

## **MITOS Y CREENCIAS DE ESTUDIANTES DE MEDICINA ACERCA DEL SUICIDIO**

Héctor Ferrari, Diana Zalzman Silvia Rucker Silvia G. de Notrica, Haydée Zac, Clara Margulis, Susana Etkin, Margarita Melazzini, Mabel Cambero, Susana Gewisgold, Eugenia Ralli, Florencia Araujo, Valeria Ledesma, Orquidea Lee, Gustavo Sesé, Mariela Verzero

eugeniaralli1510@gmail.com

**Unidad Académica: 00-01 Prof. Dr. Héctor Ferrari, Prof. Dra. Diana Zalzman.**

### **RESUMEN:**

El suicidio es una epidemia mundial en aumento. Como educadores de la salud creemos que nuestros alumnos de medicina pertenecen a una población de doble riesgo: riesgo actual por ser adolescentes y riesgo potencial por ser futuros médicos. El objetivo de este trabajo es analizar los mitos y las creencias de estudiantes de medicina acerca del suicidio. Interpretar la relación entre pensamientos, valoración ética y conducta suicida. Incluir el modo en el que la tecnología influye en la conducta suicida y averiguar su interés acerca de profundizar en esta problemática.

Para abordar estos temas les preguntamos a nuestros alumnos: ¿Qué es el suicidio? ¿Existe algún motivo que justifique la conducta suicida? El suicidio ¿se puede prevenir? ¿Qué conocimientos creen que debería tener el médico acerca de este tema? ¿Cómo influyen las redes sociales? Realizaremos una propuesta pedagógica mediante la cual los alumnos analizarán los conocimientos de médicos con más de 10 años de recibidos acerca del tema y se realizará un análisis comparativo entre ambos.

Como equipo docente creemos que es fundamental concientizar a los alumnos de medicina acerca de la detección y tratamiento del paciente suicida e incluir su temática en la curricula de formación.

**Palabras claves:** Suicidio- Estudiantes de Medicina- Prevención- Mitos

## **INTRODUCCION**

El suicidio es una epidemia mundial en aumento. Como docentes de Salud Mental lo consideramos un tema importante que los alumnos deben conocer y profundizar para que en un futuro profesional puedan abordar y dar respuesta. Los objetivos de este trabajo son:1) indagar y conocer mitos, creencias y saberes que los alumnos poseen acerca de este tema y que son previos al abordaje que pudieran realizar a posteriori en el ámbito académico.2) Contrastarlos con los datos que arrojan las estadísticas oficiales (nacionales e internacionales). Analizar convergencias y divergencias. 3) Discutir qué aportes teóricos podríamos darles sobre el suicidio en este momento de inicio de la carrera de Medicina.

## **METODOLOGÍA**

Para abordar estos temas realizamos una encuesta anónima a 70 alumnos que cursan la materia Salud Mental actualmente en nuestra unidad docente, con preguntas cuantitativas y cualitativas que luego analizamos y graficamos con porcentajes.

### **Conducta suicida y prevalencia**

El comportamiento suicida se encuentra con mayor frecuencia en sujetos que padecen una enfermedad mental. En la actualidad se piensan como causas la depresión, los estados psicóticos y las adicciones. Otro porcentaje importante obedece a factores de origen psicosocial, ya sea por acumulación de experiencias negativas o bien en los adolescentes, por bullying, cyberbullying, rasgos de impulsividad, o caer en la influencia de liderazgos psicopáticos (por ejemplo en el juego desafiante de la ballena azul).

Para indagar sobre qué entendían por una conducta suicida le preguntamos a los alumnos

**1) “¿Qué es el suicidio?”** (Gráfico 1). El 34% afirmó que es un acto de desesperación, sentimiento muy habitual que se da frente a la sensación de fracaso o de presión por no alcanzar determinadas metas; 44% un acto de tristeza o depresión; 5% lo atribuye a un acto de locura y un 4% a la valentía. Esto podría

significar que una mayoría de los jóvenes lo liga a una crisis producto de un trastorno mental grave, es decir un acto emocional con pérdida de control. Muy posiblemente los que relacionan al suicidio con la valentía lo ven como algo desafiante y ligado a una carga positiva, negando posiblemente el quantum de angustia que despierta la temática

**2) “¿Qué población es menos proclive a cometer intentos de suicidios?”**

(Gráfico 2). El 62% de las respuestas identificaron como grupo etario menos proclive a cometer suicidio a los niños, coincidiendo con datos de estadísticas tanto nacionales como globales. Un 27% considera que los adultos mayores conforman el grupo etario menos proclive a cometer suicidio. Este dato nos permite inferir que nuestros alumnos pueden identificar a adolescentes y adultos, como población de riesgo pero no así a los adultos mayores, como lo dice el informe emitido por la OMS en el 2015 que afirma que las tasas de suicidio más elevadas se registran en personas de 70 años o más.

**3) “¿Algún conocido le ha comentado tener ideas suicidas o intentos de suicidio?”** (Gráfico 3).

El 47% de los alumnos refirió conocer a alguien que ha cometido suicidio o tenido intento/s de suicidio. La mayoría de las respuestas correspondía a allegados, especialmente menores de edad, entre 13 y 17 años. . . La adolescencia es un momento de gran vulnerabilidad, los adolescentes transitan una etapa con crisis de identidad, impulsividad y anomia (Durkheim) que pueden llegar a tener desesperanza e ideación suicida. El hecho de que la mitad de los estudiantes encuestados hayan estado en contacto estrecho con “el suicidio” nos alerta sobre las posibles repercusiones emocionales y psíquicas de los jóvenes alumnos así como de los equipos docentes respecto de esto que se ha llegado a llamar “la epidemia del siglo XXI.”

**4) “¿Qué importancia le atribuye al historial familiar de suicidio en la probabilidad de que una persona se suicide?”** (Gráfico 4).

El 43% de los estudiantes consultados consideran que la historia familiar tiene mucha importancia. El 36% cree que la importancia es relativa, el 21% sostiene que no tiene importancia. Vemos como más de la mitad consideró que la historia familiar influye y condiciona. Estos datos se pueden interpretar desde dos sentidos opuestos: 1) La historia

familiar como pauta y ejemplo que pueden promover el acto suicida; estudios señalan la importancia de algún tipo de factor precipitante ocurrido en las horas previas al acto suicida, principalmente crisis por factores interpersonales. 2) El hecho de sufrir la pérdida de un familiar por suicidio hace que sus miembros eviten cometer el mismo acto iniciando sus tratamientos individuales y/o familiares, es decir que funcionaría como un factor protector.

Según los estudios de la Asociación Americana de Psiquiatría (2016) 1 de cada 4 personas que han intentado suicidarse provenía de una familia con historia de suicidio. Consideramos el suicidio como un trauma difícil de procesar para los familiares “sobrevivientes”, cuyo duelo repercute en las generaciones futuras.

**5) “¿Qué considera importante conocer acerca del suicidio para su futura práctica profesional?”** (Gráfico 5). En las respuestas priorizaron como más importante conocer la detección precoz del paciente suicida, los aspectos psicológicos del suicidio y el manejo clínico de la emergencia. Vemos que nuestros alumnos enfatizan la importancia de la prevención primaria del suicidio, siendo la prevención secundaria (el manejo clínico de la emergencia) una opción menos elegida. Nos preguntamos si se debe al hecho de que aún no han empezado la atención de pacientes.

**6) “¿Considera al suicidio como un acto impulsivo que ocurre sin previo aviso?”** (Gráfico 6). El 95% de los alumnos contestó que esta afirmación era falsa y sólo un 5% estuvo de acuerdo. Esta visión que tienen los alumnos es muy importante de tener en cuenta, para que sea abordada por docentes expertos a lo largo de la carrera, para enseñar a indagar las fases del proceso suicida y los factores precipitantes que pueden predecir con cierta fidelidad si hay peligro inminente de pasar al acto. Nos brinda una visión esperanzada de la posible prevención.

Sin embargo debemos considerar que esto no es lo que reflejan algunos estudios que consideran que hay un porcentaje similar (50% y 50%) y que son dos procesos diferentes el del suicidio premeditado y el del impulsivo; por ello las estrategias y posibilidades preventivas son diferentes para cada uno.

**7) “El escuchar la frase “no quiero vivir más” o “me quiero matar” ¿la consideraría tan solo un llamado de atención o un signo de alarma suicida?”**

(Gráfico 7). El 59% de los alumnos lo consideró una seria advertencia suicida, mientras que el 41% restante lo interpretó como sólo un llamado de atención. Nosotros pensamos que los llamados de atención que no se les dé relevancia pueden llevar a que muchos pacientes se queden sin acceso a un tratamiento eficaz, coincidente con lo que la OMS sostiene que todas las amenazas suicidas deberían ser tomadas en serio.

**8) “Tener un antecedente de intento de suicidio ¿aumenta el riesgo de reincidencia?”** (Gráfico 8) En el 100% de sus respuestas se evidencia que “creen que una vez que la persona ha intentado suicidarse volverá a intentarlo.”

**9) “¿Cuándo considera se encuentra fuera de peligro de reiterarlo una persona que sobrevivió a un suicidio?”** (Gráfico 9)

La mayoría de los encuestados respondió que la persona que intentó suicidarse puede estar fuera de peligro cuando supera los problemas (psicológicos, sociales, laborales, etc.) que lo llevaron a intentar hacerlo. El 21% de los entrevistados considera que una persona que sobrevivió al suicidio nunca se encuentra fuera de peligro de reiterarlo. El 16% responde que recibir apoyo y/o asistencia psicológica y social puede prevenir el riesgo de recaer y que el peligro se reduce cuando la persona puede armar un proyecto de vida, incluirse socialmente o adherirse a alguna creencia religiosa.

Observamos que los alumnos mencionan espontáneamente lo que en epidemiología se llaman los factores de protección como la familia, un proyecto de vida, la religión que contribuyen a reducir el riesgo al suicidio.

**10) “¿Cómo piensan que debe actuar un médico/agente de salud frente a una persona que habla acerca del suicidio o sugiere que lo puede realizar?”**

(Gráfico 10). El 36% de los alumnos piensa que el médico debe acompañar y apoyar a la persona que explicita que quiere acabar con su vida. El 29% jerarquiza la necesidad de que el médico haga una interconsulta y/o derive el caso a un profesional psicólogo o psiquiatra para que le brinde asistencia. El 14% expresaron que era importante escuchar a estas personas y no juzgarlas para poder comprenderlas. Y el 11% refirió que se debía tratar de persuadirlas para que no

realizaran el acto suicida. Un 9% agregó que se debía contactar a la familia. El 1% consideró que se debería medicar al paciente.

Proponemos crear instancias que formen a los alumnos en la detección precoz de situaciones de riesgo y actuación suicida, además que sería muy importante que sepan los procedimientos en las emergencias, pues el personal de salud en las crisis suicidas debe ser activo y actuar con la mayor precisión posible organizando una estrategia para que el paciente esté a resguardo de sus impulsos. El sujeto en esta situación se siente incapaz de encontrar alguna solución y sus pensamientos son ambivalentes. Es necesario dar directivas claras que preserven y contengan al paciente. Deben saber derivar a tiempo para lograr el cuidado sostenido y permanente por personal especializado, ya sea vía internación en institución o domiciliaria si es que hubiera un entorno confiable, además de la importancia de una medicación pertinente.

**11) “¿El suicidio se puede prevenir?”** (Gráfico 11). La respuesta ha sido afirmativa en un 90% de los alumnos. Es muy probable que esta unanimidad en la respuesta se relaciona con el hecho de que los encuestados son jóvenes alumnos de primer año, donde persisten aspectos omnipotentes del pensamiento característicos de la adolescencia, además de ser estudiantes de medicina, en donde hemos visto que se dan ideales vocacionales al elegir estudiar medicina, que son los de luchar por la vida y la salud. ¿Cómo aceptar que alguien quiera matarse, cuando es tanto el esfuerzo que realiza el médico para ganar la batalla contra la enfermedad y la muerte?

### **Conclusiones**

Observamos en algunos puntos una ajustada convergencia entre las creencias que los alumnos tienen acerca del suicidio y los datos que arrojan las estadísticas:

- Menor incidencia de suicidios en niños
- Suicidio asociado a trastorno mental
- Importancia de la historia familiar suicida como antecedente y estímulo para realizar el acto.
- Antecedente de intentos de suicidio previos aumenta el riesgo de reincidencia.

Si afirmamos que el suicidio es “la epidemia del siglo XXI” es nuestro compromiso docente poder introducir el tema desde el inicio de la carrera de modo tal que los alumnos puedan:

- Conocer la clínica del paciente suicida y capacitarlos en la entrevista médica diagnóstica.
- Tener elementos teóricos y prácticos para la detección precoz y la prevención.
- Conocer los factores de riesgo.
- Conocer los factores de protección.

Brindar herramientas en la carrera de pregrado para entrenarlos en saber abordar a sujetos con ideación o tentativa suicida. Empoderar a los futuros médicos en la prevención del suicidio logrando que incorporen intervenciones eficaces, como son la detección temprana y estrategias de contención. Y así ser agentes de atención primaria. Esto permitiría cambiar la perspectiva actual, ya que la mayoría de los profesionales médicos afirman que el tema del suicidio no ha sido abordado en profundidad a lo largo de la carrera y que han tenido que entrenarse tardíamente en la instancia de la residencia o a través de sus prácticas o en formación de posgrado.

Gráfico 1: ¿Qué es el suicidio? y Gráfico 2: ¿Qué población supones que es menos proclive a cometer suicidio?

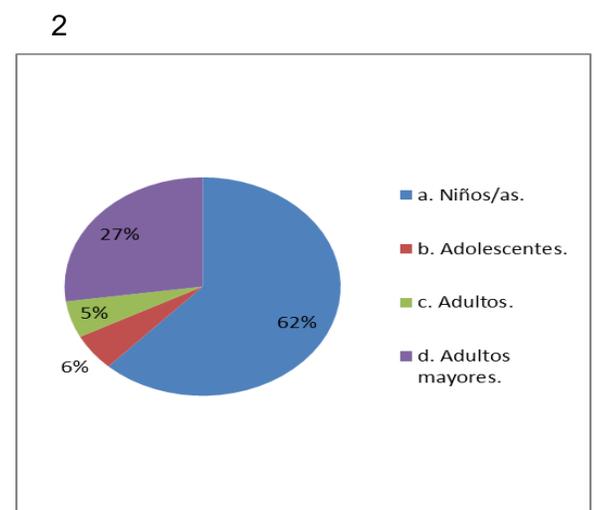
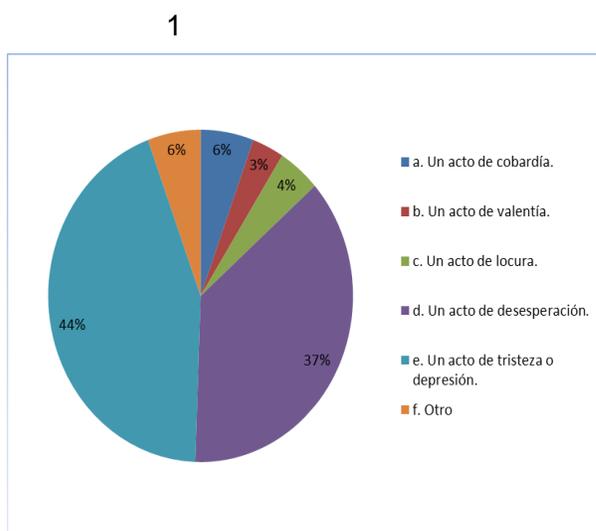


Gráfico 3: ¿Algún conocido tuyo te comentó ideas suicidas o intentos de suicidio? y Gráfico 4: ¿Qué importancia crees que tiene el historial familiar de suicidio en la probabilidad de que una persona se suicide?

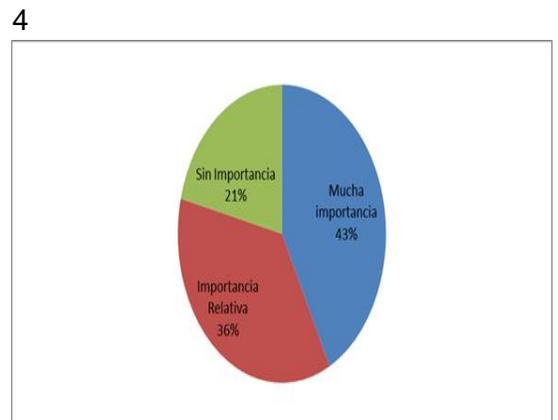
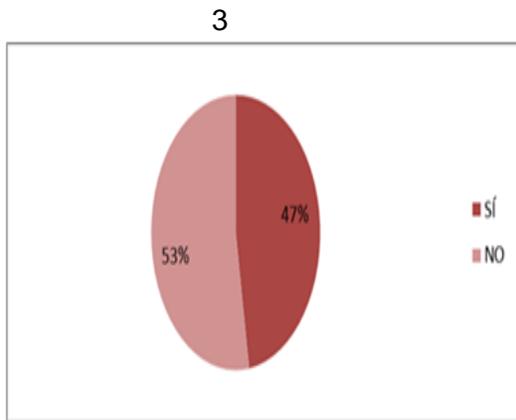


Gráfico 5: Como futuro médico, ¿qué te resultaría importante para saber acerca del suicidio? y Gráfico 6: El suicidio es siempre impulsivo y ocurre sin previo aviso.

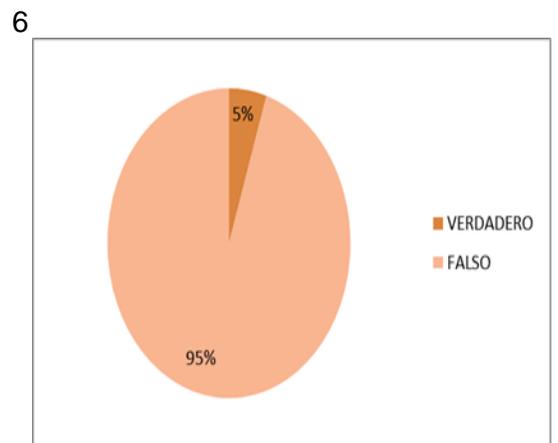
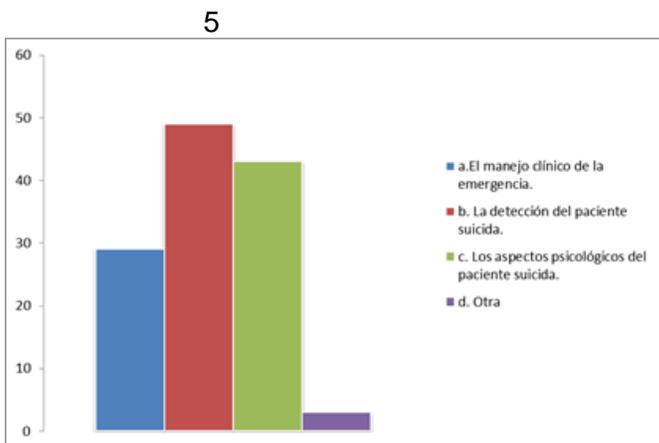


Gráfico 7: Las personas que dicen “no quiero vivir más” o “me quiero matar”, en realidad no se hacen daño ya que sólo quieren llamar la atención y Gráfico 8: Una vez que la persona ha intentado suicidarse nunca volverá a intentarlo otra vez.

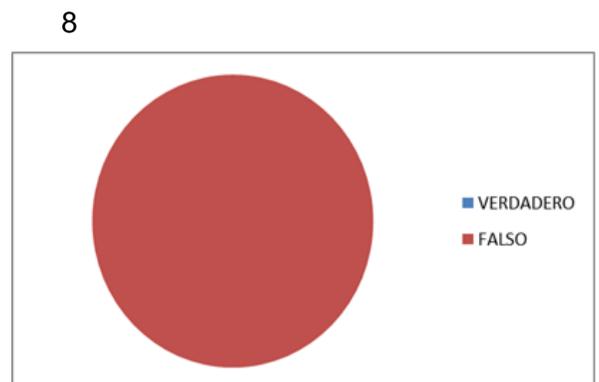
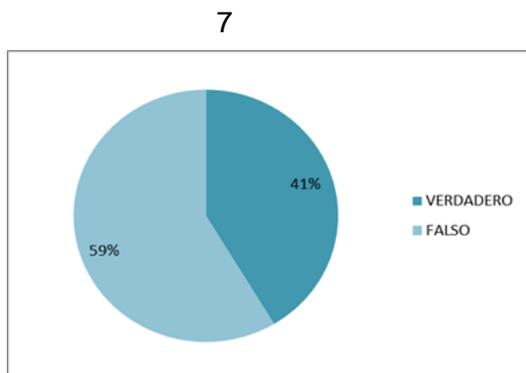


Gráfico 9: ¿Cuándo se encuentra fuera de peligro de reiterarlo una persona que sobrevivió a un suicidio? y Gráfico 10: ¿Cómo pensás que debe actuar un médico/agente de salud/familiar/amigo frente a una persona que habla acerca del suicidio o sugiere que lo puede realizar?

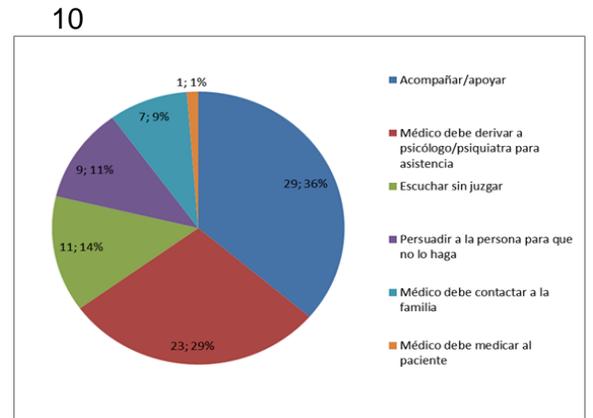
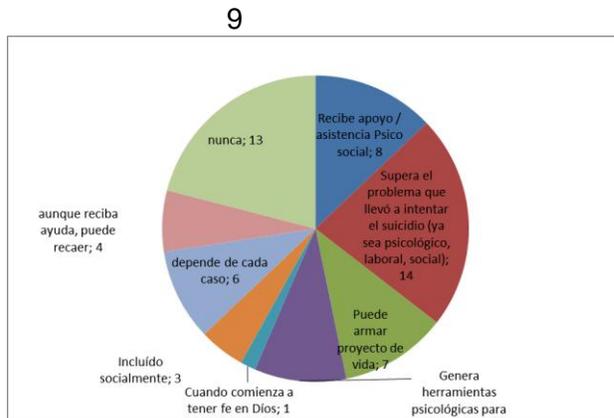
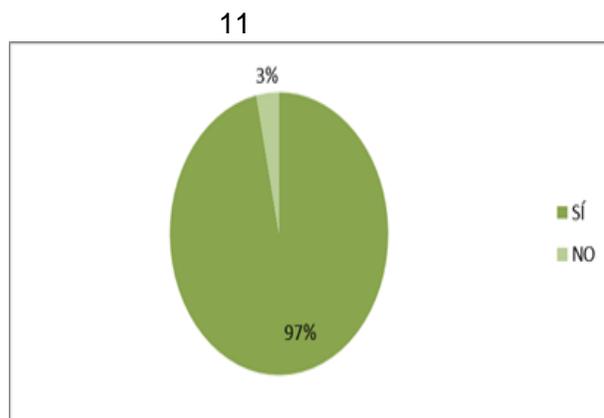


Gráfico 11: ¿El suicidio se puede prevenir?



## Bibliografía

1. Cain A. et al. (1972): Surviving Suicide. Springfield.
2. Chan MKY, Bhatti H, Meader N, et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. Br J Psychiatry 2016; 356:277-83. doi:10.1192/bjp.bp.115.170050 pmid: 27340111.

3. David A., Nadine M, Oquendo M et al: Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attempt: A 5.6-Year Prospective Study. JAMA Psychiatry. 2015; Vol. 72 (2)
4. Ferrari, Héctor A., Salud Mental en Medicina, Corpus 2008.
5. Guía de Práctica Clínica de Prevención de Tratamiento de la Conducta Suicida, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2013
6. Guibert Reyes Wilfredo -Rev. Cubana Med Gen Integr v.18 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 2002- Enfrentamiento especializado al paciente suicida- versión On-line ISSN 1561-3038
7. Mingote Adán J. C., Arriero, M. A. J., Suárez R. O. y Palomo T. (2004): Suicidio: asistencia clínica: guía práctica de psiquiatría médica. Ediciones Díaz de Santos S.A., Madrid.
8. Ministerio de Salud de la Nación - Informe técnico preliminar. Mortalidad por Suicidio en Argentina 2000 a 2013 - Año 2013.
9. National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. Annual report and 20 year review, October 2016. University of Manchester; 2016.
10. Rodríguez Pulido F., Glenz de Rivera y Revuelta J.L., García Marco R. y Montes de Oca Hernández D. El suicidio y sus interpretaciones teóricas. Psiquis, 1990 (11)
11. Suárez Richards Introducción a la Psiquiatría- Cap-18 Clínica, Prevención y Tratamiento del Proceso suicida- J.C Stagnaro-Polemos-2006
12. Soreson S. B.; Rutter C. M. Journal of Consulting and Clinical Psychology, APA, Vol. 59 (6), Dic. -1991.