



ENSAP
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

**EDUCACIÓN COMUNITARIA PARA LA
PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA. NUEVA PAZ, 2008-2015**

**TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Autor: MSc. Dr. Idalberto Aguilar Hernández

**La Habana, Cuba
2018**



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**

**EDUCACIÓN COMUNITARIA PARA LA
PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA. NUEVA PAZ, 2008-2015**

**TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Autor: MSc. Dr. Idalberto Aguilar Hernández

Tutores: Dra. C. Ileana Elena Castañeda Abascal

Dra. C. Gicelda Sanabria Ramos

**La Habana, Cuba
2018**

“El suicidio sólo debe mirarse como una debilidad del hombre, porque indudablemente es más fácil morir que soportar sin tregua una vida llena de amarguras”.

Goethe (1749-1832)

DEDICATORIA

A mis hijos Karen, Luis Alexis y Félix Alejandro, por ser la razón de mi vida

A Leidis Sandra: esposa, hermana, amiga, fuente de inspiración y confianza

A ellos que siempre confían en mí

AGRADECIMIENTOS

A la Dra.C. Ileana Elena Castañeda Abascal y la Dra.C. Gicelda Sanabria Ramos, por sus aportes, quienes con su tutoría se consagraron incondicionalmente y me enseñaron a pensar para que esta obra se haya hecho realidad,

A la Dra.C. Isabel de Lourdes Louro Bernal por su apoyo en mis esfuerzos,

A la Dra.C. María Julia Machado Cano, quien me proporcionó seguridad y soporte para transitar por este camino,

A la Dra.C. Alicia Álvarez Rodríguez, fuente de inspiración para la investigación científica,

A Rodobaldo, por su acompañamiento sostenido en todos los momentos desde mi formación como master,

Al colectivo de profesores del Departamento de Ciencias Sociales de la Escuela Nacional de Salud Pública, por el estímulo y sostén para seguir hacia delante,

A Raúl Hernández Pérez, Norma Esther Álvarez Morales, Rosa Bermello Navarrete, Ivis Kessell Sardiñas, Luz Marina Perdomo Aguilar y Ada Rodríguez Suárez por la cooperación ofrecida.

A todos los que han estado de una forma u otra, gracias de corazón

SÍNTESIS

La conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional. Las estadísticas de intentos suicidas son elevadas y sin embargo apenas se aproximan a la realidad. Se desarrolló una investigación desde el 2008 hasta el 2015 que transitó por cuatro etapas: un primer estudio descriptivo, transversal que identificó las características de los sujetos que cometieron intento suicida en Nueva Paz, una segunda de evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en dicho municipio, una tercera de desarrollo tecnológico donde se diseñaron acciones de educación comunitaria para la prevención del intento suicida en Nueva Paz en función de las debilidades encontradas y un cuarto momento que evaluó nuevamente el programa luego de la implementación de las acciones. Entre los principales logros luego de la aplicación se encontraron: aumento en el nivel de conocimientos y organización para la ejecución del programa, incremento de tareas intrasectoriales e intersectoriales para el control del mismo y la preparación de grupos de actores sociales. Las acciones constituyeron un mecanismo de apoyo para el cumplimiento del programa en la prevención del intento suicida en Nueva Paz desde la intersectorialidad con participación social.

INDICE

Título	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA EL ENFRENTAMIENTO A LA CONDUCTA SUICIDA	11
I.1. Definición y apuntes históricos de la conducta suicida	11
I.2. Estudio del intento suicida	16
I.3. Epidemiología de la conducta suicida	18
I.4. Factores de riesgo de la conducta suicida	20
I.5. Intersectorialidad, modelos y métodos de intervención comunitaria para el control del suicidio	24
I.6. Evaluación de programas en salud	35
I.7. La educación comunitaria para la prevención del intento suicida	38
I.8. Consideraciones finales	42
CAPÍTULO II. CARACTERIZACIÓN DEL INTENTO SUICIDA Y EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA EN NUEVA PAZ	43
II.1. Diseño metodológico	43
II.2. Caracterización del municipio Nueva Paz	57
II.3. Caracterización de la situación de los sujetos con intento suicida en Nueva Paz en el período del 2008 al 2012	59
II.4. Resultados de la evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz durante el 2011	73
II.5. Consideraciones finales	82
CAPÍTULO III. DISEÑO Y EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE EDUCACIÓN COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA EN NUEVA PAZ	83
III.1. Diseño metodológico	83
III.2. Resultados del proyecto local de educación comunitaria para la prevención del intento suicida en Nueva Paz	88
III.3. Evaluación de la efectividad del proyecto Sí a la Vida	94
III.4. Consideraciones finales	105
CONCLUSIONES	106
RECOMENDACIONES	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	
ANEXOS	

GLOSARIO DE SIGLAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNPACS: Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida

ENT: enfermedades no transmisibles

GOSMA: grupo operativo de salud mental y adicciones

CCSM: centro comunitario de salud mental

EBS: equipo básico de salud

GBT: grupo básico de trabajo

EDO: enfermedad de declaración obligatoria

CSM: comisión de salud mental

GILS: grupo de integración a la labor social

ACSM: agente comunitario de salud mental

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se ha considerado que han aumentado las enfermedades mentales, tanto en los países de bajos ingresos como en Europa Occidental y América del Norte, debido al envejecimiento de la población, a los estilos de vida inadecuados y a la proporción cada vez mayor de personas que se hallan expuestas a situaciones psicosociales adversas.¹

La conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional. Las estadísticas de intentos suicidas son elevadas y sin embargo apenas se aproximan a la realidad, pues sólo se registra y se atiende uno de cada cuatro de estos eventos. Fue ratificado recientemente como la problemática de salud que describe el mayor nivel de expresión de la violencia.^{2,3}

Un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que recoge datos de los últimos 10 años, destaca que el suicidio es un problema mundial que cada año es responsable de 800 000 muertes. Lituania es el país que tiene la tasa de suicidios más alta del mundo con 61,3 por cada 100 000 habitantes. Además se comportan Rusia con 53,9 por cada 100 000 habitantes y Bielorrusia con 48,7 por cada 100 000 habitantes. Por debajo se encuentran: Kazajistán con 43,0 por cada 100 000 habitantes, Hungría y Letonia con 40,0 por cada 100 000 habitantes y Ucrania que presenta una tasa de 37,8 por cada 100 000 habitantes. Como los países de Europa Occidental tienen índices más bajos, la media europea es de 23,2 suicidios por cada 100 000 habitantes. Las naciones latinoamericanas, promedian 10,3 por cada 100 000 habitantes a excepción de Uruguay, Cuba y Chile, que tienen tasas similares a las europeas de 26, 19 y 18 por cada 100 000

habitantes respectivamente. Los casos extremos son Paraguay, que tiene 5,1 por cada 100 000 habitantes; República Dominicana con 3,9 por cada 100 000 habitantes; y Perú con 1,9 por cada 100 000 habitantes.⁴

Si bien la OMS no cuenta con estadísticas de muchos países dominados por el Islam, en aquellos que hay información, las tasas son más bajas. Por ejemplo, en Egipto es de apenas 0,1 suicidios por cada 100 000 habitantes, en Jordania es de 0,2 por cada 100 000 habitantes, mientras que en Siria e Irán –donde la información está lamentablemente muy desactualizada- los suicidios son 0,2 y 0,3 por cada 100 000 habitantes respectivamente.⁴

Las estimaciones realizadas indican que en el 2020 los fallecimientos por suicidio podrían ascender a 1,5 millones de personas. Esta conducta provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares.^{5,6}

Algunos especialistas aseguran, desde sus investigaciones, que los intentos suicidas frustrados son más comunes que los suicidios consumados. Pues muchos resultan fallidos, se llevan a cabo en una forma en que el rescate es posible, lo que representa a menudo un grito desesperado en busca de ayuda.⁷

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de Cuba implementó el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida (PNPACS) en el año 1989.⁸ Dentro de sus objetivos específicos se encuentra la reducción de la morbilidad por intento suicida en 110,1 por cada 100 000 habitantes y los indicadores de mortalidad por suicidio consumado a 15 por cada 100 000

habitantes. Este propósito previsto para el año 2005 no fue cumplido a nivel nacional.

En el territorio cubano, la conducta suicida se ha convertido en un daño importante a la salud. Fue el país de más alta tasa en América Latina en el año 2005. Las lesiones autoinfligidas intencionalmente ocuparon la décima causa de las muertes de todas las edades con tasas brutas de 13,5 y 12,7 por cada 100 000 habitantes respectivamente en los años 2015 y 2016.⁹

La provincia de Mayabeque, otrora parte de La Habana, se ha mantenido con similar comportamiento que el país e incluso, en ocasiones, ha tenido tasas superiores a la media nacional como sucedió en el año 1995 que alcanzó 23,3 por cada 100 000 habitantes y en el 2016 donde se declara una tasa de mortalidad bruta de 16,8 por cada 100 000 habitantes.⁹

En el municipio de Nueva Paz, la conducta suicida constituye uno de los principales problemas de salud desde el año 1990. En el año 1996 aportó una tasa de 37,7 por cada 100 000 habitantes y en estos últimos años han estado por encima de 34,0 por cada 100 000 habitantes, por lo que ha presentado cifras superiores a las propuestas en el programa.¹⁰

En este territorio se realizó una investigación, desde el año 1994 hasta el 2004, donde se evidenció el comportamiento epidemiológico de dicho daño a la salud. Se concluyó que predominó el grupo de 20 a 29 años, el sexo femenino, los estudiantes, el nivel escolar medio, el estado civil soltero y la residencia urbana. Prevalcieron como antecedentes patológicos personales los trastornos psiquiátricos depresivos y en más de la mitad la presencia de intento suicida en

los familiares. El método más utilizado para el intento suicida fue la ingestión de psicofármacos. Se comprobó que el intento suicida predominó en familias disfuncionales.¹¹

Otro estudio en Nueva Paz en el año 2006 exploró el nivel de conocimientos que poseía el personal médico que labora en los cuerpos de guardias para el manejo de esta urgencia psiquiátrica y se encontró déficit para el abordaje de esta entidad de manera integral.¹²

La detección y valoración de estos problemas por el autor de esta investigación requirió de acciones de evaluación y capacitación a profesionales del sector que participaban en la ejecución del PNPACS lo que, aún con algunos resultados positivos, se consideraron limitados ante la creciente magnitud y persistencia del conflicto.

Ante estas realidades surgió la necesidad de utilizar métodos diferentes en la implementación de las acciones del PNPACS, capaces de guiar la transformación de la gestión que hasta el momento realizaba solo el sector salud, de ahí la propuesta de otras que adoptaran elementos derivados de enfoques novedosos en el campo de la intervención comunitaria como: modelos de participación, involucramiento comunitario en salud, acción comunitaria en salud, entre otras estrategias de educación para la salud y organizacionales que habían sido efectivas en otros países como Bolivia^{13,14} y Cuba.^{15,16}

Algunos autores refieren que las intervenciones de base comunitaria tienen efecto en la prevención de las enfermedades no transmisibles (ENT) y otros daños a la salud, porque actúan en el nivel individual, grupal y del ambiente social que

determinan los comportamientos y constituyen los métodos más apropiados y factibles para estimular la modificación de conductas de los individuos, lo que permite propiciar el desarrollo de estilos saludables.¹⁷⁻¹⁹

Los principales procederes que se han empleado en las intervenciones comunitarias para promover cambios conductuales han sido la información, la persuasión, el entrenamiento, el apoyo social, el cambio ambiental y la organización comunitaria.²⁰⁻²⁴

En Cuba se tiene conocimiento de ventajas producidas por intervenciones comunitarias como la de Celia Tito Goire²⁵ en el poblado de Jamaica, provincia de Guantánamo, quien desarrolló una alternativa metodológica para la reeducación de jóvenes consumidores de alcohol.

La experiencia cubana demuestra que, complejos problemas de salud como el suicidio, difícilmente puedan ser resueltos por acciones exclusivas del sector salud independientemente de la voluntad política, y los recursos que este posea. Es necesaria la acción coordinada de instituciones representativas de más de un sector social.

Los resultados en la acción intersectorial se incrementan con la descentralización y aproximación al ámbito local y comunitario, donde los sectores cuentan con el poder y la libertad de gestión suficiente para detectar y enfrentar conjuntamente los problemas.²⁶

La participación del autor, en su práctica profesional, en los intercambios realizados para la discusión de la temática en los consejos de salud del municipio y la revisión de los análisis de la situación de salud en Nueva Paz, le hicieron

comprender que existía inadecuada utilización de espacios sociales de entidades administrativas y de organizaciones de masas como la Casa de Cultura y la Casa de Orientación a la Mujer y la Familia de la Federación de Mujeres Cubanas para la adquisición de conocimientos, actitudes y valores, al igual que no existían acciones para mejorar la información, educación y comunicación social en relación con la prevención y el control del intento suicida debido a una incorrecta integración de las instituciones y organismos que deben participar junto con el sector salud en la implementación del PNPACS.

Este conjunto de dificultades amenaza la correcta ejecución del PNPACS en el municipio desde sus inicios, los cuales propician su estancamiento e incluso una ulterior involución de su desarrollo.

La presente investigación se corresponde con los objetivos de trabajo establecidos en la Primera Conferencia Nacional del Partido Comunista de Cuba, en lo referente a los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución, aprobados en el VII Congreso del PCC,²⁷ en lo que concierne a la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación y Medio Ambiente en su capítulo V, el lineamiento 103 expresa: “Continuar fomentando el desarrollo de investigaciones sociales y humanísticas sobre los asuntos prioritarios de la vida de la sociedad, así como perfeccionando los métodos de introducción de sus resultados en la toma de decisiones a los diferentes niveles” y La Política Social en su capítulo VI donde en el lineamiento 124 se enuncia : “Fortalecer las acciones de salud con la participación intersectorial y comunitaria en la promoción y prevención para el

mejoramiento de los estilos de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población”.

La necesidad de mejorar la calidad de vida conlleva a que se considere indispensable el fortalecimiento de la participación intersectorial, comunitaria y el papel de las unidades de salud, en particular con énfasis en la promoción de salud, que permita implementar acciones oportunas de intervención, razón que constituye la motivación principal de esta indagación.

Todo lo anteriormente expuesto demuestra la necesidad de realizar una investigación en el municipio de Nueva Paz que responda a las siguientes

Preguntas de Investigación:

¿Cuáles son las características sociodemográficas, métodos utilizados para el intento suicida y los factores de riesgo personal y familiar que poseen los sujetos que cometen intento suicida en el municipio Nueva Paz?

¿Cómo se ejecuta en el municipio de Nueva Paz el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida?

¿Qué elementos metodológicos deben contener las acciones de educación comunitaria e intersectorial que faciliten el cumplimiento del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en cuanto a la disminución del intento suicida en el municipio de Nueva Paz?

Para dar solución a las preguntas de investigación se consideraron los siguientes

Objetivos:

1. Identificar las características sociodemográficas relacionadas con los que cometieron el intento suicida en Nueva Paz desde el año 2008 hasta el 2012.

2. Evaluar la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz en el año 2011.
3. Diseñar acciones de educación comunitaria e intersectorial para la prevención del intento suicida en Nueva Paz en correspondencia con los resultados de los objetivos anteriores desde el año 2013 hasta el 2015.
4. Evaluar los resultados de las acciones implementadas en el año 2015.

La investigación se desarrolló en diferentes momentos relacionados entre sí. La revisión documental permitió el establecimiento de los fundamentos teóricos y la evolución histórica de la conducta suicida, de manera particular el intento suicida.

Otro de los momentos estuvo dirigido a la caracterización sociodemográfica, identificación de métodos utilizados para las lesiones autoinfligidas, descripción de factores de riesgo personales y familiares y funcionabilidad familiar de los sujetos que cometieron intento suicida en el municipio de Nueva Paz mediante un estudio descriptivo transversal, donde se aplicaron entrevistas y cuestionarios.

Además, se realizó una investigación evaluativa de la ejecución del PNPACS en Nueva Paz para lo cual se diseñaron instrumentos que fueron aplicados a los trabajadores de salud involucrados en dicho programa y se establecieron criterios de medidas para las variables de estructura, proceso y resultados.

Los resultados encontrados en estas dos etapas aportaron elementos que fueron utilizados en el diseño de un proyecto local de educación comunitaria para la prevención del intento suicida en Nueva Paz mediante un estudio de desarrollo de tecnologías.

La efectividad de las acciones se constató mediante la comparación de la evaluación del PNPACS antes y después de su aplicación.

Especificidades del método serán retomados en los diferentes capítulos de acuerdo con los objetivos propuestos.

La **novedad científica** de esta investigación consiste en que por primera vez se cuenta con un producto tecnológico en el sector de la salud que, desde el nivel primario de atención, permita evaluar la ejecución del PNPACS a través de indicadores y estándares, además se aporta una metodología de acciones de educación comunitaria que contiene cinco componentes y 14 tareas útiles para la prevención del intento suicida en Nueva Paz.

Aporte teórico:

Se sistematizó el conocimiento actual del comportamiento del intento suicida y de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en el municipio de Nueva Paz.

Se logró la determinación y definición de los procedimientos orientados a la incorporación integrada de las acciones de organismos e instituciones que participan en el PNPACS en el municipio de Nueva Paz.

Aporte práctico:

Se realizó una evaluación del PNPACS que además de servir de insumo para el diseño de las acciones de educación comunitaria, se utilizó para la gestión de los directivos de salud del municipio.

Se diseñaron acciones de educación comunitaria para fortalecer una gestión intersectorial dirigida a la adecuada ejecución del PNPACS en el municipio Nueva Paz en función de la disminución del intento suicida y se comprobó su efectividad. La actualidad de la tesis responde a lo proyectado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) quien, en las agendas de salud pública de la Asamblea Mundial de la Salud en el 2013, propuso priorizar el cuidado de las enfermedades mentales que afectan a unos 800 millones de personas en el mundo y constituyen el 13 % de las enfermedades mundiales y la tercera parte de las ENT, sin embargo, no se cuenta con una atención psicosanitaria adecuada, por esa razón se redactó el borrador de un Plan de Acción de Salud Mental de 2013-2020, entre los que se encuentra la reducción en un 10 % de los índices de suicidio.^{28,29} Esta investigación contribuye al accionar en este sentido, en un territorio donde el intento suicida constituye un problema de salud.

Las limitaciones del estudio estuvieron dadas por que en la literatura revisada los insuficientes estudios de intervención en la temática no permitieron comparar los resultados de esta investigación y durante la caracterización de la situación de los sujetos con intento suicida se imposibilitó la medición de riesgo a partir de tasas porque se trabajó con poblaciones pequeñas, cuando la información se desagregó en categorías de las variables estudiadas.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA EL ENFRENTAMIENTO A LA CONDUCTA SUICIDA

En este capítulo se integran aspectos teóricos relacionados con la conducta suicida y en particular el intento suicida. Se brindan los elementos conceptuales del riesgo a la salud, se fundamenta lo concerniente a las acciones de intervención comunitaria más efectivas para la prevención y manejo del intento suicida y se ofrecen supuestos relacionados con la evaluación de programas de salud y acciones de educación comunitaria para el desarrollo de estrategias en el sector. Con el objetivo de aportar estos elementos se decide dar salida al capítulo en siete epígrafes fundamentales los cuales se describen a continuación.

I.1. Definición y apuntes históricos de la conducta suicida

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, y sus características varían de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente.^{30, 31}

La literatura señala que la espiritualidad y religiosidad pueden prevenir las conductas suicidas en muchos casos. Algunos reportes expresan que la tasa de suicidio en aquellas personas que asisten semanalmente a oficios religiosos era del 11 %, en comparación con el 29 % en aquellas que asistían con menor frecuencia.³²

A través de la historia, la postura frente al suicidio ha sido diferente según el momento histórico concreto de que se trate. Así, en la antigua Roma, se asumía una posición neutral e incluso positiva frente a este acto.³³

En el siglo IV después de nuestra era, Constantino I llamado El Grande, oficializó el cristianismo, y con ello se asumió una actitud de rechazo. San Agustín consideraba el suicidio como un crimen y Santo Tomás como un pecado, el mayor de todos, pues usurpaba a Dios la decisión sobre la vida. Este rechazo duró siglos por la propia influencia de la religión y aun es su punto de vista.

En el siglo XVIII, el filósofo Hume asume una postura permisiva-positiva frente al suicidio. Expresó: “si no es un crimen que ya no cambia el curso del Nilo o el Danubio, ¿dónde está el crimen?; ¿en cambiar la dirección de unos cuantos litros de sangre?”. Fue el abate Desfontairus en el siglo XVIII el primero que empleó el vocablo suicidio (sui-sí, mismo y cidius-matar) y dio las definiciones siguientes relacionadas con el término:³³⁻³⁵

Acto suicida: todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil.

Parasuicidio: acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento en dosis superior a la prescrita o reconocida como terapéutica.

Conductas autodestructivas indirectas o inconscientes: tienen un carácter insidioso y prolongado y no son reconocidas como actos suicidas.

Autolesión intencionada: término propuesto para conceptualizar el intento suicida como una conducta de afrontamiento.

Ideación suicida: comprenden desde la idea fugaz de la dificultad para vivir a la idea suicida transitoria, prolongada, permanente, impulsión o planificada.

A finales del siglo XIX, comienza la era moderna en la interpretación del suicidio, con los trabajos de Durkheim y Freud. El primero realiza un enfoque sociológico del suicidio y plantea que es el resultado de la fortaleza o la debilidad del control de la sociedad sobre el individuo.³⁶

De esta manera, Durkheim clasifica al suicidio de acuerdo a la relación del individuo con la sociedad como:³⁶

Suicidio altruista: es el literalmente pedido por la sociedad, debido a su cultura, normas y costumbres. Al individuo no le queda otra opción honorable. Seguir viviendo sería una ignominia. Es el caso del harakiri entre los antiguos samuráis.

Suicidio egoísta: en este caso la persona tiene pocos lazos con la comunidad, viven solas, no tienen familia ni grupo social o institución con quien relacionarse.

No hay prácticamente exigencias sociales para el individuo.

Suicidio anónimo: se produce por una repentina ruptura en la relación habitual entre la sociedad y el individuo muchas veces ocasionada por la pérdida de seres queridos, de propiedades o de prestigio.

Freud desarrolla la teoría psicológica del suicidio, sugiere que en el suicida existe hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado. Además, le considera, no solo como una fuerte hostilidad inconsciente, sino como una incapacidad poco común de amar a otros.³⁶

El autor piensa que ninguna de estas teorías aisladamente es capaz de brindar una explicación completa de este fenómeno, que de hecho es multifactorial, determinado por elementos psicológicos y sociales e incluso la influencia de factores biológicos.

En cuanto al comportamiento de la conducta suicida, existe en la literatura especializada varias definiciones. Riera y Alonso³⁷ la denominaron como: “cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo”.

El comportamiento suicida es continuo, va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasa por las amenazas, los gestos e intentos, hasta la consumación del suicidio.³⁷

Guibert³⁸ planteó que el intento suicida es: “cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente del método empleado y del conocimiento real de su intención”.

En su investigación “El suicidio, comportamiento y prevención” Sergio Andrés Pérez Barrero³⁹, plantea que el intento de suicidarse, junto con el suicidio, son las dos formas más representativas de esta conducta, aunque no las únicas.

Otros como Shaffer⁴⁰ definen la conducta suicida como: “el acto humano de autolesionarse con la intención consciente y declarada de morir, acabar para siempre con la presión de una angustia que vivencia el individuo como insoportable; comprende el intento suicida y suicidio en sí”.

El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado.⁴¹

La OMS define la conducta suicida como: “todo acto cometido en perjuicio de quien lo ejecuta con diverso grado de intento letal, incluye el intento suicida y el

suicidio consumado” y diferencia los siguientes aspectos dentro del espectro de esta conducta que a continuación se presentan: ⁸

Gesto suicida: acto de autoagresión sin la intención de morir y que tiene la finalidad de llamar la atención a las personas que lo rodean.

Intento suicida: acto deliberado con resultado no fatal, que intente causar o que realmente causa daño o que, sin la intervención de otros puede autodañar. Incluye conductas desde los llamados gestos suicidas manipulativos hasta los intentos serios sin éxito de autodestrucción. Es independiente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de la intención.

Suicidio: cuando a consecuencia del intento suicida se produce la muerte.

El autor del presente estudio considera que, en la mayoría de las definiciones mencionadas, se tienen en cuenta los dos aspectos más reveladores de la conducta suicida: el intento y el suicidio consumado, junto a otros como la ideación, el gesto y la amenaza que, con debidas acciones preventivas, evitarían que se llegara al intento suicida o la muerte. Asimismo, piensa que la conceptualización más acabada es la fundamentada por Riera y Alonso³⁷ mencionada anteriormente.

La OMS⁸ incluye, dentro de las clasificaciones relacionadas con el suicidio, el método por el cual se vale el individuo para cometerlo:

- Métodos suaves o poco letales: ingestión de psicofármacos, sustancias tóxicas y otros medicamentos.
- Métodos duros o letales: sección de vasos sanguíneos, precipitación desde la altura, ahorcamiento, sumersión, quemaduras y uso de armas de fuego.

I.2. Estudio del intento suicida

Para el estudio del intento suicida se toman en consideración tres aspectos:⁸

- Letalidad del método empleado
- Gravedad de las circunstancias
- Seriedad de la intención.

Letalidad del método empleado: se refiere al modo o el procedimiento que se utiliza en la realización del intento suicida que puede ser:

- Inocuo: usualmente no implica ningún peligro para la salud del sujeto.
- Riesgoso no letal: incluye métodos que sin ser capaces de producir la muerte pueden dar lugar a síntomas de intoxicación y alteraciones en el funcionamiento del organismo.
- Riesgoso potencialmente letal: no necesariamente conduce a la muerte, pero son capaces de producirla en circunstancias agravantes como corte de la muñeca que interesan vasos sanguíneos y que requieren cirugía, ingestión de sustancias tóxicas en cantidades limítrofes con la dosis letal.
- Letal: necesariamente conduce a la muerte si no media intervención terapéutica oportuna.

Gravedad de las circunstancias: está dada por las situaciones y/o condiciones en que se realiza el intento suicida y se clasifica en:

- Nula: el intento suicida ocurre en circunstancias en que de ningún modo pueden contribuir a la consumación del suicidio.
- Gravedad baja: el acto se realiza en circunstancias tales que sólo excepcionalmente pueden llegar a la consumación del suicidio.

- Gravedad moderada: ocurre en circunstancias que usualmente contribuyen a la consumación del suicidio, aunque existe alguna posibilidad de evitarlo.
- Gravedad alta: las circunstancias favorecen siempre la consumación del suicidio.

Seriedad de la intención: expresa el grado de veracidad del deseo que conduce a cometer un intento suicida. Toma en cuenta las características del paciente, el estado en que se realizó el intento, la letalidad del método y la gravedad de las circunstancias que puede ser:

- No serio: no existe intención alguna de suicidio, el individuo realiza el acto llevado por un impulso no premeditado y de poca intensidad o con la intención de obtener alguna ganancia.
- Poco serio: existe alguna intención de llevar a cabo el suicidio, motivado por un impulso no premeditado, pero de gran intensidad. Se busca más una ganancia que la muerte.
- Serio: existe verdadera intención de morir, pero se comprueban atenuantes.
- Muy serio: existe verdadera intención de morir, solamente por un hecho casual e inesperado no se llega a la consumación del mismo.

Considera el autor que el estudio del intento suicida no debe quedarse solo en la exploración de los ejes de clasificación descritos anteriormente, sino que su utilidad en el abordaje integral de esta urgencia psiquiátrica debe constituir elementos importantes para ser tomados en cuenta en el manejo de este problema de salud en el nivel primario de atención.

I.3. Epidemiología de la conducta suicida

La OMS declara que la conducta suicida es un problema de salud presente siempre en la historia de la humanidad, que se incrementa a escala mundial y ocasiona la pérdida de aproximadamente un millón de vidas cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos.⁵

Hasta el año 2000 se reporta que los países de Europa y América del Norte alcanzaron entre la quinta y décima causa de defunción y aparecen como la segunda y tercera causa entre personas de 15 a 64 años de edad. Las tasas más altas se exhiben en Hungría, Finlandia, Checoslovaquia, Austria, Alemania y Dinamarca según la OPS.⁸

El Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles, California, reportó una tasa de 16 por cada 100 000 habitantes de los cuales el 43 % era de 12 a 20 años. En el año 2000 la OMS hizo público que la tasa de suicidios mundial fue de 16 por cada 100 000 habitantes.⁸

En América el suicidio ha alcanzado proporciones epidémicas durante los últimos decenios, por lo que se ha convertido en una preocupación de la salud pública. Constituye, en este continente, la tercera o la cuarta causa de muerte entre las edades de 15 a 44 años y representa el 6.5 % de las defunciones de este grupo de edades.⁸

Cuba no escapa a esta realidad por lo que existe un Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida desde 1989 cuyos objetivos fundamentales son evitar el primer intento suicida, su repetición y la consumación, así como la vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles de atención.

Este programa en su última revisión propuso como objetivo disminuir la mortalidad por suicidio consumado a 15 por cada 100 000 habitantes al cierre del año 2005. Hubo provincias como La Habana, Matanzas, Santi Spíritus, Tunas, Holguín y Granma que mantuvieron tasas por encima de las cifras esperadas.⁸

Las lesiones autoinfligidas intencionalmente ocuparon la décima causa de las muertes de todas las edades con tasas brutas de 13.5 y 12,7 por cada 100 000 habitantes respectivamente en los años 2015 y 2016.⁹

El estudio realizado en La Coloma por Ovalle Borrego y colaboradores⁴² acota que el intento suicida se mantiene como un problema de salud en la adolescencia. Obtuvo que el 25,7 % de los individuos con edades comprendidas entre 15 y 24 años habían cometido un intento suicida.

Un estudio realizado por Lozano y colaboradores⁴³ aporta que el intento suicida disminuye con la edad: 4,3 %, en el grupo de 12 a 17 años; 3,8 %, en el grupo de 18 a 29 años; y 2,6 %, en los de 30 a 65 años. Según sexo y grupos de edad, los intentos de suicidio en las mujeres, representaron el 6,7 %, entre los 12 y los 17 años; 5,1 %, de los 18 a los 29; y 1,5 %, entre los 30 y los 65 años. En el mismo orden, en los hombres fueron de 2,1 %, 2,3 % y 2,1 %. Este trabajo reporta que los intentos de suicidios recientes (en los últimos 12 meses) representan sólo la cuarta parte de los intentos de “alguna vez en la vida”, 1,1 % en la población de 12 a 17 años; 0,9 % en la de 18 a 29 años y 0,6 % en la población de 30 a 65 años de edad.

I.4. Factores de riesgo de la conducta suicida

Múltiples han sido los estudios realizados sobre el tema, con el objetivo de determinar las posibles razones que expliquen la conducta suicida. Horwitz⁴⁴ en su investigación se refiere a algunos resultados obtenidos por estudiosos de la temática:

- Bromish comparó dos grupos de pacientes con reacción depresiva breve o prolongada en relación a si habían tenido o no intentos suicidas y concluyó que el alcoholismo, los intentos suicidas en la familia de primer grado y el divorcio entre los padres, predisponen a la reacción depresiva con la conducta suicida.
- Clark, en un estudio realizado a 928 pacientes con conducta suicida durante tres años encontró que los antecedentes de intento suicida de baja letalidad están asociados con intentos suicidas futuros no letales.
- Allebeck, comparó 32 esquizofrénicos suicidas con un grupo control de 64 esquizofrénicos no suicidas y observó que los antecedentes de intento suicida, estaban relacionados con experiencias suicidas anteriores; calificó así el suicidio en el esquizofrénico como impulsivo y difícil de predecir.
- Winokur, estudió 401 pacientes con depresión psiquiátrica y depresión por enfermedad somática y encontró mayor ideación suicida e intentos suicidas en las depresiones por causa psiquiátrica.
- Katls y colaboradores, examinaron 406 adolescentes con intentos suicidas, en 226 era su primer intento y en 180 eran intentos repetidos. Al finalizar el

seguimiento de 10 años, el 1 % de los que habían tenido un intento suicida se había suicidado y el 4 % había tenido intentos repetidos.

A pesar de estos trabajos sobre el suicidio, aún no se conoce con certeza razones que conducen al suicidio; el cual responde a diversos factores biológicos, psicológicos y sociales.

En Cuba el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida define los siguientes factores de riesgo:⁸

- Adolescentes con embarazo temprano
- Madre soltera con hijos
- Personas mayores de 60 años con otros factores de riesgo
- Personas sin apoyo o atención familiar
- Personas con enfermedad crónica asociada invalidante
- Sobrevivientes de una tentativa de suicidio
- Los que anunciaron el suicidio
- Alcohólicos y farmacodependientes
- Antecedentes familiares de suicidio o intento
- Jóvenes que no estudian ni trabajan
- Niños y adolescentes de familias con problemas sociales
- Niños y adolescentes con dificultades escolares
- Niños y adolescentes con trastornos de conducta

Este programa considera como familias de riesgo:

- Las que tengan individuos con riesgo suicida

- Las que tengan bajos ingresos per cápita y bajo nivel de escolaridad
- Las que tengan alteraciones de su dinámica y en sus relaciones
- Las que tengan problemas sociales de envergadura

Estos factores de riesgo contemplados en el programa cubano⁸ se estratifican por grupos de edades. Considera a los niños y adolescentes entre 10 y 18 años de edad; a los adultos entre 19 y 59 años de edad y a los adultos mayores de 60 años de edad y más, cada grupo tiene características particulares relacionadas con problemas de salud que se describen a continuación.

Niños y Adolescentes:

Que presenten desórdenes de salud mental como depresión, intento suicida previo, abuso de sustancias, consumo de drogas, problemas en el aprendizaje, impulsividad, fracaso escolar, enfermedades incapacitantes, vulnerabilidad ante los eventos humillantes, desvinculados de estudio y/o trabajo, internamiento involuntario, alteración de la identidad sexual, adscripción a grupos con conductas disruptivas. Que sufran de predisponentes familiares entre los que se encuentran la violencia parental, abuso sexual, abuso de alcohol y drogas, aislamiento, antecedentes de conducta suicida, comportamiento suicida aceptado, muerte o separación de familiares, rechazo de la familia, facilidad de medios que faciliten la conducta suicida, pobreza, desatención familiar. Además, el deterioro socioeconómico de la comunidad, escaso o nulo acceso a actividades deportivas, recreativas, culturales, alta incidencias de alcoholismo y otras adicciones.

Adultos:

Que tengan desórdenes psiquiátricos como: depresión, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, abuso del alcohol y otras drogas. Tentativas de suicidio anteriores, aceptación cultural del suicidio, antecedentes de conducta suicida en la familia, aislamiento, separación, divorcio, muerte de la pareja, eventos humillantes, enfermedad grave con hospitalización, padecimiento de sida y factores socioeconómicos adversos con escaso o nulo acceso a actividades culturales, recreativas, deportivas.

Adultos mayores:

Que padezcan de desórdenes psiquiátricos: depresión, enfermedades crónicas invalidante, dolor crónico, abuso del consumo de alcohol y otras drogas, sentimientos de soledad, desesperanza, muerte o separación de figuras significativas, aceptación cultural del suicidio, internamiento involuntario, factores socioeconómicos adversos.

Considera el autor que dicho programa estratifica de forma adecuada los factores de riesgo por grupos poblacionales, debido a que toma en consideración factores predisponentes individuales, familiares y de índole comunitario particulares para los momentos del curso de la vida.

I.5. Intersectorialidad, modelos y métodos de intervención comunitaria para el control del suicidio

La integridad del sistema de salud cubano en todos estos años, ha permitido que los diferentes niveles de atención médica en su interrelación, se complementen con la participación social y comunitaria,⁴⁵ donde los seres humanos y las familias son sujetos y objetos de ese sistema.

La atención se dirige a las personas, la familia y la comunidad en el medio social en que viven. La promoción de salud y la prevención de las enfermedades constituyen premisas de actuación, en las que se trata de comprometer a otros sectores de la sociedad y la economía.

La salud pública cubana defiende el paradigma biopsicosocial, integral y global, donde la salud es un valor que hay que cuidar y es una resultante de un proceso complejo que se construye entre todos.⁴⁶

La creación del Servicio Médico Rural en la década del 60 con la instrucción e incorporación de empíricos como trabajadores a unidades de salud⁴⁷, la realización de actividades de promoción y educación para la salud encaminadas a resolver problemas derivados de los cambios epidemiológicos hacia las ENT en la década del 80⁴⁸, la creación en la década del 90 de los consejos de salud⁴⁹ y por último la constitución de la Comisión Nacional de Salud y Calidad de Vida en la década del 2000⁵⁰ evidencian la importancia creciente que tienen las acciones intersectoriales en la salud pública cubana.

Para favorecer esta labor y su descentralización se han desarrollado intervenciones basadas en el principio de conexión social y el fácil acceso a la

ayuda de los problemas relacionados con la salud mental, como las líneas de apoyo, así como otras de tipo psicosocial como los centros de prevención.⁵¹

Opina el autor que la creación por parte del Estado de estos espacios comunitarios es importante para el abordaje integral de la conducta suicida. El Ministerio de Salud Pública en Cuba constituyó al efecto el Grupo Operativo de Salud Mental y Adicciones (GOSMA) que puede crear el sitio de actuación necesario para la comprensión de los motivos que empujan a las personas a quitarse la vida y favorecer la realización de estrategias, políticas, programas y servicios efectivos para la reducción tanto de los intentos como de pérdidas trágicas de vidas, y los efectos devastadores de los comportamientos suicidas.

A pesar del avance en el conocimiento de los factores que conducen al suicidio y las consecuencias de esta conducta, la comprensión científica de lo que funciona mejor para la prevención es relativamente limitada.

Entre las acciones preventivas para disminuir la ocurrencia de suicidios se pueden citar:²⁹

- Formación de recursos humanos competentes que sean capaces de reconocer, tratar y curar óptimamente la depresión y comportamientos que puedan conducir a que se produzcan.
- Restricción del acceso de individuos vulnerables a los medios letales como el gas doméstico, los plaguicidas, la posesión de armas de fuego y las prescripciones de medicamentos inseguros.

- Educación sanitaria a actores y redes sociales con el uso de programas que ponen énfasis en el aumento de sus competencias tanto en la mejora organizacional como institucional.
- Apoyo en situaciones de crisis dentro de las que se encuentran las líneas telefónicas y servicios de ayuda digital y los centros de crisis.
- Programas de diagnóstico que permitan la identificación del riesgo de suicidio y de enfermedades mentales.
- Mejora de los tratamientos y la gestión de salud mental mediante el tratamiento efectivo de la enfermedad mental, el seguimiento y la ayuda a largo plazo. Uso adecuado de terapias comportamentales y psicológicas.
- Medidas de postvención para el seguimiento después de tentativas.
- Cobertura mediática responsable y sensata sobre el suicidio que eviten su ocurrencia.

El autor considera importante fomentar desde edades tempranas habilidades para la vida.

Estas acciones de prevención coordinadas por el sector salud con otras instituciones responsabilizadas con el problema y junto con la comunidad tienen vital importancia para el logro de una necesaria respuesta social organizada.²⁹

Para que sea efectiva la prevención del suicidio se necesita que la aproximación intersectorial tome en cuenta los factores y mecanismos que llevan a este comportamiento dañino. Pueden estar implicados profesionales de salud, voluntarios, investigadores, familias, amigos, afectados por comportamientos suicidas, personas que trabajen en redes de apoyo social de ayuda a la salud,

dirigentes de nivel local y central. Se hace necesario que a este equipo de trabajo multidisciplinario se integre personal de educación, justicia, entidades religiosas, la política y los medios de difusión televisivos y radiales.

Aja Eslava¹³, en Colombia, ha desarrollado estrategias de intervención educativas a través del programa “Salud al colegio” con el objetivo de capacitar docentes que repliquen conocimientos encaminados a fortalecer la visión de futuro y el sentido de perseverancia, la tolerancia a la frustración y al rechazo. Esto demuestra que es posible la realización de acciones conjuntas entre el sector educacional y de la salud.

La institución docente, tiene el encargo de centralizar las influencias sociales de manera intencional y con un carácter profesional especializado, de aquí que la prevención ligada al aprendizaje, es una vía capaz de fortalecer la vida de cada individuo y pueda contribuir a su desarrollo físico y emocional.^{52, 53}

Evidenciar la problemática suicida en los niños y su tendencia creciente compromete a las autoridades escolares y de salud a la búsqueda de una atención adecuada. Para ello se deben considerar las características propias del contexto donde estudian y reconocer los recursos y limitaciones para actuar al respecto.

La práctica pedagógica ha demostrado que existe un conjunto de limitaciones que atentan contra la buena calidad y equilibrio emocional de los estudiantes, como son la existencia de mitos en el contexto académico y fuera de este con respecto al suicidio y su conducta, los insuficientes conocimientos de docentes y directivos de las escuelas con respecto a las características esenciales en la prevención de esta conducta, la ausencia en el sistema de trabajo de las instituciones en la

función de control y seguimiento de alumnos con factores precipitantes de índole familiar a presentarla y carencia de preparación del consejo de escuela para apoyar al centro en la actividad preventiva.⁵³

Diferentes estudios desarrollados en México, Guatemala, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y en Cuba han estado encaminados a la elaboración de modelos y métodos de intervención comunitaria fundamentados en concepciones de participación, involucramiento comunitario en salud, acción comunitaria, sociedad civil e interfase social, entre otros.⁵⁴⁻⁶²

Estos modelos, posteriormente sufrieron cambios y en 1978, en la Conferencia de Alma Atá donde se enfatizó la importancia para la atención primaria de procesos de participación comunitaria, considerándola como “(...) el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a salud y bienestar propios de la comunidad “. ⁶³

En este trabajo el autor asume que la participación desde un enfoque comunitario involucra a los individuos que actúan colectivamente para ganar una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida y es una meta importante en la acción de la comunidad para la salud. La participación con empoderamiento individual se refiere principalmente a la habilidad del individuo para tomar decisiones y tener control sobre su vida personal.

Posteriormente, en 1991 aparece la definición de involucramiento comunitario como “(...) un proceso por medio del cual, tanto a nivel individual como en grupos, se ejerce el derecho a jugar un rol activo y directo en el desarrollo de servicios

apropiados de salud, en asegurar condiciones para mantener mejor salud, y en apoyar el empoderamiento de las comunidades para el desarrollo de salud.⁶³

El involucramiento de la comunidad en salud implica una alianza entre individuos, grupos, organizaciones y profesionales, en la cual todas las partes examinan los problemas de salud y acuerdan cómo resolverlos.^{64,65}

Por su parte en 1999 surge el modelo de Acción Comunitaria en Salud como: "(...) un proceso completo y sostenible, en el cual cualquier comunidad es involucrada como un socio completo en todos los estados de la atención de salud, en la identificación de necesidades, la selección de prioridades y en la planeación, implementación y evaluación de forma coordinada.

A finales de la década de los 90 surge en México el Modelo de Educación para la Salud con enfoque integral y transformador el que considera el desarrollo de procesos de educación para la salud a partir de la problematización, la decodificación y el análisis de las raíces históricas de los problemas, con el objetivo de garantizar un empoderamiento de los implicados en el proceso.⁶⁶

Este modelo enuncia los tipos y métodos educativos participativos como un acervo de instrumentos que pueden utilizarse de acuerdo con el momento, personal a capacitar, habilitación de la población y problemas a los que están dirigidos. Se privilegian los métodos Pedagogía Liberadora y Participativo Centrado en el Desarrollo Humano.

Es importante considerar que el Modelo de Educación para la Salud con enfoque integral y transformador, a juicio del autor, es adecuado al asumir un diseño organizado en cinco fases: la capacitación del personal; la elaboración del

diagnóstico de necesidades de aprendizaje; el diseño del plan de intervención con enfoque de proyecto; el desarrollo del programa y el control del desarrollo del mismo.

La efectividad de los modelos de intervención comunitarios dependen del enfoque estratégico con que se diseñen, en lo que juega un papel determinante el análisis de la situación de salud como el principal instrumento para la toma de decisiones acertadas en la solución de los problemas comunitarios.⁶⁷

Se considera la interfase social como: “(...) el punto crítico de intersección entre diferentes sistemas sociales, campos o niveles de orden social donde las discontinuidades estructurales basadas en diferencias de valores normativos y de interés social se encuentran más frecuentemente determinadas (...).⁶⁸⁻⁷⁰

La OMS ha identificado tres modelos generales de Intervención Comunitaria en Salud con Participación Social.⁷¹

1. El modelo de participación como colaboración donde las personas voluntariamente o como resultado de un incentivo persuasivo acuerdan colaborar con un proyecto de desarrollo determinado externamente, que contribuye con su trabajo y otros recursos al cambio de un beneficio esperado. En esta forma de entender participación se le visualiza como un insumo y como un medio para asegurar el éxito del proyecto.

2. El modelo de participación como meta específica de los beneficios de un proyecto, cuando grupos previamente excluidos son focalizados como beneficiarios y se toma en consideración sus perspectivas.

3. El modelo de participación con empoderamiento que puede tener dos significados:

- Comprendido como el progreso de habilidades y conocimientos para facilitar el manejo de los sistemas de desarrollo existentes, empoderamiento entendido como construcción de capacidades.

- Como una política fundamental que permite la decisión sobre los problemas y la realización de acciones que se consideren esenciales; por ejemplo, aumento en el poder político, económico, técnico o intelectual en personas que no tenían poder o estaban marginadas.

Este modelo posibilita contar con la participación activa y consciente de los miembros de la comunidad, aunque debe destacarse que, según los autores del proyecto PASS/GTZ, 2002⁷², las etapas de una metodología de intervención comunitaria con empoderamiento son determinadas por la evaluación de necesidades, el liderazgo, la organización, la movilización de recursos y la gestión.

El autor opina que un análisis de los modelos de participación como colaboración voluntaria y el de participación como meta específica de los beneficios de un proyecto, permite comprender que la voluntariedad no puede ser espontánea, sino que debe estar precedida de acciones de promoción.

Existe una tendencia a fomentar la incorporación de la comunidad como un actor y referente relevante en las intervenciones y políticas sociales. Ello se vincula con un intento por dar respuesta a profundas y variadas transformaciones acontecidas en la humanidad, lo que tiene como propósito revitalizar la sociabilidad, para

facilitar la vinculación y organización y los emprendimientos colectivos para mejorar las condiciones de vida, especialmente en población desfavorecida.^{72,73}

En este estilo de participación, el grupo y su organización aparecen como elementos que, dentro de un espacio social determinado, permiten el fortalecimiento del sujeto político y promueve estructuras de relaciones que hacen posible la cooperación democrática.^{74,75}

El autor considera la necesidad de fortalecer el modelo de intervención comunitaria centrado en el empoderamiento para la prevención del intento suicida, que tenga un punto de partida en la concepción estratégica desde la comunidad como uno de los espacios por excelencia de la sociedad, con la implicación de líderes, lo que genera movilización desde el centro de la problemática social, con el beneficio de las influencias educativas que contribuyan al mejoramiento del modo y los estilos de vida de la población.

Asume la definición de comunidad del Centro de Estudios Comunitarios de la Universidad Central de Las Villas* que declara que es “un grupo social que comparte espacio donde la participación y cooperación de sus miembros posibilitan la elección consciente de proyectos de transformación dirigidos a la solución gradual y progresiva de las contradicciones potenciadoras de su autodesarrollo”. De este modo se subraya el papel activo de la comunidad como agente transformador en la solución de los problemas que afectan a sus miembros mediante el aprovechamiento de sus potencialidades como grupo capaz de concientizar sus contradicciones para lograr su propio desarrollo.

* Alonso, 2004

En los modelos tradicionales de intervención social es el operador social quien presume poseer la experticia necesaria para determinar la naturaleza del problema y el tratamiento que conviene aplicar, relegando a las personas implicadas al rango de simples ejecutantes.

Este tipo de intervención trata a los beneficiarios como individuos carentes de competencia para hacerse cargo de su realidad y refuerza la falta de poder de estos sobre las propias circunstancias y condiciones de vida.⁷⁶ Esta postura propicia que la responsabilidad del cambio quede depositada en los agentes de desarrollo, quienes conducen el proceso, lo que limita consecuentemente la asunción de control de la comunidad respecto de su situación.^{77,78} Numerosos autores han desarrollado perspectivas y prácticas sociales alternativas a este enfoque^{79,80}. Entre estas, la intervención centrada en el desarrollo del empoderamiento de las personas y de las comunidades aparece como una de las más pertinentes.^{76,81}

Considera el autor que este enfoque permite dar respuesta a cuestiones fundamentales en la intervención social. Por una parte, pone énfasis en las fortalezas de las personas, promueve una diferente imagen de ellas como ciudadanos con derechos y opciones. Define también una nueva aproximación a la relación de ayuda, que sitúa a los profesionales como colaboradores que trabajan con miembros de la comunidad en un afán por cambiar su mundo social, con la posible superación de la visión tradicional de expertos alejados del mundo de las personas.

Un escenario comunitario que favorezca el empoderamiento debe reunir ciertas condiciones. Matón⁸² propone que sea un sistema de creencias basado en el grupo, con actividades centrales que favorezcan las relaciones, que exista estructura de oportunidad para el ejercicio de roles, liderazgo y, por último, sea posible el cambio y mantención del contexto.

Zambrano⁷³, en el 2007 expresó que los programas sociales, particularmente los ejecutados en el espacio local, privilegian la relación/mediación con dirigentes, por sobre la relación con la organización. Así, con frecuencia los líderes y dirigentes viven fuertes procesos de empoderamiento individual sin que ello redunde necesariamente en un empoderamiento organizacional y comunitario.

En la experiencia de campo en la región de la Araucanía se muestra como estilo predominante de muchas organizaciones comunitarias el empoderamiento de líderes y organizaciones para el ejercicio de un liderazgo democrático. Consideran que la colectividad es una prioridad para propiciar los procesos participativos.^{83,84}

Otros modelos⁸⁵ empleados para las intervenciones comunitarias son los siguientes: Modelo de Creencia en Salud de Irwin M. Rosentock, Modelo Transteórico y de los Estadios de Cambio de James O. Prochaska, Modelo Conciencia de la Salud de Rosentock y Becker y el Modelo de Aprendizaje “Teoría del Aprendizaje Social” de Bandura.

Los modelos anteriormente mencionados se consideran útiles para el diseño de las acciones comunitarias de la presente investigación al estar relacionados con teorías sociales que se basan en los cambios de conductas para el afrontamiento

adecuado ante situaciones de vulnerabilidad con el apoyo social y la modificación de estilos de actuación de gestores en las organizaciones del sistema de salud.

Anselma Betancourt en el 2010 consideró que, lo más importante no es adherirse a un modelo específico, sino considerar las perspectivas de todos en la conformación de un modelo unificado que responda a las demandas de las situaciones comunitarias diagnosticadas.⁸⁶

Emerge, de este análisis la necesidad de considerar que para el diseño de acciones comunitarias se debe partir de las necesidades diagnosticadas, la movilización de motivaciones desde la interfase entre los profesionales de la salud y la población, el desarrollo de técnicas cualitativas y la evaluación de los resultados, aspectos que no se explicitan en los referidos modelos.⁸⁷

I.6. Evaluación de programas en salud

Existen diferentes posturas en relación a los enfoques que debe asumir la evaluación de programas. En general se advierten dos grandes corrientes de valoración como la enfocada al estudio de la estructura y proceso y la enfocada a resultados. A estas posturas se les identifica también como enfoques de evaluación “globalizadora” –o general- y de “producto”, respectivamente.

En la primera se presta más atención al contexto, a los insumos, a los procesos y a los resultados inmediatos, mientras que en la segunda se toman en cuenta los efectos intermedios y de largo plazo y la congruencia de estos, con los objetivos previamente establecidos.⁸⁸

Los puntos de vista de la evaluación también se pueden clasificar de acuerdo a una orientación formativa o sumativa. La visión formativa, es aquella que se

realiza regularmente para guiar y en su caso corregir, el desempeño de un programa. Su objetivo fundamental es contribuir a la mejora continua. La sumativa busca conocer la medida en que un programa, una vez finalizado, ha generado en la población los cambios esperados en las variables de resultado o impacto.

Las evaluaciones de procesos también consideradas formativas, se relacionan con el control, aseguran la calidad de la práctica y son usadas para valorar la manera de cómo estos han sido implementados. Se entiende como un abordaje de tipo comparativo que se enfoca, tanto en los logros, como en los procesos que se desprenden de la misión, objetivos y actividades del programa.

Con independencia de la clasificación adoptada, los distintos enfoques de la evaluación de programas se enmarcan dentro de los dos grandes paradigmas de la investigación cuantitativa y la cualitativa discutidos ampliamente en la literatura científica, con las diferencias y ventajas que cada uno conlleva.

En este entendido, la evaluación en salud se puede realizar en distintos niveles: medición de las necesidades de salud en la población a que van dirigidas las políticas, programas o servicios de salud; evaluación operativa de la estructura y procesos de la atención a la salud y los medios para otorgarla a los beneficiarios, y estudios e investigaciones evaluativas de los resultados derivados de la provisión de servicios y operación de programas, ya sea a nivel de productos y metas intermedias o de su impacto final en las condiciones de salud de la población.

La tecnología de los indicadores de calidad se ha utilizado cada vez más para evaluar las prácticas en cuidados de salud. Son medidas cuantitativas de las características o atributos de un proceso o sistema dado, que pueden indicar la

calidad de la asistencia sanitaria prestada, así como las necesidades específicas de mejora.⁸⁹

Se han utilizado tres categorías para clasificarlos: estructura, proceso y resultado. La ventaja de uno sobre el otro reside en las características del fenómeno a medir.⁹⁰

Las bases conceptuales y metodológicas para la evaluación de la calidad de la atención, se han estado justificando en el modelo desarrollado por Donabedian. Este patrón ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud y supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todas las derivaciones puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y únicamente de la estructura.

Los indicadores de estructura se refieren a las características requeridas, tales como recursos humanos, equipos, sistemas de información, etc. Los indicadores de proceso miden la dinámica de un asunto determinado y los de resultados miden la frecuencia con la que se produce algún acontecimiento, y evalúan los objetivos finales, como la mortalidad, la morbilidad o la satisfacción de los pacientes.⁹¹

Existen en Cuba y otros países de Latinoamérica experiencias investigativas en la evaluación de programas de salud a partir de la construcción de indicadores y estándares para estos tres componentes.^{92,93}

La evaluación de las tecnologías sanitarias es una herramienta para la toma de decisiones políticas que tiene importancia desde la década de 1970 hasta la

actualidad. Esta herramienta se ha desarrollado más en algunos países gracias a la voluntad política; sin embargo, las declaraciones de la OPS, OMS y las redes y organismos latinoamericanos tienen un papel fundamental en hacer visible su utilidad.⁹⁴

Considera el autor que, el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida no tiene explícito todos los indicadores y estándares necesarios, por lo que estima necesario efectuar el enriquecimiento de los mismos.

I.7 La educación comunitaria para la prevención del intento suicida

La OMS⁹⁵ define la promoción de salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades y lograr una mayor vigilancia de los determinantes de salud y modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos en favor de la salud pública e individual.

En consecuencia, la promoción de salud no es de dominio exclusivo del sector salud, aunque este desempeña un papel muy importante como líder y asume la responsabilidad de asesorar y dirigir las políticas a todos los niveles. De esta manera, la información, la educación para la salud y la comunicación social en salud constituyen herramientas útiles para lograr sus objetivos. La educación para la salud es capaz de influir a favor de los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y de la comunidad con respecto a su bienestar.

La educación como proceso relacionado con el trabajo comunitario, tiene su precedente en un documento emitido en 1960 por el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU titulado: "Desarrollo de la comunidad y servicios

conexos". Considera que el desarrollo de los grupos humanos se puede alcanzar con la contribución de procesos educativos, no por sus beneficios materiales, sino por los cambios cualitativos que provocan en la conducta, las actitudes y los valores de sus habitantes.⁹⁶

En el ámbito internacional se han expuesto criterios acerca del papel que desempeñan las relaciones entre grupos humanos con nexos comunes en la educación. Una de estas es el trabajo comunitario que es uno de los campos de la educación comunitaria, que utiliza la técnica de acción social y un proceso fundamentalmente de tipo educativo.

La educación comunitaria se ubica en el ámbito disciplinar de la Pedagogía Comunitaria, de manera que se ocupa de los aspectos educativos del desarrollo de comunidades. Su campo de acción puede constituirse como un marco de referencia indispensable para activar el desarrollo de una acción participativa.

El Trabajo Comunitario Integrado es utilizado por los Órganos Locales del Poder Popular como una forma de actuación donde se conciben, organiza y ejecutan actividades a escala comunitaria. La coordinación e integración de las acciones es elemento básico para obtener resultados efectivos y la dirección y organización del trabajo debe permitir no solo que todos participen, sino que aborden, de forma integral, la diversidad de asuntos e intereses que existen en cada lugar.

Este modelo de acción en las nuevas condiciones históricas, debe dirigir las relaciones e influencias que se desarrollen en la comunidad, desde la promoción de las distintas acciones de la vida cotidiana hasta la formación de valores, con énfasis en el desarrollo de la solidaridad y la participación popular.

Las instituciones sociales, desde el contenido de su actividad en las comunidades y sobre la base de las necesidades, intereses, costumbres, tradiciones y expectativas de la población pueden contribuir a la consolidación de conocimientos, hábitos, normas de conductas, sentimientos, cualidades y valores que son indispensables en el perfeccionamiento social.⁹⁶

Considera el autor de la presente investigación que, aun es pobre la comprensión y disposición que manifiestan algunas de las instituciones hacia sus responsabilidades educativas, es insuficiente la preparación que poseen y son limitadas las herramientas de que disponen los directivos de los gobiernos locales lo que, justifica la propuesta de un proyecto local con acciones de educación comunitaria.

La capacidad organizacional del sistema de salud para ofrecer servicios con calidad es uno de los bloques estratégicos reconocidos para conseguir niveles óptimos de funcionamiento. La misma tiene dos componentes la infraestructura, recursos y personal adecuados para los servicios ofertados, y los elementos para la función de calidad, particularmente un sistema de información que permita vigilar y establecer un esquema de reconocimientos e incentivos alineados con la calidad y, sobre todo, procurar los conocimientos y habilidades para gestionar y mejorar la calidad de los servicios específicos y del sistema en su conjunto.⁹⁷

Las organizaciones actualmente se desarrollan en escenarios muy dinámicos, lo que trae consigo cambios constantes para poder enfrentar este entorno y alcanzar los objetivos estratégicos.⁹⁸

El cambio organizacional abarca desde un simple cambio en la tecnología hasta transformaciones radicales en la cultura de una institución, por lo que el perfeccionamiento de la forma en que se cambia preocupa en la actualidad a todas las empresas, sin importar el tamaño o sector en el cual se desempeñe. Se requiere de formas y métodos creativos para enfrentar los procesos de cambio y así lograr la alineación estratégica de estas.⁹⁸⁻¹⁰⁰

La organización de un sistema de salud pasa por el cuestionamiento de las necesidades desde el punto de vista del modelo de asistencia y del usuario. Este último contribuye tanto a su organización, como a la comprensión de las representaciones sociales relacionadas al proceso salud-enfermedad y de las dimensiones a su acceso (disponibilidad, accesibilidad, adecuación funcional, capacidad financiera y aceptación). Su incorporación en la evaluación de los servicios de salud ha sido valorada por constituir un indicador sensible de calidad, además de estar potencialmente relacionado con su adecuación. La evaluación que los usuarios hacen de estos, posibilita repensar las prácticas profesionales o modificar la forma de organización, para su perfeccionamiento.^{101,102}

Un ejemplo es la estrategia propuesta por el Plan Nacional de Prevención en Uruguay para el período 2011-2015¹⁰³ que recoge cinco ejes fundamentales: la organización de la atención integral en salud mental, la construcción de intersectorialidad y trabajo en red, la sensibilización a la comunidad y la promoción y educación para la salud mental y prevención de suicidios, formación, capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje del suicidio, atención de los intentos de autoeliminación y sobrevivientes y el desarrollo e

implementación del Sistema Nacional de Información en intentos de autoeliminación y suicidios.

Se hace necesario el desarrollo de acciones educativas y de cambio organizativo dirigidas al fomento de la salud. Por lo que promover el análisis reflexivo dirigido al perfeccionamiento de las existentes y a la creación de otras, en correspondencia con los principales problemas de salud que afectan al individuo, la familia y la comunidad pueden contribuir al mejoramiento de las intervenciones sanitarias, dentro de las que se encuentran las dirigidas a la prevención del intento suicida y su consumación.

I.8 Consideraciones finales

En este capítulo fueron analizadas las bases teóricas que sustentan la investigación, se fundamenta la relevancia de la aplicación del enfoque intersectorial en las acciones comunitarias en la promoción de salud y la prevención de enfermedades y riesgos. Se exponen los diferentes modelos que con mayor frecuencia sustentan la intervención comunitaria, así como los criterios de evaluación de programas de salud. Se respalda que, para la prevención del intento suicida, pueden ser tomadas en consideración con más fuerza en el contexto cubano las acciones de educación comunitaria desde un proyecto local.

CAPÍTULO II. CARACTERIZACIÓN DEL INTENTO SUICIDA Y EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA EN NUEVA PAZ

En este capítulo se exponen los métodos científicos utilizados en la caracterización del intento suicida y en la evaluación del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz de la provincia Mayabeque que se corresponden con el primer y segundo objetivo de la tesis así como los resultados encontrados en cada uno.

II.1 Diseño metodológico

En la primera etapa se desarrolló un estudio de tipo descriptivo, transversal, desde el primero de enero de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2012 en el municipio de Nueva Paz, provincia Mayabeque, en un universo de 220 individuos con intento suicida.

Entre los métodos, se utilizó la entrevista a individuos que cometieron intento suicida (Anexo 1) que fue validada por expertos, el Cuestionario de Indicadores de Riesgo (CIR) (Anexo 2), y el Test FF-SIL¹⁰⁴ (Anexo 3). Aplicados por el autor de la investigación.

La selección de los expertos se realizó de forma intencionada, en total 11, al considerar en ellos competencia demostrada al reunir los siguientes requisitos.

1. Categoría profesional: médicos especialistas en Medicina General Integral, Organización y Administración de Salud, Psiquiatría, Psicólogos y Licenciados en Pedagogía.
2. Poseer diez años o más de experiencia laboral y docente.

3. Ostentar categoría docente superior (Titular o Auxiliar)
4. Tener grado científico de Doctor en Ciencias o Máster en Ciencias.
5. Experiencia investigativa en la temática.

El grupo estuvo integrado por cuatro especialistas de Segundo Grado en Medicina General Integral, dos especialistas de Segundo Grado en Psiquiatría, dos Psicólogos, dos especialistas de Segundo Grado en Organización y Administración de Salud y un Licenciado en Educación. Todos poseían más de 15 años de experiencia laboral y en la docencia, profesores auxiliares y con grado científico de Máster.

Una vez definidos los expertos se les solicitó la validación de la entrevista a individuos con intento suicida que se presenta en el anexo 1. El autor utilizó las propiedades de Moriyama,^{105,106} modificadas.

1. Comprensible: comprensión de los diferentes ítems que se evalúan en relación con el fenómeno que se pretende medir.
2. Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: si se justifica la presencia de cada uno de los ítems que se incluyen en el instrumento.
3. Con componentes claramente definidos: si cada ítem mide un evento concreto.
4. Derivable de datos factibles de obtener: si es posible obtener las respuestas deseadas a partir de las preguntas del cuestionario.

Cada experto evaluó el cumplimiento de los aspectos antes mencionados mediante una escala ordinal de cero, uno y dos, equivalente a las categorías siguientes: mucho (2), poco (1) y nada (0). (Anexo 4)

Se consideraron válidas cuando el 80 % o más de las valoraciones emitidas obtenían valor de mucho (2).

El resultado obtenido expresa que el 81,8 % de los expertos valoró con dos puntos la entrevista evaluada. (Anexo 5)

Operacionalización de variables

A continuación, se presentan las variables para el desarrollo de la investigación por cada objetivo propuesto y su operacionalización.

Objetivo 1. Identificar las características sociodemográficas relacionadas con los que cometieron el intento suicida en Nueva Paz desde el año 2008 hasta el 2012.

- Edad: años cumplidos en el momento del estudio según lo declarado por el individuo: 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 y más.
- Sexo: sexo biológico que corresponde: femenino y masculino.
- Color de la piel: matiz de la tez expresada: blanco, negro y mestizo.
- Nivel de escolaridad: grado escolar vencido según lo declarado por el individuo: primario incompleto para aquellos que no tienen culminado el sexto grado, primario completo, los que tienen primaria terminada, el nivel medio incluye secundaria básica, preuniversitario, técnico medio y el universitario para los que tienen concluidos los estudios de una carrera universitaria referido por el individuo.
- Estado civil: según lo declarado por el individuo: soltero para aquella persona que nunca ha contraído vínculo matrimonial, casado a la persona que mantiene una relación legalmente formalizada, unión consensual para la persona que mantiene una relación de pareja no formalizada legalmente, divorciado a la persona que contrajo vínculo matrimonial el cual fue disuelto por sentencia firme

dictado por tribunal o acto notarial y viudo para la persona que contrajo vínculo matrimonial pero uno de ellos falleció.

- Ocupación: labor referida por el entrevistado: cuentapropista para aquella persona que trabaja un oficio de forma independiente pero pertenecen a la Oficina Nacional de Administración Tributaria, ama de casa a la persona que no tiene vínculo laboral y se dedica a las labores domésticas, estudiante al que actualmente se encuentra realizando algún estudio, intelectual al profesional que labora o desempeña una carrera universitaria, obrero calificado para el que desempeña un oficio para el cual han obtenido una calificación, jubilado a la persona que ha concluido su vida laboral anterior y que recibe una pensión por los años trabajados, dirigente a la persona que ocupa un cargo en la dirección de una empresa o instituciones y que se le paga por su acción, según el nivel de actividad que desempeña y desocupado al individuo que no estudia ni trabaja.

- Área de residencia: consejo popular donde refiere que vive el entrevistado: Nueva Paz, Los Palos, Vegas, Central Agroindustrial "Manuel Isla Pérez", Sureste.

- Método utilizado para el intento suicida: procedimiento referido por el sujeto manejado para cometer el intento: ingestión de psicofármacos, ingestión de sustancias tóxicas, ingestión de otros medicamentos, quemadura, ahorcamiento, arma blanca, arma de fuego, precipitación de altura y proyección contra vehículo en marcha.

- Factores de riesgo personales: presencia de algún componente de riesgo en el individuo referido por el entrevistado: persona sin apoyo social y familiar: vivencia de soledad y falta de apoyo emocional con independencia de la convivencia con

otras personas (ítems 10 y 13 del CIR, Anexo 2), sentimiento de desesperanza y culpa: este sentimiento comprende sensación de imposibilidad absoluta de obtener una determinada cosa o de que ocurra algo que pudiera cambiar la realidad existente, con pasividad del sujeto (ítems 1 y 9 del CIR, Anexo 2), intento suicida previo: haber realizado un intento de quitarse la vida anterior al momento de la evaluación con el cuestionario, aunque no haya sido registrado en las estadísticas sanitarias (ítems 2 del CIR, Anexo 2) expresando como áreas de conflictos la familia, la pareja, judicial, sexual, escolar y/o laboral, alcoholismo referido por el individuo, enfermedad crónica expresada por la persona, farmacodependencia referida, presagio, amenaza o proyecto suicida: sujeto que ha tenido y tiene deseos de quitarse la vida y ha presagiado, amenazado y preparado planes concretos para hacer realidad sus ideas (ítems 5 y 6 del CIR, Anexo 2), impulsividad: vivencia del sujeto de no tener control de la intensidad de sus emociones con desequilibrio entre sus procesos de excitación e inhibición ante la tensión psíquica mantenida (ítems 2 y 8 del CIR, Anexo 2), hostilidad: sentimientos de resentimientos hacia otros, producto de inhabilidad para expresar la agresión recibida (ítems 12 del CIR, Anexo 2), depresión mayor: tristeza, pesimismo, hipoabulia o abulia, deseos de estar aislado (ítems 7 y 11 del CIR, Anexo 2).

- Factores de riesgo familiares: antecedentes familiares de intento suicida y/o suicidio (ítems 4 del CIR, Anexo 2) y familiares con problemas sociales según referido por el individuo durante la entrevista.

El CIR es un instrumento de la autoría de Wilfredo Guibert Reyes y Eloísa R Del Cueto de Inastrilla, de fácil aplicación validado en una investigación titulada Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida, realizada en el municipio Centro Habana de la provincia La Habana durante los años 1998 y 1999, cuyos resultados se encuentran publicados en la Revista Cubana de Medicina General Integral en el volumen 19, número 5 del año 2003.

- Violencia intrafamiliar: referido por el individuo algunas de las siguientes manifestaciones: golpes, lesiones con arma blanca o de fuego, gritos, humillaciones, amenazas, insultos, abuso sexual.

- Funcionamiento Familiar: percepción del individuo encuestado sobre la dinámica de su familia: familia severamente disfuncional de 14 a 27 puntos, familia disfuncional de 28 a 42 puntos, familia moderadamente funcional de 43 a 56 puntos, y familia funcional de 57 a 70 puntos según FF-SIL. (Anexo 3)

El FF-SIL es un instrumento de recogida de información que se diseñó en 1994 para medir percepción de funcionamiento familiar, la cual es de fácil aplicación y calificación por el equipo de atención primaria. Fue creada por Pérez de la Cuesta, Louro y Bayarre y fue validada en una muestra de familia de dos municipios de Ciudad de La Habana y obtuvo alta confiabilidad (0.94) y validez (mucho). Utiliza las dimensiones siguientes: cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes decisiones de las tareas cotidianas (ítems 1 y 8), armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales, con los de la familia en un equilibrio emocional positivo (ítems 2 y 13), comunicación: los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma

clara y directa (ítems 5 y 11), adaptabilidad: habilidad para cambiar estructura de poder y relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera (ítems 6 y 10), afectividad: capacidad de los miembros de vivencias y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros (ítems 4 y 14), rol: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar (ítems 3 y 9), permeabilidad: capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones (ítems 7 y 12).

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems.

La escala tiene los siguientes valores de acuerdo con el criterio seleccionado:

Casi siempre... 5 puntos

Muchas veces 4 puntos

A veces..... 3 puntos

Pocas veces... 2 puntos

Casi nunca.....1 punto.

La utilización de este instrumento fue indicado por la Dirección de Servicios Ambulatorios del MINSAP para la evaluación del funcionamiento familiar en el nivel primario de atención. Para esta investigación se modificó la consigna inicial y se orientó al entrevistado que debía clasificar su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presentó antes de la ocurrencia del intento.

Objetivo 2. Evaluar la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz en el año 2011.

Para dar salida a este objetivo se realizó en la segunda etapa un estudio de tipo evaluativo con la finalidad de evaluar la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida en Nueva Paz durante el año 2011. Los instrumentos fueron aplicados por el autor de la investigación al total de los trabajadores de la salud que ascendieron a 58 dedicados al programa. Se aplicaron cuestionarios a los tres técnicos de recursos humanos (Anexo 6), seis integrantes del centro comunitario de salud mental (CCSM) (Anexo 7), tres técnicos de estadísticas (Anexo 8) , los 21 médicos de familia y 25 enfermeras de la familia como miembros del equipo básico de salud (EBS) (Anexo 9); el examen de competencia fue aplicado a los integrantes de los EBS y a los trabajadores del CCSM (Anexo 10) y la guía de entrevista al jefe del CCSM (Anexo 11).

Además, se emplearon guías de revisión documental para: las historias clínicas individuales y familiares (Anexo 12), las tarjetas de enfermedad de declaración obligatoria (EDO) (Anexo 13) y las actas de reuniones de la comisión de salud mental (CSM) (Anexo 14).

El Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida solo establece algunos indicadores con fuentes de verificación y sin estándares para su evaluación, por lo que fue necesario que se establecieran para esta investigación los criterios de evaluación para las dimensiones de estructura, proceso y resultados, a los cuales se les definieron los estándares y los indicadores. La evaluación de cada criterio fue adecuada si el valor real que se obtuvo era igual o superior al estándar y no adecuada si era inferior. Se definió la ejecución del

programa como adecuada cuando como mínimo el 70 % de los criterios establecidos con sus estándares estaban cumplidos (Anexo 15).

Para la validación de los indicadores y estándares fijados a cada criterio de medida se utilizaron expertos que fueron los mismos que participaron en la validación de la entrevista a individuos con intento suicida. (Anexo 1)

Con estos expertos se realizaron dos sesiones de trabajo en la cual se utilizó como técnica de indagación cualitativa el grupo de discusión.

En la primera sesión de trabajo efectuada en el aula del Policlínico Universitario “Felipe Poey Aloy” de Nueva Paz se presentaron los criterios de medidas, indicadores y estándares propuestos por el autor de la investigación y se solicitó la evaluación de cada uno por separado y se establecieron los siguientes rangos de valoración:

Muy adecuado: si ninguno de los elementos evaluados de cada uno de los aspectos presenta sugerencias o modificaciones.

Adecuado: si se presentan modificaciones o sugerencia en solo dos de los elementos examinados de cada aspecto.

Inadecuado: si en más de dos elementos de cada aspecto se presentan modificaciones o sugerencias.

Se desarrolló un segundo encuentro con la propuesta modificada, donde el 100 % de los expertos manifestó el criterio de Muy adecuado en la valoración de los aspectos evaluados. Se propuso por dos expertos la modificación de dos estándares de los criterios de medidas: trabajadores en la CSM y tarjetas de EDO, que inicialmente tenían la categoría definida con valores iguales o superiores a 80

para su evaluación como adecuado e inferior a este como no adecuado y se decidió por unanimidad que el valor fuese de 90 y más.

A continuación, aparece la definición de los criterios y categorías sometidos a la evaluación del PNPACS en Nueva Paz. En el Anexo 15 se encuentran los indicadores y estándares que se utilizaron.

Estructura:

Tiempo de trabajo en el consultorio: promedio de años de trabajo en el consultorio de los miembros del EBS.

Trabajadores en función del programa según categoría ocupacional: cantidad de trabajadores según su composición por áreas de salud en función del programa por categoría ocupacional. Se utilizó como categorías: médico general, residente de MGI, especialista de MGI, otros especialistas, psicólogo, licenciados en enfermería, otros profesionales, técnico de enfermería, trabajadores sociales y otros técnicos.

Actividades de capacitación: cantidad de actividades de aprendizaje realizadas.

Trabajadores capacitados en función del programa.

Competencia profesional: definida por Pérez Escoda¹⁰⁷ como las respuestas profesionales que una persona da a los requerimientos de su puesto de trabajo. Está ubicado en una organización concreta, un sector o actividad determinada, un contexto social, político y económico concreto.

Para su determinación se aplicó un examen de competencia a los médicos y enfermeras de la familia y trabajadores del CCSM (Anexo 10) con el objetivo de

identificar necesidades de aprendizaje sobre el PNPACS y se consideró como aprobado el que alcanzó más de 70 puntos.

La escala de calificación que se utilizó fue la siguiente: excelente, entre 90 y 100 puntos; bien, entre 80 y 89 puntos; regular, entre 70 y 79 puntos y mal menos de 70 puntos.

Composición de los equipos de salud mental: cantidad de trabajadores según su composición por áreas de salud y categoría ocupacional. Se utilizó como categorías: médico general, residente de MGI, especialista de MGI, otros especialistas, psicólogo, licenciados en enfermería, otros profesionales, técnico de enfermería, trabajadores sociales y otros técnicos.

Proceso:

Llenado de registros y tarjetas de EDO:

Adecuado: existencia de los registros y las tarjetas de EDO llenados con letra legible, se enfatizó en los datos generales, diagnóstico completo, método utilizado y su descripción.

No adecuado: cuando solo se describen los datos generales sin aportar la dirección de residencia, diagnóstico completo y descripción del método utilizado.

Reuniones de la comisión de salud mental: se verificó, mediante el acta, la realización o no de las mismas y se exploraron las causas de su no realización, cantidad de reuniones programadas y realizadas.

Análisis del programa: periodicidad del análisis realizado del programa en las reuniones del GBT, expresado en bimensual, trimestral, semestral o anual. Se verificó a través de la revisión de las actas de reuniones del GBT.

Actividades educativas realizadas por el EBS: cantidad de actividades capacitantes que realizan los EBS a la población por meses, semestres y año. Se verificó en el registro primario del especialista municipal de educación para la salud.

Discusiones de caso: realización o no de las discusiones de casos de intento suicida en las reuniones del GBT.

Acciones conjuntas entre el sector salud y otros organismos: realización de acciones intersectoriales entre el sector salud y educación, cultura, medios de comunicación social, organizaciones de masas (CDR, FMC), líderes del gobierno municipal (presidentes de consejos populares). Se procedió a la revisión documental de las actividades planificadas y nivel de cumplimiento de las acciones en función de esta problemática.

Flujo de información de la notificación: tiempo que transcurre desde que se produce el intento suicida y la llegada de la información al Departamento Municipal de Estadísticas.

Flujo de información al EBS: tiempo que transcurre en el trayecto de la información entre el Departamento Municipal de Estadísticas al área de salud y al EBS.

Ambos flujos de información se expresaron en tiempo transcurrido de 24, 48, 72 y más de 72 horas.

Calidad de las historias clínicas familiares: evaluación de dispensarización individual y familiar haciendo énfasis en la evaluación periódica individual y de la salud familiar e intervención continua individual y familiar.

Adecuado: cuando contiene una correcta dispensarización, cumplimiento de la evaluación periódica familiar y se plasman las acciones de intervención continua.

No adecuado: cuando existen errores en la dispensarización familiar, no existe evaluación ni intervención familiar periódica.

Calidad de las historias clínicas individuales: evaluación de la dispensarización, calidad de la primera consulta con énfasis en la valoración y evaluación del riesgo, estrategia de seguimiento en consultas, interconsultas y terreno, así como valoración por el ESM.

Adecuado: si se cumple correctamente la dispensarización, existe juicio en la valoración de la consulta y esté definida la estrategia de seguimiento.

No adecuado: cuando el individuo no esté dispensarizado correctamente, la consulta realizada no plasme el pensamiento adecuado y no esté definido el seguimiento a realizar.

Resultados:

Tasa de intento suicida: cantidad de individuos que cometieron intento suicida entre la población por cada 100 000 habitantes.

Tasa de suicidio: cantidad de individuos suicidados entre la población por cada 100 000 habitantes.

Se tuvo en cuenta para ambas tasas como estándar el valor esperado según el programa. El dato fue obtenido del registro primario del Departamento Municipal de Estadísticas.

Investigaciones: cantidad de proyectos e informes finales de tesis realizadas sobre la conducta suicida en el municipio por año.

Publicaciones: cantidad de artículos publicados en revistas científicas, libros, o informes operacionales realizados sobre la conducta suicida en el municipio por año.

La información de investigaciones y publicaciones fue obtenida de las bases de datos de la Sección de Docencia e Investigaciones.

Satisfacción de los usuarios: total de encuestas a usuarios satisfactorias entre el total de encuestas realizadas por 100. Se revisaron las encuestas del sistema de atención a la población relacionado con el nivel de satisfacción del servicio de salud mental que se aplican mensualmente por la especialista de esta actividad.

Procesamiento, análisis, resumen y presentación de la información

Con los datos obtenidos se confeccionó una base de datos en el sistema operativo Microsoft Access a través de una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP y los textos se procesaron en Word XP.

Para el análisis estadístico de las variables que dan salida al objetivo uno se utilizaron la frecuencia absoluta, por cientos y razón. En la evaluación del programa que da salida al objetivo dos se definieron indicadores y estándares (Anexo 15) para los criterios de medidas establecidos. Los valores observados se resumieron en por cientos.

Los resultados de la investigación se presentaron en forma textual y en tablas para su mejor análisis y comprensión.

Consideraciones éticas.

Asume los principios éticos para la investigación en seres humanos aprobados en la Declaración de Helsinki y actualizados en la 64 edición de la Asamblea General

celebrada en Fortaleza, Brasil en 2013. La participación de los sujetos de la investigación fue voluntaria, se tomó en cuenta el fundamento ético del anonimato y el consentimiento informado (Anexo 16) y una explicación de los objetivos y beneficios de la investigación. La confidencialidad de la información estuvo dada por el acceso limitado de la misma y la custodia de la base de datos y de los instrumentos de recogida de información por el autor, además los datos solo serán publicados con fines científicos y de forma resumida.

Se explicó que la indagación obtenida solo tendría fines científicos. Se aprobó la realización del estudio a través del consentimiento dialogado con las autoridades del gobierno y de salud del municipio.

Se utilizaron espacios para la aplicación de los instrumentos con plena privacidad y los investigadores se encontraban adecuadamente preparados para su ejecución.

La investigación se insertó en el año 2008 en el Programa Ramal del Ministerio de Salud Pública de Enfermedades No Transmisibles: suicidio y otras enfermedades mentales con Expediente No. 0804001.

II.2. Caracterización del municipio Nueva Paz

El municipio Nueva Paz es un territorio eminentemente agrícola, de gran importancia política, administrativa e histórica, ha sido sede de acontecimientos importantes en la tradición de la nación.

Su extensión territorial es de 524,84 Km². Cuenta con cinco consejos populares y está compuesto por cuatro asentamientos urbanos y 12 rurales.

Posee una densidad poblacional de 48,4 habitantes por Km² y un grado de urbanización muy cercano al provincial con un valor de 73,0 %. La población masculina supera a la femenina, patrón que se observa también en la provincia. En Nueva Paz existen 1050 hombres por cada 1000 mujeres. Residen 1171 ancianos por cada 1000 jóvenes de la edad de 0 a 14 años, lo que supera a Mayabeque. Este comportamiento no se refleja en la nación, ya que en toda Cuba, existen más mujeres que hombres con un valor de 995 hombres por cada 1000 mujeres.

El territorio neopacino, tiene un valor de 23,8 % mestizos, es uno de los municipios con mayor porcentaje después de: Santa Cruz (26,6 %) y San José (24,8 %).

La mayoría de la población con 15 años y más, es casada, aunque se incrementan los solteros.

Es el segundo municipio de la provincia con menor grado de escolaridad de la población lo que alcanza un valor de 9,5 %.¹⁰⁸

Respecto a la organización de los servicios de salud, cuenta con dos áreas de salud, representadas por igual número de policlínicos: “Felipe Poey Aloy” y “Humberto Castello Aldana”. En el Policlínico Universitario “Felipe Poey Aloy” se encuentra acreditado desde el año 1998 el CCSM. Desde esta área de salud, el servicio de Psiquiatría Comunitaria funciona para dar cobertura asistencial a toda la población del municipio.

II.3. Caracterización de la situación de los sujetos con intento suicida en Nueva Paz en el período del 2008 al 2012

Tabla 1. Sujetos con intento suicida según grupos de edades. Nueva Paz 2008-2012

Grupos de edades	No	%
10 a 19	51	23,18
20 a 29	32	14,54
30 a 39	28	12,72
40 a 49	32	14,54
50 a 59	31	14,09
60 a 69	29	13,20
70 y más	17	7,73
TOTAL	220	100,00

Predominó el intento suicida en el grupo de 10 a 19 años de edad, con 23,18 %. A continuación estuvieron las personas comprendidas entre los 20 y 29 años y los de 40 a 49 años para el 14,54 % respectivamente. (Tabla1)

La literatura revisada plantea que el mayor número de casos oscila en los grupos de edades comprendidos entre los 10 y 19 años y 15 y 24 años, por lo que en la adolescencia prevalece este daño a la salud.¹⁰⁹ Lo cual en cierta medida se encontró también en Nueva Paz.

En la investigación de Álvarez Caballero y colaboradores¹¹⁰ se obtuvo como grupo de edades predominantes en el intento suicida el de 15 a 19 años, para un 60,9 %.

El autor considera que el predominio del intento suicida en adolescentes y jóvenes se encuentra estrechamente vinculado a aspectos psicológicos que caracterizan a estos grupos poblacionales, los cuales presentan con mayor frecuencia problemas e inestabilidad de pareja, infelicidad, baja autoestima, barreras de la comunicación, rigidez familiar, así como abuso de alcohol y otras drogas.

Tabla 2. Sujetos con intento suicida según sexo. Nueva Paz 2008-2012

Sexo	No	%
Masculino	63	28,63
Femenino	157	71,37
TOTAL	220	100,00

En la tabla 2 puede observarse que de un total de 220 personas que cometieron intentos suicidas en Nueva Paz ocurrido en los cinco años que abarca el estudio, 157 fueron del sexo femenino, para un 71,37 % y 63 (28,63 %) del sexo masculino, lo que representó una razón aproximada de un hombre por cada tres mujeres.

Estudios similares en otros países plantean que por cada hombre existen tres mujeres con riesgo suicida alto.³³⁻³⁵ Una investigación liderada por González Sepúlveda¹¹¹ en Colombia halló diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres.

En otros estudios realizados en Inglaterra y Francia arrojan que el 73,00 % de estos correspondían al sexo femenino, e incluso en personas con una alta frecuencia de recidivas en períodos cortos.^{30,31}

Tabla 3. Sujetos con intento suicida según color de la piel. Nueva Paz 2008-2012

Color de la piel	No.	%
Blanco	117	53,18
Negro	73	33,18
Mestizo	30	13,64
TOTAL	220	100,00

La distribución de los sujetos con intentos suicidas según color de la piel expresa un predominio de individuos blancos con un 53,18 %, lo que se corresponde a las características actuales del Municipio Nueva Paz de acuerdo al Censo Nacional de Población y Viviendas 2012.¹⁰⁸ (Tabla 3)

Reportes de investigaciones realizadas¹¹² plantean que las personas que corren el mayor riesgo de suicidio son los hombres blancos.

El estudio realizado por Medina Cano¹¹³ reporta que el color de la piel predominante fue la mestiza con un 37,2 %, que equivale a 54 estudiantes, y la blanca en 45 adolescentes para un 31,0 %.

Tabla 4. Sujetos con intento suicida según nivel de escolaridad. Nueva Paz 2008-2012

Nivel escolar	No.	%
Primaria incompleta	41	18,63
Primaria completa	66	30,00
Nivel medio	90	40,90
Universitario	23	10,47
TOTAL	220	100,00

En la tabla 4 se evidencia que predominó el nivel escolar medio, lo que representó el 40,90 %, seguidos del primario completo con un 30,00 % y a continuación los de primaria incompleta para el 18,63 %.

Coincide este resultado con diferentes estudios realizados en México y Cuba, en los que se encontró la existencia de un predominio del nivel medio en personas con intento suicida.¹¹⁴⁻¹¹⁶ Otra literatura cubana también encuentra relación entre el grado escolar del suicida con su medio socioeconómico y la disponibilidad y el tipo de empleo.¹¹⁷

Considera el autor que estos resultados pueden estar determinados porque los sujetos con bajo nivel de escolaridad suelen ser menos reflexivos, más impulsivos, donde predominan con frecuencia factores emocionales en su conducta, lo que puede propiciar la aparición del intento suicida; mientras que los que poseen un nivel de escolaridad universitario tienen mejor control de sus emociones e

impulsos. Estas virtudes pueden ser atribuibles a los conocimientos adquiridos para el afrontamiento adecuado ante situaciones de vulnerabilidad.

Tabla 5. Sujetos con intento suicida según ocupación. Nueva Paz 2008-2012

Ocupación	No.	%
Estudiante	80	36,36
Ama de casa	39	17,73
Obrero calificado	25	11,37
Jubilado	24	10,90
Cuentapropista	19	8,64
Dirigente	19	8,64
Intelectual	14	6,36
TOTAL	220	100,00

En la tabla 5, se presenta la distribución de casos de intento suicida según la ocupación, Se puede observar que el intento suicida fue más frecuente en los estudiantes para un 36,36 % y en segundo lugar las amas de casas con 17,73 %.

Similares resultados se encontraron en el estudio realizado en Cuba por Arias de la Torre.¹¹⁸

Un estudio realizado en España aporta resultados diferentes en cuanto a la ocupación, donde los jubilados y los desocupados fueron los grupos más afectados. Se reportó 40.4 % de jubilados con esta conducta, cifra superior a la cubana.¹¹⁹

El autor de la investigación considera que el predominio de estudiantes puede estar asociado con las edades pertenecientes a la adolescencia que aportaron mayor cantidad de intentos suicidas. Durante esta etapa se suceden sistemáticos cambios relacionados con las actitudes asumidas en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos, se adquiere la independencia, se logra el despegue familiar y se generan algunas conductas que inciden negativamente en el medio familiar y social, lo cual provoca estilos de vida poco saludables como la conducta suicida, que afecta su calidad de vida.

De igual modo es prevalente en las amas de casas, por ser más proclives a desarrollar algún grado de estrés, en el que los detonantes principales son la monotonía y las cargas laborales excesivas en el hogar.

Tabla 6. Sujetos según estado civil. Nueva Paz 2008-2012

Estado civil	No.	%
Soltero	58	26,36
Divorciado	57	25,92
Casado	46	20,90
Unión consensual	38	17,27
Viudo	21	9,55
TOTAL	220	100,00

En la tabla 6, se aprecia que los intentos suicidas ocurrieron con mayor frecuencia en los solteros, los que representaron el 26,36 % y, en segundo lugar, los divorciados para un 25,92 %.

Estos resultados coinciden con la literatura nacional e internacional revisada como los estudios realizados en Cuba ⁴² y Colombia ¹²⁰, donde se encontró que el estado civil soltero se asocia con un predominio de conducta suicida en los que no están acompañados, que puede ser debido al sentimiento de soledad que aparece cuando se vive sin pareja.

El autor comparte el criterio de otros investigadores que la soledad es un factor que propicia actitudes que conducen con mayor facilidad a la depresión y por ende al intento suicida. Los solteros se muestran más vulnerables, junto a la depresión y a la ideación suicida, lo que pudiera deberse a que no tienen con quién compartir sus penas, expresar sus temores, sus insatisfacciones y su modo de escapar de la realidad es a través del intento suicida. No sucede de igual manera con los casados y los relacionados por una unión libre, quienes tienen a alguien que les brinda apoyo para expresar lo que sienten.

Tabla 7. Sujetos con intento suicida según consejo popular de residencia.

Nueva Paz 2008-2012

Consejo popular	No.	%
Nueva Paz	93	42,29
Los Palos	69	31,36
Vegas	27	12,27
CAI "Manuel Isla"	16	7,27
Sureste	15	6,81
TOTAL	220	100,00

La tabla 7 evidencia que predominaron los sujetos con intentos suicidas residentes en áreas urbanas, con el 42,29 % y el 31,36 % en Nueva Paz y Los Palos respectivamente. El estudio realizado en Bartolomé Masó por Santamaría y colaboradores¹²¹ reporta resultados similares al demostrar que predominaron los pacientes del área urbana del consejo popular del Zarzal y el Caney.

Estos resultados se pueden deber a que la zona urbana generalmente es la de mayor densidad de población, por lo que sus residentes están sometidos a una dinámica de vida más acelerada, influenciados por estresores sociales que hacen que asuman estilos inadecuados de afrontamiento.

Tabla 8. Sujetos con intento suicida según método utilizado y sexo.

Nueva Paz 2008-2012

Método utilizado	Sexo				TOTAL	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
Ingestión de psicofármacos	19	8,64	127	57,72	146	66,36
Ahorcamiento	21	9,55	5	2,27	26	11,82
Ingestión de otros medicamentos	6	2,73	12	5,46	18	8,19
Ingestión de sustancias tóxicas	7	3,18	10	4,56	17	7,74
Quemadura	5	2,27	3	1,36	8	3,63
Arma blanca	3	1,36	0	0,00	3	1,36
Precipitación de altura	2	0,90	0	0,00	2	0,90
TOTAL	63	28,63	157	71,37	220	100,00

El método utilizado para realizar el intento suicida que predominó fue la ingestión de psicofármacos con el 66,36 %. Se evidenció en el sexo femenino un predominio de los métodos suaves sobre todo en la ingestión de psicofármacos (57,72 %). (Tabla 8)

Otros autores han encontrado hallazgos similares como, Juárez Aragón en México³⁶, así como Cortés Alfaro³⁰ y Hernández Mirabal³¹ en Cuba.

Opina el autor que la utilización de los métodos se encuentra relacionado con las actitudes que asumen los sujetos ante este daño a la salud.

En el caso de las féminas adolescentes se inclinan por métodos suaves como la ingestión de psicofármacos, al ser considerado un método no doloroso, de fácil accesibilidad y que ayuda a conseguir los objetivos propuestos y, a veces, llamar la atención.

Tabla 9. Sujetos con intento suicida según factores de riesgo personales.

Nueva Paz 2008-2012

Factores de riesgo personales	No.	%
Depresión mayor	127	57,72
Sentimiento de desesperanza y culpa	114	51,81
Alcoholismo	69	31,36
Presagio, amenaza o proyecto suicida	59	26,81
Enfermedad crónica	57	25,90
Farmacodependencia	43	19,54
Impulsividad	35	15,90
Hostilidad	29	13,18
Personas sin apoyo social y familiar	25	11,36
Intento suicida previo	18	8,18

Nota: los por cientos se calcularon con n= 220

En la tabla 9 aparecen los factores de riesgo que estaban presentes en las personas con intento suicida. Se puso de manifiesto que la depresión mayor y los sentimientos de desesperanza y culpa fueron los predominantes con valores porcentuales del 57,72 % y 51,81 % respectivamente. Además, el 8,18 % habían cometido intentos suicidas anteriormente.

Estos resultados pueden deberse a la debilidad que existe en el abordaje adecuado de estos factores en las acciones de postvención, lo que se puede superar con el seguimiento adecuado a los individuos dispensarizados como riesgo.

La bibliografía revisada apunta que todo intento suicida es potencialmente un suicidio futuro⁴⁴ y sobre todo cuando las personas padecen de insomnio y desórdenes mentales,¹²² trastornos de adaptación depresivo¹²³ o predominio de ansiedad seguidos de tristeza y agresividad.¹²⁴

En Nueva Paz entre los años 2008 y 2012 los suicidios representaron el 33,6 % en relación con los intentos suicidas y solo el 1 % de los pacientes que se suicidaron no habían cometido un intento suicida.

Algunos autores relacionan esta conducta con la carga de presiones o responsabilidades individuales que generan momentos de angustia, soledad y frustración.¹²⁵ Otros lo asocian con el trastorno de personalidad limítrofe como la baja tolerancia a la frustración, la impulsividad, la irritabilidad y la alta demanda emocional. Esa postura puede resultar problemática pues, de acuerdo a la psicología del desarrollo, la personalidad no estaría totalmente estructurada en los más jóvenes.¹²⁶

También se relaciona con la existencia de sentimientos de desesperanza, poca habilidad para resolver problemas y la presencia de esquizofrenia y trastorno bipolar.¹²⁷ Concuera el autor de esta investigación con estos elementos.

Muchos son los estudios que abogan por la relación directa que existe entre la conducta suicida y los desórdenes mentales de diferentes niveles.

Se plantea que el estado depresivo de un individuo constituye un factor importante, e impulsor para desarrollar una conducta suicida.¹²⁸⁻¹³⁰

Esta relación entre suicidio y desórdenes mentales como la depresión, ideas suicidas, distimias y otras condiciones depresivas han sido objeto de muchos investigadores y todos coinciden que los suicidas cometen esta conducta cuando existen estos antecedentes, lo que se considera una base importante en el momento de la prevención.^{131,132}

Los sentimientos de desesperanza y culpa y el alcoholismo conducen fácilmente a este tipo de conducta. Los individuos que atraviesan por este estado son frágiles para tomar este tipo de decisión.

Tabla 10. Sujetos con intento suicida según factores de riesgo familiares. Nueva Paz 2008-2012

Factores de riesgo familiares	No.	%
Antecedentes familiares de intento suicida y/o suicidio	112	50,90
Familiares con problemas sociales	54	24,54

Nota: los por cientos se calcularon con n= 220

En la tabla 10 puede apreciarse que el 50,90 % de los sujetos con intento suicida presentaron antecedentes familiares de intento suicida y/o suicidio.

Se ha considerado que los factores familiares, entre ellos la discordia familiar, así como los trastornos de la personalidad, los trastornos afectivos y algunos rasgos de la personalidad, como la baja autoestima y la impulsividad, influyen en el comportamiento suicida.¹³³

Este hecho ha sido también encontrado en estudios realizados por Cruz Rodríguez¹³⁴ en Pinar del Río donde plantea la repercusión que tiene el antecedente familiar de suicidio para que sus descendientes asuman una conducta similar, lo que pudiera estar justificado por ser una condición aprendida por imitación o porque se establece una aceptación social.

La familia cumple una función educativa que garantiza el proceso de transmisión de las experiencias histórico-sociales en la vida cotidiana. González y colaboradores¹³⁵ esbozan la existencia de intentos suicidas en el ámbito familiar en la existencia de intentos previos y el aprendizaje imitación como un factor importante.

El autor considera que los pacientes que asumen esta conducta están dotados de un aprendizaje dado a las experiencias vividas en el seno de sus familias, donde generalmente ya han asumido este tipo de actitud.

Tabla 11. Sujetos con intento suicida según violencia intrafamiliar. Nueva Paz
2008-2012

Violencia intrafamiliar	No.	%
Gritos	29	13,18
Amenazas	26	11,81
Golpes	17	7.72

Nota: los por cientos se calcularon con n=220

La tabla 11 muestra que el 13,18 % de los sujetos con intento suicida refirieron los gritos como forma predominante de violencia intrafamiliar.

Hernández y colaboradores¹⁰⁹ encontraron en su estudio un predominio de maltrato físico y psicológico como intimidación familiar.

La violencia doméstica no solo se manifiesta con golpes físicos, sino mediante formas más sutiles, pero que pueden ser tan destructivas de la personalidad como las que lastiman físicamente, por lo cual se reconocen variedades de presentación y consecuencias disímiles.

Tabla 12. Familias de sujetos con intento suicida según funcionamiento familiar.

Nueva Paz 2008-2012

Funcionamiento familiar	No.	%
Familia funcional	25	15,34
Familia moderadamente funcional	21	12,89
Familia disfuncional	105	64,41
Familia severamente disfuncional	12	7,36
Total	163	100,00

Los 220 casos de intentos suicidas pertenecían a 163 familias. Se aprecia cómo estas conductas predominaron en familias disfuncionales para un 64,41 %, y severamente disfuncionales el 7,36 % lo que representó que el 71,77 % eran familias disfuncionales. (Tabla 12)

Un estudio analítico de tipo casos-contróles pareado retrospectivo realizado en el 2012 por Acosta¹³⁶ demostró que la disfunción familiar estuvo dentro de los factores encontrados.

Se conoce que el funcionamiento familiar, se asocia a la calidad de vida de sus miembros y cuando esto no ocurre repercute negativamente en la salud física y mental de los mismos.¹³⁷

En un estudio realizado en Cuba en el año 2013⁴², se determinó que el 62,8 % de las familias tienen un funcionamiento familiar disfuncional.

El deterioro de las relaciones familiares constituye un factor de riesgo importante para la aparición de este daño a la salud. Si se toma en cuenta que en el seno de la familia ocurren todos los eventos importantes del ciclo vital, la presencia de conflictos o eventos negativos que generan crisis con un afrontamiento inadecuado pueden conducir a asumir este tipo de conducta.

La familia funcional es capaz de ofrecer afecto, de educar, de sostener económicamente a sus miembros, de satisfacer las necesidades básicas y también las extras, así como las culturales y espirituales; mientras que en las disfuncionales existe un afrontamiento inadecuado a las crisis, no existe la facilidad de expresar libremente las emociones, por lo que es difícil establecer una comunicación abierta entre sus miembros lo que genera sentimientos de hostilidad y aislamiento. La insatisfacción de las necesidades económicas puede influir en que algunos de los miembros de la familia manifiesten una conducta suicida.

II.4 Resultados de la evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz durante el 2011

II.4.1 Evaluación de estructura

Tabla 13. Evaluación de los criterios de estructura en la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz.2011

Criterios de estructura	Estándar	Valor observado	Cumplimiento
1. Tiempo de trabajo en el consultorio	60 % tiene tres o más años	63.05 %	Adecuado
2. Trabajadores en función del programa según categoría ocupacional.	80%	91.2 %	Adecuado
3. Actividades de capacitación	80%	0 %	No adecuado
4.Trabajadores capacitados	80%	0 %	No adecuado
5.Competencia profesional	80%	46.15 %	No adecuado
6. Trabajadores en los equipos de salud mental.	90%	50 %	No adecuado

El 63,05 % de los miembros de los EBS tenían un tiempo de trabajo de tres años y más en el mismo, por lo que fue adecuado. El autor considera que todo miembro de un equipo básico de salud que lleve más de tres años laborando en el mismo consultorio médico traduce un nivel de permanencia que permite un desempeño favorable, si se toma en cuenta que en la provincia Mayabeque más del 90,00 % del completamiento de la fuerza laboral en los consultorios está dada por médicos egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina.

Para la ejecución del PNPACS en Nueva Paz se cuenta con un equipo municipal integrado por una psiquiatra general, una psicóloga y una enfermera, los cuales laboran en el CCSM. Además, en las áreas de salud laboran dos psicólogas, tres trabajadores sociales y 24 EBS en consultorios necesarios, con un total de 22 médicos y 24 enfermeras distribuidos en dos áreas de salud, Nueva Paz y Los Palos que aportan al cumplimiento de las acciones de este programa. Esto representa el 91,2 % de plantilla cubierta por lo que se evalúa de adecuado.

Los criterios de estructura relacionados con la cantidad de actividades de preparación del personal de salud para ejecutar el programa y la cantidad de personas capacitadas se evaluaron de no adecuado al comprobar que no se desarrolló ninguna actividad de capacitación relacionada con el PNPACS en el municipio. (Tabla 13)

Tabla 14. Personal de salud según resultados del examen de competencia y categoría ocupacional. Nueva Paz, 2011

Calificación	Categoría ocupacional								TOTAL	
	Médicos		Enfermeras		Otros profesionales		Técnico Trabajo Social			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Bien	6	11,55	1	1,92	3	5,77	1	1,92	11	21,16
Regular	5	9,61	8	15,38	0	0,00	0	0,00	13	24,99
Mal	11	21,16	17	32,69	0	0,00	0	0,00	28	53,85
TOTAL	22	42,31	26	50,00	3	5,77	1	1,92	52	100,00

Se aplicó el examen de competencia a 52 trabajadores implicados en la ejecución de dicho programa. Se evidencia que el 53,85 % de los examinados obtuvo calificación de Mal, el 24,99 % tuvo calificación de Regular y solo el 21,16 % tuvo calificación de Bien. El mayor por ciento de los examinados que obtuvieron la calificación de Mal (32,69 %) correspondió al personal de enfermería. (Tabla 14)

Las principales debilidades en el área del conocimiento estaban dadas por la inadecuada evaluación del intento suicida, insuficiente identificación de los factores de riesgo individual, familiar y comunitario, inadecuada clasificación de los métodos utilizados e insuficiente identificación de las acciones a realizar por el EBS. Este indicador de estructura fue evaluado de no adecuado porque los porcentajes encontrados estuvieron por debajo del estándar.

En cada policlínico el equipo de salud mental se encuentra constituido por el 50 % de los trabajadores que lo deben conformar. Están formados por el director y el jefe del GBT. No constan en su completamiento la incorporación de la psicóloga, la trabajadora social u otro personal. Este criterio fue evaluado de no adecuado. (Tabla 13)

La estructura fue evaluada de no adecuada debido a que, de los seis criterios, cuatro fueron evaluados de no adecuados. (Tabla 13)

II.4.2 Evaluación de proceso

Tabla 15. Evaluación de los criterios de procesos en la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz.2011

Criterios de procesos	Estándar	Valor observado	Cumplimiento
1.Tarjetas de EDO	90%	55 %	No adecuado
2. Reuniones de la comisión de salud mental.	90%	58,3 %	No adecuado
3. Análisis del programa	90%	0 %	No adecuado
4. Actividades educativas a la población.	80%	0 %	No adecuado
5. Discusiones de caso.	100%	30 %	No adecuado
6. Acciones conjuntas entre el sector salud y otros organismos	70%	0 %	No adecuado
7. Flujo de información de la notificación.	24 horas	24 horas	Adecuado
8. Flujo de información al EBS.	24 horas	30 días	No adecuado
9. Calidad de las historias clínicas familiares	80%	31,81 %	No adecuado
10. Calidad de las historias clínicas individuales.	80%	65,15 %	No adecuado

Los miembros del EBS alegaron demora en conocer los pacientes que cometen el intento suicida. Al no existir modelo oficial, no llegaba al consultorio médico de la familia la tarjeta de EDO, se archivaba en el Departamento Municipal de Estadísticas

En los departamentos de estadísticas de las áreas de salud y a nivel municipal existían los registros de EDO con calidad y tenían los datos de la mortalidad por suicidio y la morbilidad por intento suicida.

Las principales dificultades en el llenado correcto de las tarjetas de EDO estuvieron dadas por: ausencia de segundo apellido, número de EBS, dirección particular incompleta y no especificación del método empleado para el intento aún después de tantos meses. Este indicador de estructura no alcanzó el estándar prefijado por lo que se evaluó de no adecuado. (Tabla 15)

Las reuniones de la comisión de salud mental (CSM) se evaluaron de no adecuadas al comprobarse que durante el año 2011 se planificaron 12 reuniones y se efectuaron solo siete de ellas. Esta comisión estuvo liderada durante esta etapa por la vicedirectora de asistencia médica municipal, quien trabajó durante cinco meses en un consultorio médico rural. (Tabla 15)

Las actas de la CSM se evaluaron de aceptable, aunque es de señalar que hubo poca discusión de los temas abordados y poca profundidad en las acciones propuestas. (Tabla 15)

Se encontró que nunca se evaluó el programa con informes de comportamiento por áreas de salud por lo que el resultado fue no adecuado. (Tabla 15)

Las discusiones de caso también fueron evaluadas de no adecuadas al demostrarse que sólo se discutieron el 30,0 % de los fallecidos.

En la entrevista a profundidad realizada a la vicedirectora de asistencia médica municipal y a la psiquiatra del CCSM se pudo constatar nuevamente que no se realizan discusiones de casos en las reuniones de los GBT, ni existe una estrategia de comunicación social ante este problema de salud en el municipio. Manifestaron que en esta etapa se encontraban en un proceso de organización y

completamiento de la plantilla para ejecutar con calidad los programas relacionados con la salud mental.

Para evaluar el criterio de proceso relacionado con las acciones conjuntas entre el sector salud y otros organismos se procedió a la revisión de los planes de acciones de la dirección municipal de educación, cultura, los Comités de Defensa de la Revolución, la Federación de Mujeres Cubanas, los medios de comunicación social (Radio Güines Local, TV Nueva Paz), así como en los planes de trabajo y actividades de los presidentes de los consejos populares en los cuales se evidenció que no contaban con actividades planificadas. Además, se pudo comprobar la no utilización de la Casa de Cultura y la Casa de Orientación a la Mujer y la Familia, como medio para la adquisición de conocimientos, actitudes y valores. Fue evaluado de no adecuado al aportar el 0 % su valor observado. (Tabla 15)

Las tarjetas de EDO que se confeccionan en el servicio de urgencia llegaban a los departamentos de estadística de las áreas de salud de forma diaria en la entrega de guardia y con 24 h de entrega como promedio las que se confeccionaban en el EBS y en el CCSM. Se tenía establecido el parte diario de los casos declarados a la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología (UMHE) y de forma semanal se enviaban estas tarjetas al Departamento de Estadísticas de la Dirección Municipal de Salud donde se archivaban. Este criterio que corresponde al flujo de información de la notificación se evaluó de adecuado. (Tabla 15)

El flujo de información al EBS no obtiene el estándar fijado por lo que resultó no adecuado el cumplimiento del indicador. (Tabla 15)

El tiempo transcurrido desde que se produjo el intento suicida y se confeccionó la tarjeta de EDO de los pacientes que fueron atendidos en los servicios de urgencia o en la consulta de psiquiatría y se ponía en conocimiento desde el departamento de estadísticas del área de salud al EBS, promediaba 30 días, por encima de las 24 horas que se estableció como estándar. (Tabla 15)

En la revisión de las historias clínicas familiares se constató que solo el 31,81 % de los intentos suicidas se encontraban dispensarizados adecuadamente por lo que se evaluó este indicador de no adecuado por estar muy por debajo del estándar. (Tabla 15)

Como principales dificultades de las historias evaluadas se detectaron que la dispensarización individual carecía de evaluación periódica adecuada y no se registraba la dispensarización familiar con la consiguiente intervención.

En el proceso de revisión documental de las historias clínicas individuales se encontró que el 65,15 % de los pacientes con intento suicida no estaban dispensarizados en el grupo adecuado, indicador evaluado de no adecuado. (Tabla 15)

Entre los elementos negativos que se encontraron estuvo que la primera consulta de evaluación de riesgo carecía de calidad en el 59,09 % y se consideró como inadecuada la estrategia de seguimiento. El 100 % de los pacientes no tenían interconsultas con psiquiatría y psicología y no aparecía la valoración integral de la CSM, las visitas de terreno realizadas no cumplieron la periodicidad establecida y carecían de las orientaciones dirigidas a los factores de riesgo y conducta a seguir.

Los miembros de los EBS refirieron que muchos de los pacientes declarados como intento suicida en sus diversas formas clínicas de presentación, fueron diagnosticados por la psiquiatra en su consulta y tuvieron seguimiento, pero no constaba por escrito en ningún documento legal de estos pacientes las evaluaciones realizadas, lo que demostró la no realización de interconsultas.

De los diez criterios de medidas en la evaluación de procesos, nueve fueron evaluados de no adecuados por no cumplir los estándares prefijados. Sólo cumplió la condición de adecuado el criterio de flujo de información de la notificación, por lo que se consideró como no adecuado. (Tabla 15)

II.4.3 Evaluación de resultados

Tabla 16. Evaluación de los criterios de resultados en la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz.2011

Criterios de resultados	Estándar	Valor observado	Cumplimiento
1.Tasa de intento suicida	Menor de 110,1 por 100 000 habitantes	204,1 por 100 000 habitantes	No adecuado
2. Tasa de suicidio	Menor de 15 por 100 000 habitantes	34,7 por 100 000 habitantes	No adecuado
3.Investigaciones	1	0	No adecuado
4.Publicaciones	1	0	No adecuado
5.Satisfacción de los usuarios	70 %	0 %	No adecuado

La tasa de intento suicida y de suicidio en Nueva Paz durante el año 2011 fue de 204,1 y 34,7 por cada 100 000 habitantes respectivamente, por lo que fueron evaluados de no adecuado.

Las bases de datos de investigaciones del territorio exhiben la no realización de proyectos de investigación, ni producción científica relacionada con la temática de la conducta suicida, por lo que son evaluados de no adecuados.

Durante la revisión de las encuestas a la población realizadas durante el año 2011 se constató la no existencia de indagaciones aplicadas a los usuarios y familiares potenciales del CCSM.

Los cinco criterios de resultados fueron evaluados de no adecuados. (Tabla 16)

En el año 2010 en la provincia de Santiago de Cuba se desarrolló un estudio sobre la calidad en la ejecución del PNPACS, donde se constata que la calidad en la ejecución del programa en el policlínico “Mario Muñoz Monroy” resulta inadecuada, puesto que, de un total de 42 criterios para evaluar la estructura, el proceso y los resultados, solo cinco (11,9 %) fueron adecuados.¹³⁸

Otra investigación, pero en Santa Clara, evaluó 93 indicadores y solo 14 se consideraron satisfactorios. Aportó que solo el 25,7 % de los profesionales fueron competentes y competentes con insuficiencias y el 3,6 % de los examinados refirieron no haber recibido capacitación sobre esta temática. Además, se comprobó que en una sola biblioteca existía el programa digital e impreso y se realizaban el 51,2 % de las discusiones de caso.¹³⁹

Los objetivos que persigue el PNPACS son la reducción de la morbilidad por intento suicida, por lo que se hace necesario que el personal de salud esté

debidamente entrenado en la identificación de individuos y familias con factores de riesgo para la conducta suicida.¹⁴⁰

La investigación desarrollada en Pinar del Río por Casanova y colaboradores¹⁴¹, que aplica la evaluación táctica al programa de educación en diabetes a nivel del consultorio médico de la familia, resultó evaluada de no satisfactoria. Con el diseño y la aplicación de la evaluación se demostró que existen dificultades en el cumplimiento del programa de educación en diabetes en el área de salud estudiada, el nivel de satisfacción de los servicios en usuarios internos y externos es desfavorable.

II.5 Consideraciones finales

Durante la caracterización de la situación del intento suicida en Nueva Paz se constató un predominio de adolescentes, del sexo femenino, blancos, el nivel escolar medio, los estudiantes, el estado civil soltero y divorciado y la residencia urbana. El método más empleado para el intento suicida fue la ingestión de psicofármacos. La depresión mayor y los sentimientos de desesperanza y culpa estuvieron frecuentemente presentes en las personas que atentaron contra su vida que además convivían en familias disfuncionales con antecedentes suicidas. La estructura, el proceso y los resultados del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida fueron evaluados de no adecuados en Nueva Paz en el año 2011.

CAPÍTULO III. DISEÑO Y EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE EDUCACIÓN COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA EN NUEVA PAZ

En este capítulo se presenta las acciones que se realizaron para el diseño de los componentes del proyecto local de educación comunitaria diseñado y los resultados de la evaluación de la estructura, proceso y resultado, luego de su implementación en comparación con lo encontrado en el año 2011.

III.1 Diseño metodológico

Sobre la base de considerar los resultados del diagnóstico inicial, se diseñaron acciones de educación comunitaria para la prevención del intento suicida en Nueva Paz en el período comprendido del primero de enero de 2013 al 30 de junio de 2015; como nuevo producto científico resultante de una investigación de desarrollo tecnológico.

La propuesta de acciones se trazó a partir de los resultados de la caracterización realizada a los sujetos con intento suicida y la evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz presentados en el capítulo anterior.

Para la elaboración de las mismas se tomaron en cuenta todos los resultados desfavorables encontrados en la caracterización del intento suicida y los criterios no adecuados encontrados en la evaluación del PNPACS que fueron:

1. Alta tasa de intento suicida y suicidio con predominio del intento suicida en adolescentes, féminas, con enseñanza media y soltera.

2. Uso de psicofármacos como método predominante en la ocurrencia de los intentos suicidas.
3. Supremacía de la depresión mayor y los sentimientos de desesperanza y culpa y los antecedentes patológicos familiares de intento suicida o suicidio como factores de riesgo personales y familiares.
4. Disfuncionalidad familiar.
5. No realización de actividades de capacitación sobre este daño a la salud a prestadores de salud y educación para la salud a la población.
6. Debilidades en el área del conocimiento de trabajadores de la salud para la ejecución del programa.
7. Ausencia del documento del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en los consultorios médicos de la familia.
8. Inadecuado flujo de información al equipo básico de salud.
9. Incorrecto llenado de la tarjeta de EDO.
10. No realización de análisis mensual del programa.
11. No realización de las discusiones de caso en las reuniones del GBT
12. Inadecuada dispensarización individual y familiar de la conducta suicida.
13. No utilización de los espacios comunitarios para las acciones intersectoriales.
14. No existencia de investigaciones ni producción científica relacionada con este problema de salud.
15. No evaluación de la satisfacción a usuarios potenciales del servicio de salud mental.

Estas debilidades y la propuesta de soluciones se presentaron por el autor en una reunión del Consejo de la Administración Municipal con la finalidad de que fuera autorizado el diseño y ejecución de un proyecto local de desarrollo comunitario para el abordaje del problema de salud mostrado, lo que fue considerado como una contribución importante y necesaria para la disminución del intento suicida en Nueva Paz y aprobada su ejecución.

Para la elaboración de las acciones de educación comunitaria se efectuó una primera sesión de trabajo donde participaron el investigador y los especialistas miembros del grupo de integración a la labor social (GILS). Se utilizó la técnica lluvia de Ideas¹⁴² que permitió contar con los aspectos que debían formar parte de la misma.

El criterio de expertos se aplicó también como método para la validación de las acciones con el propósito de hacer valoraciones conclusivas sobre la aplicabilidad, viabilidad y relevancia que puede tener en la práctica la solución que se propone y brindar recomendaciones para su perfeccionamiento. Los expertos fueron los 11 profesionales que participaron en la validación de la entrevista a los sujetos con intento suicida y la evaluación de la ejecución del PNPACS declarado en el segundo capítulo.

Se utilizaron los criterios de evaluación de diseño de programas de intervención utilizados por Espín Andrade¹⁴³ en el 2010 para valorar la calidad del programa de educación comunitaria. Las variables declaradas fueron: claridad en la formulación, congruencia entre objetivos y temas, número de sesiones adecuadas,

temas bien seleccionados, pertinencia del programa de intervención y selección adecuada de las técnicas. Se expresaron en Bueno, Regular y Malo (Anexo 17).

Bueno: si ninguno de los elementos presenta sugerencias o modificaciones.

Regular: si se presentan modificaciones o sugerencia en solo dos de los elementos examinados.

Malo: si en más de dos elementos se presentan modificaciones o sugerencias.

El 100 % de los expertos aportaron la cualidad de Bueno en el total de los criterios abordados.

Las acciones de educación comunitaria para la prevención del intento suicida en Nueva Paz quedaron conformadas por cinco componentes: sensibilización de los miembros del GILS, educativo en el sector salud, capacitante para los actores sociales, organizacional en el sector de la salud y comunicativo social.

Para dar salida al objetivo cuatro se diseñó un estudio de tipo evaluativo con la finalidad de evaluar la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida en Nueva Paz durante el mes de diciembre de 2015. Seis meses después de implementadas las acciones comunitarias.

Durante la evaluación se utilizaron los mismos instrumentos y los criterios de estructura, proceso y resultado validados por los expertos presentados en el capítulo dos.

El universo de estudio estuvo constituido por 176 individuos: 49 trabajadores del sector salud, 28 ACSM, los 71 usuarios del servicio de salud mental, seis autoridades del gobierno municipal, 12 líderes de organizaciones de masas y 10 miembros del GILS. En esta etapa el examen de competencia fue aplicado a los

44 trabajadores que laboran en el programa que estaban en el momento de la evaluación inicial y fueron beneficiados por las acciones comunitarias implementadas.

Para obtener el nivel de satisfacción de los usuarios potenciales que recibieron atención en el servicio de salud mental se aplicó la entrevista (Anexo 20) validada por el Departamento de Atención Primaria de Salud del MINSAP desde el año 1998.

Con los datos obtenidos se confeccionó una base de datos en el sistema operativo Microsoft Access a través de una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP y los textos se procesaron en Word XP.

Para el análisis estadístico de las variables que dan salida a estos objetivos se utilizaron la frecuencia absoluta y por cientos. Además se utilizó la prueba no paramétrica Mc Nemar para identificar la mejoría en cuanto a la adquisición de conocimientos a los 44 trabajadores que permanecían laborando en función del programa, a los que se les volvió a aplicar luego de impartido el “Curso básico de conducta suicida” el mismo examen de competencia de la evaluación inicial (Anexo 10). Los resultados de la investigación se presentaron de manera textual y resumidos en tablas y gráficos para su mejor análisis y comprensión.

Se tomaron en consideración los principios éticos para la investigación en seres humanos aprobados en la Declaración de Helsinki y actualizados en la 64 edición de la Asamblea General celebrada en Fortaleza, Brasil en 2013. La participación de los sujetos de la investigación fue voluntaria, se tuvo en cuenta el anonimato y la voluntariedad de participación se constató mediante el consentimiento

informado (Anexo 16), en el momento de su recogida se brindó una explicación de los objetivos y beneficios de la investigación. La confidencialidad de la información estuvo dada por el acceso limitado de la información y la custodia de la base de datos. Se explicó que la información obtenida solo tendría fines científicos. Se aprobó la realización del estudio a través del consentimiento dialogado con las autoridades del gobierno y de salud del municipio. Se utilizaron espacios con plena privacidad y los implicados en el estudio se encontraban adecuadamente preparados para su ejecución

III.2. Resultados del proyecto local de educación comunitaria para la prevención del intento suicida en Nueva Paz

Título del proyecto local de educación comunitaria para la prevención del intento suicida en Nueva Paz: Sí a la Vida

Introducción

En la década de los años 80, y asociada a la estrategia de atención primaria en salud proclamada por la OMS, surge la propuesta de la OPS de los sistemas locales de salud (SILOS), que coincide con la de las comunidades saludables que están dirigidas a la atención del espacio local como centro de las acciones del sistema de salud. Este espacio ha sido entendido como el del municipio, distrito u otra división territorial, que generalmente aprovecha la división política - administrativa del país, debido a que es donde se pueden identificar y priorizar los problemas en el mismo lugar donde ocurren, lo que facilita la planificación y ejecución de las respuestas y se evalúan los resultados de las intervenciones desde una perspectiva intersectorial y con participación de la propia comunidad.

Se pueden privilegiar las acciones de promoción y prevención sobre las puramente curativas con el concurso no sólo de los servicios de salud sino todos los recursos con que se cuenta a ese nivel.

Las proposiciones de los proyectos locales de salud contribuyen a los sistemas nacionales de salud a través del fortalecimiento de los subsistemas que los integran, se basan en la tesis de que es en estos niveles locales donde se producen, explican y resuelven gran parte de los problemas de salud, debido a que es allí donde vive y actúa la población con sus propios medios que deben movilizarse en favor de la salud.

Existe consenso internacional de que los proyectos locales de promoción de la salud se organizan, de forma general, alrededor de tres procesos claves que son la descentralización, la intersectorialidad y la participación social de la comunidad organizada.¹⁴⁴

Sosa Lorenzo y colaboradores¹⁴⁵ desarrollaron una investigación en tres municipios cubanos con el objetivo de presentar los resultados de una dinámica participativa para la planificación-implementación-evaluación en salud y mostrar su potencial para incrementar la participación comunitaria y el empoderamiento a nivel local. Concluyeron que en todas las localidades, los diferentes tipos de líderes y gran parte de las comunidades pasaron de ser colaboradores en las intervenciones de salud, a constituirse en actores fundamentales en la toma de decisiones. Hubo un salto cualitativo de la participación, sobre todo porque la comunidad se sintió protagónica en la toma de decisiones.

La experiencia cubana de la investigación antes mencionada es un antecedente importante para el abordaje del problema del intento suicida en Nueva Paz desde la educación comunitaria.

Objetivo general:

Diseñar acciones para el fortalecimiento de la gestión sanitaria, capacidades, valores, actitudes y estilos de afrontamiento a miembros de la comunidad en función de la prevención del intento suicida, con el aprovechamiento de los espacios comunitarios que se correspondan con la realidad socio-cultural de Nueva Paz.

Objetivos específicos:

1. Elaborar programas de capacitación que favorezcan la integración social sobre los riesgos de la conducta suicida de forma general y del intento suicida en particular, en individuos, familias y la comunidad dirigidos al personal de salud y líderes comunitarios.
2. Trazar acciones gerenciales en el sector salud que modifiquen la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz.
3. Crear acciones con participación intersectorial para la prevención del intento suicida en Nueva Paz.
4. Instaurar un programa de comunicación social para la prevención del intento suicida.

Beneficiarios directos o audiencia primaria: comunidad relacionada con el Programa de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz

conformada por los trabajadores de la salud, así como líderes formales de la comunidad que tienen responsabilidades con el programa.

Duración: 30 meses.

Canales comunicativos apropiados: el autor principal de la investigación auxiliado por residentes de la especialidad de Medicina General Integral que investigan acerca de esta línea para sus tesis de terminación de especialidad y un maestrante en Desarrollo Comunitario que serán futuros responsables de la ejecución del proyecto.

Medios: materiales (manual, plegables, afiches) creados en colectivo. Otros soportes educativos fueron el televisor, videos y computadora. Además la participación en espacios de intercambio, reflexión y toma de decisiones en las reuniones mensuales del GILS. (Anexo 18)

Resultados esperados: el incremento de recursos humanos más capacitados, el estrechamiento de las relaciones de trabajo en grupos intrasectoriales e intersectoriales y una ordenada gestión sanitaria contribuirá al logro de mayores y mejores resultados en el programa en Nueva Paz.

Acciones a desarrollar:

A continuación se relacionan las 14 acciones de educación comunitaria que se propone en la presente investigación. El orden en que se muestran no es obligatorio, pueden estar sujetas a cambios en función de las necesidades de cada lugar y tiempo donde se apliquen.

Acción N° 1. Taller ¿Quiénes somos y qué haremos?

Acción N° 2. Taller ¿Estamos preparados para prevenir el intento suicida en el adolescente?

Acción N° 3. Taller: “Mitos sobre el suicidio”

Acción N° 4. Taller: “Mi familia y yo”

Acción N° 5. Taller “Diez cosas que los padres pueden hacer para prevenir el suicidio”

Acción N° 6. Actividad participativa comunitaria “Más conocimiento, más esperanza”

Acción N° 7. Creación del círculo de interés “Soy el mejor amigo de la vida”

Acción N° 8. Concurso: “Le quiero decir a mi comunidad...”

Acción N° 9. Programa de curso de postgrado “Curso básico de conducta suicida”

Acción N° 10. Programa educativo de preparación de agentes comunitarios de salud mental

Acción N° 11. Plan de acción en el sector salud

Acción N° 12. Creación de la “Consejería educativa sobre salud mental”

Acción N° 13. Programa radial “Únete a la prevención del suicidio”

Acción N° 14. Desarrollo de barrios debates

Las acciones de la 1 hasta la 11 se encuentran explicadas en el Anexo 19.

El curso básico de conducta suicida (Anexo 19. Acción 9) dirigido a médicos y enfermeras de la familia y trabajadores del CCSM se corresponde con la metodología establecida para la confección de cursos de postgrado. Se impartió por el autor de la investigación, los sábados con una duración de 10 semanas

desde el mes de enero a marzo de 2014, en el aula del Policlínico Universitario “Felipe Poey Aloy” en Nueva Paz.

El curso sobre el intento suicida dirigido a la preparación de agentes comunitarios de salud mental (ACSM) (Anexo 19. Acción 10), se impartió por el autor de la investigación, los residentes de Medicina general Integral y la maestrante de Desarrollo Comunitario, los jueves con una duración de 12 semanas de abril a junio de 2014, en el local de la Casa de Orientación a la Mujer y la Familia de la Federación de Mujeres Cubanas en Nueva Paz.

La consejería educativa sobre salud mental se implementó en la Casa de Orientación a la Mujer y la Familia, con una frecuencia semanal, los viernes a partir de las 2:00 pm conducida por una maestrante de Desarrollo Comunitario.

Fueron desarrolladas cinco actividades radiales por el autor de la investigación en la cabina de Radio Güines en Nueva Paz con una frecuencia mensual los terceros jueves de cada mes en los meses de enero a mayo de 2015, con un programa de temas relacionados con la prevención del suicidio previamente coordinados con la periodista y aprobados por la dirección de la emisora.

Se planificaron diez barrios debates sobre la temática de salud mental, dos en cada consejo popular, dirigidos por los coordinadores de zonas de los CDR y los ACSM preparados. Se proyectaron para los cuartos sábados de cada mes programados en los años 2014 y 2015.

III.3. Evaluación de la efectividad del proyecto Sí a la Vida

III.3.1. Cambios en la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz

La evaluación de los resultados de la implementación de las acciones de educación comunitaria realizada en el año 2015 y su comparación con lo encontrado en el 2011 se presentan a continuación.

III.3.1.1. Evaluación de estructura

Tabla 17. Evaluación de los criterios de estructura en la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz. 2015

Criterios de estructura	Estándar	Valor observado	Cumplimiento
1. Tiempo de trabajo en el consultorio	60 % tiene tres o más años	74.0 %	Adecuado
2. Trabajadores en función del programa según categoría ocupacional.	80%	100 %	Adecuado
3. Actividades de capacitación	80%	89.5 %	Adecuado *
4. Trabajadores capacitados	80%	96.6 %	Adecuado *
5. Competencia profesional	80%	77.3 %	No adecuado **
6. Trabajadores en los equipos de salud mental.	90%	100 %	Adecuado *

Nota: * Significa que mejoró la evaluación respecto a 2011

** Se mantuvo No adecuado en ambas evaluaciones

El 74.0 % de los miembros del EBS tenían un tiempo de trabajo de tres años y más en el mismo. Se mantuvo adecuado al igual que en la evaluación inicial, pero es importante destacar que con un 10.95 % superior al período del 2011. Se evalúa el indicador de adecuado. (Tabla 17).

En cuanto a los trabajadores en función del programa según categoría ocupacional, se volvió a evaluar de adecuado, sin embargo es importante destacar que fueron completados el 100 % los EBS y los trabajadores en el CCSM, cifra superior a lo encontrado en el período anterior. (Tabla 17)

En la tabla 17 se aprecia que las actividades de capacitación que no se realizaban en la primera evaluación, ascendieron a 89.5 % por encima del estándar (80 %), por lo que este indicador pasó a adecuado en la segunda evaluación.

Hubo un logro importante en la cantidad de trabajadores capacitados debido a que en la evaluación inicial no había ninguno y en la del 2015 se elevó al 96.6 %, por encima del estándar, lo que permitió que se calificara como adecuado. (Tabla 17)

El autor de la investigación, durante el mes de diciembre de 2015, efectuó la evaluación del plan de acción del sector salud confeccionado a partir de las debilidades identificadas. Aunque se evidenció el cumplimiento del 100 % de las tareas, se dejó como sugerencia la capacitación del jefe del GBT del Policlínico “Humberto Castelló Aldana”, en el área de salud de Los Palos, que independientemente de ser psicólogo, manifestó la necesidad sentida de preparación para el control de dichas acciones en el primer nivel de atención, lo que mostró que se sintió sensibilizado para contribuir mejor al proyecto Sí a la Vida.

Desde enero hasta marzo del año 2014 se impartió el curso de postgrado sobre conducta suicida con la participación de 16 médicos, 25 enfermeras y otros tres profesionales del CCSM.

Todos los cursistas que participaron también eran profesionales que estuvieron presentes en la evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida durante el 2011. Al concluir la actividad de postgrado se aplicó el examen de competencia (Anexo 10).

Tabla 18. Personal de salud según resultados del examen de competencia y categoría ocupacional. Nueva Paz, 2015

Calificación	Médicos		Enfermeras		Otros profesionales		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Excelente	2	4,55	2	4,55	0	0,00	4	9,10
Bien	5	11,36	8	18,18	3	6,82	16	36,36
Regular	6	13,63	8	18,18	0	0,00	14	31,81
Mal	3	6,82	7	15,91	0	0,00	10	22,73
TOTAL	16	36,36	25	56,82	3	6,82	44	100,00

La tabla 18 evidencia que el 77,27 % de los examinados obtuvo la condición de aprobado (suma de las calificaciones de Excelente, Bien y Regular). La principal debilidad en el área del conocimiento estuvo dada por la inadecuada evaluación del intento suicida e insuficiente acciones identificadas a realizar por el EBS.

Aunque el indicador se mantiene evaluado de no adecuado, refleja resultados superiores a la evaluación del programa efectuada en el 2011.

Tabla 19. Personal de salud según resultados del examen de competencia antes y después de aplicado el curso de postgrado

Conocimientos antes	Conocimientos después				Total	
	Sí (Bien y Excelente)		No (Regular y mal)			
	No	%	No	%	No	%
Sí (Bien y Excelente)	10	22,73	0	0,00	10	22,73
No (Regular y mal)	25	56,81	9	20,46	34	77,27
Total	35	79,54	9	20,46	44	100,00

$$X^2 = 20.35 \quad gl = 1 \quad p = 0.00$$

Antes de la aplicación de las acciones contenidas en la educación comunitaria diseñada en esta investigación solo el 22,73 % del personal de salud tenía conocimientos sobre prevención del intento suicida clasificados como de bien o excelente, sin embargo después de haber sido beneficiados por la misma la frecuencia ascendió a 79,54 %, todo lo cual conllevó a que se encontrara diferencias significativas entre ambos momentos ($p=0.00$). (Tabla 19)

Los equipos de salud mental de cada policlínico se completaron al 100 % y su composición se modificó a partir de las recomendaciones emitidas. Se evaluó de adecuado este criterio. (Tabla 17)

La estructura fue evaluada de adecuada debido a que, de los seis criterios, cinco fueron evaluados de adecuados. (Tabla 17)

III.3.1.2. Evaluación de proceso

Tabla 20. Evaluación de los criterios de procesos en la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz.2015

Criterios de procesos	Estándar	Valor observado	Cumplimiento
1.Tarjetas de EDO	90%	92,2 %	Adecuado*
2. Reuniones de la comisión de salud mental.	90%	91,6 %	Adecuado*
3. Análisis del programa	90%	91,6 %	Adecuado*
4. Actividades educativas a la población.	80%	83,3 %	Adecuado*
5. Discusiones de caso.	100%	100 %	Adecuado*
6. Acciones conjuntas entre el sector salud y otros organismos	70%	87,6 %	Adecuado*
7. Flujo de información de la notificación.	24 horas	24 horas	Adecuado
8. Flujo de información al EBS.	24 horas	Siete días	No adecuado**
9. Calidad de las historias clínicas familiares	80%	91,5 %	Adecuado*
10. Calidad de las historias clínicas individuales.	80%	83,4 %	Adecuado*

Nota: * Significa que mejoró la evaluación respecto a 2011

** Se mantuvo No adecuado en ambas evaluaciones

En la tabla 20, se presenta la evaluación de los criterios de procesos en la ejecución del PNPACS en el año 2015 y se puede apreciar que de los diez valores observados, nueve fueron evaluados como adecuados. Solo no se cumplió el flujo de información al EBS. El tiempo promedio transcurrido desde que se produjo el intento suicida hasta que se informó al EBS fue de siete días.

Se propuso a la dirección de salud del municipio hacer énfasis en los mecanismos de control efectivos sobre el flujo de información hasta el consultorio médico.

La implementación de las acciones del proyecto Sí a la Vida permitió que pasaran a adecuados ocho criterios evaluativos que habían tenido resultados no satisfactorios en la primera evaluación.

Durante la entrevista realizada a la jefa del CCSM se pudo constatar que la aplicación de las acciones propuestas contribuyeron al completamiento de la plantilla en todas las categorías ocupacionales aprobadas, se logró una adecuada organización de consultas y otras actividades comunitarias en función del PNPACS, se ejecutaron las acciones que validan la calidad en el seguimiento de los pacientes con riesgo y que tuvieron intentos suicidas como las de capacitación planificadas y las de participación comunitaria hacia grupos vulnerables. Agregó que a partir de cumplimentar las acciones se percibió un sistema de trabajo más organizado e integrado que ha permitido brindar solución más rápida a los problemas que se presentan en el servicio y al funcionamiento adecuado de los equipos de salud mental en las áreas de salud en el afrontamiento al intento suicida.

La entrevista a profundidad efectuada a la vicedirectora municipal de salud de Nueva Paz para analizar los elementos necesarios para la adecuada ejecución del PNPACS aportó que, a partir del cumplimiento de las acciones contempladas en el proyecto Sí a la Vida, el programa se comenzó a ejecutar con un nivel mayor de responsabilidad individual y colectiva por todos los implicados, se logró que la atención a la salud mental haya tenido una prioridad mayor.

Consideró que la atención médica ha sido adecuada, mejoró significativamente la dispensarización y la sistematicidad con que se discuten los intentos y los fallecidos por suicidio, por lo que recalcó la necesidad de hacer sostenibles las acciones implementadas. Insistió en que el proyecto ayuda al logro de ser más eficientes en el control de las actividades que se realizan. Durante la entrevista enfatizó que las autoridades del gobierno y las organizaciones de masas de los consejos de salud han manifestado que la población ha estado satisfecha con las actividades radiales que se realizaron sobre la temática, como una de las acciones de Sí a la Vida.

Los profesionales designados dieron cumplimiento al programa educativo para la preparación de agentes comunitarios de salud mental. Se prepararon 28 líderes comunitarios pertenecientes a los cinco consejos populares del municipio. Durante la sesión 12 se realizó una evaluación a través de la técnica de Positivo, Negativo e Interesante; se encontró que el 100 % manifestó estar satisfechos con las actividades impartidas y que se sentían preparados para emprender las acciones para contribuir a la prevención del intento suicida en el municipio. No se revelaron aspectos negativos y declararon como interesante la preparación de los profesionales que impartieron el curso. Los participantes dejaron claro su compromiso para la búsqueda de soluciones pertinentes a este problema de salud.

Se utilizó la técnica de grupo de discusión, como parte de la evaluación de las acciones intersectoriales contenidas en el proyecto Sí a la Vida, en el que participaron las autoridades del gobierno municipal dentro de las que estuvieron la

primera vicejefa del Consejo de la Administración, dos presidentes de consejos populares, la vicedirectora de la Dirección de Educación, la jefa del departamento de la Dirección de Trabajo que atiende la esfera social y el director de la Dirección de Cultura. Los criterios emitidos aseguraron que la aplicación de las acciones permitió una comprensión más integral para la implicación intersectorial en la atención de este daño a la salud en el territorio. Se apreció que se había logrado una elevada voluntad política y motivación de estos cuadros y se sintieron sensibilizados en la utilización de técnicas colaborativas de dirección para perfeccionar la conducción de políticas locales que contribuyan a transformar la situación actual del intento suicida.

Se efectuó un segundo grupo de discusión con la participación de 12 expertos considerados como tales por ser líderes de la FMC y los CDR. Entre los criterios emitidos más relevantes estuvo que se ha logrado que *“la población se sienta parte del problema, los padres de los adolescentes comentan lo importante de las acciones que se desarrollan”*. Las dirigentes de la organización femenina reconocieron que las acciones desarrolladas permitieron la mejor utilización de la Casa de Orientación a la Mujer y la Familia como espacio potencial de actividades para modificar actitudes y conocimientos relacionados con la conducta suicida. Los líderes cederistas manifestaron que además se utilizaron otros espacios comunitarios como la sala de video para las acciones de educación comunitaria.

El tercer grupo de discusión fue efectuado con 10 de miembros del GILS. Ellos refirieron que las acciones realizadas habían tenido un impacto positivo en el territorio. Los representantes de las organizaciones de masas (FMC y CDR)

alegaron la importancia del aumento del número de promotores de salud que ascendieron de 51 a 116 y el incremento de 12 a 27 acciones de prevención para la disminución del intento suicida después de la implementación de Sí a la Vida. El representante de la educación, la cultura y el deporte expresó el alto nivel de motivación que se apreciaba en los promotores de salud que laboraban en las instituciones educacionales en función de abordar este daño a la salud. Fue consenso del grupo que la implementación de este proyecto ha transformado el accionar, sobre todo en la forma de organizar y planificar las tareas que demandan del trabajo en equipo que involucren a más de un sector social. La representante del sector de salud enfatizó en la importancia de hacer sostenible las acciones del mismo.

III.3.1.3. Evaluación de resultados

Tabla 21. Evaluación de los criterios de resultados en la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz.2015

Criterios de resultados	Estándar	Valor observado	Cumplimiento
1.Tasa de intento suicida	Menor de 110,1 por 100 000 habitantes	203,8 por 100 000 habitantes	No adecuado**
2. Tasa de suicidio	Menor de 15 por 100 000 habitantes	12,0 por 100 000 habitantes	Adecuado*
3.Investigaciones	1	4	Adecuado*
4.Publicaciones	1	2	Adecuado*
5.Satisfacción de usuarios	70 %	97,7 %	Adecuado*

Nota: * Significa que mejoró la evaluación respecto a 2011

** Se mantuvo No adecuado en ambas evaluaciones

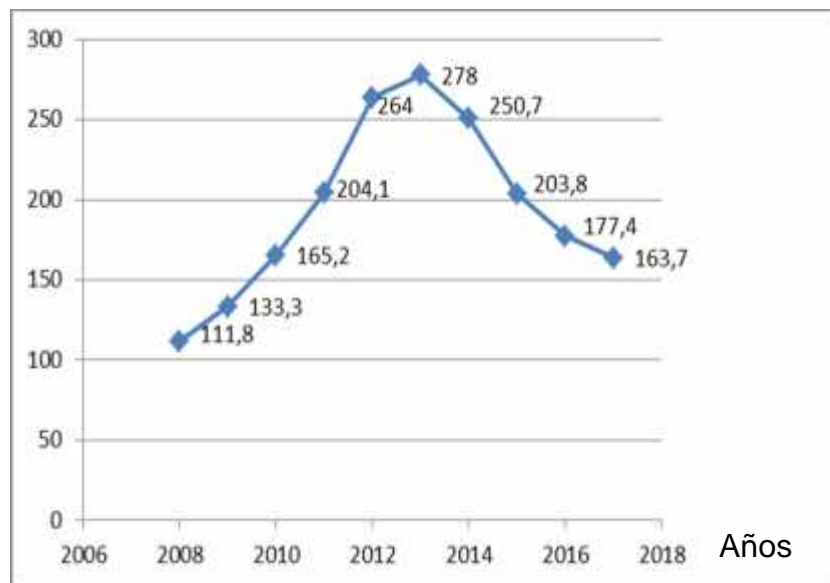
En la tabla 21 se muestra que la tasa de intento suicida en el año 2015 fue de 203,8 por 100 000 habitantes, cifra que no cumplió con el estándar establecido.

En la tabla 22 y el gráfico 1 se puede observar que hubo una disminución de manera sostenida del riesgo de intento suicida del municipio a partir de implementadas las acciones de educación comunitaria en el año 2013.

La tasa de suicidio fue evaluada de adecuada por haber resultado menor que el estándar establecido, lo cual ocurrió a la inversa en la evaluación inicial del programa. (Tabla 21)

Gráfico 1. Intento suicida según año de ocurrencia. Nueva Paz 2008-2017

Tasa por 100 000 hab.



Fuente: Anexo 21, Tabla 22

Se constató en las bases de datos de la Sección de Docencia de la Dirección Municipal de Salud que se desarrollaron cuatro investigaciones sobre el tema de estudio que fueron presentadas en eventos y publicados en dos artículos científicos. Los criterios de investigaciones y publicaciones se evaluaron de adecuados. En el año 2011 ambos fueron no adecuados porque no se habían desarrollado ninguna. (Tabla 21)

Lo anterior habla a favor de la influencia que tuvo sobre la comunidad profesional relacionada con el PNPACS en cuanto al interés científico adquirido sobre el tema. Se realizaron, luego de la aplicación de las acciones del proyecto, 71 entrevistas de satisfacción (Anexo 20) a usuarios potenciales del servicio de salud mental, de ellos 46 pacientes que habían tenido en este período intentos suicidas y 25 familiares. El 97,7 % de los pacientes que habían cometido el intento manifestaron criterios tales como: *“estamos completamente satisfechos con la atención médica y el seguimiento de nuestra enfermedad, las personas aquí son muy sensibles con nuestros problemas, el trato es insuperable, la atención es buena”*.

Se consideraron adecuados los criterios de resultados, cuatro de los cinco cumplieron el estándar establecido.

De forma general la evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz en el año 2015 tuvo en cuenta 21 criterios de medidas, de ellos 18 (85.7 %) evaluados de adecuados. Estos resultados hablan a favor de la efectividad que tuvo Sí a la Vida como un intento efectivo para contribuir a la ejecución del programa en Nueva Paz.

III.4 Consideraciones finales

Se diseñaron e implementaron catorce acciones validadas por expertos. Los resultados obtenidos en la evaluación de las mismas, corroboraron que las actividades diseñadas fueron efectivas, y útiles y con repercusión positiva en el accionar de los servicios de salud y de salud mental y las acciones de capacitación comunitarias.

Se comprobó que existe posibilidad de integrar las acciones intersectoriales en la promoción, educación, comunicación en salud y el cambio organizativo necesario para la prevención del intento suicida a través de un proyecto de desarrollo local, como Sí a la Vida.

CONCLUSIONES

- En la caracterización de los sujetos que cometieron intento suicida en Nueva Paz predominaron los adolescentes, féminas, la enseñanza media, solteros, el uso de psicofármacos, la depresión mayor y los antecedentes familiares de conducta suicida y disfuncionalidad.
- La ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz fue no adecuada en la primera evaluación realizada en el año 2011.
- Se diseñaron las acciones de un proyecto local de educación comunitaria para la prevención del intento suicida en Nueva Paz para contribuir a la solución de ese problema de salud y de las deficiencias encontradas en la primera evaluación del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz.
- Se constató que la implementación de las acciones de educación comunitaria mejoraron la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz con la integración de la participación comunitaria y la intersectorialidad.

RECOMENDACIONES

- Proponer a las autoridades sanitarias de la provincia Mayabeque las acciones de educación comunitaria para la prevención del intento suicida para que sean aplicadas en otros municipios a partir de la caracterización de su situación de salud y posibilidad de abordaje comunitario.
- Sistematizar por el Departamento de Ciencia e Innovación Tecnológica de Mayabeque las investigaciones relacionadas con este problema de salud a partir de la determinación social.
- Diseñar una modalidad de capacitación para líderes del gobierno local sobre el empoderamiento comunitario destinada a contribuir al control de este daño a la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peña Galbán LY, Clavijo Portieles A, Casas Rodríguez L, Fernández Chirino Y, Bermúdez Santana O, Ventura Velázquez RE. Desarrollo y perspectivas de la salud mental en Cuba. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2013 Jun [citado 1 Ago 2013];42(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000200011
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 1 Ago 2013]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2015 [citado 11 abr 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Comunicado de prensa: más de 800 000 personas mueren por suicidio cada año en el mundo, según un nuevo informe de la OMS. Salud Ment [Internet]. 2014 Oct [citado 2018 Abr 11];37(5). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500012&lng=es.
5. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Revista Haban Cien Médicas MédHab[Internet]. 2016 [citado 1 Mar 2016];15(1).Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011
6. Leal Vidal CE, Costa Dias E, Abelha Lima L. Tentativas de suicidio: factores pronósticos y estimativa del exceso de mortalidad. CadSaúde Pública [Internet]. 2013 Jun [citado 15 Jun 2013];29(1). Disponible en:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100020&lng=en
7. Martín González R. Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet]. 2017

- [citado 2018 Ene 18];36(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en:
<http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgj/article/view/345>
8. Ministerio de Salud Pública, Grupo Nacional de Psiquiatría. Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida. La Habana: Ciencias Médicas; 2000.
 9. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística de Salud. Anuario estadístico de salud 2016 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2017 [citado 25 Oct 2017]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
 10. Dirección Municipal de Salud, Departamento de Estadísticas. Registro de enfermedades de declaración obligatoria. Nueva Paz. 2013.
 11. Aguilar Hernández I, Perera Milián LS, Esquivel Rodríguez D, Barreto García ME. Comportamiento del intento suicida en el municipio de Nueva Paz. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2008 [citado 8 Feb 2010];14(3) Disponible en:
<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/310/html>
 12. Aguilar Hernández I, Perera Milián LS, Cañizares Carmenate I. Conocimientos del personal médico en el manejo del intento suicida en los servicios de urgencias. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2008 [citado 31 Ago 2010];14(2). Disponible en:
<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/download/292/516>
 13. Aja Eslava L. Intervenciones "FLASH" en 'prevención de riesgo de suicidio. Boletín Electrónica de Salud Escolar [Internet]. 2012 [citado 19 Dic 2013];3(8). Disponible en:
<http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol8N1/A3.%20Acciones%20de%20prevenci%C3%B3n%20de%20suicidio.pdf>
 14. González Forteza C, Arana Quezadas DS, Jiménez Tapia JA. Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. Salud Mental [Internet]. 2008 [citado 8 Mar 2010];31(1). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000100004

15. Perera García Y. Conducta suicida: breve caracterización en el municipio Yateras, Guantánamo. Rev Inf Cient[Internet]. 2015 [citado 8 Mar 2016];93(5). Disponible en:
<http://www.gtm.sld.cu/sitios/ojs243/index.php/ric/article/view/800>
16. Soler R, Castillo B, Brossard M, Peña CE. Calidad en la ejecución del Programa de prevención y control de la conducta suicida. MEDISAN [Internet]. 2010 [citado 28 Mar 2014];14(5). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_5_10/san10510.htm
17. Farquhar J. Effect of community-wide education on cardiovascular disease risk factor: The Stanford Five City Project. JAMA. 1990;264:359-65.
18. Puska P. Community based prevention of cardiovascular disease: The North Karelia Project. En: Weiss S, Miller N, editors. Behavioral Health: a handbook for health enhancement and disease prevention. New York: Wiley; 1984.p.198-243.
19. Sun S. Evaluation of international quit and win 1996: comparing experience in China and Finland. Tobacco Con. 2000;9:303-9.
20. Peña Galbán L, Clavijo Portieles A, Bujardon Mendoza A, Fernández Chirino Y, Casas Rodríguez L. La psiquiatría comunitaria en Cuba. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2014 Mar [citado 17 Nov 2015];43(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100011&lng=es
21. Capítulo 19. Salud familiar. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y Medicina [Internet]. 3ed. La Habana: ECIMED; 2014 [citado 17 Oct 2016]. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo1_3raedicion/indice.htm
22. Álvarez Sintés R, Barcos Pina I. Estrategia metodológica para la formación de promotores comunitarios de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 Jun [citado 25 Feb 2016];31(2): Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200008
23. Raczynski J, DiClemente R. Handbook of health promotion and disease prevention. New York: KA/PP; 1999.

24. Bjaras G. Strategies and methods for implementing a community-based diabetes primary prevention program in Sweden. Health Promotion International. 1997;12(2):151-60.
25. Tito Goire C. Intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en la adolescencia en el Consejo Popular de Jamaica [Tesis]. Guantánamo: Facultad de Ciencias Médicas Guantánamo; 2007.
26. Castell-Florit Serrate P. Intersectorialidad en la práctica social [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2007 [citado 25 Feb 2016]. Disponible en: <https://www.google.com/cu/search?sclient=psy-ab&site=&source=hp&btnG=Buscar&q=Situaci%C3%B3n%2C+sistema+y+recursos+humanos+en+salud+para+el+desarrollo+en+Cuba.+#q=Intersectorialidad+en+la+pr%C3%A1ctica+social>
27. PCC. Actualización de los lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el período 2016-2021 [Internet]. La Habana: PCC; 2016. [citado 7 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/01Folleto.Lineamientos-4.pdf>
28. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 52. ° Consejo Directivo, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. Washington, DC: OPS; 2013 (Documento oficial 345). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es.
29. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
30. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 [citado 14 Feb 2013];27(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_27_1_11/mgi04111.htm
31. Hernández Mirabal LC, Louro Bernal IL. Principales características psicosociales de adolescentes con intento suicida. Rev Cubana Med Gen

- Integr [Internet]. 2015 Jun [citado 25 Feb 2016];31(2). Disponible en:
<http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/11/7>
32. Taha Nicole R, Sieverson RC, Aspillaga HC, Alliende L. La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2011 Dic [citado 2018 Abr 11];49(4). Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400006&lng=es .
33. Ventura Juncá R, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, Garib MJ. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2010 [citado 31 Ago 2013];138(3). Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300008
34. Cubillas Rodríguez MJ, Román Pérez R, Abril Valdés E, Galaviz Barreras AL. Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación medio superior en Sonora. Salud Ment [Internet]. 2012 [citado 31 Ago 2013];35(1). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100007
35. Medina Pérez OA, Rodríguez Escobar JA. Caracterización del suicido en adultos jóvenes del área metropolitana del departamento de Risaralda, Colombia, 2005- 2011. Rev Med Electron [Internet]. 2012 [citado 31 Ago 2016];34(6). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000600005
36. Juárez Aragón G, Castañón González JA, Pérez Morales AJ. Clinical and epidemiology characteristics of severe poisoning in an adult population admitted to an intensive care unit. Gac Med Mex [Internet]. 1999 [citado 13 Ene 2016];135(6). Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10605272>
37. Riera C, Alonso O, Madrid E. La conducta suicida y su prevención. La Habana: Ciencias Médicas; 1995.

38. Guibert Reyes W. La promoción de salud ante el suicidio. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2002 [citado 1 Feb 2010];18(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_1_02/mgi05102.htm
39. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 1999 [citado 10 Feb 2010];15(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013
40. Shaffer D. La prevención del suicidio en la adolescencia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988;27(6):657-87.
41. Aguilar Hernández I, Barreto García ME. Conducta suicida. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2006 [citado 8 Feb 2010];12(2). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/236/html>
42. Ovalle Borrego I, Santana Santana ER. Caracterización clínico-epidemiológica del intento suicida en La Coloma. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2013 Oct [citado 3 Dic 2015];17(5):74-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500008&lng=es
43. Lozano R, Gómez Dantés H, Garrido Latorre F, Jiménez-Corono A, Campuzano Rincón J, Franco-Marina F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. Salud Pública de México [Internet]. 2013 [citado 3 Dic 2015];55(6). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000007
44. Horwitz D, Ravizza L. Suicide and depression. Emerg Med Clin North Am. 2000;18(2):263-71.
45. Sanabria Ramos G, Rodríguez Cabrera A, Rojo Pérez N. Promoción y educación para la salud sexual y reproductiva. La Habana: UNFPA; 2008.
46. Castell-Florit Serrate P. Sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2009 [citado 16 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.ensap.sld.cu/?q=node/922>

47. Rojas Ochoa F. El camino cubano hacia la cobertura universal 1960-2010. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 16 Feb 2016];41(Supl). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500003
48. Presno Labrador C. El médico de familia en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2006 [citado 19 Dic 2013];22(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi15106.htm
49. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu EA, Lozano Lefrán A. Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 16 Feb 2016];41(Supl). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662015000500006&script=sci_abstract
50. Castell-Florit Serrate P. Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2008 [citado 16 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.ensap.sld.cu/?q=node/922>
51. Castell-Florit Serrate P. Intersectorialidad en salud. Fundamentos y aplicaciones [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2010 [citado 16 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.ensap.sld.cu/?q=node/922>
52. Barrero Pérez SA. La prevención del suicidio y los maestros. Revista Ciencias Com[Internet]. 2005 [citado 9 Nov 2013].27 Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEEAIAppVlrfhILmsQ.php>
53. Casañas Díaz M. El cambio educativo: un reto de las políticas nacionales ante el nuevo milenio. Caracas: UBV; 2005.
54. Barrero Pérez SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 1999 [citado 9 Nov 2015];15(2).Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.htm
55. Gutiérrez García A, Contrera SC, Orosco R. El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental [Internet]. 2006 [citado 14 May 2008];29(5). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>
56. Arvon H. La autogestión. México: Fondo de Cultura Económica; 1982.

57. Lapassade G. Autogestión pedagógica: un sistema en el cual los educandos deciden en qué consiste su formación y la dirigen. Barcelona: GEDISA; 1986.
58. I Cumbre Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. "Comprometidos con la salud de la población", Sevilla, España; 14-17 May 2002.
59. Martínez Calvo S. Las desigualdades e inequidades en el análisis de la situación de salud. La Habana: ENSAP; 2002.
60. Pan American Health Organization World Health Organization. Fifth Global Conference on Health Promotion: final Report. 2000 June 5-9; México City. México: PAHO; 2000 [citado 2 oct 2017]. Disponible en: www.paho.org/spanish/hpp/5thGlobalConf.htm
61. OPS/OMS. Los proyectos locales de promoción de la salud: nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública [Internet]. Washington: OPS; 1995 [citado 14 May 2008]. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Ra5L_8OtVGcJ:www.paho.org/cub/index.php%3Fgid%3D63%26option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=cu
62. Louro Bernal I. Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad: experiencia en la atención primaria de salud. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1993.
63. Rivocobay MT. La comunidad: aspectos conceptuales: el trabajo comunitario: alternativa cubana para el desarrollo social. La Habana: Pueblo y Educación; 2000.
64. Díaz Cantillo C. La prevención educativa en los adolescentes [Tesis]. Holguín: ISP "José de la Luz y Caballero"; 2001.
65. Gutiérrez Raina DE. Estrategia interventiva para el afrontamiento efectivo a las adicciones en estudiantes de la enseñanza general básica III, Crespo, Entre Ríos, Argentina, 2006-2007 [Tesis]. Ciudad de La Habana: ENSAP; 2008.
66. Coutiño H. Modelo de educación para la salud con enfoque integral y transformador. Tomado de Salud Comunitaria y Promoción de Salud, ICEPSS, 1999. p.273-299. En: Educación para la Salud. Módulo 9 de la

- maestría en promoción y Educación para la Salud. La Habana: ENSAP; 2006.p. 28-37.
- 67.Castellanos Noda AV. Aprendizaje grupal: reflexiones en torno a una experiencia. Rev Cubana Educación Superior [Internet]. 1997 [citado 14 May 2008];17(3). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2453911>
- 68.Reyes Álvarez I, Sanabria Ramos G, Medina Londres Z, Báez Dueñas RM. Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 1996 [citado 4 Sep. 2009];22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466199600010003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 69.WHO. Declaración de Alma Atá. La estrategia de atención primaria en salud. Ginebra, Suiza: WHO, UNICEF; 1978.
- 70.Grupo Alternativa de Perú. Formas de participación social comunitaria [Internet]. Lima: Grupo Alternativa de Perú; 2011. [citado 4 Sep 2012]. Disponible en:www.alter.pe/
- 71.OMS [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [citado 4 Sep 2009]. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- 72.Llena A, Ucar X. Acción comunitaria: miradas y diálogos interdisciplinarios e interprofesionales. En: Úcar X, Llena A, editores. Miradas y diálogos en torno a la acción comunitaria. Barcelona: GRAO; 2006. p.11-55.
- 73.Zambrano A. Criterios de intervención en estrategias de empoderamiento comunitario: la perspectiva de profesionales y expertos de la intervención comunitaria en Chile y España [Tesis]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2007.
- 74.Lapalma A. El escenario de la intervención comunitaria. Revista de Psicología de la Universidad de Chile [Internet].2001 [citado 4 Sep 2016];10(2).Disponible en: <https://www.google.com/cu/search?sclient=psy-ab&site=&source=hp&btnG=Buscar&q=Situaci%C3%B3n%2C+sistema+y+recursos+humanos+en+salud+para+el+desarrollo+en+Cuba.+#q=El+escenario+de+la+intervenci%C3%B3n+comunitaria>

75. Montero M. Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Santiago del Estero: Paidós; 2005.
76. Le Bossé Y, Dufort F. El empoderamiento de las personas y comunidades: otra forma de intervenir. En: Dufort F, Guay J, editores. Agiraucoeur des communautés: la psychologie communautaire et le changement social. Laval, Canadá: Les Presses de l'Université Laval; 2002. p. 75-115.
77. Martínez V. El enfoque comunitario: el desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales [Tesis]. Chile: Universidad de Chile; 2006.
78. Shiell A, Riley T. Theorizing interventions as events in systems. American Journal of Community Psychology [Internet]. 2009[citado 4 Sep 2016];43(3). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1007/s10464-009-9229-9/abstract;jsessionid=004C3EF82E0F8E9A6E8A5AAD9FFC1F1B.f01t01>
79. Savigny D, Don de Savigny T, Taghreed A, Campbell S, Best A, Borghi J, et al. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los servicios de salud: alianza para la investigación en políticas y sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2009.
80. Rodríguez M. Empoderamiento y promoción de la salud. Revista Aragonesa de Promoción y Educación para la Salud [Internet]. 2009[citado 4 Sep 2016];14(2). Disponible en: <https://www.google.com/cu/search?sclient=psy-ab&site=&source=hp&btnG=Buscar&q=Situaci%C3%B3n%2C+sistema+y+recursos+humanos+en+salud+para+el+desarrollo+en+Cuba.+#q=Rodr%C3%ADguez+M.+Empoderamiento+y+promoci%C3%B3n+de+la+salud>
81. Silva C, Martínez ML. Empoderamiento: proceso, nivel y contexto. Psykhe [Internet]. 2004 [citado 4 Sep 2016];13(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000200003
82. Matón KI. Empowering community settings: agents of individual development, community betterment, and positive social change. Amer J Community Psychol [Internet]. 2008[citado 4 Oct 2016];41(1-2). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1007/s10464-007-9148-6/abstract>
83. Zambrano A, Le Blanc L. Evaluación de necesidades y recursos para la implementación de una estrategia de formación y acompañamiento de

- líderes interesados en la prevención comunitaria de la drogodependencia. II Conferencia Internacional de Psicología Comunitaria, 11 mayo 2008, Lisboa: Conferencia en Psicología Comunitaria; 2008.
84. Zambrano A, Bustamante G, García M. Trayectorias organizacionales y empoderamiento comunitario: un análisis de interfaz en dos localidades de la Región de la Araucanía. *Psykhe* [Internet]. 2009 Nov [citado 25 Jun 2013];18(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282009000200005
85. Borroto R. La microplanificación: método y guía de planificación local con participación comunitaria. Ciudad de La Habana: Impresora Movimiento Cubano por la Paz; 1998.
86. Betancourt Pulsán A. Intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en jóvenes guantanameros [Internet]. Ciudad de La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/156/>
87. Aguilar Hernández I. Intersectorialidad y suicidio. *Revista de Ciencias Médicas La Habana* [Internet]. 2013 [citado 6 Ene 2014];19(3). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/616/html>
88. Secretaría de Salud y Bienestar social del estado de Colima. Modelo de evaluación de programas de salud manual operativo [Internet]. Colima: Secretaría de Salud y Bienestar social del Estado de Colima; 2012 [citado 2 oct 2017]. Disponible en: www.saludcolima.gob.mx/modelo_evaluacion/01_manual_operativo.pdf
89. Bin C, Xiaomeng W, Jiemin Z, Songhua C, Beibei W, Hui-Chi Yeh, et al. Tuberculosis among Healthcare Workers in Southeastern China: A Retrospective Study of 7-Year Surveillance Data. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2014 [citado 2 Oct 2017];11:12042-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4245659/>
90. Moore L, Lavoie A, Bourgeois G, Lapointe J. Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system. *J Trauma Acute Care Surg* [Internet]. 2015 [citado 2 Oct

- 2017];78(6):1168-75. Disponible en:
<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=26151519>
91. Coronado Zarco R, Cruz Medina E, Macías Hernández SI, Arellano Hernández A, Nava Bringas I. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab [Internet]. 2013 [citado 2 Oct 2017];25(1):26-33. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=44535>
92. Rosado Candelaria S, Godínez Llanes L, Ranero Virginia M. Evaluación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Bauta. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2014 Abr [citado 2017 Oct 04];52(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000100009&lng=es.
93. Santos TR, Padoveze MC, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Gryscek ALFPL. Indicadores para evaluar la calidad de los programas de prevención de riesgos laborales por tuberculosis: ¿son viables? Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 1 Oct 2017];24:2695. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02695.pdf
94. Barrenechea Loo M. Desarrollo de la evaluación de tecnologías en salud en algunos países de Latinoamérica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Dic [citado 11 Abr 2018];43(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466201700040010&lng=es.
95. Pupo Ávila NL. Capítulo 15. Promoción y educación para la salud. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2014.p.121- 24.T.1.
96. Brizuela Castillo Z, Sáez Palmero A, Jústiz Guerra M. Metodología para la Educación comunitaria. Humanidades Médicas 2015; 15(1): 107-127.
97. Saturno Hernández PJ, Hernández Ávila M, Magaña Valladares L, Sebastián García SS, Vertiz Ramírez JJ. Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. Salud pública Méx [Internet]. 2015 [citado Abr 11 2018];57(3). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v57n3/v57n3a17.pdf>

98. Pérez-de Armas M, Hernández-Pérez Gilberto, Filgueiras-Sainz de Roza M, Caballero-Torres I. Capacidad dinámica de aprendizaje organizacional en empresas biotecnológicas cubanas de alta tecnología. Ingeniería Industrial [Internet]. 2015 [citado Abr 11 2018];36(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-59362015000200010&lng=es&tlng=es.
99. Pitelli Britto EM, Da Rocha Lima J. Intellectual capital intangible intensive firms: the case of Brazilian real estate companies. Journal of Intellectual Capital [Internet]. 2014;15(2). Disponible en: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.../JIC-10-2013-0108>
100. Pérez-Vallejo LM, Vilariño-Corella CM, Ronda-Pupo GA. El cambio organizacional como herramienta para coadyuvar la implementación de la estrategia. Ingeniería Industrial [Internet]. 2016 [citado Abr 11 2018];37(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-59362016000300007&lng=es&tlng=es.
101. Ministério da Saúde. Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica [Internet]. Brasília: AMAQ-AB; 2012. [citado Abr 11 2018] Disponible en: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/amq>
102. Figueroa Pedraza D, Cavalcanti Costa GM. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la familia. Enferm Glob. [Internet]. 2014 [citado Abr 11 2018];13(33). Disponible en: www.scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/administracion4.pdf
103. Hernández Fundora MC. Estrategia de educación comunitaria para la prevención del intento suicida en adolescentes de la comunidad de Los Palos, Mayabeque 2016. Tesis en opción al grado científico de master en desarrollo comunitario. San José de las Lajas: Universidad Agraria de La Habana; 2017
104. Louro Bernal I. Capítulo 59. Familia en el ejercicio de la medicina general integral. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2014.p. 533-554.T2. [citado 28 Mar 2018]; Disponible en: www.b51delta.xpg.uol.com.br/B51MGI3.pdf

105. Mateu L. Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación del estado de la superación del profesional en los servicios farmacéuticos de Cuba. Revista de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos [Internet]. 2008 [citado 16 Ene 2015];18(1):Disponible en:<http://www.revistadelaofil.org/?s=Dise%C3%B1o+y+validaci%C3%B3n+de+un+cuestionario+para+la+evaluaci%C3%B3n+del+estado+de+la+superaci%C3%B3n+del+profesional+en+los+servicios+farmac%C3%A9uticos+de+Cuba>
106. Martín A. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 4 Sep 2009];34(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu12108.htm
107. Pérez Escoda N. Formación ocupacional: proyecto docente e investigador. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2001.
108. Oficina Nacional de Estadística e Información. Censo de Población y Vivienda 2012: datos preliminares. Nueva Paz, 2013.
109. Hernández Trujillo A, Eiranova González- Elías I, López Acosta YM. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. MEDISAN [Internet]. 2013 Dic [citado 2015 Dic 03];17(12):9027-9035. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10293019201300120001&lng=es
110. Álvarez Caballero M, Camilo Calas VM, Barceló Román M, Sánchez Maso Y, Fajardo Vals Y. Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado 28 mar 2018];21(2).Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/285>
111. González Sepúlveda PC, Medina Pérez OA, Ortiz Valencia JC. Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad Pública de Colombia. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2016 [citado 4 Mar 2016];15(1). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100015

112. MedlinePus [Internet]. Bethesda, MD: Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU; 1999-2016 [actualizado 26 Oct 2016; citado 31 Oct 2016]. Suicidio. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/suicide.html>
113. Medina Cano AR, Herazo Chamorro MI, Barrios Meza AM, Rodelo Serrano YV. Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes. Av Psicol[Internet].2017[citado 28 mar 2018];25(1).Disponible en: www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017/CECAR.pdf
114. Rosales Pérez. JC, Córdova Osnaya. M, Guerrero Barrios. DI. Ideación suicida y variables asociadas, conforme al sexo, en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla, México. Rev Electrónica Psicol Iztacala [Internet].2013 citado 4 Sep 2014];16(2). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/39953/36356>
115. Bethancourt Santana YC, Bethancourt Enríquez J, Moreno Rodríguez Y, Saavedra Díaz A. Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores. Mediciego[Internet].2015[citado 14May 2016];21(1).Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/85/377>
116. Santamarina Fernández A, Quintero Ríos O, Pupo Báez WJ, Cambar Martínez Y. Caracterización de la Conducta Suicida en Bartolomé Masó Márquez en el 2014.Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana[Internet]. 2015 [citado 25 Oct 2016];12(3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%203/caracterizacion%20de%20la%20conducta%20suicida.html>
117. Ribot Reyes VDLC, Alfonso Romero M, Ramos Arteaga ME, González Castillo A. Suicidio en el adulto mayor. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2012 [citado 14May 2016];11(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500017
118. Arias de la Torre IF. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes del policlínico René Vallejo de Bayamo. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2015 [citado 24 Nov 2015];40(2). Disponible en: http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/97/html_14

119. Corona Miranda B, Alfonso Sagué k, Cuellar Luna L, Hernández Sánchez M, Serra Larín S. Caracterización de la Conducta suicida en Cuba, 2011-2014. Rev haban cienc méd [revista en Internet]. 2017 [citado 2018 Ene 23];16(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2038>.
120. Ordóñez Monak I. Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años. Rev Colombiana Psiquiatr [Internet]. 2013 [citado 22 Nov 2013];43(1). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/00347450>
121. Santamaría Fernández A, Santamaría Fernández M, Yero Suárez LA, Suárez Periche X, et al. Tentativa de suicidio en adolescentes residentes en Bartolomé Masó durante el período 2013-2014. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2016];12(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%202/tentativa%20de%20suicidio.html>
122. Rátiva Osorio J, Ruiz Vélez V, Medina-Pérez O. Análisis de las noticias sobre suicidio publicadas en un diario local del Quindío Colombia, entre 2004 y 2011 [Internet]. 2012 [citado 28 Mar 2012];51(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol51_2_13/hie07213.htm
123. Turcaz Romero M, Rubio de la Iglesia Y. Intento suicida en adolescentes: factores resilientes y de riesgo. Rev Inf Cient[Internet].2015 [citado 28 Mar 2016];93(5).Disponible en: <http://www.gtm.sld.cu/sitios/ojs243/index.php/ric/article/view/805/962>
124. Cintra Hernández Y, López Santana Y, Villar Rojas Y, Laugart Wilson A. Intento suicida y adolescencia. Rev Inf Cient[Internet]. 2015 [citado 28 Mar 2016];90(2). Disponible en: <http://www.gtm.sld.cu/sitios/ojs243/index.php/ric/article/view/723>
125. Cortés Alfaro A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [citado 14 Ene 2015];30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100013

126. Prevención de la conducta suicida.[Internet]. Washington, DC: OPS, 2016. [citado 19 Oct 2016]. Disponible en: https://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwj8mNWjkufPAhWC4D4KHRY0CkEQFgggMAE&url=http%3A%2F%2Firis.paho.org%2Fxmlui%2Fbitstream%2Fhandle%2F123456789%2F31167%2F9789275319192-spa.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&usg=AFQjCNG_W0Odw3RN5GEIIfQq2zLxW8W-A&bvm=bv.135974163,d.cWw&cad=rja
127. Torralbas Blázquez MJ, Torralbas Fitz SJ, Torralbas Fitz AL, Rubio Ricardo A. Conducta suicida en pacientes con trastornos mentales descendientes de familias consanguíneas. CCM [Internet]. 2013 Sep [citado 2015 Dic 03];17(3):403-404. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812013000300024&lng=es
128. Matos N, Caballero M, Colás V, Maso Y, Román M. Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2015 [citado 14 Ene 2015];37(1). Disponible en <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1211>
129. Pérez Collado J, Pérez Collado T, Azcuy Collado M, Mirabal Martínez G. Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2014 Ene [citado 9 Oct 2014];33(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000100008
130. Mora Rodríguez NE. Intento suicida en adolescentes. Medisur [Internet]. 2013 [citado 9 Oct 2014];11(3). Disponible en:m<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2246/1196>
131. Véliz Sánchez MI, Díaz Águila HR, De Armas Gómez A, Barro García AB. Caracterización de la conducta suicida en adolescentes. Multimed [Internet]. 2013 [citado 25 Mar 2015];17(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133b.pdf>
132. Trujillo Trujillo N. Consideraciones sobre el comportamiento del suicidio. CCM [Internet]. 2013 Sep. [citado 2015 Jun 01];17(3):370-371.Disponible

- en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300017&lng=es
133. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet [Internet]. 2012 [citado 1 Jun 2015];379(9834). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22726518>
134. Cruz Rodríguez E, Moreira Ríos I, Orraca Castillo O, Pérez Moreno N, Hernández González PL. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2011 [citado 14 Ene 2015];15(4):52-61. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/837/1531>
135. González M, Cruz M, Domínguez T. Caracterización familiar de los adultos con conducta suicida. Revista Electrón Zoila Marinello Vidaurret[Internet]. 2012 [citado 14 Ene 2015];37(6). Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revistam/modules.php?name=News&file=article&sid=350>
136. Acosta González A, Milian Martínez M, Viña Pérez H. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes con esta conducta. RevHosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2012 [citado 14 Ene 2015];9(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hph06112.html>
137. Blandón Cuesta OM, Carmona Parra JA, Mendoza Orozco MZ, Medina Pérez OA. Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. Rev Arch Med Camagüey [Internet]. 2015 [citado 14 Ene 2015];19(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000500006
138. Soler Santana R, Castillo Núñez B, Brossard Cisnero M, Peña García CE. Calidad en la ejecución del programa de prevención y control de la conducta suicida. MEDISAN [Internet]. 2010 Jul [citado 31 Ago 2010];14(5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_5_10/san10510.htm
139. Portieles Sánchez Lizbeth; Rodríguez Villavicencio Maité; Obdulia Rivero Álvarez Ester. Evaluación del Programa nacional de prevención y atención a

- la conducta suicida infanto-juvenil. Medicentro.[Internet] 2014[citado 2015 Feb. 19];18(1). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1629/134>
140. Aguilar Hernández I, Louro Bernal I, Perera Milian LS. Ejecución del Programa de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz. Rev Cubana Salud Pública [Internet].2012 Mar [citado 2013 Mar 18];38(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100008&lng=es
141. Casanova Moreno Md, Bayarre Vea HD, Navarro Despaigne DA, Sanabria Ramos G, Trasancos Delgado M. Evaluación del programa de educación en diabetes en el adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2015 [citado 2017 Jul 12];31(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/82>
142. Colectivo de autores. Técnicas participativas. Educación para la Salud. Dossier del Módulo Intervención en salud. Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: ENSAP; 2008-2010. p. 78.
143. Espín Andrade AM. Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia, Ciudad de La Habana 2003-2009 [Internet]. 2009 [citado 20 Ene 2017].Ciudad de La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010. [citado 18 Mar 2015]. Disponible en:<http://tesis.repo.sld.cu/251/>
144. León Téllez IA, García Guevara SL, Guerra Vázquez Y. Modelo para la jerarquización y selección de proyectos de iniciativas municipales de desarrollo local. Rev retos [online]. 2018, vol.12, n.1 [citado 2018-07-22], pp. 159-185. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-91552018000100009&lng=es&nrm=iso. ISSN 2306-9155.
145. Sosa Lorenzo I, Lefèvre P, Guerra Chang M, Ferrer Ferrer L, Rodríguez Salvá A, Herrera Travieso D et al. Empoderamiento comunitario en salud en tres municipios cubanos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 Jun [citado 2017 Ago 22]; 29(2): 184-191.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Amaro Cano MC. Aspectos históricos y éticos de la publicación científica. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2001 Dic [citado 2019 Ene 08]; 17(3): 194-200. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192001000300009&lng=es.
- Artilles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
- Bayarre Vea HD. Curso Metodología de la Investigación en Atención Primaria de Salud. Ciudad de La Habana: ENSAP; 2004.
- Martínez Lantada M. Metodología de la investigación educativa: desafíos y polémicas actuales. Ciudad de La Habana: Editorial Félix Varela; 2003.
- Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos.4.ed Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008. (Publicación Científica No 621).
- González Trompeta A, Duque del Río C, Eusebio Villén A, García Buendía F, García Vallejo R, Hernández Sánchez I, et al. Educación para la Salud: comunicación. Metodología de la Educación para Salud. Educación para Salud en el trabajo enfermero: individual, grupal comunitaria. Formación de agentes de salud. Los grupos de autoayuda. En: González Trompeta A. Actualización de Enfermería en Atención Primaria y Especializada. Madrid: FUDEN; 1997. p. 137-68.
- González VB. Los medios de comunicación: canales y materiales de comunicación en salud. En: Módulo 10. Comunicación Social y Salud. Folleto Maestría Promoción y Educación para la Salud. Ciudad de La Habana: ENSAP; 2003. Pág. 91-101

- Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. 2.ed. Mexico DF: McGraw-Hill, 1998.
- Jiménez L. El Consejo Popular: un espacio de concertación y participación social en salud. Ciudad de La Habana: Facultad de Salud Pública; 2000.
- Martínez Gómez C. Salud Familiar. Editorial Científico Técnica. Ciudad de La Habana, Cuba, 2001.
- Mayorga Aldáz EC. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP[Internet]. 2018[citado 2019 Ene 08]; 16(1):203-219. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612018000100009&lng=es&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud. Salud para Todos en el siglo XXI. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet].2009 [citado 2019 Ene 08];24(1). Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5949>
- Organización Panamericana de la Salud. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, métodos y experiencias de participación social. Washington D.C: OPS; 1990 (Publicación Científica No. 519).
- Organización Panamericana de la Salud. Manual de comunicación social para programas de la promoción de salud de los adolescentes. Washington. D.C: OPS; 2001.
- Pérez Rodríguez G. Metodología de la investigación educacional. Ciudad de La Habana Pueblo y Educación; 1996.
- Sanabria Ramos G. Tendencias de la promoción de salud y la educación para la salud, en el mundo y en Cuba. Curso Introductorio de Dirección I. Grupo GIESP. Ciudad de La Habana: ENSAP; 2004.
- ENSAP. Estrategias de Intervención. Folleto No. 11. Maestría de Promoción y Educación para la Salud. Ciudad de La Habana: ENSAP; 2006.

- Serrano GM. Comunicación y mensaje educativo. Influencia en el comportamiento. En: La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y Salud2. ed. Madrid; 2002.
- Trilla NC. Prevención y Promoción de la Salud. Educación para la Salud. En: Martín A. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5. ed. España: Elsevier; 2003. p. 657-39, T.I.
- Vilela MA, Sandoval Ato R, Gálvez Olortegui J. Estrategias de prevención y soporte en adolescentes con depresión y conducta suicida: una necesidad urgente. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2018 [citado 2018 Ago. 24];33(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/457>
- Viveros García M. Salud comunitaria y promoción de salud. Instituto Canario de Estudios y Promoción de Social y Sanitaria. Madrid: CEPSS; 1999. T.I.

ANEXOS

ANEXO 1

Entrevista a sujetos con intento suicida

Compañero(a):

En el municipio de Nueva Paz se está realizando una investigación sobre el intento suicida. La misma tiene un carácter anónimo, por lo que resulta en extremo necesario que responda con la mayor veracidad.

Muchas gracias

1. Edad:

- 1.1 _____ 10 a 19 años
- 1.2 _____ 20 a 29 años
- 1.3 _____ 30 a 39 años
- 1.4 _____ 40 a 49 años
- 1.5 _____ 50 a 59 años
- 1.6 _____ 60 a 69 años
- 1.7 _____ 70 años y más

2. Sexo:

- 2.1 F _____
- 2.2 M _____

3. Color de la piel:

- 3.1 Blanco _____
- 3.2 Negro _____
- 3.3 Mestizo _____
- 3.4 Otra _____ ¿Cuál? _____

4. Nivel de escolaridad:

- 4.1 _____ Primario incompleto
- 4.2 _____ Primario completo
- 4.3 _____ Nivel medio
- 4.4 _____ Universitario

5. Estado civil:

- 5.1 _____ Soltero
- 5.2 _____ Casado
- 5.3 _____ Unión consensual
- 5.4 _____ Divorciado
- 5.5 _____ Viudo

6. Ocupación:

- 6.1— Cuentapropista
6.2— Ama de casa
6.3— Estudiante
6.4— Intelectual
6.5— Obrero calificado
6.6— Jubilado
6.7— Dirigente
6.8___ Desocupado
6.9___ Otra. ¿Cuál? _____
7. Área de residencia:
7.1 ___ Nueva Paz 7.2 ___ Los Palos 7.3 ___ Vegas
7.4 ___ CAI Manuel Isla 7.5 ___ Sureste
8. Método utilizado en el intento suicida:
8.1— Ingestión de psicofármacos
8.2— Ingestión de sustancias tóxicas
8.3— Ingestión de otros medicamentos
8.4— Quemadura
8.5— Ahorcamiento
8.6— Arma blanca
8.7___ Arma de fuego
8.8— Precipitación de altura
8.9___ Proyección contra vehículo en marcha
8.10___ Otro ¿Cuál? _____
9. ¿Usted tiene algunos de los siguientes riesgos personales?
9.1 Intento Suicida previo: 9.1.1 Si ___ 9.1.2 No ___
Si respondió No pase al inciso b). Si respondió Sí, diga
b) 9.1.1.1 ¿Cuántos? _____
Si las razones han sido por conflictos:
9.1.1.2 Familiares ___ 9.1.1.3 De pareja ___ 9.1.1.4 Judicial ___
9.1.1.5 Sexual ___ 9.1.1.6 Escolar ___ 9.1.1.7 Laboral ___
- 9.2 Alcoholismo: 9.2.1 Si ___ 9.2.2 No ___
9.3 Enfermedad médica crónica: 9.3.1 Sí ___ 9.3.2 No ___
Si respondió Sí diga
9.3.1.1 ¿Cuáles? _____
- 9.4 ¿Siente la necesidad de consumir medicamentos sin que sean prescritos por el médico?
9.4.1 Si ___ 9.4.2 No ___
9.4.1.1 Si respondió Sí diga ¿Cuáles? _____
10. ¿En su familia ha existido?:

10.1 Intento suicida 10.1.1 Sí — 10.1.2 No —

10.2 Suicidio 10.2.1 Sí — 10.2.2 No —

10.3 Familiares con problemas sociales: 10.3.1 Sí _____ 10.3.2 No _____

10.3.1.1 Si respondió Sí, diga

¿Cuáles? _____

11. ¿Ha recibido usted en su medio familiar algunas de estas manifestaciones?:

11.1 Golpes _____

11.2 Lesiones con arma blanca _____

11.3 Gritos _____

11.4 Lesiones con arma de fuego _____

11.5 Humillaciones _____

11.6 Amenazas _____

11.7 Insultos _____

11.8 Abuso sexual _____

Cuestionario de Indicadores de Riesgo (CIR)

Compañero(a):

En el municipio de Nueva Paz se está realizando una investigación sobre el intento suicida. La misma tiene un carácter anónimo. Analice cada pregunta y responda, con sinceridad, la alternativa que más se aproxime a su situación real.

Muchas gracias

1. ¿Se ha sentido atormentado, angustiado, desesperanzado con intensidad en estos últimos ocho meses?

1.1 Sí _____ 1.2 No _____

2. ¿Ha realizado intento suicida alguna vez en su vida?

2.1 Sí _____ 2.2 No _____

3. ¿Toda la vida he tenido dificultad para manejar la ira y una gran rapidez para estallar de furia?

3.1 Sí _____ 3.2 No _____

4. ¿En su familia alguien ha realizado un intento suicida?

4.1 Sí _____ 4.2 No _____

5. ¿Ha tenido ideas, fantasías o deseo de matarse o hacerse daño en este último año?

5.1 Sí _____ 5.2 No _____

6. ¿Alguna vez ha elaborado planes concretos para matarse en el último año?

6.1 Sí _____ 6.2 No _____

7. ¿Con frecuencia piensas que los demás estarían mejor sin usted?

7.1 Sí _____ 7.2 No _____

8. ¿Con frecuencia le dan impulsos emocionales?

8.1 Sí _____ 8.2 No _____

9. ¿Se siente desilusionado con su vida actual y con dificultades para cambiarla?

9.1 Sí _____ 9.2 No _____

10. ¿Se siente solo (a) y aislado (a) en los últimos tiempos?

10.1 Sí _____ 10.2 No _____

11. ¿Se ha sentido triste, sin deseo de nada y pesimista durante varios días más de una vez en este último año?

11.1 Sí _____ 11.2 No _____

12. ¿Se siente molesto por no responder con igual intensidad a agresiones psicológicas y/o físicas que otras personas le hacen?

12.1 Sí _____ 12.2 No _____

13. ¿Tiene alguna persona con la cual analiza sus problemas íntimos, sus conflictos y preocupaciones, al menos una vez al mes?

13.1 Sí _____ 13.2 No _____

ANEXO 3

Test de percepción de funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden haber ocurrido en su familia o no. Usted debe clasificar y marcar con una x su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presentó antes de la ocurrencia del intento.

Muchas gracias

	Datos	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para casos importantes en la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás le ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

ANEXO 4

Cuestionario a expertos para validación de la entrevista a los individuos con intento suicida

Estimado experto:

Debido a su experiencia de trabajo, sometemos a su consideración la entrevista a los individuos con intento suicida. Marque con una X la casilla que corresponda a su criterio.

Muchas gracias

Aspectos	Mucho	Poco	Nada
Comprensible			
Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables			
Con componentes claramente definidos			
Derivable de datos factibles de obtener			

ANEXO 5

Resultados de la validación de expertos para la entrevista para los individuos con intento suicida

Experto	Comprensible	Con suposiciones básicas	Con componentes claramente definidos	Derivable de datos factibles de obtener	Media
1	2	2	2	2	2
2	2	2	1	2	1.75
3	2	2	2	2	2
4	2	2	2	2	2
5	2	2	2	2	2
6	2	2	2	2	2
7	2	2	2	2	2
8	2	2	2	2	2
9	2	2	2	2	2
10	2	1	2	2	1.75
11	2	2	2	2	2
Media	2	1.90	1.90	2	1.95

ANEXO 6

Cuestionario al jefe del departamento de recursos humanos

Compañero (a):

En el municipio de Nueva Paz se está desarrollando una investigación sobre el intento suicida, para lo cual necesitamos su cooperación para responder el siguiente cuestionario que le presentamos.

Muchas gracias

Área de Salud: _____

1. Caracterice la composición de los trabajadores de su área de salud en función del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida

Categoría ocupacional	Cantidad Aprobada	Cantidad cubierta
Médico general		
Residente de MGI		
Especialista de MGI		
Otros especialistas		
Psicólogo		
Licenciada en enfermería		
Otro profesional		
Técnico en enfermería		
Trabajador social		
Otro técnico		

ANEXO 7

Cuestionario al jefe del centro comunitario de salud mental

Compañero (a):

En el municipio de Nueva Paz se está desarrollando una investigación sobre el intento suicida, para lo cual necesitamos su cooperación para responder el siguiente cuestionario que le presentamos.

Muchas gracias

1. Caracterice la composición de los trabajadores de su CCSM en función del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida (sean o no de la plantilla del municipio)

Categoría ocupacional	Cantidad aprobada	Cantidad cubierta
Médico general		
Residente de MGI		
Especialista de MGI		
Otros especialistas		
Psicólogo		
Licenciada en enfermería		
Otro profesional		
Técnico en enfermería		
Trabajador social		
Otro técnico		

2. ¿Desde cuándo se creó el Centro Comunitario de Salud Mental?

3. ¿Funcionan las Comisiones de Salud Mental en las áreas de salud?

3.1 Sí _____ 3.2 No _____

3.2.2 Causas del no funcionamiento:

4. ¿Se efectúan las reuniones de la Comisión Municipal de Salud Mental?

4.1 Sí _____ 4.2 No _____

Causas _____

5. Cantidad de reuniones programadas _____

5.1 Cantidad de reuniones realizadas _____

6. ¿Con qué periodicidad se analiza el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida?

6.1 Bimensual _____

6.2 Trimestral _____

6.3 Semestral _____

6.4 Anual _____

7. ¿Se realizan las discusiones de casos de intento suicida y suicidio en las reuniones del GBT?

7.1 Sí _____ 7.2 No _____

8. ¿Con qué periodicidad se brinda atención a la población en el CCSM?

Frecuencia (días)	Psicología	Psiquiatría	Enfermería	Trabajador social	Otro
1 a 7					
8 a 14					
15 a 21					
Más de 21					
No existe					

9. ¿Cuántas actividades capacitantes se realizan a los miembros del EBS?

Período	Cantidad
Mes	
Semestre	
Año	

10. ¿Considera usted que los integrantes de los EBS se encuentran preparados para ejecutar el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida?

10.1 Sí _____ 10.2 No _____

10.3 ¿Por qué? _____

11. ¿Considera usted que las tarjetas de EDO de los intentos suicidas son llenadas con calidad?

11.1 Sí _____ 11.2 No _____

11.3 ¿Cuáles son los principales problemas en su confección?

ANEXO 8

Cuestionario al jefe del departamento de estadísticas

Compañero (a):

En el municipio de Nueva Paz se está desarrollando una investigación sobre el intento suicida, para lo cual necesitamos su cooperación para responder el siguiente cuestionario que le presentamos.

Muchas gracias

Área de Salud: _____

1. ¿Existe en el departamento el registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria?

1.1 Sí _____ 1.2 No _____

2. ¿El registro contiene la morbilidad por intento suicida?

2.1 Sí _____ 2.2 No _____

3. ¿Considera usted que las tarjetas de EDO de los intentos suicidas son llenadas con calidad?

3.1 Sí _____ 3.2 No _____

3.3 ¿Cuáles son los principales problemas en su confección?

4 ¿Qué tiempo transcurre desde que se produce el diagnóstico y la llegada de la tarjeta al departamento?

4.1 24 horas _____

4.2 48 horas _____

4.3 72 horas _____

4.4 Más de 72 horas _____

5. ¿Qué tiempo transcurre desde el departamento del policlínico al departamento municipal de estadísticas?

5.1 24 horas _____

5.2 48 horas _____

5.3 72 horas _____

5.4 Más de 72 horas _____

6. ¿Se han reportado actividades de capacitación relacionadas con el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida?

6.1 Sí _____ 6.2 No _____

6.3 ¿Cuántas en el último año? _____

7. Relacione el número de casos y la tasa por intento suicida de los últimos cinco años

Año	No Casos	Tasa

ANEXO 9

Cuestionario al equipo básico de salud

Compañero(a):

En el municipio de Nueva Paz se está realizando una investigación sobre el intento suicida. La misma tiene un carácter anónimo, por lo que resulta en extremo necesario que responda con la mayor veracidad.

Muchas gracias

1. Categoría Ocupacional:

1.1 Médico: _____

1.2 Enfermera: _____

1.3 Asistente de enfermería: _____

2. Tiempo que lleva de graduado: _____ (años)

3. Tiempo laborando en consultorio:

3.1 Menos de 1 año _____

3.2 1 a 3 años _____

3.3 4 a 5 años _____

3.4 Más de 5 años _____

4. ¿Posee en el consultorio el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida?

4.1 Sí _____ 4.2 No _____

5. ¿Conoce los objetivos de dicho programa?

5.1 Sí _____ 5.2 No _____

6. ¿Qué tiempo transcurre de la notificación de un paciente con intento suicida y la llegada a su CMF de la tarjeta de EDO?

6.1 Menos de 24 horas _____

6.2 24 a 72 horas _____

6.3 Más de 72 horas _____

7. ¿Ha recibido usted alguna capacitación sobre el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida?

7.1 Sí _____ 7.2 No _____

8. ¿Se considera usted apto para cumplir las acciones correspondientes en el programa?

8.1 Sí _____ 8.2 No _____

9. ¿Se discute en reuniones del GBT lo casos de intento suicida y suicidio?

9.1 Sí _____ 9.2 No _____

10. ¿Ha participado usted en reuniones de la CMSM?

10.1 Sí _____ 10.2 No _____

ANEXO 10

Examen de competencia a médicos y enfermeras de la familia y trabajadores del Centro Comunitario de Salud Mental

Compañero (a):

En el municipio de Nueva Paz se está desarrollando una investigación sobre el intento suicida, para lo cual necesitamos su cooperación para responder el siguiente examen que le presentamos.

Muchas gracias

Nombre y Apellidos: _____

Policlínico: _____

1. Relacionado con las acciones a desarrollar con un individuo que ha realizado un Intento Suicida (IS). Coloque Verdadero (V) o Falso (F) según corresponda.

a. _____ Los pacientes con IS se deben interconsultar con el equipo de salud mental en los primeros 30 días después del hecho.

b. _____ El alta médica de los pacientes con IS se emite a los dos años

c. _____ Constituye el ingreso domiciliario una alternativa de solución para estos pacientes

d. _____ En las reuniones del GBT se deben realizar las discusiones del 100% de los IS y los suicidios

e. _____ Es responsabilidad de la educadora para la salud la comunicación interpersonal (cara a cara) en pacientes con conductas de riesgo

2. Atendiendo a los diferentes comportamientos de la conducta suicida. Relacione los comportamientos de la Columna A con las características que correspondan en la Columna B.

Columna A

Columna B

1. Gesto suicida

_____ reiteración de los intentos suicidas con relación al actual.

2. Intento suicida

_____ consecuencia del IS que produce la muerte.

3. Suicidio consumado

_____ método de que se vale el individuo para cometer el acto suicida.

_____ acto de autoagresión sin intención de morir.

_____ acto deliberado con resultado no fatal

3. Existen aspectos que se toman en consideración para evaluar el intento suicida. Mencione tres de ellos.

4. Para la realización del intento suicida se utilizan diferentes métodos. Marque con una cruz (X) los métodos que correspondan con los denominados suaves o poco letales.

- a. _____ Ingestión de psicofármacos
- b. _____ Quemaduras
- c. _____ Sección de vasos sanguíneos
- d. _____ Ingestión de sustancias tóxicas
- e. _____ Ingestión de medicamentos

5. Conociendo usted las responsabilidades del CCSM y el EBS relacionado con la conducta suicida. Coloque Verdadero (V) o Falso (F) según corresponda.

- a. ____ Solo es responsabilidad del CCSM la formación de promotores comunitarios en la promoción de estilos de vida más sanos
- b. ____ Los médicos y enfermeras de la familia deben diseñar un sistema de información especial dirigido a centros escolares, de trabajo y comunidades sobre riesgos y consecuencias de la conducta suicida.
- c. ____ El equipo de Educación Para la Salud deben adiestrar a grupos vulnerables a la conducta suicida
- d. ____ La atención especializada se brinda a toda persona menor de 20 y mayor de 60 años que haya realizado un IS
- e. ____ El médico y la enfermera de la familia garantiza que a toda persona con IS se le confeccione con calidad la tarjeta de EDO

6. Enumere cinco factores de riesgo personales de la conducta suicida.

7. Teniendo en cuenta los factores asociados a la conducta suicida en niños y adolescentes. Relacione los elementos de la Columna A según correspondan con la Columna B.

Columna A	Columna B
1. Individuales	<input type="checkbox"/> Violencia parental
2. Familiar	<input type="checkbox"/> Deterioro socioeconómico de la comunidad
3. Comunitario	<input type="checkbox"/> Alteración de la identidad sexual
	<input type="checkbox"/> Fracaso escolar
	<input type="checkbox"/> Escaso acceso a actividades culturales
	<input type="checkbox"/> Antecedentes de conducta suicida
	<input type="checkbox"/> Depresión
	<input type="checkbox"/> Problemas en el aprendizaje
	<input type="checkbox"/> Alta incidencia de alcoholismo
	<input type="checkbox"/> Muerte o separación de familiares
	<input type="checkbox"/> Abuso sexual

8. Relacione cinco factores asociados a la conducta suicida en Adultos Mayores.

Clave de calificación: Valor de 100 puntos

Pregunta 1: valor de 15 puntos (3 puntos por cada repuesta correcta)

V, F, V, V, F

Pregunta 2: valor de 10 puntos (2 puntos por cada respuesta correcta)

4, 3, -, 1, 2

Pregunta 3: valor de 9 puntos (3 puntos por cada respuesta correcta)

Letalidad del método empleado, gravedad de las circunstancias,
Severidad de la intención.

Pregunta 4: valor de 10 puntos (2 puntos por cada respuesta correcta)

Se marcan con una x los ítems 1, 4 y 5.

Pregunta 5: valor de 15 puntos (3 puntos por cada repuesta correcta)

F, V, V, V, F

Pregunta 6: valor de 15 puntos (3 puntos por cada repuesta correcta)

Adolescentes con embarazo temprano, madre soltera con hijos,
mayores de 60 años con otros factores, personas sin apoyo o
atención familiar, enfermedad crónica invalidante, alcoholismo,
farmacodependencia, APF de intento o suicidio, niños y adolescentes
con trastorno de conducta, jóvenes que no estudian ni trabajan,
sobrevivientes de una tentativa suicida.

Pregunta 7: valor de 11 puntos (1 punto por cada repuesta correcta)

2, 3, 1, 1, 3, 2, 1, 1, 3, 2, 2

Pregunta 8: valor de 15 puntos (3 puntos por cada repuesta correcta)

Desórdenes psiquiátricos(depresión), enfermedad crónica invalidante,
dolor crónico, sentimiento de soledad, desesperanza, muerte o
separación de figuras significativas, internamiento voluntario, factores
socioeconómicos adversos.

ANEXO 11

Guía de entrevista al jefe del Centro Comunitario de Salud Mental y vicedirectora municipal

Compañero (a):

En el municipio de Nueva Paz se está desarrollando una investigación sobre el intento suicida, para lo cual necesitamos su cooperación para responder el siguiente cuestionario que le presentamos.

Muchas gracias

Datos generales del entrevistado.

Categoría ocupacional: _____

Tiempo que lleva en la responsabilidad: _____

¿Consideras que existan diferencias en la ejecución del programa antes y después de la creación del centro?

¿Cómo se garantiza la información a la población sobre los riesgos y consecuencias de la conducta suicida para su afrontamiento, así como el sistema de información especial a centros escolares, de trabajo y la comunidad?

¿Existe el plan de capacitación de?:

Formación de promotores comunitarios

Preparación de organismos involucrados

Adiestramiento a jóvenes y grupos vulnerables.

¿Cómo se desarrolla la estrategia de comunicación social?

¿Tienen concebido el uso de la Casa de Cultura y la Casa de Orientación a la Mujer y la Familia para la adquisición de conocimientos, actitudes y valores?

Consideraciones sobre la preparación de los médicos y enfermeras de la familia y el resto del equipo de trabajo para enfrentar el programa.

Consideraciones sobre la satisfacción de la población por los servicios que se prestan en el centro.

ANEXO 12

Guía de revisión documental de historias clínicas

Compañero (a):

En el municipio de Nueva Paz se está desarrollando una investigación sobre el intento suicida, para lo cual necesitamos su cooperación para evaluar las historias clínicas.

Muchas gracias

Aspectos a tener en cuenta:

HISTORIAS CLÍNICAS INDIVIDUALES:

Dispensarización en grupo adecuado

Calidad de la primera consulta: evaluación de riesgo

-Valoración del riesgo

-Estrategia de seguimiento en consultas, interconsultas y terrenos

- a) Interconsultas de Psicología y Psiquiatría
- b) Terrenos realizados: menos de 15 días del IS, al mes del IS y bimensual
- c) Valoración integral de la CMSM

HISTORIAS CLINICAS FAMILIARES:

Dispensarización Individual

Grupo dispensarial

Evaluación periódica (Frecuencia Mínima de Evaluación)

Intervención continua

Dispensarización Familiar

Registro familiar

Evaluación periódica de la salud familiar

Intervención familiar.

ANEXO 13

Guía de revisión documental de las tarjetas de enfermedad de declaración obligatoria (EDO)

Compañero (a):

En el municipio de Nueva Paz se está desarrollando una investigación sobre el intento suicida, para lo cual necesitamos su cooperación para evaluar las tarjetas de EDO.

Muchas gracias

Aspectos a tener en cuenta:

Llenado completo con letra legible de todos los elementos de la tarjeta enfatizando en:

Nombre y dos apellidos

Edad

Dirección donde vive

Diagnóstico correcto

Fecha

Nombre y apellidos del médico

No de registro del médico

Firma

Especificar en el nombre completo de la enfermedad:

Diagnóstico completo

Método utilizado describiendo en caso de ingestión el tipo de sustancia, medicamento, etc.

ANEXO 14

Guía de revisión documental de las actas de reuniones

Compañero (a):

En el municipio de Nueva Paz se está desarrollando una investigación sobre el intento suicida, para lo cual necesitamos su cooperación para revisar las actas de las reuniones de la Comisión de Salud Mental

Muchas gracias

Aspectos a tener en cuenta:

Elementos de forma:

Encabezado inicial (número de acta, fecha, lugar, hora de comienzo, preside)

Participantes

Presencia de invitados según temas a abordar

Orden del día

Análisis de los puntos en correspondencia con el orden del día (verificar control de acuerdos)

Acuerdos adoptados con fecha de cumplimiento y responsable

Carácter oficial: firma y cuño del jefe y secretaria en la última página y el medio cuño y la media firma del secretario en las páginas restantes

Elementos de contenido:

Evidencia de la participación activa en el análisis y debate de los temas de los participantes

Profundidad de los temas abordados

Presencia de discusiones de caso

Correspondencia entre las dificultades evaluadas y las acciones para su solución

Acciones formales de control del resultado

Presencia de la evaluación del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida (informes de comportamiento por áreas de salud).

ANEXO 15

Criterios, definiciones, y escalas para la evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz.

Criterios de estructura	Definición del indicador	Escala de clasificación	Definición de las categorías
1. Tiempo de trabajo en el consultorio	Promedio de años de trabajo en el consultorio de los miembros del equipo básico de trabajo	Adecuado No adecuado	60 % tiene tres o más años 60 % tiene menos de tres años
2. Trabajadores en función del programa según categoría ocupacional.	No. Trabajadores en plazas cubiertas / total de trabajadores según plantilla aprobada x 100.	Adecuado No adecuado	80% Menor del 80%
3. Actividades de capacitación	No. actividades realizadas / total de actividades planificadas en el año x100.	Adecuado No adecuado	80% Menor del 80%
4. Trabajadores capacitados	No. trabajadores capacitados /total de trabajadores planificados a capacitar x 100.	Adecuado No adecuado	80% Menor del 80%
5. Competencia profesional	No. aprobados en el examen de competencia / total de presentados a examen x 100.	Adecuado No adecuado	80% Menor del 80%
6. Trabajadores en los equipos de salud mental.	No. Trabajadores en plazas cubiertas / total de trabajadores según plantilla aprobada x 100.	Adecuado No adecuado	90% Menor del 90%

Crterios de proceso	Definición del indicador	Escala de clasificación	Definición de las categorías
1. Tarjetas de enfermedad de declaración obligatoria (EDO)	No. de tarjetas de EDO correctas / Total de tarjetas confeccionadas x 100.	Adecuado No adecuado	90% Menor del 90%
2. Reuniones de la comisión de salud mental.	No. de reuniones realizadas / Total de reuniones planificadas x 100.	Adecuado No adecuado	90% Menor del 90%
3. Análisis del programa	No. de análisis del programa en reuniones / total de reuniones realizadas x 100.	Adecuado No adecuado	90% Menor del 90%
4. Actividades educativas a la población.	No. de actividades realizadas en el año / Total de actividades planificadas x 100.	Adecuado No adecuado	80% Menor del 80%
5. Discusiones de caso.	No de casos discutidos de IS/ Total de IS x 100	Adecuado No adecuado	100% Menor del 100 %
6. Acciones conjuntas entre el sector salud y otros organismos	No de acciones realizadas / Total de actividades planificadas x 100	Adecuado No adecuado	70% Menor del 70%
7. Flujo de información de la notificación.	No de horas transcurridas entre notificación del caso y llegada de la tarjeta de EDO al Dpto. de Estadísticas del Área de Salud	Adecuado No adecuado	24 horas Más de 24 horas
8. Flujo de información al EBS.	No de horas transcurridas entre llegada de la tarjeta de EDO al Dpto. de Estadísticas del Área de Salud y comunicación al EBS	Adecuado No adecuado	24 horas Más de 24 horas
9. Calidad de las historias clínicas familiares	No. de historias clínicas familiares evaluadas de satisfactorias / total de historias clínicas familiares evaluadas x 100.	Adecuado No adecuado	80% Menor del 80%
10. Calidad de las historias clínicas individuales.	No. de HCl. individuales evaluadas de satisfactorias / total de historias clínicas individuales evaluadas x 100.	Adecuado No adecuado	80% Menor del 80%

Criterios de resultados	Definición del indicador	Escala de clasificación	Definición de las categorías
Tasa de intento suicida	No de casos de IS/población x 100 000 habitantes	Adecuado No adecuado	Menor de 110,1 por cada 100 000 habitantes Mayor de 110,1 por cada 100 000 habitantes
Tasa de suicidio	No de casos de suicidio/población x 100 000 habitantes	Adecuado No adecuado	Menor de 15 por cada 100 000 habitantes Mayor de 15 por cada 100 000 habitantes
Investigaciones	No de investigaciones de conducta suicida por año	Adecuado No adecuado	1 Menor de 1
Publicaciones	No de publicaciones de conducta suicida por año	Adecuado No adecuado	1 Menor de 1
Satisfacción de los usuarios	Total de encuestas a usuarios satisfechos/ total de encuestas realizadas x 100	Adecuado No adecuado	70 % Menor del 70 %

ANEXO 16

CARTA DE INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Educación comunitaria para la prevención del intento suicida. Nueva Paz, 2008-2015

II. INVESTIGADOR PRINCIPAL: MSc. Dr. Idalberto Aguilar Hernández

III. LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN: Nueva Paz, Mayabeque

IV. NOMBRE DEL PACIENTE _____

V. EXPLICACIÓN PREVIA

A usted se le está invitando a participar en una investigación médica donde inicialmente debe decidir si participa o no. Debe conocer cada uno de los siguientes aspectos que le explicaremos y están contenidos en el documento escrito que se conoce como consentimiento informado. Tiene usted toda libertad para formular las preguntas que estime necesario y al final si ha comprendido todo y desea participar, se le pedirá que firme esta forma de consentimiento y se le entregará copia firmada y fechada.

VI. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional. Las estadísticas de intentos suicidas son elevadas y sin embargo apenas se aproximan a la realidad, pues sólo se registra y se atiende uno de cada cuatro de estos eventos. Es Nueva Paz desde la década de los 90' uno de los municipios del país con más altas tasas de mortalidad y morbilidad por esta conducta.

VII. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Identificar las características sociodemográficas relacionadas con los que cometieron el intento suicida en Nueva Paz desde el año 2008 hasta el 2012 que permitan diseñar acciones de educación comunitarias.

VIII. BENEFICIOS

El estudio podrá dotar de una adecuada caracterización de los sujetos que cometen intentos suicidas y las debilidades que presenta la ejecución del programa, para diseñar acciones con abordaje comunitario intersectorial que puedan transformar la situación actual.

IX. PROCEDIMIENTOS

Si usted acepta participar en la investigación será objeto de la aplicación de tres instrumentos: una entrevista individual, un cuestionario para identificar factores de riesgo individuales y familiares que condujeron a esta conducta y la aplicación del test FF-SIL para explorar la precepción del funcionamiento familiar que usted tiene en su familia antes de la ocurrencia del acto.

X. RIESGOS ASOCIADOS: no existen

XI. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en la investigación es completamente voluntaria
- No existirá consecuencia alguna si su decisión es de no participar
- Puede retirarse del estudio en el momento que lo desee sin emitir causa de su abandono
- No tendrá gasto ni recibirá pago por su participación
- Podrá solicitar información en cualquier momento que lo considere necesario
- La información obtenida tiene carácter confidencial
- Los resultados obtenidos solo serán publicados con fines científicos

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____
he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha: _____

Testigo _____

Fecha: _____

Testigo _____

Fecha: _____

Firma del investigador _____

Fecha: _____

ANEXO 17

Cuestionario a expertos para validar el diseño de las acciones de educación comunitaria para la prevención del intento suicida en Nueva Paz

Estimado experto:

Debido a su experiencia de trabajo, sometemos a su consideración el diseño del programa de acciones comunitarias sobre el intento suicida para lo cual debe marcar con una X en la casilla que corresponda a su criterio.

Muchas gracias

Criterios	Bueno	Regular	Malo
Claridad en la formulación			
Congruencia entre objetivos y temas			
Número de sesiones adecuadas			
Temas bien seleccionados			
Pertinencia del programa de intervención			
Selección adecuada de las técnicas			

Argumente en caso de que su evaluación sea Regular o Malo en alguno de los criterios:

ANEXO 18

Diseño de los materiales de promoción, divulgación, educativos y didácticos empleados en las acciones de educación comunitaria para la prevención del intento suicida en Nueva Paz

<p>¿Como estimular el cambio de comportamiento?</p> <ul style="list-style-type: none">❑ Incrementando la presencia de información.❑ Promocionando el aprendizaje, la comprensión y las habilidades.❑ Favoreciendo la práctica del nuevo comportamiento mediante argumentos emocionales y racionales (Persuasión).❑ Propiciando en forma agradable y divertida el cambio, utilizando la estimulación emocional (Entretenimiento)	<p>La estrategia Nacional para la prevención primaria de la conducta suicida, fortalece la respuesta integrada de todos los sectores, la familia y la comunidad</p> <p>Si desea más información llame a 47544787</p> <p>Acuda a los servicios de salud de su comunidad</p> <p>Proyecto de prevención de la conducta suicida</p> 	<p>Si a la Vida</p>  <p>La prevención de la conducta suicida; respuesta integrada de la familia, el sistema de salud, otros sectores sociales y la comunidad</p>
---	--	---

 <ul style="list-style-type: none">✓ Reduzca el dolor psicológico✓ Tenga en cuenta la frustración✓ Brinde apoyo emocional✓ Reconozca los sentimientos de desesperanza✓ Preste atención a los rasgos de personalidad✓ Busque alternativas más positivas y refuércelas✓ Actúe con rapidez	<p>FACTORES PROTECTORES</p> <ul style="list-style-type: none">• alta autoestima• relaciones sociales ricas• apoyo social• relación estable de pareja• creencias religiosas o espirituales. 	<p>La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva.</p>  <p>El enfoque integrado, interdisciplinario e intersectorial de las acciones encaminadas a la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de la conducta suicida son elementos clave en la eliminación de estas como problema de salud en Cuba.</p>
--	---	--

Sí a la Vida

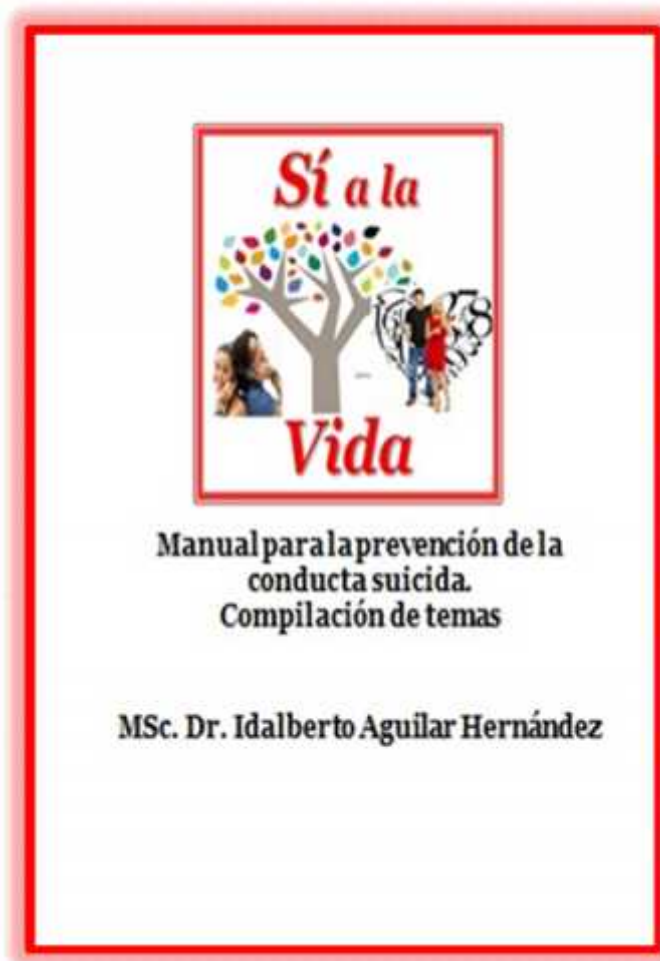
No a la muerte

Proyecto de prevención de la conducta suicida

Únete a la prevención del suicidio

Manual “Si a la Vida”

El manual contiene la compilación de temas incluidos en las acciones de educación comunitaria, por lo que constituye una guía práctica para la preparación de facilitadores y la formación de promotores de salud.



ANEXO 19

Acciones de educación comunitaria para la prevención del intento suicida en Nueva Paz

Acción N° 1. Taller ¿Quiénes somos y qué haremos?

Objetivo: promover la toma de conciencia en los miembros del grupo del papel y la responsabilidad que ocupa en la educación comunitaria para fomentar estilos de vida saludables.

Participantes: integrantes del GILS.

Fecha: enero 2013, 2do martes.

Lugar: espacio donde se realiza la reunión del GILS

Procedimiento: se utilizará la técnica de análisis “Proyectemos el Futuro” donde los participantes se dividen en equipos de tres y se les pide que reflexionen sobre cómo desde la organización que representan pueden contribuir a promover estilos de vida saludables. Luego se establece el diálogo entre los equipos sobre sus proyecciones futuras con respecto al tema y por último se elabora en conjunto un modelo de desarrollo hasta llegar al acuerdo final.

Evaluación: se recomienda la técnica de “La Temperatura Grupal” donde los participantes expresarán cómo se sienten a través de una palabra. El investigador apuntará las palabras para su posterior análisis y clasificación: (de progreso, de resistencia, de ansiedad o de elaboración).

Acción N° 2. Taller ¿Estamos preparados para prevenir el intento suicida en el adolescente?

Objetivo: desarrollar habilidades en los miembros del grupo para prevenir, identificar e intervenir los factores de riesgo del suicidio en el adolescente. Añadir elementos cognoscitivos del tema en cuestión.

Responsable: investigador y especialistas de MGI.

Participantes: integrantes del GILS, promotores de salud de educación, líderes comunitarios

Fecha: febrero 2013, 2do martes.

Lugar: espacio donde se realiza la reunión del GILS

Procedimiento: se sientan todos los participantes en círculo y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior. Se utiliza la técnica de análisis el Foro con la proyección del telefilme "Sobran las razones". Luego se propicia el debate por la totalidad de los participantes ayudados por la especialista para identificar los factores de riesgo que inducen al adolescente al suicidio. Se enfatiza en los de origen comunitario que ya se identificaron durante el diagnóstico.

Evaluación: se recomienda utilizar la técnica "El cuerpo" donde se le entrega a los participantes una figura humana para que escriba en el nivel de la cabeza tres ideas principales que le han quedado; a nivel de los ojos dos cosas que vio que le han impresionado; en los oídos, lo que oyó de participante y que no olvidará nunca, a nivel de las manos lo que quisiera hacer, a nivel del corazón algo que le causó alegría; a nivel de los pies, (el derecho) algo que pondrá en marcha en su comunidad y (el izquierdo) un error de la coordinación. Cuando todos terminan se intercambian las hojas y se leen en voz alta.

Acción Nº 3. Taller: "Mitos sobre el suicidio"

Objetivo: eliminar los mitos sobre el suicidio en la comunidad.

Responsable: investigador y maestrante de Desarrollo Comunitario.

Participantes: integrantes del GILS, individuos de riesgo y promotores de salud

Fecha: marzo 2013, 2do martes.

Lugar: espacio donde se realiza la reunión del GILS

Procedimiento: se sientan todos los participantes en círculo y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior. Se divide el grupo en equipos y se les entrega un papelógrafo para que expongan sus ideas sobre el suicidio. Luego se debaten en voz alta y posteriormente se presentan precisiones sobre el tema a través de diapositivas en power point por el investigador. Se propicia nuevamente el debate sobre los mitos y creencias que existen sobre el suicidio a nivel social.

Evaluación: se selecciona la técnica del sombrero sin cabeza. Se va pasando un sombrero con preguntas de evaluación sujetadas con alfileres, el participante que se coloque el sombrero despega un papelito y van respondiendo a las preguntas respecto a lo que han aprendido, cómo fue la coordinación, qué fue lo negativo y qué sugerencias puede dar.

Acción N° 4. Taller: “Mi familia y yo”

Objetivo: valorar el papel de la familia como factor de riesgo de la incidencia de intentos suicidas.

Responsable: investigador, especialistas de MGI.

Participantes: integrantes del GILS, delegados y otras personas invitadas con disposición de participar.

Fecha: abril-mayo 2013.

Lugar: salón de reuniones del PCC

Procedimiento: se realizará en forma de barrio-debate. Puede coordinarse con la FMC y CDR la convocatoria en los barrios. Se puede utilizar la técnica de reflexión “Descripción de un día común” que se efectúa entregando una hoja de papel y un lápiz a cada uno de los participantes y se les pedirá que relaten un día común de su hogar, donde destaquen las virtudes y los defectos de sus miembros. Luego se leerán en voz alta las opiniones y se debatirán en grupo las problemática de cada hogar. Con la ayuda de la especialista se motivará la reflexión para identificar posibles factores de riesgo en las familias.

Evaluación: para terminar la sesión se aplica la técnica “Lluvia de ideas” con la que se le pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro, puede ser una idea o un sentimiento

Acción N° 5. Taller “Diez cosas que los padres pueden hacer para prevenir el suicidio”

Objetivo: favorecer la comunicación de padres e hijos adolescentes.

Responsable: investigador y maestrante de Desarrollo Comunitario.

Participantes: miembros del GILS, profesores de enseñanza media y padres de adolescentes y jóvenes.

Fecha: junio-julio de 2013, 2do y tercer jueves.

Lugar: círculo social de la CPA “26 de julio”.

Procedimiento: se recomienda la técnica de análisis “Temores y esperanzas” que es muy útil para que afloren sentimientos y esperanzas de la gente sobre el tema. Se les pide a los participantes que escriban individualmente y sin un orden específico sus temores y esperanzas con relación a que un hijo o familiar adolescente atente contra su vida. Luego se pide escoger los dos más fuertes y exponerlos al plenario, mientras un coordinador anota en un papelógrafo tratando de sintetizar. Se escogerán por votación los cuatro o cinco temores más importantes y se propicia el análisis grupal. Luego se aportarán elementos cognoscitivos de la etapa de adolescencia y se entregará un material impreso para su análisis y debate.

Evaluación: se recomienda pedir a los participantes que expresen sus opiniones sobre el taller para lo cual se dibujan tres círculos en el suelo que representan ¿cómo llegué?, ¿qué aprendí y cómo me sentí? y ¿cómo me voy?

Acción N° 6. Actividad participativa comunitaria “Más conocimiento, más esperanza”

Objetivo: socializar conocimientos sobre el tema y el significado de la fecha.

Responsable: investigador y especialistas de MGI.

Participantes: miembros del GILS, invitados y población en general.

Fecha: 10 de septiembre 2013.

Lugar: parque de la comunidad.

Procedimiento: será elaborada una tendedera con materiales informativos en conmemoración al Día Mundial de Prevención del Suicidio. Se confeccionarán propagandas referidas a la fecha y se distribuirán al público que se presente.

Evaluación: se utilizará la técnica “La liga del Saber” simulando un concurso televisivo con preguntas y respuestas en tarjetas que el público escoja.

Acción Nº 7. Creación del círculo de interés “Soy el mejor amigo de la vida”

Objetivo: promover en los adolescentes estilos de vida saludables y fortalecer los recursos psicológicos.

Responsable: investigador, representante del MINED en el GLIS y profesores.

Participantes: profesores de enseñanza media y adolescentes

Fecha: creación del círculo en marzo, deberá sesionar una vez al mes durante los meses de docencia.

Lugar: aulas de secundaria y preuniversitario.

Procedimiento: se analizarán diversas situaciones tales como las que se proponen a continuación a través de dramatizaciones por estudiantes y profesores para posteriormente propiciar el debate entre los participantes.

Los integrantes del círculo de interés pueden dramatizar las situaciones en los matutinos de sus centros educacionales para lograr mayor participación.

Situación 1. ¿Qué puedo hacer cuando la tristeza me dura mucho tiempo?

Juan Carlos: ¿Qué te pasa? Te noto callado, sin ánimo. Te he estado hablando para invitarte a salir, pero no has querido.

Eddy: No me siento bien, no me dan ganas de hacer nada, no me da hambre... quisiera quedarme en mi casa dormido, encerrado...De veras que quisiera recuperarme y salir un rato, pero no tengo fuerzas... Las cosas que me gustaban ya ni siquiera me interesan.

Juan Carlos: Llevas casi un mes así decaído, la verdad, ya me estoy preocupando.

Eddy: Pero cualquier persona puede tener malos ratos.

Juan Carlos: Claro, es parte de lo normal de la vida; a veces vivimos alguna situación difícil, se nos muere alguien que queremos, salimos mal en las pruebas o nos va mal con alguna pareja. El problema es cuando el desánimo dura demasiado tiempo. Necesitamos aprender a salir de la tristeza y a recuperarnos, y si no podemos solos necesitamos pedir ayuda profesional, como la de un psiquiatra o psicólogo. Si quieres te consigo los datos de alguien que conozco. Vamos a hablarle, yo te acompaño.

Eddy: ¿De verdad me ves tan mal?

Juan Carlos: ¿Para qué esperar más tiempo? No quiero que te vayas hundiendo poco a poco, sino que te recuperes lo antes posible.

Eddy: Tienes razón.

Situación 2. Ideas para alejar la tristeza

Saray: Oye, ¡qué bien te ves! Ya regresó la sonrisa a tu cara, ya volviste con tus bromas... ¿Cómo lo hiciste?

Mayra: Simplemente le puse un alto a la tristeza. Me había aislado demasiado, así que tomé el móvil, empecé a llamar a mis amigas y amigos, y poco a poco he estado saliendo, aún y cuando —te confieso— que no me daban ganas, pero veía que me hacía bien hacerlo.

Saray: Te entiendo, no sabía que te sentías tan mal. Yo tuve una época así, y a mí lo que me ayudó fue hacer deporte.

Mayra: Otra cosa que me ha servido es poner mi música favorita, claro, sólo la que me recuerda momentos alegres.

Saray: Cuando siento que la tristeza quiere otra vez aparecer, trato de entender por qué, pero ya no permito que crezca, la detengo.

Mayra: Pero eso es súper difícil.

Saray: Sí, antes no podía, pero ahora sí. Como que me quedaba encasillada en los recuerdos tristes o desagradables, ahora lo que recuerdo es cómo superé los malos ratos, las cosas buenas que tengo alrededor, la gente que me quiere.

Mayra: Sabes, también quiero hacer algo por mí para estar mejor.

Situación 3. Haciendo encuestas en la escuela.

Alejandro: (con actitud de que está haciendo un trabajo escolar como reportero).

Pues bien, ahora vamos a conversar sobre la familia.

(Se acerca a un grupo de estudiantes) ¿A quién de ustedes le gustaría saber cómo se resuelven los problemas en su casa?

Brenda: (negando con la cabeza) En mi casa casi todo el tiempo nos estamos peleando.

Reinier: En la mía ocurre lo contrario siempre estamos callados (susurrando).

Thalía: Nosotros nos reunimos en la sala a conversar, cada quien tiene su turno para hablar y dar su punto de vista.

Héctor: Mi mamá organiza una junta, nos hace cita y todo, y ahí nos cuenta lo que está pasando.

Jenny: Mis papás conversan solos y se ponen de acuerdo, luego nos dicen lo que decidieron y nos preguntan nuestra opinión, y ya después tomamos una decisión todos juntos.

Lisandra: En mi casa es menos formal, después de comer nos quedamos hablando, de todo, a veces de lo que pasó en el día, de las novelas, de lo que sentimos, de lo que nos preocupa, de cómo solucionar los problemas que tenemos... y ahí es cuando damos nuestra opinión y los vamos arreglando.

Alejandro: (hablando consigo mismo y pretendiendo que es reportero de televisión)

Cada familia tiene su propio estilo de hacer las cosas... Sí pero hay de estilos a estilos ¿A ti (dirigiéndose a los jóvenes detrás de la cámara) cómo te gustaría que se resolvieran los problemas en tu familia...? A los padres les tocan ciertas cosas, pero a los hijos también ¿qué te toca hacer a ti para comunicarte mejor con tu familia?

Evaluación: se aplicará la técnica del PNI (positivo, negativo e interesante) en cada sesión.

Acción N° 8. Concurso: “Le quiero decir a mi comunidad...”

Objetivo: estimular el sentido de pertenencia a la comunidad a partir de la identificación crítica de los problemas que la afectan.

Responsable: investigador, profesores, representante de cultura y miembros del GILS

Participantes: todos los interesados.

Fecha: noviembre 2013 (Convocatoria) y diciembre 2013 (Resultados).

Lugar: aulas de secundaria y preuniversitario

Procedimiento: la convocatoria se llevará a cabo en las escuelas, sin límites de edad. Se concursará en las manifestaciones de pintura, composición y poesía. Se seleccionará un ganador por cada modalidad y se darán a conocer durante la Jornada del Educador.

Evaluación: se evaluará el desarrollo del concurso confeccionando un árbol en el que los interesados insertarán hojas con alfileres que reflejen las opiniones al respecto.

Acción Nº 9. Programa de curso de postgrado “Curso básico de conducta suicida”

FUNDAMENTACIÓN

La conducta suicida constituye uno de los principales problemas en el cuadro de salud de Nueva Paz. Esta problemática ha sido objeto de una línea de investigación en el proceso de formación doctoral de un profesional que ha caracterizado este daño a la salud en el territorio neopacino desde el año 1994. Durante el 2011 se realizó la evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la conducta Suicida en Nueva Paz y concluyó como inadecuada la evaluación referenciada científicamente.

Constituye una necesidad de aprendizaje identificada esta temática en médicos y enfermeras de la familia, así como en trabajadores del Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM).

Es por ello que se ha concebido un curso básico en conducta suicida, que le permita a todos los cursistas tener un amplio panorama en la atención integral de individuos, las familias y la comunidad sobre este daño a la salud.

OBJETIVO GENERAL

Adquirir conocimientos y habilidades para los procesos de dispensarización individual, familiar y comunitaria de la conducta suicida, que correspondan en la conducción y ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz, con un enfoque pertinente y contextualizado, a partir de las situaciones y problemas en sus contextos de actuación.

PLAN TEMÁTICO

TEMAS Y DISTRIBUCIÓN DEL FONDO DE TIEMPO

Tema	Título	Tiempo en Horas						Total de Créditos
		TOTAL	AO	EI	TE	DG	E	
1	Conducta suicida: Antecedentes, epidemiología y evaluación del intento suicida.	10	4	2	2	2	-	
2	Dispensarización individual y familiar de la conducta suicida.	10	4	2	2	2	-	

3	Abordaje de la conducta suicida con enfoque comunitario.	18	8	6	2	2	-	
4	Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida.	14	4	4	2	4	-	
	Evaluación final	2	-	-	-	-	2	
	TOTAL	54	20	14	8	10	2	1

LEYENDA: AO= Actividad Orientadora EI = Estudio Independiente

TE = Trabajo en Equipo DG = Discusiones Grupales

ESTRATEGIA DOCENTE

La lógica interna del curso está prevista para que los profesionales y técnicos a los cuales va dirigido desarrollen habilidades y consoliden los conocimientos, motivaciones y actitudes con relación al carácter integral de la atención al individuo, familias y la comunidad sobre la conducta suicida.

La estrategia docente tiene como referente metodológico esencial al modelo de la actividad, que presupone al estudiante como sujeto y objeto de su aprendizaje mediante la realización de tareas (actividad de aprendizaje) que permiten que se eleve la calidad del aprendizaje cuando la tarea está relacionada con la propia vida profesional o situaciones que la modelen, lo que está en función de la participación del que aprende en la construcción de los saberes teóricos y prácticos a lograr. Por esa razón el proceso docente del curso se sustenta en la realización de un conjunto de tareas docentes de forma colectiva en equipos que no excedan de cinco miembros y luego de manera individual, para garantizar el logro de las habilidades expresadas como núcleo de los objetivos planteados.

El curso se impartirá durante 10 semanas consecutivas a razón de cuatro horas presenciales semanales los sábados dirigidos a médicos y enfermeras de la familia y trabajadores del CCSM con una matrícula máxima de 30 cursistas. Se necesita por el número de personas a capacitar replicar en un segundo momento.

La secuencia de actividades para cada unidad temática es la siguiente:

- Actividad orientadora para presentar los contenidos fundamentales, orientar la literatura básica y complementaria y asignar las tareas individuales y colectivas.
- Trabajo independiente individual para la realización de tareas preparatorias del trabajo en equipos.
- Trabajo en equipos para la realización de las tareas de forma independiente bajo supervisión del profesor.
- Discusiones grupales para la presentación de las tareas y profundización de los contenidos del tema.

Para el desarrollo de las actividades programadas en el curso se requiere que este proceso sea dirigido y controlado por profesores que cumplan la condición de ser egresados de una especialidad médica afín al contenido temático del programa propuesto.

Para su realización cuentan con:

- Presentaciones en power point para mostrar los contenidos en las Actividades de Orientación.
- Sistema de tareas para ser realizadas de manera colectiva, las cuales suponen la solución de situaciones docentes relacionadas con los contenidos temáticos.
- Lecturas seleccionadas como literatura básica en la que los cursantes y profesores deben profundizar.

EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE

La evaluación del curso se basará en:

- La asistencia que no debe ser menor a 32 horas de las 40 que dura el curso y la participación individual en las actividades docentes.
- Realización de las tareas y entrega de los informes individuales y grupales previstos.
- Realización de un examen final teórico escrito.

OBJETIVOS Y CONTENIDOS TEMÁTICOS

TEMA # 1 - Conducta suicida: antecedentes, epidemiología y evaluación del Intento Suicida.

Objetivos: Actualizar los conocimientos relacionados con las generalidades de la conducta suicida, la epidemiología y la evaluación del intento suicida utilizando literatura actualizada.

Contenidos:

Apuntes históricos de la conducta suicida. Epidemiología de la conducta suicida. Evaluación del intento suicida.

Orientación metodológica:

Para dar cumplimiento a los objetivos de este tema los profesores deben enfatizar en la orientación de los aspectos que tienen que ver con el desarrollo histórico de la conducta suicida y sus etapas, las tendencias epidemiológicas actuales y la metodología evaluativa del intento suicida, los que se reflejan en la presentación del tema que aparece en el PP.

A continuación, se orienta la bibliografía para el estudio independiente del tema y de las tareas a desarrollar por los estudiantes para garantizar el logro del objetivo del tema, esta última deberá realizarse en equipos de trabajo de no más de cinco alumnos con vistas a garantizar el logro del objetivo. Se deben utilizar las dos horas establecidas para la preparación de los alumnos en equipo y dos horas para

la presentación y discusión. Después de las presentaciones, en el propio tiempo de discusión se propiciará el análisis crítico, mediante oponentes ó a discusión abierta, finalmente se realizará la evaluación entre los equipos (co-evaluación formativa). La evaluación final del tema se realizará teniendo en cuenta la calidad de las presentaciones por equipo y la participación individual en las discusiones.

Tarea 1

Objetivo. Demostrar las tendencias actuales de la epidemiología y evaluación de la conducta suicida a través de las investigaciones publicadas en literatura nacional e internacional.

Estrategia. Divida el grupo en equipos de trabajo que no excedan de cinco alumnos para que analicen la situación durante dos horas, los resultados se presentarán en la discusión grupal durante de dos horas también, se debe propiciar la participación de los alumnos y la evaluación cruzada entre equipos.

Tarea a realizar:

Teniendo en cuenta las tendencias epidemiológicas actuales de la conducta suicida diga:

- Como es el comportamiento epidemiológico nacional e internacional de la conducta suicida en general y del intento suicida en lo particular.

Bibliografía Básica:

1. OMS. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Día Mundial para la Prevención del Suicidio - 10 de septiembre. Centro de Prensa. [Internet]. 2004 Sept 8 [citado 10 Oct 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
2. Sakinofsky I. Intropuritireness and suicidio and epidemiological and clinical study. Br J Psychiatry 1998;(153):801-4.
3. Brimblicombe N. Supporting dients, with suicidad impulses in the community. Nurs times 1998 Mar 11-17;94(10):49-51.
4. Btrimental SJ. Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clin Med Norteam 1988;(4):999-1037.
5. Lester D. Judging The sex and age of suicide note writers. Percept MotSkills 1998 Jun; 86 (3pt2): 1218.
6. Mzelewz S, Jonsson K, Aberg M. A prospective study on the epidemiology of burns in patients admitted to the Harare burn units. Burns. 1999 Sep; 25 (6):499-504.
7. Pochard F, Robins M, Fassel AI. Suicidal action and sacrificial violence systemic and anthropological hypothesis. Encephale. 1999 Jul- Aug;25(4):296-303.

8. Juárez Aragón G, Castañón González JA, Pérez Morales AJ. Clinical and epidemiology characteristics of severe poisoning in an adult population admitted to an intensive care unit. *GacMedMex (México)*. 1999 Nov-Dic;135(6):669-75.
9. Riera C, Alonso O, Madrid E. La conducta suicida y su prevención. La Habana: Ciencias Médicas; 1995.
10. Guibert Reyes W. La promoción de salud ante el suicidio. *Rev Cubana Med Gen Integr*[Internet]. 2002 [citado 1 Feb 2010];18(1):33-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr*[Internet]. 1999 [citado 10 Feb 2010];15(2):196-217. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251999000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Shaffer D. La prevención del suicidio en la adolescencia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27(6):657-87.
13. Aguilar Hernández I, Barreto García ME. Conducta suicida. *Revista de Ciencias Médicas La Habana* [Internet]. 2006 [citado 8 Feb 2010];12(2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol12_2_06/hab02204.htm
14. Vega Chacón R. Modelo para la preparación de los docentes, hacia la prevención escolar de la conducta suicida. *Psicología Online* [Internet]. 2011 [citado 8 Abr 2012]. Disponible en: www.psicologia-online.com/articulos/2011/02/prevencion-escolar-de-la-conducta-suicida.shtml
15. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices hacia el año 2000. La Habana: MINSAP; 1992.
16. Horwitz D, Ravizza L. Suicide and depression. *Emerg Med Clin North Am*. 2000;18(2):263-71.

TEMA # 2 - Dispensarización individual y familiar de la conducta suicida.

Objetivos. Dotar de herramientas para la adquisición de conocimientos y habilidades para la adecuada dispensarización individual y familiar de la conducta suicida utilizando realizando con calidad los procesos en las HCL individuales y familiares.

Contenidos:

Dispensarización individual y familiar: Concepto, metodología, clasificación y frecuencia mínima de evaluación.

Orientación metodológica:

Para dar cumplimiento a los objetivos de este tema los profesores deben enfatizar en los aspectos que aparecen en la presentación en power point del tema y en los documentos y bibliografía que se muestra ambos que se incluyen para el desarrollo de este curso.

Se enfatizará en la dispensarización de individuos y familias de riesgo de esta conducta y su seguimiento según lo establecido por el programa nacional.

Tarea 2

Objetivo. Aplicar los fundamentos científicos y metodológicos de la dispensarización individual y familiar aplicando el correcto llenado de las HCL individuales y familiares.

Estrategia. Se constituirán equipos de discusión con no más de cinco integrantes cada uno, se trata que los miembros de cada equipo pertenezcan a dos EBS o del CCSM. Cada equipo dispondrá para el análisis y la preparación de la tarea dos horas lectivas durante el encuentro (trabajo en equipo), aunque adicionalmente cada cursante debió dedicarle el tiempo de trabajo independiente para su preparación individual antes del encuentro. La presentación de los resultados finales se realizará durante la actividad de discusión grupal con una duración de dos horas, en la que cada equipo debe presentar sus resultados durante un tiempo de 10 minutos.

Tarea a realizar:

- Identificar dos familias dispensarizadas como riesgo de conducta suicida por cada equipo de forma real desde los EBS y otros trabajadores del CCSM donde laboran los cursistas.
- Evaluar la dispensarización efectuada de individuos de riesgo y la familia.
- Presentar informe escrito de los resultados del proceso de dispensarización efectuado.

Bibliografía Básica:

1. Colectivo de autores. Carpeta Metodológica de Atención Primaria y Medicina Familiar. MINSAP.
2. Alvares Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Volumen I. Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2008.
3. MINSAP. Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida. Cuba, 1989.

TEMA # 3 – Abordaje de la conducta suicida con enfoque comunitario.

Objetivos:

Aplicar la concepción sistémica de atención integral, a individuos, la familia y la sociedad, de la conducta suicida con enfoque comunitario.

Contenidos:

Manejo integral del individuo y la familia con conducta suicida. Intersectorialidad y suicidio. Intervenciones comunitarias.

Orientación metodológica:

Para dar cumplimiento a los objetivos de este tema los profesores deben enfatizar en las conferencias orientadoras, los aspectos esenciales relacionados con la

fundamentación teórica de la concepción sistémica de atención integral, a individuos, la familia y la sociedad, de la conducta suicida con enfoque comunitario.

En la primera conferencia se abordará el manejo del individuo y la familia con enfoque integral como urgencia psiquiátrica y en la segunda actividad orientadora se trabajará las temáticas de intersectorialidad y modelos comunitarios de intervención sobre este daño a la salud.

Luego de culminada cada conferencia se deben orientar las lecturas para el estudio independiente y las tareas grupales que se señalan a continuación, se debe dar el tiempo asignado a los alumnos para realizar las mismas, así como para la presentación de las tareas en equipo, durante la discusión grupal. En este último tiempo además de la presentación se debe propiciar la discusión de los temas, la autoevaluación y co-evaluación entre equipos, la aclaración de dudas y la profundización en general de los problemas docentes y sus posibles soluciones.

Tarea 3

Objetivo. Aplicar la concepción integral de atención al individuo y las familias con conducta suicida desde el enfoque comunitario.

Estrategia. Divida el grupo en equipos de trabajo que no excedan de cinco alumnos para que analicen la situación durante dos horas, durante la discusión grupal de dos horas también, se discuten los análisis de cada colectivo en plenario, se debe propiciar la participación de los alumnos y la evaluación cruzada entre equipos.

Tarea a realizar:

Se entregará a cada equipo una situación problémica de una familia simulada de la cual deberán realizar las siguientes actividades:

- Identificar y evaluar el individuo dispensarizado como riesgo de conducta suicida. Argumentar su criterio evaluativo.
- Proponer las acciones a realizar con el individuo y la familia.

Bibliografía Básica:

1. Álvarez Álvarez G. Temas de Guardia Médica. Editorial de Ciencias Médicas, La Habana, 2008. p 214-17.
2. Ruiz Hernández JR. Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana: una propuesta de periodicidad. Cuad Hist Salud Pública [Internet]. 2006 [citado 7May2013];9. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_99/his1599.htm
3. Castell-FloritSerrate P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Jun[citado 3 Dic 2013];33(2). Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arttex&pid=S0864-34662007000200009&Ing=es
4. Rojas Ochoa F. La atención primaria de salud en cuba, 1959-1984. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2005 [citado 13 Abr 2013];31(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/spu12205.htm
 5. Presno Labrador C. El médico de familia en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2006 [citado 19 Dic 2013];22(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi15106.htm
 6. Castanedo Rojas I, Ochoa Soto R, Terry González S. Municipios por la salud. En: Ochoa Sotos R, editor. Promoción de salud. La Habana: CNPES; 1997. p. 30-7.
 7. Castell-FloritSerrate P. Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
 8. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Rodríguez Salvia A, Bonet Gorbeal M. Voluntad política y acción intersectorial: premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana HigEpidemiol[Internet]. 2007 [citado 19 Dic 2013];45(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php/hie/v45n3/hie07307.pdf>
 9. Barrero Pérez SA. La prevención del suicidio y los maestros [Internet]. [citado 9 Nov 2013]. Disponible en: www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=1136434k/16/4/2008
 10. Barrero Pérez SA. ¿Cómo evitar el suicido en adolescentes? Revista Futuros [Internet]. 2006 [citado 19 Dic 2013];9(3). Disponible en: http://www.revistafuturos.info/futuros14/suicidio_adoles1.htm
 11. Barrero Pérez SA. El suicidio, comportamiento y prevención[Internet]. [citado 22 Ago 2008]. Disponible en: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0C CoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fmazinger.sisib.uchile.cl%2Frepositorio%2Fpa%2Fcursos_de_formacion_general%2Fp200387162elsuicidio.comportamientoyprevencion.word.doc&ei=96P5UZfqBliAhAf9jIHACA&usg=AFQjCNFclxYCeocrps6Yk_9FREipTNxgeA&sig2=SSA-JKXjRa5ffB1QBZgzxQ
 12. Gutiérrez García A, Contrera SC, Orosco R. El suicidio, conceptos actuales. Salud Mental [Internet]. 2006 [citado 14May2008];29(5):66-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>
 13. Arvon H. La autogestión. México: Fondo de Cultura Económica; 1982.
 14. Lapassade G. Autogestión Pedagógica: Un sistema en el cual los educandos deciden en qué consiste su formación y la dirigen. Barcelona: GEDISA; 1986.

15. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. [I Cumbre]. "Comprometidos con la salud de la población", Sevilla, España; 14-17 May 2002.
16. Martínez Calvo S. Las desigualdades e inequidades en el análisis de la situación de salud. La Habana: ENSAP; 2002.
17. ENSAP. Quinta conferencia mundial de promoción de la salud hacia una mayor equidad: estrategias para la elaboración de los planes nacionales de acción en promoción de la salud. México: ENSAP; 2000.
18. OPS/OMS. Los proyectos locales de promoción de la salud: nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública [Internet]. Washington: OPS; 1995 [citado 14 May 2008]; 19 (Serie Desarrollo). Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Ra5L_8OtVGcJ:www.paho.org/cub/index.php%3Fgid%3D63%26option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download+%&cd=1&hl=es&ct=clnk.
19. Louro Bernal I. Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad: experiencia en la atención primaria de salud. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1993.
20. Rivocobay MT. La comunidad: aspectos conceptuales: el trabajo comunitario: alternativa cubana para el desarrollo social. La Habana: Pueblo y Educación; 2000.
21. Díaz Cantillo C. La prevención educativa en los adolescentes. [Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas]. Holguín: ISP "José de la Luz y Caballero"; 2001.
22. Gutiérrez Raina DE. Estrategia interventiva para el afrontamiento efectivo a las adicciones en estudiantes de la enseñanza general básica III, Crespo, Entre Ríos, Argentina, 2006-2007 [Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Salud.]. ENSAP, Ciudad de la Habana; 2008.
23. Castellanos Noda AV. Aprendizaje grupal: reflexiones en torno a una experiencia. Rev Cubana Educación Superior [Internet]. 1997 [citado 14 May 2008]; 17 (3). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=174158>
24. Carrillo E. Prospectiva para una formación docente y profesional integrada a la comunidad. Evento Internacional Pedagogía. Palacio de las Convenciones, Cuba. La Habana; 4-8 febrero, 2003.
25. Reyes Álvarez I, Sanabria Ramos G, Medina Londres Z, Báez Dueñas RM. Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 1996 [citado 4 Sep. 2009]; 22 ene-jun(1). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434661996000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

26. Declaración de Alma Atá. La estrategia de atención primaria en salud. Ginebra, Suiza: WHO, UNICEF; 1978
27. Grupo Alternativa de Perú. Formas de participación social comunitaria. Síntesis de publicación electrónica [Internet]. [citado 4 Sep 2009]. Disponible en: <http://www.alter.org.pe>.
28. OMS. Glosario de términos de promoción de la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [citado 4 Sep 2009]. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
29. Llena A, Ucar X. Acción comunitaria: miradas y diálogos interdisciplinarios e interprofesionales. En: Ucar X, Llena A, editores. Miradas y diálogos en torno a la acción comunitaria. Barcelona: GRAO; 2006.p.11-55.
30. Zambrano A. Criterios de intervención en estrategias de empoderamiento comunitario: la perspectiva de profesionales y expertos de la intervención comunitaria en Chile y España. [Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología Social]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2007.
31. Lapalma A. El escenario de la intervención comunitaria. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2001;10(2): 61-70.
32. Montero M. Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Santiago del Estero, Argentina: Paidós; 2005.
33. Le Bossé Y, Dufort F. El empoderamiento de las personas y comunidades: otra forma de intervenir. En: Dufort F, Guay J, editores. Agir au coeur des communautés: la psychologie communautaire et le changement social. Laval, Canadá: Les Presses de l'Université Laval; 2002. p. 75-115.
34. Martínez V. El enfoque comunitario: el desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales [Tesis en opción al grado de Master en Psicología Comunitaria]. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2006.
35. Pérez Luco R. Enfoque psicosocial ecológico: psicología comunitaria en La Frontera. En: Rehbein L, editor. Aportes y desafíos desde la práctica psicológica. Santiago de Chile: RIL.; 2003. p. 371-400.
36. Paula V de. Estrategias de empowerment en trabajo social. Buenos Aires: Lumen Humanitas; 2003.
37. Durston J, Duhart D, Miranda F, Monzó E. Comunidades campesinas, agencias públicas y clientelismos políticos en Chile. Santiago de Chile: LOM; 2005.
38. Silva C, Martínez ML. Empoderamiento: proceso, nivel y contexto. Psykhe. 2004;13(2): 29-39.

39. Matón KI. Empowering community settings: Agents of individual development, community betterment, and positive social change. *Amer J Community Psychol* 2008; 41:4-21.
40. Zambrano A, Le Blanc L. Evaluación de necesidades y recursos para la implementación de una estrategia de formación y acompañamiento de líderes interesados en la prevención comunitaria de la drogodependencia. 2nd International Conference on Community Psychology, Lisboa: Conference on Community Psychology; 11-5-2008.
41. Zambrano A, Bustamante G, García M. Trayectorias organizacionales y empoderamiento comunitario: un análisis de interfaz en dos localidades de la Región de la Araucanía. *Psyche* [Internet]. 2009 nov [citado 25 Jun 2013]; 18(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071822282009000200005&lng=es&nrm=iso
42. Borroto R. La microplanificación: método y guía de planificación local con participación comunitaria. Ciudad de La Habana: Impresora Movimiento Cubano por la Paz; 1998.
43. Betancourt Pulsán, A. Intervención comunitaria para la prevención del alcoholismo en jóvenes guantanameros [Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Salud]. Ciudad de La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010.

TEMA # 4– Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida.

Objetivo. Actualizar los conocimientos sobre el Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida para su adecuada conducción y ejecución.

Contenidos. Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida: Objetivos, estrategia, organización y funciones por niveles. Principales acciones. Evaluación y control.

Orientación metodológica:

Para dar cumplimiento al objetivo de este tema los profesores deben enfatizar en la conferencia orientadora, los aspectos esenciales relacionados con el contenido que se ofrece en el Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida

Luego de culminada la conferencia se deben orientar la tarea grupal que se señala a continuación, se debe dar el tiempo asignado a los alumnos para realizar las mismas, así como para la presentación de las tareas en equipo. En este último tiempo además de la presentación se debe propiciar la discusión de los temas, la autoevaluación y co-evaluación de los alumnos o equipos.

Tarea 4

Objetivo. Profundizar en el contenido teórico y los elementos prácticos de la evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida en Nueva Paz.

Estrategia. Divida el grupo en equipos de trabajo que no excedan de cinco alumnos para realizar las tareas asignadas durante dos horas, las otras dos horas de discusión grupal se utilizarán para discutir los resultados del trabajo en equipo y evaluar a los estudiantes.

Tareas a realizar:

- Cada equipo de trabajo presentará un informe escrito de la discusión de caso de un individuo con intento suicida. La discusión concluye con la propuesta de acciones a realizar en cada caso.

Bibliografía Básica.

MINSAP. Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida Cuba, 2000

Acción N° 10. Programa educativo de preparación de agentes comunitarios de salud mental

Objetivo general: brindar los conocimientos y habilidades necesarias a los líderes comunitarios para que, a través del desarrollo de capacidades, valores, actitudes y estilos de afrontamiento, tomen un nivel de participación en la prevención del intento suicida en Nueva Paz.

Sesión #1

Título: ¿Quiénes somos y qué haremos?

Objetivos:

- Realizar la presentación del equipo y de los miembros del grupo creando un ambiente de confianza.
- Explicar a los participantes el proceso de intervención que se llevará a cabo y la metodología a seguir.
- Propiciar la motivación del grupo hacia la intervención.

Técnicas a utilizar:

- Técnica: “Tarjetas de refranes”.
- Técnica de animación: “Contar al revés”.
- Técnica de cierre: “Lluvia de ideas”.

Materiales: tarjetas con refranes incompletos, lápices.

Lugar: aula.

Tiempo: 1 hora

Procedimientos:

Se inicia la sesión con la presentación de los coordinadores dando datos personales como su nombre, profesión, ocupación y dando una explicación del proceso a realizar.

Se explica la importancia de los conocimientos sobre los factores de riesgo de intento suicida y las ventajas que podría proporcionarles esta intervención, el horario en que se llevarían a cabo las sesiones, la cantidad de sesiones y la duración de las mismas.

Los participantes se presentarán mediante la técnica: “Tarjetas de refranes”. Se realiza repartiendo tarjetas con los refranes incompletos entre los miembros del grupo. Luego deben formar dúos encontrando a la persona que tiene la otra mitad de la frase. Se les brindan varios minutos para que expliquen a su pareja algunas características suyas y estas características serán expuestas por la pareja.

La técnica de animación: “Contar al revés” se realiza en 15 ó 20 minutos con el objetivo de elevar la motivación y el dinamismo a la actividad. Se comienza pidiéndole a los participantes que hagan un círculo y que cuenten del 1 al 50, pero no deben decir el número 5 ni ningún múltiplo de este. En su lugar deben aplaudir y cuando alguien lo haga debe contar al revés. Si algún participante dice 5 o algún múltiplo se comenzará a contar nuevamente.

Para terminar la sesión se aplica la técnica “Lluvia de ideas” en la que se le pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro puede ser una idea o un sentimiento.

Sesión #2

Título: “Aprender informándonos”

Objetivos:

- Añadir elementos cognoscitivos del tema en cuestión.
- Concientizar en los participantes los factores de riesgo que influyen en que las personas intenten contra sus vidas.
- Valorar el grado de interés y participación en relación con la actividad.

Técnicas a utilizar:

- Charla educativa realizada por una psicóloga.
- Técnica de animación: “Quietos”.
- Técnica de cierre: PNI.

Materiales: Pizarra, tiza, hojas de papel y lápices.

Lugar: aula.

Tiempo: 1 hora

Procedimiento:

Se realiza la charla educativa con la participación de una psicóloga que brindará información acerca de los factores de riesgo que influyen en el intento suicida dando una información detallada como se presenta este fenómeno desde el nivel internacional, así como en el país y en el municipio.

En plena charla se realiza la técnica de animación “Quietos”; para valorar el grado de interés y participación en relación con la actividad que se realiza y concienciar en el grupo lo que sucede. El coordinador sorpresivamente dice ¡quietos! y pide que escriban en un papel ¿qué desea hacer en esos momentos? Se recogen y se reparten los papeles al azar y cada participante lee el que le correspondió.

Finalmente, cada miembro expone sus vivencias.

Para terminar la sesión se divide la pizarra en tres partes y se escribe positivo, negativo e interesante y los participantes deben decir una palabra o frase que defina el encuentro.

Sesión #3

Título: ¿Cómo me veo por dentro?

Objetivos:

- Identificar la imagen que tienen los participantes de su estado de salud.

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.

Técnica de reflexión: ¿Qué hacer para no enfermarse?

Técnica de cierre: "Lluvia de ideas".

Materiales: pizarra, tizas.

Tiempo: 55 minutos.

Lugar: aula.

Procedimiento:

Se comienza con la ronda inicial. Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Después se realiza la técnica de reflexión ¿Qué hacer para no enfermarse? con el objetivo de identificar la imagen que tienen los participantes de su estado de salud y ampliar los conocimientos que tienen de cómo cuidar su salud partiendo de los propios criterios individuales y colectivos. Se comienza abordando el tema del intento suicida, el suicidio en los individuos y la repercusión que puede tener en sus vidas. Se piden criterios para los cuales se les dará un tiempo para que piensen en qué hacer para no incurrir con esta conducta, escribiendo los criterios en la pizarra.

Se les pide que reflexionen acerca de los criterios semejantes para agruparlos y llegar al criterio general del grupo.

Para terminar la sesión se aplica la técnica "Lluvia de ideas" en la que se le pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro, puede ser una idea o un sentimiento.

Sesión #4

Título: ¿Soy feliz?

Objetivos:

- Propiciar un estado emocional satisfactorio en el grupo.
- Estimular la autoconfianza con la vida y la salud

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.
- Técnica de animación: "Tres verdades y una mentira".
- Técnica de reflexión: "Las frases estimulantes".
- Técnica de Cierre: PNI.

Tiempo: 45 minutos.

Lugar: aula.

Materiales: pizarra, tirillas de papel y lápices.

Procedimiento:

Se comienza con la ronda inicial. Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente, se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Se continúa con la técnica de animación “Tres verdades y una mentira” para motivar la participación. Se les explica que deben escribir sus nombres en el papel y tres cosas que sean verdaderas y una falsa relacionada con los factores de riesgo y el suicidio en general. Luego se unirán en parejas e intentarán identificar cuál es la falsa.

Después se continúa con la técnica de reflexión: “Las frases estimulantes” con el objetivo de estimular la autoconfianza con la vida y la salud y de esta manera propiciar un estado emocional satisfactorio en el grupo. Se elaboran tirillas por los coordinadores que deben corresponder con el número de participantes y cada una debe tener una frase relacionada con el tema tratado, se vierten en un recipiente con el objetivo que se escojan al azar. Se leerán en alta voz por los participantes y se les pide sean leídas con énfasis.

Para terminar la sesión se divide la pizarra en tres partes y se escribe positivo, negativo e interesante y los participantes deben decir una palabra o frase que defina el encuentro.

Sesión #5

Título: ¿Cómo enfrento mis problemas?

Objetivos:

- Evaluar el costo beneficio de los adecuados modos de afrontamiento ante situaciones estresantes.
- Reducir el impacto que las situaciones estresantes a través de la relajación.

Técnicas a utilizar:

- Ronda Inicial.
- Técnica: “Duelos Básicos: “Despedida-Bienvenida”.
- Técnica de relajación: estrategia combinada de Relajación (F.R.I) Focalización, Respiración, Imaginación.
- Técnica: “Lluvia de ideas”.

Materiales: cartulina, lápices.

Tiempo: 70 minutos.

Lugar: aula.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Luego se efectúa la técnica “Duelos Básicos: Despedida-Bienvenida”; para evaluar el costo beneficio de los adecuados modos de afrontamiento antes situaciones estresantes. Se coloca una cartulina en una mesa con lápices para que entre todos escriban aquellas cosas de las que se despedirían si sus modos de afrontamientos fueran adecuados y todas aquellas cosas a las que les darían la bienvenida.

Se realiza después la técnica de relajación ya que las personas en relajación reportan cambios en los niveles de tensión y ansiedad, una especial y rápida sensación de tranquilidad y confort que se consolida a través de la sistematización del aprendizaje de esta respuesta de relajación. Tiene la técnica de Focalización, Respiración, Imaginación (FRI) como objetivo que el desarrollo su capacidad de focalizar tanto en los estímulos internos como externos que aprenda a regular su ritmo respiratorio y que pueda emplear su imaginación de manera positiva por tanto reducirá el impacto que las situaciones estresantes suelen provocar en él.

Para comenzar se explica la posición en decúbito supino o sentado con las piernas abiertas al ancho de los hombros, los antebrazos, descansando sobre los muslos y la cabeza ligeramente inclinada sobre el pecho. Elevar, cerrar los ojos y permanecer tranquilo.

Focalizar la atención en los ruidos y sonidos que siente a su alrededor (dejar que lleguen a su oído). Focalización del cuerpo: contacto de las partes del cuerpo con la silla. Prestar atención al funcionamiento del corazón, decir “Mi corazón late rítmica y fuertemente. Después pasar el foco de atención a la Respiración, primero observar cómo funciona y luego comenzar a respirar. Hacer inhalación lenta hasta sentirse lleno, mientras esto sucede repetirse mentalmente la palabra TRANQUILIDAD conteniendo la respiración por siete segundos (hasta contar siete). Respirar de esta forma varios minutos luego dejarlo libre sin tratar de controlarla.

Pasar a focalizar los músculos de la zona cefálica (cuello, hombro, espalda, abdominales, miembros superiores e inferiores). Imaginar una música favorita vinculada a ratos agradables. Debe visualizarse una sábana blanca que lo envuelve y flota en el aire, después de un segundo puede estar vinculado con la música favorita: Dejar pasar cinco minutos. Contar del uno al cinco. Dejar sentir las distintas partes de su cuerpo al llegar al cinco realizar tres respiraciones profundas, abrir los ojos y mover las manos.

Para terminar la sesión se aplica la técnica “Lluvia de ideas” en la que se les pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro puede ser una idea o un sentimiento.

Sesión #6

Título: ¿Por qué las personas se suicidan?

Objetivos:

- Realizar un cine debate para concientizar en las personas las consecuencias para su vida de la conducta suicida en general.

Materiales: DVD y TV

Tiempo: 1 hora y 45 min.

Técnicas a utilizar:

- Ronda Inicial.
- Cine debate: Tele-play “Ni Pocos ni Locos”.
- Técnica: PNI.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Se proyecta seguidamente el tele-play “Ni Pocos, ni Locos”. Después de proyectado el video, se le da inicio al debate por parte de uno de los coordinadores a partir de una interrogante lanzada donde cada uno exprese su criterio de forma individual.

Para terminar la sesión se divide la pizarra en tres partes y se escribe positivo, negativo e interesante y los participantes deben decir una palabra o frase que defina el encuentro.

Sesión #7

Título: “Mi familia y yo”

Objetivos:

- Valorar el papel de la familia como factor de riesgo de la incidencia de intentos suicidas.
- Distinguir las cualidades positivas y negativas de sus padres y otros miembros de la familia.

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.
- Técnica de reflexión: “Descripción de un día común”.
- Técnica de Cierre: “Lluvia de ideas”.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales: hojas de papel y lápices.

Lugar: aula.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Se entrega una hoja de papel y un lápiz a cada uno de los integrantes del grupo y se les pedirá que relaten un día común de su hogar, donde destaquen las virtudes y los defectos de sus miembros. Luego devolverán el papel para realizar un análisis individual de la problemática de su hogar e identificar factores de riesgo.

Para terminar la sesión se aplica la técnica “Lluvia de ideas” con la que se le pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro, puede ser una idea o un sentimiento.

Sesión #8

Título: “Imitando y aprendiendo”.

Objetivos:

- Mostrar las formas adecuadas de solucionar situaciones.
- Valorar los modos de afrontamientos que presentan los participantes en cuestión.

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.
- Técnica de reflexión: “El modelaje”.
- Técnica de cierre: PNI.

Tiempo: 55 minutos.

Lugar: aula.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Se continúa con el relato de situaciones que traerán los coordinadores que serán solucionadas por todos juntos y servirán de modelos a seguir. Esta técnica permite a los participantes reflexionar por sí solos sus capacidades para el logro de soluciones adecuadas para situaciones concretas.

Para terminar la sesión se divide la pizarra en tres partes y se escribe positivo, negativo e interesante y los participantes deben decir una palabra o frase que defina el encuentro.

Sesión #9

Título: “Mi relación con los otros”.

Objetivos:

- Identificar los factores económicos y sociales asociados al intento suicida en los individuos con riesgo.

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.
- Técnica de reflexión: “Psicodrama” (variante).
- Técnica de cierre: Lluvia de ideas.

Tiempo: 55 minutos

Lugar: aula.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Se continúa con la presentación del Psicodrama que se elija con el objetivo de reflexionar acerca de las propias actitudes y las interrelaciones con otras personas, así como sus consecuencias en el desarrollo de su personalidad, el bienestar y en la convivencia.

Se intercambia sobre la representación de papeles y los mecanismos para permitir la realización de roles y prácticas de otros. También acerca de los sentimientos y comportamientos de otras personas. Se motiva para que la audiencia ponga ejemplo de la forma en que se comportan las personas ante diferentes situaciones que puedan conducir a un intento suicida.

Se forma un equipo para cada situación propuesta, se le indica que dramaticen y se le da unos minutos para su preparación. Después de la dramatización se discute lo ocurrido con todo el grupo.

Para terminar la sesión se aplica la técnica “Lluvia de ideas” en la que se le pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro, puede ser una idea o un sentimiento.

Sesión #10

Título: ¿Cómo me siento?

Objetivos:

- Identificar los factores psicológicos asociados al intento suicida en los individuos con riesgo.
- Reflexionar sobre las cosas más importantes de su vida y reacción ante la pérdida.

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.
- Técnica de animación: “Esto me recuerda”.
- Técnica de reflexión: “Las cosas más importantes de mi vida”.
- Técnica de cierre: PNI.

Tiempo: 1 hora y 15 minutos.

Lugar: aula.

Materiales: hojas de papel y lápices.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

A continuación se pasa a la técnica de animación con el objetivo de lograr la concentración de los participantes. Consiste en que un participante debe recordar alguna emoción relacionada con el intento suicida en voz alta y el resto del grupo manifestará lo que evoquen oír las palabras de su compañero.

Seguidamente se distribuirán cinco papeles a cada participante en los que escribirán las cinco cosas más importantes de sus vidas, de manera individual, tanto material como espiritual. Cerrarán los ojos y pensarán en lo escrito. Los coordinadores les quitarán de sus manos algunos papeles antes escritos.

Puntos de discusión:

- ¿Cuáles fueron las cosas escritas?
- ¿Qué sintieron cuando se les quitó algunas de estas cosas?
- ¿Qué cosas perdieron?
- ¿Qué sintieron ante esas pérdidas?
- ¿Desearon que fueran otras cosas las pérdidas?
- Si fuera realidad lo que ocurrió, ¿qué harías para recuperarlas?
- ¿Sería el comportamiento suicida una de tus soluciones ante estas pérdidas?

Para terminar la sesión se divide la pizarra en tres partes y se escribe positivo, negativo e interesante y los participantes deben decir una palabra o frase que defina el encuentro.

Sesión #11

Título: ¿Qué le hace bien a mi salud?

Objetivos:

- Identificar los factores protectores en los individuos con factores de riesgo de intento suicida.
- Propiciar un encuentro consigo mismo.
- Fortalecer la autoestima de los participantes.

Técnicas a utilizar:

- Ronda inicial.
- Técnica de reflexión: ¿Cómo me ven los que me quieren bien?
- Técnica de cierre: Lluvia de ideas.

Tiempo: 50 minutos.

Lugar: aula.

Materiales: hojas de papel y lápices.

Procedimiento:

Se sientan todos los participantes en forma de herradura y los coordinadores de frente y se realiza un debate donde cada cual expone sus criterios acerca de lo que ocurrió en la sesión anterior.

Seguidamente se les solicita a los miembros del grupo que se observen durante unos minutos y que piensen en dos rasgos positivos que tiene cada persona del grupo. Se distribuye la hoja de papel y el lápiz y se le pide que escriban su nombre en mayúsculas en la cabecera de la hoja. Después cada uno pasará la hoja al compañero que se encuentra a la izquierda, la que escribirá un par de rasgos positivos de la persona cuyo nombre encabeza el papel. Así sucesivamente hasta que cada uno vuelva a tener su papel con su nombre y añadirá un par de rasgos positivos que reconoce en sí mismo.

Cada participante leerá en voz alta su lista. Se pedirá y ofrecerán opiniones acerca de lo expuesto y así se llevarán una agradable sorpresa al constatar la visión positiva que tienen los demás miembros del grupo.

Para terminar la sesión se aplica la técnica “Lluvia de ideas” en la que se le pide a los participantes que digan lo primero que se les ocurra sobre lo que han vivido en este encuentro, puede ser una idea o un sentimiento.

Sesión #12

Título: ¿Qué he aprendido?

Objetivos:

- Comprobar los conocimientos adquiridos.
- Determinar el impacto de la intervención.

Técnicas a utilizar:

- Ronda Inicial.
- Técnica de reflexión: “La comunidad necesita”.
- Técnica: “Integración, evaluación y cierre”.

Materiales: sillas.

Tiempo: 60 minutos.

Lugar: aula.

Procedimiento:

Los participantes se sientan en forma de herradura y se les orienta que comenten lo ocurrido en la sesión anterior.

El coordinador unido a dos miembros del grupo, prepara seis tareas como mínimo sobre cómo aprovechar los espacios de la comunidad para la realización de actividades de promoción y prevención del suicidio. Se dividen en subgrupos y se les da diez minutos para realizarlas. Las tareas se leerán y cada grupo trabajará en las mismas; el primero que termine ganará, este grupo presentará las tareas realizadas para ser revisadas y constatar que estén correctas, al mismo tiempo se discutirá el papel de los dirigentes en la organización de las tareas, la necesidad de precisar qué es lo que se quiere, para poder redimensionar o crear nuevos espacios. Se aplican preguntas con el objetivo de comprobar adquisición de conocimientos o no de los factores de riesgo de intento suicida.

Se realiza después la técnica: "Integración, evaluación y cierre", donde los coordinadores ubican tres sillas frente al grupo y explican a los participantes que representan tres momentos diferentes:

Silla 1: ¿Cómo llegaste? ¿Qué sentías y pensabas el primer día que nos reunimos?

Silla 2: ¿Cómo te sentiste durante las reuniones realizadas?

Silla 3: ¿Cómo te vas? ¿Qué sentimientos experimentas una vez finalizado el programa?

Cada participante pasará por cada una de las sillas y responderá las preguntas correspondientes.

Para terminar la sesión se hará un recordatorio de forma general acerca de lo tratado en el programa de intervención.

Al concluir se realiza la evaluación de satisfacción del curso donde de forma abierta los integrantes formulan criterios que permiten dar una apreciación del mismo utilizando la técnica de Positivo, Negativo e Interesante (PNI).

Acción Nº 11. Plan de acción en el sector salud

Objetivo	Actividades	Ejecutores	Fecha
Modificar la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz	Diseñar un plan de trabajo en sistema de la Psiquiatra del CCSM para dar cobertura a la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en Nueva Paz	Vicedirector de asistencia médica municipal	enero 2013
	Seleccionar los profesionales que formarán parte de los ESM	Directores de áreas de salud	febrero 2013
	Entregar a los EBS el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida de forma impresa.	Jefes de GBT	abril 2013
	Colocar en las bibliotecas el programa digital y de forma impresa	Jefes de GBT	abril 2013
	Monitorear de forma sistemática la calidad de las tarjetas de EDO	Jefes de GBT	2do sem. de 2014
	Controlar la realización y calidad de las reuniones de la CMSM	Director municipal de salud	Mensual 2014 y 2015
	Liderar las discusiones de morbilidad y mortalidad por conducta suicida	Directores de áreas de salud	Mensual 2014 y 2015
	Dar seguimiento a la calidad de la dispensarización individual y familiar	Jefes de GBT	Mensual 2014 y 2015
	Evaluar el programa en el consejo de dirección de salud	Director municipal de salud	junio y diciembre de 2014 y 2015.

ANEXO 20

Entrevista de satisfacción a usuarios del servicio de salud mental

Compañero(a):

En el municipio de Nueva Paz se está realizando una investigación sobre el intento suicida. Deseamos conocer su satisfacción con el servicio prestado. La misma tiene un carácter anónimo, por lo que resulta en extremo necesario que responda con la mayor veracidad. Sus resultados sólo tienen fines investigativos.

Muchas gracias

Expresa su satisfacción relacionado con los siguientes aspectos:

Aspecto	Satisfecho	Medianamente satisfecho	Insatisfecho
Trato del personal que lo(a) atendió			
Recursos para la atención			
Tiempo de espera			
Condiciones del servicio (ambiente, confort e higiene)			

ANEXO 21

Tabla 22. Intento suicida según año de ocurrencia. Nueva Paz 2008-2017

Año	No Casos	Tasa (por 100 000 habitantes)
2008	26	111,8
2009	33	133,3
2010	41	165,2
2011	53	204,1
2012	67	264
2013	70	278
2014	63	250,7
2015	51	203,8
2016	43	177,4
2017	40	163,7

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DEL AUTOR

PUBLICACIONES RELACIONADAS CON EL TEMA.

- Aguilar Hernández I, Barreto García ME. Conducta Suicida. Revista de Ciencias Médicas La Habana (seriada en línea). 2006; 12 (2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol12_2_06/hab02204.htm
- Aguilar Hernández I, Perera Milian LS, Cañizares Carmentate I. Conocimientos del personal médico en el manejo del intento suicida en los servicios de urgencias. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2008[citado 2010 Ago 31];14(2) Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol14_2_08/hab02208.pdf
- Aguilar Hernández I, Perera Milian LS, Esquivel Rodríguez D, Barreto García ME. Comportamiento del intento suicida en el municipio de Nueva Paz. Revista de Ciencias Médicas La Habana (seriada en línea). 2008; 14 (3). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol14_3_08/hab02308.htm
- Aguilar Hernández I. Comportamiento del Intento Suicida. Nueva Paz. 1994-2004. Editorial Académica Española. 2012. ISBN:978-3-8473-6299-9
- Aguilar Hernández I, Louro Bernal I, Perera Milian LS. Ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en Nueva Paz. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2013 Mar 18]; 38(1): 74-83. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100008&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100008&lng=es)
- Aguilar Hernández I. Intersectorialidad y suicidio. Revista de Ciencias Médicas La Habana [Internet]. 2013 [citado 6 Ene 2014]; 19(3). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/616/html>
- Aguilar Hernández I, Perera Milian LS. Caracterización de la situación de los individuos con intento suicida. Medimay 2016; 23(1).

PRESENTACIÓN EN EVENTOS CIENTÍFICOS.

- III Jornada Municipal de Medicina Familiar. 2001. Comportamiento de la Conducta Suicida en Nueva Paz.1994-2000.Primer Premio
- VI Jornada Municipal de Medicina Familiar. 2004. Conducta Suicida. Algunos aspectos clínico-epidemiológicos. 1994-2004. Primer Premio
- XVI Fórum municipal de Ciencia y Técnica. 2005. Conducta Suicida. Algunos aspectos clínico-epidemiológicos. 1994-2004. Relevante.
- VIII Jornada Municipal de Medicina Familiar. 2006. Conocimientos del personal médico en el manejo del Intento Suicida en los servicios de urgencias. Primer Premio
- IX Jornada Municipal de Medicina Familiar. 2007. Comportamiento del Intento Suicida en el municipio de Nueva Paz.2005-2007. Destacado
- IV Jornada Provincial de Medicina Familiar. 2011. Ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en Nueva Paz. Relevante.
- Jornada Provincial de Salud Pública. 2016. Plan de acción para la gestión sanitaria en la prevención del intento suicida en nueva Paz.
- Jornada Provincial de Salud Pública. 2017. Educación comunitaria para la prevención del intento suicida. Nueva Paz, 2008-2015.
- III Convención internacional Cuba Salud 2018. Educación comunitaria para la prevención del intento suicida. Nueva Paz, 2008-2015.
- Concurso Provincial del Premio Anual de Salud. 2018. Educación comunitaria para la prevención del intento suicida. Nueva Paz, 2008-2015. Premio.

TUTORÍA DE TESIS DE TERMINACIÓN DE ESPECIALIDAD Y MASTER EN CIENCIAS

- Conducta Suicida. Algunos aspectos epidemiológicos. 1994-2004. 2005.Tesis en Opción de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Dr. Esmildo Fiallo Ortíz.
- Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Nueva Paz 2006. Tesis en Opción de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Dr. David Emilio Morales

- Epidemiología de la Conducta Suicida en San Nicolás de Bari. 2007. Tesis en Opción de Master en Ciencias en Urgencias Médicas en APS. Dra. María Cecilia Socorro Mendoza.
- Comportamiento de la atención del Intento Suicida en el servicio de urgencias de Melena del Sur.2008. Tesis en Opción de Master en Ciencias en Urgencias Médicas en APS. Dr. Aroldo Hoyos García.
- Propuesta de intervención comunitaria sobre el Intento Suicida en Nueva Paz. 2013. Tesis en Opción de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Dr. Yoandy Alonso Rodríguez
- Aspectos epidemiológicos de la Conducta Suicida en Nueva Paz. 2014. Tesis en Opción de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Dr. Nicolás Guanín Maldonado.
- Estrategia de Educación Comunitaria para la prevención del intento suicida en adolescentes de la comunidad Los Palos. 2016. Tesis para optar por el Título Académico de Máster en Desarrollo Comunitario. Lic. María Cristina Hernández Fundora.