

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

EVALUACIÓN DE ALGUNOS ASPECTOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA. MUNICIPIO PLAYA, 1995

Dra. Nurys B. Armas Rojas,¹ Dra. Isora Ramos Valle,² Dr. Pedro A. Murla Alonso³, Dra. Irma Sosa Lorenzo⁴ y Dr. Armando Rodríguez Salva⁵

RESUMEN

Con el fin de evaluar algunos aspectos del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que tuviera en cuenta su estructura, proceso y resultados. Se escogió como objeto de estudio el universo de fallecidos por suicidios y los casos de intentos suicidas ocurridos en el municipio Playa, de Ciudad de La Habana, en 1995, de igual forma los médicos con casos de suicidio y un grupo aleatorio de médicos que no tuvieron fallecidos por suicidio ni casos de intentos suicidas, todos en el mismo año. Al primer grupo se le revisaron las historias clínicas individuales y familiares de los fallecidos. A ambos grupos de médicos se les realizó una prueba de competencia para medir conocimientos sobre las principales acciones del programa. Se utilizaron criterios de expertos, indicadores y estándares para la evaluación. El Programa no resultó eficiente, ni eficaz, debido a las deficiencias encontradas en la estructura, el proceso y los resultados.

Descriptor DeCS: INTENTO DE SUICIDIO/prevención & control; SUICIDIO/prevención & control; EVALUACION DE PROGRAMAS; PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD; CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICA; MEDICOS DE FAMILIA.

La palabra suicidio del latín *suicidan* significa *sui*, sí mismo y *cidimon*, matar.¹ Se trata de un acto vinculado directamente al hombre y surge por tanto, con la exis-

tencia de éste, sus características varían de acuerdo con las culturas y las estructuras socioeconómicas (Orellana V. Intento suicida. Demanda de atención en el Hospital

¹ Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM).

² Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Facultad de Salud Pública.

³ Master en Salud Ambiental. Especialista de I Grado en Administración de Servicios de Salud. INHEM.

⁴ Master en Salud Pública. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. INHEM.

⁵ Especialista de I Grado en Administración de Servicios de Salud y Epidemiología. INHEM.

Psiquiátrico Provincial Docente de Holguín en el año 1991 [Trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Psiquiatría], Hospital Psiquiátrico Provincial Docente de Holguín, 1993).

El suicidio constituye una importante causa de defunción y como tal plantea un gran problema a la Salud Pública. La OMS estima que 1 000 personas cuando menos, se suicidan cada día y alerta sobre el incremento de las tasas de mortalidad, sobre todo en la población joven.² La situación actual del suicidio al nivel mundial y en nuestro país, nos permite afirmar que lograr su prevención y control no puede ser sólo preocupación del personal de salud sino de todos los sectores de la sociedad, ya que tiene su origen en causas multifactoriales por lo que requiere un trabajo multidisciplinario e intersectorial, se debe trabajar fundamentalmente en la modificación de factores de riesgo de estas conductas suicidas, más que en los aspectos del tratamiento.

En los países desarrollados de Europa y Norteamérica, el suicidio figura entre las primeras 10 causas de muerte. En nuestra región, entre personas de 15 a 44 años de edad aparece como segunda o tercera causa de muerte; esto, unido a los homicidios y accidentes, constituye la primera causa de defunción entre adolescentes y jóvenes.³

Este problema adolece de programas de prevención en nuestra región de Las Américas, que faciliten el trabajo con las conductas de riesgo suicida y permitan evitar la muerte por esta causa. No ocurre así en nuestro país, pues a partir del año 1988 se cuenta con un programa para tales efectos y aunque los resultados no son todo lo satisfactorios que se esperan, la tendencia de mortalidad por suicidio es ligeramente descendente, ocupa el séptimo lugar como causa de muerte con una tasa de $20,8 \times 10^5$ habitantes (según la Carpeta Metodológica del Ministerio de Salud Pública, 1995).

Como parte de una evaluación integral al municipio Playa en Ciudad de La

Habana, luego del análisis de su situación de salud, se encontró que uno de los principales problemas en este municipio resultaba ser el suicidio y los intentos suicidas, a pesar de existir un programa de prevención y control, el primero ocupó la séptima causa de muerte, con una tendencia en ascenso. Al precisar cuántas evaluaciones recientes tenía el programa, pudimos constatar que no existía ninguna, por lo cual decidimos evaluar algunos aspectos del Programa de Prevención de la Conducta Suicida en este municipio en el año 1995.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para evaluar el Programa de Prevención de la Conducta Suicida en el municipio Playa. Para evaluar los resultados seleccionamos como objeto de estudio el universo de fallecidos por suicidio; los casos de intentos suicidas; para la evaluación del proceso escogimos el universo de consultorios del médico de la familia, que habían tenido fallecidos por esta causa en 1995 y conjuntamente seleccionamos una muestra aleatoria simple de consultorios del médico de la familia que no presentaron casos de intentos suicidas, ni fallecidos por suicidio; para la evaluación de la estructura revisamos cómo estaban constituidas las comisiones de todos los policlínicos, así como las actas de sus reuniones con la finalidad de conocer su funcionamiento orgánico y estructural.

Las variables utilizadas fueron las siguientes:

1. De estructura.

- a) Categoría ocupacional: trabajadoras sociales, licenciadas, especialistas, residente de Medicina General Integral (MGI), especialista de MGI, familiarización, se incluyen todos los profesionales en función del programa.

- b) Preparación del personal de salud para enfrentar el programa: cursos de capacitación recibidos y competencia médica.
 - c) Comisiones de Salud Mental: existencia, composición y estado de funcionalidad de las comisiones de los policlínicos.
 - d) Llenado de los registros y tarjetas Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO): correcto o incorrecto.
2. De proceso.
- a) Comisiones de Salud Mental: si se reúnen o no; contenido de las actas bueno, regular o malo; actividades educativas sí o no; discusiones de casos si se hacen o no.
 - b) Flujo de la información: tiempo de demora que transcurre desde que se produce el intento suicida o fallecimiento y su llegada al Departamento de Estadísticas y de éste al Área de Salud correspondiente.
 - c) Dispensarizados: sí o no.
 - d) Primera consulta por riesgo suicida: sí o no. En esta consulta se constata valoración de riesgo y estrategia de seguimiento en consultas, interconsultas y terrenos.
 - e) Visitas de terreno para casos por riesgo suicida (para casos con intentos suicidas [IS]: sí o no. Cumplimiento de las visitas de terreno a menos de 15 d del IS, al mes del IS, bimensual del IS.
3. De resultados.
- a) Edad: clasificada por grupos, según el Registro Municipal de Dispensarizados. De 5 a 14 años, de 15 a 24, de 25 a 49, de 50 a 64, 65 y más.
 - b) Sexo: masculino y femenino.
 - c) Áreas de Salud del municipio: Policlínicos "Isidro de Armas" (IA), "1ro. de Enero", "Jorge Ruiz Ramírez" (JRR), Docente de Playa, "Manuel Fajardo", "28 de enero" y "5 de septiembre".

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Describimos la distribución de fallecidos por suicidio según las variables seleccionadas, se calcularon las tasas brutas y específicas de mortalidad por sexo y grupos etarios, de igual forma se procedió con los intentos suicidas, para evaluar estos resultados tomamos como estándares las tasas nacionales y sus tendencias. Se visitaron la Dirección Municipal de Salud, los Departamentos de Estadística y Archivo de cada área y la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología (UMHE) para obtener la información básica relacionada con los registros de EDO, se precisó la calidad del llenado de éstos, tiempo de demora entre el llenado y su llegada al Departamento de Estadísticas Municipal y de éste al policlínico correspondiente. Entrevistamos a algunos miembros de las Comisiones de Prevención Municipal y de Áreas de Salud, y se precisó su existencia y funcionamiento. Se tomó como estándar lo establecido por el Programa Nacional para evaluar los diferentes aspectos concernientes a éste.

Revisamos la plantilla del municipio de técnicos y profesionales en cuanto a su completamiento para el funcionamiento del programa.

En relación con la dispensarización y el seguimiento de los pacientes con conductas de riesgo suicida, se aplicó una encuesta a los médicos de la familia con fallecidos por suicidio, se revisaron las historias clínicas individuales y familiares de estos casos. Por otra parte, aplicamos una segunda encuesta donde entrevistamos 43 médicos de la familia escogidos por muestreo aleatorio simple, se tuvo como criterio de inclusión el no haber tenido en el año 1995 intentos suicidas, ni suicidio; el objetivo fue evaluar los conocimientos y manejo del mencionado programa (evalua-

ción de la competencia médica sobre el programa).

En resumen, la información fue recolectada de todas las instancias municipales (dirección municipal, policlínicos, UMHE) y las actas de las Comisiones Municipal y por Áreas, así como discusión de los fallecimientos y encuestas a los familiares, junto a las historias clínicas familiares e individuales de éstos, así como su dispensarización.

El procesamiento de los datos se realizó con calculadoras individuales. La información obtenida de las encuestas se procesó en computadora mediante el programa EPINFO 6. Como medidas de resumen utilizamos para variables cualitativas tasas (brutas y específicas), porcentajes y promedios.

RESULTADOS

En el municipio Playa el suicidio ocupó el séptimo lugar como causa de muerte, con una tasa de 16×10^5 habitantes, cifra aceptable al estar por debajo de la media nacional. Por áreas de salud el "Isidro de Armas" tiene la mayor tasa, $57,5 \times 10^5$; le sigue el "Manuel Fajardo", con $28,5 \times 10^5$, éstas son las principales responsables de los resultados negativos del municipio.

Durante el año 1995 el sexo masculino tuvo mayor riesgo de morir ($21,7 \times 10^5$) que el femenino ($11,6 \times 10^5$), los grupos más afectados fueron los de 50-64 años, y de 65 años y más.

La edad promedio para los hombres fue de 61,5 años y para las mujeres 38 años (edad mediana 34 años).

Al igual que lo ocurrido con el suicidio, los policlínicos "Isidro de Armas" y "Manuel Fajardo" son los de mayores tasas de intento suicida, $8,5$ y $12,2 \times 10^5$, respectivamente.

Atendiendo al sexo el intento suicida se comporta con mayores tasas para el femenino con $72,2 \times 10^5$, lo contrario al suicidio. Por grupos etarios las mayores tasas la ocupan el grupo de 50-64 años para ambos sexos, seguido del grupo de 15-24 para el masculino y de 10-14 para el femenino.

El Programa de Prevención de la Conducta Suicida está estructurado en el municipio como parte del Grupo Municipal de la Salud Mental (GMSM), constatamos que éste fue adecuado al territorio y entre sus principales objetivos propone:

1. Evitar las tentativas de suicidio.
2. Identificar las poblaciones con riesgo suicida: depresiones, trastornos psiquiátricos de gravedad, pacientes y familiares con intentos suicidas.
3. Dar seguimiento a todo suicidio frustrado.
4. Impartir educación para la salud (profilaxis).

La Comisión Municipal está integrada por psiquiatra (responsable), psicólogo, representantes por cada área de salud, responsable por educación para la salud, epidemiólogo, trabajador social y especialista en estadística.

Cada Área de Salud debió estructurar su Comisión o Grupo de Salud Mental con los integrantes antes expuestos, según recogimos con la psicóloga del Grupo de Salud Mental (GSM) ya que en el documento no se especifica quiénes debían integrar las comisiones.

En cuanto a los recursos humanos en el municipio sólo existen dificultades con las trabajadoras sociales, hay 5 (22,7 %) de 22 que requieren los Grupos Básicos de Trabajo (GBT). El municipio se encuentra cubierto en el 100 % con médicos de la familia desde hace 4 años, no existen difi-

cultades con las demás especialidades, están en correspondencia con las necesidades.

Al nivel de área de salud las comisiones están creadas, pero no son homogéneas en su composición, en algunas se incluye al epidemiólogo y en otras participan los responsables de los Grupos Básicos de Trabajo (GBT) y un clínico, además del mencionado déficit de trabajadoras sociales.

En el Departamento de Estadísticas Municipal fueron revisadas las tarjetas de EDO, donde se detectó que el tiempo promedio de llegada de éstas a partir del intento o fallecimiento es de mes y medio. Existen dificultades en su llenado como: ausencia de edad, apellidos, sexos, así como 6 casos (5,4 %) en los que no se especificaba el método empleado para el intento aún después de tantos meses.

La competencia médica se evaluó mediante encuesta tanto a los médicos con o sin casos de intento suicida como los que no tenían, para conocer sus conocimientos sobre algunos elementos básicos del programa y el manejo del riesgo, se encontró que más del 50 % fueron evaluados satisfactorios y al desagregarlos por categoría los especialistas de MGI representan 56,2 %, seguidos de los residentes.

Las principales causas alegadas por los médicos de la familia encuestados de que existan resultados no satisfactorios al evaluar el conocimiento del programa fueron, desconocimiento del programa por no manejarlo a diario y prioridad de otros programas, demora en la notificación oficial de los casos, no coincidencia entre los datos de la tarjeta de EDO y el caso en cuestión, casos que no presentan riesgos aparentes, poca orientación por parte de los profesores de los GBT y de las vicedirecciones de Higiene y Epidemiología, así como mal funcionamiento de

las Comisiones de Prevención de las Áreas.

En relación con el proceso fueron revisadas las actas de la Comisión Municipal de Prevención de la conducta Suicida, observamos cómo, durante el año 1995, se realizaron encuentros de la comisión en 5 meses del año (de junio a noviembre) de un total de 11 reuniones programadas (45,5 %).

La calidad de las actas en su formato y contenido se evaluó de mal; no siempre se recoge el orden del día, el desarrollo no está en correspondencia con el orden del día programado cuando éste aparece; no recoge la esencia o los contenidos de lo analizado en la reunión, no aparecen discusiones de casos, los acuerdos no están presentes en la mayoría de las actas y cuando aparecen no se revisan en la reunión siguiente, no aparecen evaluaciones del programa, ni análisis o informes de su comportamiento por área de salud.

En el año 1995 se estableció un programa municipal de interconsultas psiquiátricas especializadas, como aspecto positivo. Ellas son: psicosis funcionales y afectivas, psicogeriatría, prevención de la conducta suicida, terapia grupal y de la familia, trastornos psicósomáticos, disfunción sexual. En la actualidad no se encuentran funcionando en su totalidad.

En la Comisión Municipal nos entrevistamos con 2 integrantes, la psicóloga responsable del Programa de Prevención de la Conducta Suicida y la epidemióloga, miembros que desempeñan una importante función dentro de la Comisión.

No fue posible reunir a todas las comisiones, por lo que se entrevistaron 2 de sus integrantes en cada una de ellas. Al tratar de revisar las actas de estas comisiones sólo existían en 2 áreas de salud (22 %) "Jorge Ruiz Ramírez" y "Manuel Fajardo", donde se ha realizado un trabajo de capacitación del personal sobre el tema, con un programa de actividades basado en el mejoramiento de los conocimientos.

Estas comisiones realizaron el análisis de los fallecidos, mas no se llevaron sus resultados a la reunión de GBT para generalizar el conocimiento en el manejo de los casos. En estas 2 áreas se realizaron todas las encuestas epidemiológicas a los familiares de los casos fallecidos por suicidio.

En cuanto al flujo de la información a través de la tarjeta de EDO, fue evaluado de no aceptable. El tiempo promedio de llegada de la tarjeta de EDO al área de salud a partir del intento suicida o el fallecimiento por esta causa es de aproximadamente un mes y medio.

No obstante, existen dificultades como veremos en los resultados de las encuestas realizadas a los médicos de la familia. En opinión de los entrevistados el trabajo no es sistemático ni integral por parte del Equipo de Salud Mental y por lo general recae sobre el psiquiatra y el psicólogo.

De 29 médicos de la familia que tenían casos de fallecimiento por suicidio se lograron encuestar 24 médicos, para un 82,7 %. El resto no pudo ser encuestado por estar de licencia y vacaciones.

Los resultados se comentan a continuación:

- El 79 % de los médicos de la familia encuestados tenía más de 3 años de graduados, a los especialistas de MGI correspondía el 58,3 %.
- El 42,8 % de los médicos de la familia encuestados tenía 1 y menos de 1 año de graduado y el 35,7 % entre 2 y 3 años.
- El GBT tenía cubierta la necesidad de psicólogos y psiquiatras.
- El 45,8 % de los casos fallecidos por suicidio (11) tenía historia anterior de intento suicida, sólo el 41,8 % de estos casos estaba dispensarizado como riesgo suicida. El mayor porcentaje de casos no dispensarizados

correspondió a los residentes de MGI (62,5 %).

- El área de salud "Jorge Ruiz Ramírez" sólo había realizado el 20,8 % de la valoración de la conducta de riesgo suicida, dato corroborado con la revisión de historias clínicas individuales, en la historia clínica familiar sólo se mencionaba la dispensarización, pero no los riesgos ni el seguimiento en la historia clínica individual.
- La interconsulta que establece el programa con psiquiatría en la primera semana después del intento fue realizada en el 58,3 % de los casos.
- Las visitas de terreno establecidas en el programa (quincenal, mensual y bimensual), tenían porcentajes de cumplimiento de 70,8; 45,8; y 29,2 %, respectivamente.
- La interconsulta con psicología fue realizada por 87,5 % de los médicos de la familia.

Fueron revisadas las historias clínicas individuales de 21 casos solamente (el resto estaba extraviado) y las 24 fichas familiares de los pacientes fallecidos. En ellas se constató dificultad en la realización de la primera consulta de evaluación de riesgo suicida y la valoración integral por el GSM. El terreno y las visitas de seguimiento presentaron un mejor comportamiento, fueron evaluadas de aceptable.

La evaluación realizada con la encuesta aplicada a los médicos con fallecidos por suicidio sobre el conocimiento del programa, mostró que más del 40 % tiene un buen manejo de éste.

DISCUSIÓN

Como se señaló, la tasa de suicidio municipal se evaluó como aceptable por tener cifras por debajo de la media nacio-

nal; no obstante, la tendencia es ascendente según refleja el análisis de la situación de salud del territorio. Este comportamiento no es diferente al del país, donde ocupa la sexta causa en 1995.⁴

Llama la atención cómo el área que presentó mayor riesgo de morir por suicidio ("Isidro de Armas") es la que presentó mayor tasa de intentos suicidas; esto demuestra cómo el trabajo en función de este problema de salud es muy deficiente, ya que no existe una estrategia de trabajo sobre la base de un exhaustivo análisis de sus casos.

En opinión de los médicos de la familia entrevistados el trabajo no es sistemático, ni integral por parte del equipo de salud mental, generalmente recae sobre el psiquiatra y el psicólogo, además, los casos no son discutidos en las reuniones del GBT. Sólo se manejan cifras de aumento o disminución de los casos, y variables como edad y sexo, mas no se establecen estrategias individuales y colectivas para los grupos de riesgo, según lo establecido en el programa.

No obstante, aunque existen dificultades en todas las áreas de salud y los peores resultados se encuentran en el "Isidro de Armas" y el "Manuel Fajardo", este último y el policlínico "Jorge Ruiz Ramírez" deben señalarse como iniciadores de una estrategia de trabajo positiva durante el año 1995.

La situación por edades y sexo en el municipio Playa durante el año en estudio es similar al comportamiento de numerosos países; donde generalmente es mayor el número de suicidios en los hombres.²

Llama la atención la edad mediana en mujeres (34 años). En un estudio evolutivo por trienios de la mortalidad por suicidio en Cuba los AVPP por esta causa se incrementaron de 2,7 años por 1 000 habitantes en el trienio 1963-1965 a 6,0 en el

trienio 1982-1984, y fueron las mujeres las que aportaron mayor número de AVPP.⁵

En relación con lo intentos suicidas las tasas son mayores en las mujeres. Coinciden estos resultados con los reportados por la literatura consultada, pero difieren en que a medida que aumenta la edad no disminuye el intento.¹

Las deficiencias encontradas en la estructura y el proceso que conllevaron a que fuera evaluado de no aceptable resultan ser los elementos esenciales que trajeron por consecuencia que los objetivos del programa no se cumplieran para este municipio, donde la competencia y desempeño médico juegan una función fundamental; pero no debemos olvidar que en cuanto a la prevención de la conducta suicida las preocupaciones no deben ser sólo sobre el aspecto del tratamiento sino fundamentalmente en los factores de riesgo que contribuyen a poner de manifiesto conductas suicidas y la promoción de una franca comunicación entre los hombres y su autoestimación, donde los diferentes elementos de la sociedad deben desempeñar su función.⁶

Se puede concluir que los resultados obtenidos por el programa no ofrecen el impacto esperado, dado que la mortalidad y la morbilidad muestran una tendencia en ascenso. El programa no resulta del todo eficaz, porque los objetivos establecidos tanto al nivel nacional como al municipal, no se cumplieron en su totalidad. La estructura del programa debe perfeccionarse al nivel municipal y del área de salud, debido a una no uniforme integración de sus miembros, la existencia de algunas dificultades en el funcionamiento de las comisiones y el déficit de trabajadores sociales. El flujo de información es un poco lento. La vigilancia de riesgo de la conducta suicida es pobre, y es en la dispensarización y el manejo de los casos con riesgo donde más debe trabajarse.

SUMMARY

A retrospective-descriptive study was undertaken to assess some aspects of the National Suicidal Behaviour Prevention Program, taking its structure, process and results into account. The study covered aspects such as dead people from suicide and attempted suicide cases in Playa municipality, City of Havana, during 1995 as well as family physicians who treated suicide cases and a randomized group of physicians who had neither dead people from suicide nor attempted suicide case in the same year. The individual and family medical records of the dead patients of the first group of physicians were checked. Both groups of physicians were put to a competency test so as to evaluate their knowledge on the main program actions. Expert criteria, indexes and standards were used in this test. The Program was neither efficient, nor effective due to the shortcomings found in its structure, process and results.

Subject headings: SUICIDE, ATTEMPTED/prevention & control; SUICIDE/prevention & control; PROGRAM EVALUATION; NATIONAL HEALTH PROGRAMS; KNOWLEDGE; ATTITUDES; PRACTICE; PHYSICIANS; FAMILY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riera C, Alonso O, Massit E. La conducta suicida y su prevención. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 1988.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Cuadernos de Salud Pública OMS 1983;35:89-96.
3. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington, D.C.:OPS, 1994; vol 1:211-23. (Publicación Científica;532).
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe Anual 1995. La Habana, 1996.
5. Ríos E, Tejeiro A, Ávalos O, Vidal M, Moreira V, Mesa A. Evolución de la mortalidad en Cuba analizando un trienio de cada década del período revolucionario. Rev Cubana Med Gen Integr 1987;3 (Suplemento):60-1.
6. Blumental SJ. El Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clin Méd Norte Am 1988;4:999-1035.

Recibido: 24 de marzo de 1997. Aprobado: 15 de marzo de 1998.

Dra. *Nurys B. Armas Rojas*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta No. 1158, entre Llinás y Clavel, Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba, CP 10300.