


Un comentario sobre las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en profesionales de salud del Perú

A commentary on attitudinal beliefs about suicidal behavior in Peruvian health professionals

Tomás Caycho-Rodríguez  ¹

¹Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.



Recibido: 29/01/2023

Revisado: 30/01/2023

Aceptado: 31/01/2023

Autor correspondiente

Tomás Caycho-Rodríguez
 Universidad Científica del Sur,
 Lima, Perú
tcaycho@cientifica.edu.pe

Conflictos de interés

El autor declara no poseer conflictos de interés.

Fuente de financiación

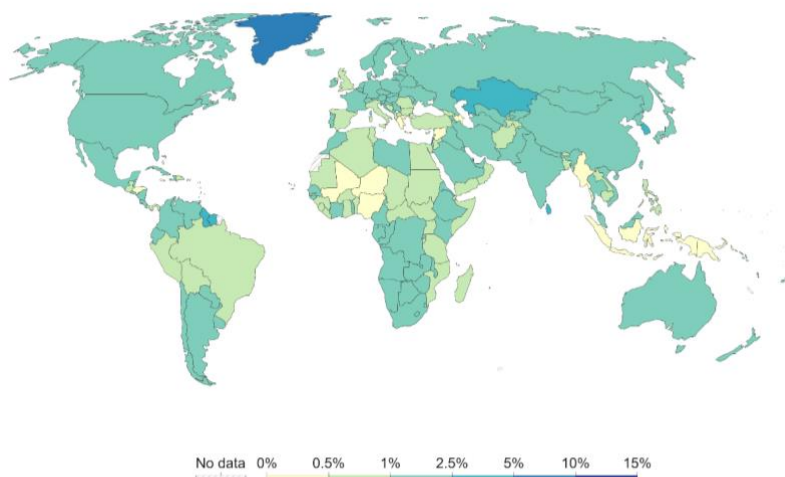
El autor no recibió apoyo financiero para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

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



Se estima que aproximadamente 3000 personas acaban con su vida diariamente (1). Sin embargo, es posible que sea una subestimación como consecuencia a la falta de información debido a múltiples causas como, estigmatización, actitudes y creencias culturales y religiosas, diferencias en el registro de muertes o ausencia de un sistema de registro de muertes por suicidio (2). La prevalencia de las tasas de suicidio en países con bajos recursos económicos, debido a la ausencia de atención médica adecuada, es preocupante. Se estima que, el 79 % de los casos de suicidios ocurren en países de bajos recursos económicos (1). De igual manera, los intentos de suicidios son más frecuentes en estos países (3,4). En el 2019, 1,3 % de las muertes a nivel mundial fueron por suicidio. La figura 1 permite observar la cantidad de suicidios como parte del total de muertes en países de todo el mundo. Por ejemplo, en el extremo más alto, el 4,5 % de las muertes en Corea del Sur en 2019 fueron por suicidio; 3,0 % en Catar; y 3,3 % en Sri Lanka; mientras que, en Grecia, esta proporción es diez veces menor, del 0,4 % y en Indonesia es del 0,5 % (5).

FIGURA 1. PORCENTAJE DE MUERTES POR SUICIDIO A NIVEL MUNDIAL (OUR WORLD IN DATA, 2023)



Source: IHME, Global Burden of Disease (2019)

OurWorldInData.org/suicide • CC BY

A pesar de esta alta tasa de suicidios, los estudios acerca de su prevención se centran, en su mayoría, en países de altos ingresos económicos; mientras que solamente el 10 % de las investigaciones se circunscriben en países de bajos recursos (1). En el Perú, se estima la ocurrencia de 548 intentos de suicidios al año (6). Además, cerca del 25 % de la población peruana presenta síntomas de depresión, y de este grupo, el 15 % está en riesgo de suicidio (7). Un estudio reciente realizado en Perú (6), se reportó que, el 69,5 % de los casos de suicidios se presentaron en hombres, el 79,5 % en solteros y 26,6 % en personas con educación secundaria completa. Además, las mayores tasas de suicidio se presentaron en Lima (20,3 %), Arequipa (19,2 %), Cusco (9,5 %) y Junín (7,8 %). Las personas se suicidaron principalmente por ahorcamiento (56,6 %), envenenamiento (29,2 %), arma de fuego (4,0 %), precipitación (3,1 %) y arma blanca (1,7 %). Otro estudio reciente (7), indicó que la tasa de suicidio presentó un aumento de 2017 (1,44 muertes/100.000 hab.) a 2019 (1,95) en el Perú.

Estos porcentajes, llevan a preguntarse ¿cuáles son las actitudes de los profesionales de la salud frente al comportamiento suicida? Un estudio realizado en profesionales de salud mental reportó que, los participantes indicaron deficiencias en la capacitación, conocimiento y habilidades en la evaluación y el manejo del suicidio. Asimismo, se identificó que la percepción de que el suicidio es ilegal fue la barrera más frecuente, junto con la participación de la familia, crianza deficiente; mientras que, las creencias religiosas fue un factor protector (8). Otro estudio con enfermeras, reportó que los participantes indicaron no tener experiencia o capacitación en salud mental o suicidio, presentaron más sentimientos negativos hacia el paciente y una menor percepción de competencia profesional respecto a las conductas suicidas (9).

En este marco, se inserta el estudio titulado “Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en profesionales de salud del área de emergencias en un hospital público de Lima, Perú”. Esta investigación reportó que los profesionales de salud participantes en el estudio presentaron actitudes de rechazo al comportamiento suicida de legitimización y el propio suicidio; mientras que, evidenciaron actitudes a favor del suicidio en enfermos terminales y moral del suicidio. Además, el 51,6 % presentó actitudes y creencias indiferentes para el suicidio y el 34,7 % actitudes y creencias a favor de este. Este hallazgo es similar a lo reportado anteriormente en una investigación donde se señaló que, gran parte de un grupo de trabajadores de la salud, presentaron actitudes negativas, como irritación frente al comportamiento suicida, y creencias acerca de los intentos de suicidio como una forma de hacer que los demás se arrepintieran. Esto, era contrario a lo presentado por trabajadores psiquiátricos, los cuales eran menos propensos a presentar actitudes críticas y creer que los intentos de suicidio eran egoístas o una forma de obtener la simpatía de los demás (10).


Debido a lo breve del espacio en esta editorial, pasaré a mencionar algunas recomendaciones en base a los resultados del estudio en mención, que pueden ser útiles para el contexto peruano o de países con características similares. Específicamente, se debe recibir conocimientos sobre el riesgo de suicidio (11) y distinción entre los mitos y los hechos sobre el suicidio (10). Por ejemplo, es importante saber que más del 50 % de las personas que se suicidan han buscado, un mes antes, servicios de atención médica (12) y el intento previo de suicidio es el predictor más fuerte del suicidio consumado (13). Respecto al área afectiva, se debe brindar apoyo emocional a los trabajadores de la salud, donde afectos negativos como, la irritación o la impotencia sean reconocidas y puedan explorarse a través de discusiones grupales apoyadas por profesionales (14). En estos espacios, los trabajadores podrían reconocer la fuente de sus sentimientos negativos y cómo podrían afectar su labor profesional con los pacientes suicidas (15). Finalmente, se requiere una capacitación basada en habilidades para la implementación de herramientas de detección o manejo de crisis de suicidio (16). Para esto, es necesario la implementación de programas de educación médica continua, que discutan los casos de suicidio y donde la colaboración con los departamentos de salud mental y psiquiatría faciliten el intercambio y la mejora de estas habilidades (17). En conclusión, la capacitación que los profesionales de la salud reciben enfatizar en las áreas de conocimiento, afectividad y habilidades en la prevención y el manejo del suicidio

REFERENCIAS

1. Alonzo D. The engaged community action for preventing suicide (ECAPS) model in Latin America: development of the PEDIR! program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2023; 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02400-0>
2. Andoh-Arthur J, Adjorlolo S. Macro-level mental health system indicators and cross-national suicide rates. *Glob Health Action* 2021; 14(1): 1839999. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1839999>
3. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2015; 35(10): 1457-65. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005404>
4. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, et al. Repetition of suicide attempts: Data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis* 2010; 31: 194-201. <https://doi.org/10.1027/0027-5910/a000052>
5. Our World in Data. Suicide; 2023. <https://ourworldindata.org/suicide>
6. Contreras-Cordova CR, Atencio-Paulino JI, Sedano C, Ccoicca-Hinojosa FJ, Paucar Huaman W. Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021. *Rev Neuropsiquiatr* 2022; 85(1): 19-28. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4152>
7. Roman-Lazarte V, Moncada-Mapelli E, Huarcaya-Victoria J. Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019. *Rev Colomb Psiquiatr* 2021. Available online. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.03.005>
8. Alonzo D, Zapata Pratto DA. Mental health services for individuals at risk of suicide in Peru: Attitudes and perspectives of mental health professionals. *Int J Soc Psychiatry* 2021; 67(3): 209-18. <https://doi.org/10.1177/0020764020946786>
9. Giaccherio Vedana KG, Magrini DF, Zanetti ACG, Miasso AI, Borges TL, dos Santos MA. Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: A quantitative study. *Psychiatr Ment Health Nurs* 2017; 24(9-10): 651-9. <https://doi.org/10.1111/jpm.12413>
10. Siau CS, Wee LH, Yacob S, Yeoh SH, Binti Adnan TH, Haniff J, et al. The attitude of psychiatric and non-psychiatric health-care workers toward suicide in Malaysian hospitals and its implications for training. *Acad Psychiatry* 2017; 41: 503-9. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0661-0>
11. Pisani AR, Murrie DC, Silverman MM. Reformulating suicide risk formulation: from prediction to prevention. *Acad Psychiatry* 2016; 40: 623-9. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0434-6>
12. Burgess P, Pirkis J, Morton J, Croke E. Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. *Psychiatr Serv* 2000; 51(12): 1555-60. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.12.1555>
13. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(3): 371-7. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.371>
14. Botega NJ, Silva SV, Reginato DG, Rapeli CB, Cais CF, Mauro ML, et al. Maintained attitudinal changes in nursing personnel after a brief training on suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2007; 37(2): 145-53. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.2.145>
15. Goldblatt MJ, Maltzberger JT. Countertransference in the treatment of suicidal patients. In D. Wasserman & C. Wasserman, eds. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A global perspective*. Oxford: Oxford University Press; p. 389-393; 2009.
16. Cross WF, Seaburn D, Gibbs D, Schmeelk-Cone K, White AM, Caine ED. Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *J Prim Prev* 2011; 32: 195-211. <https://doi.org/10.1007/s10935-011-0250-z>
17. Suokas J, Suominen K, Lönnqvist J. The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients: a comparative study before and after establishment of a psychiatric consultation service. *Crisis* 2009; 30(3): 161-5. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.3.161>

A commentary on attitudinal beliefs about suicidal behavior in Peruvian health professionals

Un comentario sobre las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en profesionales de salud del Perú

Tomás Caycho-Rodríguez ¹

¹Universidad Científica del Sur, Lima, Perú.



Received: 29/01/2023
 Revised: 30/01/2023
 Accepted: 31/01/2023

Corresponding author

Tomás Caycho-Rodríguez
 Universidad Científica del Sur,
 Lima, Perú
tcaycho@cientifica.edu.pe

Conflicts of interests

The author declares that there is no conflict of interest.

Funding

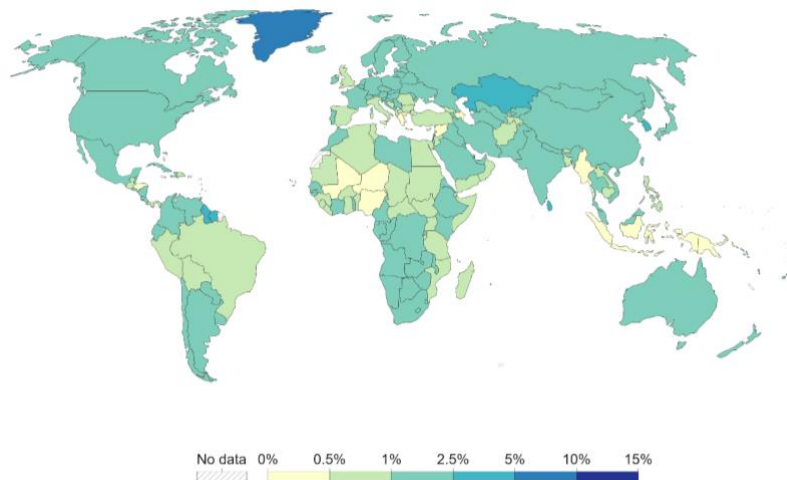
The author received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

This article is published under [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



It is estimated that approximately 3000 people end their lives daily (1). However, it is possible that this is an underestimation due to a lack of information due to multiple causes such as stigmatization, cultural and religious attitudes and beliefs, differences in the registration of deaths or the absence of a registration system for suicide deaths (2). The prevalence of suicide rates in countries with low economic resources, due to the absence of adequate medical care, is worrisome. It is estimated that 79% of suicide cases occur in low-income countries (1). Similarly, suicide attempts are more frequent in these countries (3,4). In 2019, 1.3% of deaths worldwide were due to suicide. Figure 1 allows us to observe the number of suicides as a share of total deaths in countries around the world. For example, at the high end, 4.5% of deaths in South Korea in 2019 were by suicide; 3.0% in Qatar; and 3.3% in Sri Lanka; whereas, in Greece, this proportion is ten times lower at 0.4% and in Indonesia it is 0.5% (5).

FIGURE 1. PERCENTAGE OF SUICIDE DEATHS WORLDWIDE (OUR WORLD IN DATA, 2023).



Source: IHME, Global Burden of Disease (2019)

OurWorldInData.org/suicide • CC BY

Despite this high suicide rate, studies on suicide prevention are mostly focused on high-income countries, while only 10% of the research is confined to low-income countries (1). In Peru, it is estimated that 548 suicide attempts are made every year (6). In addition, about 25% of the Peruvian population presents symptoms of depression, and of this group, 15% is at risk of suicide (7). A recent study conducted in Peru (6) reported that 69.5% of suicide cases occurred in men, 79.5% in single people and 26.6% in people with completed secondary education. In addition, the highest suicide rates occurred in Lima (20.3%), Arequipa (19.2%), Cusco (9.5%) and Junin (7.8%). People committed suicide mainly by hanging (56.6%), poisoning (29.2%), firearm (4.0%), precipitation (3.1%) and knife (1.7%). Another recent study (7), indicated that the suicide rate presented an increase from 2017 (1.44 deaths/100,000 inhabitants) to 2019 (1.95) in Peru.

These percentages raise the question, what are the attitudes of health professionals towards suicidal behavior? A study of mental health professionals reported that participants indicated deficiencies in training, knowledge and skills in the assessment and management of suicide. Also, the perception that suicide is illegal was identified as the most frequent barrier, along with family involvement and poor parenting, while religious beliefs were a protective factor (8). Another study with nurses reported that the participants indicated that they had no experience or training in mental health or suicide, presented more negative feelings towards the patient and a lower perception of professional competence regarding suicidal behaviors (9).

The study entitled "Attitudinal beliefs about suicidal behavior in health professionals in the emergency area of a public hospital in Lima, Peru" is part of this framework. This research reported that the health professionals participating in the study presented attitudes of rejection of legitimizing suicidal behavior and suicide itself; while they showed attitudes in favor of suicide in terminally ill patients and suicide morality. In addition, 51.6% presented attitudes and beliefs indifferent to suicide and 34.7% presented attitudes and beliefs in favor of suicide. This finding is similar to what was previously reported in an investigation where it was pointed out that a large part of a group of health care workers presented negative attitudes, such as irritation towards suicidal behavior, and beliefs about suicide attempts as a way of making others repent. This was contrary to what was presented by psychiatric workers, who were less likely to present critical attitudes and to believe that suicide attempts were selfish or a way to obtain sympathy from others (10).

Due to the limited space in this editorial, I will mention some recommendations based on the results of the study in question, which may be useful for the Peruvian context or for countries with similar characteristics. Specifically, it is necessary to receive knowledge about suicide risk (11) and to distinguish between myths and facts about suicide (10). For example, it is important to know that more than 50% of people who commit suicide have sought, one month before, medical care services (12) and previous suicide attempt is the strongest predictor of completed suicide (13). Regarding the affective area, emotional support should be provided to health care workers, where negative emotions such as irritation or helplessness are recognized and can be explored through group discussions supported by professionals (14). In these spaces, workers could recognize the source of their negative feelings and how they might affect their professional work with suicidal patients (15). Finally, skills-based training is required for the implementation of suicide crisis detection or management tools (16). For this, the implementation of continuing medical education programs is necessary, which discuss suicide cases and where collaboration with mental health and psychiatry departments facilitate the exchange and improvement of these skills (17). In conclusion, the training that health professionals receive should emphasize the areas of knowledge, affectivity and skills in suicide prevention and management.

REFERENCES

1. Alonzo D. The engaged community action for preventing suicide (ECAPS) model in Latin America: development of the PEDIR! program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2023; 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02400-0>
2. Andoh-Arthur J, Adjorlolo S. Macro-level mental health system indicators and cross-national suicide rates. *Glob Health Action* 2021; 14(1): 1839999. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1839999>
3. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2015; 35(10): 1457-65. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005404>
4. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, et al. Repetition of suicide attempts: Data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis* 2010; 31: 194-201. <https://doi.org/10.1027/0027-5910/a000052>
5. Our World in Data. Suicide; 2023. <https://ourworldindata.org/suicide>
6. Contreras-Cordova CR, Atencio-Paulino JI, Sedano C, Ccoicca-Hinojosa FJ, Paucar Huaman W. Suicidios en el Perú: Descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021. *Rev Neuropsiquiatr* 2022; 85(1): 19-28. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4152>
7. Roman-Lazarte V, Moncada-Mapelli E, Huarcaya-Victoria J. Evolución y diferencias en las tasas de suicidio en Perú por sexo y por departamentos, 2017-2019. *Rev Colomb Psiquiatr* 2021. Available online. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.03.005>
8. Alonzo D, Zapata Pratto DA. Mental health services for individuals at risk of suicide in Peru: Attitudes and perspectives of mental health professionals. *Int J Soc Psychiatry* 2021; 67(3): 209-18. <https://doi.org/10.1177/0020764020946786>
9. Giaccherio Vedana KG, Magrini DF, Zanetti ACG, Miasso AI, Borges TL, dos Santos MA. Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: A quantitative study. *Psychiatr Ment Health Nurs* 2017; 24(9-10): 651-9. <https://doi.org/10.1111/jpm.12413>
10. Siau CS, Wee LH, Yacob S, Yeoh SH, Binti Adnan TH, Haniff J, et al. The attitude of psychiatric and non-psychiatric health-care workers toward suicide in Malaysian hospitals and its implications for training. *Acad Psychiatry* 2017; 41: 503-9. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0661-0>
11. Pisani AR, Murrie DC, Silverman MM. Reformulating suicide risk formulation: from prediction to prevention. *Acad Psychiatry* 2016; 40: 623-9. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0434-6>
12. Burgess P, Pirkis J, Morton J, Croke E. Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. *Psychiatr Serv* 2000; 51(12): 1555-60. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.12.1555>
13. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(3): 371-7. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.371>
14. Botega NJ, Silva SV, Reginato DG, Rapeli CB, Cais CF, Mauro ML, et al. Maintained attitudinal changes in nursing personnel after a brief training on suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2007; 37(2): 145-53. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.2.145>
15. Goldblatt MJ, Maltzberger JT. Countertransference in the treatment of suicidal patients. In D. Wasserman & C. Wasserman, eds. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A global perspective*. Oxford: Oxford University Press; p. 389-393; 2009.
16. Cross WF, Seaburn D, Gibbs D, Schmeelk-Cone K, White AM, Caine ED. Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *J Prim Prev* 2011; 32: 195-211. <https://doi.org/10.1007/s10935-011-0250-z>
17. Suokas J, Suominen K, Lönnqvist J. The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients: a comparative study before and after establishment of a psychiatric consultation service. *Crisis* 2009; 30(3): 161-5. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.3.161>