

**ESTUDIO SOBRE ACTITUDES Y ESTRATEGIAS
DE EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES
SUICIDAS POR PARTE DEL PERSONAL
DE SALUD EN BOGOTÁ**

DORA LINDA GÓMEZ, MD

Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia

RICARDO SÁNCHEZ, MSc

Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia

YAHIRA GUZMÁN, MD

Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia

ALEXANDER PINZÓN, MD

Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia

CORRESPONDENCIA

Dora Linda Gómez Mora

Calle 54 No. 7-33, Apto. 202, Bogotá. Teléfono: 345 92 33

Correo electrónico: dlgomezm@hotmail.com

RESUMEN

ANTECEDENTES

Existen pocas investigaciones acerca del personal que atiende pacientes suicidas, aunque las actitudes y estrategias son determinantes para evaluar el riesgo suicida.

OBJETIVO

Describir actitudes y estrategias del personal de salud ante pacientes suicidas.

METODOLOGÍA

Entrevistas en profundidad, aplicación de encuestas en muestra no probabilística, análisis cualitativo y cuantitativo multivariado.

ESCENARIO

Consulta externa, urgencias primer nivel de red adscrita, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

VARIABLES

Demográficas y mediciones relacionadas con actitudes y estrategias de evaluación, derivadas de entrevistas en profundidad (total 117 variables).

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personal de salud del escenario descrito.

RESULTADOS

Se realizaron 18 entrevistas en profundidad. 633 encuestas enviadas, tramitadas 347. Bajo porcentaje de colaboración (54.8%). De las diligenciadas: 71.8% mujeres, 42.34% médicos, 39.64% auxiliares de enfermería y 18.02% jefes de enfermería. La mayoría no discrimina ideación de intento de suicidio, no justifica la ideación suicida ni los intentos de suicidio, no explora sistemáticamente la ideación suicida, relaciona conductas suicidas con depresión, no siente agrado al atender estos pacientes, pre-

fiere que psiquiatría realice la valoración y percibe deficiencias en su entrenamiento. Ante pacientes suicidas las emociones frecuentemente experimentadas son tristeza, miedo, enojo; el recurso utilizado para manejarlas es hablar con compañeros de trabajo. El agrado en atenderlos se relacionó con género, nivel de entrenamiento, creencias religiosas y experiencia profesional.

CONCLUSIONES

Las actitudes y emociones se relacionaron con género, creencias religiosas, profesión, experiencias profesionales y no profesionales y percepción de deficiencia en el entrenamiento. Más del 50% considera tener deficiencias en el entrenamiento. Es necesario implementar estrategias de capacitación, manuales o protocolos que contemplen las deficiencias y particularidades profesionales.

PALABRAS CLAVE

Actitud, conducta, personal de salud, riesgo de suicidio.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo, con una incidencia anual entre 10 y 20 por 100,000 en la población general (1). Según datos epidemiológicos, representa la octava causa de muerte y la tercera causa de pérdida de años potenciales de vida en Estados Unidos, considerándose una tasa de 11.4 suicidios por cada 100,000 habitantes, similar a la tasa de muertes debidas a diabetes mellitus. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, entre 1990 y 2020 el número de suicidios pasará de 593,000 a 995,000, cifra que está en concordancia con las proyecciones sobre carga de enfermedad, que ubican a la depresión como el problema de salud número uno en países en desarrollo para ese año (3.4% de la carga total de enfermedad por todas las causas). Se ha estimado que la prevalencia de intentos suicidas a lo largo de la vida en adultos varía en un rango entre 1.1 y 4.3 por cada 100 habitantes. Las tasas de suicidio en los países industrializados son más altas en los extremos de la vida, constituyéndose como la tercera causa de muerte en el

grupo de la población que se encuentra entre los 15 y 24 años de edad (13.1/100,00), siendo evidente un segundo pico en la incidencia de suicidios en las personas que se encuentran por encima de los 65 años (2). En Colombia, durante 1998, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 2,046 necropsias por suicidio (6% del total de muertes violentas), observándose un incremento del 21% con respecto al año anterior. Del total de casos el 76% de los suicidas fueron del género masculino; por cada mujer se suicidaron tres hombres. Las mayores tasas se presentaron, para ambos géneros, en el grupo de 15 a 24 años (3). Diversos estudios epidemiológicos han mostrado que cerca de dos tercios de los pacientes que cometen suicidio han solicitado algún tipo de atención médica, al menos en una ocasión, durante el mes previo a su muerte (4). Lo anterior sugiere que una estrategia para reducir el número de suicidios consumados consiste en afinar la capacidad de detección del riesgo suicida por parte del personal de salud.

De otra parte, la medición de elementos comportamentales y motivacionales a través de instrumentos no permite evaluar la participación de variables descritas como "blandas". Aspectos tales como contratransferencia y empatía no quedan cubiertos por este tipo de mediciones y parecen tener un papel preponderante en la decisión que finalmente toma un clínico ante un paciente particular (5, 6). Es claro que cuando un clínico está enfrentado a decidir qué conducta va a tomar frente a un paciente con riesgo de suicidio, tiene más peso su "impresión" personal que el resultado que pueda mostrar determinada escala.

Se han desarrollado modelos teóricos que incluyen algunas propuestas acerca de la utilización de diversos instrumentos para la valoración y predicción del riesgo suicida, pero su utilidad y efectividad al aplicarlos sobre diversas poblaciones no han sido demostradas claramente, considerándose que la valoración clínica sigue siendo la mejor aproximación para la medición y estimación del riesgo suicida en la práctica clínica diaria (7, 8, 9). Se plantea que las conductas suicidas tienen un espectro multidimensional en su presentación y que la mayoría de las escalas propuestas permiten únicamente la valoración aislada de dimensiones o elementos implicados en dichas conductas. Así por ejemplo, se han diseñado instrumentos para la valoración de la ideación suicida (10), intención suicida (11), letalidad del intento (12), impulsividad y agresividad (13), pesimismo y desesperanza (14), y escalas de predicción para repetición del intento suicida (8, 15, 16). Teniendo en cuenta lo anotado anteriormente,

se ha planteado que los médicos encargados de los servicios de atención primaria, consulta externa y urgencias son un elemento crucial para la detección y valoración adecuada del paciente en riesgo suicida, lo cual permitiría poner en práctica a ese nivel medidas tendientes a disminuir las tasas de suicidio (17, 18, 19). Desde los años setenta se ha venido trabajando en el desarrollo de instrumentos que permitan modelar matemáticamente el riesgo suicida. Tras casi treinta años de desarrollo en esta área, varios autores concluyen que dichos instrumentos de predicción tienen serias limitaciones (20, 21, 22, 23). Los artículos de revisión y los textos hacen demasiado énfasis en factores demográficos, los cuales son de poco valor para evaluar riesgo de suicidio en pacientes individuales. Los diferentes trabajos para desarrollar instrumentos de predicción han abordado poblaciones particulares y desenlaces múltiples que incluyen un espectro de conductas suicidas, que va desde la simple ideación esporádica hasta el suicidio consumado. Sin embargo, para hacer una adecuada evaluación de las conductas suicidas el médico debe contar con herramientas clínicas mínimas objetivables, con el fin de poder tomar decisiones con respecto al manejo del paciente y evaluar su resultado. Uno de los elementos más frecuentemente incluidos en las herramientas propuestas para la evaluación de riesgo suicida son los factores sociodemográficos, dentro de los cuales se consideran los siguientes: edad y sexo, estado civil (donde cabe anotar que aquellas personas viudas y separadas tienen mayor riesgo que las personas solteras o casadas).

Los antecedentes ocupacionales constituyen otro factor relacionado con conductas suicidas, encontrándose que los desempleados y los trabajadores no calificados muestran mayor riesgo que los empleados y los trabajadores con calificación. Entre los profesionales hay un mayor riesgo de suicidio en los policías, músicos, agentes de seguros, abogados, odontólogos y médicos (especialmente oftalmólogos, anestesiólogos y psiquiatras), probablemente por la posibilidad de sensación de fracaso en el ámbito laboral o en el propio rol social (26, 24, 25). En cuanto a los principales factores útiles para evaluar el riesgo del suicidio se destacan: la existencia de trastorno mental, alcoholismo y abuso de drogas, ideación suicida, intentos suicidas previos, acceso a métodos letales, aislamiento y pérdida de apoyo social, desesperanza, antecedentes familiares de suicidio (aspectos genéticos), eventos estresantes en la vida, agresividad, impulsividad e irritabilidad (aspectos bioquímicos), enfermedades físicas concurrentes como dolor crónico, cirugías recientes, enfermedades cró-

nicas o terminales (sida, cáncer) (26, 27, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34). La historia de intentos de suicidio previos constituye el principal predictor de riesgo de suicidio, y se recomienda no tomarlo como elemento aislado durante la valoración (23, 27). Los antecedentes familiares de suicidio o de intentos suicidas se han relacionado con un riesgo suicida potencial y permanente a lo largo del ciclo de vida, independientemente del diagnóstico psiquiátrico (37, 35).

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, se plantea que el suicidio puede ser prevenible; por eso es importante una evaluación cuidadosa de los pacientes suicidas, con el objeto de realizar una buena predicción del riesgo y de esta forma una intervención adecuada. Lo ideal es que el médico examinador cuente con las herramientas necesarias para determinar el riesgo suicida, valorando los diferentes factores que en un momento dado pueden estar influyendo en la conducta del paciente. La evaluación de pacientes suicidas se complica por el hecho de que éstos suscitan a menudo intensos sentimientos en el médico examinador, y pueden provocar gran ansiedad en el médico, que es consciente de que un error de enfoque puede tener consecuencias catastróficas. Además, algunos pacientes, como los que tienen historia de múltiples iniciativas suicidas, pueden suscitar rechazo en el médico, haciendo difícil la evaluación objetiva, o bien propiciar intervenciones más punitivas que terapéuticas. Pueden ser más problemáticos los pacientes que agradan al médico o aquéllos con los que éste se identifica, ya que con ellos el clínico puede negar un riesgo de suicidio alto, dándoles la seguridad ficticia de que "todo va a ir bien", o evita hablar con el paciente sobre sus sentimientos suicidas. Por esto es importante que el médico se haga consciente de sus propios sentimientos evitando que éstos interfieran con su labor clínica (36).

Por los anteriores hallazgos nos propusimos efectuar la presente investigación; en ella se hizo énfasis en el personal de salud que atiende al paciente en riesgo de suicidio, más que en el paciente que consulta por conductas suicidas. Pensamos que si se conocen las creencias, los recursos, las dificultades, las habilidades y las técnicas que tiene el personal de salud que atiende estos pacientes, se pueden implementar estrategias que permitan ofrecerles mejor atención, mejorar los recursos técnicos y humanos de los trabajadores de la salud y optimizar los servicios de salud.

Se combinaron técnicas cuantitativas y cualitativas. Desde el punto de vista cualitativo se emplearon las siguientes estrategias: a partir de una entrevista preliminar a un grupo conformado por un médico, una jefe de enfermería y cuatro auxiliares de enfermería del servicio de urgencias del hospital San Juan de Dios, en la cual se exploraron tópicos reportados en la literatura y acordados por los investigadores, se construyó una guía de entrevista en profundidad con la cual se efectuaron dos pruebas piloto para hacer un ajuste final a la guía. Se realizaron 18 entrevistas en profundidad, de cuyo análisis se obtuvo el material para elaborar la encuesta final. Dicha encuesta se aplicó en una muestra no probabilística de personal de salud de servicios de consulta externa y urgencias del nivel de atención primaria de hospitales de la red adscrita de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, que incluyó trabajadores de salud de ambos sexos en medicina y enfermería. Considerando el planteamiento del modelo logístico, y teniendo en cuenta un número de 10 mediciones por variable (37), se estimó un total de 300 encuestas. Este número se amplió a 600 buscando delimitar el análisis de acuerdo con la localidad administrativa. Con base en este estimado, entre enero y octubre de 2000 se enviaron 633 formularios y se recuperaron 347 diligenciados. La encuesta incluye un total de 117 variables de las cuales 14 fueron de texto, 5 continuas y las demás categóricas. El procesamiento estadístico de los datos se efectuó con los programas STATA 6[●] y SPAD4[®]. Se realizó un análisis exploratorio de datos, evaluación de las características distribucionales de las variables continuas, análisis bivariado, análisis multivariable (regresión logística ordenada) y análisis multivariado (correspondencias múltiples). Se efectuó un análisis cualitativo de las entrevistas en profundidad y de las preguntas de texto de la encuesta por medio de categorización del material de las entrevistas en subtópicos y desciframiento de categorías. Para la realización del proyecto se requirió la aprobación del comité de investigaciones del departamento de psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia; en los casos en los cuales fue necesario obtener información de sujetos humanos, se solicitó consentimiento informado. En el estudio se incluyeron aquellas personas que firmaron dicho consentimiento.

RESULTADOS

De las 18 entrevistas en profundidad se destaca que existe pobre conocimiento en los temas de salud mental y relacionados con el suicidio entre jefes y auxiliares de enfermería. Los profesionales de la medicina poseen elementos para evaluar adecuadamente los pacientes con conductas suicidas, pero no los tienen en cuenta en el momento de decidir el procedimiento a seguir con los pacientes; la mayoría de ellos estabiliza al paciente y pide la valoración por el especialista sin suministrar ninguna recomendación sobre el manejo al personal de enfermería. En general, el personal de salud no evalúa sistemáticamente la presencia de ideación suicida. Hay mayor proporción de emociones negativas hacia los pacientes con conductas suicidas en el personal de jefes de enfermería, mientras que el de auxiliares de enfermería es el que más se interesa por el paciente y la familia e intenta realizar intervenciones con intención de modificar la conducta de los pacientes; además, intenta evaluar el riesgo suicida pero no comparte la información obtenida con el resto del equipo porque considera que no será tomada en cuenta; también entre los médicos hombres se evidenciaron actitudes y sentimientos negativos hacia estos pacientes. Tener menos actitudes negativas se asoció con ser mujer, contar con mayor experiencia profesional y haber tenido experiencias no profesionales relacionadas con el suicidio. Los entrevistados consideraron que el Centro Regulador de Urgencias en el área de psiquiatría funciona adecuadamente, aunque a veces hay demora en los sitios periféricos; señalaron como deficiencia de la red de salud no tener guías de manejo unificadas para la atención de pacientes con conductas suicidas.

El porcentaje global de respuesta (54.8%) implica un índice de respuesta de 0.548. La mayoría de los campos no tramitados correspondieron a variables de texto. El 71% de las encuestas fue respondido por mujeres, 43.34% fueron profesionales de la medicina, 39.64% auxiliares de enfermería y 18.02% jefes de enfermería. La mayor mediana de edad se encuentra en auxiliares de enfermería (40 años) y la menor en jefes de enfermería (31 años); igual cosa ocurre para la variable experiencia profesional: 16 años para jefes y 6 para auxiliares.

Quienes respondieron la encuesta consideran que la conducta suicida más frecuente es el intento de suicidio, no exploran sistemáticamente

la ideación suicida; los médicos mayores de 35 años exploran con más cuidado los factores de riesgo en los pacientes, y las auxiliares de enfermería jóvenes le dan menos importancia a dicha exploración. La frecuencia de conductas suicidas según edad y sexo se aprecia en la tabla 1.

La mayoría consideró que la ideación suicida y los intentos de suicidio no son justificables; sólo el 32.4% piensa que la ideación suicida a veces es justificable, mientras que el 17.6% piensa que el intento de suicidio es justificable a veces; entre las explicaciones que dan para su respuesta se ubica en primer lugar "esa no es la manera de solucionar los problemas" y "hay otras vías para solucionar los problemas". Un 42% evidencia un patrón de periodicidad de las conductas suicidas siendo más frecuentes en los meses de fin de año. Observan que los métodos más usados para intentar suicidarse son la ingestión de tóxicos, venenos o medicamentos, y que los hombres además usan armas de fuego. Al 46.06% no le agrada atender este tipo de pacientes, al 40.60% le es indiferente y sólo el 13% le agrada más. Entre las razones que consideran que tienen las personas para intentar el suicidio encuentran diferencias según el sexo (tabla 2).

La emoción más experimentada al atender pacientes con conductas suicidas es tristeza (tabla 3). El enojo es más frecuente entre el personal de enfermería que entre el de medicina; en especial las mujeres experimentan la emoción de rechazo al paciente (querer sacarle el cuerpo), mientras los hombres dicen que estos pacientes no los afectan emocionalmente; manejan las emociones hablando con compañeros de trabajo. La mayoría, sobre todo médicos, asocia conductas suicidas con enfermedad mental, especialmente depresión. 32% reportó haber tenido experiencias con conductas suicidas fuera del ámbito profesional, y más de la mitad de éstos refirió que éstas les generaron un cambio de actitud hacia los pacientes con tales conductas; el tener dichas experiencias se asoció a un menor número de emociones negativas y a la posibilidad de experimentar respuestas empáticas; este tipo de experiencias son típicas de médicos, hombres, mayores de 35 años. Aproximadamente la mitad estimó que la religión es un factor protector contra las conductas suicidas, mientras que el 86% consideró que pertenecer a sectas satánicas induce dichas conductas. En la evaluación de los factores de riesgo consideran como más importantes los antecedentes de intento de suicidio previos y la falta de apoyo familiar (tabla 4). Las estrategias utilizadas para el manejo del paciente con intento de suicidio pueden verse en la tabla 5. El 61%

consideró que tiene deficiencias en el entrenamiento para el manejo de estos pacientes; esta percepción fue más frecuente entre jefes de enfermería; la mayor deficiencia planteada por los tres grupos se refiere a la atención y el manejo. En cuanto a los criterios que tienen en cuenta para decidir si el manejo de un paciente debe ser ambulatorio u hospitalario hay acuerdo en que depende de la gravedad del caso, pero los profesionales ubican en quinto y sexto lugar los criterios considerados universales al respecto. Ante un paciente con riesgo de suicidio la conducta más utilizada en primer lugar es pedir la valoración por el especialista, sólo en tercero o cuarto lugar colocan estrategias propias de cada profesión. Consideran que hay acceso fácil a la valoración de estos pacientes por el especialista (psicólogo o psiquiatra), y ésta se hace de manera eficiente y rápida; el 70% prefiere la valoración por psiquiatra por la posibilidad de manejo farmacológico cuando se requiere. La práctica de evaluar riesgo de suicidio en pacientes crónicos y terminales es una conducta que se relaciona con ser médico, para éstos también es clara la relación entre conductas suicidas y enfermedad mental.

En el análisis multivariado, al utilizar variables que se relacionan con actitudes, se encontró: las respuestas emocionales se experimentan con mayor frecuencia en hombres médicos, mayores de 35 años; tienden a presentar respuestas emocionales menos intensas las jefes de enfermería, con poca experiencia profesional. También se halló que el haberse expuesto a conductas suicidas en el ámbito no profesional, especialmente a nivel de amigos, genera en los médicos un cambio de actitud hacia los pacientes, lo cual se traduce en experimentar menos emociones negativas y más respuestas empáticas (tristeza); las mujeres, jefes o auxiliares de enfermería, no experimentan de la misma manera este tipo de contactos, lo cual se traduce más en respuestas emocionales negativas (rabia, admiración, ansiedad). Cuando se utilizaron variables relacionadas con el manejo se halló: los hábitos de explorar los factores de riesgo en conductas suicidas son propios de los hombres, médicos, con mayor experiencia y con mayor edad; no hacerlo se asoció a ser auxiliar de enfermería, joven y sin experiencia profesional. El acceso eficiente a sistemas de interconsulta para este tipo de pacientes se agrupa con menor tendencia a explorar el riesgo suicida y a efectuar intervenciones, lo mismo que con una sensación de mayor agrado al atender estos pacientes.

DISCUSIÓN

Varios de los indicadores demográficos y epidemiológicos que reporta la encuesta coinciden con los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal en lo relacionado con suicidios consumados: el rango de edad de mayor frecuencia está entre 15 y 24 años, los métodos más utilizados son intoxicación y armas de fuego, y se encuentra una mayor frecuencia en los meses de diciembre y enero (3).

Se evidencia que no hay claridad sobre la diferencia que existe entre ideación e intento de suicidio, lo cual hace que se maneje de forma similar a los pacientes que consultan por estas causas, lo que implica que la evaluación del riesgo suicida no es adecuada (7, 8, 9). De otra parte, las razones dadas para explicar por qué no justifican las conductas suicidas permiten ver que prima una actitud de juicio y recriminación que podría dificultar el abordaje e impedir una valoración profesional adecuada de estos pacientes; además, el que se ubique en cuarto lugar entre las razones para justificar estas conductas a "problemas y factores sociales", implica que en la atención de estos pacientes, además del sector salud se requiere la intervención de otras instancias responsables del bienestar comunitario. Las emociones que más generan estos pacientes en el personal de salud estudiado son sensación de lástima, temor ante la posible evolución que pueda tomar el caso y enojo por la sensación de que el paciente es inmaduro e incapaz de manejar y solucionar sus problemas; esta última emoción la experimentan más a menudo la auxiliares y jefes de enfermería. Esta emoción se relaciona con un nivel deficiente de formación ya que se asume que la conducta suicida es más un problema relacionado con actitudes voluntarias del individuo y no con condiciones psicopatológicas, lo cual podría dificultar la evaluación de la letalidad (5, 6). También, especialmente en mujeres, es frecuente la respuesta de rechazo hacia el paciente ("querer sacarle el cuerpo al paciente, evitarlo"), mientras que los hombres perciben que el contacto con este tipo de pacientes no los afecta emocionalmente. Para manejar estas emociones la conducta más utilizada por los trabajadores de la salud de la población del estudio es hablar con compañeros de trabajo; es común que la tristeza y la culpa se manejen de esta manera. El manejo mediante conductas evitativas (ocuparse de otras cosas para evitar pensar en las emociones molestas) es frecuente en auxiliares de enfermería. La ausencia de res-

puestas empáticas se observa más en médicos, lo cual lleva a una menor posibilidad de entendimiento y aceptación del paciente (36). La relación entre deficiencia en el entrenamiento y actitudes negativas hacia los pacientes sugiere que al superar dicha deficiencia se mejorará la calidad de atención a los pacientes y el bienestar de los trabajadores de la salud.

Se encontró que a menudo tanto el personal médico como el de enfermería asocia conductas suicidas con enfermedad mental, especialmente con síndromes depresivos, los médicos son quienes más reportan dicha asociación: este hallazgo concuerda con lo descrito en la literatura. El diagnóstico relativamente frecuente de "histeria" en las mujeres puede reflejar poca claridad de los profesionales sobre el estado emocional de las pacientes, lo cual podría originar una pobre valoración del riesgo suicida en ellas antes que una evaluación detallada.

Un 39.2% de los que respondieron la encuesta reportaron experiencias con conductas suicidas fuera del ámbito profesional, especialmente con amigos. Más de la mitad de las personas que tuvieron tales experiencias refirieron que las mismas generaron cambio en la actitud hacia los pacientes con tales conductas; este tipo de reacción fue más frecuente en los médicos.

El mayor nivel de agrado al atender estos pacientes se relacionó más intensamente con tener alguna creencia religiosa, ser de sexo femenino y con el hecho de tener un buen nivel de entrenamiento; tal asociación muestra la importancia de factores diferentes de lo puramente técnico en el manejo de estos pacientes y que en muchos casos la actitud del personal puede ser tan importante como una formación profesional rigurosa.

La sensación de que este tipo de paciente le está quitando el tiempo a otros más graves se asoció con el hecho de ser hombre y tener poca experiencia profesional. Esta asociación supone la presunción por parte del personal de salud de que el paciente con conductas suicidas no tiene una patología grave, lo cual puede resultar peligroso al desvirtuar la magnitud del riesgo de suicidio. Esto se puede asociar con lo reportado por estudios en cuanto que una proporción importante de suicidas ha tenido contactos previos con personal de salud y probablemente no han sido evaluados ni tratados de manera adecuada por dicho personal.

Reacciones tales como sentir impotencia por no saber qué hacer ante la situación, tener temor ante la posible evolución del caso y sentir inseguridad para manejar al paciente se asoció con la percepción de te-

ner un pobre nivel de entrenamiento para manejar estas situaciones. Este tipo de respuestas fueron hasta tres veces más frecuentes en las personas que reportaron limitaciones en su entrenamiento y, por tanto, en su capacidad para manejar estos pacientes. Teniendo en cuenta que estas emociones suelen manejarse mediante conductas evitativas, o bloqueando las respuestas empáticas, se corre el riesgo de perjudicar directamente al paciente, o indirectamente a los terapeutas por el impacto nocivo que esto pueda tener sobre su funcionamiento emocional.

El grupo de médicos mayores de 35 años también es el que explora de manera más cuidadosa los factores de riesgo en los pacientes. Las auxiliares de enfermería, jóvenes y sin experiencia, no le dan mayor importancia a la exploración de factores de riesgo, probablemente por falta de experiencia, por deficiencias en su formación y por no tener que asumir responsabilidad especial en el manejo del paciente, ya que se piensa que la exploración de tales tópicos es responsabilidad del médico. Si bien la operatividad del sistema de valoración por parte de psicología y psiquiatría puede verse como una fortaleza de la atención, parece generar en el personal de salud una actitud pasiva, percibida artificialmente como seguridad y agrado al manejar tales pacientes, lo que lleva a que el personal de salud no se preocupe por explorar los factores de riesgo. Este aspecto puede considerarse una debilidad, ya que en caso de que el sistema de valoración falle, la capacidad de reacción del personal de salud puede ser deficiente en lo concerniente a efectuar un adecuado manejo primario de estos pacientes.

Del análisis cualitativo de la encuesta se destaca: i) la mayoría del personal de salud que respondió la encuesta no justifica ni la ideación ni el intento de suicidio; ii) entre las explicaciones dadas para no justificar tales conductas se ubica en primer lugar, "esa no es la manera de solucionar los problemas", esto sugiere que hay más un juicio que una comprensión de las personas suicidas; iii) el que aparezca la creencia de que es una conducta manipuladora permite suponer que las personas con estas conductas no se vean como necesitadas de ayuda y más bien se las rechace.

La mención de los problemas sociales como explicación para la justificación de la conducta suicida permite plantear que en la atención de los pacientes suicidas, además del área de salud deben intervenir otras instancias encargadas del bienestar de las personas.

Hay una buena sensibilidad del personal de salud en cuanto a la asociación de conductas suicidas con depresión, pero el que sólo se mencio-

nen la histeria y los problemas de pareja y de familia en relación con las conductas suicidas de las mujeres, plantea la pregunta sobre si este hallazgo obedece a lo que se encuentra en los pacientes o a sesgos del personal de salud que los atiende.

Dado que plantean como mayor deficiencia en el entrenamiento lo relacionado con la atención y el manejo de estos pacientes, surge la necesidad de capacitación en tales tópicos; en este sentido es especialmente importante para el grupo de profesionales de enfermería que en dicha capacitación se hagan talleres que incluyan juegos de roles, ya que este grupo identifica como deficiencia la falta de experiencia con este tipo de pacientes.

En relación con el manejo de pacientes suicidas se evidencia que el personal de salud no tiene parámetros clínicos claros para decidir si deben manejarse en forma ambulatoria u hospitalaria, y le dan un lugar importante a la presencia o no de familia, lo cual facilita que se delegue en ésta el manejo que debe hacer el personal de salud; también este aspecto debe tenerse en cuenta para la capacitación.

Puesto que el análisis multivariado resalta la importancia de la exposición a experiencias no profesionales como factor positivo para el manejo de este tipo de pacientes, se recomienda que en los procesos de entrenamiento de personal se manejen estos elementos vivenciales como parte clave para formar la capacidad de poder experimentar respuestas empáticas y, por ende, reducir las respuestas de tipo negativo.

La ubicación en primer lugar de la conducta de pedir la valoración por el especialista cuando se tiene un paciente con riesgo suicida, si bien es cierto que sugiere un grado importante de conciencia en cuanto a la necesidad de atención especializada del paciente, también puede mostrar deficiencia o inseguridad en las propias capacidades del personal no especialista. Esta actitud podría resultar contraproducente porque: i) podría poner en riesgo al paciente mientras no sea evaluado por el especialista; ii) evitaría que el personal use sus propios recursos y habilidades en el manejo de los paciente; iii) podría producir una demanda exagerada de especialistas. Igualmente, en la mayoría de sitios el especialista sólo actúa como un interconsultante; por tal razón el seguimiento de estos pacientes corresponde al personal de salud propio de cada lugar; el cual debe estar capacitado en el tema.

Uno de los hallazgos que se deben tener en cuenta a partir del presente trabajo se relaciona con las dificultades surgidas en la recolección

de los datos mediante encuestas, haber presupuestado esta dificultad llevó al consecuente envío de un gran volumen de cuestionarios lo que permitió al final contar con el número adecuado de encuestas diligenciadas para el análisis. El grupo funcional de investigaciones de la Secretaría colaboró durante todo el estudio, principalmente en lo referente a la información necesaria para determinar el tamaño y la estructura de la muestra, y para la aplicación de las entrevistas en profundidad en cada uno de los sitios elegidos, las cuales se efectuaron de acuerdo con el cronograma establecido. La principal dificultad que se presentó durante el estudio, como se mencionó antes, fue la falta de colaboración por parte del personal de salud en algunos sitios destinados para diligenciar las encuestas, dado que en dichos sitios las encuestas se perdieron, no fueron diligenciadas o se tomaron demasiado tiempo para llenarlas. Este hecho deberá ser tenido en cuenta en investigaciones futuras. Dado que en varias localidades el porcentaje de colaboración en el trámite de las encuestas fue demasiado bajo, no fue posible determinar perfiles de las variables estudiadas teniendo en cuenta este tipo de estratificación. Dicha situación, aunada al hecho de que el muestreo no fue probabilístico, es una fuente potencial de sesgo en las mediciones que debe considerarse para incluir estrategias de motivación en estudios posteriores. Esta información hubiera resultado útil para tomar medidas administrativas y de capacitación según las especificidades de cada localidad. El presente trabajo también permite abrir posibilidades de investigación en otros aspectos relacionados con el suicidio, como podrían ser la influencia de la orientación religiosa en las conductas suicidas, y el impacto que la atención de estos pacientes produce en el personal de salud, entre otras.

CONCLUSIONES



El nivel de colaboración del personal de salud para resolver la encuesta fue bajo, a pesar de tener el apoyo oficial de la Secretaría y de la insistencia de la misma en cada institución para lograr la colaboración. Esto debe tenerse en cuenta como antecedente cuando se realicen otros estudios con la misma metodología. El sistema actual para la atención de pacientes suicidas por especialistas funciona adecuadamente, pero hay en el personal de salud una marcada delegación del manejo de dichos pacientes en

el especialista; esta situación puede poner en riesgo tanto a los pacientes como al sistema mismo, pues no hay claridad en cuanto al manejo del paciente en crisis mientras llega el especialista, ni parece haber claridad en cuanto al seguimiento de dichos paciente y la demanda de especialistas puede resultar excesiva. La demora que en ocasiones se presenta en la atención de los pacientes que consultan a los servicios de urgencias, por parte del Centro Regulador de Urgencias (CRU), conlleva a un aumento en los costos, dado que una proporción importante de pacientes sólo requeriría un seguimiento ambulatorio.

Tanto el análisis de las entrevistas en profundidad como el análisis cualitativo de las encuestas demostraron que, así como el suicidio es una conducta generadora de controversia dentro de la población general, igual ocurre dentro del personal de salud, encontrándose diferencias tanto en conceptos básicos como en las emociones que este tipo de eventos suscitan. Se evidenciaron dos elementos de gran importancia relacionados con las conductas suicidas: la actitud personal y el nivel de entrenamiento. Aunque sobre las actitudes es difícil actuar directamente, sobre el entrenamiento sí se puede intervenir. Se sugiere diseñar estrategias de capacitación para los distintos grupos de profesionales, teniendo en cuenta las deficiencias y necesidades de cada uno. Probablemente una mejor capacitación disminuya las actitudes negativas.

Las creencias sobre religión y sectas satánicas se consideran como razón importante para que los pacientes rechacen o acojan las conductas suicidas; igualmente se evidencia que influyen en la manera en que el personal de salud atiende a los pacientes con estas conductas por lo cual se requieren investigaciones sobre tales temas.

El personal de salud no explora regularmente la ideación suicida, es necesario capacitarlo en este aspecto.

Muchas de las emociones negativas que siente el personal de salud obedecen a concepciones erróneas sobre las conductas suicidas, se las juzga como debilidad, falta de fortaleza, o se las denota con rótulos peyorativos como histeria. Si hay mejor capacitación del personal la concepción sobre dichas conductas y, puede cambiar por tanto, modifica sus emociones al respecto. El grupo de profesionales de enfermería es el que refiere más problemas en el manejo de pacientes suicidas: dicen tener poca experiencia con este tipo de pacientes, deficiencias en el abordaje y manejo, y carecer de parámetros claros sobre la conducta a seguir. Es necesario corregir esta deficiencia pues repercute en todo el sistema de

salud, además parece recomendable revisar los programas curriculares de las escuelas de formación de estos profesionales.

La mayoría de profesionales que respondieron la encuesta no justifica las conductas suicidas, según las explicaciones que dan hay una actitud crítica hacia las personas que las presentan, lo cual puede influir en la forma como las atienden.

El personal de salud no tiene criterios claros para decidir si un paciente se maneja en forma ambulatoria u hospitalaria, también sobre este aspecto se requiere capacitación.

Se requiere capacitación sobre el tema del suicidio para los distintos grupos de profesionales de la salud del nivel primario, especialmente en lo que respecta al abordaje y el manejo práctico y terapéutico de los pacientes; los programas de capacitación deben incluir sesiones que permitan hablar de las emociones y los sentimientos del personal de salud, especialmente importantes para los hombres ya que ellos tienden a negar las emociones y los sentimientos, lo cual puede repercutir de manera negativa en la calidad de atención que ofrecen al paciente y en su propio bienestar.

AGRADECIMIENTOS

El grupo de investigación en suicidio del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional agradece al personal de salud, planta de servicio de urgencias del hospital San Juan de Dios, por su colaboración en la realización de las entrevistas a partir de las cuales se diseñó la guía utilizada posteriormente en las entrevistas en profundidad. Agradece también a la Secretaría Distrital de Salud, y en especial al grupo funcional de investigaciones, por su colaboración, tanto a nivel financiero como en la recolección de los datos, dado que su apoyo brindándonos información y facilitándonos el acceso al personal fue de vital importancia en la realización del presente estudio.

REFERENCIAS

1. Jamison K, Baldessrini R. Effects of Medical Interventions on Suicidal Behavior. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (suppl 2): 4-6.
2. Moscicki E. Epidemiology of Suicidal Behavior. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25(1): 22-35.
3. Centro de Referencia Nacional sobre violencia. Subdirección de Servicios Forenses, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Lesiones intencionales autoinfligidas-suicidios Colombia. 1998. En: Lesiones de causa externa. Colombia; 1998: 101-107.
4. Hishfeld R, Russell J. Assessment and Treatment of Suicidal Patients. *N Engl J Med* 1997; 337(13): 910-915.
5. Shneidman ES. Perturbation and Lethality as precursors of suicide in a Gifted Group. *Suicide Life Threat Behav* 1971; 1:23-45.
6. Maris RV. Introduction. *Suicide Life Threat Behav* 1991; 21:1-17.
7. Yufit R. American Association of Suicidology Presidential Address: Suicide Assessment in the 1990's. *Suicide Life Threat Behav* 1991; 21(2): 152-163.
8. Pokorny A. Suicide Prediction Revised. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23(1): 1-10.
9. Motto J. An Integrated Approach to Estimating Suicide Risk. *Suicide Life Threat Behav* 1991; 21(1): 74-89.
10. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *J. Consult Clin Psychol* 1979; 47(2): 343-352.
11. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. Classification of Suicidal Behaviors: II. Dimensions of Suicidal Intent. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 835-837.
12. Plutchik R, Van Praaf H, Picard S, Conte H, Korn M. Is There a Relation Between the Seriousness of Suicidal Intent and the Lethality of the Suicide Attempt? *Psychiatry Res* 1989; 27(1): 71-79.
13. Korn M, Botsis A, Kotler M, Plutchik R, Conte H, Finkelstein G *et al.* The Suicide and Aggression Survey: A Semistructured Instrument for the Measurement of Suicidality and Aggression. *Compr Psychiatry* 1992; 33(6): 359-365.

14. Siegal J. The Multidimensional Anger Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 51: 191-200.
15. Pallis DJ, Gibbons JS, Pierce DW. Estimating Suicide Risk among Attempted Suicides: II. Efficiency of Predictive Scales after the Attempt. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 139-148.
16. Pierce DW. The Predictive Validation of a Suicide Intent Scale: A Five Year Follow-up. *Br J Psychiatry* 1981; 139: 391-396.
17. Moscicki E. Identification of Suicide Risk Factors Using Epidemiologic Studies. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20(3): 499-517.
18. Jacobs D. Depression Screening as an Intervention Against Suicide. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(suppl 2): 42-45.
19. Truant GS, O'Reilly R, Donaldson L. How Psychiatrists Weigh Risk Factors When Assessing Suicide Risk. *Suicide Life Threat Behav* 1991; 21(2): 106-114.
20. Truant GS, O'Reilly R, Donaldson L. How psychiatrist weigh risk factors when assesin suicide risk. *Suicide Life Threat Behav* 1991; 21: 106-114.
21. Yufit RI. American Association of Suicidology Presidential Adress: Suicide Assessment in the 1990's. *Suicide Life Threat Behav* 1991; 21: 152-163.
22. Murphy GE. 39 years of Suicide Research: A Personal View. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25: 450-457.
23. Motto JA. An Integrated Approach to Estimating Suicide Risk. *Suicide Life Threat Behav* 1991; 21: 74-89.
24. H. Kaplan, B. Sadock. *Ciencias de la conducta: Psiquiatría clínica*, 7ª edición. 1996: 823-832.
25. Arensman E, Kerkhof M. Classification of Attempted Suicide: A Review of Empirical Studies, 1963-1993. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26(1): 46-55.
26. S Hyman y G Tesar: *Paciente suicida. Manual de urgencias psiquiátricas*. 1996: 26-30.
27. Dannenberg AL, McNeil JG, Brundage JF, Brookmeyer F. Suicide and HIV Infection. *Jama* 1996; 276: 1743-1746.
28. Strosahl K, Chiles J, Linehan M. Prediction of Suicide Intent in Hospitalized Parasuicides: Reasons for Living, Hopelessness, and Depression. *Compr Psychiatry* 1992; 33(6): 366-373.
29. Mann JJ, Oquendo M, Underwood MD, Arango V. The Neurobiology of Suicide Risk. *J Clin Psychiatry* 1997; 60: 7-11.

30. Beck AT, Brown G, Steer R. Prediction of Eventual Suicide in Psychiatric Inpatients by Clinical Ratings of Hopelessness. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57(2): 309-310.
31. Beck AT, Steer R. Clinical Predictors of Eventual Suicide: A 5-to 10-year Prospective study of Suicide Attempters. *J Affective Disord* 1989; 17(3): 203-209.
32. Harris C, Barraclough B. Suicide as an Autocome for Mental Disorders. A Meta-Analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-228.
33. Plutchik R Van Praag H. The Measurement of Suicidality, Aggressivity and Impulsivity. *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry* 1989; 12: S23-S34.
34. Roy A. Recent Biological Studies on Suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24(1): 10-14.
35. Nordström P, Samuelsson M, Asberg M, Trädkmsn-Bendz L, Aberg-Wistedt A, Nordin C et al. CSF 5-HIAA Predicts Suicide Risk after Attempted Suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24(1): 1-9.
36. R. Sánchez y J Rodríguez Lozada. *Fundamentos de psiquiatría clínica, semiología, síndromes, terapéutica*. Bogotá: Sánchez-Rodríguez. Lozada editores: 1999.
37. D.W Hosmer; S Lemeshow. *Applied Logistic Regression*. New York: Wiley & Sons; 1989.

TABLA 1
FRECUENCIA DE CONDUCTAS SUICIDAS SEGÚN EDAD Y SEXO
PERSONAL DE SALUD SSB, 2000

	< 15		16 a 24		25 a 34		35 a 60	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Ideación	4%	4.9%	57.2%	70.5%	26.4%	19.5%	12.4%	5.1%
Intento	3.4%	2.7%	49.1%	73.2%	35.7%	18.1%	11.8%	6%

TABLA 2
MEDIANA DE LA IMPORTANCIA DE LAS RAZONES PARA INTENTAR SUICIDIO
SEGÚN SEXO. PERSONAL DE SALUD SSB, 2000

Razón del intento de suicidio	Mediana Hombres	Mediana Mujeres
Llamar la atención	2	3
Escapar de los problemas	3	3
Problemas familiares	3	3
Problemas de pareja	3	4
Dificultades económicas	4	3
Enfermedad mental	3	3
Enfermedades crónicas	3	3
Abuso sexual	3	3
Maltrato infantil	3	3
Incapacidad de resolver problemas	3	3
Falta de creencias religiosas	1	2
Deseo de manipular	2	3

TABLA 3
FRECUENCIA DE EMOCIONES NEGATIVAS HACIA PACIENTES CON CONDUCTAS
SUICIDAS. PERSONAL DE SALUD SSB, 2000

Tipo de emoción	Nunca la experimenta (%)	A veces la experimenta (%)	Frecuentemente la experimenta (%)
Rabia o ira	65.1	29.8	5.1
Tristeza	20.8	56.7	22.5
Culpa	70.2	24.7	5.1
Frustración	37	49	14
Admiración	74.5	19.7	5.8
Miedo	39.4	47.9	12.7
Rechazo	74.7	21.7	3.6
Ansiedad	55.2	38.7	6.1
Enojo	54	33.7	12.3
Reto	71.7	18.2	10.1

TABLA 4
IMPORTANCIA DE FACTORES PARA EVALUAR RIESGO DE SUICIDIO
PERSONAL DE SALUD SSB, 2000

Factores para evaluación de riesgo	Mediana*
Falta apoyo familiar	Muy importante
Intentos de suicidio previos	Muy importante
Presencia de enfermedad mental	Importante
Dependencia al alcohol u otras sustancias	Importante
Acceso a métodos letales para suicidarse	Importante
Ausencia de planes para el futuro	Importante
Planeación cuidadosa del intento actual	Importante
Edad del paciente	Importante
Sexo del paciente	Poco importante

*Modalidades ordinales: Ninguna importancia - Poco importante - Muy importante.

TABLA 5
UTILIZACIÓN DE ESTRATEGIAS DE MANEJO EN PACIENTES CON SUICIDIO
PERSONAL DE SALUD SSB, 2000

Estrategias de manejo	Mediana*
Tratar de demostrarle que está equivocado	3
Regañarlo para que no lo vuelva a hacer	1
Evitar tocar el tema para que no piense en suicidio	1
Preguntarle sobre las razones que tuvo para hacerlo	4
Explorar la presencia de planes suicidas	3

*Modalidades ordinales: Nunca lo utiliza - Lo utiliza poco - Lo utiliza frecuentemente - Siempre lo utiliza.