

ISMM "Dr. Luis Díaz Soto". Filial de Licenciatura en Enfermería

COMPORTAMIENTO DEL SUICIDIO EN CIUDAD DE LA HABANA. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Lic. Acela Laferté Trebejo¹ y Lic. Luisa Aleida Laferté Trebejo²

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal sobre el comportamiento del suicidio en Ciudad de La Habana, en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1996 y se comprobó mediante observación la intervención de Enfermería en la Atención Primaria de Salud, donde se realiza la promoción y prevención de este fenómeno a través del Proceso de Atención de Enfermería, porque este problema de salud tiene repercusión socioeconómica. El suicidio es el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar para siempre con la presión de una angustia que vivencia el individuo como insoportable. Según la OMS, este fenómeno está en aumento y se ubica entre las 10 primeras causas de muerte, estimando que al menos 1 000 personas se suicidan cada día. En nuestro país esta problemática también aumentó y ocupa la 9na causa de mortalidad general. El universo de trabajo estuvo constituido por los 272 certificados de defunción con causa básica de muerte por suicidio, y de la base de datos de la Dirección Provincial de Salud donde se estudiaron distintas variables como: edad, sexo, municipio de residencia, sitio de fallecimiento, unidad de legalización del certificado y métodos empleados para el suicidio. Se confeccionaron tablas y gráficos estadísticos y los resultados fueron: tendencia lineal ligeramente descendente del suicidio. Los municipios de Guanabacoa y Cotorro son los de mayores tasas ajustadas y los de menor indicador Centro Habana y Regla; hubo una mayor incidencia en los hombres, y los grupos etáreos de mayor afectación fueron los mayores de 60 años y el de 25 a 49 años. Por cada 1 000 personas menores de 65 años se dejaron de vivir 2 años y se perdieron más años de vida en el grupo de 25 a 49 años. El método más utilizado fue el ahorcamiento y después el fuego. El Instituto de Medicina Legal fue el centro que con mayor exactitud notificó estos casos. Se continúa cumpliendo el Programa Nacional de Prevención y Control de la Conducta Suicida, participando en el mismo de forma activa el médico y la enfermera de la familia, junto al psiquiatra, psicólogo y la trabajadora social y es dirigido hacia el individuo, su familia y el medio ambiente o comunidad. El objetivo de nuestra investigación fue caracterizar el comportamiento del suicidio.

Descriptor DeCS: SUICIDIO; ATENCION DE ENFERMERIA; ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

¹ Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente. Enfermera Especializada en Administración y Docencia. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería.

² Licenciada en Economía. Jefa de la Sección de Vitales de la Dirección Provincial de Salud de Ciudad de la Habana. Profesora Instructora adjunta de Informática Médica.

La salud es un concepto integral que representa el completo bienestar biosico-social del hombre y su medio y no la ausencia de enfermedad.

Uno de los problemas de salud que ha motivado nuestro interés es el suicidio, debido a su repercusión socioeconómica.

Se define suicidio como el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar para siempre con la presión de una angustia que vivencia el individuo como insoportable,¹ o cualquier conducta centrada en el deseo consciente y declarado de morir,² comprende el intento y el suicidio en sí.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) este fenómeno está en aumento y se ubica entre las 10 primeras causas de muerte. Esta organización estima que al menos 1 000 personas se suicidan cada día y alerta sobre el incremento de estas tasas como tendencia creciente.³

En nuestro país esta problemática también está en aumento y ocupa en estos momentos la novena causa de mortalidad general,⁴ por lo que el fenómeno está siendo enfrentado de forma estratégica a través del Programa Nacional de Prevención y Control de la Conducta Suicida. Este programa fue establecido en 1989 y señala que el mayor número de acciones deben ser ejecutadas por el médico y la enfermera de la familia. Teniendo en cuenta que el objetivo de dicho programa es reducir la morbilidad de intentos suicidas y la mortalidad por esta causa, los lineamientos establecen: evitar el primer intento suicida, evitar la repetición del intento suicida y evitar el desenlace fatal.*

Los factores de riesgo en individuos y familias enmarcan como potencialmente suicida a personas que han referido esta

vía como solución a una problemática, sea en broma o en serio, más de una vez. Sin embargo, los principales factores identificados que predisponen a una conducta suicida son:⁵⁻¹¹

1. Factores biológicos: disminución de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo.
2. Trastornos psiquiátricos: trastornos afectivos y depresivos, alcoholismo y esquizofrenia.
3. Antecedentes familiares: presencia de familiares con intento suicida, suicidios, etcétera.
4. Riesgo de personalidad premórbida: resaltan los trastornos de personalidad antisocial o límite.
5. Factores psicosociales y enfermedades como: muerte reciente de seres queridos, divorcio, vida familiar crítica, jubilación, viudez reciente, desempleo, desajustes sexuales, conflicto con su pareja, judicial, escolar y laboral, enfermedades como la epilepsia, cáncer, úlcera gastroduodenal y la esclerosis múltiple, entre otras.

El objetivo de nuestro trabajo es caracterizar el comportamiento del suicidio en Ciudad Habana en el año 1996 y la intervención de enfermería, destacando su posición dentro de las 10 primeras causas de muerte, determinar las variables: lugar (municipio de residencia) y de persona (edad, sexo y método empleado), identificar los grupos de edades donde más años de vida potencialmente se pierden, así como evaluar la calidad del sistema de información estadístico de las defunciones por esta causa.

* Programa Nacional de Prevención y Control de la Conducta Suicida en Cuba. MINSAP, 1989.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal sobre la incidencia del suicidio y la intervención del personal de enfermería en la Atención Primaria de Salud.

El universo de trabajo estuvo conformado por los 272 fallecidos del año 1996, que residían en Ciudad de La Habana y que tenían como causa básica de muerte el suicidio, según códigos correspondientes a la IX Clasificación Internacional de Enfermedades. Los datos para este trabajo fueron obtenidos automatizadamente (Fox-Plus Base) a partir de las variables siguientes: edad, sexo, municipio de residencia, sitio de defunción, unidad de legalización del certificado de defunción y método de muerte empleado.

Para comprobar la calidad de la información estadística se siguieron los procedimientos siguientes:

- Revisión de las tarjetas de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) para obtener la causa, datos de la unidad asistencial notificante y fecha de su confección.
- Revisión de la Metodología Oficial establecida por los Sistemas de Información Estadísticos (SIE) de defunción y EDO.

Con la información obtenida se confeccionaron las tablas y los gráficos estadísticos, calculando los indicadores: tasas ajustadas de mortalidad, años de vida potencialmente perdidos (AVPP), porcentajes de coincidencia, tasas de mortalidad proporcional, línea de tendencia por el método de regresión lineal y razón estadística.

Se revisó el Programa Nacional de Prevención y Control de la Conducta Suicida y las Carpetas Metodológicas 1 y 2.

Se visitaron los consultorios de 2 polí-clínicos del municipio Habana del Este tomados al azar para observar diagnóstico de la situación de salud, tarjeteros de pacientes dispensarizados por la causa que se estudia y la historia clínica de éstos, para comprobar la intervención de enfermería y de esta forma evaluar el cumplimiento de lo establecido.

Los indicadores básicos utilizados fueron:

- Razón y porcentaje
- Tasa de mortalidad proporcional
- Porcentaje de coincidencia
- Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

La tasa de mortalidad proporcional mide la importancia relativa de las defunciones por suicidio del total de defunciones por todas las causas y se obtuvo dividiendo el total de fallecidos por suicidio en la provincia, entre el total de defunciones multiplicado por 100.

El porcentaje de coincidencia mide el grado de coincidencia de enfermedades de declaración obligatoria y el certificado de defunción. Al 100 % de fallecidos con causa básica de suicidio se le debe haber realizado una tarjeta EDO. Este indicador se obtuvo dividiendo el número de notificados con diagnóstico suicidio, entre el total de fallecidos con causa básica suicidio y se multiplica por 100.

Los AVPP son los años de vida dejados de vivir por esta causa de muerte y se calculan según las fórmulas bioestadísticas habituales.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la mortalidad por suicidio y su posición dentro de las 10 primeras causas de muerte en la provincia

Ciudad de La Habana, en el período comprendido entre 1987-1996. Se puede observar que este fenómeno constituía la octava causa de muerte en los años 1987-1988 y pasó a ocupar la novena posición del 1989 al 1995 descendiendo solamente en el

TABLA 1. Mortalidad por suicidios y posición dentro de las 10 primeras causas según años

Años	No.	Defunciones		Tasas de mortalidad
		Tasa ajustada primeras causas	Posición en las 10 provincial	
1987	306	12,8	8 ^{va}	1,7
1988	318	13,1	8 ^{va}	1,7
1989	282	11,3	9 ^{va}	1,6
1990	313	12,1	9 ^{va}	1,6
1991	323	12,6	8 ^{va}	1,7
1992	336	12,8	9 ^{va}	1,6
1993	329	12,3	9 ^{va}	1,6
1994	311	7,0	9 ^{va}	1,6
1995	290	11,0	9 ^{va}	1,5
1996	272	10,0	10 ^{va}	1,3

Fuente: Departamento de estadísticas provincial.

año 1991 que pasa a ocupar la octava posición y en el año 1996 descendió a la décima posición. Al analizar el comportamiento de la tasa de mortalidad proporcional, se observa una disminución, ya que en 1987 la cifra del indicador fue de 1,7 y en 1996 de 1,3.

La mortalidad por suicidio según municipios de nuestra provincia se puede observar en la tabla 2, donde se observan las mayores tasas ajustadas a Guanabacoa y el Cotorro con 16,4 y 16,2 respectivamente, mientras que los de menor indicador fueron Centro Habana y Regla con 8,3 cada uno, y en el resto de los municipios oscila entre estos indicadores.

En la tabla 3 se muestra la mortalidad según grupos de edad y sexo, y se indica que la frecuencia es mayor en los hombres que en las mujeres; el 60 % de los fallecidos son hombres (según cálculos de la razón de tasa). En el comportamiento de la

TABLA 2. Mortalidad por suicidios según municipios. Provincia Ciudad de La Habana. Año 1996

Municipios	No. defunciones	Tasa ajustadas	Tasa bruta
Playa	23	10,5	12,1
Plaza	22	11,8	12,8
C. Habana	16	8,3	9,6
H. Vieja	13	9,7	10,5
Regla	4	8,3	9,5
Hab. del Este	17	9,0	9,1
Guanabacoa	19	16,4	18,2
S.M.P	20	10,8	11,8
10 de Octubre	34	11,8	13,4
Cerro	21	13,6	15,6
Marianao	19	9,5	14,0
Lisa	15	11,0	11,7
Boyeros	17	8,9	9,1
A. Naranjo	20	9,9	10,5
Cotorro	12	16,2	17,1
Total	272	10,0	12,5

Fuente: Departamento de estadísticas provincial.

variable edad el grupo de más casos fue el de 60 años y más con 116 para una tasa de mortalidad de 35,4 y le sigue el de 25-49 años con 102 y 11,9 respectivamente, mientras que el grupo de menor incidencia es el de 5-14 años con 3 casos y una tasa de 1,1.

Los métodos de suicidio más empleados según los resultados mostrados en la tabla 4 son los denominados métodos duros (ahorcamiento, quemaduras, precipitaciones desde alturas y heridas por armas blancas o de fuego) con 250 casos, para el 91,9 % y dentro de éstos el ahorcamiento ocupó el primer lugar, con el 64,7 % y el

TABLA 3. Mortalidad por suicidios según grupos de edad y sexo. Ciudad de La Habana. Año 1996

Grupos de edades (años)	Sexo		Femenino		Total	
	Masculino No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
- 1	-	-	-	-	-	-
1-4	-	-	-	-	-	-
5-14	-	-	3	2,2	3	1,1
15-24	9	5,6	9	5,5	18	5,5
25-49	61	14,7	41	9,3	102	11,9
50-59	18	16,5	15	11,8	33	14,0
Subtotal 15-59	88	12,8	65	8,9	153	10,8
60 y más	75	54,5	41	21,5	116	35,4
Total	163	15,6	109	9,7	272	12,5

Fuente: Certificados de defunción.

TABLA 4. Fallecidos por suicidio según método empleado. Ciudad de La Habana. Año 1996

Métodos	Fallecidos	
	No.	%
Ahorcamientos	176	64,7
Quemaduras por llamas	43	15,8
Precipitación desde altura	21	7,7
Heridas por armas blancas o de fuego	10	3,7
Subtotal métodos duros	250	91,9
Ingestión de psicofármacos	16	5,9
Ingestión de otras sustancias tóxicas	6	2,2
Subtotal métodos suaves	22	8,1
Total	272	100

Fuente: Tarjetas de EDO y certificados de defunción.

menor es el de las heridas por armas blancas o de fuego con el 3,7 %, mientras que los menos empleados son los suaves con un 8,1 % de fallecidos, siendo la ingestión de psicofármacos el de mayor incidencia dentro del grupo, con el 5,9 %.

En la tabla 5 se analiza la calidad de la información estadística brindada a esta causa y se muestra la coincidencia en la notificación del suicidio según nivel de atención de la Unidad Asistencial de Salud y el Sistema de Información Estadístico, y

se observa que de los 272 fallecidos por esta causa en Ciudad de La Habana, en 1996 sólo al 75 % se le confeccionó la tarjeta de Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO). También se muestra que sólo 63 fueron legalizados por los hospitales y policlínicos por lo que se confeccionaron solamente 8 tarjetas para el 12,6 % de coincidencia, lo que representa 55 tarjetas dejadas de notificar.

El Instituto de Medicina Legal presenta los mejores resultados con 196 tarjetas,

TABLA 5. Coincidencia en la notificación de suicidio según unidad asistencial de salud y S.I.E. Provincia Ciudad de La Habana. Año 1996

Unidad asistencial de salud	No. de casos según SIE		
	Certificados de defunción	EDO	% de coincidencia
Hospitales Unidades	18	2	11,1
MPALES (policlínicos)	45	6	13,3
Subtotal	63	8	12,6
I.M.L.	209	196	93,7
Total	272	204	75,0

Fuente: Departamento de estadísticas provincial.

para un 93,7 % de coincidencia entre estos parámetros, sólo dejaron de realizar 13, lo que demuestra que el subregistro en la Notificación de EDO es menor que en las instituciones de salud antes analizadas.

El cálculo de los años de vida potencialmente perdidos¹ (tasa AVPP) fue de 2,0 por 1 000 habitantes de 1-64 años, es decir, por cada 1 000 personas menores de 65 años se dejaron de vivir 2 años y según pérdidas biosociales, esta causa ocupó el quinto lugar con una tasa de 2,3 por 1 000 habitantes de 20-59 años, lo que comparado con los valores existentes en nuestro país en los años 90 que era de 4,9, muestra una línea descendente con sus correspondientes beneficios biológicos, sociales, económicos y psicológicos sobre la familia y la sociedad en su conjunto.

DISCUSIÓN

Podemos decir que existe una tendencia ligeramente lineal descendente de la mortalidad por suicidio. Esto demuestra el buen trabajo desarrollado por el equipo de salud en la Atención Primaria a partir de la puesta en marcha del Programa Nacional de Prevención y Control de la Conduc-

ta Suicida y el trabajo que se desarrolla mediante el análisis en los grupos básicos de trabajo de los policlínicos, en los consejos de dirección de dichas instituciones, así como, en las Direcciones Municipales y Provinciales de Salud.

En los hospitales este análisis es realizado en las técnicas administrativas y consejos de dirección con la presencia siempre de enfermería a todos los niveles, y se valora la letalidad del método empleado.

De igual forma vemos que en nuestra provincia están presentes los factores de riesgo en toda la población, por lo que en la medida que sean atendidas y mejor controladas las enfermedades crónicas no transmisibles esto mejorará, como resultado de la cobertura que se ha logrado con los consultorios médicos y los policlínicos principales de urgencia.

En cuanto a que fallece un mayor número de hombres que de mujeres en nuestra provincia, debemos señalar que se comporta de manera similar a estudios realizados en el país y en diferentes partes del mundo.²⁻⁵

Asimismo, es necesario continuar prestándole atención a la calidad de vida del adulto mayor, ya que intenta con menos frecuencia el suicidio, pero los métodos que emplean son más violentos y mor-

tales, con premeditación y generalmente sin avisar. En esta etapa de la vida ocurren sucesos importantes como la jubilación, enfermedades, cambios de roles y otros problemas individuales y familiares. El segundo grupo en cuanto al número de fallecidos es el de 25 a 49; ésta es la etapa de mayor plenitud de la vida, con la correspondiente repercusión sobre el individuo, que emplea por lo general métodos duros y violentos y sobre la familia que se encuentra en proceso de formación, extensión o educación de los hijos en los cuales repercute dicha problemática. El medio o comunidad sufre el impacto de esta problemática, porque deja de producir, con la consiguiente carga para la seguridad social. El sitio más frecuente donde ocurre este fenómeno es en el hogar y por lo general la persona sobre la que se produce este hecho consumado es la que tiene antecedentes de intentos previos. Aunque el grupo etéreo de 5-14 años es el que tiene un menor número de casos letales -3 del sexo femenino-, es necesario atenderlo ya que en la niñez y adolescencia se consolida la personalidad, tarea ésta de la familia, la escuela y el resto de las instituciones sociales.

El análisis de los años de vida potencialmente perdidos muestra que, aunque este valor no es muy elevado, sí manifiesta la necesidad de evitar este fenómeno, como una razón de ser consecuente con todo lo que se viene realizando por nuestro sistema social en aras de elevar la esperanza de vida (Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana para el año 2000. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 1992:14-7).

Aunque no fue señalado como se comporta el suicidio según el sexo, la literatura muestra que el ahorcamiento es el método más empleado por los hombres y el fugo por las mujeres, ambos métodos son

muy letales.² Sin embargo, los jóvenes y las mujeres emplean la ingestión de psicofármacos en alta medida. Además, la atención a estos pacientes es muy costosa, ya que requiere la utilización de grandes recursos materiales, técnicos y humanos altamente calificados y por lo general, si la persona no muere, queda con secuelas físicas y/o psíquicas que requieren rehabilitación y otras alternativas, que en nuestro país se ofrecen de forma gratuita, un ejemplo es la cirugía reconstructiva.

Con el fin de brindar una mejor atención a la población, ahorrar recursos y garantizar cumplir con lo establecido en el SIE, se estableció que los certificados de defunción pueden ser legalizados en la unidad asistencial de salud más cercana al domicilio donde ocurrió el fallecimiento, lo que se muestra también en la tabla 5, sin embargo, para que se confeccionen en estas últimas las tarjetas de EDO, es necesario el análisis de esta situación en los grupos básicos de trabajo de los policlínicos y hospitales de cualquier nivel de subordinación.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

En la atención primaria de salud las acciones de enfermería se dirigen a brindar atención integral, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente físico que está en interacción con el individuo, su familia y/o colectividad.

La aplicación de procedimientos que hagan más favorable el ambiente para el hombre forma parte de sus funciones y para ello se apoya en los conocimientos de Higiene, Epidemiología, Educación para la Salud, Psicología, Psiquiatría, Bioestadística y otras especialidades de las Cien-

cias Médicas y que le permiten actuar con la finalidad de:

- Estimular cambios de estilo de vida (promoción).
- Controlar el medio ambiente y eliminar los factores de riesgo (prevención).
- Ayudar a la conservación de la vida mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar complicaciones (recuperación).
- Tratamiento de las limitaciones o secuelas para su eliminación o reducción al mínimo y la incorporación del individuo a la realización de su vida social, laboral y afectiva (rehabilitación).

Los diagnósticos de enfermería que con mayor frecuencia se identificaron para este problema de salud en este individuo y su familia fueron:

- Alteración del mantenimiento de la salud
- Alto riesgo de alteración del mantenimiento de la salud
- Riesgo de lesión
- Riesgo de traumatismo
- Alteración en el desempeño de roles
- Afrontamiento familiar ineficaz
- Alteración de los procesos familiares
- Alteración de la comunicación familiar
- Alto riesgo de violencia
- Alteración de la maternidad o paternidad
- Déficit de las actividades recreativas
- Angustia espiritual
- Conflicto en la toma de decisiones
- Inaccesibilidad a los recursos necesarios
- Falta de adaptación familiar
- Incapacidad para el mantenimiento del hogar

Ordenes de Enfermería

- Notificar el caso de inmediato.
- Dispensarizar al paciente psiquiátrico con ideas suicidas.
- Visitar al paciente hospitalizado con intento suicida, para interesarse por su estado de salud.
- Ofrecer cooperación al paciente y sus familiares.
- Explicar la importancia de cumplir el tratamiento.
- Orientar, citar y controlar la asistencia periódica a consulta.
- Realizar visitas al hogar a fin de comprobar:
 - Cumplimiento del tratamiento terapéutico
 - Cumplimiento de las medidas indicadas
 - Desempeño de roles
 - Ofrecer apoyo emocional al paciente y familiares
 - Comunicación y cooperación entre los miembros de la familia para atender al paciente y a su vez cumplir con los deberes o tareas del hogar.
 - Entrevistar de manera individual a cada integrante de la familia a fin de conocer su punto de vista sobre el problema y su actitud hacia su solución.
 - Valorar la atención del paciente y la familia con especialistas (psiquiatría o psicólogo) de ser necesario.
 - Realizar dinámica de grupo (familiar) sobre la base de:
 - Definir la esencia del problema identificado.
 - Limar asperezas entre los miembros en conflicto.
 - Definir roles de cada integrante de la familia y la importancia del cumplimiento de los mismos por cada cual.

- Inducir la correcta comunicación entre sus integrantes.
- Persuadir a todos los miembros sobre la presencia de riesgo.
- Identificar los factores de riesgo, para evitar que se desencadenen.
- Orientar a los integrantes de la familia como afrontar, combatir y/o erradicar los riesgos siempre que sea posible, para evitar la "crisis familiar".
- Ofrecer educación para la salud al paciente y familiares sobre la importancia de:
- Disminuir las diferentes fuentes de estrés y/o tensión que puedan estar incidiendo en la familia.

En cuanto a las funciones administrativas en estos casos están:

Participar mensualmente en los análisis de fallecidos por esta causa en su grupo básico de trabajo, contribuyendo a determinar los factores que influyeron y que permitan arribar posteriormente a la toma de medidas.

Se concluye planteando que durante 1996 en Ciudad de La Habana existió una tendencia lineal descendente de la morta-

lidad por suicidio. Las tasas mayores ajustadas se encuentran en Guanabacoa y Cotorro y las menores en Centro Habana y Regla. Los hombres inciden más que las mujeres y el mayor número de personas que lo hacen tienen 60 años o más. Por cada 1 000 habitantes menores de 65 años se dejaron de vivir 2 años, y le correspondió al grupo de edad de 25 a 49 años la mayor cantidad de años de vida perdidos. El método más empleado fue el ahorcamiento, con un mayor número de víctimas. El Instituto de Medicina Legal es el centro que con mayor exactitud notifica los casos con conducta suicida. El personal de Enfermería en la Atención Primaria de Salud desempeña un papel importante en la prevención y control de estos pacientes, aplicando en estos casos el Método Científico "Proceso de Atención de Enfermería", mediante diagnósticos, expectativas y órdenes de enfermería dirigidas al individuo, su familia y la comunidad.

RECOMENDACIONES

Reevaluar este fenómeno en el año 1999, a fin de comparar los resultados y valorar otras variables.

ANEXO: Guía de observación utilizada en los consultorios

1. Existe el diagnóstico de la situación de salud del área del consultorio.
2. Se encuentran dispensarizados los pacientes y familias de riesgo suicida.
3. En la Historia Clínica.
 - a) ¿Qué diagnóstico de enfermería se formulan?
 - b) ¿Cuáles son las ordenes de trabajo independiente e interdependiente que ejecutan las enfermeras?

SUMMARY

A cross-sectional, descriptive and retrospective study on suicidal behaviour in Havana City from January 1st, to December 31st, 1996, was conducted. It was possible to prove by observation the nursing intervention in Primary Health Care, where the prevention of this phenomenon is carried out through the Nursing Care Process, taking into account that this health problem has a socioeconomic repercussion. Suicide is the act of taking one's

own life voluntarily to put an end to an anger one cannot stand any more. According to the World Health Organization, this phenomenon is increasing and is at present among the first 10 causes of death in the world. It is estimated that at least 1000 people commit suicide every day. An increase of this problem has also been observed in our country, where it is the 9th cause of general mortality. The universe of work was composed of 272 death certificates with suicide as basic cause of death and of the data obtained from the database of the Provincial Health Division, where the following variables were studied: age, sex, municipality of residency, place of death, unit where the certificate was legalized and methods used to commit suicide. Tables and statistical graphs were made and it was observed a slightly descending lineal trend of suicide. The municipalities of Guanabacoa and Cotorro showed the highest adjusted rates, whereas those of Centro Habana and Regla had the lowest indicator. There was a higher incidence in men. The age group over 60 and that between 25 and 49 were the most affected. 2 years of life were lost per 1000 persons under 65. More years of life were lost among those aged 25-49. Hanging and fire were the most used methods. The Institute of Legal Medicine was the center that notified these cases with more precision. The National Program of Prevention and Control of Suicidal Behaviour is being fulfilled. The family and nurse physician, the psychiatrist, the psychologist and the social worker take an active part in this program that is directed to the individual, his family and the community. The objective of our research was to characterize suicidal behaviour.

Subject headings: SUICIDE; NURSING CARE; PRIMARY HEALTH CARE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shneidman E. Tratado de Psiquiatría. Suicidio. En Freedman A. La Habana. 1984;3:1954 (En Edición Revolucionaria).
2. Shaffer D. La prevención del suicidio en la adolescencia: una revisión crítica. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1988;27(6):675-87.
3. Organización Panamericana de la Salud. Revisión regional sobre guías y procedimientos para el análisis de la mortalidad. Bol Epidemiol OPS 1988;9(2):3-6.
4. Nieto LM. La mortalidad en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 1997;1(2):88-95.
5. Blumental SJ. Suicidio: guía de factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clin Med Norteam 1988;4:1036-7.
6. Siomopoulos V. When patients consider suicide? Risk factors to watch for. Postgrad Med 1990;81(3):250-4.
7. Nielsen B. Attempted suicide in Denmark. Postgrad Med 1990;81(3):250-4.
8. Frierson RL. Suicide attempts by very old. Arch Intern Med 1991;131(1):141-4.
9. Murphy GE. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatr 1992;49(6):459-63.
10. Tobias ER. Preventive suicide in older people. Ann Fam Psychiatr 1992;45(4):1707-15.
11. Benson L. Adolescent suicide. Med Clin Norteam 1990;74(5):1251-64.

Recibido: 13 de enero de 1999. Aprobado: 3 de marzo del 2000

Lic. *Acela Laferté Trebejo*. Calle Corrales No. 13 (altos), entre Cienfuegos y Aponte. Habana Vieja. Ciudad de La Habana, Cuba.