

Impacto emocional y cambios en la conducta profesional a causa del suicidio de pacientes

Enzo Guzzo

*Médico Psiquiatra. Master en Neuropsicofarmacología
Profesor Asociado de Psiquiatría, Instituto Universitario CEMIC
Departamento de Psiquiatría CEMIC
Presidente del Capítulo de Trastornos del Ánimo y Suicidio, Asociación Argentina de Psiquiatras
E-mail: enzoeduardoguzzo@gmail.com*

Fernando Taragano

*Médico Psiquiatra, Doctor en Salud Mental, Diplomado en Educación Médica
Investigador Clínico (CONICET)
Director Médico Instituto Geriátrico Nuestra Señora de Las Nieves
Programa Factores de Riesgo de Demencia, Director Protocolo CONICET,
Departamento de Docencia e Investigación, Hospital José T. Borda*

Silvina Heisecke

*Profesional Principal Carrera de Apoyo a la Investigación CONICET
Unidad Ejecutora CEMIC-CONICET*

Hugo Krupitzki

*Médico, Master en Efectividad Clínica
Profesor Titular de Metodología de la Investigación, Instituto Universitario CEMIC
Secretario Académico del Instituto de Investigaciones CEMIC-IUC
Investigador Clínico CONICET*

Leonardo Tondo

*Médico Psiquiatra
Profesor de Psiquiatría, Centro Lucio Bini, Cagliari, Italia y McLean Hospital, Boston, USA*

Resumen

El objetivo del estudio fue explorar el impacto emocional y los cambios en la conducta de los profesionales en Argentina, a causa del suicidio de pacientes. Se realizó una encuesta anónima por correo electrónico a profesionales registrados en la base de datos de la Cátedra de Psiquiatría del Instituto Universitario CEMIC. Se obtuvieron 250 respuestas. El 50.6% de los encuestados tuvo pacientes bajo su tratamiento que consumaron suicidio. Entre los psiquiatras, el porcentaje ascendió al 62.5%. Quienes respondieron afirmativamente fueron evaluados a través de la Escala de Impacto de Evento de Horowitz para determinar intensidad del trauma. La media del puntaje para la muestra fue 19.6 (Intensidad Leve), siendo superior para las mujeres (21.2). Una diferencia se encontró en el grupo de profesionales más jóvenes (20-29 años), donde la intensidad del impacto de evento fue *moderado* (29.0), es decir mayor impacto. La diferencia fue numérica, no alcanzando significación estadística ($\chi^2(4)=8.2110$ $p=0.084$). Si bien solo el 11.5% dijo haber tenido que realizar tratamiento como consecuencia de la muerte de un paciente por suicidio, el 41.5% refirió un impacto negativo en su salud física o psíquica. Casi el 60% de los profesionales refirió haber modificado su práctica clínica luego del suicidio de un paciente y cerca del 80% de los encuestados dijo no haber recibido formación suficiente acerca de la problemática del suicidio. Reconocer estas dificultades y crear áreas de apoyo favorecerán la tarea de aquellos que enfrentan los eventos suicidas.

Palabras clave: Suicidio - Pacientes - Impacto emocional - Cambio conductual - Profesionales de la salud.

PATIENTS' SUICIDE: EMOTIONAL IMPACT ON HEALTHCARE PROFESSIONALS AND CHANGES IN THEIR BEHAVIOR

Abstract

The objective of the study was to assess the emotional impact on healthcare professionals and changes in their behavior as a result of patients' suicide in Argentina. An anonymous survey was e-mailed to healthcare professionals registered in CEMIC University Institute Department of Psychiatry database. A total of 250 responses were obtained. Among respondents, 50.6% had provided treatment to patients that committed suicide. The rate rose to 62.5% among psychiatrists. The professionals that gave an affirmative response were assessed with Horowitz Impact of Event Scale to determine the severity of trauma. The mean score for the sample was 19.6 (mild severity), with a higher mean observed in women (21.2). A difference was found in the group of younger professionals (20-29 years), who revealed a higher impact of event, with moderate severity (29.0). This difference was numerical and failed to be statistically significant ($\chi^2(4)=8.2110$ $p=0.084$). Only 11.5% of respondents referred to the need to undergo treatment as a result of a patient's suicide-related death. However, 41.5% experienced a negative impact on their physical or mental health. About 60% of professionals made changes in their clinical practice after a patient's suicide. About 80% of respondents admitted they had not received enough training about suicide. Acknowledging these difficulties and providing support to healthcare professionals is crucial to face these challenges.

Keywords: Suicide - Patient suicide - Emotional impact - Behavioral change - Health professionals.

Introducción

El suicidio se puede definir como la "muerte auto-infligida, con evidencia (explícita o implícita) que la persona quería morir" (1).

Cada 40 segundos una persona se suicida en algún lugar del mundo. Más de 800.000 personas mueren por suicidio cada año y esta es la segunda causa de muerte entre sujetos de 15 a 29 años de edad. Alrededor del 75% de los suicidios ocurren en países de bajos y medianos ingresos (2). Si bien las tasas a nivel mundial son muy heterogéneas, se estima que cada año se suicidan 14.5 personas por cada 100.000 habitantes (3). En Argentina, existe una tasa de suicidio con valores medios-bajos, siendo la misma de 7.4 por cada 100.000 habitantes/año, según las últimas estimaciones publicadas (4).

Aproximadamente el 90% de los pacientes que mueren por suicidio cumplen criterios para alguna enfermedad mental (5). Muchos de estos pacientes habrán estado en contacto con profesionales de la salud en el transcurso de sus vidas. Se estima que el 50% de los que se quitan la vida habrá visto un médico general en los tres meses previos a su muerte, 40% en el mes de anterior y alrededor de 20% en la última semana de su vida. Mientras que un 25% estará en contacto con algún sistema de salud mental en el año previo a cometer suicidio (6).

El impacto psicológico, social y económico del suicidio en la familia y la comunidad resulta difícil de medir; se estima que cada suicidio tiene un grave impacto en al menos otras seis personas (7). Además, entre el 20 y el 40% de los psicólogos, y el 50 al 80% de los psiquiatras ha experimentado el suicidio de uno o más pacientes durante su práctica profesional (8), lo que pone a los agentes de salud en situación de vulnerabilidad en relación al suicidio.

El presente trabajo fue realizado con el objetivo de explorar el impacto emocional y el comportamiento terapéutico de los profesionales de la salud, en relación al suicidio de pacientes, en la República Argentina.

Métodos

Se realizó una encuesta on-line, a través de la herramienta SurveyMonkey (9), entre los meses de julio y septiembre de 2014. Los participantes fueron profesionales de la salud de la República Argentina, registrados en la base de datos de la Cátedra de Psiquiatría del Instituto Universitario CEMIC y fueron invitados a responder por correo electrónico mediante el sistema Doppler Email Marketing (10). Ver encuesta en Anexo 1.

Se realizó un envío de correo masivo a un total de 12.495 profesionales. El total de aperturas de la carta de invitación fue de 3.504, de los cuales 250 aceptaron realizar la encuesta (7.13%). La misma fue anónima y confidencial y tenía un total de 16 preguntas, incluyendo la Escala de Impacto de Evento (Escala de Horowitz) (11) para determinar intensidad del trauma.

Resultados

De los 250 participantes, el 64% fueron mujeres, el mayor número de especialistas estuvo dado por los psiquiatras (42.9%) y la edad más prevalente de los encuestados se ubicó entre 50 y 59 años (Ver Tabla 1).

Casi el 40% de los encuestados (37.3%) dijo no considerar el suicidio como una conducta siempre patológica. Un total de 125 participantes (50.6%) contestó afirmativamente haber tenido pacientes bajo su tratamiento que consumaron suicidio. Desagregado por especialidad, los porcentajes fueron diferentes: fue reportado por el 62.5% de los psiquiatras; 43.1% de los psicólogos; 34.5% de los médicos no psiquiatras; y 50% de otras profesiones del campo de la salud.

A los profesionales que respondieron afirmativamente haber tenido pacientes bajo su tratamiento que cometieran suicidio (n=125), se los invitó a seguir con la encuesta, que continuó con la *Escala de Impacto de Evento de Horowitz*.

Esta escala fue desarrollada como herramienta para la evaluación del duelo (12), pero rápidamente fue exten-

Tabla 1. Datos demográficos de la muestra (n=250).

	%	N
Sexo		
Masculino	35,9%	89
Femenino	64,1%	157
<i>No informado</i>		
		4
Edad		
20-29	4,5%	11
30-39	16,3%	40
40-49	23,2%	57
50-59	31,3%	77
60 o más	24,8%	62
<i>No informado</i>		
		3
Profesión		
Psicólogos	20,8%	51
Psiquiatras	42,9%	106
Médicos NO Psiquiatras	22,4%	55
Otras profesiones ligadas al campo de la salud	13,9%	34
<i>No informado</i>		
		4

dido su uso a diversas formas de trauma. La escala consta de un total de 15 preguntas, donde 7 corresponden al *Dominio intrusivo* y 8 al *Evitativo* (13). Cada pregunta puede ser respondida como: Nunca=0, Rara Vez=1, A veces=3 o Frecuentemente=5. Esto permite una puntuación total que va de los 0 a los 75 puntos. La escala presenta 4 puntos de corte: 0 a 8 sub clínico; 9 a 25 leve; 26 a 43 moderado y 44 o más severo (14). Entre los 99 profesionales que completaron la escala, la puntuación media fue 19.6 (intensidad leve), siendo mayor para las mujeres (21.2) vs. hombres (18.1). Los valores hallados resultaron similares a otros trabajos publicados (15-17). Una diferencia se encontró en el grupo de profesionales más jóvenes (20-29 años), donde la intensidad del impacto de evento fue moderado (29.0), es decir mayor impacto. Si bien pudo observarse diferencia numérica, la misma no alcanzó significación estadística en relación a los demás grupos etarios, $\chi^2(4)=8.2110$ $p=0.084$ (Ver Tabla 2).

En respuestas adicionales, el 41% de los encuestados informó haber padecido un impacto negativo en su salud física o mental como consecuencia de la muerte de un paciente por suicidio, estos valores resultaron superiores a los informados en otros trabajos (18,19), mientras que el 11.5% de los profesionales dijo haber realizado tratamiento como consecuencia de este hecho.

El 51% de los encuestados consideró "Muy importante" los sistemas de apoyo recibidos luego del suicidio de un paciente, en cambio solo el 14,1% los consideró "Sin importancia". Cabe señalar que fueron los médicos *No psiquiatras* (Otras especialidades), quienes significativamente más eligieron esta última opción. (*Fisher's exact* $p=0.027$) (Ver Figura 1).

Respecto a la existencia de posibles dificultades en la asistencia de pacientes con riesgo suicida, la mayoría de los encuestados respondió que "Ocasionalmente/Nunca" (90.4%) las tuvo. Cabe consignar que entre quienes dijeron "Siempre/Frecuentemente", la mayoría fueron profesionales mujeres aunque este valor no fue estadísticamente significativo. (*Fisher's exact* $p=0.065$) (Ver Figura 2).

Un gran número de profesionales (58.3%) refirió un cambio en su práctica clínica después del suicidio de un paciente. El principal cambio registrado durante la evaluación fue "interrogar más sobre ideación suicida" (71.9%), y esta opción fue significativamente más elegida por los médicos psiquiatras y no psiquiatras, en relación a Psicólogos y Otras profesiones del campo de la salud. (*Fisher's exact* $p=0,019$)

En lo que se refiere a la modificación de conductas de tratamientos, "Trabajar más interdisciplinariamente" fue la respuesta más seleccionada (68.6%), mientras que en segundo lugar fue consignada: "Completar la Historia Clínica con mayor detenimiento" (53.4%), actitud que podría relacionarse con una conducta defensiva de los encuestados. Dicha respuesta resultó discordante con el escaso número de profesionales que respondió haber padecido perjuicios legales por la muerte de un paciente a causa de suicidio (4.2%).

Finalmente, el 77.9% de los encuestados respondió no haber recibido capacitación suficiente para afrontar situaciones ligadas al suicidio, en el transcurso de su formación profesional.

Tabla 2. Respuestas a la Escala de Impacto de Evento de Horowitz (n=99).

A continuación encontrará una lista de comentarios de las personas que han pasado por una situación de vida estresante. Por favor, revise cada uno e indique la frecuencia con que se ha identificado con ellos en los días siguientes al suicidio de un paciente. Si no le ocurrieron durante ese período marque "Nunca".

Opciones de respuesta	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	N
He pensado acerca de ello sin quererlo.	13	16	41	30	99
Logré evitar perturbarme cuando pensaba acerca de ello o cuando me lo recordaban.	15	23	36	24	98
Traté de borrarlo de mi memoria.	35	27	21	13	96
Me costó dormirme o permanecer dormido porque imágenes o pensamientos acerca de ello me aparecían en la mente.	39	26	21	12	98
Tengo oleadas de sentimientos muy fuertes acerca de ello.	35	30	23	10	97
Soñé con el hecho.	74	14	5	2	95
Me mantuve alejado de todo aquello que me lo recordaba.	49	24	18	4	95
Me siento como si no hubiera ocurrido o como si no fuera real.	61	15	15	4	95
Traté de no hablar acerca del tema.	48	24	20	4	96
Me aparecían imágenes acerca de ello en forma intrusiva.	50	25	18	3	96
Otras cosas me hacían pensar en ello una y otra vez.	38	30	20	7	95
Percibía que aún tenía un montón de sentimientos acerca de ello, pero no me ocupé de ellos.	50	23	15	6	94
Traté de no pensar acerca de ello.	52	20	15	7	94
Cualquier recordatorio me traía nuevamente sentimientos relacionados a la situación.	34	33	20	9	94
Mis sentimientos acerca de ello estaban como anestesiados.	53	29	9	2	93
				Respondido	99
				<i>No informado</i>	151

Discusión y conclusiones

La prevalencia de suicidio de pacientes entre los profesionales de nuestro país que respondieron la encuesta, fue similar a la reportada en otros estudios (15-17). La mitad de los encuestados dijo haber tenido pacientes bajo su tratamiento que cometieron suicidio, observándose el mayor porcentaje entre los psiquiatras. Vale destacar que algo más del 30% de los médicos generalistas refirió esta situación. Considerando la proporción de clínicos en relación a los psiquiatras, esto representa un alto número de sujetos. Además, fue este grupo de profesionales el que menos consideró la importancia de los sistemas de apoyo. Podríamos suponer que ellos son los más expuestos, no obstante lo cual, podrían no sentirse enteramente responsables y por otro lado, es real que no existen programas sistematizados para el abordaje de la posvención en estas situaciones.

Si bien la American Association of Suicidology hace referencia a 6 personas dañadas como consecuencia del suicidio de un paciente, lo hace sin hacer referencia específicamente de quiénes se trata. Una pregunta

que surge es: ¿estaremos los profesionales incluidos en el grupo de sujetos afectados?

El trabajo permitió observar el impacto generado entre los profesionales, objetivándose niveles de estrés que pudieron cuantificarse con la escala de Horowitz. Además, pudo observarse consecuencias anímicas y afectivas, referidas como cambios psíquicos en la salud. Asociado a ello, uno de cada diez profesionales entrevistados requirió tratamiento como consecuencia de este hecho.

Si bien pocos profesionales dijeron tener dificultades en el vínculo con pacientes en riesgo suicida, luego del suicidio de un paciente, la mayoría de quienes lo refirieron fueron mujeres, lo que representaría un factor de vulnerabilidad para este grupo; o podría corresponder a la vergüenza de los profesionales masculinos en confesar esta condición.

La encuesta mostró que el suicidio de pacientes en la práctica clínica, modifica las conductas terapéuticas de los profesionales, tanto en la evaluación como en el tratamiento. No debemos olvidar que, en nuestro país, los suicidios continúan siendo más prevalentes que los homicidios en sujetos entre 15 y 44 años, constituyendo

Figura 1. Importancia referida por los profesionales del apoyo recibido, luego del suicidio de un paciente, según profesión.

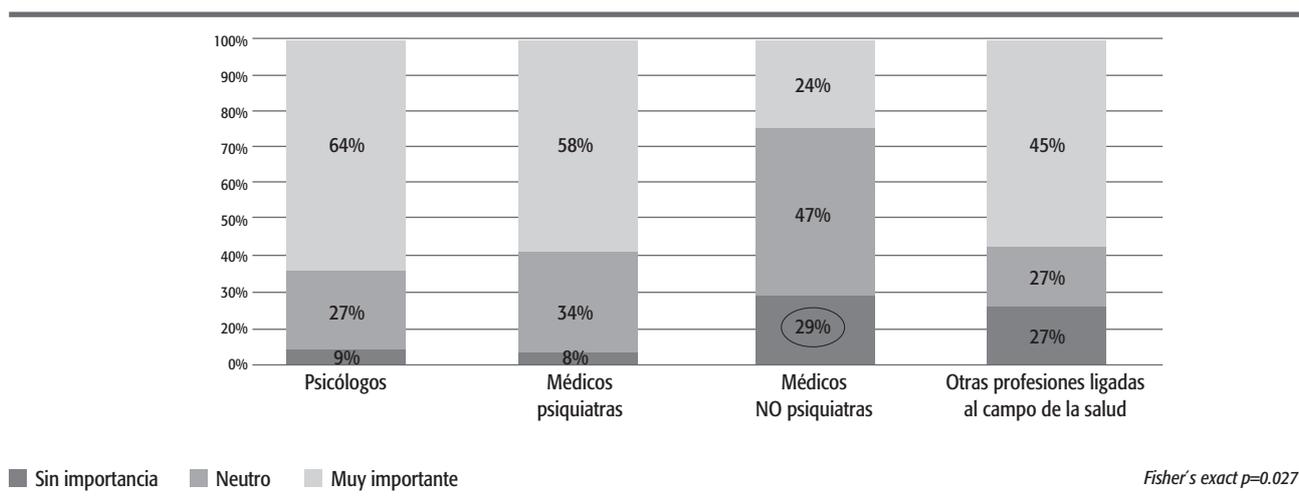
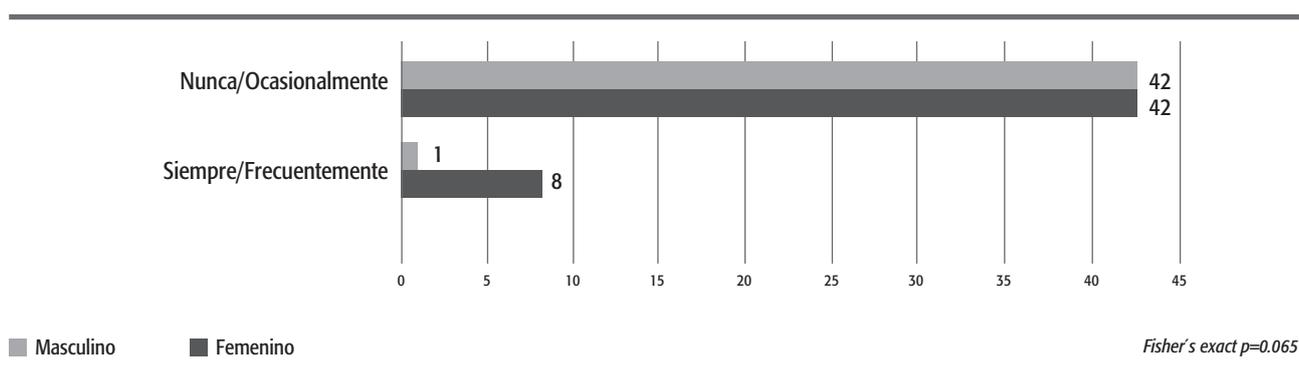


Figura 2. Dificultades en el vínculo con pacientes suicidas, según sexo (n=93).



una problemática de alto impacto especialmente entre los jóvenes (20).

Finalmente, casi 80% los encuestados que dijeron haber tenido pacientes que cometieron suicidio, refirió no haber recibido suficiente entrenamiento para enfrentar estas situaciones. ¿Será por ello que casi el 40% dijo no considerar al suicidio como un comportamiento siempre patológico?

Las limitaciones más importantes del presente trabajo son: el acotado número de respondedores a la encuesta asociado al elevado número de preguntas en la misma y la inclusión de una escala. Además, debe considerarse como obstáculo de la obtención de respuestas diferidas en relación al evento traumático (suicidio), el que el mismo haya acontecido con una antelación no determinada. No obstante, este trabajo fue

concebido como un intento de tomar conocimiento del impacto del suicidio en profesionales de nuestro medio y los consecuentes cambios en las conductas de los profesionales.

Si bien existe en Argentina una ley Nacional de Prevención del Suicidio (21) (Ley 27.130), debemos trabajar intensamente para afrontar esta problemática. Serán necesarios más estudios para generalizar estos resultados. El presente trabajo pone de manifiesto la importancia del suicidio en la práctica clínica como así también sus consecuencias. Además, permite observar una deuda formativa que atraviesa y trasciende lo asistencial, y que parece ser tan importante como necesaria. Crear espacios de discusión, supervisión, y abordaje de las cuestiones ligadas al paciente suicida resulta fundamental para poder dar cuenta de esta problemática. ■

Anexo 1. Encuesta utilizada: El suicidio de pacientes y su impacto en profesionales de la salud.**Encuesta anónima y confidencial**

1. Indique su sexo
2. Indique su edad
3. Indique su profesión
4. En relación a su formación profesional y a su marco teórico, ¿considera al suicidio como una conducta siempre patológica?
5. En su práctica clínica ¿Tuvo paciente/s, bajo su tratamiento, que cometiera/n suicidio?
Esta pregunta implicaba un corte para quienes contestaran que no, a quienes se invitó a salir de encuesta
6. A continuación encontrará una lista de comentarios que hacen las personas que han pasado por una situación de vida estresante. Por favor, revise cada uno e indique la frecuencia con que se ha identificado con ellos en los días siguientes al suicidio de un paciente. Si no le ocurrieron durante ese período marque "Nunca". -Escala de Impacto de Evento de Horowitz-
7. ¿Debió realizar tratamiento por ese motivo?
8. ¿Qué tratamiento realizó?
9. Evaluando retrospectivamente ¿cómo siente que impactó el suicidio de un paciente sobre su estado de salud?
10. En el tiempo posterior al suicidio de un paciente ¿cómo definiría usted la importancia del apoyo recibido por parte de sus colegas/departamento de salud/etc.?
11. ¿Cree tener dificultades en la relación/vínculo con pacientes con riesgo suicida?
12. ¿Modificó su práctica clínica a partir del suicidio de un paciente?
13. ¿Cambió su modo de evaluar a los pacientes con riesgo suicida?
14. ¿Modificó sus conductas terapéuticas cuando asiste a sujetos con riesgo suicida?
15. ¿Padeció perjuicios legales como consecuencia del suicidio de un paciente?
16. A lo largo de su proceso de formación profesional ¿Cree haber recibido suficiente formación acerca de cómo afrontar situaciones clínicas ligadas al suicidio?

Referencias bibliográficas

1. *Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*: (2003) American Psychiatric Association.
2. Suicide, World Health Organization, Reviewed April 2016, Media Centre.
3. Hawton K, Van Heeringen K. (2009) Suicide. *Lancet*. 373:1372-81
4. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación. *Estadísticas Vitales Información Básica - Año 2013. Serie 5 - Número 57*. 2014
5. Hawton, K, Van Heeringen K. (2000) *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley & Sons, LTD.
6. Clinical Guide. *Assessment of suicide risk in people with depression*. (2013) Centre for Suicide Research, Department of Psychiatry, University of Oxford.
7. McIntosh J L, Drapeau CW (2011). U.S.A. *Suicide 2011: Official final data*. Washington, DC: (2014). American Association of Suicidology.
8. Séguin M, Bordeleau V, Drouin M-S, Castelli-Dransart DA, Giasson F (2014). Professionals' Reactions Following a Patient's Suicide: Review and Future Investigation, *Archives of Suicide Research*. DOI: 10.1080/13811118.2013.833151
9. Finley R, 1999. SurveyMonkey. [Internet] Disponible en: <https://es.surveymonkey.com/>
10. Doppler e-mail marketing. [Internet] Disponible en: <http://www.fromdoppler.com/en/index.html>
11. Horowitz MJ, Wilner NR, Alvarez W. (1979) Impact of Event Scale. A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41,209-218.
12. Sundin EC, Horowitz MJ. (2002) Impact of Event Scale: psychometric properties. *Br J Psychiatry*. 180:205-9.
13. Sundin EC, Horowitz MJ. (2003) Horowitz's Impact of Event Scale evaluation of 20 years of use. *Psychosomatic Medicine*, 65(5):870-6.
14. Joseph S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: a review. *J. Trauma Stress*. 13(1):101-13.
15. Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, Kinney B, Torigoe RY. (1988) Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *Am J Psychiatry*; 145(2):224-8.
16. Cryan E, Kelly P, McCaffrey B. (1995) The experience of patient suicide among Irish psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*. 19,4-7.
17. Grad OT, Zavasnik A, Groleger U. (1997) Suicide of a patient: gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; 27(4):379-386.
18. Alexander D, Klein S, Gray NM, et al. (2000) Suicide by patients : questionnaire Study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*; 320:1571-1574.
19. Ingram E, Ellis JB. (1992) Attitudes toward suicidal behavior: a review of the literature. *Death Stud*; 16(1):31-43.
20. Sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones 3. Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina. Algunas aproximaciones. (2011). Ministerio de Salud de la Nación. [Internet] Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/articulos/20.pdf>
21. [Internet] Disponible en: <http://www.todoelderecho.com.ar/bases/ley-27130-ley-nacional-de-prevencion-del-suicidio/>