

## ■ ARTÍCULO ORIGINAL

### Conocimientos y prácticas de médicos de urgencias de un Hospital Universitario sobre la atención de pacientes suicidas

#### Knowledge and practices of emergency physicians of a University Hospital regarding the care of suicidal patients

Jessica María Belén Alfonso Villalba<sup>1</sup> , María Agustina Callizo Bedoya<sup>1</sup> ,  
Gabriela Alexandra Chaparro Garay<sup>1</sup> , Stefanie Alejandra Chiola Sanabria<sup>1</sup> ,  
Patricia Dorrell Stewart<sup>1</sup> , Melina Lucía De La Hoz Valdez<sup>1</sup> ,  
Damaris Penner Sawatzky<sup>1</sup> , María Alexandra Vargas Diez Pérez<sup>1</sup> ,  
Oscar García<sup>2</sup> , Julio Torales<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay.

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra de Psiquiatría. San Lorenzo, Paraguay.

## RESUMEN

**Introducción:** la evaluación y el manejo del suicidio, en el contacto inicial con un profesional de la salud en el servicio de urgencias, es una importante intervención preventiva y curativa. Se ha demostrado que el servicio de urgencias tiene el potencial de identificar casos de suicidio en varios contextos y realizar intervenciones que salven vidas.

**Objetivo:** determinar los conocimientos y prácticas de médicos de urgencias de un Hospital Universitario sobre la atención de pacientes suicidas.

**Metodología:** estudio observacional exploratorio, piloto, descriptivo, de corte transversal, con muestreo no probabilístico. Se encuestó a médicos que trabajan en el servicio de urgencias del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, utilizando para ello una versión adaptada del instrumento elaborado por Betz y colaboradores.

**Resultados:** 67 médicos participaron de la investigación, 52,20 % eran del sexo femenino, con edades comprendidas entre los 24 y los 43 años (media de 30,5±6,3 años), 33 eran médicos internos, 18 eran médicos residentes, y 16, médicos especialistas. La mayoría estaba de acuerdo/muy de acuerdo con que los suicidios pueden prevenirse. En todos los niveles de formación, la mayoría de los participantes no estaba seguro de poseer los conocimientos necesarios para reconocer pacientes con ideas suicidas, sobre su habilidad para evaluar la gravedad del riesgo de suicidio, ofrecer consejería o ayudarlo a crear un plan de seguridad.

**Conclusiones:** la mayoría de los médicos de urgencias no se encuentra seguro de sus conocimientos para la atención y la evaluación de pacientes suicidas. Se debe establecer un programa de capacitación continuo, que incluya habilidades para la mejora de los

### **Autor correspondiente:**

Prof. Dr. Julio Torales

Correo electrónico: [jttorales@med.una.py](mailto:jttorales@med.una.py)

**Artículo recibido:** 5 noviembre 2020 **Artículo aceptado:** 26 noviembre 2020



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

conocimientos y las prácticas relacionadas con la atención de pacientes con riesgo suicida. Este programa podría formar parte de un módulo de educación médica continua, que los médicos de urgencias deberían cursar y aprobar.

**Palabras claves:** suicidio, intento de suicidio, ideación suicida, atención ambulatoria

## ABSTRACT

**Introduction:** The assessment and management of suicide, in the initial contact with a health professional at the emergency department, is an important preventive and curative intervention. The emergency department has been shown to have the potential to identify suicide cases in various settings and to deliver life-saving interventions.

**Objective:** To determine the knowledge and practices of emergency physicians of a University Hospital regarding the care of suicidal patients.

**Methodology:** This was an observational, exploratory, pilot, descriptive, cross-sectional study, with non-probabilistic sampling. Physicians working in the emergency department of the *Hospital de Clínicas* of the National University of Asunción were surveyed, using an adapted version of the instrument developed by Betz *et al.*

**Results:** Sixty seven physicians participated in the research, 52.20% was female, aged between 24 and 43 years (mean:  $30.5 \pm 6.3$  years), 33 were interns, 18 were resident physicians, and 16 were specialists. Most participants agreed/strongly agreed that suicides can be prevented. At all levels of training, most participants were unsure whether they had the knowledge to recognize suicidal patients, about their ability to assess the severity of suicide risk, offer counseling, or help patients to create a safety plan.

**Conclusions:** The majority of emergency physicians are not sure of their knowledge for the care and evaluation of suicidal patients. A continuous training program should be established, including skills for the improvement of knowledge and practices related to the care of patients at risk for suicide. This program could be part of a continuing medical education module, which emergency physicians should complete and pass.

**Keywords:** suicide, suicide attempt, suicidal ideation, ambulatory care

## INTRODUCCIÓN

Unas 800 mil personas mueren por suicidio cada año, lo que representa un individuo cada 40 segundos. La tasa de mortalidad anual global por suicidio es de 10,7 por cada 100 mil personas, con variaciones entre diferentes países y grupos de edad <sup>(1)</sup>. En los últimos años, el suicidio se ha ubicado como una de las principales causas de muerte entre las personas de 10 años o más <sup>(2)</sup>.

Los pensamientos suicidas, la planificación, los intentos de suicidio y los suicidios consumados representan un *continuum* del comportamiento suicida <sup>(3)</sup>. En Estados Unidos de América, la prevalencia en la vida de la ideación suicida y los intentos de suicidio en la población general se estimó en 13,5 % y 4,6 %, respectivamente, existiendo una muerte por suicidio por cada 25 intentos <sup>(2)</sup>. En Paraguay, según datos del Departamento de Emergencias y Admisión de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, los intentos de suicidio/riesgo de suicidio (15 %) son la segunda razón principal

para solicitar una consulta de urgencia, solo superados por la agitación psicomotriz (25 %) <sup>(4)</sup>, mientras que la frecuencia de pacientes con conductas suicidas que requiere de hospitalización es 28,16 % <sup>(3)</sup>.

La evaluación y el manejo del suicidio, en el contacto inicial con un profesional de la salud del servicio de urgencias, es una importante intervención preventiva y curativa; sin embargo, en muchos entornos hospitalarios, la mayoría de los casos pasan desapercibidos <sup>(5)</sup>. Se ha demostrado que el servicio de urgencias tiene el potencial de identificar casos de suicidio en varios contextos <sup>(5,6)</sup> y realizar intervenciones que salven vidas <sup>(7)</sup>. Sin embargo, los servicios de urgencias son frecuentemente infrutilizados como sitios para la prevención y el manejo del suicidio <sup>(5)</sup>.

Algunos de los factores que podrían conducir a una baja tasa en la detección, evaluación y manejo de casos de suicidio en los servicios de urgencias incluyen que, a pesar de su deseo de ayudar, el personal de salud (médicos y enfermeros) deciden evitar involucrarse con este tipo de pacientes debido al estigma asociado, a sus experiencias clínicas previas, agotamiento o al escepticismo en la posibilidad de prevenir el suicidio <sup>(8)</sup>. Asimismo, las barreras adicionales identificadas para la evaluación y la atención de pacientes suicidas incluyen el miedo a ser intrusivo, la falta de capacitación específica, las limitaciones de tiempo en el contexto de un servicio de urgencias y las preocupaciones por la responsabilidad médico-legal <sup>(9,10)</sup>. Sin embargo, a nivel mundial cada vez se presta más atención a la necesidad de mejorar la capacidad de los médicos de urgencia en identificar y asistir a los pacientes con riesgo suicida <sup>(11)</sup>.

Tomando en cuenta lo anterior, el objetivo del presente estudio fue determinar los conocimientos y prácticas de médicos de urgencias de un Hospital Universitario sobre la atención de pacientes suicidas. Este es el primer trabajo de su tipo realizado en Paraguay y consideramos que servirá de base para el establecimiento de recomendaciones sobre cómo mejorar la atención de este complejo y desafiante grupo de pacientes.

## METODOLOGÍA

Este fue un estudio observacional exploratorio, piloto, descriptivo, de corte transversal. El muestreo fue no probabilístico, de casos consecutivos. La población estuvo conformada por médicos que prestaban atención en el Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, en el mes de octubre de 2020. Se incluyó a médicos de ambos sexos, que pertenecían a la población accesible. Fueron incluidos médicos internos (en la Universidad Nacional de Asunción el internado rotatorio se realiza en el postgrado), residentes de Medicina Interna y especialistas en Medicina Interna. Se excluyeron aquellos médicos que solo realizaban interconsultas en el servicio de urgencias y de otras especialidades.

Las variables investigadas fueron: a) Sociodemográficas: edad, sexo, nivel de formación (médico interno, médico residente, médico especialista); y, b) Conocimientos y prácticas sobre la atención de pacientes suicidas. Para medir los conocimientos y prácticas se utilizó una versión adaptada y traducida al español de la encuesta utilizada por Betz y colaboradores <sup>(10)</sup>. Se preguntó a los participantes sobre sus conocimientos y prácticas relacionadas con la atención de pacientes suicidas mediante preguntas con opciones de respuesta de escala tipo *Likert*, a la que los participantes respondían con su acuerdo o desacuerdo. Se evaluó lo que pensaban los médicos sobre el personal del servicio de urgencias y sobre las prioridades actuales con respecto a la atención de pacientes suicidas. Sobre las prácticas de los médicos de urgencias, se preguntó por la confianza de los participantes en sus habilidades para detectar la mayoría de los pacientes con ideas suicidas y sobre las creencias de los profesionales sobre la prevención del suicidio. También se preguntó sobre la habilidad de los médicos de evaluar la gravedad de la conducta suicida y de crear un plan de seguridad para pacientes suicidas.

Los datos fueron cargados en una planilla de cálculo para luego ser procesados con el paquete estadístico PSPP. Las variables fueron resumidas con estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y de dispersión, y frecuencias y porcentajes. El estudio se enmarcó en la línea de investigación "Epidemiología y psicopatología de los trastornos mentales" (instalada por Resolución D. N° 1950/2017 del Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción) y fue aprobado por la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. En todo momento se respetaron los principios de ética aplicados a la investigación y la participación fue libre y voluntaria. Se respetaron los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia y de justicia, de acuerdo a la Declaración de Helsinki. En todo momento se respetó el anonimato de los participantes, pues no se recabaron datos que pudieran permitir la identificación de los mismos.

## RESULTADOS

De esta investigación participaron 67 médicos. 35 (52,20 %) eran del sexo femenino, con edades comprendidas entre los 24 y los 43 años (media de  $30,5 \pm 6,3$  años). 33 (49,30 %) eran médicos internos, 18 (26,90 %) eran médicos residentes y 16 (23,80 %) médicos especialistas.

Preguntados sobre la prevención del suicidio, el 96,96 % (32) de los médicos internos, el 77,77 % (14) de los médicos residentes y 75 % (12) de los médicos especialistas estaba de acuerdo/muy de acuerdo con que la mayoría de los suicidios pueden prevenirse. En todos los niveles de formación, la mayoría de los participantes no estaba seguro (ni de acuerdo ni en desacuerdo) sobre poseer los conocimientos necesarios para reconocer pacientes con ideas suicidas, sobre su habilidad para evaluar la gravedad del riesgo de suicidio, ofrecer consejería a un paciente suicida o ayudarlo a crear un plan de seguridad. La mayoría, sin embargo, (60,60 % de los médicos internos, 72,22 % de los médicos residentes y 56,25 % de los médicos especialistas) estaba de acuerdo/muy de acuerdo con su habilidad de ayudar a los pacientes a consultar con profesionales de la salud mental. El detalle de estos datos puede verse en la tabla 1.

**Tabla 1.** Confianza de los médicos en sus habilidades para la atención de pacientes suicidas, según nivel de formación (N=67).

<b>¿Qué proporción de los suicidios considera que son prevenibles?</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
Todos/la mayoría	32 (96,96 %)	14 (77,77 %)	12 (75 %)
Algunos/pocos	1 (3,03 %)	4 (22,22 %)	4 (25 %)
Ninguno	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0%)
<b>Estoy seguro que tengo los conocimientos necesarios para reconocer pacientes con ideas suicidas</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
De acuerdo, muy de acuerdo	11 (33,33 %)	6 (33,33 %)	2 (12,5 %)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21 (63,63 %)	10 (55,55 %)	12 (75 %)
En desacuerdo, muy en desacuerdo	1 (3,03 %)	2 (11,11 %)	2 (12,5 %)

<b>Confío en mi habilidad de evaluar la gravedad del riesgo de suicidio en un paciente</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
De acuerdo, muy de acuerdo	10 (30,30 %)	4 (22,22 %)	1 (6,25 %)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21 (63,63 %)	12 (66,66 %)	15 (93,75 %)
En desacuerdo, muy en desacuerdo	2 (6,06 %)	2 (11,11 %)	0 (0 %)
<b>Sé cómo aconsejar a un paciente suicida</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
De acuerdo, muy de acuerdo	8 (24,24 %)	7 (38,88 %)	5 (31,25 %)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	19 (57,57 %)	5 (27,77 %)	8 (50 %)
En desacuerdo, muy en desacuerdo	6 (18,18 %)	6 (33,33 %)	3 (18,75 %)
<b>Confío en mi habilidad para ayudar a pacientes con riesgo de suicidio a crear un plan de seguridad</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
De acuerdo, muy de acuerdo	8 (24,24 %)	2 (11,11 %)	4 (25 %)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17 (51,51 %)	11 (61,11 %)	11 (68,75 %)
En desacuerdo, muy en desacuerdo	8 (24,24 %)	5 (27,77 %)	1 (6,25 %)
<b>Confío en mi habilidad para ayudar a los pacientes suicidas para consultar con profesionales de la salud mental</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
De acuerdo, muy de acuerdo	20 (60,60 %)	13 (72,22 %)	9 (56,25 %)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11 (33,33 %)	4 (22,22 %)	6 (37,5 %)
En desacuerdo, muy en desacuerdo	2 (6,06 %)	1 (5,55 %)	1 (6,25 %)

La mayoría mencionó que el personal encargado de salud mental casi nunca o solo a veces es suficiente para atender a pacientes suicidas en el servicio de urgencias. Solo entre los médicos especialistas una mayoría consideró que casi siempre el tratamiento de personas suicidas era una prioridad clínica en el servicio de urgencias, mientras que en todos los niveles de formación se consideró mayoritariamente que solo a veces los directivos del servicio apoyan mejoras para el cuidado de esos pacientes (tabla 2).

**Tabla 2.**

Opiniones de los médicos sobre el entorno local del servicio de urgencias, según el nivel de formación de participantes (N=67).

<b>En mi servicio de urgencias, el personal encargado de salud mental es suficiente para atender pacientes suicidas</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
Casi nunca	7 (21,21 %)	6 (33,33 %)	2 (12,50 %)
A veces	16 (48,48 %)	5 (27,78 %)	10 (62,50 %)
A menudo	8 (24,24 %)	3 (16,67 %)	4 (25,00 %)
Casi siempre	2 (6,06 %)	4 (22,22 %)	0 (0 %)
<b>Los directivos del servicio de urgencias siempre apoyan mejoras para el cuidado de personas suicidas</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
Casi nunca	7 (21,21 %)	6 (33,33 %)	3 (18,75 %)
A veces	18 (54,54 %)	5 (27,78 %)	7 (43,75 %)
A menudo	8 (24,24 %)	5 (27,78 %)	5 (31,25 %)
Casi siempre	0 (0 %)	2 (11,11 %)	1 (6,25 %)
<b>El cuidado y el tratamiento de pacientes suicidas es una prioridad en mi servicio de urgencias</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
Casi nunca	9 (27,27 %)	4 (22,22 %)	4 (25 %)
A veces	14 (42,42 %)	6 (33,33 %)	5 (31,25 %)
A menudo	6 (18,18 %)	6 (33,33 %)	1 (6,25 %)
Casi siempre	4 (12,12 %)	2 (11,11 %)	6 (37,5 %)

El 64,17 % (43 participantes) estuvo de acuerdo/muy de acuerdo con que el tamizaje universal de todos los pacientes resultará en mejores evaluaciones psiquiátricas, mientras que el 52,23 % (25 participantes) se mostró indeciso con respecto a si ese tamizaje universal entlentecería la atención clínica dentro del servicio de urgencias (tabla 3).



**Tabla 3.**

Opiniones de los médicos con respecto al tamizaje universal en busca de pacientes con ideación suicida, según nivel de formación (N=67).

<b>El tamizaje universal de suicidio mejorará las evaluaciones psiquiátricas</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
De acuerdo, muy de acuerdo	21 (63,63 %)	11 (61 %)	11 (68,75 %)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12 (36,36 %)	7 (39 %)	5 (31,25 %)
En desacuerdo, muy en desacuerdo	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>El tamizaje universal de suicidio enlentecerá la atención clínica</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
De acuerdo, muy de acuerdo	4 (12,12 %)	3 (16,6 %)	4 (25,00 %)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20 (60,6 %)	8 (44,4 %)	7 (43,75 %)
En desacuerdo, muy en desacuerdo	9 (27,27 %)	7 (39 %)	5 (31,25 %)

Preguntados sobre sus prácticas usuales de atención, la mayoría (42,42 % de los médicos internos, 44,40 % de los médicos residentes y 56,25 % de los médicos especialistas) mencionó que evalúan solo algunos/pocos pacientes en busca de ideación suicida. En cuanto a la evaluación de la gravedad del riesgo suicida, los médicos especialistas y residentes mencionaron que la evaluaban mayoritariamente en algunos/pocos pacientes (43,75 % y 38,80 %, respectivamente), mientras que los médicos internos mencionaron mayoritariamente que no lo hacían (54,54 %). Los médicos especialistas y médicos residentes, en su mayoría, establecían planes de seguridad para pacientes suicidas, mientras que los médicos internos lo hacían para algunos/pocos o ningún paciente. El 50 % de los médicos especialistas proveía de información a todos los pacientes sobre la consulta con profesionales de la salud mental, mientras que la mayoría de los médicos residentes y médicos internos solo lo hacían a algunos/pocos. (tabla 4).

**Tabla 4.**

Proporción de médicos que informan brindar una evaluación adicional en la atención de los pacientes suicidas, según nivel de formación (N=67).

<b>¿Qué proporción de pacientes usted examina con respecto a ideas de suicidio?</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
Todos/la mayoría	3 (9,09 %)	1 (5,50 %)	2 (12,50 %)
Algunos/pocos	14 (42,42 %)	8 (44,40 %)	9 (56,25 %)
Ninguno	16 (48,48 %)	9 (50,00 %)	5 (31,25 %)
<b>En los pacientes suicidas, ¿en qué proporción usted evalúa la gravedad del riesgo?</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
Todos/la mayoría	6 (18,18 %)	4 (22,22 %)	3 (18,75 %)
Algunos/pocos	9 (27,27 %)	8 (44,44 %)	7 (43,75 %)
Ninguno	18 (54,54 %)	6 (33,33 %)	6 (37,50 %)
<b>En los pacientes suicidas, ¿en qué proporción usted crea un plan de seguridad?</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
Todos/la mayoría	5 (15,15 %)	7 (38,88 %)	7 (43,75 %)
Algunos/pocos	8 (24,24 %)	6 (33,33 %)	4 (25,00 %)
Ninguno	20 (60,6 %)	5 (27,77 %)	5 (31,25 %)
<b>En los pacientes suicidas, ¿en qué proporción usted provee de información acerca de consultas con profesionales de la salud mental?</b>			
<b>Opciones</b>	<b>Médico interno (n=33)</b>	<b>Médico residente (n=18)</b>	<b>Médico especialista (n=16)</b>
Todos/la mayoría	7 (21,21 %)	6 (33,33 %)	8 (50,00 %)
Algunos/pocos	16 (48,48 %)	11 (61,11 %)	5 (31,25 %)
Ninguno	10 (30,30 %)	1 (5,55 %)	3 (18,75 %)



## DISCUSIÓN

Hasta donde llegan nuestros conocimientos, esta es la primera investigación que buscó identificar los conocimientos y prácticas de médicos de urgencias de un hospital de Paraguay sobre la atención de pacientes suicidas.

En esta investigación, los participantes consideraban que la gran mayoría de los suicidios pueden prevenirse; sin embargo, en su gran mayoría, y en todos los niveles de formación, los médicos no se encontraban seguros de sus habilidades para evaluar correctamente la gravedad del riesgo de suicidio, para aconsejar a un paciente suicida, ni para crear un plan de seguridad para estos pacientes. Estos resultados están en consonancia con estudios similares realizados en Estados Unidos de América <sup>(10,12)</sup>.

Diversos estudios han documentado lagunas en la formación de los profesionales de la salud mental con respecto a la evaluación y la atención de pacientes con riesgo de suicidio, pero pocos han abordado la temática de la formación y las habilidades de los médicos de urgencias no psiquiatras <sup>(11)</sup>. La implementación exitosa de programas para la detección y atención de pacientes suicidas en los servicios de urgencias requiere que se realicen más estudios sobre este tema y de que se establezcan módulos de capacitación presencial o basada en la web para mejorar los conocimientos y las habilidades de los médicos <sup>(13)</sup>.

Si bien la evaluación integral del riesgo suicida es realizada por lo general por médicos psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, desafortunadamente, muchas veces los médicos psiquiatras no están disponibles inmediatamente dentro del servicio, lo que hace que la espera de los pacientes aumente. En este sentido es que los médicos de urgencias (y otros profesionales que prestan servicios en la sala de urgencias, como los enfermeros) deben estar capacitados para realizar una evaluación al menos inicial y poder establecer el riesgo suicida del paciente <sup>(14)</sup>.

La educación médica para el reconocimiento y el tratamiento de la depresión o el suicidio es uno de los métodos de prevención del suicidio con evidencias científicas más sólidas <sup>(15,16)</sup>. Los médicos de urgencias son susceptibles a los mismos prejuicios, comunes en la sociedad general, hacia las personas con enfermedades mentales, así como a problemas adicionales relacionados con la frustración, el desagrado o la incomprensión hacia el paciente suicida <sup>(17,18)</sup>. Aquí, nuevamente, se hace importante destacar que estos prejuicios y las lagunas de conocimiento en médicos de urgencias, pueden ser subsanados con programas de capacitación, que han demostrado efectos positivos a corto plazo <sup>(19)</sup>.

Además de la capacitación específica, en esta investigación encontramos algunas barreras administrativas a vencer en la atención de pacientes suicidas: la mayoría mencionó que el personal encargado de salud mental (por ejemplo, médicos psiquiatras) casi nunca o solo a veces es suficiente para atender a pacientes suicidas en el servicio de urgencias, lo mismo que la prioridad clínica que se le da a la atención de pacientes suicidas, y que existe limitado apoyo para establecer estrategias de intervención en suicidio. Lo anterior se encuentra en línea con lo encontrado por otros investigadores <sup>(20)</sup>.

La mayoría de los participantes de este estudio estuvo de acuerdo con que el tamizaje universal de todos los pacientes resultará en mejores evaluaciones psiquiátricas, aunque contradictoriamente, la mayoría de los encuestados mencionó que evalúan solo algunos/pocos pacientes en busca de ideación suicida. El tamizaje o cribado universal, que busca identificar riesgo de suicidio en las personas que se presentan para recibir atención en el servicio de urgencias, independientemente del motivo de consulta, es la estrategia recomendada por la *Suicide Attempt Survivors Task Force of the Surgeon General's National Action Alliance for Suicide Prevention* <sup>(21)</sup> y por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* de los Estados Unidos de América <sup>(22)</sup>. Investigadores han documentado que el tamizaje universal condujo a una mejora en casi el doble de detección del riesgo de suicidio en servicios de urgencias <sup>(23,24)</sup>.

En cuanto a la evaluación de la gravedad del riesgo suicida, en esta investigación se encontró que los médicos especialistas y residentes la evaluaban de rutina, pero en algunos/pocos pacientes; mientras que los médicos con menos experiencia, no lo hacían en ningún paciente. Para la mayoría de los pacientes suicidas, los médicos especialistas y médicos residentes establecía planes de seguridad, mientras que los médicos internos lo hacían para algunos/pocos o ningún paciente. Si bien en su mayoría los médicos especialistas referían a todos/casi todos los pacientes con riesgo suicida a consulta con un especialista en salud mental, la mayoría de los médicos en formación (internos y residentes) solo lo hacían con algunos pacientes. Todo esto está en consonancia con estudios previos, que informan que a medida que los médicos son más experimentados tienen prácticas y actitudes más positivas de atención a pacientes suicidas <sup>(25)</sup>.

Entre las limitaciones del presente trabajo se encuentran el hecho de ser monocéntrico y no haberse calculado el tamaño de muestra, así como el tipo de muestreo utilizado, ya que al ser uno de tipo no probabilístico no se pueden generalizar los resultados. Otra limitación es que, al ser un estudio basado en un autorreporte de conocimientos y prácticas de los participantes, se plantea la posibilidad de sesgo al no poder verificar si las respuestas conciben con la realidad. No obstante, consideramos que la fortaleza de este trabajo es que es el primero de su tipo en el país y que permite dar el puntapié inicial para más y mejores estudios en el área.

## CONCLUSIONES

La mayoría de los médicos de urgencias del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción no se encuentra seguro de sus conocimientos para la atención y la evaluación de pacientes suicidas, principalmente en lo que respecta a la valoración de la gravedad del riesgo de suicidio, brindar consejo a un paciente suicida y crear un plan de seguridad para estos pacientes, aunque muchos de los participantes intenten poner estas intervenciones en práctica. En lo que respecta al tamizaje universal, recomendado por los organismos competentes como buena práctica para identificar riesgo de suicidio en todas las personas que consultan con el servicio de urgencias, su aplicación todavía es minoritaria.

A la luz de los resultados de este estudio, consideramos que la Cátedra de Psiquiatría de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción debe establecer un programa de capacitación continuo para médicos, sin importar su nivel de formación, que incluya habilidades para la atención de pacientes con riesgo suicida, evaluación y valoración de la gravedad del cuadro, cómo brindar consejería breve y establecer un plan de seguridad, cómo aplicar herramientas de tamizaje universal y cómo hacer la referencia a los profesionales de la salud mental. Este programa podría formar parte de un módulo de educación médica continua, que los médicos de urgencias deberían cursar y aprobar, al menos una vez al año.

### **Conflictos de interés:**

Los autores no declaran conflictos de interés.

### **Contribución de los autores:**

JMBAV, MACB, GACG, SACS, PDS, MLDLHV, DPS, MAVDP: concepción y diseño del estudio, recolección/obtención de datos/resultados, redacción del borrador, aprobación final del manuscrito.

OG: análisis e interpretación de los resultados y las conclusiones, revisión crítica del manuscrito, aprobación final del manuscrito.

JT: concepción y diseño del estudio, análisis e interpretación de los resultados y las conclusiones, revisión crítica del manuscrito, aprobación final del manuscrito.

## Financiación

No hubo financiamiento por alguna entidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. SUPRE Prevention of suicidal behaviours: A task for all [Internet]. World Health Organization. 2020 [cited 2020 Nov 3]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide//information/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide//information/en/)
2. Yuodelis-Flores Ch, Ries RK. Addiction and suicide: A review. *Am J Addict*. 2015; 24(2):98-104. <https://doi.org/10.1111/ajad.12185>
3. Torales J, Barrios I, González S. Caracterización de pacientes con conducta suicida hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2020; 18(2):54-62. <https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.02.54>.
4. Torales J, Ventriglio A, Barrios I, Arce A. Demographic and clinical characteristics of patients referred to the psychiatry unit of the emergency department at the National University of Asunción's General Hospital, Paraguay. *Int J Cult Ment Health*. 2016; 9(3):233-38. <https://doi.org/10.1080/17542863.2016.1197290>.
5. Maina R, Bukusi D, Kumar M. Suicide prevention by emergency nurses: perceived self-efficacy in assessment, management and referral at Kenyatta National Hospital in Kenya. *Ann Gen Psychiatry*. 2019;18:16. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0240-8>.
6. Mitchell AM, Garand L, Dean D, Panzak G, Taylor M. Suicide assessment in hospital emergency departments: implications for patient satisfaction and compliance. *Top Emerg Med*. 2005; 27(4):302-12.
7. Betz ME, Wintersteen M, Boudreaux ED, Brown G, Capoccia L, Currier G, et al. Reducing suicide risk: challenges and opportunities in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2016; 68(6):758-65. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.05.030>.
8. D'Onofrio G, Jauch E, Jagoda A, Allen MH, Anglin D, Barsan WG, et al. NIH Roundtable on opportunities to advance research on neurologic and psychiatric emergencies. *Ann Emerg Med*. 2010; 56(5):551-564. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.06.562>
9. Folse VN, Hahn RL. Suicide risk screening in an emergency department: Engaging staff nurses in continued testing of a brief instrument. *Clin Nurs Res*. 2009;18(3):253-71. <https://doi.org/10.1177/1054773809335296>.
10. Betz ME, Sullivan AF, Manton AP, Espinola JA, Miller I, Camargo CA Jr, et al. Knowledge, attitudes, and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients. *Depress Anxiety*. 2013; 30(10):1005-12. <https://doi.org/10.1002/da.22071>.
11. Ronquillo L, Minassian A, Vilke GM, Wilson MP. Literature-based recommendations for suicide assessment in the emergency department: a review. *J Emerg Med*. 2012; 43(5):836-42. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.08.015>.
12. Knesper DJ. Continuity of care for suicide prevention and research 2011: Suicide attempts and suicide deaths subsequent to discharge from the emergency department or psychiatry inpatient unit. Newton, MA: American Association of Suicidology and Suicide Prevention Resource Center, Education Development Center; 2011.
13. Reshetukha TR, Alavi N, Prost E, Kirkpatrick RH, Sajid S, Patel Ch, et al. Improving suicide risk assessment in the emergency department through physician education and a suicide risk assessment prompt. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018; 52:34-40. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.03.001>
14. Capoccia L, Labre M. Caring for Adult Patients With Suicide Risk: A Consensus-Based Guide for Emergency Departments. Waltham, MA: Education Development Center, Suicide Prevention Resource Center; 2015.
15. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294(16):2064-74. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>.

16. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(7):646-59. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X).
17. Ito H, Kawano K, Kawashima D, Kawanishi Ch. Responses to patients with suicidal ideation among different specialties in general hospitals. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008; 30(6):578-80. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.05.004>.
18. Malakouti SK, Nojomi M, Poshtmashadi M, Hakim Shooshtari M, Mansouri Moghadam F, Rahimi-Movaghar A, et al. Integrating a suicide prevention program into the primary health care network: a field trial study in Iran. *Biomed Res Int*. 2015; 2015:193729. <https://doi.org/10.1155/2015/193729>.
19. Terpstra S, Beekman A, Abbing J, Jaken S, Steendam M, Gilissen R. Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health*. 2018; 18(1):637. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5512-8>.
20. Betz ME, Arias SA, Miller M, Barber C, Espinola JA, Sullivan AF, et al. Change in emergency department providers' beliefs and practices after use of new protocols for suicidal patients. *Psychiatr Serv*. 2015; 66(6):625-31. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400244>.
21. National Action Alliance for Suicide Prevention. Suicide Attempt Survivors Task Force. *The Way Forward: Pathways to hope, recovery, and wellness with insights from lived experience*. Washington, DC: National Action Alliance for Suicide Prevention, Suicide Attempt Survivors Task Force; 2014.
22. Joint Commission issues sentinel event alert 56: detecting and treating suicide ideation in all settings [Internet]. Joint Commission. 2016 [cited 2020 Nov 4]. Available from: <https://www.mcnhealthcare.com/joint-commission-issues-sentinel-event-alert-56-detecting-and-treating-suicide-ideation-in-all-settings-2/>
23. Boudreaux ED, Camargo CA Jr, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, et al. Improving suicide risk screening and detection in the emergency department. *Am J Prev Med*. 2016; 50(4):445-453. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.09.02>.
24. Boudreaux ED, Haskins BL, Larkin C, Pelletier L, Johnson SA, Stanley B, et al. Emergency department safety assessment and follow-up evaluation 2: An implementation trial to improve suicide prevention. *Contemp Clin Trials*. 2020; 95:106075. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106075>.
25. Kumar N, Rajendra R, Majgi SM, Krishna M, Keenan P, Jones S. Attitudes of General Hospital staff toward patients who self-harm in south India: A cross-sectional study. *Indian J Psychol Med*. 2016; 38(6):547-52. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.194920>.