

Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en profesionales de salud del área de emergencias en un hospital público de Lima, Perú

Attitudinal beliefs about suicidal behavior in health professionals in the emergency area in a public hospital in Lima, Peru

Diana Yuncar-Fajardo¹, Hugo F. Gutiérrez-Crespo², Juan P. Matzumura-Kasano²

¹Hospital Nacional Hipólito Unanue, Servicio de Psiquiatría, Lima-Perú

²Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima-Perú



Recibido: 23/12/2022
 Revisado: 08/01/2023
 Aceptado: 25/01/2023

Autor correspondiente

Dra. Diana Yuncar
 Hospital Nacional Hipólito
 Unanue, Servicio de Psiquiatría,
 Lima, Perú
diana.yuncar@gmail.com

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Fuente de financiación

Los autores no recibieron apoyo financiero de entidades gubernamentales o instituciones para realizar esta investigación

Este artículo es publicado bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



RESUMEN

Introducción: Cada año se producen unas 800 000 muertes por suicidio, superando el número de personas que mueren por homicidio y guerras en todo el mundo. En 2016, el suicidio fue la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años en todo el mundo. **Objetivo:** Describir las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en los profesionales de salud del área de emergencias de un hospital público. **Metodología:** Investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por profesionales que laboraban en el área de emergencias de un hospital público en Lima. Se empleó una muestra no probabilística por conveniencia que estuvo conformada por 93 participantes. Se utilizó el Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida, compuesto por cuatro factores con una confiabilidad de 0,87. **Resultados:** Participaron 93 profesionales de salud. La edad promedio fue de 35,6 años. El Factor 1: Legitimación del suicidio y el Factor 4: El propio suicidio, son los que presentaron actitudes de rechazo al comportamiento suicida; mientras que el Factor 2: Suicidio en enfermos terminales y el Factor 3: Moral del suicidio, evidenciaron actitudes a favor. Las puntuaciones en los cuatro factores y en el puntaje total del cuestionario, para el grupo de médicos y otros profesionales, no mostraron diferencias significativas. El 51,6% (n=48) pertenecen al percentil 50, que tiene actitudes y creencias indiferentes para el suicidio y el 34,7% (n=23) al percentil 75, que tiene actitudes y creencias a favor de este. **Discusión:** La mayoría de los participantes mostraron actitudes y creencias neutrales para el suicidio. Solo se evidenciaron actitudes a favor del suicidio en los factores de moral y enfermos terminales. Las creencias actitudinales para los médicos y otros profesionales de la salud no mostraron diferencias significativas.

Palabras clave: actitud; suicidio; personal de salud.

ABSTRACT

Introduction: Each year there are some 800,000 deaths by suicide, exceeding the number of people who die by homicide and wars throughout the world. In 2016, suicide was the second leading cause of death among people aged 15-29 worldwide. **Objective:** To describe attitudinal beliefs about suicidal behavior in health professionals in the emergency area of a public hospital. **Methods:** Quantitative, descriptive, and cross-sectional research. The population consisted of professionals who worked in the emergency department of a public hospital in Lima. A non-probabilistic convenience sample of 93 participants was used. The Attitudinal Beliefs Questionnaire on suicidal behavior, composed of four factors with a reliability of 0.87, was used. **Results:** 93 health professionals participated. The average age was 35.6 years. Factor 1: Legitimization of suicide and Factor 4: Suicide itself, showed attitudes of rejection of suicidal behavior, while Factor 2: Suicide in terminally ill patients and Factor 3: Morality of suicide, showed attitudes in favor. The scores in the four factors and in the total score of the questionnaire for the group of physicians and other professionals did not show significant differences. The 51.6% (n=48) belong to the 50th percentile, who have indifferent attitudes and beliefs for suicide and 34.7% (n=23) to the 75th percentile, who have attitudes and beliefs in favor of it. **Discussion:** Most of the participants showed neutral attitudes and beliefs for suicide. Attitudes in favor of suicide were only evident in the morale and terminally ill factors. Attitudinal beliefs for physicians and other health professionals showed no significant differences.

Keywords: Suicide; attitude; personal health services.

INTRODUCCIÓN

Cada año se producen unas 800 000 muertes por suicidio, superando el número de personas que mueren por homicidio y guerras en todo el mundo. En 2016, el suicidio fue la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años en todo el mundo (1). Aproximadamente el 79 % de los suicidios del mundo ocurren en países de ingresos bajos y medianos, donde el acceso inadecuado a los servicios, la pobreza y el estigma de la salud mental se mencionan como barreras para buscar atención (2,3). En los países en desarrollo, la mayoría de los suicidios son cometidos por personas que viven en la pobreza, en su mayoría mujeres jóvenes solteras que carecen de educación y luchan por mantenerse a sí mismas (4).

Cabe señalar que países con grandes poblaciones como India y China, contribuyen a más de la mitad del total de suicidios en el mundo. Sin embargo, al comparar las tasas de suicidio durante el año 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó una tasa de 18,5 por cada 100 000 habitantes en la India y 7,9 por cada 100 000 habitantes en China. De otro lado, las tasas más altas de suicidio se encuentran en países bálticos de Europa oriental, como Rusia, Kazajstán y Ucrania, y en Corea del Sur (1,5); mientras que Honduras y México en Latinoamérica, presentan tasas bajas en comparación con Estados Unidos, Canadá y los países de Europa. Diversos estudios sugieren que las diferencias culturales, las creencias religiosas y adversidades económicas, laborales influyen en el incremento de las tasas de suicidio (6,7). Adicionalmente, en los países de medianos y altos ingresos, las tasas de suicidio masculino son más elevadas que las femeninas en una proporción de 4:1, lo que conlleva a considerarlo como un problema de salud pública a nivel mundial y sugieren establecer medias de prevención e intervenciones para la reducción de factores de riesgo (7,8).

La OMS define el fenómeno del suicidio como un acto deliberado para quitarse la vida, difícil de predecir y de factor multidimensional y complejo (9). Asimismo, las conductas suicidas se definen comúnmente como conductas potencialmente letales realizadas con la intención de quitarse la vida, como lo establece el modelo diátesis-estrés, que sugiere que el riesgo de suicidio se origina por las variaciones e interacciones de los riesgos biológicos y/o psicológicos, los mismos que predisponen a la vulnerabilidad en el individuo quien, bajo estrés, tiene más probabilidades de actuar sobre la ideación suicida, riesgo que se incrementa con la impulsividad y agresión (10,11).

Entre los factores de riesgo para el suicidio se

encuentran el sexo masculino, la juventud, una menor educación, ser soltero, padecer una comorbilidad mental y, en algunos casos, se presenta en personas sin diagnóstico previo (8,12). También se considera como factor de riesgo la impulsividad, la conducta agresiva y el abuso de sustancias que incluyen el tabaquismo. Del mismo modo, se consideran como factores predisponentes para la presencia de ideación suicida a la desesperanza, la sensación de baja pertenencia, la intimidación, la derrota, la desregulación emocional, el aislamiento social y el desempleo (13,14).

Entre las principales enfermedades mentales asociadas al suicidio se encuentran la depresión, el espectro esquizofrenia y el trastorno bipolar; las personas diagnosticadas con este trastorno tienen 20 a 30 veces más probabilidad de morir por suicidio que la población general, siendo los de mayor prevalencia los bipolares tipo II (11).

Por otro lado, el antecedente de intento de suicidio previo, el abuso sexual infantil, la conducta suicida familiar o la pérdida de un familiar por suicidio, son considerados predictores de suicidio y pueden depender de factores individuales, sociales o de la resiliencia de la persona (10,15).

Los profesionales de salud, los veterinarios, los militares y los policías, también tienen un riesgo de suicidio en comparación con la población general. En el caso de algunas especialidades médicas, diversas investigaciones han sugerido que estas tienen un riesgo particular de suicidio, debido a factores individuales en ciertas especialidades médicas y quirúrgicas: horas excesivas de trabajo, privación del sueño, condiciones ambientales para la labor, estrés de situaciones relacionadas con atención de emergencias, alteración en las horas de descanso, problemas familiares generados por el trabajo y el fácil acceso a un medio para suicidarse (16,17).

Los médicos especialistas y, en particular, los psiquiatras y los anestesiólogos, tienen un mayor riesgo de suicidio y presentan un comportamiento especial al momento de presentar un problema de salud mental: tienden al perfeccionismo, evitan la ayuda profesional, lo cual incrementa el riesgo de cometer un acto suicida (18); además, diversos estudios han confirmado que, durante los últimos años, el suicidio en médicos se ha incrementado en 4,3 % (19,20). Por lo expuesto, se propone como objetivo describir las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en los profesionales de salud del área de emergencias de un hospital público de Lima-Perú durante el año 2021.

METODOLOGÍA

Diseño y área de estudio: Investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal, fue realizada en el área de emergencia de un hospital público ubicado en la ciudad de Lima-Perú durante el año 2021.

Población y muestra: La población de estudio estuvo conformada por los profesionales que laboran en el área de emergencia. Fueron excluidos participantes que no tenían contrato oficial con el hospital, médicos residentes rotantes y quienes no desearon participar de la investigación. Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia que estuvo conformada por 93 participantes: un cirujano dentista, 34 enfermeros, 56 médicos y dos licenciadas en Obstetricia. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, realizar guardias en el área de emergencias y aceptar participar del estudio voluntariamente. Como exclusión fue ser profesional de salud mental.

Variables e instrumentos: La investigación analizó las variables sociodemográficas y laborales: edad, sexo, estado civil, número de hijos, religión, profesión, especialidad, condición laboral, número de años en labores, trabajos adicionales, satisfacción laboral y experiencia en la atención de pacientes con intento de suicidio. La principal variable de la investigación fue medida con el Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18), desarrollado por Ruiz-Hernández y colaboradores (21) y por Desuque y colaboradores (22). El cuestionario está conformado por cuatro factores, Factor 1: Legitimación del suicidio, Factor 2: Suicidio en enfermos terminales, Factor 3: Dimensión moral del suicidio y Factor 4: El propio suicidio. Contiene 18 preguntas con respuestas mediante una escala de Likert, con valores desde totalmente en desacuerdo (1 punto) a totalmente de acuerdo (7 puntos). Cabe señalar que las respuestas de las preguntas 3, 7, 9 y 12 se puntúan de forma inversa. El cuestionario tiene una consistencia interna según alfa de Cronbach de 0,87.

Procedimientos: La recolección de datos fue realizada por los investigadores y la aplicación del cuestionario se realizó mediante una encuesta utilizando la versión impresa del cuestionario. Estas fueron respondidas de manera anónima y conservadas en sobre cerrado para su procesamiento posterior. Los datos fueron registrados utilizando el software Excel para Microsoft 365 MSO, versión 2205.

Análisis estadístico: La información fue procesada mediante el software estadístico de uso libre Rstudio y los resultados fueron presentados en tablas de frecuencia según variables y dimensiones. Para

contrastar los resultados, se clasificó la muestra en dos grupos: médicos y otros profesionales de la salud y el análisis de los resultados se realizó mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, debido a la distribución no normal de las puntuaciones en los cuatro factores de la variable de estudio. Para comprobar si la actitud hacia el suicidio tiene relación entre estas variables, se utilizó la prueba de correlación de Spearman al no cumplirse el requisito de normalidad.

Aspectos éticos: Los principios bioéticos aplicados fueron tomados de la Declaración de Helsinki, manteniendo la confidencialidad de todos los participantes durante el desarrollo de la investigación. Asimismo, la investigación recibió la autorización por parte del Comité de Ética e Investigación del hospital mediante carta de aprobación N.º 061-2021-CIEI-HNHU. Cada participante firmó un consentimiento informado.

RESULTADOS

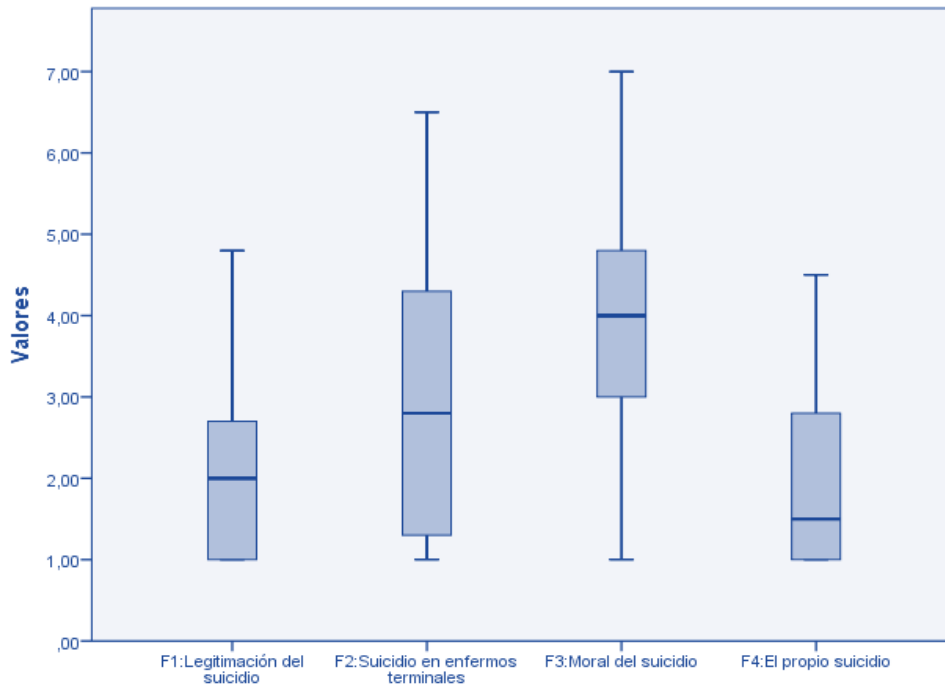
La investigación se realizó con la participación de 93 profesionales de la salud: 60,2 % (n=56) médicos; 36,6% (n=34) enfermeros, 2,2 % (n=2) obstetras y 1 % (n=1) cirujano dentista. Las edades oscilaron entre los 26 y 60 años, con una edad promedio de 35,6 años. Asimismo, 56 % (n=52) correspondió al sexo femenino y 44 % (n=41) al masculino. En el grupo de médicos según especialidad, 32,3 % (n=30) pertenecía a emergencias y desastres, 10,8 % (n=10) a medicina interna, 4,3 % (n=4) a la Unidad de Cuidados Intensivos y a otras especialidades médico-quirúrgicas.

Con respecto a los años de servicio en la institución de los participantes, el mínimo fue de un año y el máximo de 28 años. El 68,8 % (n=64) de los participantes manifestó tener entre 1 a 6 años de servicio, 20,4 % (n=19) entre 7 a 13 años de servicio y 10,8 % (n=10) más de 14 años de servicio en la institución. En la descripción del estado civil, 60,2 % (n=56) era soltero, 24,7 % (n=23) casado y 15,3 % (n=14) conviviente. Dentro de las condiciones laborales, 27% (n=25) tenía un contrato de administración de servicios, 28 % (n=26) era nombrado, 44 % (n=41) era médico residente y 1 % (n=1) estaba bajo la modalidad de terceros. El 57 % (n=53) manifestó no tener hijos, mientras que 43 % (n=40) sí los tenía. Finalmente, 77,4 % (n=72) manifestó ser católico, 8,6 % (n=8) cristiano, 6,5 % (n=6) no tener filiación religiosa y el resto (n=7) practicaba otras religiones. Los resultados sobre la satisfacción en el ámbito laboral durante los últimos 12 meses fueron, 14 % (n=13) indicó estar muy satisfecho, 76,3 % (n=71) satisfecho, 8,6 % (n=8) poco satisfecho y 1,1 % (n=1) nada satisfecho.

Por otra parte, 34,4 % (n=32) de los participantes manifestó laborar en más de una institución, mientras que el resto en una sola. Respecto a las manifestaciones sobre la experiencia de haber atendido en forma directa a pacientes con tendencia suicida, 93,5 % (n=87) respondió de forma afirmativa, mientras que 6,5 % (n=6) no había atendido a ese tipo

de pacientes. El análisis comparativo de las actitudes hacia los comportamientos suicidas por factores permitió observar que el Factor 1 y el Factor 4, son los presentaron actitudes de rechazo al comportamiento suicida, mientras que el Factor 2 y el Factor 3, evidenciaron actitudes a favor del comportamiento suicida, como puede observarse en el Gráfico 1.

GRÁFICO 1. ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS POR FACTORES DE CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL ÁREA DE EMERGENCIAS (N=93).



Para el análisis de contrastes, se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, debido a la distribución no normal de las puntuaciones en los cuatro factores estudiados y en puntaje total para las creencias actitudinales para el grupo de médicos y otros profesionales no mostraron diferencias significativas ($p > 0,05$) (Tabla 1). De acuerdo con la puntuación global, 23,7 % (n=22) de los participantes

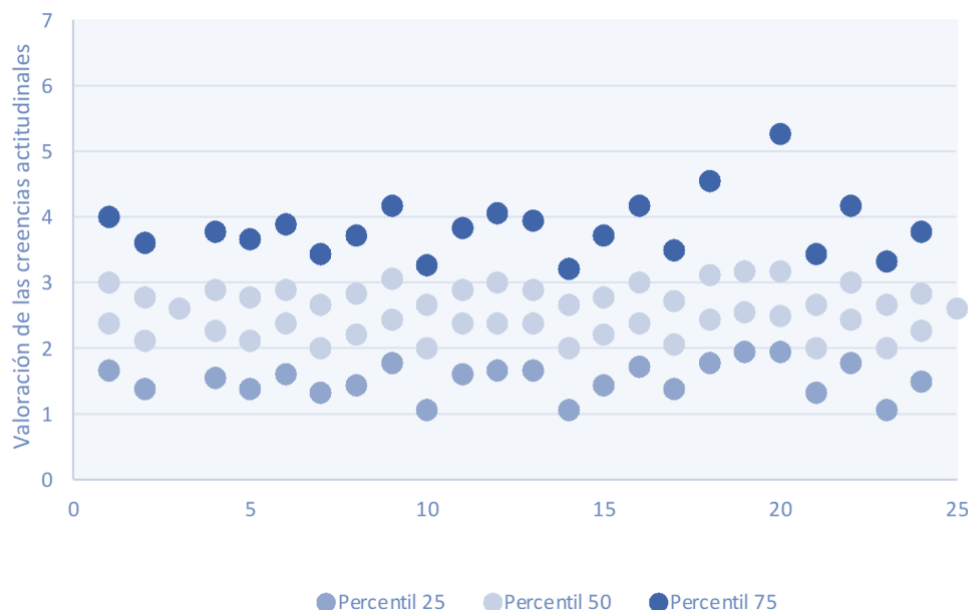
pertenece al percentil 25, lo que refleja que tienen actitudes y creencias de rechazo al suicidio. De otro lado, 51,6 % (n=48) pertenece al percentil 50; es decir, tienen actitudes y creencias indiferentes para el suicidio. Finalmente, 24,7 % (n=23) pertenece al percentil 75, lo que significa que tienen actitudes y creencias a favor del suicidio, tal como se muestra en la Gráfico 2.

TABLA 1. ANÁLISIS COMPARATIVO DE CREENCIAS ACTITUDINALES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL ÁREA DE EMERGENCIAS (N=93).

Factores	Médicos n = 56		Otros profesionales* n = 37		Prueba de contraste	
	M	DE	M	DE	U	P
Factor I: Legitimación del suicidio	12,43	5,72	11,54	5,17	947,5	0,483
Factor II : Suicidio en enfermos terminales	12,59	6,63	9,81	5,88	795,5	0,058
Factor III: Dimensión moral del suicidio	16,16	5,92	16,7	5,63	975	0,631
Factor IV: El propio suicidio	11,34	3,03	10,78	3,62	952	0,493
Puntaje total de creencias actitudinales	52,52	11,38	48,84	13,78	862	0,172

(*) 34 enfermeras, 2 licenciadas en obstetricia, 1 cirujano dentista.

GRÁFICO 2. RESULTADOS GLOBALES DE ACTITUDES Y CREENCIAS SOBRE EL SUICIDIO. (N=93).



DISCUSIÓN

Durante más de 50 años, diversas investigaciones sobre comportamiento y tendencias suicidas estuvo enfocada en los esfuerzos para identificar factores de riesgo que pudieran predecir de manera confiable la posibilidad de que un individuo cometa suicidio a largo plazo o a corto plazo. Los hallazgos señalan que existen diversos factores que se relacionan débilmente con el comportamiento suicida, pero ningún factor de riesgo individual o grupal es clínicamente útil para predecir el riesgo de suicidio o el comportamiento futuro de los profesionales de salud al respecto. Las investigaciones resaltan la importancia capacitar y prevenir a los diferentes profesionales de salud y otros oficios que sirven a la sociedad, en control sobre acceso de medios letales (23).

De esta manera, aunque existen datos que sugieren que varios factores pueden incrementar débilmente el riesgo de suicidio a lo largo de la vida dentro de las poblaciones, no hay forma de predecir de manera confiable el riesgo de suicidio inminente de una persona y, en especial, de los profesionales de la salud (24,25).

Por otro lado, la legitimación del suicidio es considerado un factor que se relaciona con la percepción del suicidio como un acto aceptable, a pesar que se evidencia un total desacuerdo para determinadas formas de suicidio, así como a su aceptación en el caso de personas mayores, lo que podría considerarse como un rechazo a cualquier conducta suicida. Adicionalmente, los profesionales de enfermería han evidenciado su desacuerdo con la legitimación del suicidio, a pesar del contacto frecuente con pacientes

con patología mental que podría conducirlos a adoptar una mejor actitud contrariamente a su mayor rechazo hacia las conductas suicidas (26,27). Otro tema que genera controversia es el suicidio en enfermos terminales, como lo descrito por García-Fernández et al., donde se informó que el 60 % de médicos están a favor del suicidio en este tipo de pacientes, lo que ameritaría investigaciones que permitan identificar diferencias, si es que se trata de manifestaciones de empatía o de opiniones fundamentadas (28). En este mismo sentido, una investigación realizada a estudiantes de Medicina y Psicología informó sobre actitudes más favorables hacia el suicidio en pacientes terminales (29).

Aunque algunas investigaciones demostraron conductas a favor del suicidio en la dimensión moral, se pone énfasis en que es contra la moral y atenta contra la sociedad. Esto se confirma en la literatura revisada, que muestra un efecto restrictivo en aspectos de moralidad sobre el suicidio y la conducta suicida en una población en condiciones normales debido a las creencias religiosas (30). Cabe señalar que las objeciones morales al suicidio parecen contrarrestar el desarrollo de ideas e intentos suicidas o cuando se produce un intento de suicidio; de otro lado, la presencia de un trastorno de ansiedad aumenta el riesgo de desarrollar ideas suicidas, tanto en forma de rasgo como de estado, y esto podría ser considerado como un factor de conclusión respecto a los aspectos moral que consideran los profesionales de la salud (31,32). Es por esta razón que se necesitan investigaciones de tipo prospectivo que permitan analizar el papel de la moralidad en el ámbito del

suicidio y su interrelación con los aspectos religiosos.

Los médicos y otros profesionales de la salud han demostrado tener las mismas creencias actitudinales, a pesar de que existen investigaciones que han reportado que los médicos tienen un mayor riesgo suicida en comparación con otros profesionales de la salud (como enfermeros o cirujanos dentistas) (18). Sin embargo, hay estudios que no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de profesionales, mientras que otros trabajos señalan actitudes más positivas respecto al suicidio, como los psiquiatras y enfermeros que laboran en áreas de salud mental, a diferencia de otros especialistas de las áreas de emergencia, por ejemplo (26,27). Al respecto, existe un predominio de actitudes de indiferencia para el suicidio en nuestro estudio, mientras que otros estudios señalan que una actitud más tolerante frente a la conducta suicida tiene una mayor relación con la ideación suicida y con la presencia de antecedentes de intentos de suicidio (28). Esta diferencia puede obedecer a que los médicos y los profesionales de la salud no suelen buscar ayuda especializada, ya sea por miedo a la crítica, temor a perder la licencia laboral, temas sociales, culturales, estigmas o predisposición a la autosuficiencia, lo que conlleva a la automedicación, generando un retraso en el acceso a la ayuda, incrementando el riesgo suicida (33,34). Por estas razones, la enseñanza a estudiantes de ciencias de la salud pone mayor énfasis, en la actualidad, en la enseñanza de contenidos vinculados al suicidio y a la importancia de buscar ayuda, ya sea mediante el acceso a pruebas de tamizaje, la atención profesional oportuna y la educación como estrategias de prevención (35).

Entre las limitaciones está, en primer lugar, la muestra no es representativa y es pequeña. Esto puede afectar la generalización de los resultados. Las investigaciones futuras deberían ampliar la muestra y aleatorizar la investigación para garantizar su validez. Una limitación importante es la falta de medidas establecidas para evaluar las principales variables de nuestro estudio. Finalmente, se deben realizar investigaciones para contrastar nuestros hallazgos en diferentes poblaciones, como los médicos y otros profesionales de la salud. Además, pueden existir algunas diferencias en profesionales que laboran en las diferentes áreas de los hospitales que requieren estudios longitudinales; por lo que sería oportuno replicar nuestra investigación en otros hospitales públicos de nuestro país.

Se puede concluir que el suicidio es un problema de salud pública importante; sin embargo, es un tema complejo que lo hace de difícil comprensión. Asimismo,

genera posiciones controversiales y muchas veces polarizadas. La mayoría de los participantes mostraron actitudes y creencias neutrales o de indiferencia hacia el suicidio. Solo se evidenciaron actitudes a favor del suicidio en los factores de moral y de enfermos terminales; mientras que las creencias actitudinales en los médicos y otros profesionales de la salud no mostraron diferencias significativas. Esto hace necesario el desarrollo de investigaciones en otros grupos de profesionales de la salud que laboren en áreas críticas y que presenten riesgo de suicidio, además de los profesionales médicos.

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales de salud encuestados que accedieron voluntariamente a participar y la Institución por facilitar la realización de la investigación.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

DYF participó en la conceptualización, investigación, diseño, análisis e interpretación de los datos. HGC participó en la conceptualización, investigación, diseño, metodología, análisis, redacción, revisión crítica del manuscrito, aprobación del borrador original. JMK participó en el análisis e interpretación de los datos, revisión y aprobación del borrador original.

REFERENCIAS

1. Harmer B, Lee S, Duong TvH, Saadabadiet A. Suicidal Ideation. Internet. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
2. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med.* 2009; 6(8): e1000123. <https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pmed.1000123>
3. Vanderoost F, van der Wielen S, van Nunen K, Van Hal G. Employment loss during economic crisis and suicidal thoughts in Belgium: A survey in general practice. *Br J Gen Pract.* 2013; 63(615): e691-697. <https://doi.org/10.3399%2Fbjgp13X673702>
4. Kerr WC, Kaplan MS, Hugué N, Caetano R, Giesbrecht N, McFarland BH. Economic recession, alcohol, and suicide Rates: Comparative effects of poverty, foreclosure, and job loss. *Am J Prev Med.* 2017; 52(4): 469-475. <https://doi.org/10.1016%2Fj.amepre.2016.09.021>
5. Chang SS, Chen YY, Yip PSF, Lee WJ, Hagihara A, Gunnell D. Regional changes in charcoal-burning suicide rates in East/Southeast Asia from 1995 to 2011: A time trend analysis. *PLoS Med.* 2014; 11(4): e1001622. <https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pmed.1001622>
6. Ibrahim S, Hunt IM, Rahman MS, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Recession, recovery and suicide in mental health patients in England: Time trend analysis. *Br J Psychiatry.* 2019; 215(4): 608-614. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.119>

7. Fazel S, Runeson Bo. Suicide. *N Engl J Med.* 2020; 382(3): 266-274. <https://doi.org/10.1056/nejmx200005>
8. Rodziński P, Rutkowski K, Ostachowska A. Progression of suicidal ideation to suicidal behavior from a perspective of selected suicidological models. *Psychiatr Pol.* 2017; 51(3): 515-530. <https://doi.org/10.12740/pp/63984>
9. Swann A, Graham D, Wilkinson AV, Kosten TR. Suicide Risk in a National VA Sample: Roles of psychiatric diagnosis, behavior regulation, substance use, and smoking. *J Clin Psychiatry.* 2022; 83(3): 21m14123. <https://doi.org/10.4088/jcp.21m14123>
10. Klonsky ED, Saffer BY, Bryan CJ. Ideation-to-action theories of suicide: A conceptual and empirical update. *Curr Opin Psychol.* 2018; 22: 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>
11. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goledstein BI, López-Jaramillo C, Kessing LV, et al. Bipolar disorders. *Lancet.* 2020; 396(10265): 1841-1856. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31544-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31544-0)
12. Joiner TE. *Why people die by suicide.* Cambridge: Harvard University Press; 2005. 288 p.
13. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010; 117(2): 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
14. Ma J, Batterham PJ, Caelear AL, Han J. A systematic review of the predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clin Psychol Rev.* 2016;46:34-45. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.008>
15. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016; 12: 307-330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
16. Hikiji W, Fukunaga T. Suicide of physicians in the special wards of Tokyo Metropolitan area. *J Forensic Leg Med.* 2014; 22: 37-40. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2013.12.022>
17. Roberts SE, Jaremin B, Lloyd K. High-risk occupations for suicide. *Psychol Med.* 2013; 43(6): 1231-1240. <https://doi.org/10.1017/s0033291712002024>
18. Duthheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 2019; 14(12): e0226361. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
19. López-Van den Berghe J, Meza-Díaz FJ, Rojas-Hernández JP, Rojas-Fernández JC. Sobre el suicidio en los profesionales de la salud y la importancia de la creación de estrategias desde un enfoque holístico. *Entramado.* 2021;17(1):204-216. <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.1.5741>
20. Mingote-Adán JC, Crespo-Hervás D, Hernández-Álvarez M, Navío M, Rodrigo- García-Pando C. Prevención del suicidio en médicos. *Med Segur Trab.* 2013; 59(231): 176-204. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200002>
21. Ruiz-Hernández JA, Navarro-Ruiz JM, Torrente-Hernández G, Rodríguez-González A. Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. *Psicothema.* 2005; 17(4): 684-690. [URL](https://doi.org/10.1037/1135-243X.17.4.684).
22. Desuque D, Vargas-Rubilar J, Lemos V. Análisis psicométrico del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente en Entre Ríos, Argentina. *Liber.* 2011; 17(2): 187-98. [URL](https://doi.org/10.1016/j.liber.2011.02.001).
23. Slovak K, Pope N, Giger J, Kheibari A. An Evaluation of the Counseling on Access to Lethal Means (CALM) training with an Area Agency on Aging. *J Gerontol Soc Work.* 2019; 62(1):48-66. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1522410>
24. Sale E, Hendricks M, Weil V, Miller C, Perkins S, McCudden S. Counseling on Access to Lethal Means (CALM): An evaluation of a Suicide Prevention Means Restriction Training Program for mental health providers. *Community Ment Health J.* 2018; 54(3):293-301. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0190-z>
25. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017;143(2):187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
26. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martínez MC. Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(6):8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>
27. Boukouvalas E, El-Den S, Murphy AL, Salvador-Carulla L, O'Reilly CL. Exploring health care professionals' knowledge of, attitudes towards, and confidence in caring for people at risk of suicide: a Systematic Review. *Arch Suicide Res.* 2020;24(sup2):S1-S31. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1586608>
28. García-Fernández D, Fernández-Salineró S, Giorgi G, Topa G, Marcos Del Cano A. The impact of suicide utility perception on news over terminally ill patients' suicide attitudes: A pilot study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(16):8784. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168784>
29. Gonzales-Aristizabal D, Pumarejo-Sánchez J, Cudris-Torres L, Barrios-Núñez A, Olivella-López G, López-Castellar M, et al. Factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina. *AVFT – Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica.* 2020;39(3):274-278. [URL](https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1586608).
30. Ventriglio A, Watson C, Bhugra D. Suicide among doctors: A narrative review. *Indian J Psychiatry.* 2020;62(2):114-120. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_767_19
31. Costanza A, Vasileios C, Ambrosetti J, Shah S, Amerio A, Aguglia A, et al. Demoralization in suicide: A systematic review. *J Psychosom Res.* 2022;157:110788. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110788>
32. Van den Brink B, Schaap H, Braam AW. Moral Objections and Fear of Hell: An Important Barrier to Suicidality. *J Relig Health.* 2018;57(6):2301-2312. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0573-7>
33. Duarte D, El-Hagrassy MM, E Cuoto TCE, Gurgel W, Fregni F, Correa H. Male and female physician suicidality: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(6):587-597. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0011>
34. Ye GY, Davidson JE, Kim K, Zisook S. Physician death by suicide in the United States: 2012-2016. *J Psychiatr Res.* 2021;134:158-65. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.12.064>
35. Shanafelt T, Dyrbye L, West C, Sinsky C, Tutty M, Carlsare L, et al. Suicidal ideation and attitudes regarding help seeking in US physicians relative to the US working population. *Mayo Clin Proc.* 2021;96(8):2067-80. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.01.033>