



INVESTIGACIÓN

Las actitudes de médicos y estudiantes de medicina sobre los pacientes con ideación suicida

Gabriela do Prado Rocha¹, Gerardo Maria de Araújo Filho¹, Lazslo Antônio Ávila¹

1. Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp), São José do Rio Preto/SP, Brasil.

Resumen

Considerando el suicidio como un problema de salud pública, este estudio identificó las concepciones erróneas sobre el tema, las estrategias para atender a los pacientes y sus familias y verificó los cambios en los conceptos y actitudes de estudiantes de medicina durante la graduación. Se elaboró un cuestionario con cinco categorías: “confidencialidad médica”, “deontología”, “mala praxis médica”, “graduación”, y “mitos y conceptos”. De los 126 participantes 45 (35,7%) eran estudiantes del primer año de medicina, 48 (38,1%) becarios, y 33 (26,2%) médicos. Las variables se analizaron estadísticamente, y la diferencia entre grupos fue significativa para 15 preguntas (62,5%). Una pregunta (mitos y conceptos) tuvo una respuesta inesperada, y dos preguntas (mitos y conceptos, deontología) no presentaron un resultado adecuado. Se observaron mejoras durante la graduación en la mayoría de los aspectos estudiados; entre las deficiencias, se destacaron la notificación obligatoria, la terapia electroconvulsiva y la responsabilidad del profesional médico.

Palabras clave: Suicidio. Ética. Mala praxis. Educación-Medicina.

Abstract

Attitudes of doctors and medical students toward patients with suicidal ideation

Considering suicide is a public health problem, this study identified misconceptions about patients at risk of suicide as well as strategies to manage patients and their families, also verifying changes in conceptions and attitudes throughout graduation. We applied a questionnaire with five categories: “medical confidentiality,” “deontology,” “medical negligence,” “graduation,” and “myths and conceptions”. One hundred and twenty-six subjects participated in the research: 45 (35.7%) first-year medical students, 48 (38.1%) interns, and 33 (26.2%) doctors. The variables were analyzed, and the difference between groups was significant for 15 questions (62.5%). In one question (myths and conceptions) the answers were distant from the expected, and in two questions (myths and conceptions, deontology) the result did not give adequate information. We observed improvements at medical graduation for most of the studied aspects; among the deficiencies, we highlight those related to compulsory notification, electroconvulsive therapy, and the responsibility of doctors.

Keywords: Suicide. Ethics. Malpractice. Education-Medicine.

Resumo

Atitudes de médicos e estudantes de medicina com pacientes com ideação suicida

Partindo do princípio de que o suicídio é problema de saúde pública, este estudo identificou concepções equivocadas sobre o assunto, estratégias de manejo dos pacientes e familiares, e verificou se há mudanças nessas concepções e atitudes ao longo da graduação. Foi elaborado questionário com cinco categorias: “confidencialidade médica”, “deontologia”, “negligência médica”, “graduação”, e “mitos e conceitos”. Cento e vinte e seis sujeitos participaram da pesquisa: 45 (35,7%) alunos do primeiro ano de medicina, 48 (38,1%) estagiários e 33 (26,2%) doutores. As variáveis foram analisadas, e a diferença entre os grupos foi significativa para 15 questões (62,5%). Em uma questão (mitos e conceitos) houve distanciamento da resposta esperada e em duas questões (mitos e conceitos, deontologia), o resultado não deu a informação adequada. Verificamos melhoras durante a graduação para a maioria dos aspectos considerados; dentre as deficiências, destacaram-se as relacionadas à notificação compulsória, eletroconvulsoterapia e responsabilização do profissional médico.

Palavras-chave: Suicídio. Ética. Imperícia. Educação-Medicina.

Aprobación CEP-Famerp CAAE 44655715.3.0000.5415

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ define el suicidio como la privación intencional de la propia vida; es más mortal que algunas catástrofes naturales y guerras². En 2012, el suicidio ocupaba el segundo lugar en la lista de los principales factores relacionados con la muerte entre los 15 y los 29 años de edad³, después de los accidentes de tráfico⁴. Según el Repositorio de Datos del *Global Health Observatory*⁵, en el mismo año se registraron en Brasil seis muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes. Entre las mujeres, esta tasa es de 2,5/100 mil y, entre los hombres, de 9,4/100 mil.

A pesar de ello, las estadísticas relacionadas con el suicidio no computan los resultados relacionados con las acciones autodestructivas². En todo el mundo, el suicidio se encuentra entre las tres causas de muerte más importantes del grupo económicamente más productivo (15 a 44 años)⁶, y además de causar pérdidas económicas, conlleva importantes pérdidas sociales y psicológicas⁷. En lo que respecta al análisis económico, hay gastos pertinentes relacionados con los sistemas de protección social y de atención sanitaria derivados de los suicidios y de los intentos de suicidio⁸.

El suicidio es considerado un problema de salud pública y debe ser abordado por los programas sociales⁹ ya que las muertes son en gran medida prevenibles. Además, la obligación del gobierno de proporcionar recursos para la prevención del suicidio es indiscutible⁶. Un obstáculo importante que asola el campo de la prevención está relacionado con descubrir la mejor manera de identificar a las personas en riesgo de conducta suicida, ya que no siempre se busca un tratamiento psiquiátrico¹⁰. Además, es necesario identificar las dificultades que encuentran los profesionales sanitarios para abordar estos temas, ya que hay trabajos que demuestran que las señales de conducta suicida en los jóvenes pasan desapercibidos y no son tratados por los médicos generales¹¹.

El tipo de contacto más común se produce en las clínicas ambulatorias, lo que refuerza la importancia de diseñar e integrar las estrategias de prevención del suicidio en la atención clínica de rutina y no solo en los entornos de alto riesgo o de atención aguda¹². Un estudio estadounidense comprobó que más del 38% de las personas que intentaron suicidarse buscaron atención médica dentro de la semana anterior al intento y el 95% en el año anterior, por lo general en clínicas ambulatorias de atención primaria y de medicina general¹³. Los factores de riesgo como la depresión no son identificados y manejados sistemáticamente por los médicos generales, y la automutilación en los jóvenes es a menudo subestimada³. Debemos entonces considerar el importante papel de los médicos generales en

la investigación de los problemas de salud mental¹⁴ y en la prevención del suicidio.

Los intentos de suicidio son de 10 a 20 veces más frecuentes que las muertes por suicidio¹⁵ entre los pacientes de los departamentos de emergencia por intento de autoexterminación. Además, se estima entre el 30% y el 60% de intentos de suicidio previos, y entre el 10% y el 25% de intentos futuros en el período posterior de un año¹⁶. Los “intentos de suicidio previos” son el factor de riesgo más importante relacionado con el suicidio¹⁰. El número de intentos está relacionado con el aumento del riesgo y con la reducción del período entre los intentos¹⁶, de ahí la importancia de identificar y tratar adecuadamente al paciente. Un estudio demostró que el primer año después de la aparición de los síntomas de ideación es el período más crítico, ya que en el 60% de los casos se pasa de la ideación a la planificación y luego al intento¹⁷, lo que demuestra que, para que las intervenciones médicas tengan éxito, deben aplicarse rápidamente.

Frente a los retos que afectan a la prevención del suicidio en el actual escenario de la salud pública, el programa de estudios médicos debe incorporar una mejor orientación para identificar y satisfacer las necesidades de salud mental¹⁴, ya que la adecuada acogida de la persona para la atención hospitalaria después de un intento de suicidio es esencial para establecer el cumplimiento del tratamiento¹⁶.

La mejora de la recepción después de un intento de suicidio debe tener siempre en cuenta el código brasileño de ética médica¹⁸ guiado por los cuatro principios éticos de Beauchamp y Childress¹⁹— autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia—, a fin de evitar falsas interpretaciones sobre la autonomía, el consentimiento y la confidencialidad del paciente.

La autonomía y el consentimiento del paciente son temas controvertidos cuando se trata de pacientes suicidas²⁰. Los médicos están obligados a intervenir en los actos que ponen en peligro la vida y pueden romper la confidencialidad en situaciones de muerte o suicidio². En estos casos, la beneficencia y la no maleficencia son más importantes que las consideraciones sobre la capacidad de los pacientes para tomar decisiones, es decir, su autonomía, la justificación del tratamiento o incluso la hospitalización involuntaria²¹.

La internación involuntaria se justifica como una forma de prevenir el sufrimiento y proporcionar un tratamiento adecuado, o de proteger al paciente de daños a sí mismo o a otros²². En general, en estos casos, la autonomía es un valor que debe promoverse o restaurarse y no el derecho a que se respeten los deseos del individuo²¹. El médico se enfrenta a un conflicto entre lo que cree que es correcto y lo que es

su responsabilidad legal²¹, y cuando este conflicto se resuelve mal, hay procesos basados en la proposición de que la mayoría de los suicidios pueden prevenirse si se adoptan las actitudes adecuadas²⁰.

Esta situación está bien retratada en la descripción que Welsh y Deahl hacen de la psiquiatría moderna, que Feiring y Ugstad citan como *una incómoda división entre los territorios de la ley y la medicina, entre la coerción y la atención*²³. Existe una falta de capacidad para que estos pacientes sean atendidos plenamente y para que sean encaminados a sectores con recursos para tratar sus problemas²⁴, y algunos exámenes sistemáticos indican que la educación médica relativa al reconocimiento y el tratamiento de la depresión pueden reducir las tasas de suicidio¹¹. Un estudio realizado en los Estados Unidos demostró que existe una relación entre la formación y la capacidad para tratar a los pacientes suicidas; los profesionales que se sienten capaces de tratar a esos pacientes pueden comprenderlos mejor y, por consiguiente, tratar mejor esos casos²⁵. Algunos estudios han informado de una disminución de las tasas de suicidio tras la aplicación de la educación continua sobre la depresión para médicos generales²⁶. El protocolo de un estudio parte de la hipótesis de que los pacientes tratados por equipos multiprofesionales que han recibido una formación adecuada se recuperarán más rápidamente de las ideaciones suicidas, lo que puede disminuir los intentos de suicidio²⁷.

Las investigaciones y el conocimiento sobre la prevención del suicidio han aumentado, pero persisten los tabúes y el estigma, y las personas a menudo no buscan ayuda o son abandonadas⁷. El estigma asociado a la enfermedad mental, la certeza de que la situación es irreversible y la penalización del suicidio en algunos países favorecen la resistencia a buscar ayuda para la angustia emocional⁹.

Según Kovács², datos del Ministerio de Salud del Brasil muestran que el 40% de las personas que se suicidaron estaban en puestos de salud en busca de alivio, pero, paradójicamente, encontraron críticas, acusaciones y falta de protección, lo que aumentó su sufrimiento y sentimiento de abandono. La conducta suicida y la autolesión tienen mecanismos clave como la aflicción, la impulsividad, el sufrimiento emocional y la desesperación, y esto puede ser fácilmente interpretado falsamente como una conducta para llamar la atención, y en consecuencia ser tratada negativamente y sin compasión, afectando la participación y el manejo terapéutico³. Sin embargo, en las sociedades donde ha habido una reducción de los prejuicios y los juicios erróneos, la búsqueda de ayuda ha aumentado⁸.

La sensibilización y la comprensión de la salud mental por parte de la población en general deben incluir los esfuerzos del gobierno y otras instituciones para hacer frente al estigma del suicidio⁶. La salud pública sufre graves consecuencias derivadas de la influencia negativa que este estigma tiene en la calidad de la comunicación y el registro de los datos relacionados con la conducta suicida⁶.

En este estudio, tratamos de identificar las concepciones y posibles actitudes de los académicos de medicina y médicos acerca de los pacientes con ideación suicida o los que intentaron suicidarse, para verificar su comprensión de la ley y el Código de Ética Médica vigente en el Brasil, y para verificar si estas concepciones y posibles actitudes cambian durante la graduación. Esta investigación también tiene por objeto divulgar para los entrevistados el documento *Suicidio: informando para prevenir*²⁸, preparado por el Consejo Federal de Medicina (CFM) con la Asociación Brasileña de Psiquiatría (ABP).

Método

Esta encuesta trataba de las posibles actitudes y conceptos de los médicos y estudiantes de medicina con respecto a los pacientes suicidas. Se trata de un estudio transversal con método cuantitativo y cualitativo realizado en la Facultad de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp), São Paulo, Brasil, y en el Hospital terciario de Base de la Famerp, un centro de referencia regional y nacional para la atención y la educación.

Como instrumento de análisis y basándose en el manual publicado por la ABP²⁸, los investigadores elaboraron un protocolo de investigación (Anexo). El protocolo consistía en un cuestionario para reunir datos sociodemográficos, e incluía una encuesta con afirmaciones con respuestas de sí/no o una escala Likert de cinco puntos ("Muy en desacuerdo", "En desacuerdo", "No lo sé", "De acuerdo", "Muy de acuerdo").

Los datos que se obtuvieron del cuestionario se agruparon en cinco categorías: confidencialidad médica, deontología, negligencia médica, graduación y mitos y conceptos. Los datos se recogieron entre agosto de 2015 y julio de 2016. Las variables cualitativas fueron analizadas por la prueba de Shapiro-Wilk (normalidad) y la prueba de Kruskal-Wallis en el programa BioEstat 5.0. Los valores de $P < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Se estudiaron un total de 126 individuos: un grupo de 45 estudiantes del primer año (PG), un grupo de 48 becarios (BG), y un grupo de 33 doctores (DG). Los criterios de inclusión se establecieron con el fin

de contar con una muestra representativa de las diferentes fases de la formación médica para verificar si los aspectos investigados en el protocolo cambiaron durante ese período. Los participantes fueron reclutados mediante un muestreo de conveniencia basado en la accesibilidad, el interés en el estudio y la voluntad de participar. Se informó a todos los participantes de las características del estudio y éstos confirmaron su voluntad de participar firmando un formulario de consentimiento informado. Posteriormente, completaron un cuestionario para registrar los datos.

Resultados

De los 93 estudiantes incluidos en el estudio, 45 (48,4%) estaban en el primer año del curso de medicina y 48 (51,6%) eran becarios, de los cuales 27 (56,3%) estaban en el quinto año y 21 (43,7%) en el sexto año. Del DG, compuesto por 33 doctores, ocho (24,2%) eran instructores y 25 (75,8%) eran residentes. Los datos sobre el lugar de trabajo del DG y las frecuencias de atención a los pacientes con ideación suicida o intentos de suicidio se muestran en la Tabla 1. Los datos recopilados se dividieron en cinco categorías (Cuadro 1) con el objetivo de obtener una mejor comprensión del tema tratado.

Tres preguntas (Cuadro 1) analizaron los aspectos relacionados con la confidencialidad médica. Hubo diferencias significativas ($p < 0,05$) para las preguntas 11 y 22 entre el FG y el IG, y entre el FG y el DG (Tabla 2). No se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos para la pregunta 18; sin embargo, como se predijo, la

mayoría de los participantes eligieron la respuesta “De acuerdo” o “Muy de acuerdo”: 35 (77,8%) del FG, 35 (72,9%) del IG, y 26 (78,8%) del DG.

Tabla 1. Caracterización del Grupo de Doctores (DG)

Características	n	%
Sexo		
Hombre	19	57,6
Mujer	14	42,4
Lugar de trabajo		
Urgencia/Emergencia	7	21,2
Unidad de Cuidados Intensivos	2	6,1
Oncología	9	27,3
Enfermería de la clínica médica	11	33,3
Enfermería de cirugía general	1	3,0
Psiquiatría	15	45,5
Situación laboral		
Instructor	8	24,2
Residente		
Primer año	8	24,2
Segundo año	11	33,3
Tercer año	5	15,2
Cuarto año	1	3,0
Atención a pacientes con ideación suicida/semana		
No	2	6,1
1 a 5	25	75,8
6 a 10	6	18,2
11 a 15	1	3,0
Atención a pacientes con intento de suicidio/semana		
No	3	9,1
1 a 5	29	87,9

Cuadro 1. Categorías de las cuestiones abordadas en el protocolo de investigación

Cuestiones
Confidencialidad médica
11. La violación de la confidencialidad médica en situaciones que implican un suicidio puede considerarse ética y legal.
18. Al identificar a un paciente con riesgo medio de suicidio, la conducta adecuada sería solicitar permiso para contactar a familiares, amigos y/o colegas y explicar la situación sin causar alarma o subestimarla, dando solo la información necesaria y preservando la confidencialidad sobre otras informaciones y particularidades del individuo.
22. De acuerdo con el Código de Ética Médica brasileño: <i>el médico mantendrá la confidencialidad de la información que se le presente en el desempeño de sus funciones.</i> Se debe respetar la confidencialidad médica incluso en situaciones en las que el paciente tenga una idea suicida y corra el riesgo de suicidarse.
Deontología
12. La evaluación del riesgo de suicidio debe hacerse para todos los pacientes, independientemente de la presencia de manifestaciones explícitas sobre suicidio.
19. Urgencia/emergencia: La vigilancia durante las 24 horas del día debe ser estructurada por alguien del equipo de atención sanitaria o el cuidador, si se lo evalúa como calificado, hasta la reevaluación médica. Los objetos que puedan utilizarse para lesionarse a sí mismo o a otros (cuchillos, instrumentos afilados, medicamentos, cinturones y cuerdas) deben retirarse del acceso del paciente, así como sus objetos personales deben examinarse en busca de estos objetos. Las puertas, incluido el baño, no deben cerrarse con llave.

continúa...

Cuadro 1. Continuación

Cuestiones
21. Desde junio de 2014, la Lista Nacional de Notificación Obligatoria de enfermedades, lesiones y eventos de salud pública en los servicios de salud públicos y privados, en todo el territorio nacional, incluye el intento de suicidio como una notificación obligatoria inmediata dentro de las 24 horas a partir del conocimiento de la ocurrencia.
23. En los casos de alto riesgo de suicidio, el médico puede hospitalizar al paciente contra su voluntad para asegurar su vida.
24. Debe asegurarse que la persona que acaba de intentar suicidarse se someta inmediatamente a un tratamiento para reducir el riesgo de reintentar y consumir el suicidio.
Negligencia médica
1. El suicidio es una decisión individual, ya que uno tiene el pleno derecho de ejercer el libre albedrío.
5. Cuando un individuo muestra indicios de mejora o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro.
10. Los pacientes que están gravemente deprimidos, pero con la cognición intacta, pueden considerarse habilitados para rechazar la medicación antidepressiva.
13. Si no se examina la propensión del paciente a suicidarse o no se aplica un plan de precaución adecuado, después de que se haya pronosticado la posibilidad de un suicidio, se puede incurrir en responsabilidad profesional por las lesiones sufridas por el individuo en un intento de suicidio.
Graduación
26. Durante su graduación, ¿se preparó para tratar a pacientes con ideación suicida?
27. ¿Se siente preparado para atender a pacientes con comportamiento suicida (ideación, intentos, planificaciones)?
Mitos y conceptos
2. Cuando una persona piensa en suicidarse, se arriesga a hacerlo por el resto de su vida.
3. La gente que amenaza con matarse no lo hará, solo quiere llamar la atención.
4. Si una persona se sentía deprimida y pensaba en suicidarse, y en el momento siguiente se sintió mejor, normalmente significa que el problema ha terminado.
6. No debemos hablar de suicidio, ya que esto puede aumentar el riesgo.
7. El tratamiento eficaz de las enfermedades mentales es el pilar más importante de la prevención del suicidio. Después del tratamiento de la enfermedad mental el deseo de matar desaparece.
8. La mayoría de los suicidas hablan o muestran pistas sobre sus ideas sobre la muerte.
9. Hablar con alguien sobre el tema puede aliviar la angustia y la tensión que trae la ideación suicida.
14. Todo paciente que habla de suicidio tiene un riesgo potencial y merece una investigación y atención especiales.
15. El enfoque verbal puede ser tan importante o más que la medicación.
16. Aunque la mayoría de las personas que corren el riesgo de suicidarse tienen algún tipo de trastorno mental, la mayoría no busca un profesional de la salud mental.
17. La terapia electroconvulsiva sigue siendo el tratamiento más eficaz para la depresión, ya que se reserva principalmente para casos seleccionados como depresiones graves, depresiones refractarias, depresiones con síntomas psicóticos y depresiones con alto riesgo de suicidio.
20. La prevención del suicidio debe comenzar solo en los centros con un enfoque en la salud mental.

La deontología médica se evaluó en cinco preguntas del protocolo de investigación (Cuadro 1) y se observaron diferencias significativas entre los grupos en las preguntas 19, 21 y 23, que se refieren a la gestión de la urgencia/emergencia, la notificación obligatoria de los intentos de suicidio y la hospitalización involuntaria, respectivamente. En cuanto a la gestión de la urgencia/emergencia, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el FG (mediana=3,64) y el DG (mediana=4,21). En la pregunta sobre la notificación obligatoria, la diferencia entre el FG (mediana=3,15) y el DG (mediana=3,63) fue significativa, y 36 estudiantes (80%) del FG respondieron

“No lo sé”, mientras que en el DG, 19 médicos (57,6%) eligen la respuesta “De acuerdo” o “Muy de acuerdo”. En cuanto a la hospitalización involuntaria, se encontraron diferencias significativas entre el FG (mediana=3,07) y el IG (mediana=3,73), y entre el FG y el DG (mediana=3,94).

No hubo un aumento de la concordancia en relación con una graduación más alta para la pregunta 12. Entre los que respondieron “De acuerdo” o “Muy de acuerdo” para la pregunta 32, (71,1%) pertenecían al FG, 26 (54,1%) al IG y 21 (63,7%) al DG. En cuanto a la pregunta 24, aunque el resultado no fue significativo, los resultados se acercaron a la “respuesta esperada”, según las graduaciones más altas.

Tabla 2. Respuestas obtenidas en el protocolo de investigación

Preguntas	Respuestas esperadas	PG			BG			DG			p-valor				
		Promedio	Mediana	Modo	Promedio	Mediana	Modo	Promedio	Mediana	Modo	PG/BG	BG/DG			
P1	1	3,09	3	4	35,60%	2,73	3	2	39,60%	2,36	2	60,60%	ns	<0,05	ns
P2	2	2,27	2	2	60,00%	2,73	2	2	43,80%	3,3	4	42,40%	ns	<0,05	ns
P3	1	1,76	2	2	46,70%	1,21	1	1	79,20%	1,7	1	51,50%	<0,05	ns	ns
P4	1	1,89	2	2	60,00%	1,71	2	2	56,30%	1,85	2	57,60%		0,534	
P5	1	1,6	2	2	53,30%	1,42	1	1	58,30%	1,39	1	63,60%		0,1267	
P6	1	1,36	1	1	66,70%	1,27	1	1	75,00%	1,27	1	75,80%		0,4895	
P7	5	2,38	2	2	60,00%	2,54	2	2	54,20%	2,67	2	48,50%		0,5067	
P8	5	2,78	2	2	44,40%	3,98	4	4	43,80%	3,76	4	36,40%	<0,05	<0,05	ns
P9	5	3,89	4	4	73,30%	4,21	4	4	66,70%	4,33	4	57,60%	ns	<0,05	ns
P10	1	2,51	3	3	44,40%	2,1	2	2	45,80%	2	2	48,50%	ns	<0,05	ns
P11	5	2,56	3	3	40,00%	3,48	4	4	45,80%	3,97	4	63,60%	<0,05	<0,05	ns
P12	5	3,67	4	4	61,40%	3,15	4	4	45,80%	3,52	4	45,50%		0,1047	
P13	5	2,84	3	2,3	40,00%	3	3	3	37,50%	2,97	3	42,40%		0,599	
P14	5	3,58	4	4	62,20%	4,21	4	4	52,10%	4,18	4	48,50%	<0,05	<0,05	ns
P15	5	4,29	4	4	57,80%	4,38	4	4	62,50%	4,18	4	54,50%		0,5781	
P16	5	3,89	4	4	73,30%	4,25	4	4	56,30%	3,42	4	66,70%	<0,05	ns	ns
P17	5	2,78	3	3	82,20%	3,38	3	3,4	33,30%	3,42	3	30,30%	<0,05	<0,05	ns
P18	5	3,78	4	4	71,10%	3,69	4	4	62,50%	3,67	4	66,70%		0,9293	
P19	5	3,64	4	4	57,80%	3,88	4	4	58,30%	4,21	4	54,50%	ns	<0,05	ns
P20	1	2,18	2	2	73,30%	1,52	1	1	58,30%	1,45	1	54,50%	<0,05	<0,05	ns
P21	5	3,16	3	3	80,00%	3,48	3	3	45,80%	3,64	4	39,40%	ns	<0,05	ns
P22	1	2,91	3	2	40,00%	2,23	2	2	56,30%	1,82	2	51,50%	<0,05	<0,05	ns
P23	5	3,07	3	3	44,40%	3,73	4	4	52,10%	3,94	4	51,50%	<0,05	<0,05	ns
P24	5	3,96	4	4	64,40%	4,06	4	4	60,40%	4,24	4	75,80%		0,2071	

PG: estudiantes del primer año; IG: becarios; DG: doctores; ns: no es significativo

Los aspectos relacionados con la negligencia médica fueron analizados por cuatro preguntas; las preguntas número 1 y 10, relacionadas con la autonomía del paciente, tuvieron $p < 0,05$ cuando se compararon con el FG (mediana=3,09 y mediana=2,51, respectivamente) y el DG (mediana=2,36 y mediana=2, respectivamente). La respuesta esperada para ambos era “Muy en desacuerdo”. Los hallazgos sugieren que estos aspectos probablemente se habían enseñado en el curso de graduación de medicina. Los resultados de los tres grupos para la pregunta 5 se acercan a lo esperado (“Muy en desacuerdo”). Sin embargo, las respuestas obtenidas para la pregunta 13 (mediana=2,93) no corresponden a lo esperado.

Dos preguntas del protocolo analizaban aspectos de la graduación. Cuando se les preguntó a los encuestados si estaban preparados durante la graduación para tratar a pacientes con ideas suicidas, 12 (25,5%) becarios respondieron “De acuerdo” y ninguno respondió “Muy de acuerdo”, mientras que 12 (36,4%) del DG respondieron “De acuerdo” o “Muy de acuerdo” ($p=0,31$). En relación a estar preparados para tratar a pacientes con conducta suicida, 37 becarios (77,1%) no se sentían preparados; entre los médicos, 13 (39,4%) respondieron que no estaban preparados ($p=0,021$).

De las declaraciones del protocolo de investigación, 12 analizaron aspectos relacionados con los mitos y conceptos. Hubo una diferencia significativa entre los grupos para ocho preguntas (2, 3, 8, 9, 14, 16, 17, 20). En cuanto a la pregunta 2, hubo una distancia entre la respuesta dada por los participantes y la respuesta esperada durante la graduación, según lo indicado por las medianas encontradas en los grupos de estudio: FG (mediana=2,26), IG (mediana=2,72) y DG (mediana=3,30); siendo la diferencia significativa ($p < 0,05$) entre el FG y el DG.

En las otras preguntas con $p < 0,05$ hubo una aproximación a la respuesta esperada durante la graduación. En cuanto a las preguntas en las que no hubo diferencia significativa entre los tres grupos analizados (4, 6, 7, 15), solo la pregunta 7 muestra resultados diferentes a los esperados (“De acuerdo” y “Muy de acuerdo”; FG: mediana=2,37; IG: mediana=2,54; y DG mediana=2,66).

Discusión

Según el Código de Ética Médica del Brasil¹⁸, los médicos deben mantener confidencial la información que obtengan en el desempeño de sus funciones, pero en caso de riesgo inminente de muerte, el médico debe comunicar el hecho a los miembros de la familia, es decir, romper el secreto para preservar la

vida del paciente. Según el *Manual para la prevención del suicidio: un manual para profesionales de atención primaria*²⁹, elaborado por el Ministerio de Salud del Brasil con la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad Estadual de Campinas, incluso sin el consentimiento, ante una situación de riesgo que justifique la violación de la confidencialidad, se debe localizar a una persona cercana al paciente. En este estudio, las medias de los resultados obtenidos se acercaron más a lo esperado a medida que aumentaba el nivel académico del participante y fueron similares a los resultados encontrados en la literatura, lo que indica que este conocimiento se aprende durante la graduación.

En lo que respecta a la deontología médica en relación con la conducta suicida, las principales responsabilidades del profesional sanitario son la capacidad de identificar, reducir al mínimo y tratar los factores de riesgo, siempre con el objetivo de proteger al paciente³⁰. Los participantes en la investigación actual se muestran bien instruidos en el manejo de la urgencia/emergencia y la posibilidad de hospitalización involuntaria. Se encontró desinformación con respecto a la notificación obligatoria: algunos médicos desconocían la Ordenanza 1.271/2014 del Ministerio de Salud del Brasil³¹, que define la Lista Nacional de Notificación Obligatoria de enfermedades, lesiones y eventos de salud pública en los servicios de salud públicos y privados en Brasil. En consecuencia, los intentos de suicidio deben notificarse dentro de las 24 horas siguientes al acontecimiento³¹.

Otra cuestión presente en los estudios universitarios es la evaluación del riesgo de suicidio; como no hay forma de predecir quién se suicidará, se debe evaluar el riesgo individual que presenta cada paciente³⁰. Bertolote, Mello-Santos y Botega³⁰ refuerzan lo importante que es investigar la ideación suicida y los factores de riesgo en todos los pacientes hospitalizados en emergencias clínicas y en pabellones no psiquiátricos.

En cuanto a la ética de los procedimientos, el comportamiento suicida se ve como una circunstancia importante en la que el principio primordial de la autonomía del paciente puede ser sustituido por los principios de beneficencia y no maleficencia, ya que el descuido del riesgo para la vida y el sufrimiento mental resultantes del comportamiento suicida puede incurrir en falta de ética. Sobre este tema, el código de ética médica de Brasil establece que *está prohibido que el médico cause daños al paciente por acción u omisión, lo que puede caracterizarse como mala praxis, imprudencia o negligencia, y la responsabilidad médica es siempre personal y no se puede presumirla*³². Los resultados de este estudio indican que los participantes no consideran al profesional como

responsable en los casos de lesiones resultantes de un intento de suicidio tras el fracaso del examen médico o de la aplicación de precauciones después de que se prevea la posibilidad de un suicidio.

La formación para tratar a pacientes con ideas, ideaciones e intentos de suicidio mejora las aptitudes médicas en general; pero los participantes informaron de que no estaban adecuadamente preparados durante la graduación. Según la directiva desarrollada por el CFM en asociación con la ABP, *el tratamiento eficaz de las enfermedades mentales es el pilar más importante de la prevención del suicidio. Después del tratamiento de la enfermedad mental, el deseo de suicidarse desaparece*³³. Tal concepto no parece estar bien establecido entre nuestro grupo de estudio, que cree que una vez que el individuo ha pensado en suicidarse, el riesgo de suicidio será una condición permanente.

Consideraciones finales

Esta investigación tiene algunas limitaciones que pueden ser minimizadas en futuros estudios. Una

de ellas es que se realizó con médicos y estudiantes de medicina de una región específica del Brasil, es decir, los resultados obtenidos no pueden generalizarse. Otra limitación, a pesar de toda la atención, se refiere a los posibles sesgos de la información por parte de los entrevistados, como la falta de atención o comprensión, la prisa por responder y la autocensura.

Sin embargo, estas limitaciones no desvalorizan los resultados del estudio y las conclusiones a las que se ha llegado. Este documento registra la opinión y los conocimientos de los médicos y estudiantes de medicina vinculados a la Escuela de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, y sus resultados pueden ser útiles para futuras comparaciones, ya que este tipo de estudio debería tratar de abarcar un mayor número de instituciones, más doctores en medicina y académicos.

En este sentido, sugerimos la adopción de medidas de educación continua con un enfoque más centrado en este tema. Los suicidios son fenómenos complejos que implican varias disciplinas y, en palabras de Kovács, *en este contexto, las respuestas simplistas deben dar lugar a la reflexión y el debate multidisciplinario*³⁴.

Esta investigación fue apoyada por el Programa Institucional de Becas de Iniciación Científica (Pibic) de la Famerp.

Referencias

1. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Internet]. Ginebra: WHO; 2010 [acceso 18 set 2018]. Disponible: <https://bit.ly/39mKC8p>
2. Kovács MJ. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Psicol Teor Prát* [Internet]. 2013 [acceso 9 jul 2016];15(3):69-82. Disponible: <https://bit.ly/2WHWmjb>
3. Michail M, Tait L. Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [acceso 11 jul 2016];6:e009654. Disponible: <https://bit.ly/33L0Hnf>
4. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs: sustainable development goals [Internet]. Ginebra: WHO; 2016 [acceso 6 ago 2016]. Disponible: <https://bit.ly/2Uh9NVE>
5. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository [Internet]. 2016 [acceso 6 ago 2016]. Disponible: <https://bit.ly/2wqg4FH>
6. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework [Internet]. Ginebra: WHO; 2012 [acceso 9 jul 2016]. Disponible: <https://bit.ly/2y8JYI9>
7. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Ginebra: WHO; 2014 [acceso 10 dez 2014]. Disponible: <https://bit.ly/2QK8m8Y>
8. Silva TPS, Sougey EB, Silva J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acceso 9 jul 2016];23(2):419-26. Disponible: <https://bit.ly/3bC2GgH>
9. Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ML, editores. *Mental, neurological, and substance use disorders* [Internet]. 3ª ed. Washington: World Bank; 2015 [acceso 25 mar 2020]. (Disease control priorities, 4). DOI: 10.1596/978-1-4648-0426-7
10. Ballard ED, Cwik M, Storr CL, Goldstein M, Eaton WW, Wilcox HC. Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2014 [acceso 9 jul 2016];36(4):437-41. Disponible: <https://bit.ly/2UA6yI2>
11. Tait L, Michail M. Educational interventions for general practitioners to identify and manage depression as a suicide risk factor in young people: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev* [Internet]. 2014 [acceso 11 jul 2016];3(1):145. Disponible: <https://bit.ly/3bsZEuK>
12. Schaffer A, Sinyor M, Kurdyak P, Vigod S, Sareen J, Reis C et al. Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry* [Internet]. 2016 [acceso 11 jul 2016];15(2):135-45. Disponible: <https://bit.ly/33LEup4>

13. Ahmedani BK, Stewart C, Simon GE, Lynch F, Lu CY, Waitzfelder BE et al. Racial/ethnic differences in healthcare visits made prior to suicide attempt across the United States. *Med Care* [Internet]. 2015 [acceso 9 jul 2016];53(5):430-5. Disponible: <https://bit.ly/2vRYOZC>
14. Younes N, Chee CC, Turbelin C, Hanslik T, Passerieux C, Melchior M. Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2013 [acceso 9 jul 2016];14:68. Disponible: <https://bit.ly/39kS8Rn>
15. Sendra-Gutiérrez JM, Esteban-Vasallo M, Domínguez-Berjón MF. Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2018 [acceso 11 jul 2018];11(4):234-43. Disponible: <https://bit.ly/3ajYt0D>
16. Gutierrez BAO. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicol USP* [Internet]. 2014 [acceso 9 jul 2016];25(3):262-9. Disponible: <https://bit.ly/2Ugn0ye>
17. Chakravarthy B, Hoonpongsimanont W, Anderson CL, Habicht M, Bruckner T, Lotfipour S. Depression, suicidal ideation, and suicidal attempt presenting to the emergency department: differences between these cohorts. *West J Emerg Med* [Internet]. 2014 [acceso 9 jul 2016];15(2):211-6. Disponible: <https://bit.ly/2QL8g8t>
18. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931/09 [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acceso 18 dez 2014]. Disponible: <https://bit.ly/3dxXFYi>
19. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5ª ed. Nova York: Oxford University Press; 2001.
20. Ho AO. Suicide: rationality and responsibility for life. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2014 [acceso 3 dez 2014];59(3):141-7. Disponible: <https://bit.ly/33Laz0f>
21. Sjöstrand M, Sandman L, Karlsson P, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2015 [acceso 9 jul 2016];16:37. Disponible: <https://bit.ly/3dtR5ly>
22. Feiring E, Ugstad KN. Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014 [acceso 13 jul 2016];14:500. Disponible: <https://bit.ly/2UANtvx>
23. Feiring E, Ugstad KN. Op. cit. p. 10.
24. Daolio ER. Suicídio: tema de reflexão bioética. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2012 [acceso 11 jul 2016];20(3):436-41. Disponible: <https://bit.ly/33NqBAI>
25. Graham RD, Rudd MD, Bryan CJ. Primary care providers' views regarding assessing and treating suicidal patients. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2011 [acceso 7 nov 2016];41(6):614-23. Disponible: <https://bit.ly/3bwp76V>
26. Malakouti SK, Nojomi M, Ahmadkhaniha HR, Hosseini M, Fallah MY, Khoshalani MM. Integration of suicide prevention program into primary health care network: a field clinical trial in Iran. *Med J Islam Repub Iran* [Internet]. 2015 [acceso 11 jul 2016];29:208. Disponible: <https://bit.ly/2wsCl5N>
27. Beurs DP, Groot MH, Bosmans JE, Keijser J, Mokkenstorm J, Verwey B et al. Reducing patients' suicide ideation through training mental health teams in the application of the Dutch multidisciplinary practice guideline on assessment and treatment of suicidal behavior: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 2013 [acceso 3 dez 2014];14:372. Disponible: <https://bit.ly/39kUHTv>
28. Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina. Suicídio: informando para prevenir [Internet]. Brasília: CFM; 2014 [acceso 6 dez 2014]. Disponible: <https://bit.ly/2QKjBFs>
29. D'Oliveira CF, Botega NJ, organizadores. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; ca.2006 [acceso 10 dez 2014]. Disponible: <https://bit.ly/3eytFMm>
30. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2010 [acceso 14 jan 2015];32(supl 2):S87-95. Disponible: <https://bit.ly/2UCkzoE>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 9 jun 2014 [acceso 15 abr 2020]. Disponible: <https://bit.ly/34Bx6Nw>
32. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. p. 34. Tradução livre.
33. Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina. Op. cit. p. 13. Tradução livre.
34. Kovács MJ. Op. cit. p. 76. Tradução livre.

Participación de los autores

Gabriela do Prado Rocha condujo la investigación de campo. Gerardo Maria de Araújo Filho concibió el estudio y orientó la discusión. Lazslo Antônio Ávila participó en la concepción y desarrollo de la investigación. Todos los autores colaboraron en la redacción del texto.

Correspondencia

Lazslo Antônio Ávila – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Av. Brigadeiro Faria Lima, 5.416 CEP 15090-000. São José do Rio Preto/SP, Brasil.

Gabriela do Prado Rocha – Estudiante de grado – gabrielap_rocha@outlook.com

0000-0002-9791-3564

Gerardo Maria de Araújo Filho – Doctor – filho.gerardo@gmail.com

0000-0001-7112-8456

Lazslo Antônio Ávila – Doctor – lazslo@terra.com.br

0000-0001-6392-1016



Anexo

Protocolo de investigación

Sexo: () H () M Edad:

Año de graduación:

Si es estudiante: () Primer año () Sexto año (Pasar a las afirmaciones numeradas)

Médico residente: () Sí () No

Si es residente, cuál es el año de residencia (considere todos los años de residencia):

() Primero () Segundo () Tercero () Cuarto () Quinto () Sexto

Lugar de trabajo:

() Urgencia / emergencia

() UCI

() Oncología

() Sala de la clínica médica

() Sala de cirugía general

() Sala de ortopedia

¿Ayuda a pacientes con ideación suicida en su lugar de trabajo? () Sí () No

En caso afirmativo, indique el promedio de asistencia semanal de los pacientes con ideación suicida en su lugar de trabajo que más se aproxime a la realidad:

() 1 a 5 pacientes

() 6 a 10 pacientes

() 11 a 15 pacientes

() 16 a 20 pacientes

() Más de 21 pacientes

¿Ayuda a los pacientes con intentos de suicidio en su lugar de trabajo?

() Sí () No

En caso afirmativo, indique el promedio de asistencia semanal de los pacientes con intentos de suicidio en su lugar de trabajo que más se aproxime a la realidad:

() 1 a 5 pacientes

() 6 a 10 pacientes

() 11 a 15 pacientes

() 16 a 20 pacientes

() Más de 21 pacientes

Marque la opción más apropiada para las siguientes afirmaciones:

1. El suicidio es una decisión individual, ya que uno tiene el pleno derecho de ejercer el libre albedrío.

() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo

2. Cuando una persona piensa en suicidarse, corre el riesgo de suicidarse para el resto de su vida.

() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo

3. La gente que amenaza con matarse no lo hará, solo quiere llamar la atención.

() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo

4. Si una persona que se sentía deprimida y pensaba en suicidarse, en el siguiente momento se siente mejor, normalmente significa que el problema ha terminado.

() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo

5. Cuando un individuo muestra señales de progreso o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo
6. No debemos hablar de suicidio, ya que esto puede aumentar el riesgo.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo
7. El tratamiento eficaz de las enfermedades mentales es el pilar más importante de la prevención del suicidio. Después del tratamiento de la enfermedad mental, el deseo de matarse desaparece.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo
8. La mayoría de los suicidas hablan o muestran señales sobre sus ideas de muerte.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo
9. Hablar con alguien sobre el tema puede aliviar la angustia y la tensión que traen las ideaciones suicidas.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo
10. Los pacientes que están gravemente deprimidos, pero con la cognición intacta, pueden considerarse competentes para rechazar la medicación antidepressiva.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo
11. La violación de la confidencialidad médica en situaciones de suicidio puede considerarse ética y legal.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo
12. La evaluación del riesgo de suicidio debe hacerse para todos los pacientes, independientemente de la presencia de quejas explícitas sobre el suicidio.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo
13. Si no se examina la propensión del paciente a suicidarse o no se aplica un plan de precaución adecuado, después de que se haya pronosticado la posibilidad de suicidio, se puede incurrir en responsabilidad profesional por las lesiones sufridas por el individuo en un intento de suicidio.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo
14. Todo paciente que habla de suicidio tiene un riesgo potencial y merece una investigación y atención especial.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo
15. El enfoque verbal puede ser tan importante o más que la medicación.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo
16. Aunque la mayoría de las personas que corren el riesgo de suicidarse tienen algún trastorno mental, la mayoría no busca un profesional de la salud mental.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo
17. La terapia electroconvulsiva sigue siendo el tratamiento más eficaz para la depresión, ya que se reserva principalmente para casos seleccionados como depresiones graves, depresiones refractarias, depresiones con síntomas psicóticos y depresiones con alto riesgo de suicidio.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo
18. Al identificar a un paciente con riesgo medio de suicidio, la conducta adecuada sería solicitar permiso para contactar con la familia, los amigos y/o los colegas y explicar la situación sin alarmarse ni subestimarla, dando solo la información necesaria y preservando la confidencialidad de otra información sobre las particularidades del individuo.
() Muy en desacuerdo () En desacuerdo () No lo sé () De acuerdo () Muy de acuerdo

19. Urgencia/emergencia: La vigilancia durante las 24 horas del día debe ser estructurada por alguien del equipo de atención sanitaria o del cuidador, si se lo evalúa como calificado, hasta la reevaluación médica. Los objetos que puedan utilizarse para lesionarse a sí mismo o a otros (cuchillos, instrumentos afilados, medicamentos, cinturones y cuerdas) deben retirarse del acceso del paciente, así como sus pertenencias deben ser inspeccionadas en busca de estos objetos. Las puertas, incluido el baño, no deben cerrarse con llave.

Muy en desacuerdo En desacuerdo No lo sé De acuerdo Muy de acuerdo

20. La prevención del suicidio debe comenzar solo en los centros con un enfoque en la salud mental.

Muy en desacuerdo En desacuerdo No lo sé De acuerdo Muy de acuerdo

21. Desde junio de 2014, la Lista Nacional de Notificación Obligatoria de enfermedades, lesiones y eventos de salud pública en los servicios de salud públicos y privados, en todo el territorio nacional, incluye el intento de suicidio como una notificación obligatoria inmediata dentro de las 24 horas a partir del conocimiento de la ocurrencia.

Muy en desacuerdo En desacuerdo No lo sé De acuerdo Muy de acuerdo

22. Según el Código de Ética Médica brasileño, *el médico mantendrá la confidencialidad de la información que conozca en el desempeño de sus funciones*. La confidencialidad médica debe ser respetada incluso en situaciones en las que el paciente tiene ideación suicida y está en riesgo de cometer suicidio.

Muy en desacuerdo En desacuerdo No lo sé De acuerdo Muy de acuerdo

23. En los casos de alto riesgo de suicidio, el médico puede hospitalizar al paciente contra su voluntad para asegurar su vida.

Muy en desacuerdo En desacuerdo No lo sé De acuerdo Muy de acuerdo

24. Debe asegurarse que la persona que acaba de intentar suicidarse se someta inmediatamente a un tratamiento para reducir el riesgo de reintentar y completar el suicidio.

Muy en desacuerdo En desacuerdo No lo sé De acuerdo Muy de acuerdo

25. Todas las evaluaciones médicas deben incluir:

- Enfermedad mental
- Antecedentes personales y familiares de comportamiento suicida
- Posibilidad de suicidio (evaluación del riesgo de suicidio)
- Características de la personalidad
- Factores de estrés crónicos y recientes
- Factores psicosociales y demográficos
- Presencia de otras enfermedades

26. ¿Se preparó durante su graduación para tratar a pacientes con ideación suicida?

Muy en desacuerdo En desacuerdo No lo sé De acuerdo Muy de acuerdo

27. ¿Se siente preparado (a) para atender a pacientes con comportamiento suicida (ideación, intentos, planes)?

Sí No

28. En promedio, ¿cuál fue la carga de trabajo total (en horas) asignada a esta formación durante su graduación (puede incluir clases de pregrado en una o más asignaturas, pasantías centradas en el tema y debates sobre suicidio)?

29. ¿Conocía o ha oído hablar de la publicación *Suicidio: informando para prevenir* del Consejo Federal de Medicina en colaboración con la Asociación Brasileña de Psiquiatría?

Sí No

30. En caso afirmativo, ¿ha leído (en su totalidad o en parte) la publicación *Suicidio: informando para prevenir* del Consejo Federal de Medicina en asociación con la Asociación Brasileña de Psiquiatría?

Sí No