

## **Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional**

M<sup>a</sup> Carmen Carmona-Navarro<sup>1</sup>

M<sup>a</sup> Carmen Pichardo-Martínez<sup>2</sup>

**Objetivo:** Evaluar la actitud y la influencia de la inteligencia emocional es el objetivo de este trabajo.

**Método:** Profesionales de enfermería contestaron un cuestionario que evaluó la actitud hacia el suicidio e inteligencia emocional. **Resultados:** Los resultados muestran una actitud general desfavorable hacia el comportamiento suicida. La dimensión moral del suicidio marca las diferencias entre los profesionales de salud mental y urgencias. **Conclusiones:** Poseer un mayor grado de formación en salud mental y un alto nivel de inteligencia emocional se asocia a una actitud más positiva hacia el paciente con comportamiento suicida. Formación y desarrollo de habilidades emocionales son fundamentales para el cuidado de los pacientes con conducta suicida.

**Descriptores:** Profesional de Enfermería; Urgencias; Salud Mental; Actitud; Inteligencia Emocional; Tentativa de Suicidio.

<sup>1</sup> Enfermera, MSc, España.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Titular, Universidad de Granada, España.

---

Correspondencia:

Carmen Carmona-Navarro  
Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación  
Facultad de Ciencias de la Educación  
18071, Granada, España  
E-mail: carmonamc42w@hotmail.com

## **Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional**

Objetivo: avaliar a atitude e a influência da inteligência emocional é o objetivo deste trabalho. Método: profissionais de enfermagem responderam a um questionário para avaliar as atitudes suicidas e inteligência emocional. Resultados: os resultados mostram atitude geralmente desfavorável perante o comportamento suicida. A dimensão moral do suicídio faz a diferença entre profissionais de saúde mental e emergência. Conclusões: possuir maior grau de formação em saúde mental e alto nível de inteligência emocional associa-se a uma atitude mais positiva em relação ao paciente com comportamento suicida. A formação e o desenvolvimento de competências emocionais são essenciais para o cuidado dos pacientes com comportamento suicida.

Descritores: Enfermagem Profissional; Saúde Mental; Emergências; Atitude; Inteligência Emocional; Tentativa de Suicídio.

## **Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence**

Objective: To assess attitudes and the influence of emotional intelligence is the objective of this work. Method: Nursing professionals answered a questionnaire that assessed the attitude towards suicide and emotional intelligence. Results: The results show a general adverse attitude towards suicidal behavior. The moral dimension of suicide makes the differences between mental health and emergency professionals. Conclusions: Possessing a higher degree of mental health training and a high level of emotional intelligence is associated with a more positive attitude towards patients with suicidal behavior. The formation and development of emotional skills are essential for care delivery to patients with suicidal behavior.

Descriptors: Nursing Professional; Emergency; Mental Health; Attitude; Emotional Intelligence; Suicide Attempt.

## **Introducción**

El suicidio se plantea como un grave problema de salud pública a nivel mundial, con casi un millón de personas que se suicidan al año y una estimación de seis personas del entorno que son directamente afectadas por cada muerte. El impacto psicológico, social y económico del suicidio en la familia y la comunidad es inmensurable<sup>(1)</sup>. Basándose en la tendencia actual, se estima que en el año 2020, las muertes por suicidio alcanzarán la cifra de 1,53 millones de personas en el mundo, aumentando este número entre 10-20 veces para los casos de intento de suicidio<sup>(2)</sup>.

El comportamiento suicida tiene una etiología multifactorial, en la que intervienen factores de tipo biológico, socio-ambiental y psicológico, de modo que cada uno de ellos tiene un peso específico, y posiblemente ninguno de ellos por separado podría ser suficiente para explicar, por sí solo, tales comportamientos. Desde la perspectiva sanitaria, se trataría de realizar una prevención secundaria, con el aumento de la supervivencia después de un intento de suicidio y de reducción de morbilidad y mortalidad tras la tentativa. Se estima que, por cada

suicidio consumado, se han producido 5 hospitalizaciones y 22 visitas a los servicios de urgencias por tentativas de suicidio<sup>(3)</sup>.

Hay pocos datos recogidos rigurosamente sobre las tentativas suicidas en los diferentes países, no conociéndose la verdadera magnitud de los intentos de suicidio, si bien uno de los mejores lugares para llevar a cabo un registro de las tentativas y sus características son las urgencias hospitalarias, aunque se estima que una mínima parte de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público. Cuando el individuo no puede tratar por sí sólo y en la intimidad las autolesiones, acude al sistema sanitario para buscar ayuda. El profesional de enfermería del área de urgencias suele ser el primer contacto sanitario que tiene el paciente tras un intento de suicidio o tras un episodio de autolesiones. La adecuada evaluación y gestión de estos pacientes es fundamental para prevenir futuros comportamientos suicidas. Sin embargo, es frecuente que el personal sanitario tenga una actitud negativa ante estos pacientes, falta de habilidades interpersonales para atenderlos e inadecuada evaluación de los mismos<sup>(4)</sup>.

El 90% de las personas que se suicidan tienen trastornos psiquiátricos diagnosticables y tratables<sup>(4)</sup>, por lo que los esfuerzos de prevención deben centrarse en los pacientes con enfermedades mentales. Sin embargo, el personal sanitario suele realizar una división en problemas mentales y físicos, que llevan a la fragmentación de la atención al cliente y la devaluación de las necesidades de los pacientes con problemas de salud mental<sup>(5)</sup>.

Las actitudes estigmatizantes influyen negativamente en la atención y el trato recibido por los pacientes<sup>(6)</sup> y, además, tienen un impacto en la psicología del receptor y en su bienestar, actuando como un considerable obstáculo para la búsqueda de ayuda, el acceso al tratamiento, la adherencia y la eficacia del mismo. Estudios demuestran que hay un prejuicio común en médicos y profesionales de enfermería sobre los pacientes que se autolesionan, describiéndolos como manipuladores y captadores de atención<sup>(7)</sup>.

Una de las razones principales identificadas por los pacientes de salud mental para no buscar ayuda sanitaria o continuar con el tratamiento es el estigma, y consideran al personal sanitario como elemento contribuyente al estigma y discriminación<sup>(8)</sup>.

El trabajo del profesional de enfermería se encuentra rodeado de sentimientos y emociones, a veces difíciles de clasificar e identificar, que se originan tanto en el paciente como en el propio profesional. El conjunto de cargas psíquicas presente en lo cotidiano de la enfermería impacta en la calidad de vida y del trabajo de estos profesionales<sup>(9)</sup>. Identificar estas emociones, así como aprender a gestionarlas, supone adquirir nuevas herramientas con las que realizar el trabajo de enfermería con éxito.

La Inteligencia Emocional es la capacidad para reconocer, comprender y regular las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y utilizar la información para guiar el pensamiento y las acciones<sup>(10)</sup>. Los beneficios de la inteligencia emocional se han demostrado en diferentes ámbitos de la vida cotidiana y a nivel profesional. Las personas emocionalmente inteligentes tienen mejor salud física y mental, mayores niveles de bienestar y satisfacción vital, menos conductas de riesgo como el consumo de drogas, así como mejores relaciones interpersonales y sociales tanto en el contexto profesional como personal<sup>(11)</sup>. A través de las relaciones humanas, el profesional de enfermería presta atención al paciente, participando en las emociones que se dan dentro de ellas, ya sea dolor, malestar, tristeza, alivio o esperanza, obligando al profesional a ser emocionalmente inteligente<sup>(12)</sup>.

Estudios demuestran que el nivel medio de inteligencia emocional en profesionales de enfermería de Salud Mental es mayor que en la población general<sup>(13)</sup>. Los profesionales de enfermería de Salud Mental realizan una gran cantidad de trabajo emocional en su práctica diaria al enfrentarse a problemas como la agresión, la desconfianza, depresión o el comportamiento suicida. Los profesionales de enfermería de Urgencias se encuentran inmersos en un ambiente altamente estresante debido a los horarios, sobrecargas de trabajo y el contacto con la muerte. Se necesita investigar el significado de la inteligencia emocional en situaciones que son marcadas por una gran cantidad de trabajo emocional, como en el cuidado del paciente que se autolesiona o intenta suicidarse<sup>(13)</sup>.

El objetivo de este estudio se centra en conocer la actitud del profesional de enfermería ante el paciente con conducta suicida, en dos grupos de profesionales que tienen un mayor contacto con este tipo de pacientes: profesionales de enfermería de urgencias y de salud mental. Como objetivos secundarios, pretendemos conocer si la Inteligencia Emocional Percibida por el propio profesional de enfermería se relaciona con una actitud más o menos favorable hacia la conducta suicida, y la posible relación de esta actitud con variables como el sexo del profesional, la experiencia atendiendo a pacientes suicidas, la formación recibida en salud mental, el tiempo de experiencia profesional enfermera así como el tiempo acumulado de trabajo para un mismo servicio.

## Método

Estudio descriptivo y transversal, que incorpora un contraste de medias para la comparación entre grupos y un análisis correlacional de las variables implicadas en busca de asociación entre las mismas. La población de referencia es la constituida por los diplomados universitarios en enfermería de los servicios de urgencias y salud mental de la provincia de Granada y pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud (N= 255). Los datos se obtuvieron en el año 2011, en los meses de Abril, Mayo y Junio. Los profesionales de enfermería que finalmente participaron fueron 81 (31,8%), de los que 52 pertenecen a servicios de urgencias y 29 a servicios de salud mental. En la Tabla 1 se muestran las características de los participantes según las diferentes variables medidas en el estudio. Previo al reparto de cuestionarios, se obtuvo el permiso de los supervisores de enfermería de cada servicio y la aprobación por parte de la dirección del hospital en los centros donde fue requerido éste trámite. Los cuestionarios fueron

repartidos entre los profesionales en su lugar de trabajo, donde se les informó de la voluntariedad del mismo, así como de su confidencialidad y anonimato. Además, se dieron instrucciones sobre el modo de rellenarlo y sobre la recogida en días posteriores para posibilitar su realización fuera del horario de trabajo. El cuestionario autoadministrado a los participantes constaba de 82 ítems con los siguientes instrumentos de medida:

Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida o CCCS-18<sup>(14)</sup>, destinado a evaluar las actitudes hacia el comportamiento suicida y que resultaría apropiado para conocer como se posiciona el profesional de enfermería ante este hecho, cada día más presente en nuestros hospitales. Este instrumento además ofrece la oportunidad de profundizar en aspectos muy ligados al profesional de enfermería, como son la dimensión moral del suicidio, legitimidad del mismo, y suicidio en enfermos terminales. Por otro lado, se trata de un instrumento creado en castellano y validado en población universitaria de estudiantes españoles de Enfermería y Psicología. El CCCS-18 posee una estructura interna de cuatro factores y una escala de respuesta tipo Likert de 7 niveles que oscilan de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 7 (*totalmente de acuerdo*). El primer factor se denomina *legitimación del suicidio* e incluye 6 ítems (1, 5, 8, 10, 14 y 18) relativos a la visión del suicidio como algo racionalmente aceptable. El segundo factor se refiere a *suicidio en enfermos terminales* e incluye 4 ítems (2, 6, 11 y 15) relativos al suicidio en enfermos que no tienen posibilidades de vivir. El tercer factor parece indicar la *dimensión moral del suicidio* desde el punto de vista social y está compuesto por 4 ítems (3, 7, 12 y 16) que puntúan de forma inversa, de manera que puntajes altos en estos ítems pertenecen a aquellos profesionales de enfermería en desacuerdo con estas afirmaciones, y puntajes bajos en estos ítems pertenecen a profesionales de enfermería de acuerdo con estas afirmaciones. El cuarto factor se centra en *el propio suicidio*. Este factor también está compuesto por 4 ítems (4, 9, 13 y 17) e indica una visión de la propia conducta suicida como salida ante una determinada situación.

Cuestionario TMMS-24 (*Trait Meta-Mood Scale*)<sup>(15)</sup>, que mide la Inteligencia Emocional Percibida o la capacidad para reconocer, comprender y regular las emociones propias y las de los demás. Este instrumento está adaptado al español<sup>(16)</sup> y compuesto de 24 ítems, con respuesta tipo Likert, que oscilan de 1 (*muy de acuerdo*) a 5 (*muy en desacuerdo*). En esta escala se diferencian tres factores: *atención*, *claridad* y *regulación*. Atención se refiere a la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada, reconociendo nuestras emociones

e identificando los propios sentimientos. Claridad se le llama a la capacidad de integrar los sentimientos dentro de nuestro pensamiento y comprender la complejidad de los cambios emocionales. Regulación se refiere al manejo de las emociones, tanto positivas como negativas de forma eficaz y correcta.

Se incluyó además una escala para medir deseabilidad social o necesidad de obtener aprobación por parte de los sujetos, respondiendo de un modo culturalmente aceptable y apropiado. La escala desarrollada por Crowne y Marlowe fue adaptada al español por Ferrando y Chico<sup>(17)</sup> y se compone de 33 ítems, con respuesta forzada entre verdadero o falso.

Junto con el anterior instrumento se utilizó un cuestionario ad hoc donde se recogen datos sobre variables socio-demográficas.

Los datos se analizaron con el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 18.0. Inicialmente se realizaron los análisis descriptivos correspondientes para conocer las características de la muestra, así como para las puntuaciones obtenidas en CCCS y sus factores, TMMS y sus factores y para Deseabilidad Social.

Para contrastar los resultados del cuestionario de actitudes hacia el suicidio, se clasificó la muestra en grupos de acuerdo con las siguientes características: servicio para el que se trabaja (salud mental o urgencias), sexo (hombre y mujer), experiencia con pacientes suicidas (sí o no), formación en salud mental (sí o no) y duración de formación en salud mental menor a 30 horas o mayor a 30 horas. Para realizar estos contrastes, se utilizó la prueba no paramétrica *U* de *Mann-Whitney*, debido a la distribución no normal de las puntuaciones en el factor dimensión moral del cuestionario de actitudes. Para comprobar si la actitud hacia el suicidio tiene relación con el nivel de inteligencia emocional, así como otras posibles asociaciones entre las variables medidas, se utilizó la prueba de correlación de *Spearman* al no cumplirse el requisito de normalidad.

## Resultados

Los resultados reflejan que los profesionales de enfermería en general muestran una actitud desfavorable hacia el comportamiento suicida ( $M = 65,31$ ), sin embargo la puntuación media obtenida por los profesionales de salud mental es más elevada ( $M = 70,58$ ) que en los profesionales de urgencias ( $M = 62,43$ ). El tercer factor, "dimensión moral del suicidio", obtiene puntuaciones medias ( $M = 21,89$ ) que confirman el rechazo por parte de los profesionales de enfermería hacia el concepto de

inmoralidad del suicidio. El desacuerdo es común entre los profesionales de enfermería para los factores "legitimidad del suicidio" (M= 16,30), "suicidio en enfermos terminales" (M=15,50) y "el propio suicidio" (M= 11,94).

Tabla 1 - Distribución de los Participantes en las Variables Medidas (N=81)

	%
Servicio actual	
Salud mental	35,8
Urgencias	64,2
Sexo	
Hombre	28,4
Mujer	71,6
Experiencia profesional (años)	
≤ 5	0
6 - 10	3,7
11 - 15	12,3
16 - 20	21
≥ 21	63
Experiencia servicio (años)	
≤ 2	33,3
3 - 8	26,4
≥ 9	40,3
Formación salud mental	
Ninguna	41,3
Curso -30 h.	10
Curso +30 h.	25
Especialidad en s. mental	23,8
Experiencia en suicidio	
Si	93,8
No	6,2

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

	%
Nº de suicidas atendidos	
≤10	49
11-50	33,4
51-100	3,9
≥101	13,7

Los resultados significativos en el análisis de contraste por grupos, los encontramos en el factor "dimensión moral del suicidio" (Tabla 2), que es rechazado fuertemente por los profesionales que trabajan en servicios de salud mental ( $U = 326$ ;  $p > ,001$ ). En cuanto al sexo, hay diferencias significativas en el ítem "el suicidio es un acto inmoral" ( $U = 385,5$ ;  $p < ,01$ ) donde el desacuerdo con esta afirmación es mayor en el grupo de mujeres. "Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad" ( $U = 444$ ;  $p < ,01$ ), es un ítem que rechazan de forma significativa los profesionales que han recibido formación en salud mental.

Las diferencias significativas entre quienes han recibido una formación en salud mental de duración superior o inferior a 30 horas las encontramos en el factor "dimensión moral de suicidio" ( $U = 452,5$ ;  $p > ,05$ ), y en los ítems que forman parte del mismo: "los suicidas son personas que atentan contra la sociedad" ( $U = 526$ ,  $p < ,01$ ) y "se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato" ( $U = 521,5$ ,  $p < ,05$ ). En todos los casos, los profesionales con más formación en salud mental mostraban más disconformidad con las afirmaciones.

Tabla 2 - Análisis Comparativo de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida en Profesionales de Urgencias y Salud Mental

	Enfermeras de S. Mental (n=29)		Enfermeras de Urgencias (n=52)		Prueba de contraste	
	M	DT	M	DT	U	p
<b>Factores</b>						
Factor I: Legitimación del suicidio	16,67	8,74	16,12	8,45	689,0	,893
Factor II: Suicidio en enfermos terminales	16,29	7,87	15,06	7,04	633,5	,488
Factor III: Dimensión moral del suicidio	24,46	4,55	20,36	5,63	326,0	,000†
Factor IV: El propio suicidio	11,36	5,74	12,26	5,33	619,5	,400
Total Creencias Actitudinales	70,58	20,42	62,43	19,52	390,5	,078
<b>Ítems</b>						
1. Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej.: sobredosis de pastillas)	2,86	1,97	2,48	1,89	649,0	,402
2. Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	4,14	2,47	4,52	1,97	702,0	,603
3. El suicidio va en contra de la moral	5,90	1,69	4,52	1,83	388,5	,000†
4. Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema	3,17	2,05	3,44	2,03	664,5	,529
5. Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir	2,31	1,75	2,40	1,79	728,5	,792
6. El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	4,07	2,17	3,73	2,00	645,5	,477
7. El suicidio es un acto inmoral	5,66	2,19	4,84	1,80	478,5	,007†

Tabla 2 - *continuación*

	Enfermeras de S. Mental (n=29)		Enfermeras de Urgencias (n=52)		Prueba de contraste	
	M	DT	M	DT	U	p
8. El suicidio debería ser una forma legítima de morir	3,82	2,35	3,37	2,02	651,5	,432
9. Bajo ningún concepto me suicidaría	3,86	2,15	3,87	2,10	747,5	,948
10. Aceptaría el suicidio en personas mayores	2,66	1,83	2,90	1,91	682,0	,465
11. Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	3,59	2,29	3,80	2,09	677,5	,528
12. Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad	6,36	1,19	5,76	1,53	550,5	,065
13. Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	1,96	1,37	2,35	1,70	633,0	,308
14. Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de manera privada y con menos sufrimiento	2,36	1,63	2,79	2,05	652,5	,421
15. Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	4,17	2,26	3,17	2,14	576,5	0,750
16. Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato	6,21	1,44	5,51	1,68	484,5	,022*
17. Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida	2,34	1,85	2,48	1,76	663,5	,346
18. El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal	2,28	1,73	2,17	1,56	733,0	,824

M = Media; DT = Desviación Típica; U = U de Mann-Whitney; n = muestra; p = significación; \*p < ,05; † p < ,01.

Tras la prueba de Spearman, los resultados relacionan de forma positiva y significativa el desacuerdo con la inmoralidad del suicidio y las mayores puntuaciones obtenidas en "Inteligencia Emocional", "Claridad Emocional", "Reparación Emocional" y "mayor grado de formación alcanzado en salud mental" (Tabla 3). Existe también correlación positiva y significativa entre "deseabilidad social" e "inteligencia emocional" ( $r_s = ,234$ ;  $p < ,05$ ) y "claridad emocional" ( $r_s = ,259$ ;  $p < ,05$ ).

Tabla 3 - Resultados de Correlación entre Dimensión Moral del Suicidio y Variables Medidas

Variables	Dimensión moral del suicidio $r_s$
Atención Emocional	,037
Claridad Emocional	,287*
Reparación Emocional	,245*
Inteligencia Emocional	,242*
Deseabilidad social	,224
Experiencia profesional	,003
Experiencia en el servicio	,081
Duración formación s. mental	,270*
Nº suicidios atendidos	,076

\* p < ,05

## Discusión

Los profesionales de enfermería en este estudio comparten una actitud desfavorable hacia el comportamiento suicida y se trata de un resultado acorde a una sociedad que, siendo mortal, rechaza la muerte, que ha dejado de ser admitida como un fenómeno natural necesario y es considerada como un fracaso, tanto por la sociedad como por el sistema sanitario<sup>(18)</sup>. Los profesionales que reflejan una mejor aceptación del comportamiento

suicida tienen una mayor probabilidad de prestar una atención sanitaria positiva a los pacientes suicidas<sup>(19)</sup>. Estudios anteriores confirmaron una mayor comprensión hacia los pacientes con comportamiento suicida en profesionales de salud mental<sup>(20-21)</sup>. Los profesionales de enfermería de salud mental han adquirido habilidades para la atención del enfermo psiquiátrico y poseen mayor confianza para el tratamiento del paciente suicida. Los profesionales de enfermería de urgencias no suelen tener ningún entrenamiento formal o especializado en la atención al paciente con comportamiento suicida. Una de las razones principales identificadas por los consumidores de cuidados de psiquiatría y salud mental para no buscar o continuar con el tratamiento es el estigma al que se enfrentan<sup>(8)</sup>. La atención inadecuada al paciente con comportamiento suicida, puede agravar la situación que le llevó al intento de suicidio y la evitación de los servicios de salud en futuras ocasiones.

Al igual que ocurre entre las mujeres de este estudio, estudios anteriores ya confirmaron una actitud más favorable y comprensiva de las mujeres hacia el comportamiento suicida<sup>(6)</sup>. Los profesionales de enfermería de este estudio, con formación en salud mental, rechazan los aspectos morales que se le atribuye a la conducta suicida, y el rechazo aumenta en aquellos profesionales que han recibido una formación en salud mental de mayor duración. Investigaciones previas han confirmado la importancia de la formación para la consecución de actitudes más positivas hacia el comportamiento suicida<sup>(4-7)</sup>, y el mayor impacto sobre las actitudes a medida que la formación es más especializada<sup>(22)</sup>. La recomendación de educación y formación del profesional sanitario para alcanzar un mejor autoconocimiento de sus

percepciones y sentimientos que posibilite un cambio de actitudes con respecto al comportamiento suicida ha sido justificada en numerosos estudios<sup>(4-21)</sup> y se recomienda incluir las competencias en inteligencia emocional en los planes de estudio de enfermería<sup>(12)</sup>.

Los profesionales de enfermería de este estudio que se oponen al concepto de inmoralidad del suicidio son aquellos que tienen más claras sus emociones y además son más capaces de regular o reparar eficazmente sus emociones. Estudios previos han demostrado que las personas que más puntúan en los factores claridad y regulación emocional toleran mejor el estrés, están más protegidos contra el *burnout*, sienten más satisfacción en su trabajo, menor ansiedad ante la muerte y mejor salud<sup>(23)</sup>.

En las medidas de auto-informe, como es el caso de TMMS-24, una de las dificultades que presentan son los problemas de deseabilidad social, es decir, que los sujetos respondan con la finalidad social de dar una imagen distorsionada, ya sea positiva o negativa. Las respuestas sobre inteligencia emocional de este estudio están influenciadas por deseabilidad social. Sin embargo, que de forma no voluntaria, pueden darse sesgos perceptivos y de memoria provocados por la evaluación subjetiva del propio sujeto sobre su capacidad para manejar las emociones<sup>(24)</sup>.

El profesional de enfermería, como parte de la sociedad y la cultura, posee una serie de actitudes y creencias que repercuten en su actuación profesional y tienen a su vez un impacto en el paciente con conducta suicida. Las creencias erróneas ó mitos en relación a la conducta suicida también se dan en personal sanitario. Uno de los más frecuentemente formulado es el comportamiento suicida como "llamada de atención". Sin embargo, aunque no todas las personas que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarles de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el atentar contra su vida<sup>(25)</sup>. El personal sanitario habitualmente intenta "no hablar sobre suicidio" para no alentar esta conducta en el paciente, sin embargo, hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos<sup>(25)</sup>.

## Conclusiones

Las emociones y las actitudes tienen peso en la actuación del profesional de enfermería, por ello se hace

necesaria una exploración y replanteamiento de las mismas para lograr una actuación terapéutica hacia el paciente con conducta suicida. Simultáneamente, un mayor auto-conocimiento por los profesionales de enfermería de sus emociones posibilitaría la mejor gestión de las mismas y la disminución del estrés y ansiedad que estas provocan en el personal sanitario.

Una mayor efectividad en la gestión del paciente suicida repercutirá en la disminución de morbi-mortalidad por suicidio, y el elemento esencial para conseguirlo es la formación sobre el comportamiento suicida.

La creación de protocolos que sirvan de guía y establezcan criterios consensuados entre los profesionales sanitarios para la toma de decisiones y manejo del paciente suicida, tanto a nivel hospitalario como a nivel ambulatorio, mejoraría la captación e inclusión del paciente con conducta suicida en la red sanitaria y su seguimiento por los profesionales de la salud comunitarios con la finalidad de la prevención de nuevos intentos de suicidio.

## Limitaciones

Se trata de un estudio no probabilístico sino incidental, por lo que no se pueden extrapolar los resultados a todos los profesionales de enfermería.

La correlación positiva y significativa entre la inteligencia emocional percibida y la escala que mide la deseabilidad social indica algún tipo de sesgo en las respuestas de los profesionales de enfermería.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud (Spanish) [Internet]. 2000. [acceso 25 ago 2011]. Disponible em: [http://www.who.int/mental\\_health/resources/preventingsuicide/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/index.html)
2. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 2002;2:6-8.
3. Baca E. Intervenciones sobre poblaciones de riesgo. In: Bobes J, Giner J, Saiz J. *Suicidio y Psiquiatría* [Internet]. Madrid (ES): Triacastela; 2011. Chapter 6, Intervenciones sobre poblaciones de riesgo; [acceso 17 jun 2011]; p. 143-61. Spanish. Disponible em: [http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio\\_y\\_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf](http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf)
4. McCann T, Clark E, McConnachie S. y Harvey, I. Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Accident Emergency Nurs*. 2006;14:4-10.

5. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness with the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatric Mental Health Nurs.* 2009;16:558-67.
6. Law GU, Rostill-Brookes H, Goodman D. Public stigma in health and non-healthcare students: Attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. *Int J Nurs Studies.* 2009;46:108-19.
7. Friedman T, Newton C, Coggan C, Hooley S, Patel R, Pickard M, et al. Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: influence of previous training and experience. *J Psychosom Res.* 2006;60:273-7.
8. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet.* 2007;370: 810-1.
9. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas y procesos de desgaste en trabajadores de enfermería de hospitales universitarios brasileños. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(2):340-7.
10. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion.* 2001;1:232-42.
11. Fernández-Berrocal P. Inteligencia emocional para médicos del siglo XXI. *El Médico.* 2010;1112:22-5. Spanish.
12. Freshwater D, Stickley T. The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nurs Inquiry.* 2004;11:91-8.
13. Dusseldorp L, Meijel B, Derksen J. Emotional intelligence of mental health nurses. *J Clin Nurs.* 2010;20:555-62.
14. Ruiz-Hernández JA, Navarro-Ruiz JM, Torrente G, Rodríguez A. Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. *Psicothema.* 2005;17:684-90. Spanish.
15. Salovey P, Mayer JD, Goldman S, Turvey C, Palfai T. Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In: Penedaker JW. *Emotion, Disclosure and Health* [Internet]. Washington (DC): American Psychological Association; 1995. [acceso 9 abr 2011]; p. 125-54. Disponible em: [http://www.unh.edu/emotional\\_intelligence/EI%20Assets/CognitionandAffect/CA1995SaloveyMayer.pdf](http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/CognitionandAffect/CA1995SaloveyMayer.pdf)
16. Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Reports.* 2004;94:751-5.
17. Ferrando PJ, Chico E. Adaptación y análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema.* 2000;12:383-9. Spanish.
18. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev Psicol Gen Aplicada.* 2003;56:257-79. Spanish.
19. McAllister M, Creedy D, Moyle W, Farrugia C. Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *J Adv Nurs.* 2002;40:578-86.
20. Kishi Y, Kurosawa H, Morimura H, Hatta K, Thurber S. Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011;33:393-7.
21. Patterson P, Whittington R, Bogg J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *J Psychiatr Mental Health Nurs.* 2007;14: 438-45.
22. McCarthy L, Gijbels H. An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. *Int Emergency Nurs.* 2010;18:29-35.
23. Augusto JM, López-Zafra E. The impact of emotional intelligence on nursing: An overview. *Psychology.* 2010;1:50-8.
24. Extremera N, Fernández-Berrocal P. El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional. *Bol Psicología.* 2004;80:59-77. Spanish.
25. Rueda F. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. [Internet]. 2010. [acceso 17 jun 2011]. Spanish. Disponible em: <http://feafes.org/guia-sobre-la-prevencion-del-suicidio-para-personas-con-ideacion-suicida-y-familiares/>

Recibido: 13.4.2012

Aceptado: 10.10.2012

*Como citar este artículo:*

Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martínez MC. Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. nov.-dic. 2012 [acceso: / / ]; 20(6):[08 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

día | mes abreviado con punto | año

URL