



Impacto del Suicidio de un Paciente en Psiquiatras Latinoamericanos

Dr. Juan Carlos Martínez Aguayo
Profesor de Psiquiatría Infanto – Juvenil
Universidad de Valparaíso – Chile
Past . President World Suicidology Net
Ex – Director SONEPSYN

MATERIAL PARA LA WEB DE AILANCYP

Agradecimientos al Dr. Enrique Camarena y a Edgard Belfort en la Confeción de este Estudio



DECLARO NO TENER CONFLICTOS DE INTERES

Suicidio de Un Paciente



Foley y cols (2007), Landers y cols (2010),
Hendin y cols (2000), Rothes y cols (2013),
Davidsen y cols (2011), Callender y cols (2009).

- 50% a 70% de los Psiquiatras y
- 40% a 50% de los Residentes en Psiquiatría.

- **Vivencia Crítica para los Clínicos:**
 - *Alto impacto emocional,*
 - *Compromiso “personal” y “profesional”.*
 - *Marca antes y después en las acciones terapéuticas.*
 - *Aspectos legales.*

- **Relación Significativa según Años de Profesión.**
 - ✓ *(media 7,57 pacientes; + 16 años de profesión).*

Introducción



- Variables que Delinean el Impacto en el Psiquiatra.
- *1.-La relación entre el paciente y el profesional.*
- *2.-Estructura psicológica.*
(rasgos obsesivos, tendencia a la introversión, ansiedad o depresión del psiquiatra).
- *3.-Etapa de su carrera.*
- *4.-Red de apoyo, trabajo en equipo.*
- *5.-Reacción de terceros.*

IMPACTO DEL SUICIDIO DE UN PACIENTE

A Nivel Personal

- Relación con experiencia de pérdida (duelo).
- Negación, incredulidad, sentimiento de shock, tristeza, ira contra uno, contra el difunto o su familia.
- Angustia y miedo a la reacción de la familia y los aspectos legales.
- Retraimiento y aislamiento.
- Incapacidad concentrarse, reflexiones intrusivas, necesidad de hablar.

A Nivel Profesional

- Culpa y auto - cuestionamiento persistente “¿Pasé algo por alto?”.
- Anterior, exacerbado por ira e inculpación de 3eros (p.ej., familiares).
- Trabajo en equipo: podría impactar
 - Positivamente
Compartir responsabilidades o experiencias
 - Negativamente
Exposición a la crítica, censura por los pares.
- Defensas narcisistas: negación de sentimientos de culpa o fracaso, indiferencia, culpa a otros.



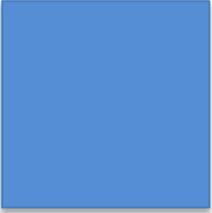
Objetivos

- Identificar el *impacto* emocional o personal del suicidio de un paciente en una muestra de psiquiatras LATAM.
- Reconocer conductas que, a raíz del suicidio, cambiaron o cambiarían en relación a su trabajo.



Material y Métodos

- **Encuesta auto-aplicada**
- Autodiseño – corroboración de claridad de contenido mediante aplicación previa.
- Anónima, intereses exclusivamente académicos, sin participación de la industria.
- Base de datos de 2018 correos electrónicos (Psiquiatras LATAM habla hispana y portuguesa).
- Enviado en diciembre de 2012 y enero de 2013.
- Re-envió en enero y mayo de 2015 (por incluirse posteriormente Brasil en lengua portuguesa).
- Se solicita que si ya habían respondido omitieran encuesta.
- *Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Republica Dominicana, Uruguay, Venezuela.*



Análisis Estadístico

- Software computacional Stata 11.1 (Statacorp, USA).
- Estadística descriptiva para expresar las frecuencias de las respuestas.
- Análisis inferencial, prueba exacta de Fisher (variables cualitativas).



Resultados

701 / 2018 Encuestas Respondidas (34,7%)

México

24,4%

171 Psiquiatras

Chile

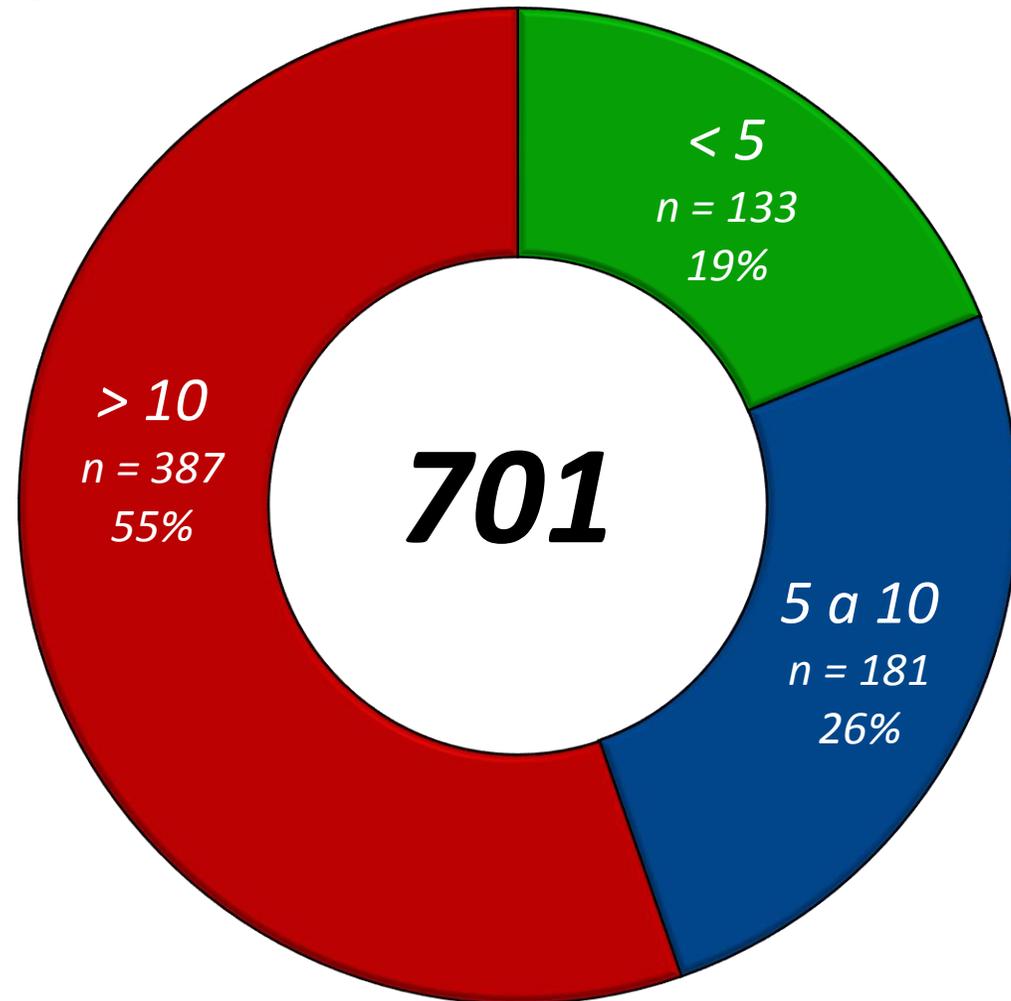
22,8%

160 Psiquiatras

País	%	N
Argentina	8,4	59
Bolivia	2,85	20
Brasil	3,3	23
Chile	22,8	160
Colombia	9,3	65
Costa Rica	0,7	5
Cuba	0,4	3
Ecuador	2	14
El Salvador	0,9	6
Guatemala	2,3	16
Honduras	1,4	10
México	24,4	171
Nicaragua	0,9	6
Panamá	0,1	1
Paraguay	2	14
Perú	8,4	59
Puerto Rico	2,85	20
República Dominicana	2,3	16
Uruguay	2,6	18
Venezuela	2,1	15
	100	701

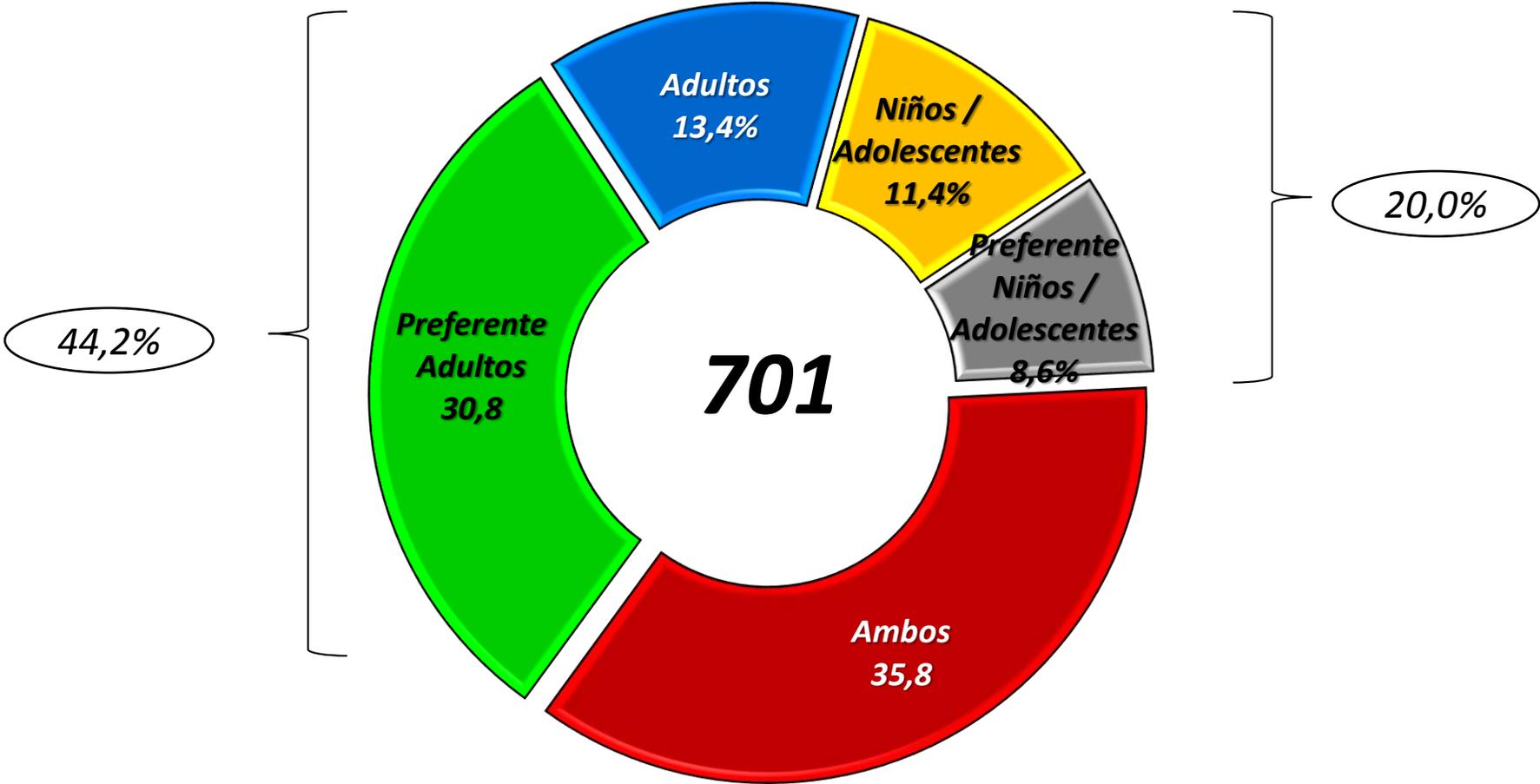
Años de Ejercicio Profesional

Total Respondedores



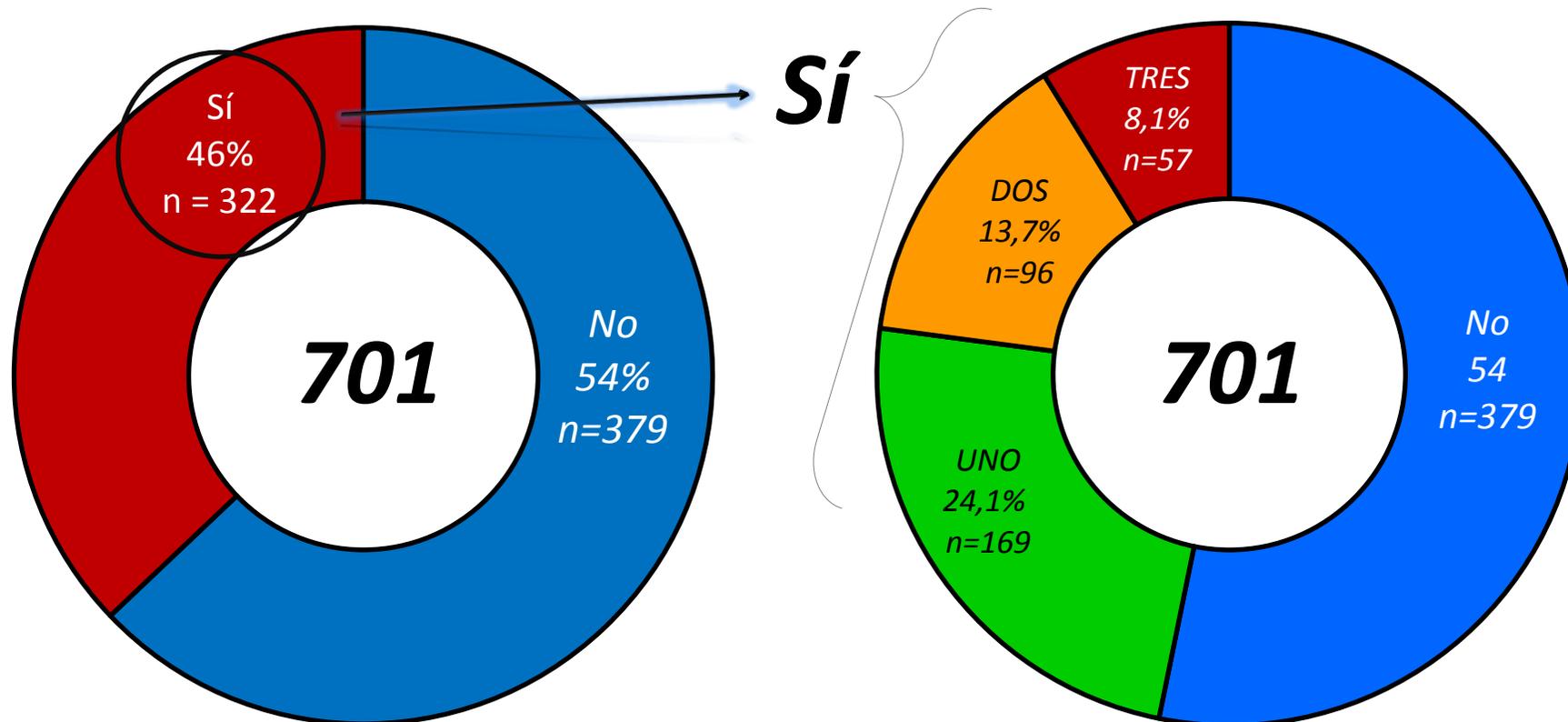
RESULTADOS

Psiquiatras y Tipo de Pacientes Atendidos (n = 701)

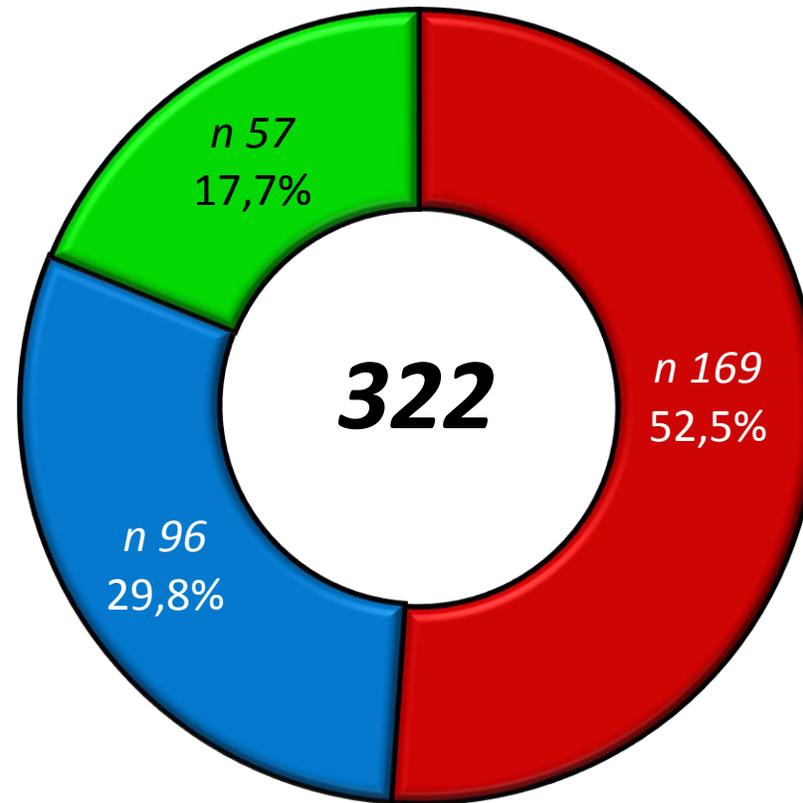


Resultados

¿En su Vida Profesional, algún Paciente ha cometido Suicidio?



Si consideramos sólo los Psiquiatras con Antecedentes de Pacientes Suicidados



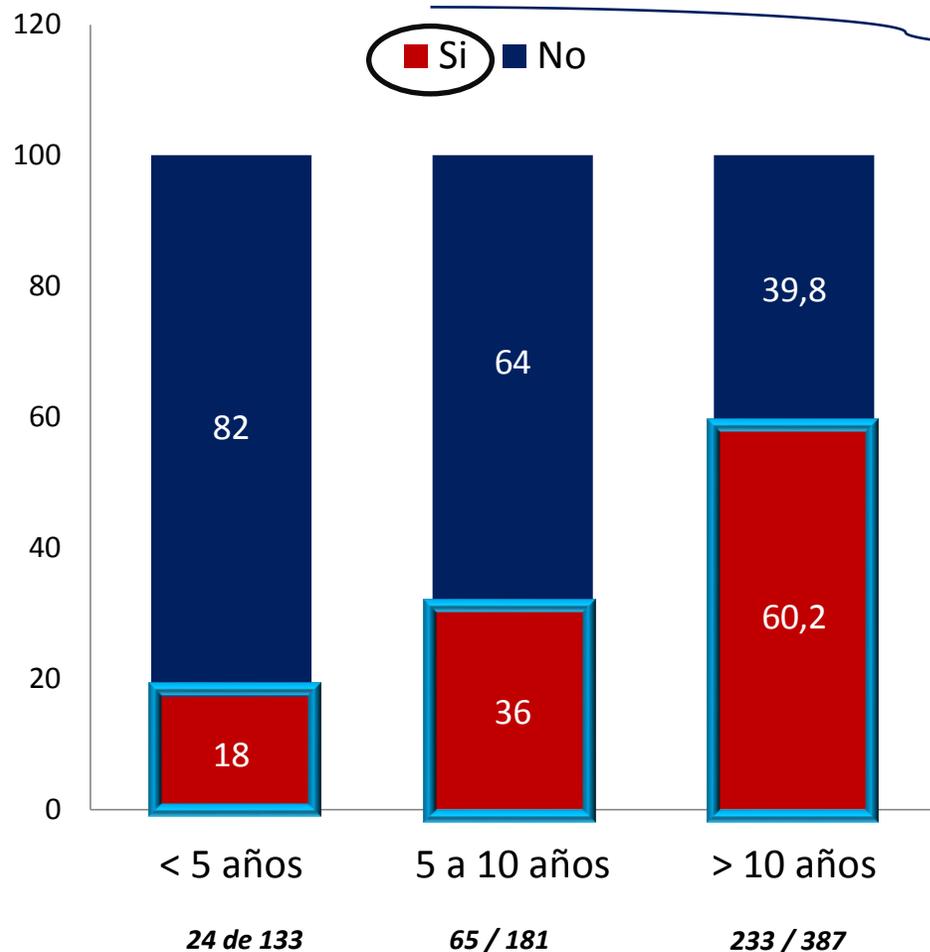
$P < 0,001$

■ Uno ■ Dos ■ Tres o más

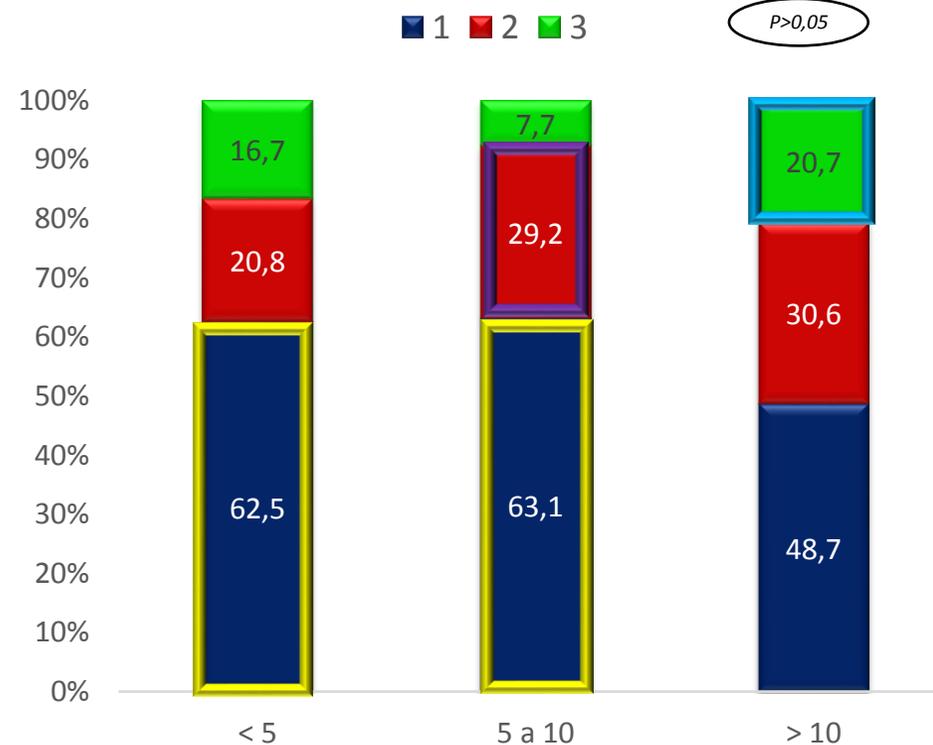
Resultados

Experiencia de Suicidio según Años de Profesión

$P < 0,001$



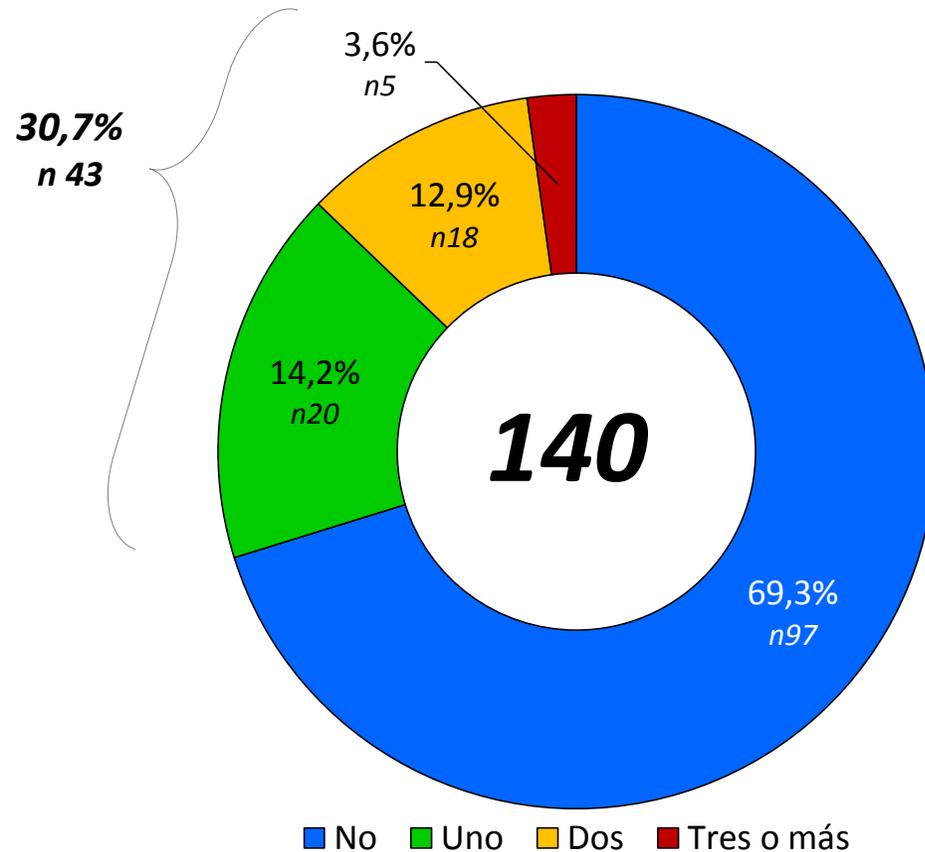
Distribución Porcentual según N° de Suicidios y Años de Profesión



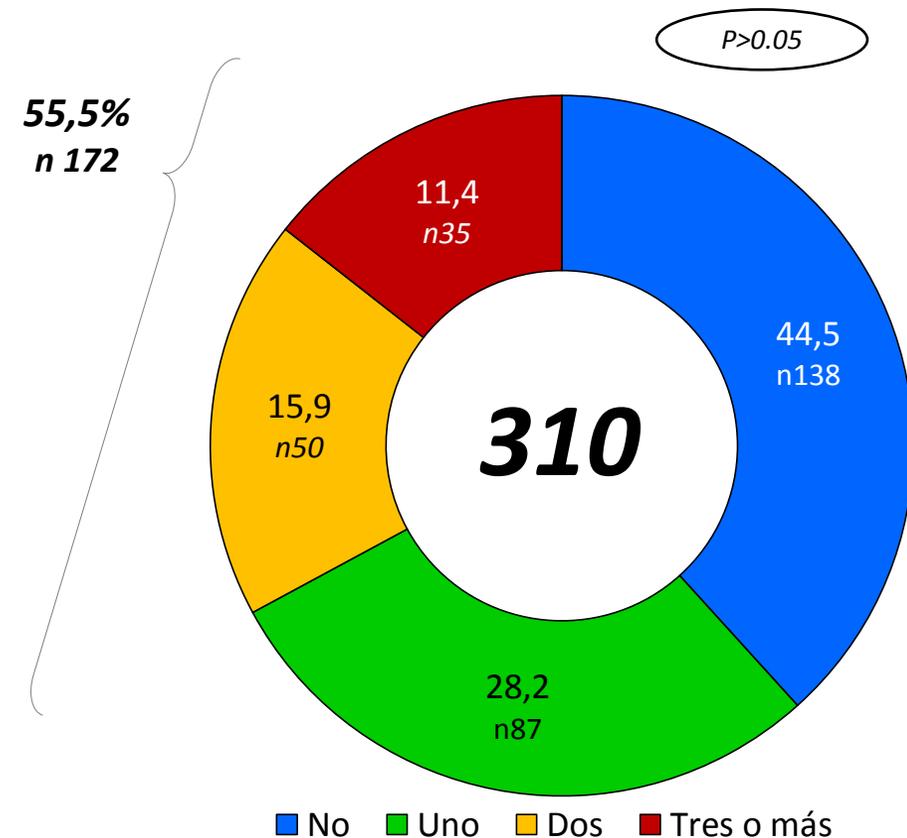
Resultados

Suicidios según Sub - Especialidades

Niños / Adolescentes y Preferente



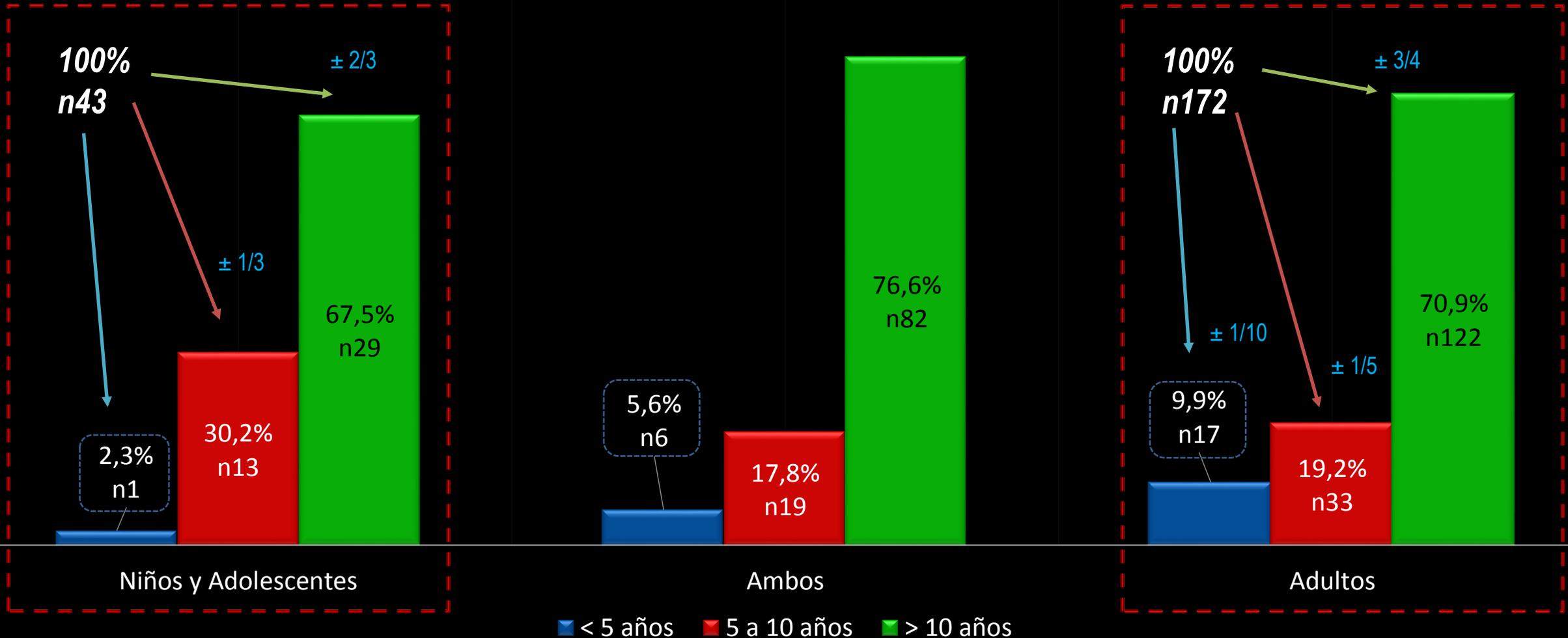
Adultos / Preferente Adultos



* Se excluyen 247 psiquiatras que atienden tanto a niños, adolescentes y adultos por igual.

Prevalencia Suicidio

Tipo de Pacientes y Años de Profesión



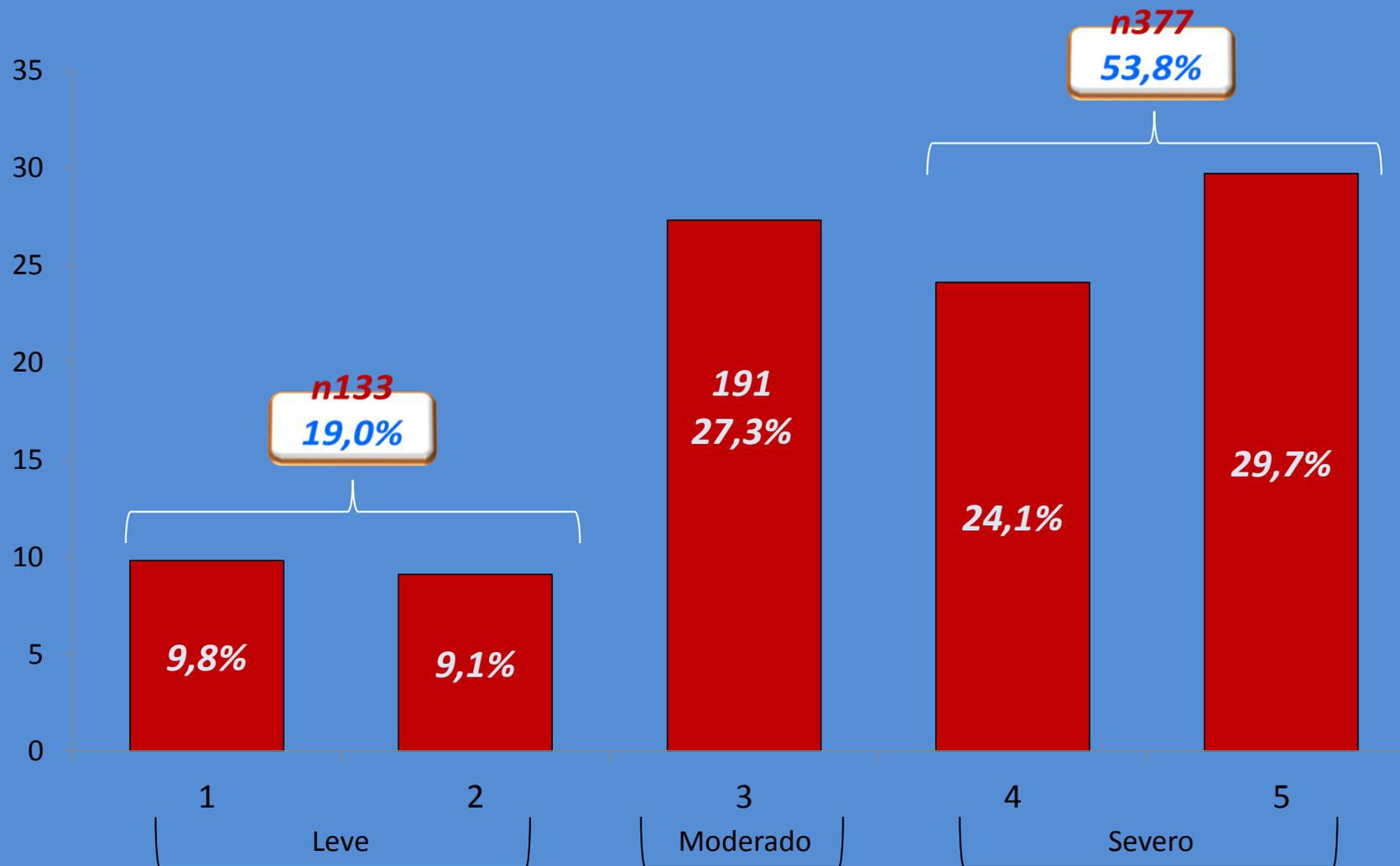
701

Encuestados

Compromiso Emocional

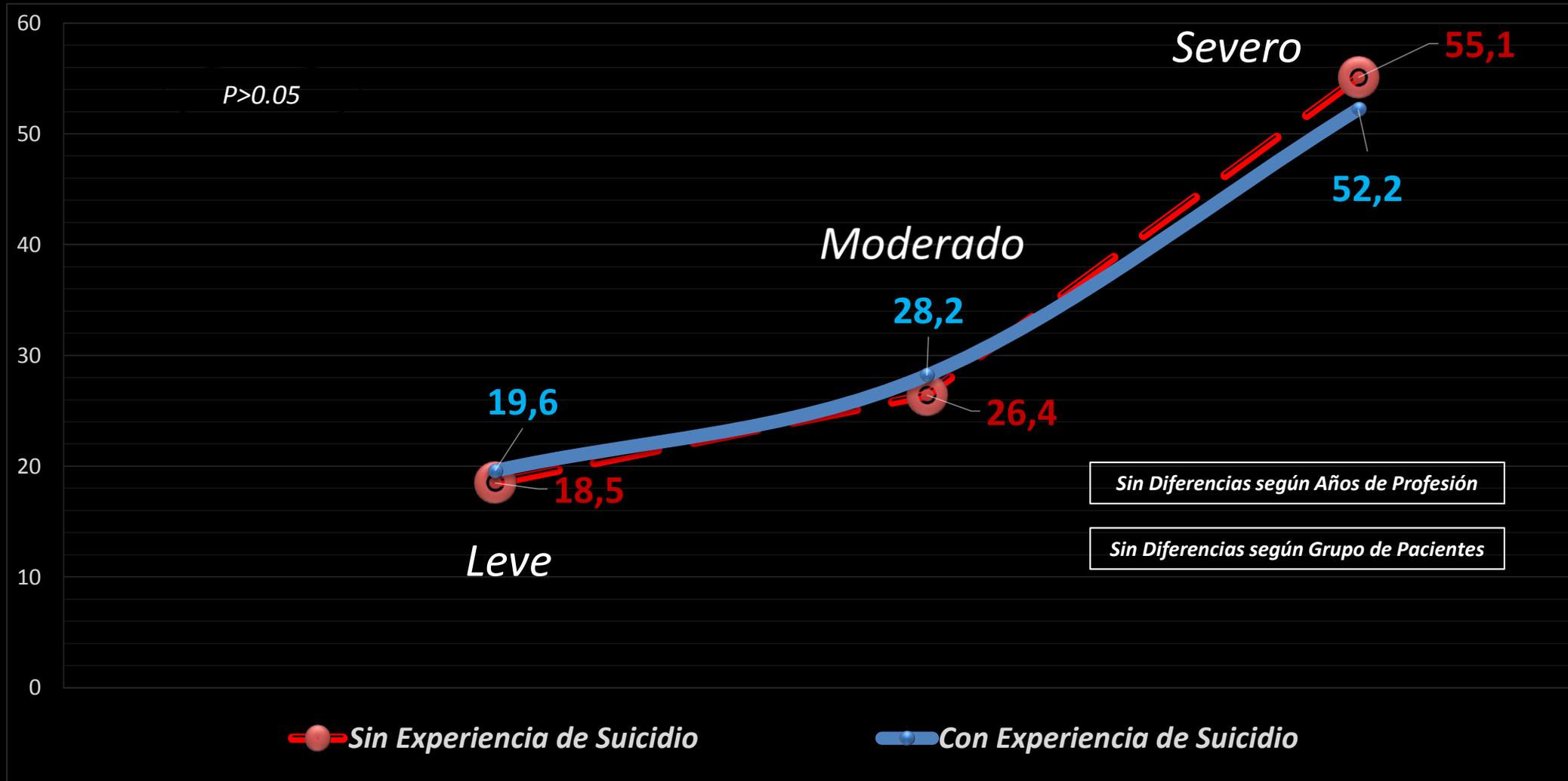
ESCALA LIKERT 1 a 5

¿Le Afectó o Afectaría el Suicidio de un Paciente?



NIVEL DE COMPROMISO EMOCIONAL

Según Experiencia (+) o (-) de Suicidio : ¿ Cómo le Afectó o Cómo le Afectaría?

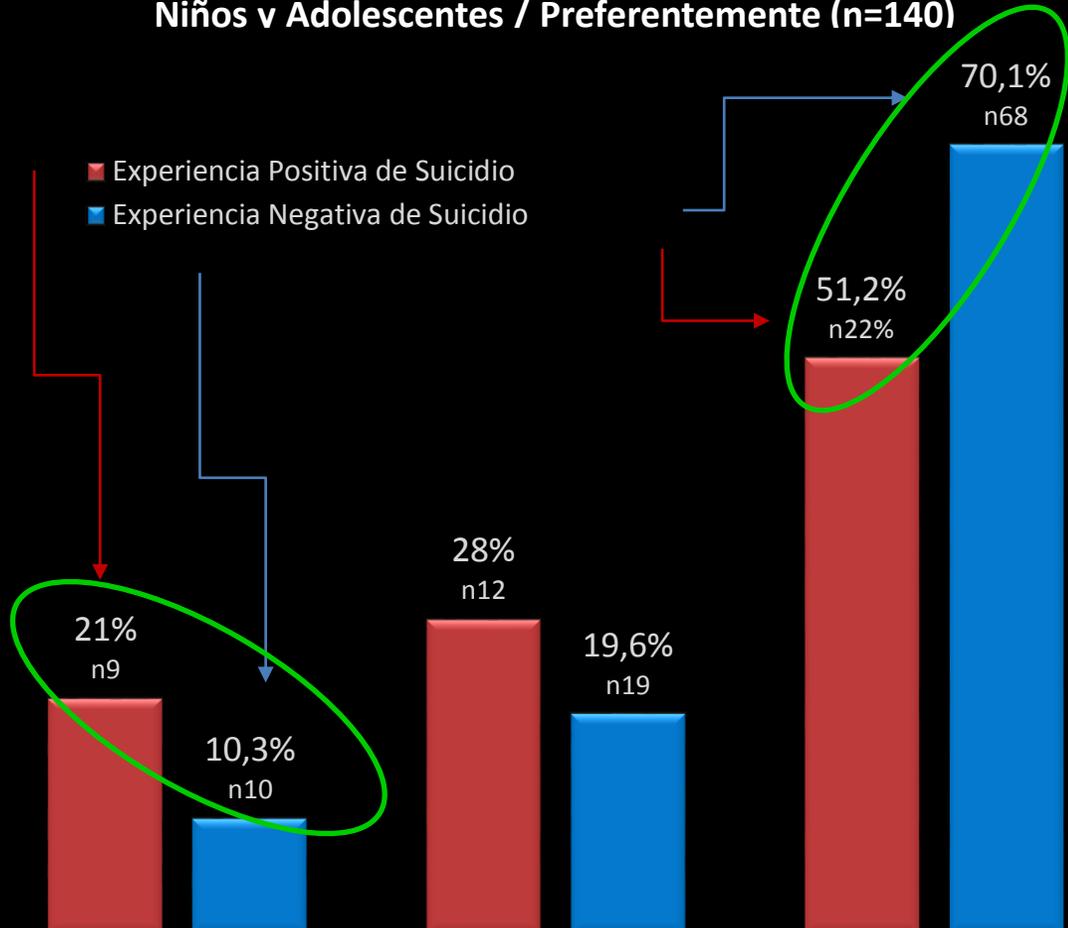


NIVEL DE COMPROMISO EMOCIONAL

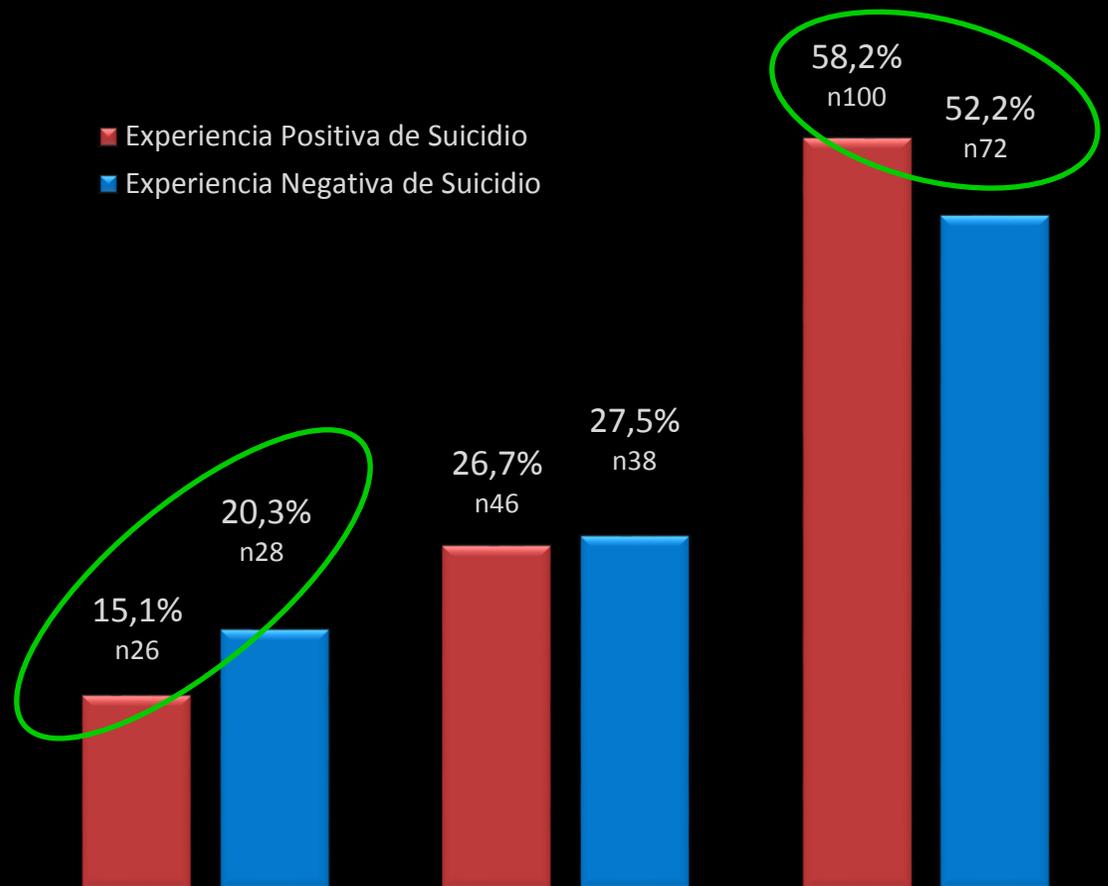
Según Experiencia de Suicidio y Tipo de Pacientes

* Se excluyen 251 psiquiatras que atienden tanto a niños, adolescentes y adultos por igual.

Niños v Adolescentes / Preferentemente (n=140)



Adultos / Preferentemente (n=310)

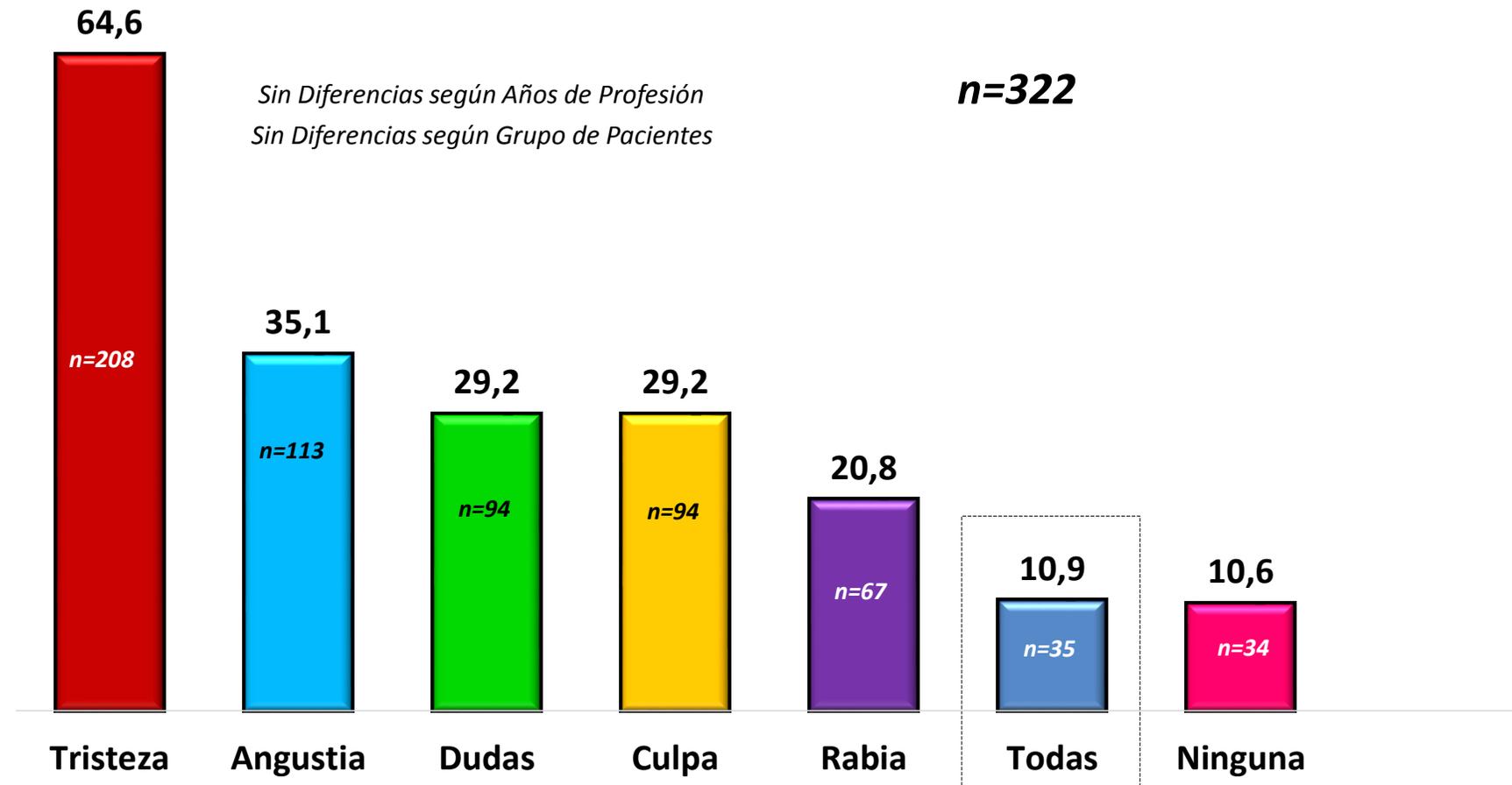


P>0.05

* Se excluyen 247 psiquiatras que atienden tanto a niños, adolescentes y adultos por igual.

COMPROMISO EMOCIONAL

Síntomas Reportados por los Psiquiatras ante el Suicidio (%)



•La suma es mayor a 100% al poder elegir más de una alternativa (emoción).

•Todas : Considera quienes presentaron "tristeza, angustia, culpa, dudas de su competencia profesional y rabia".

•Ninguna : No reportaron ninguna de las señaladas (alivio, incredulidad, incapacidad concentrarse, reflexiones intrusivas, problemas de sueño, miedo, nada).

DESARROLLO DE UN DESORDEN DEL EJE I TRAS EL SUICIDIO DE UN PACIENTE

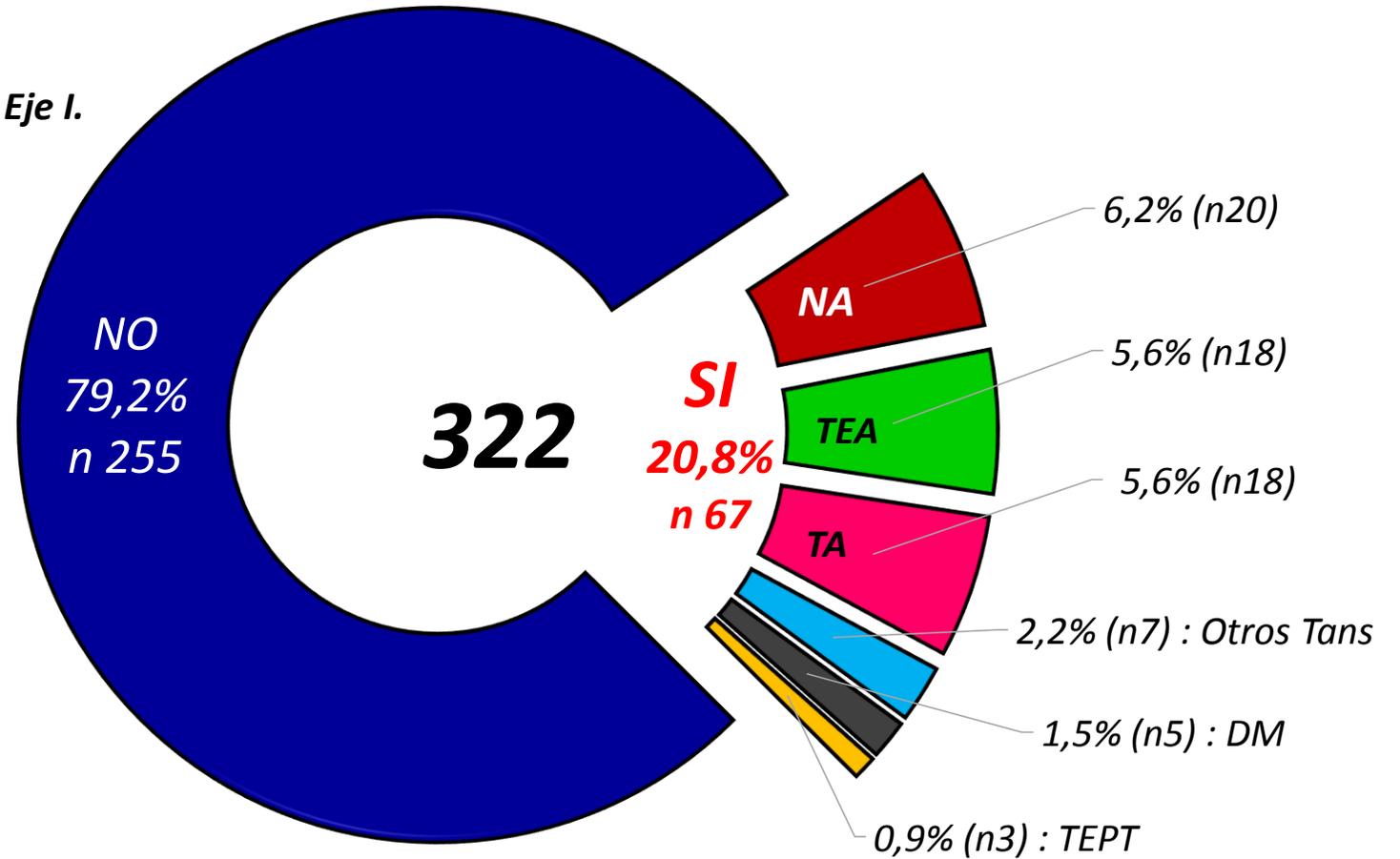
• 67/322 psiquiatras suicidio + desarrolló Eje I.

- NA : Ninguno de los anteriores
- TA : Trastorno Adaptativo
- Otros Tans : Otros Trastornos Ansiosos
- TEA : Estrés Agudo
- TEPT : Estrés Post – Traumático
- DM : Depresión Mayor.

Sin Diferencias según Años de Profesión

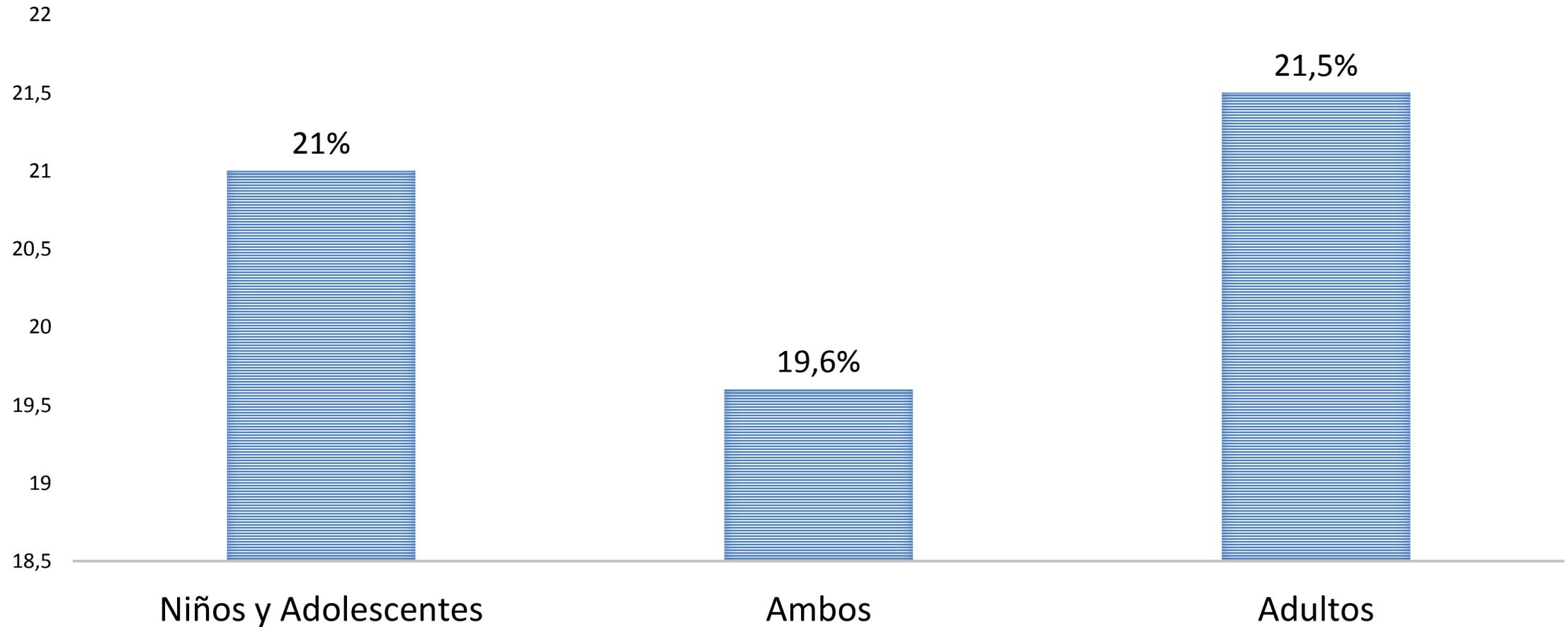
Sin Diferencias según Número de Suicidios

Sin Diferencias según Tipo de Pacientes



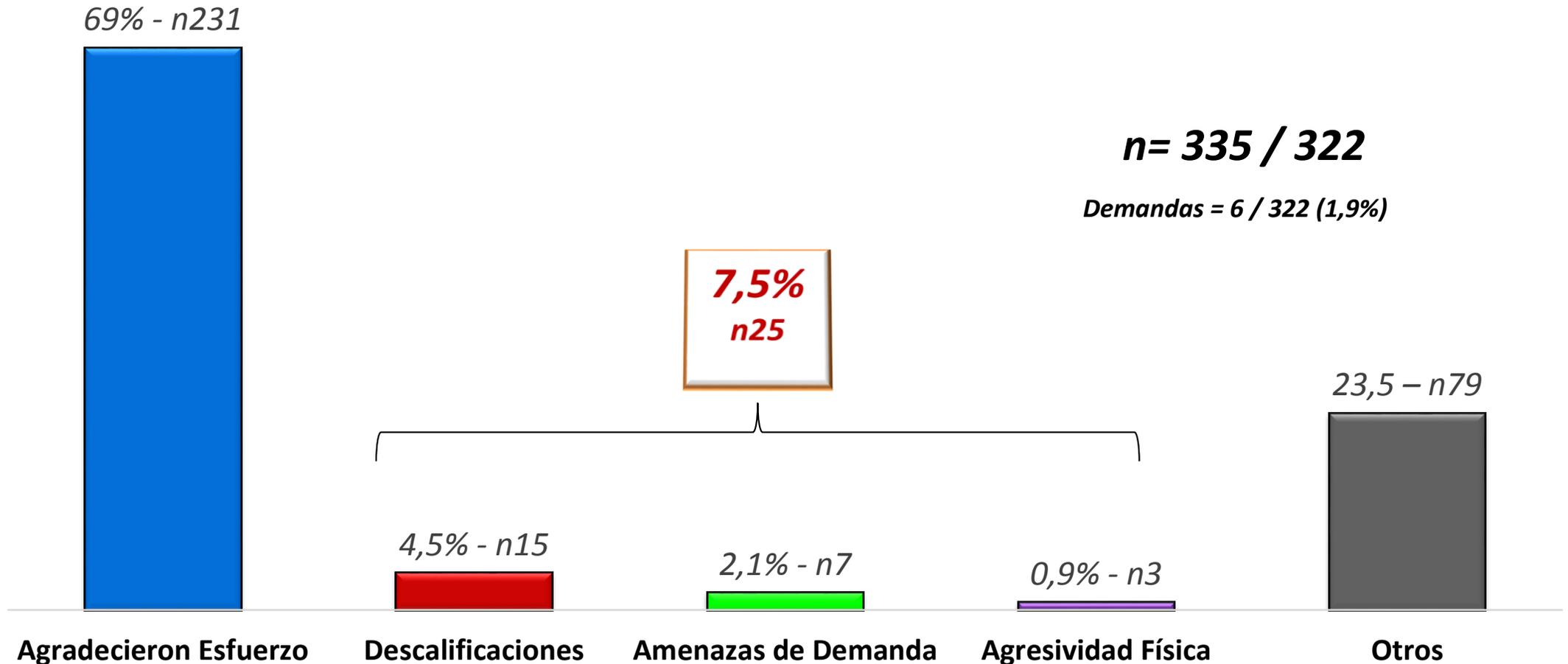
GRUPO DE ATENCIÓN DEL TRATANTE Y DESARROLLO DE EJE I POR SUICIDIO (%)

Sin Diferencia Significativa



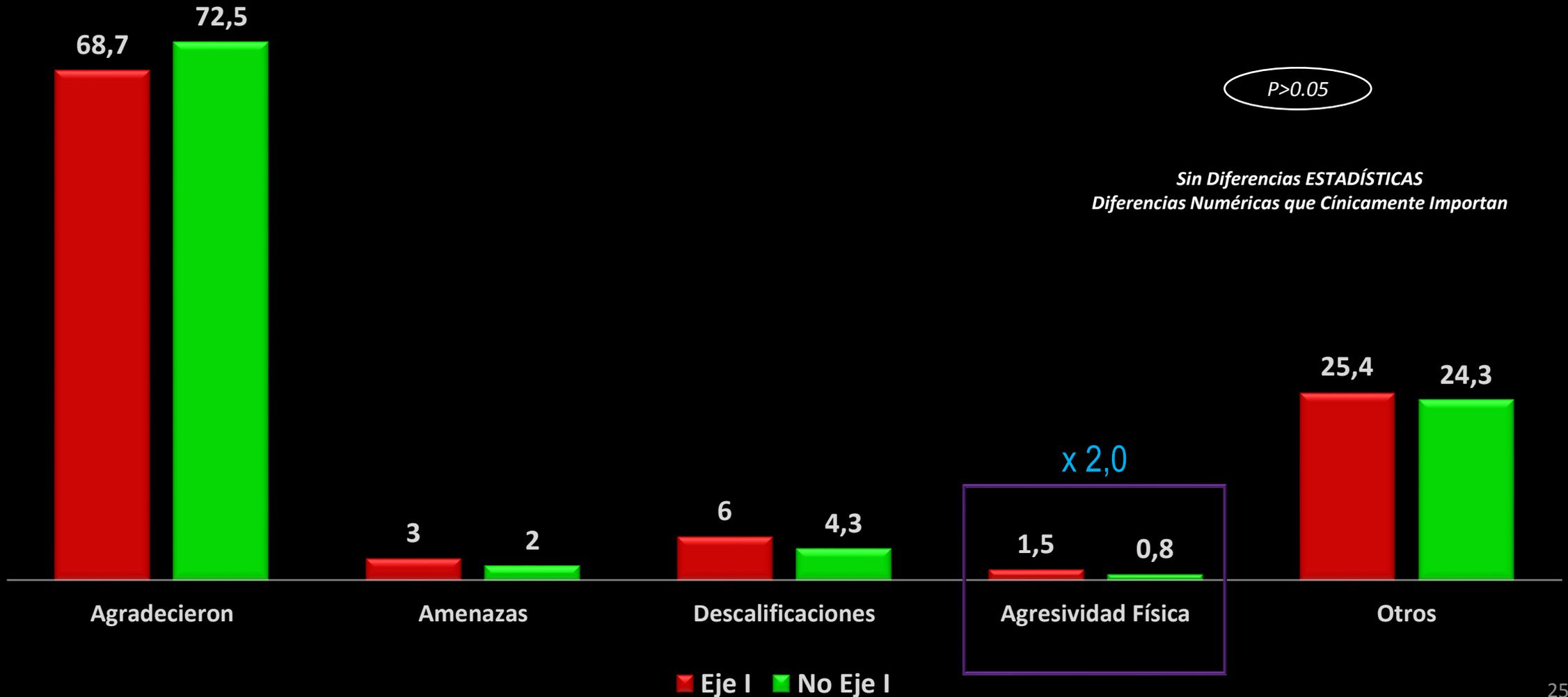
RESULTADOS

Reacción de Familiares tras el Suicidio del Paciente (% y n)



TIPO DE RESPUESTAS POR PARTE DE FAMILIARES

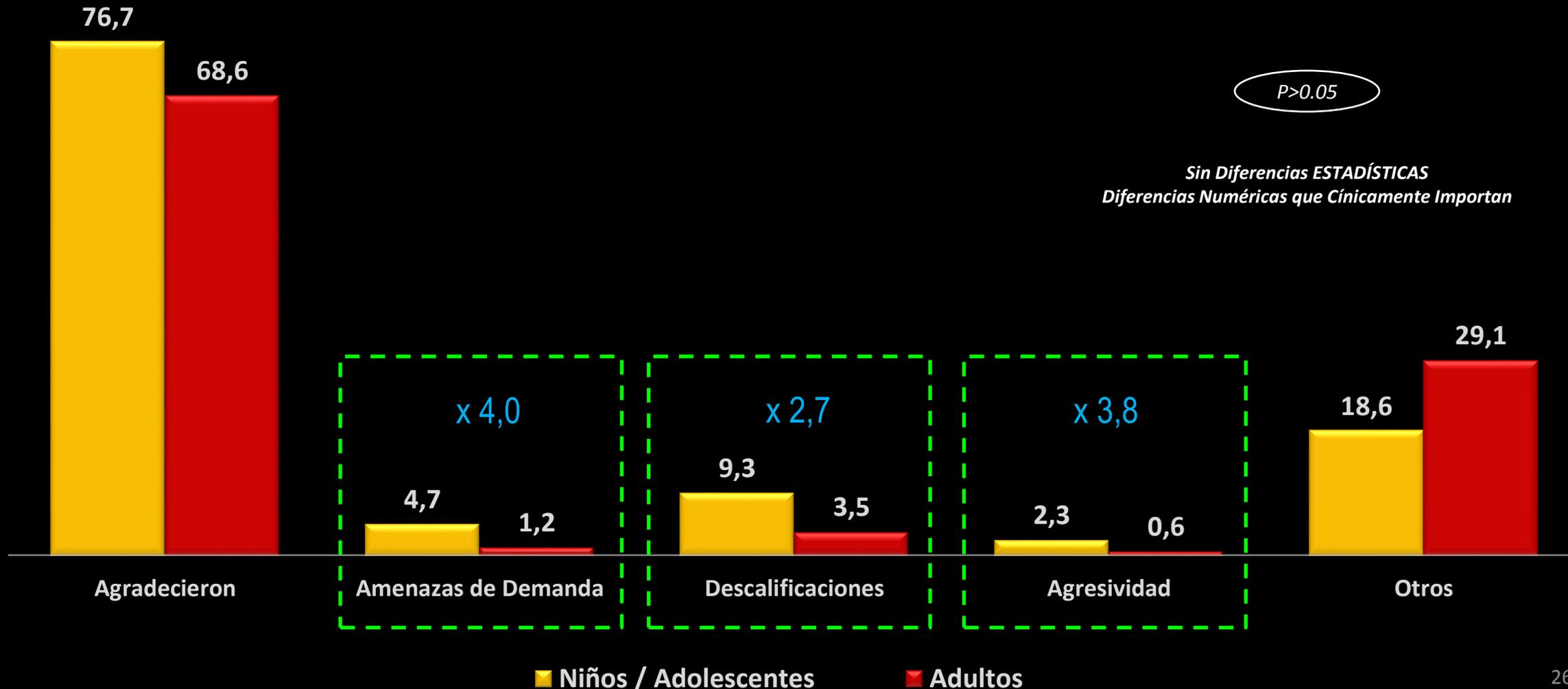
... y desarrollo de eje I (%)



TIPO DE RESPUESTAS POR PARTE DE FAMILIARES

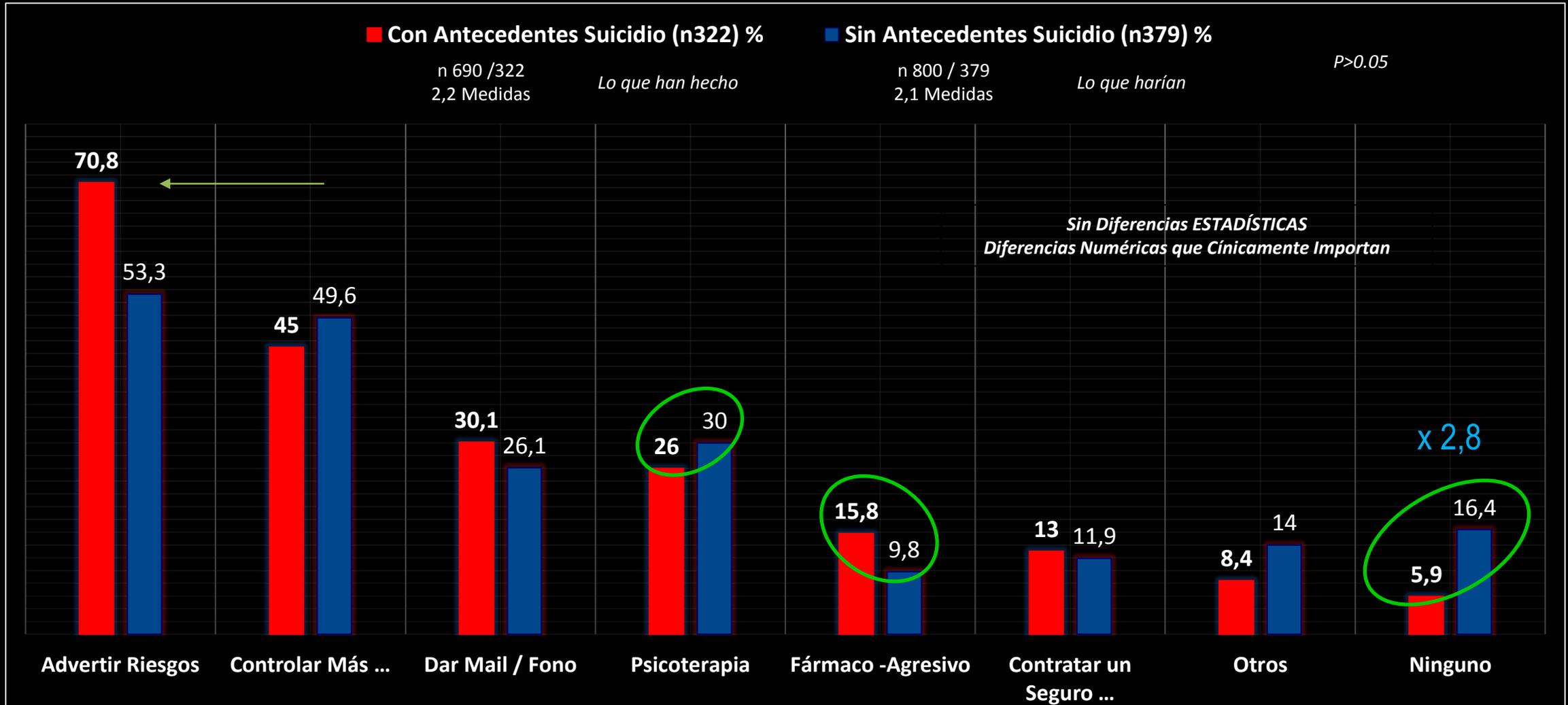
... según grupo de víctimas del suicidio (%)

* Se excluyen 247 psiquiatras que atienden tanto a niños, adolescentes y adultos por igual.



Cambios en la Conducta y Manejo

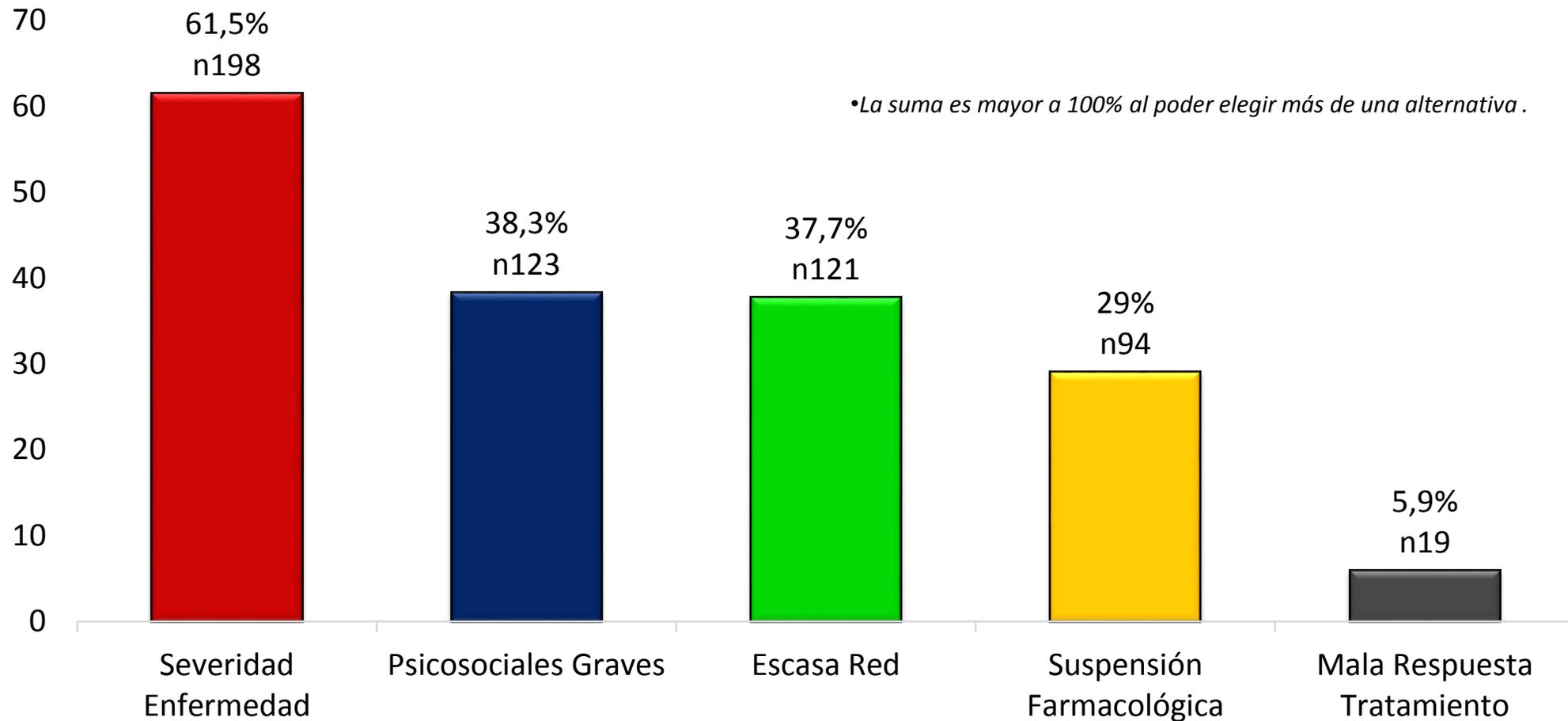
Desde su experiencia, ¿Tomó algunas medidas o qué medidas tomaría de precaución?.



- La suma es mayor a 100% al poder elegir más de una alternativa (cambios de conducta que ha hecho o haría).
- Ninguna : No modificaron o no modificarían su conducta tras el suicidio de un paciente.

Resultados

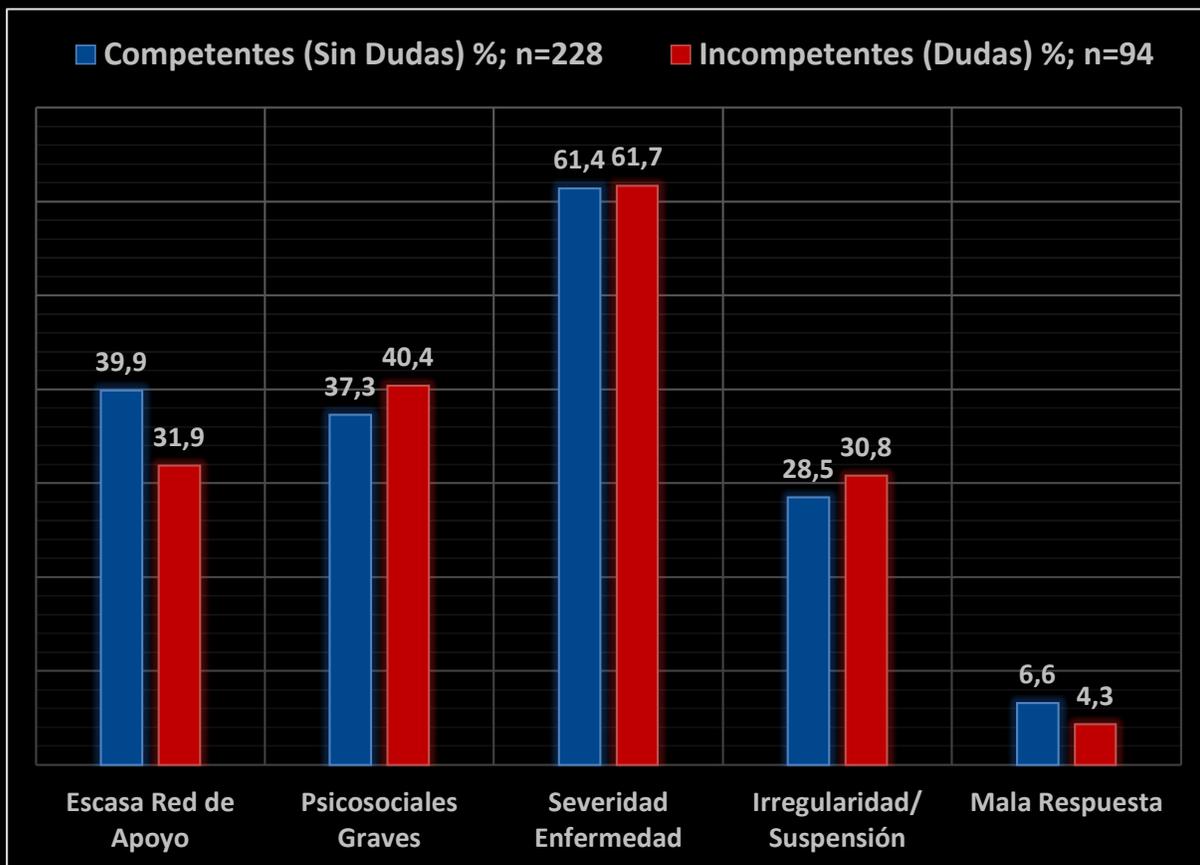
¿Cuáles cree que fueron las Causas Principales del Suicidio?



Resultados

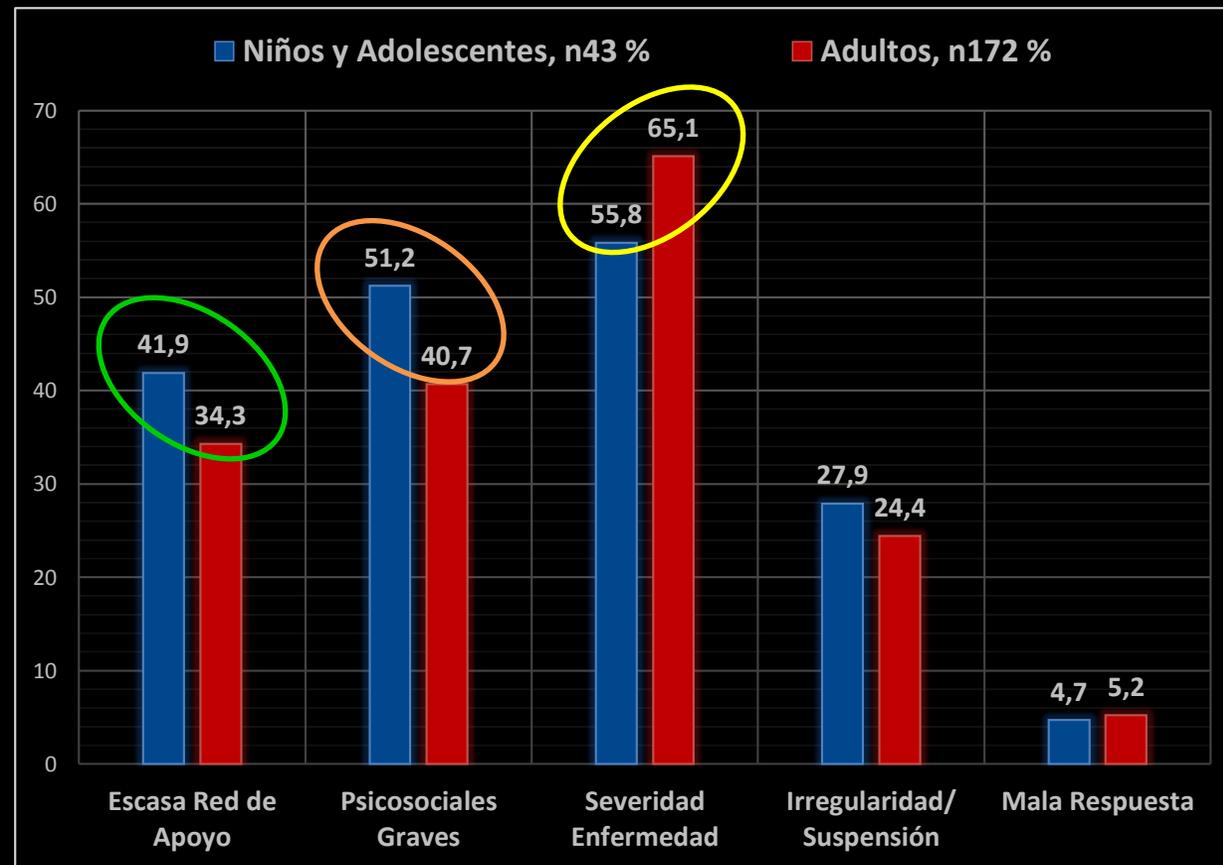
¿Cuáles cree que fueron las Causas Principales del Suicidio? (%)

Según Sensación de Competencia



Según Grupo de Pacientes Atendidos

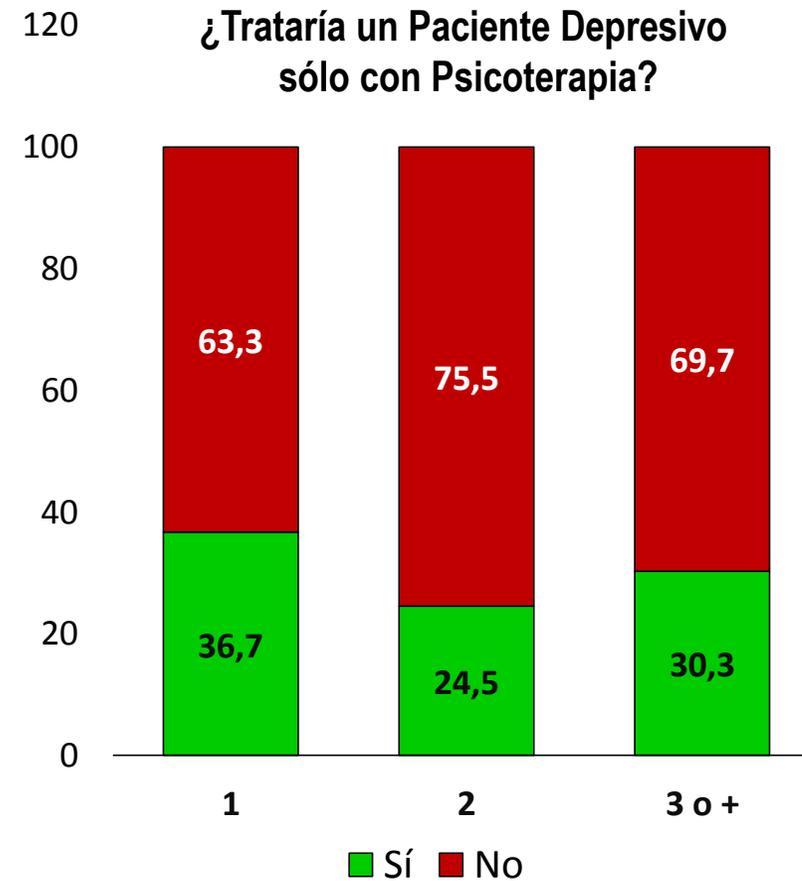
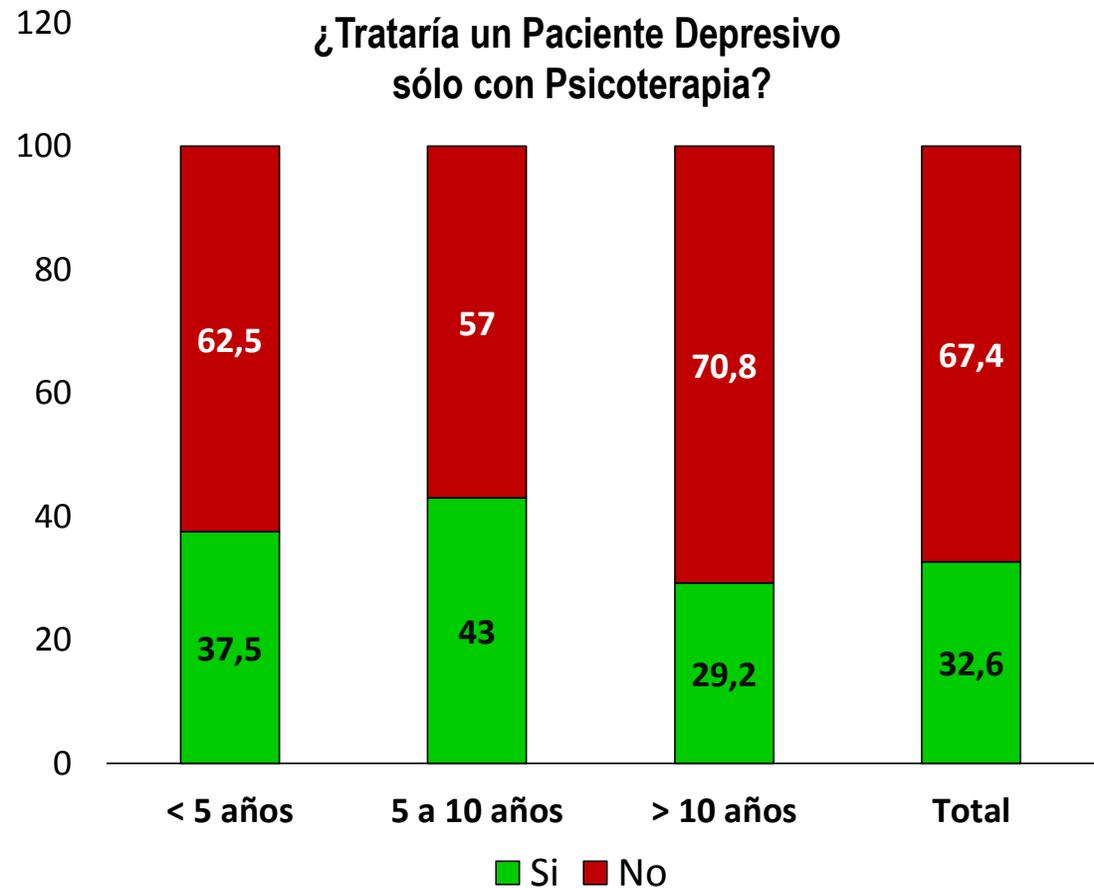
* Se excluyen 247 psiquiatras que atienden tanto a niños, adolescentes y adultos por igual.



RESULTADOS

Estrategias No Farmacológicas según Experiencia y Número de Suicidios (%)

$P > 0.05$

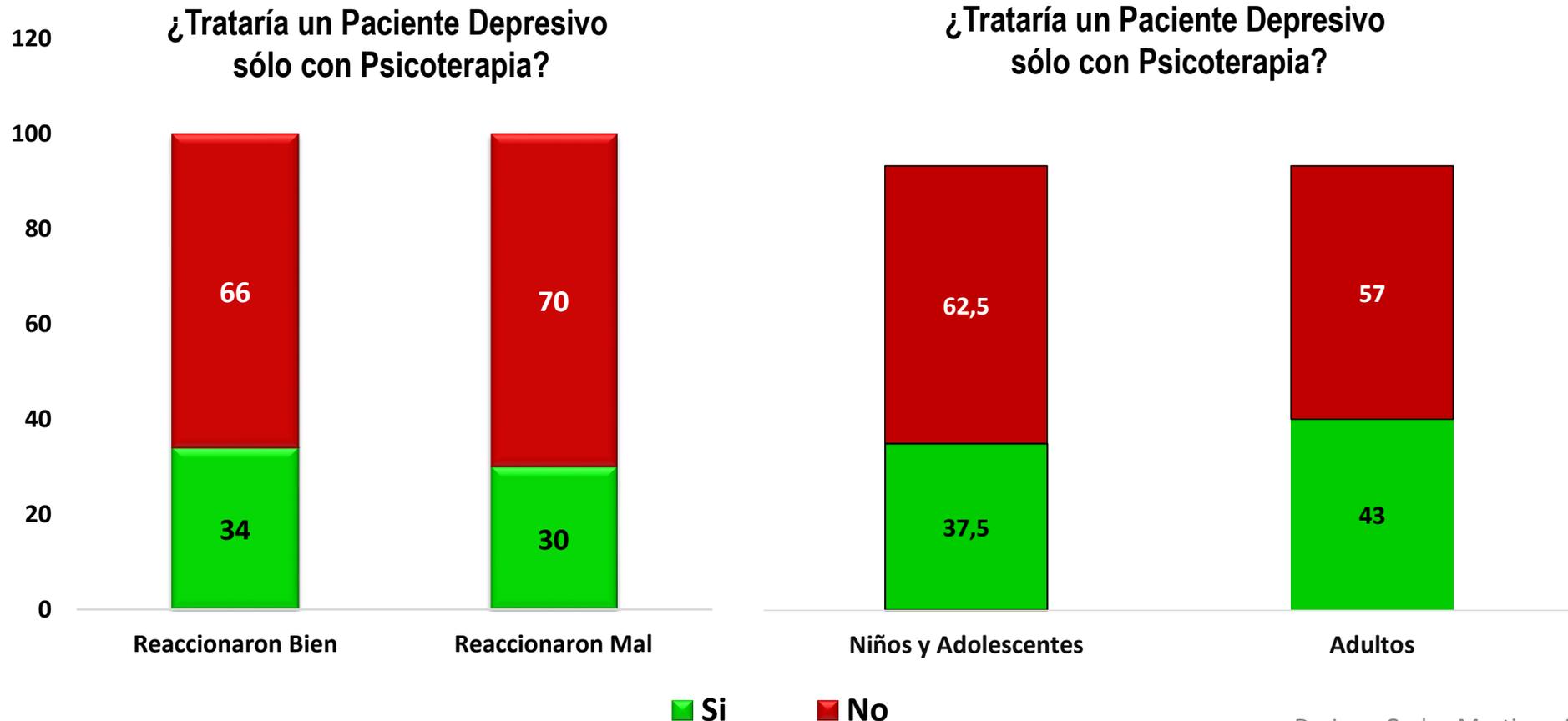


RESULTADOS

Estrategias No Farmacológicas según Experiencia y Número de Suicidios (%)

* Se excluyen 247 psiquiatras que atienden tanto a niños, adolescentes y adultos por igual.

P>0.05



Discusiones

- Entre 2018 *e-mails*, respondió $\pm 34,7\%$ (n=701).
- 46% de Psiquiatras, Experiencia (+) de Suicidio ($\pm 17,7\%$: 3 o más).
- Directa Relación entre “Años de Profesión” y la “Experiencia del Suicidio”:
 - *Menos de 5 años: $\pm 20\%$ suicidio (+);*
 - *Entre 5 a 10 años: $\pm 40\%$ suicidio (+);*
 - *Más de 10 años: $\pm 60\%$ suicidio (+).*
- Psiquiatras “Adultos” vs “Infanto – Juveniles”:
 - *Suicidio de un Paciente 55,5% vs 30,7%, respectivamente.*
 - *3 o + suicidios en 11,4% y 3,6%, respectivamente.*

Discusiones

- No diferencias entre el Impacto Emocional (leve, moderado, severo) “Real” (opinión cómo les afectó) vs el “Imaginado o Proyectado” (opinión cómo les afectaría). A más del 50% le afectaría o le afectó “severamente”.
- Sin diferencia significativa según años de profesión y grupo de pacientes atendidos.
- Si bien no hubo diferencia estadística, si hubo diferencia porcentual importante.

- **Psiquiatras (niños y adolescentes):**

Importante brecha entre impacto “imaginado” y “real”:

± 10% “imaginó compromiso leve” y ± 20% “manifestó un compromiso de esa magnitud”.

± 70% “imaginó compromiso severo” y ± 50% “expresó haber sentido un compromiso emocional importante”

- **Psiquiatras (adultos):**

Brecha fue menor entre impacto “imaginado” y “real”:

- *¿Por un bajo “n” (43) en quienes atendían niños y adolescentes?;*
- *¿Por un solo caso de suicidio en quienes tenían < 5 años de profesión?.*
1 tenía menos de 5 años; 13 entre 5 y 10 años; 29 más de 10 años.

Discusiones

- Emociones prevalentes: \pm 2/3 tristeza y \pm 1/3 angustia, culpa, dudas competencia.
- Rabia (20%); no especificamos: ¿contra uno mismos, el difunto, su familia u otros?.
- 10,6% no desarrolló ninguna emoción referidas.
 - ¿No presentaron ninguna?;
 - ¿Presentaron otras?
Incredulidad, disociación, pérdida de control, temor, reflexiones intrusivas, imperiosa necesidad de hablar.
 - **No es posible concluir con los antecedentes disponibles.**
- **1/5 (20,8%) Eje I (+)**
DM (1,5%); TEPT (1%); TEA (5,6%); Adaptativos (5,6%); Otros Trastornos Ansiosos (2,2%); Otros (6,2%).
Sin diferencias estadísticamente significativas: años de profesión, tipo de pacientes, número de suicidios.

Discusiones

- Pese a no haber diferencias estadísticas quienes desarrollaron Eje I:
 - *Tuvieron menos respuestas positivas por parte de familiares.*
 - *Más descalificaciones, amenazas de demanda y agresión física.*
 - *Y quienes atendían niños y adolescentes: \pm 3 a 4 veces más amenazas y agresividad física.*
- Sin EJE I en < 5 años que atendían niños y adolescentes (sólo atención adultos)?
 - *¿N bajo de psiquiatras respondedores? (n=26, sin valor estadístico; 1 sólo con antecedentes de suicidio en pacientes).*
 - *¿Suicidio incorporado a la formación de especialistas? (mayor tranquilidad),*
 - *¿Orientación fármaco - céntrica y menos psicoterapéutica? (menor vinculación),*
 - *¿Recién egresados destinados a trabajo hospitalario ? (apoyo de la red, responsabilidad compartida),*
 - *¿Trabajo hospitalario menos personalizado? (controles más distanciados, poco tiempo de atención),*
 - *¿Pocos pacientes con vínculos de larga data? (por tener poco tiempo de profesión),*
 - *¿Sensación de alivio al no continuar luchando contra amenazas de suicidio? (menor manejo).*

Discusiones

- “Causas de Suicidio” en que el Médico podría “Centrar en Sí la Culpa” están:
 - **Mala Respuesta a Tratamiento Farmacológico.**
DUDAS
¿Hice realmente lo correcto?, ... Si no respondió, ¿Por qué no utilicé otros medicamentos?.
 - 19/322 (5,9%) atribuyeron el suicidio a dicha causa.
 - “Todos” asignaron Componentes Adicionales de Tipo Psicosocial o Externos como Responsables.
 - Sólo 1/19 desarrollo EJE I.
 - **Severidad de la Enfermedad.**
DUDAS
¿Me habré equivocado en diagnóstico?, ¿Por qué no advertí, por qué no hice mayor seguimiento?.
¿Por qué no fui más agresivo en el tratamiento?, ¿Por qué no mandé a psicoterapia?.
 - 61,5% de las respuestas, 198/322.
 - 37,4% (74/198) “Severidad” sin otro Asociado.
 - 58,2% (39/67) con EJE I consideran entre sus respuestas la “Severidad”.
 - 13,4% (9 /67) con EJE I atribuyeron el Suicidio sólo a la “Severidad”.

Discusiones

- Mayoría de Psiquiatras cambió su Accionar Terapéutico.
 - *Cerca de 3/4 comenzó a advertir en forma más directa a familiares.*
 - *Alrededor de 1/2 controlaba los pacientes en riesgo con mayor frecuencia.*
 - *1/3 comenzó a dar su e-mail o teléfono personal.*
 - *1/4 se apoyó más en la psicoterapia.*
 - *Entre 10 - 15% : “farmacoterapia más agresiva”; “contrató seguro anti – demandas”.*
- \pm 6% *“no tomó ninguna medida”* de manejo o de precaución.

Limitaciones

No se consignaron datos importantes como

- (1) *Pacientes suicidados, ¿Tratados en un equipo o en forma individual?*
- (2) *¿Durante cuánto tiempo fueron atendidos?*
- (3) *¿Con qué frecuencia o periodicidad?*
- (4) *Tipo de intervención: ¿Sólo farmacológica y/o psicoterapéutica?*
- (5) *Evaluado poco antes del suicidio.*
- (6) *Suicidio sorpresivo.*
- (7) *Impacto en equipo médico o en los medios de comunicación.*
- (8) *Personalidad previa, Introversión, Ansiedad estructural, Miedo ser demandado.*
- (9) *Reconocimiento de decisiones erróneas retrospectivamente.*
- (10) *No tener red de apoyo ni compartir la experiencia.*
- (11) *No haber recibido entrenamiento ni técnicas de afrontamiento.*
- (12) *¿Cuándo y cómo se enteraron?*

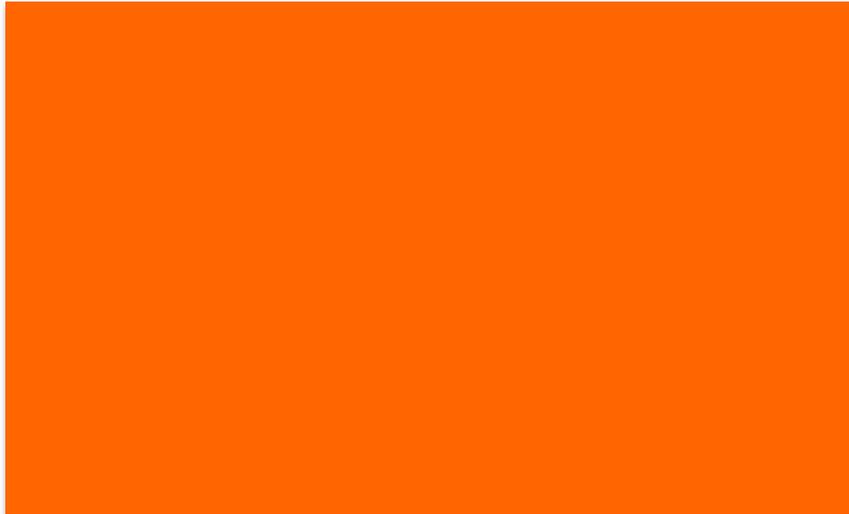
Conclusiones

- Poco menos de la mitad (46%) antecedentes de suicidio.
- Alrededor de uno de cada cinco (18%) reportó 3 o + suicidios.
- Correlación positiva entre años de profesión y experiencia del suicidio.
- El impacto sobre el psiquiatra sería:
 - Severo en 52%,
 - Moderado en 31% y
 - Leve en 17%

(sin mayor discordancia entre lo real e imaginado).
- La tristeza fue el síntoma más reportado.
- 20% desarrolló una patología del Eje I propiamente tal.
- 6% no modificaron conducta o manejo clínico tras el suicidio de un paciente.

Conclusiones

- Si bien es importante que el psiquiatra esté “disponible” para los demás, es prioritario el apoyo que pueda brindarse a si mismo.
- Deben contar con redes de apoyo, equipo de trabajo o bien un colega que idealmente haya vivido una experiencia similar con quién comparta y reflexione o resuelva dudas que puedan surgir.
- La baja disponibilidad o acceso a programas de salud mental post – suicidio y la falta de iniciativas educativas orientadas a enfrentar dicho tema, hacen que la muerte auto - infringida de un paciente sea un tema sensible y complejo; poniendo en riesgo nuestra propia salud mental.



**MUCHAS
GRACIAS**