

Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Volumen 13 No.3 - 2016

Intervención educativa sobre suicidio en el personal de enfermería de Bartolomé Masó Márquez, 2015

Educational Intervention on Suicide in the Nursing Staff in Bartolomé Masó Márquez Municipality, 2015

Lic. Aleida Santamarina Fernández,^ILic. Wilfredo Joel Pupo Báez,^{II}Lic. Marcia Santamarina Fernández,^{III}Lic. Odalis Quintero Ríos,^{IV}Lic. Luis Angel Yero Suárez,^VLic. Caridad Bruff Viera,^{VI}

I Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Granma "Celia Sánchez Manduley, Cuba

II Licenciado en Psicología. Policlínico docente Bartolomé Masó Márquez. Granma, Cuba

III Licenciada en Enfermería. Policlínico docente Bartolomé Masó Márquez. Granma, Cuba

IV Licenciada en Enfermería. Especialista en Psiquiatría. Policlínico docente Bartolomé Masó Márquez. Granma, Cuba

V Licenciado en Enfermería. Policlínico docente Bartolomé Masó Márquez. Granma, Cuba

VI Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Granma "Celia Sánchez Manduley, Cuba

RESUMEN

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el suicidio como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal.

Objetivo: Desarrollar una intervención educativa para evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el suicidio.

Método: Se realizó una Intervención Educativa con una evaluación antes y después en el personal de enfermería. El universo estuvo conformado por 63 enfermeras de consultorios y centro internos. Se conformó una muestra 20 enfermeras, optando por el personal de las áreas de salud de mayor incidencia de intento suicida.

Resultados: Se evidencia que inicialmente solo el 80 % del personal de enfermería respondió de manera correcta a la definición de suicidio. En relación con los conocimientos existentes sobre la conducta a seguir ante un amigo con idea suicida, al inicio del estudio existe un 30% de respuesta incorrecta. Acerca de los mitos, se encontró el 30 % piensa que los niños no se suicidan. La percepción sobre las personas que han realizado intento suicida, se encontró el 50 % piensa que son persona atormentada por los espíritus. El nivel de conocimientos del personal de enfermería antes de la intervención educativa fue adecuado en 60 % y después de la capacitación, se registró un aumento positivo, obteniéndose un 80%.

Conclusiones: Este estudio facilitó la capacitación del personal de enfermería incrementar los conocimientos teóricos y prácticos a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería en las discusiones de casos realizadas. Los resultados obtenidos tras la intervención fueron evaluados de buenos.

Palabras clave: suicidio, intervención educativa, equipo de enfermería

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization (WHO) defines suicide as a deliberately initiated act, which is carried out by a person in full knowledge or prediction of its tragic outcome.

Objective: Carry out an educational intervention to assess nursing staff's knowledge about suicide.

Methods: An educational intervention was carried out, applying an evaluation to the nursing staff before and after it. The universe consisted of 63 female nurses from family doctor-and-nurse offices, and from other centers where people are admitted. A sample of 20 nurses, from those health areas where there was a greater incidence of suicide attempt, was selected.

Results: At the beginning, only 80% of the nursing staff answered the definition of suicide correctly, and 30% had incorrect answers as far as how to react to a friend's suicidal idea is concerned. In reference to myths, 30% thinks children do not commit suicide. 50% believes that those people who have had suicide attempt are tormented by spirits. Nursing staff's knowledge before the educational intervention was 60%, and after training 80%, being a positive increase.

Conclusions: This study facilitated the nursing staff's training about several topics related to suicidal behavior, and allowed to increase theoretical and practical knowledge by means of case discussions in which the nursing staff participated. Results after the intervention were evaluated as good.

Keywords: Educational intervention, suicide, nursing staff

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, define el suicidio como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal. Se entiende por intento de suicidio todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal. Por otra parte, el comportamiento suicida incluye la ideación suicida, así como planificar, intentar y cometer un suicidio propiamente dicho.

Las tasas más altas de suicidio se registran en Europa del Este y las más bajas en América Latina, en los países musulmanes y en algunas regiones asiáticas. En los países africanos se dispone de poca información sobre este hecho, por lo cual se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Así, las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años.²

A nivel mundial, este grave problema de salud pública representa un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. En los países de altos ingresos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre: mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer; es en estos últimos donde los recursos y servicios suelen ser escasos y limitados para la identificación temprana, el tratamiento y apoyo a las personas necesitadas.¹

Las naciones desarrolladas presentan altas tasas de mortalidad por suicidio. Corea del Sur y Japón presentan los índices más altos del mundo, con 24,8 y 27 de cada 100 000 personas, respectivamente; seguidos por Bélgica (21,3), Finlandia (20,35) y los Estados Unidos (11,1).³

Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1 110 personas y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, entre otros.4 Igualmente la OMS plantea que en el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual de 11,4 por 100 000 habitantes, lo que la convierte en la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. En este mismo sentido, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el año 2013, señaló que en América Latina, Colombia ocupa el tercer lugar en tasas, lo que la ubica después de países como Cuba y Brasil, con una tasa para ese año de 3,8.5 Según Anuario estadístico 2015 , en el año 2014 existió una tasa de 2,4 por 10 000 habitantes en las edades de 10 a 19 años, ocupando la tercera causa de muerte para este grupo de edades, y en el año 2015 presentó igual tasa y lugar de causa de muerte en esta población.6 En Cuba, durante el 2014 no se registra un incremento en las tasas de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, no obstante el riesgo de morir por estas lesiones es cuatro veces mayor en los hombres. Desde 1989, el país ha establecido el Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida, cuyos objetivos abarcan la reducción de la morbilidad por intento suicida y de los indicadores de mortalidad por suicidio consumado.1 Uno de los problemas actuales más acuciantes a los que se enfrenta el profesional de la salud mental, es la conducta suicida, pues cada año aumentan los fallecidos por esa causa y los que intentan consumir el hecho, con el consecuente lastre psicológico, sociológico y asistencial para ellos, sus familiares y el equipo médico que les atiende en tan lamentable situación.7

Teniendo en cuenta los argumentos anteriores y la alta incidencia de tentativa de suicidios en el Municipio Bartolomé Masó Márquez en el período 2013-2014, nos motivaron en la realización de esta investigación con el propósito de elevar los conocimientos sobre la conducta suicida en el personal de enfermería.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó una Intervención Educativa con una evaluación antes y después en el personal de enfermería con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre manejo de la conducta suicida, en el Policlínico Bartolomé Masó Márquez, entre enero 2015- enero 2016. El universo estuvo conformado por 63 enfermeras de consultorios y centro internos y una muestra 20 enfermeras, optando por el personal de enfermería de las áreas de salud de mayor incidencia de intento suicidio para que se apropien de los conocimientos y los pongan en prácticas.

La investigación se llevó a cabo en tres etapas:

Etapas diagnóstica: Se solicitó el consentimiento informado de las enfermeras y se aplicó un instrumento que para su confección se realizaron revisiones bibliográficas, consta de 5 preguntas para identificar las necesidades de aprendizajes, a responder por opciones diseñada y validada por el psicólogo, para su confección se realizaron revisiones. En ella se identificaron del nivel de conocimientos sobre suicidio antes de la intervención.

Etapas de intervención: la intervención educativa se realizó mediante la aplicación de un programa de clases sobre el manejo de la conducta suicida, cuyo contenido estuvo directamente relacionado con las necesidades de aprendizaje encontradas. Diez encuentros con una periodicidad semanal con una duración de 45 minutos. Se impartió temas tales como Un acercamiento a la problemática y los conceptos relacionados con el suicidio, factores y grupos de riesgo del suicidio, consecuencias asociadas al suicidio, Familia. Su rol comunitario en el enfrentamiento de los riesgos asociados al suicidio, Personalidad y conducta suicida, Mitos y realidades sobre el suicidio. Presentación y Discusión de casos aplicando el Proceso de Atención de Enfermería.

Etapas de evaluación: Se realizó una segunda aplicación del cuestionario empleado en la etapa diagnóstica y se evaluaron las modificaciones de los conocimientos comparándolas con los resultados obtenidos.

Su calificación se estableció a partir de que se consideró como *excelente* el nivel de conocimiento si obtenían en el instrumento de recolección de la información 5; *bueno*, si obtenían 4; nivel de conocimientos *regular*, de obtener 3; y *malo* si obtenían menos de 3. El análisis de los datos se realizó fundamentalmente, en base al uso de la estadística descriptiva.

La investigación se realizó con apego a los principios de la ética médica para un estudio científico. Una vez informado sobre el propósito del estudio, los procedimientos que se realizarían, los beneficios de la investigación, la alternativa de participar o no, la confidencialidad de los datos obtenidos

RESULTADOS

En la tabla 1, se observa antes de la intervención, el 75% obtuvieron calificación de regular expresaban que era quitarse la vida, el 5% evaluada de Bien, relacionado a la identificación de personas de riesgo predominó en un 45 % el falso concepto de que el que se divorcia constituyen un riesgo de intento suicidio, 15% no identificaron los farmacodependientes, así como el 10% al que amenaza con matarse, 15% de forma incorrecta identifica a los fumadores. Luego de la intervención se logró que el 100 % respondiera de manera adecuada.

Tabla 1. Evaluados según conocimientos sobre suicidio y momento de intervención

Conocimientos sobre Suicidio	Respuestas correctas			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Concepto de Suicidio	16	80	20	100
Conocimientos sobre Identificar personas de Riesgo				
Adultos mayores que viven solos	20	100	20	100
Un campeón olímpico	20	100	20	100
Alcohólicos.	20	100	20	100
Fumadores.	17	85	20	100
Farmacodependientes.	17	85	20	100
El que amenaza con matarse	18	90	20	100
El que está deprimido	20	100	20	100
El que se divorcia	11	55	20	100

La tabla 2. Muestra antes de la intervención un 30% de respuesta incorrecta relacionado con la conducta de no llevarlo a un hospital y un 35 % de respuestas incorrectas en cuanto de no hacerle caso, porque él que lo dice nunca lo hace, luego de la intervención se elevó hasta el 100 % de manera adecuada.

Tabla 2. Evaluados según conocimientos sobre suicidio y momento de intervención.

Conocimientos sobre conducta a seguir ante un amigo con idea suicida	Respuestas correctas			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Correr con él para el hospital	14	70	20	100
No hacerle caso, porque él que lo dice nunca lo hace	13	65	20	100
Darle apoyo emocional y psicológico	20	20	20	100
Invitarlo a tomar para que se controle los nervios	20	20	20	100
Poner al tanto a su familia para que busquen ayuda especializada	20	20	20	100
Darle una soga o decirle que se tire delante de un carro para que no lo haga	20	20	20	100

-Antes de realizar la intervención educativa solamente el 30 % del personal de enfermería piensa que los niños no se suicidan, el 20% que los que dicen que lo van hacer nunca lo hacen y el 15% desacertadas relacionado los que a consecuencias del alcohol presenta conflictos interpersonales. Una vez desarrollada la intervención se pudo elevar 100 %. (Tabla 3).

Tabla 3. Evaluados según conocimientos sobre suicidio y momento de intervención.

Conocimientos sobre Mitos y Realidades relacionado con la Conducta Suicida	Respuestas correctas			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Solo lo hacen los que están locos	20	100	20	100
Los que dicen que lo van hacer nunca lo hacen.	16	80	20	100
Los que a consecuencia del alcohol presentan conflictos interpersonales.	17	85	20	100
Los que no tienen familia ni amigos	19	95	20	100
Los niños nunca se suicidan	14	70	20	100
Solo lo hacen los viejos que ya están aburridos de la vida	20	100	20	100

-Antes de la intervención, solamente el 50 % piensa que son persona atormentada por los espíritus, el 20% persona con herencia genética y el 15% sinvergüenza que quiere salirse con la suyas, luego de la intervención se elevó hasta el 100 % de manera adecuada. (Tabla 4).

Tabla 4. Evaluados según conocimientos sobre suicidio y momento de intervención.

Percepción ante un Paciente que haya realizado un intento suicida	Respuestas correctas			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Una persona con debilidad mental	20	100	20	100
Una sinvergüenza que quiere salirse con las suyas	16	80	20	100
Una persona enferma	20	100	20	100
Una persona con herencia genética	16	80	20	100
Una persona atormentada por los espíritus	10	50	20	100
Una persona con debilidad mental	20	100	20	100

El resultado general de la intervención educativa mostró que antes de su aplicación solo el 60 % del personal de enfermería objeto de estudio tenían conocimientos adecuados sobre el Manejo de la conducta suicida, una vez realizada esta se logró que el 80 % de ellos tuviera conocimientos adecuados. (Tabla 5).

Tabla No. 5. Evaluados según conocimientos sobre suicidio y momento de intervención.

Nivel de capacitación	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Excelente	-		2	10
Bueno	12	60	14	70
Regular	5	25	4	20
Mal	3	15	-	5
Total	20	100	20	100

DISCUSIÓN

En cuanto a los resultados obtenidos en relación con los conocimientos existentes antes y después de la intervención educativa sobre la definición del suicidio tenían la idea, pero no la solidez del concepto y la identificación de las personas de riesgo, cabía esperarse que tuvieran mayores conocimientos ya que en cada área de salud por el programa de salud mental tiene orientado esta acción, así como es controlado por el grupo básico de trabajo; sin embargo, existió el falso concepto de que el que se divorcia constituyen un riesgo de intento suicidio. Aclarado y fundamentado. La existencia de antecedentes personales de intentos suicida en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado.⁸

A partir del conocimiento de los factores de riesgo del intento de suicidio, el médico y la enfermera de la atención primaria estaría en condiciones para detectar aquellos individuos suicidas en potencia y trazar la conducta a seguir para que este paciente sea valorado de forma precoz por profesionales de la salud mental, los que sin objeción, están científicamente más capacitados para profundizar en el diagnóstico nosológico, perturbación y letalidad potencial de la persona con riesgo de autodestrucción, así como la terapéutica que debe ser aplicada, sea hospitalizado o de forma ambulatoria.⁵

En nuestro país existe un Programa de Prevención de la Conducta Suicida, que considera los siguientes factores de riesgo. (Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Prevención de la conducta suicida. Ciudad de La Habana, 1988).⁹

1. Adolescentes con embarazo temprano.
2. Madre soltera con hijos.
3. Personas mayores de 60 años con otros factores de riesgo.
4. Personas sin apoyo o atención familiar.
5. Personas con enfermedad crónica o invalidante.
6. Los sobrevivientes de una tentativa de suicidio.
7. Los que anuncian el suicidio.
8. Alcohólicos y farmacodependientes.
9. Antecedentes familiares de suicidios o intentos suicidas.
10. Jóvenes que no estudian ni trabajan.
11. Niños y adolescentes de familias con problemas sociales, o familiares.
12. Niños y adolescentes con dificultades escolares.
13. Niños y adolescentes con trastornos de conducta.

Ante una persona que tiene una idea suicida, se debe explorar si cuenta con un Plan Suicida a través de las siguientes preguntas cumpliendo el siguiente orden sin variarlo (¿Has pensado en suicidarte o matarte?, ¿Cómo lo harías?, ¿Dónde lo harías?, ¿Cuándo lo harías?, ¿Para qué lo harías?, ¿Por qué lo harías?). Mientras más preciso sea el plan de suicidio de una persona, es decir, si deja instrucciones detalladas acerca de su última voluntad, si tiene un escenario específico en término de método, tiempo y lugar, mayor será el riesgo y mayor preocupación causará. Sin embargo, la ausencia de planes no es razón para ignorar las tendencias suicidas. El médico necesita identificar el grado de desarrollo del plan suicida y evaluar su determinación para llevarlo a cabo, por ejemplo, el impacto que tendría en sus familiares y seres queridos. Tres elementos han de considerarse en relación con el plan suicida: la especificidad de los detalles, la letalidad del método a emplear y la eficacia de los métodos. Cuando una persona explica un método de suicidio con gran número de detalles, esto indica que ha empleado mucho tiempo y esfuerzo planeándolo, por lo que está muy interesado en su ejecución. Cuando los detalles del plan son bizarros indican la posibilidad de que el paciente esté funcionando a un nivel psicótico, y los psicóticos con ideas suicidas tienen un alto riesgo. 10

Los objetivos que plantea el Programa de Prevención de la conducta suicida son: evitar el primer intento suicida, su desenlace fatal y su repetición. Para lograr dichos objetivos, el médico de la familia debe identificar a los individuos con riesgo y las familias con riesgo, para garantizar su atención integral. De producirse un intento suicida, el médico de la familia debe notificarlo al Departamento de Estadísticas para su control por parte del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Una vez en el consultorio, de acuerdo con las lesiones, debe remitirlo a un Servicio de Psiquiatría de Urgencia, acompañado por la enfermera o el familiar que más conozca del caso, orientaciones para su traslado, para evitar con ello que se repita el intento durante el trayecto. El paciente debe ser entregado al psiquiatra de guardia, o en su defecto, al médico que se encuentre en el Servicio de Urgencias donde permanecerá 24 horas en observación, período en el cual será valorado por un psiquiatra. Si resulta ingresado, el médico de la familia se interesará por la evaluación del mismo. 10

Si el paciente es devuelto a su área de salud, lo visitará o citará a consulta en los primeros 7 días del intento, para proceder a su dispensarización, evaluar en su primera consulta el riesgo potencial de suicidio e interconsultarlo con el psiquiatra del área de salud en ese período, o como máximo a los 15 días, si la posibilidad suicida ha disminuido. El médico de la familia debe valorar mensualmente, como mínimo, al paciente con intento suicida en los primeros 6 meses y evaluarlo en los 6 meses subsiguientes bimestralmente. Estas consultas serán independientes a las que realice el psiquiatra, y podrían aumentar su frecuencia según el riesgo del paciente. Si el caso requiere atención social, el médico de la familia realizará las coordinaciones necesarias con el servicio social para garantizar el apoyo de la trabajadora social, la cual hará uso de sus posibilidades y recursos. El alta del paciente, si ha tenido una evolución favorable, será después de transcurrido el primer año de haber realizado el intento suicida. 10

Relacionado con la percepción ante una persona que intenta suicidarse, tuvieron respuesta desacertada en cuanto: No se debe considerar un sinvergüenza que quiere salirse con las suyas. Cualquier sujeto puede, en determinado momento de su existencia, sentir que la vida no tiene sentido por diversas causas, como la enfermedad física o mental, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, la soledad, las dificultades cotidianas en personalidades poco tolerantes, lo que convierte dicho acto en la mejor y única opción para ello. 11

La conducta suicida no se hereda, pero sí la predisposición genética para padecer determinadas enfermedades mentales; por consiguiente, en los pacientes con dicha intención hay que precisar si existen esos antecedentes patológicos familiares para poder intervenir en la reducción del riesgo suicida, pues para prevenir ese comportamiento deben promoverse modos de vida saludables como la práctica sistemática de deportes, una sexualidad responsable, los hábitos no tóxicos y el desarrollo de múltiples intereses que permitan un uso adecuado del tiempo libre de niños y adolescentes.⁷

Los mitos se consideran creencias de orden superior que pueden modificarse, lo que posibilita menor influencia negativa sobre las personas, un mejor conocimiento del problema de salud y mayor rango de efectividad de los mecanismos de autoeficacia que influyen, positivamente, en la búsqueda de soluciones y en que los voluntarios y agentes sanitarios, aprendan a identificar proveedores de apoyo, en el escenario comunitario, e indicios de recaída hacia procesos suicidas en las personas.¹⁰ Existieron un 30% de respuesta incorrecta relacionada que los niños nunca se suicidan. Al respecto, en el 2011, en Santiago de Cuba hubo un total de 111 intentos de suicidio en niños y adolescentes del grupo etario de 10 a 15 años, con un predominio del sexo femenino.⁵ La conducta suicida en niños y adolescentes se ha incrementado en las últimas décadas, según estadísticas foráneas, lo cual despierta gran interés en los profesionales de la salud, maestros, padres y otros grupos sociales, Cuba no está exenta de esta problemática, pues el suicidio ha ido aumentando en las últimas décadas hasta ubicarse entre las primeras causas de muerte.¹²

Entre los conflictos que pueden producirse durante la crianza del niño, las agresiones frecuentes y el maltrato físico por parte de sus tutores, con el consecuente efecto de miedo y sentimiento contradictorio, son factores potencialmente psicopatógenos, capaces de desencadenar ideación e intento suicida, debido a la impulsividad de los afectados.¹³

Se puede concluir que la intervención educativa resultó satisfactoria para aumentar los conocimientos del personal de enfermería sobre Manejo de la conducta suicida, así como la aplicación del proceso de atención de enfermería en las discusiones de casos realizadas pero su principal beneficio sería que modificara conductas en las áreas de salud.

Al finalizar la intervención educativa el personal de enfermería considera que el trabajo realizado por los autores había sido de gran importancia y ayuda para mejorar sus conocimientos, destacar lo ameno de los temas impartido por el psicólogo de una manera motivante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Suicidio. Mortalidad y prevención. Factográfico de Salud [Internet]. 2015 Sep [citado 7Feb2016]; 1(10): [aprox. 10 p.]. Disponible en <http://files.sld.cu/bmn/files/2015/09/factografico-de-salud-septiembre-2015.pdf>
2. Hernández Soto P A, Villarreal Casate R E. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. MEDISAN [Internet]. 2015Ago [citado 7Feb2016] ; 19(8): 1051-1058. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800014&lng=pt.
3. Soler Santana R, Castillo Núñez B, Brossard Cisnero M, Peña García C E. Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida. MEDISAN [Internet]. 2010 Jul [citado 7Feb2016] ; 14(5): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000500010&lng=es
4. Blandón Cuesta OM, Carmona Parra JA, Mendoza Orozco MZ, Medina Pérez Ó A. Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. AMC [Internet]. 2015 Oct [citado 7Feb2016]; 19(5): 469-78. Disponible

- en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000500006&lng=es.
5. Rodríguez Almaguer F, Mok Olmo Y, Cuervo Bello L, Rodríguez Arias OD. Prevención del suicidio en adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2013 Ene [citado 2016 Feb 07] ; 17(1): 101-108. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100013&lng=es.
 6. Anuario Estadístico de Salud 2015. La Habana: Ministerio de Salud Pública, disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
 7. Hernández Trujillo A, Eiranova González- E I, López Acosta Ya M. Factores de riesgos relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. MEDISAN [Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Feb 07] ; 17(12): 9027-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200001&lng=es
 8. Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. MEDISAN [Internet]. 2010 Nov [citado 2016 Feb 23] ; 14(8): 1054-1060. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000800002&lng=es.
 9. Pérez Barrero S, Reytor Sol F. El suicidio y su atención por el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 1995 Ago [citado 2016 Feb 23]; 11(4): 11-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400001&lng=es.
 10. Pérez Martínez V T. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral, acerca de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Feb 07] ; 27(4): 455-66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400004&lng=es.
 11. Mederos Ávila M E, Casas Fernández J A, Mederos Ávila J A, MelisTorrez V, Pullós Fernández M. Intentos suicidas en el área de salud del Policlínico Universitario "José Martí Pérez". MEDISAN [Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Feb 07] ; 15(12): 1752-58. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001200010&lng=es
 12. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. MEDISAN [Internet]. 2010 Abr [citado 2016 Feb 07]; 14(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300011&lng=es.
 13. Keilp J, Sackeim H, Brodsky B, Oquendo M, Malone K, Mann J. Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. Am J Psychiatr 2001; 158: 735-741.
-

ANEXOS

Anexo 1

Estimado colega, el siguiente Instrumento tiene el objetivo de identificar necesidades de aprendizaje sobre el Suicidio. le aseguramos que el mismo es anónimo y sus datos serán procesados de manera confidencial.

Muchas gracias.

Instrumento 1

1-¿Qué entiende usted por suicidio?

2-¿Cuáles de las siguientes personas usted considera que pueden estar pensando en suicidarse?

a)- Adultos mayores que viven solos.

b)- Un campeón olímpico.

c)- Alcohólicos.

- d)- Fumadores.
 - e)- Farmacodependientes.
 - f)- El que amenaza con matarse.
 - g)- El que está deprimido.
 - h)- El que se divorcia.
- 3- ¿Cuáles de las siguientes conductas asumiría ante el hecho de que un amigo suyo le diga que se va a matar?
- a)- Correr con él para el hospital.
 - b)- No hacerle caso, porque él que lo dice nunca lo hace.
 - c)- Darle apoyo emocional y psicológico.
 - d)- Invitarlo a tomar para que se controle los nervios.
 - e)- Poner al tanto a su familia para que busquen ayuda especializada.
 - f)- Darle una soga o decirle que se tire delante de un carro para que no lo haga.
- 4- ¿Cuáles de las siguientes puntos de vistas usted considera verdaderos (V) y falsos (F) respecto al suicidio?
- a)- Solo lo hacen los que están locos.
 - b)- Los que dicen que lo van hacer nunca lo hacen.
 - c)- Los que a consecuencia del alcohol presentan conflictos interpersonales.
 - d)- Los que no tienen familia ni amigos.
 - e)- Los niños nunca se suicidan.
 - f)- Solo lo hacen los viejos que ya están aburridos de la vida.
- 5- Marque con una x como usted consideraría a alguien que haya pensado en suicidarse.
- a)- Una persona con debilidad mental
 - b)- Una sinvergüenza que quiere salirse con las suyas
 - c)- Una persona enferma.
 - d)- Una persona con herencia genética.
 - e)- Una persona atormentada por los espíritus.

Respuesta:

1-**Suicidio**: como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal.

Si correcto 5puntos, incorrecto 2 puntos

2- Marcar a, c, e, f, g, (8-7 correcto 5puntos, 6-5 correcto 4puntos, 4-3 correcto 3puntos , - 3correcto 2puntos).

3-Marcar a, c, e. (6-5 correcto 5puntos, 4 correcto 4puntos, 3 correcto 3puntos , menos de 3 correcto 2puntos).

4-F, F, V, V, F, F. (6-5 correcto 5puntos, 4 correcto 4puntos, 3 correcto 3puntos , menos de 3 correcto 2puntos).

5- Marcar a y c. (6-5 correcto 5puntos, 4 correcto 4puntos, 3 correcto 3puntos, menos de 3 correcto 2puntos).

La nota final se evaluará por la tabla de especificaciones de 5 preguntas.

Anexo 2

Intervención educativa para la prevención y control del suicidio.

OBJETIVO GENERAL

Capacitar al personal de enfermería sobre los conocimientos necesarios para la prevención y control del suicidio.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 Desarrollar un espacio de reflexión grupal sobre los mitos en torno al suicidio.
- 2 Favorecer el conocimiento sobre los factores y grupos de riesgo del suicidio.
- 3 Promover estilos de vida saludables que mejoren la calidad de vida.

Características del programa:

1 El programa está dirigido al personal de enfermería del Policlínico Docente Bartolomé Masó Márquez.

2 Diez encuentros con una periodicidad semanal con una duración de 45 minutos.

3 Número de participantes: hasta 20.

4 Se desarrollará a través del trabajo grupal.

TEMAS:

1-Un acercamiento a la problemática y los conceptos relacionados con el suicidio.

2-Factores y grupos de riesgo del suicidio.

3-Consecuencias asociadas al suicidio.

4-Familia. Su rol comunitario en el enfrentamiento de los riesgos asociados al suicidio.

5-Personalidad y conducta suicida.

6-Mitos y realidades sobre el suicidio.

MOMENTO INICIAL:

En el momento de inicio se realizan técnicas de animación y caldeamiento para propiciar un adecuado desarrollo grupal así como para lograr la cohesión, el interés, la motivación, además de la participación activa en las actividades que deben tener un carácter abierto y flexible.

MOMENTO Temático:

En este momento se realizan técnicas de animación y contenido, se abordan los temas que se deben tratar en las diferentes sesiones, se dan a conocer los objetivos, y se responde a inquietudes o sugerencias que puedan tener los participantes.

MOMENTO DE CIERRE:

Se realiza la integración de los contenidos de trabajo y las conclusiones del tema.

METODOLOGÍA:

Esencialmente participativa, flexible, y abierta.

EVALUACIÓN:

Se realiza la evaluación de proceso (se aplica el cuestionario durante la etapa inicial del programa) y la evaluación de resultado (al finalizar la aplicación del mismo) tanto de forma cuantitativa como cualitativa. Presentación de un Proceso de Atención de Enfermería.

Recibido: 12 de febrero de 2016
Aceptado: 15 de diciembre de 2016

Aleida Santamarina Fernández. Universidad de Ciencias Médicas de Granma "Celia Sánchez
Manduley, Cuba. Dirección electrónica: geminisjesus@infomed.sld.cu