobre prevención de suicidio infanto-juvenil en el ámbito de su desarrollo competencial como docente.

#### **4.4 Procedimiento**

La recogida de datos se lleva a cabo a través de un formulario Google Forms que se extiende por la población diana a través de WhatsApp y mediante el efecto bola de nieve.

Inicialmente se seleccionan 5 docentes de cada nivel educativo con quienes la investigadora contacta de manera personal para explicar el objeto de estudio y solicitar su colaboración a través de la difusión del estudio por WhatsApp entre sus redes de colegas y conocidos.

La información que aparece en el enlace Google Forms se divide en cuatro apartados que se presentan de forma consecutiva:

1.- Información detallada sobre el estudio. En este apartado se presenta el estudio avalado por la Universidad Europa y se proporciona información sobre el objetivo principal del mismo. Se detalla que el estudio está dirigido exclusivamente a docentes en activo que ejerzan su labor en niveles educativos de primaria, secundaria (incluye secundaria, bachillerato y FP) y grado universitario. Así mismo, se les invita a participar garantizando la confidencialidad de los datos y resaltando el carácter voluntario del mismo. Para poder acceder al siguiente apartado del estudio, es necesario señalar la casilla “He leído las condiciones de participación y acepto mi participación en el estudio”. La señalización de esta casilla cubre los efectos de aceptación y firma del consentimiento informado (Anexo I)

2.- Cuestionario socio-demográfico. (Anexo II)

3.- The Stigma of Suicide Scale-Short Form Spanish Version (SOSS-SF-S). (Anexo III).

#### 4.- Escala de autopercepción de competencias. (Anexo IV).

El plazo abierto para la recogida de información fue de 20 días a partir del envío a todos los docentes colaboradores y estuvo comprendida entre el día 6 y el día 26 de diciembre de 2022.

Con los datos extraídos de la muestra se hizo un trabajo previo de agrupación de variables para facilitar su manejo y el propio análisis estadístico. Se agrupó la variable “Años de experiencia laboral” en tres categorías: (1) De 0-10 años, (2) De 10-20 años y (3) más de 20 años acumulados en experiencia laboral como docentes. En cuanto a la variable “Tipología de centro de trabajo” se agruparon en dos únicas categorías: (1) centros públicos y (2) concertados y/o privados. Con respecto a la variable “Nivel de cercanía con la que se había experimentado la conducta suicida en el ámbito personal y en el ámbito profesional”, se categorizó en dos niveles: (1) nivel alto: agrupaba a los valores 3 y 4 en la escala tipo Likert y (2) nivel bajo: agrupaba a los valores 1 y 2 de la escala Likert.

La puntuación directa de la variable “estigma social ante la conducta suicida” fue calculada en función de las instrucciones de corrección del instrumento facilitadas por los autores (Anexo V). Para ello fue necesario reconvertir las puntuaciones tipo Likert del Google Forms (0 Totalmente en desacuerdo; 1 En desacuerdo; 2 Neutral; 3 De acuerdo; 4 Totalmente de acuerdo)) a la escala Likert original del cuestionario. (1 Totalmente en desacuerdo; 2 En desacuerdo; 3 Neutral; 4 De acuerdo; 5 Totalmente de acuerdo). La puntuación directa máxima es de 14 y la puntuación mínima es de 3.

Para el cálculo de la puntuación directa de cada sujeto en la variable “autoeficacia percibida” en primer lugar, se invierten las puntuaciones del ítem 1 atendiendo al carácter inverso del mismo y

posteriormente, se calcula el valor de la media del sumatorio de cada uno de los 6 ítems que la componen. La puntuación directa máxima posible es de 6 y la mínima de 0.

#### **4.5 Análisis Estadístico**

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico de código abierto multiplataforma JASP versión 0.16.4 (Intel). Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos mediante tablas de frecuencias para las variables categóricas y el cálculo de las medias y desviaciones típicas para las variables de carácter cuantitativo. Para el análisis inferencial de los datos se decidió establecer un criterio conservador en base a la propuesta de Mueses (2008) y se trabajó con un nivel de significancia de 0.001. Se llevó a cabo una comparación de puntuaciones mediante análisis bivariados de ANOVA de un factor para el análisis de los datos cuantitativos y categóricos de más de dos factores; T de Student para el análisis de la relación de los datos entre variables cuantitativas y categóricas de menos de dos factores y Contraste U de Man Whitney en los casos en que no se cumplió el supuesto de normalidad. También se ha hecho uso de Tablas de Contingencia Chi Cuadrado para estudiar la posible relación existente entre los resultados de las distintas variables categóricas.

Finalmente, se llevó a cabo una Correlación de Pearson para estudiar la posible correlación entre las variables cuantitativas “estigma social ante la conducta suicida” y “autoeficacia percibida”.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 Análisis descriptivos**

El objetivo principal del presente estudio trató de estudiar el nivel de estigma social ante la conducta suicida que muestran los docentes de primaria, secundaria y grado universitario a través del *SOSS-SF-S*, así como el nivel de autoeficacia percibida por sí mismos como agentes de cambio en programas de prevención del suicidio infanto-juvenil por medio de la *Escala de Autopercepción de competencias*. Para ello se obtuvieron las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de ambas variables.

En cuanto al nivel de estigma, la puntuación media de la muestra se situó en 7.1 (D.T = 1,7) (Tabla 5) Esta puntuación se encuentra dentro del rango 6 - 12 de las puntuaciones directas de la escala, indicando un nivel de estigma medio en la muestra estudiada.

Con respecto al nivel de autoeficacia percibidas, los sujetos de la muestra mostraron una puntuación media de 1.7 (D.T = 0.69) (Tabla 5). Esta puntuación se encuentra en el rango 1,5 - 4,5 de las puntuaciones directas del test. El resultado, indicó que los sujetos de la muestra manifestaron un nivel medio de autoeficacia percibida.

**Tabla 5**

*Resultados descriptivos para nivel de estigma y autoeficacia percibida*

Variables	P. Min	P. Max	Media	D.T.
Estigma	3	14	7.1	1.7
Habilidades Percibidas	0.5	3.5	1.7	0.69

Nota. n= 187 P.Min= Puntuación mínima P.Max= Puntuación máxima D.T.= Desviación Típica

## 5.2 Análisis Inferenciales

Para dar respuesta a los objetivos específicos 1 y 2 en los que se planteó estudiar si existen diferencias en autoeficacia percibida y en nivel de estigma social ante la conducta suicida en función de si los participantes ejercen su función como docentes en educación primaria, secundaria o de grado universitario se llevó a cabo un ANOVA de un factor. Los resultados obtenidos indicaron que los docentes no mostraban diferencias significativas en autoeficacia percibida ( $F(2,184) = 0.249$ ;  $p = 0.780$ ) ni tampoco en el nivel de estigma social ( $F(2,189) = 1.849$ ;  $p = 0.160$ ) en función del nivel educativo para el que impartían formación (Tabla 6).

**Tabla 6**

*ANOVA de 1 Factor para Nivel Educativo en el que imparten formación*

VARIABLES	Nivel educativo	Sujetos	Medias y (DT)	F	p
Autoeficacia percibida	Primaria	64	1.7 (0.7)	0.249	0.780
	Secundaria	93	1.7 (0.6)		
	G. Universitario	30	1,6 (0.7)		
Estigma	Primaria	64	7.4 (1.7)	1.849	0.160
	Secundaria	93	6.9 (0.1)		
	G. Universitario	30	7.2 (1.6)		

Nota.  $n=187$  DT= Desviación Típica F= Valor de ANOVA  $p<0.001$

Para abordar la respuesta a los objetivos específicos 3 y 4 en los que se planteó estudiar si el hecho de haber recibido formación en prevención de conducta suicida en población infanto-juvenil, influye en los niveles de autoeficacia percibida y en el nivel de estigma social ante la conducta suicida, se llevó a cabo un análisis bivariado. En el supuesto de la autoeficacia percibida se requirió aplicar el Contraste U de Man Whitney dado que el Test Shapiro-Wilk mostró que no se cumplía el supuesto de normalidad requerido para la prueba T de Student en el grupo de sujetos que no

habían recibido formación en prevención de conducta suicida ( $W = 0.965$ ;  $p < .001$ ) (Tabla 7). El contraste U de Mann-Witney mostró resultados significativos ( $U = 1.049.5$ ;  $p < .001$ ) indicando que el hecho de haber recibido formación relativa a la prevención del suicidio infanto-juvenil hace que los docentes muestren mayor nivel de autoeficacia percibida con un tamaño de efecto débil (Rango Biserial  $r = 0.107$ ).

**Tabla 7**

*Contraste de Normalidad (Shapiro-Wilk) para autoeficacia percibida y haber recibido formación en la prueba S de Student.*

Variable	Factores	W	p
Autoeficacia percibida	Sujetos que NO han recibido formación	0.965	< .001
	Sujetos que SI han recibido formación	0.944	0.068

Nota. W= Valor Shapiro Wilk  $p < 0.001$

Sin embargo, la prueba T de Student aplicada para la variable “estigma social ante la conducta suicida” ( $t(185) = 0.122$ ;  $p = 0.903$ ), indicó que recibir formación en prevención de suicidio, no alteraba los resultados del nivel de estigma de los sujetos (Tabla 8).

**Tabla 8**

*T de Student formación prevención de conducta suicida*

Variable	Formación	W (p)	F (p)	S (p)	Medias y (DT)	Sujetos
Estigma	Sí	0.947 (.087)	0.053 (.818)	0.122(.903)	7.1(1.7)	36
	No	0.983 (.061)			7.1 (1.7)	151

Nota. W=Shapiro-Wilk.  $P < 0.001$  F= Levenes S=t de Student

Para analizar los objetivos 5 y 6 relativos a las diferencias en estigma y habilidades percibidas en función de si los participantes habían tenido o no experiencias con la conducta suicida tanto en su ámbito personal como profesional, se llevaron a cabo pruebas T de Student. A partir de los resultados se concluyó que no existían diferencias significativas en nivel de estigma cuando los sujetos habían tenido experiencias con la conducta en el ámbito personal ( $t(185) = -0.602$ ;  $p = 0.548$ ) o profesional ( $t(185) = 0.955$ ;  $p = 0.341$ ). Los mismos resultados se obtienen en la variable habilidades percibidas cuando los sujetos habían tenido experiencia con la conducta suicida en el ámbito personal ( $t(185) = -1.976$ ;  $p = 0.050$ ). Sin embargo, los resultados mostraron diferencias significativas en habilidades percibidas por parte de los docentes cuando la experiencia con la conducta suicida se daba en su ámbito profesional ( $t(185) = -3.999$ ;  $p < 0.001$ ) con un tamaño del efecto pequeño ( $D$  de Cohen = 0.153) (Tabla 9).

**Tabla 9**

*T de Student Experiencia con la Conducta suicida*

Variables	Exp. conducta suicida	Factor	W (p)	F L(p)	S (p)	Medias y (DT)	Sujetos
Estigma	En el ámbito personal	si	0.964 (0.032)	0.015 (0.904)	-0.602	7.2 (1.7)	74
		no	0.991 (0.651)			7.1 (1.6)	113
	En el ámbito profesional	si	0.962 ( 0.014)	0.005 (0.941)	0.955 (0.341)	7 (1.7)	85
		no	0.990 (0.0680)			7.2(1.6)	102
Autoeficacia percibida	En el ámbito personal	si	0.967 ( 0.053)	0.015 (0.904)	-1.976 (0.050)	1.6 (0.6)	113
		no	0.960 (0.002)			1.8 (0.7)	74
	En el ámbito profesional	si	0.965 (0.021)	4.162 (0.043)	3.999 (<001)	1.9 (0.7)	85
		no	0.964 (0.007)			1.5 (0.6)	102

Nota. W=Shapiro-Wilk.  $P < 0.001$  F= Lévenes S= T de Student D.T= Desviación típica

A través del análisis de tablas de contingencia Chi Cuadrado se concluyó (Tabla 10), que los docentes de secundaria eran quienes con más frecuencia tenían experiencias con la conducta suicida en el ámbito profesional frente a los de primaria y grado universitario que se situaban en segundo y tercer lugar respectivamente ( $\chi^2 (2, N=187) =20.415$ ;  $p<.001$ ) con un tamaño del efecto moderado (V de Cramer = 0.330).

**Tabla 10**

*Tablas de Contingencia Chi Cuadrado para nivel educativo en el que imparten formación los docentes y si han tenido experiencia con la conducta suicida en el ámbito profesional.*

Nivel educativo en el que ejerce su función docente		Experiencia con la conducta suicida en el ámbito del ejercicio de su profesión			Total	P
		No	Si			
Grado Universitario	Recuentos	24	6	30	7	
	Esperado	16	14			
Primaria	Recuentos	42	22	64	26	
	Esperado	35	29			
Secundaria	Recuentos	36	57		67	
	Esperado	51	42	93		
Total		102	85	187	100	

Nota. P= porcentaje de docentes que han manifestado que sí han tenido experiencia con la conducta suicida

Por último, se llevó a cabo una Correlación de Pearson para poder dar respuesta al objetivo específico número 8 en el que se plantea se quiere estudiar si existe una correlación entre el nivel de estigma social ante la conducta suicida y el nivel de habilidades percibidas por parte de los docentes. Los resultados de la prueba indicaron que no había significación suficiente que permitiera establecer una correlación entre ambas variables ( $r= 0.083$ ;  $p=0.260$ ).

## **7.-DISCUSIÓN**

### **7.1 CONCLUSIONES**

Las propuestas que identifican el importante papel que los contextos educativos y de manera particular los docentes ejercen en la prevención del suicidio infanto-juvenil son numerosas (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Fonseca-Pedrero et al., 2019; Mo et al., 2018; Ross et al., 2017; Soto-Sanz et al., 2019; Stickl et al., 2022; Torok et al., 2019; Yeo, 2021). De hecho, se ha estudiado que el papel de los docentes como “guardianes” es una forma prometedora para la prevención del suicidio en adolescentes (Al Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Gabilondo, 2020). Los guardianes se definen como personas de una comunidad que tienen contacto directo, diario y personal lo que les permite vincularse de manera especial con otras personas de su propia comunidad que puedan estar en situación de riesgo. Desde esta perspectiva, la formación de estos guardianes tiene como objetivo ofrecerles las herramientas adecuadas para detectar a las personas en riesgo, acompañarlas y derivarlas correctamente a recursos sociosanitarios adecuados donde puedan ser atendidos (Gabilondo, 2020).

En este punto conviene señalar que se han detectado altos niveles de preocupación o incomodidad en los docentes con respecto a su rol para identificar y acompañar a alumnos que presentan

ideación suicida en las aulas (Yeo, 2021) y escasa investigación en torno a los factores que contribuyen a la eficacia de la capacitación de docentes como guardianes o agentes de prevención del suicidio infanto-juvenil (Mo et al., 2018; Ross et al., 2017; Stickl et al., 2022; Yeo, 2021).

Todo ello, sumado a la preocupación por las altas tasas de suicidio infanto-juvenil en nuestras sociedades (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Mo et al., 2018; Pedrero y Albéniz, 2020; Stickl et al., 2022), ha motivado la presente investigación.

El objetivo principal de este estudio se centra en analizar el nivel de estigma, así como el de autoeficacia percibida en el cuerpo de docentes de primaria, secundaria y grado universitario de la comunidad educativa española. Se plantea el estudio de estas variables entendiendo que las mismas pudieran ser relevantes para la revisión y mejora de los programas de capacitación para los docentes como guardianes o figuras de prevención. Teniendo en cuenta, para ello, la eficacia demostrada de los planes de prevención primaria de carácter selectiva y universal (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Gabilondo, 2020; Fonseca-Pedrero y Pérez-Albéniz, 2020; Pirkis et al., 2021; Soto-Sanz et al., 2019) entre los que se enmarcan los planes de formación dirigidos a la comunidad de docentes (Gabilondo, 2020).

### **Conclusiones en relación con la variable “estigma social ante la conducta suicida”**

El estigma social hacia la conducta suicida ha sido identificado como factor de riesgo asociado a la propia conducta suicida (Carpiello y Pinna, 2017; Nicholas et al., 2022) además de ser señalado como uno de los elementos a trabajar en programas comunitarios para abordar eficazmente la prevención del riesgo suicida (Carpiello y Pinna, 2017; Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020; Gabilondo, 2020; Nicholas et al., 2022). Sin embargo, todavía existe un amplio campo de

investigación que abordar si queremos centrarnos en el estigma social como variable que puede estar interfiriendo en los agentes de prevención de suicidio para afrontar con naturalidad la identificación, el acompañamiento y la derivación a recursos sociosanitarios de posibles alumnos en riesgo. (Carpiello y Pinna, 2017; Gabilondo, 2020; Soto-Sanz et al., 2019).

Existe consenso en la comunidad científica para señalar que la conducta suicida todavía está altamente estigmatizada en nuestras sociedades (Al Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Carpiello y Pinna, 2017; Fonseca-Pedrero y Pérez-Albéniz, 2020; Gabilondo, 2020) y que la estigmatización genera actitudes discriminatorias hacia las personas que manifiestan ideación suicida o han cometido en algún momento algún acto suicida, ya se haya este acto consumado o no (Carpiello y Pinna, 2017). En esta misma línea se expresa Gabilondo (2020) al señalar que una de las principales dificultades para la prevención de la conducta suicida es el estigma que tiene asociado, que es de carácter cultural y que dificulta tanto la posibilidad de pedir ayuda de quien lo necesita, como la posibilidad de ofrecer ayuda a quienes lo necesiten.

Partiendo de estos datos, podemos pensar (1) que el cuerpo de docentes de la red de centros de formación española manifiesta un nivel de estigma hacia la conducta suicida alto (hipótesis principal) y (2) que el alto nivel de estigma social podría determinar niveles bajos de habilidades auto-percibidas (hipótesis específica 7) a la hora de acercarse a las personas con posible riesgo suicida para poder identificarlas, acompañarlas y facilitarles vías o recursos de ayuda sociosanitaria (Gabilondo 2020). Ambas hipótesis han sido refutadas. Se plantea en este caso como una posible línea de trabajo futura, seguir ahondando en el estudio detallado de la composición del estigma social ante la conducta suicida y analizar otras posibles relaciones entre ambas variables: nivel de estigma ante la conducta suicida y autoeficacia percibida.

Sin embargo, los resultados validan la hipótesis específica número 2 que plantea que no habría diferencias significativas en el nivel de estigma en los docentes en función del grado en el que imparten formación: primaria, secundaria o grado universitario. Este resultado puede ser explicado desde la perspectiva que plantea que el estigma es un constructo social, luego es transversal a los miembros de una misma sociedad (Gabilondo, 2020; Yang et al., 2007). De este modo, si el estigma está relacionado con constructos sociales basados en mitos o falsas creencias (Yang et al., 2007) podrá combatirse con planes de prevención de carácter universal y selectivos orientados a la desestigmatización de la conducta suicida (Gabilondo, 2020).

Los resultados del estudio indican también que los docentes que han recibido formación no muestran menores niveles de estigma con respecto a los docentes que no habían recibido formación (Mo et al., 2018; Stickl et al., 2022; Torok et al., 2019), refutando la hipótesis específica número 4. Este resultado nos lleva a señalar la conveniencia de plantear un análisis exhaustivo de los contenidos que han asumido estas formaciones para identificar si se han abordado los mitos y las falsas creencias en torno a la conducta suicida o si, por el contrario, estos contenidos han sido pasados por alto o abordados de manera superficial. Es aquí donde nos encontramos con una dificultad ya señalada por Gabilondo (2020) en la que la complejidad, la falta de estructuración y la heterogeneidad de las intervenciones implementadas dificulta la evaluación de las mismas. Con el fin de superar estas dificultades, se señala la importancia de implementar planes estatales de prevención de riesgo suicida que permitan estructurar y homogeneizar las intervenciones con el fin de facilitar una correcta evaluación de las mismas (Gabilondo, 2020).

Por último, nuestros resultados también refutan la hipótesis específica número 6 en la que se plantea que la experiencia personal previa con la conducta suicida reduce el nivel del estigma social ante la conducta suicida. El conocimiento y la información son las bases para combatir los mitos, las falsas creencias y, por lo tanto, reducir el estigma (Thormicroft, 2017). Cabe esperar que

la experiencia cercana y personal con la conducta suicida nos puede llevar a eliminar dichos mitos y/o falsas creencias. Sin embargo, algunos autores que estudian los sesgos cognitivos, advierten que el análisis realista del entorno no es necesariamente una característica del funcionamiento psicológico; y señalan que el pensamiento sesgado basado en mitos y estereotipos puede ser un recurso que aporte beneficios para el funcionamiento psicológico y social de la mayoría de las personas (Concha et al., 2012). Ante una vivencia tan dura o traumática como puede ser experimentar la muerte o el intento autolítico de un ser querido, la interpretación sesgada de la realidad basada en estereotipos y falsos mitos puede ser una herramienta de anclaje a la necesidad de la búsqueda de bienestar.

### **Conclusiones en relación a la variable “autoeficacia percibida”**

Los diferentes análisis bivariados llevados a cabo en el estudio han permitido validar algunos resultados relacionados con la variable “autoeficacia percibida” que coinciden con resultados similares señalados en la literatura más reciente (Stickl et al., 2022; Torok et al., 2019).

Los resultados de nuestro estudio validan la hipótesis específica 3 que señala que haber recibido formación relativa a la prevención del suicidio, aumenta los niveles de autoeficacia percibida en los docentes en su rol de guardianes o agentes de prevención. También ocurre lo propio con la hipótesis específica 5 que plantea que haber tenido experiencia con la conducta suicida en el ámbito del ejercicio de la profesión hace que los docentes muestren niveles más altos en autoeficacia percibida.

Antes de continuar con el análisis detallado de estos resultados, se propone una reflexión que tome en cuenta los siguientes elementos:

1. Los docentes han manifestado explícitamente la sensación de tener escasa o limitada capacitación para intervenir, acompañar e identificar a estudiantes con riesgo suicida (Ross et al., 2017, Torok et al, 2019; Soto-Sanz et al., 2019), junto a la experiencia de sentirse abrumados e impotentes y sin la preparación necesaria (Yeo, 2021).
2. Un aumento en la autoeficacia percibida no correlaciona con un cambio de comportamiento en los docentes como guardianes o agentes de cambio (Ross et al, 2017; Stickl et al., 2022).
3. La falta de formación puede conducir a que los docentes se sientan impotentes, abrumados y mal equipados; por el contrario, con la formación adecuada, muestran recursos para cuidarse mejor así mismos y a los estudiantes (Yeo, 2021).
4. Nuestro estudio arroja el siguiente dato: sólo un 19% de los docentes de la muestra han recibido formación como guardianes o agentes de prevención del suicidio.

Todo ello nos permite apuntar en torno a la conveniencia de implementar programas de capacitación homogeneizados y estandarizados, que podrían verse recogidos en un plan de prevención estatal, definiendo con mayor precisión su estructura y contenidos con el objetivo de poder ser correctamente evaluados (Gabilondo, 2020).

Así mismo, nuestros resultados señalan algunas posibles líneas de acción en estos programas buscando un efecto amplificador de los mismos. Si tener experiencias directas con la conducta suicida aumenta el nivel de autoeficacia percibida, una propuesta de contenidos para estos programas puede verse en el estudio de casos reales y resolución de los mismos mediante técnicas

de role-playing para amplificar su efecto en cuanto al aumento de autoeficacia percibida por parte de los docentes (Stickl et al.,2022).

### **Conclusiones globales**

Por tanto, la propuesta final del presente estudio incide en apoyar firmemente como ya han hecho previamente autores de referencia (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero,2021; Gabilondo, 2020; Soto-Sanz et al; 2019; Yeo, 2021) los programas de formación de los docentes como guardianes o agentes de prevención en la conducta suicida y que éstos se vean recogidos, sistematizados y estructurados en un plan estatal de prevención del suicidio de manera que permita, además, que sean evaluados. (Gabilondo, 2020).

En esta línea se proponen algunas indicaciones de carácter más concreto:

1. Apoyar la formación de los docentes como guardianes o agentes de prevención del suicidio, y de manera especial en los docentes de primaria y secundaria:

Llama la atención la escasez de programas de prevención para niños y niñas menores de 12 años (Soto-Sanz et al., 2019) pese al inquietante aumento de tasas de suicidio que en los últimos años están siendo registradas en niños y niñas menores de 15 años (22 muertes registradas por suicidio en el año 2021, duplicando las tasas en caso de los niños varones con respecto a las tasas de 2020) (FSME,2021). Resulta necesario actuar cuanto antes (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Fonseca-Pedrero y Pérez Albeniz, 2020) y la escuela es el mejor escenario para ello (Soto-Sanz et al;2019).

Los resultados del estudio apuntan que del total de docentes que manifiestan haber tenido experiencia con la conducta suicida en el ámbito de su profesión —lo que implica haber sido conocedores o haber identificado personalmente conducta suicida en sus alumnos— solo el 7% son de grado universitario, frente a un 26% de educación primaria y el 67% de docentes de secundaria (Tabla 10). Esto contrasta con las tasas de suicidio anual que indican 316 muertes por suicidio en adolescentes de entre 15 y 29 años, frente a las 22 muertes por suicidio en niños y niñas menores de 15 años (FSME,2021). Aunque los datos oficiales que se encuentran a través del Instituto Nacional de Estadística (INE) u otros organismos específicos (FSME,2021) para ofrecer los datos de defunción por suicidio utilizan categorías de edad (menores de 15 años y entre 15 y 29 años) que no se corresponden exactamente con las franjas de edad de los diferentes niveles educativos (de 6 a 12 años en educación primaria; de 13 a 18 años para educación secundaria, bachillerato o formación profesional de grado medio y de 18 a 21 años para formación profesional de grado superior o de grado universitario), llama la atención que los docentes de primaria refieran porcentualmente mayor experiencia directa con el suicidio en el ejercicio de su profesión que los profesores de grado universitario.

Los datos expuestos requieren de un estudio pormenorizado y de mayor ajuste, pero permiten hipotetizar que este desfase puede explicarse por la importancia de la relación vincular que se supone en la figura del guardián (Gabilondo,2020) y el hecho de que la estructura organizativa del sistema de enseñanza de grado universitario no facilite esta relación vincular en la misma medida que es facilitada por la estructura de los sistemas de enseñanza de primaria y/o secundaria. Es por ello que se plantea invertir esfuerzos y recursos en formar guardianes de manera principal en la base de docentes de primaria y secundaria, entendiendo, además, que la prevención a edades más tempranas causará mayor efecto. (Torok et al., 2019; Stickl et al., 2022).

2. Generar elementos que motiven e incentiven a los docentes a pasar por este tipo de programas en sus procesos de formación continua, o bien introducirlos con carácter transversal y obligatorio dentro de su plan de formación académica de grado en el caso de docentes de primaria, y de postgrado habilitante en el caso de docentes de secundaria. Llama la atención la baja tasa de participación de los docentes en programas de formación, sólo el 19% de los participantes de la muestra de este estudio señalaron haber recibido o participado en programas formativos sobre prevención de suicidio infanto-juvenil.
  
3. Enriquecer tales programas de prevención y para ello tomar en consideración algunos elementos de interés para su inclusión:
  - Psicoeducación sobre la conducta suicida. Factores de riesgo y factores protectores. Mitos y falsa creencias. El objetivo principal de este apartado es el de desmitificar y por tanto desestigmatizar la conducta suicida a través del conocimiento científico de la misma. Aun cuando nuestro estudio no ofrezca resultados significativos en la correlación planteada entre autoeficacia percibida y estigma, sí que hay evidencia científica que señala (1) que el estigma genera discriminación y la discriminación lejanía (Carpiello y Pinna, 2017), (2) que el estigma hay que trabajarlo en programas de carácter comunitario (Gabilondo, 2020) (3) que el suicidio es un aspecto que todavía está rodeado de mitos y falsas creencias, lo que da lugar a una mayor estigmatización (Fonseca-Pedrero y Pérez Albéniz, 2020; Al Halabí y Fonseca Pedrero, 2021) y (4) que el estigma dificulta tanto el pedir ayuda como el poder prestarla (Gabilondo, 2020).
  
  - Habilidades de intervención y manejo emocional ante la identificación de posibles casos de conducta suicida. La práctica en el manejo de casos de conducta suicida en el ámbito de la

profesión señala mejor autoeficacia percibida para afrontar este tipo de situaciones. Dotar a los docentes de habilidades de intervención y manejo emocional puede amplificar el efecto de aumento de habilidades percibidas (Yeo, 2021).

- Ejercicios con casos reales y role-playing a través de los cuales los docentes sientan y experimenten en primera persona la resolución de determinadas situaciones de carácter real. Esta puede plantearse como una práctica interesante de trabajo (Stickl et al., 2022) dado que la resolución o la experiencia directa con casos reales ha evidenciado el aumento de nivel de habilidades percibidas en docentes.
- Protocolos homogenizados de actuación para todo el cuerpo docentes a través de los cuales se establezcan pasos a seguir y clarifiquen canales efectivos de derivación de casos a servicios socio-sanitarios. Esta práctica ayudaría a generar seguridad en el manejo conductual de los docentes de determinadas situaciones (Yeo, 2021).

Estas conclusiones encuentran justificación cuando (1) entendemos la conducta suicida infantojuvenil como un problema de gran calado social al que debemos de darle una respuesta comunitaria y (2) ponemos en valor el importante rol que los docentes pueden ejercer en los planes de prevención del suicidio infanto-juvenil sin olvidar que la enseñanza es una carrera profesional de carácter motivacional, increíblemente gratificante y con gran impacto en la vida académica y en el desarrollo social, emocional y conductual de los estudiantes. Sin embargo, la enseñanza también puede estar llena de desafíos y factores estresantes, y esto se ha asociado con resultados negativos tanto para el docente como para los estudiantes. Para algunos docentes, estos desafíos pueden generar desánimo, agotamiento y, en última instancia, la decisión de abandonar la profesión (Yeo, 2021).

Cuidemos de nuestro cuerpo docente, dotémosles de las herramientas que requieren para hacer efectivo su trabajo con los nuevos desafíos que plantean nuestras sociedades y no olvidemos, nuestros estudiantes son nuestro futuro.

¡¡Cuidémosles a todos!!!

## **7.2 LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE INVESTIGACION FUTURAS**

### **7.2.1. En cuanto a los instrumentos de medición**

*Con respecto a la escala The Stigma of Suicide Scale-Short Form Spanish Version (SOSS-SF-S)*

Se han señalado dificultades en el estudio académico de la estigmatización sobre suicidio. Estas limitaciones se ven reflejadas en la escasez de escalas psicométricamente validadas que midan este constructo, aunque las últimas décadas, se observa un repunte en este campo de investigación.

The Stigma of Suicide Scale (SOSS) es una de las escalas más frecuentemente utilizadas para medir estigma social (Nicholas et al., 2022; Batterham et al., 2013) sin embargo, la validación psicométrica para población de habla hispana muestra limitaciones relacionadas con el tamaño de la muestra y su homogeneidad (Hernández-Torres, et al., 2021) y no se han realizado hasta la fecha estudios de validación de esta escala con población española.

Para abordar estas limitaciones se proponen futuros análisis psicométricos con muestras de mayor tamaño y aplicadas a población general española.

*Con respecto a la Escala de Autopercepción de Competencias*

No se disponen de análisis psicométricos sobre la validez del instrumento aunque, en la elaboración del mismo, las autoras señalaron que los ítems relativos a la autopercepción de competencias mostraron un Alfa de Crombach de 0.85. (Barber y Bean, 2009).

No se han encontrado escalas psicométricas validadas para la medición del constructo “autoeficacia percibida por los docentes en su rol de agentes de prevención del suicidio infantojuvenil” en población española. Esto ha motivado la utilización del presente instrumento aun cuando el mismo limita significativamente los resultados.

En la búsqueda de instrumentos se encuentra "The teacher expectations and values for Suicide Prevention Scale Crisis" - C. C., Jones, J. L. T. & Campbell, L. O. (2020). Se trata de una escala específica para medir la variable que manejamos en este estudio. Sin embargo, no se encuentran traducciones realizadas al castellano, ni validaciones psicométricas del mismo en población española (Jones & Campbell, 2020). Se propone como futuras líneas de trabajo la traducción y validación psicométrica del citado instrumento en población general española para avanzar en este campo de estudio específico.

#### 7.2.2. En cuanto al procedimiento

El uso de un método no probabilístico de selección de la muestra como es el “efecto bola de nieve” puede estar generando un sesgo en la muestra del estudio y por tanto el resultado. Las limitaciones temporales del presente estudio no han permitido llevar a cabo un método probabilístico de selección de la muestra que mitigue dicho sesgo. Como propuesta de mejora se

plantea el uso de un método probabilístico estratificado o por conglomerados para la selección de la muestra.

Cabe también destacar que el estudio ha sido realizado con un tamaño de la muestra relativamente pequeño, lo que puede estar limitando los resultados del estudio. La propuesta de ampliar la muestra bajo un método de selección probabilístico, incorporaría mayor fiabilidad y validez a los resultados.

### 7.2.3. En cuanto al valor del efecto

Aun cuando los resultados del análisis han ofrecido resultados estadísticamente significativos que han permitido establecer como válidas nuestras hipótesis específicas referentes a que tanto el hecho de haber recibido formación específica, como el de haber experimentado la conducta suicida en el ámbito del ejercicio de su profesión, aumenta el nivel de habilidades percibidas de los sujetos, habiéndose utilizado para ello un nivel de significación altamente conservador ( $p < 0.001$ ), cabe señalar que el valor del efecto encontrado en los análisis estadísticos ha sido bajo (De Cohen = 0.153 y Rango Biseral  $r=0.107$ ). Esto nos conduce a mantener un criterio conservador en las conclusiones y ser cautelosos con los resultados.

Sin embargo, estos valores son a su vez indicadores que nos invitan a pensar que son líneas de trabajo de interés sobre las que seguir investigando para alcanzar resultados más contundentes y esclarecedores, así como a reforzar la apuesta por el establecimiento de planes de formación estructurados que nos permitan evaluar con mayor exactitud el tamaño del efecto de los mismos. Como propuesta de mejora se propone llevar a cabo un estudio experimental en el que el grupo de control reciba formación estructurada y estandarizada en los términos ya propuestos. Este

escenario permitiría facilitar un mayor control de las diferentes variables que puedan estar influyendo para realizar una valoración más exhaustiva del tamaño del efecto.

## 8. REFERENCIAS

### Referencias

- Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Prevención del comportamiento suicida: ahora es el momento de actuar. *Clínica y Salud, 32*(2), 89-92.
- Baber, K., & Bean, G. (2009). Frameworks: a community-based approach to preventing youth suicide. *Journal of Community Psychology, 37*(6), 684-696.
- Barrueto, C., Gaete, J., Bustamante, F., & Pizarro, M. (2017). Autopercepción de conocimientos y competencias de profesores en la prevención de conductas suicidas adolescentes pre y posintervención. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 55*(3), 170-178.
- Batterham, P. J., Calear, A. L., & Christensen, H. (2013). Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(4), 406-417.
- Batterham, P. J., Han, J., Calear, A. L., Anderson, J., & Christensen, H. (2019). Suicide stigma and suicide literacy in a clinical sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(4), 1136-1147.
- Bella, M. E., Fernández, R. A., & Willington, J. M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos argentinos de pediatría, 108*(2), 124-129.

- Cañón, S. C., Castaño-Castrillón, J. J., Mosquera-Lozano, A. M., Nieto-Angarita, L. M., Orozco-Daza, M., & Giraldo-Londoño, W. F. (2018). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). *Diversitas: Perspectivas en psicología*, *14*(1), 27-40.
- Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in Psychiatry*, *8*.
- Chávez-Hernández, A. M., Medina Núñez, M. C., & Macías-García, L. F. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud mental*, *31*(3), 197-203.
- Concha, D., Ramírez, M. Á. B., Cuadra, I. G., Rovira, D. P., & Rodríguez, A. F. (2012). Sesgos cognitivos y su relación con el bienestar subjetivo. *Salud & Sociedad*, *3*(2), 115-129.
- Duarte Peñalosa, A. M. Caracterización de las habilidades del personal de atención primaria a la conducta suicida: una propuesta para el abordaje desde el enfoque cognitivo-conductual.(2018)
- Fachinelli, C. A. R. L. O. S., Straniero, C. R. I. S. T. I. N. A., Páramo, M. A., Fachinelli, J. I. M. E. N. A., & Chacón, C. (2005). Diferencias de género en actitudes hacia la vida y la muerte y sucesos vitales estresantes en adolescentes según riesgo de suicidio. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, *1*, 63-72.
- Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez de Albéniz, A., Inchausti, F., Sebastian-Enesco, C. y Pérez, M. (2019). Prevención del suicidio en los centros educativos. En B. Lucas-Molina y

M. Jiménez-Dasi (Eds.), *Promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo* (pp. 157-184). Pirámide.

Fonseca-Pedrero, E., & Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del psicólogo*, 41(2), 106-115.

Fundación Española para la Prevención del Suicidio FSME. (2020) Informe del observatorio del suicidio en España <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020>

Fundación Española para la Prevención del Suicidio FSME. (2021) Informe del observatorio del suicidio en España (Avance 19/12/22) <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/>

Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 27-33.

Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., ... & Haro, J. M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina clínica*, 129(13), 494-500.

Gallego, L. M., Morales, G., Rotger, D., & Prior, C. (2002). El incremento de la ansiedad en los sujetos componentes de grupos de intervención en crisis y desastres.

Hernández-Torres, R., Carminelli-Corretjer, P., Tollinchi-Natali, N., Rosario-Hernández, E., Duarté-Vélez, Y., & Rivera-Segarra, E. (2021). Validating the factor structure of the Stigma of Suicide Scale–Short Form Spanish version among healthcare students. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 42(4), 314.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022, 19 de diciembre). Defunciones según la Causa de Muerte Año 2021 (datos definitivos) y primer semestre 2022 (datos provisionales) [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2021.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf)

LaFromboise, T. D. & Hussain, S. (2015). School-based adolescent suicide prevention. En Kris Bosworth (Ed.), *Prevention science in school settings: Complex relationships and processes* (pp. 335-352). Springer.

McConnellogue, S., & Storey, L. (2017). System constraints on efficacious teacher behaviours in school- based suicide prevention initiative; A qualitative study of teacher views and experiences. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 22(2), 174–183. <https://doi.org/10.1080/13632752.2017.1288848>

Mo, P. K., Ko, T. T., & Xin, M. Q. (2018). School-based gatekeeper training programmes in enhancing gatekeepers' cognitions and behaviours for adolescent suicide prevention: A systematic review. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 12(1), 1-24.

Montero, I., & León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.

- Mueses, H. (2008). Diferencias entre el Nivel de Significancia alfa y el Valor P. *Revista Estomatología*, 16(1), 30-32.
- Nicholas, A., Haregu, T., Henderson, C., & Armstrong, G. (2022). Suicide stigma measures: A scoping review. *Journal of affective disorders*.
- Organización Mundial de la Salud (2021). Suicide worldwide in 2019 (9789240026643)<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Pedrero, E. F., de Albéniz Iturriaga, A. P., del Casal, A. D. G., & García, A. G. (2020). La conducta suicida en los centros educativos: hora de actuar. In *La Orientación en la mejora del desarrollo y bienestar personal* (pp. 93-106). Universidad de La Rioja.
- Pedrero, E. F., & de Albéniz Iturriaga, A. P. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes. *Papeles del psicólogo*, 41(2), 106-115
- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., ... & Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588.
- Soto Sanz, V., Ivorra-González, D., Alonso, J., Castellvi, P., Rodríguez-Marín, J., & Piqueras, J. A. (2019). Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*.

- Stickl Haugen, J., Sutter, C. C., Tinstman Jones, J. L., & Campbell, L. O. (2022, June). Teachers as youth suicide prevention gatekeepers: an examination of suicide prevention training and exposure to students at risk of suicide. In *Child & youth care forum* (pp. 1-19). Springer US.
- Thornicroft, G. (2007). Elementos para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 7(28), 16-22.
- Torok, M., Calear, A. L., Smart, A., Nicolopoulos, A., & Wong, Q. (2019). Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. *Journal of adolescence*, 73, 100-112.
- Victoria Ross, Kairi Kölves & Diego De Leo (2017) Teachers' Perspectives on Preventing Suicide in Children and Adolescents in Schools: A Qualitative Study, *Archives of Suicide Research*, 21:3, 519-530, DOI: [10.1080/13811118.2016.1227005](https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1227005)
- Williford, A., Yoder, J., Fulginiti, A., Ortega, L., LoMurray, S., Duncan, D., & Kennedy, N. (2021). Peer leaders as gatekeepers and agents of change: Understanding how Sources of Strength reduces suicide risk and promotes wellness. *Child & Youth Care Forum*. <https://doi.org/10.1007/s10566-021-09639-9>
- Yang, L., Kleinman, A. R. T. H. U. R., Link, B., Phelan, J., Lee, S., & Good, B. (2007). Cultura y estigma: la experiencia moral. *Este País*, 195, 4-15.
- Yeo, B. (2021). *Caring for teachers: Exploring pre-service teacher well-being, self-efficacy, and vicarious trauma* (Doctoral dissertation, The University of Western Ontario (Canada));

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U. y Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

## **8. ANEXOS**

### **ANEXO I. Consentimiento Informado**

La presente investigación está desarrollado por la Universidad Europea de Madrid.

Atendiendo a las terribles cifras de suicidio infanto-juvenil que presentan nuestras sociedades se pretende trabajar en la mejora de los programas de prevención del mismo. Los profesores se encuentran en la primera línea de batalla y la investigación sugiere que todavía quedan muchas líneas de mejora para facilitar su trabajo y sus competencias en esta materia.

El objetivo principal del presente estudio trata de analizar la posible relación existente entre el estigma hacia la conducta suicida y cómo éste puede interferir en las habilidades de los docentes como agentes activos en los programas de prevención del suicidio infanto-juvenil. Con este motivo, se solicita su participación en dicha investigación cumplimentando el presente formulario, cuya duración estimada es de 5-10 minutos. Se recogerán datos sociodemográficos básicos y cuestiones relacionadas con el estigma y las habilidades percibidas a través de preguntas sobre sus creencias y/o sentimientos.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria y no tiene costo alguno para los participantes.

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD), los datos de este estudio serán confidenciales y empleados únicamente a efectos de la investigación. Así mismo, usted está facultado/a para ejercer los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación dentro del ámbito de la citada ley. Las respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede formular preguntas en cualquier momento durante su participación en el mismo. Cualquier información adicional o petición sobre el contenido y curso de la investigación puede ser solicitada a través del siguiente correo electrónico: [urreapsicologia@gmail.com](mailto:urreapsicologia@gmail.com)

Muchas gracias por su participación.

Hagamos ciencia entre tod@s y para tod@s.

He leído y acepto las condiciones de participar en este estudio.

## **ANEXO II. Cuestionario Sociodemográfico**

1.- Genero con el que se identifica:

- Mujer
- Hombre
- No binario

2.- Año de nacimiento:

- Día/mes/año

3.- Nombre del centro educativo para el que presta sus servicios como docente:

- (Respuesta abierta)

4.- Nivel educativo en el que ejerce su función docente:

- Educación primaria
- Educación secundaria
- Grado Universitario

5.- Años de experiencia laboral ejerciendo como docente:

- De 0 a 5
- De 6 a 10
- De 11 a 15
- De 16 a 20
- Más de 20

6.- Tipología del centro en el que ejerce su trabajo:

- Público.
- Privado
- Concertado.

7.- Indique por favor la Comunidad Autónoma en la que se sitúa su centro de trabajo:

(Respuesta abierta)



8.- Indique por favor si ha tenido alguna experiencia con la conducta suicida en el ámbito del ejercicio de su profesión.

→ Si

→ No

En caso de haber indicado SI, señale cómo de cercana experimentó esa experiencia (0 Nada cercana; 1 Cercana 2 Bastante cercana 3 Muy cercana).

9.- Indique por favor si ha tenido alguna experiencia con la conducta suicida en su ámbito personal.

→ Si

→ No

En caso de haber indicado SI, señale cómo de cercana experimentó esa experiencia (0 Nada cercana; 1 Cercana 2 Bastante cercana 3 Muy cercana).

10.- Indique por favor si en algún momento de su carrera profesional ha recibido formación relativa a la prevención del suicidio infanto-juvenil:

→ Si

→ No



### **ANEXO III. The Stigma of Suicide Scale-Short Form Spanish Version (SOSS-SF-S)**

Por favor en qué grado de acuerdo está usted con las descripciones que a continuación se indican sobre las personas que se quitan su vida mediante el suicidio. ( 0 Totalmente en desacuerdo; 1 En desacuerdo; 2 Neutral 3 De acuerdo; 4 Totalmente de acuerdo).

En general, las personas que mueren por suicidio son:

Valientes

Cobardes

Delicadas

Están Desconectadas

Una vergüenza

Inmorales

Irresponsables

Están aisladas

Solitarias

Están perdidas

Nobles



Patéticas

Superficiales

Fuertes

Estúpidas

Vengativas

#### **ANEXO IV. Escala de Autopercepción de competencias**

Por favor en qué grado de acuerdo está usted con las frases que se presentan a continuación ( 0 Totalmente en desacuerdo; 1 En desacuerdo; 2 Neutral 3 De acuerdo; 4 Totalmente de acuerdo)

1.- No estoy seguro/a si sabría qué hacer si estuviera en frente de un joven que yo creo que está pensando en el suicidio.

2.- Si yo llegara a saber que un joven ha estado pensando en el suicidio, amenazando o ha intentado suicidarse, yo sentiría que tengo la responsabilidad de hacer algo para ayudarlo.

3.- Me sentiría confiado/a en mi habilidad de responder efectivamente a las amenazas o intentos de suicidio de un joven.

4.- Creo que tengo el adecuado conocimiento y entrenamiento para ayudar a jóvenes que puedan estar pensando en suicidarse, amenazando o que hayan intentado suicidarse.

5.- Me sentiría cómodo respondiendo a un joven que podría estar pensando sobre suicidio, amenazando o que haya intentado suicidarse.

6.- Tengo un buen conocimiento de los recursos disponibles que hay en mi comunidad y que puedan ayudar a jóvenes que puedan estar pensando en suicidarse, amenazando o que lo hayan intentado.

## **ANEXO V. Instrucciones de corrección SOSS-SF-S**

### Suicide of Stigma Scale – Short Form – Spanish Version

The 16-item measure consists of three factors: (1) stigma (negative attitudes toward people who have died by suicide), (2) normalization/glorification (minimizing or praising suicidal behavior), and (3) isolation/depression (attribution of suicide death to being isolated or depressed). The items included in each subscale are (1) Stigma: 2, 5, 6, 7, 12, 13, 15, 16; (2) Glorification: 1, 3, 11, 14; and (3) Isolation: 4, 8, 9, 10. Each item consists of a one-word descriptor of a person who died by suicide. Items are rated using a 5-point Likert-type scale ranging from 1 = strongly disagree to 5 = strongly agree. The subscales of the SOSS-SF-S are summarized by calculating the mean response to all items on the subscale, ranging from 1 to 5. Higher scores indicate higher levels of suicide stigma.