

***EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA Y EL DESEMPEÑO.  
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA  
EN CUBA. MUNICIPIO DE BOYEROS, 1995***

*Waldo Dieste Sánchez,<sup>1</sup> Joel Álvarez González,<sup>2</sup> Ricardo Carrillo Salomón,<sup>3</sup> Ada Cabrera Cabrera<sup>4</sup> y Olga Díaz Castrillo<sup>4</sup>*

**RESUMEN:** Se expresa que para evaluar la competencia y el desempeño en relación con el Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Cuba, se aplicó una encuesta mediante entrevista individual a 50 médicos de la familia seleccionados al azar, con un año como mínimo en su consultorio, y con pacientes que habían atentado contra su vida en la población atendida por ellos. Se examinan las historias clínicas ambulatorias y familiares, entre otros documentos. Se encuentra que prácticamente no se cumple la dispensarización del paciente con intento suicida, pues con marcada frecuencia se desconoce su ocurrencia, y no puede considerarse por ello el riesgo potencial de suicidio; tampoco dispensarizan a los individuos y a las familias según riesgo suicida. Se informa que la calidad de las historias clínicas ambulatorias y familiares de estos pacientes fue catalogada de mala, y en la mayoría absoluta de los casos, no se analiza este Programa en el diagnóstico de la situación de salud. Se señala que la identificación de necesidades debe llevar a la actualización, mediante la educación permanente, y a evaluaciones periódicas del Programa, con el fin de lograr los objetivos, propósitos y directrices para el año 2000 que a él conciernen.

**Descriptores DeCS:** SUICIDIO/prevención & control; INTENTO DE SUICIDIO/prevención & control; MEDICOS DE FAMILIA; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD; EVALUACION.

La mortalidad por enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud, constituye uno de los principales problemas de salud en nuestro país.<sup>1</sup>

Entre las primeras causas de muerte de todas las edades, el suicidio y las lesiones autoinfligidas en la actualidad ocupan el 8vo. lugar, con una tasa de 18,2 por 100 000 habi-

<sup>1</sup> Especialista en Medicina del Trabajo. Unidad de Análisis y Tendencias. Municipio Boyeros. Ciudad de La Habana.

<sup>2</sup> Especialista en Medicina General Integral. Policlínico "Salvador Allende". Municipio Boyeros. Ciudad de La Habana.

<sup>3</sup> Ingeniero Industrial. Unidad de Análisis y Tendencias. Municipio Boyeros. Ciudad de La Habana.

<sup>4</sup> Especialista en Higiene Escolar. Departamento de Epidemiología. UMHE de Boyeros. Ciudad de La Habana.

tantes, el 7mo. lugar para el sexo masculino, y el 4to. lugar para el grupo de 15 a 49 años de edad, posición donde también se ubican, los años de vida potencialmente perdidos.<sup>2</sup>

Se sabe que por cada suicidio se producen de 10 a 15 intentos suicidas, y es mayor la relación para los adolescentes. En estudios de seguimiento de pacientes después del intento, se ha visto que de 15 al 10 % se suicidan, y que del 10 al 60 % de los pacientes que se suicidaron tenían intentos previos.<sup>3</sup> La magnitud del problema y la posibilidad de actuar conociendo los factores asociados, determinó en 1989 la implantación del Programa.<sup>4</sup>

Entre las directrices específicas trazadas por el Ministerio de Salud Pública con el propósito de reducir las tasas de mortalidad por suicidio para el año 2000 están: elevar la calidad de la atención médica primaria, y la prevención, mediante el control de los factores de riesgo.<sup>5</sup>

En visitas de supervisión a consultorios de los médicos de la familia, y en el análisis de algunos de los fallecidos, se detectaron deficiencias en la dispensarización, y en la aplicación del Programa, por lo que nos propusimos evaluar la competencia y el desempeño.

Aunque sabemos que la palabra evaluación causa alarma, es una impresión equivocada, puede alertar a los trabajadores de la salud, ayudar a conocer y hacer mejor sus actividades. Sólo después de saber cómo nos va, podremos planear la forma de hacerlo mejor.

## ***Métodos***

Se aplicó una encuesta mediante entrevista individual a 50 médicos de la familia, con 1 año como mínimo en su consultorio, y con pacientes que habían atentado

contra su vida en la población atendida por ellos, a partir de los registros estadísticos existentes en las áreas de salud, y el tarjetero de enfermedades de declaración obligatoria de la Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología.

El tamaño de la muestra probabilística fue suficiente para dar cumplimiento al objetivo propuesto, con el 95 % de confiabilidad y un error permisible no mayor de 5 %.

Las variables o aspectos principales que se consideraron fueron: la periodicidad del seguimiento al paciente con intento suicida, el número mínimo de consultas al año que debe recibir del equipo de salud, el tiempo mínimo de su dispensarización para considerar criterio de alta, los elementos para considerar el riesgo potencial de suicidio en la 1ra. consulta, los grupos de riesgo en nuestro país, la determinación del riesgo suicida, los factores asociados para identificar individuos y familias con este riesgo (para todas estas variables se evaluó conocimiento y aplicación).

También se evaluaron: la coincidencia del número de intentos en los registros estadísticos y los del consultorio, el conocimiento del intento suicida, la calidad de las historias clínicas ambulatorias (HCA) y familiares (HCF), dominio del Programa, y su análisis en el diagnóstico de la situación de salud (DSS), además de la categoría profesional del médico, años de trabajo en el consultorio, y años de inaugurado éste.

Previamente habíamos hecho un estudio piloto para conocer el comportamiento de las características que se debían estudiar y definir el tamaño muestral, lo que nos permitió, además, verificar la comprensión de la encuesta, y sirvió de adiestramiento.

## Resultados

El 92 % de los médicos entrevistados desconocen la periodicidad del seguimiento a los pacientes con intento suicida, el 94 %, el mínimo de consultas al año que deben recibir, y el 88 % demostró su incompetencia en relación con el mínimo de tiempo que se debían dispensarizar (fig. 1). En todos los consultorios evaluados se incumplían los 2 primeros aspectos, y sólo en el 5 % de éstos se cumplía el tercero.

Los elementos para evaluar el riesgo potencial de suicidio en la primera consulta al paciente con intento suicida (fig. 2), fueron según los encuestados: alteraciones en la interrelación familiar (32 %), antecedentes personales y familiares con enfermedades psiquiátricas (30 %), factores motivacionales (18 %), antecedentes personales y familiares de conducta suicida (14 %), letalidad del método empleado (12 %), gravedad de las circunstancias (8 %), seriedad de la intención (2 %), y los que no dieron respuesta (34 %). En ningún caso eva-

luaron este riesgo. El 92 % de los entrevistados desconocen los grupos de riesgo para el intento suicida en nuestro país, y el 78 % no saben cómo determinar el riesgo suicida (fig. 3). Ninguno hace uso de estos conceptos.

Los factores asociados que se deben tener en cuenta para determinar individuos con riesgo suicida fueron, según los entrevistados: todo tipo de depresión (34 %), farmacodependencia y alcoholismo (30 %), enfermedades crónicas invalidantes (30 %), personas sin atención familiar (18 %), antecedentes familiares de intentos suicida o suicidios (12 %), y sobrevivencia al intento (10 %). A los restantes factores correspondió el 20 %. No dio respuesta el 32 % (figura 4).

Como elementos que se debían tener en cuenta para identificar familias con riesgo suicida mencionaron: alteraciones de la dinámica familiar (34 %), problemas sociales de envergadura (32 %), presencia de individuos con riesgo suicida (22 %), bajos ingresos per cápita y nivel de escolaridad (20 %).

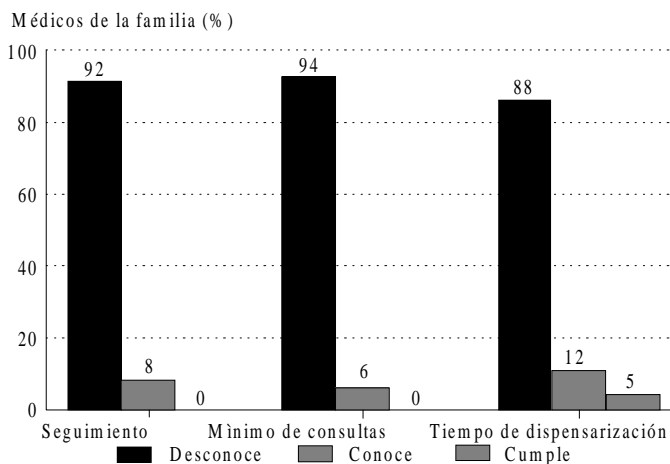


FIG. 1. Periodicidad del seguimiento mínimo de consultas al año y mínimo de tiempo que se debe dispensarizar.

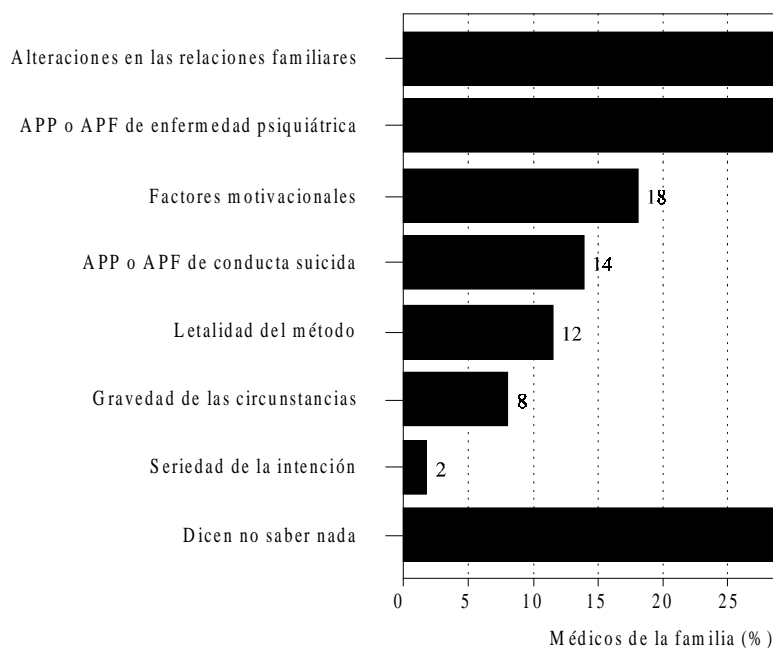


FIG. 2. Elementos para evaluar riesgo potencial de suicidio en la primera consulta.

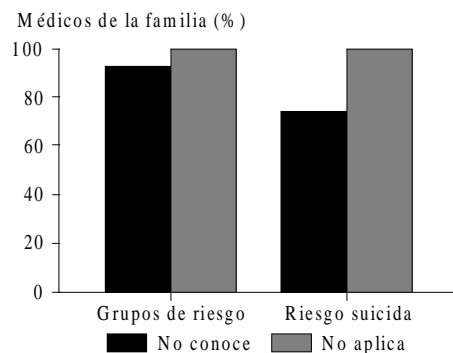


FIG. 3. Grupos de riesgo y determinación de riesgo suicida.

No respondió el 40 % de los médicos, reconociendo no saber.

No encontramos coincidencia, entre el número de pacientes registrados en los controles estadísticos por intento suicida y los relacionados en las historias clínicas familiares por esa causa, en el 92 % de los consultorios visitados (fig. 5), debido a

que el 74 % de los intentos eran desconocidos para los médicos de la familia.

El 62 % de los pacientes con tentativa de suicidio no tenían historia clínica ambulatoria, y de los que sí la tenían, en ninguna se hacía referencia al suceso que nos ocupa (quedaron sin localizar 3 historias clínicas).

La calidad fue evaluada de mala en el 100 % de las historias clínicas ambulatorias y familiares examinadas.

No se hizo análisis del comportamiento de la conducta suicida en el 98 % de los diagnósticos de la situación de salud.

El 100 % de los médicos no dominan el Programa evaluado, y sólo el 12 % lo maneja, aunque el 78 % de ellos tenían más de 3 años de graduados (en su mayoría eran especialistas o residentes de 3er. año), el 80 % llevaba más de 1 año en el mismo consultorio, y el 82 % de éstos habían sido inaugurados hacía más de 2 años.

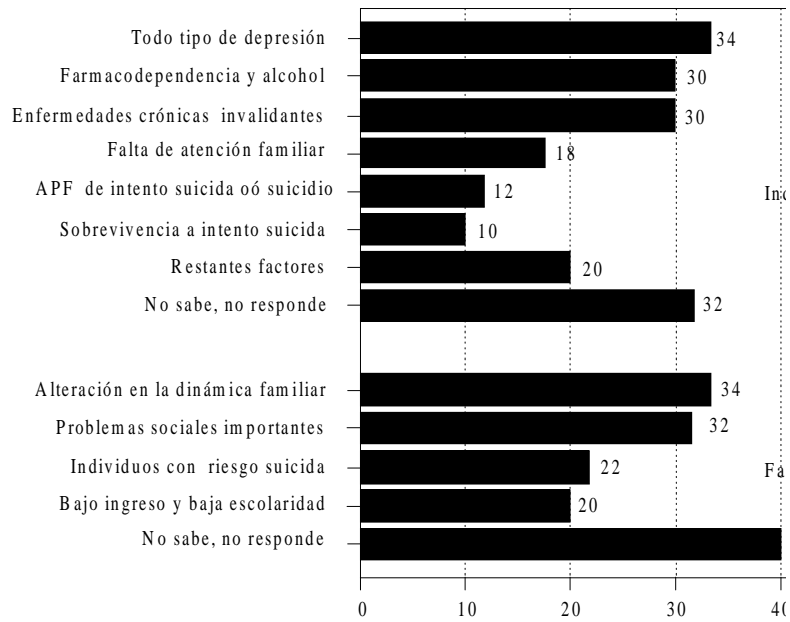


FIG. 4. Factores asociados que se deben tener en cuenta para identificar individuos y familias con riesgo suicida.

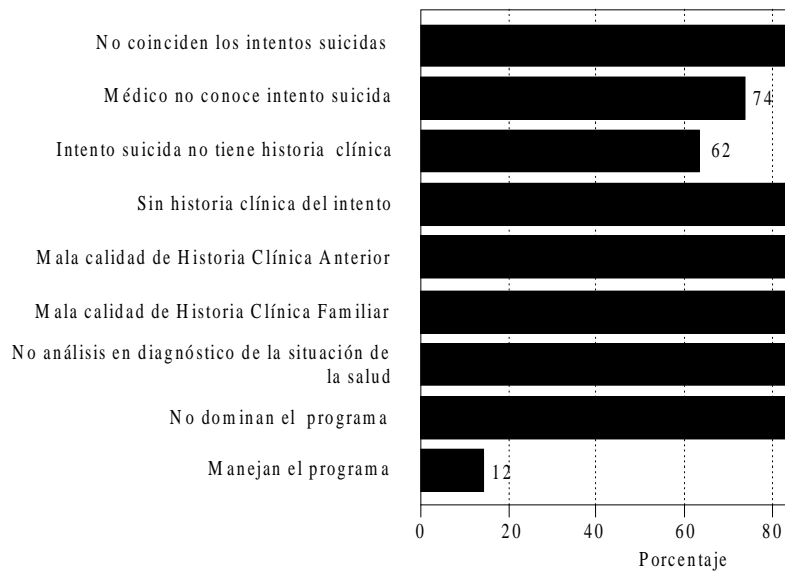


FIG. 5. Conocimiento del intento suicida, evaluación de las historias clínicas y dominio del programa

## ***Discusión***

Las dificultades del denominado por algunos Programa "Cenicienta" comienzan, cuando notificado el caso, es impuesta de hecho la estadística del Policlínico, que registra los correspondientes datos, pero no se hace llegar la información al médico de la familia, de modo que pueda hacer la dispensarización, y lograr la participación de la familia, y el equipo de salud, en su atención.

El seguimiento del paciente con intento suicida no se planifica, y en ningún consultorio encontramos la participación del médico en la decisión para determinar el alta del paciente, que debe ser en coordinación con el psiquiatra o el equipo de salud.

Los médicos no consideran el riesgo potencial de suicidio en la primera consulta. Las respuestas en relación con ello, en un elevado porcentaje, se referían a un solo elemento, y es importante la cifra de los que no respondieron, demostrando no saber.

Aunque al ser valorada la seriedad de la intención, no parezca razonable,<sup>6</sup> es siempre importante tenerla en cuenta.

Numerosos autores destacan la utilidad de indicadores que permitan predecir o pronosticar la conducta suicida.<sup>7-10</sup>

Teniendo factores asociados y grupos de riesgo representativos de nuestra población, no se dispensariza el riesgo suicida, y en relación con los primeros, llama la aten-

ción el pobre nivel de respuesta, en una tercera parte nulas, reconociendo no saber.

El desconocimiento de los intentos suicidas, el no dominio del Programa, los resultados de las evaluaciones de las historias clínicas de estos pacientes, y la no inclusión de su análisis en el diagnóstico de la situación de salud, denotan la existencia de problemas organizativos, falta de control, y la necesidad de priorización, pues la experiencia de trabajo de los encuestados es alta, tienen en general dominio de la población que atienden, y hay estabilidad en los servicios que brindan.

## ***Conclusiones***

1. La competencia y el desempeño de los médicos entrevistados en relación con el Programa Nacional de la Conducta Suicida en Cuba fue pobre.
2. Prácticamente no se cumple la dispensarización del paciente con intento suicida, y con marcada frecuencia se desconoce su ocurrencia.
3. La identificación de estas necesidades debe llevar a la actualización de los médicos de la familia mediante la educación permanente, y a evaluaciones periódicas de este Programa, con la finalidad de lograr los objetivos, propósitos y directrices para el año 2000, que a él conciernen.

**SUMMARY:** With the aim of assessing the competence and performance according to the Suicidal Behaviour Prevention Program in Cuba, a survey was applied to 50 family physicians randomly selected who had been in charge of his office for at least one year, and had treated patients with attempted suicide histories. Ambulatory medical and family records as well as other documents were examined. It is found that there is practically no classification of attempted suicide patients since most of such attempts is unknown and the potential suicidal risk can not be taken into consideration. Neither individuals nor families are classified under suicidal risks. It is reported that the quality of ambulatory and family medical records was found to be poor and also that this Prevention Program was mostly glossed over in the health condition diagnosis. It is stated that the

identification of needs should lead to up-dating through systematic education, and to periodically evaluating the Program with a view to fulfilling its objectives, targets and guidelines for the year 2000.

Subject headings: **SUICIDE/prevention & control; SUICIDE ATTEMPTED/prevention & control; PHYSICIANS, FAMILY; PRIMARY HEALTH CARE; NATIONAL HEALTH PROGRAMS; EVALUATION.**

### ***Referencias bibliográficas***

1. Ochoa SR. La política del Ministerio de Salud Pública en la prevención de las enfermedades no transmisibles. Rev Cubana Hig Epidemiol 1991;29(1):3-9.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 1996. La Habana: Prensa Latina, 1996.
3. Nielsen B, Wang AG, Bille-Brahe U. Attempted suicide in Denmark. A five year follow up. Acta Psychiatr Scand 1990;81(3):250-4.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Psiquiatría. Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida en Cuba. La Habana, 1988.
5. ———. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(3):271-87.
6. Guilbert RW, Trujillo GO. Un abordaje psicológico de la problemática del suicidio en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1993;9(4):317-26.
7. Bille-Brahe U. The WHO-EURO Multicentre Study: risk of parasuicide and the comparability of the areas under study. Crisis 1996;17(1):32-42.
8. ———. A repetition prediction study on European parasuicide populations. Crisis 1996;17(1):22-31.
9. Bjarnason T, Thorlindsson T. Manifest predictors of past suicide attempts in a population of Icelandic adolescents. Suicide Life Threat Behav 1994;24(4):350-8.
10. Norstrom P, Asberg M, Aberg WA, Nordin C. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. Acta Psychiatr Scand 1995;92(5):345-50.

Recibido: 4 de septiembre de 1997. Aprobado: 23 de diciembre de 1997.

Dr. *Waldo Dieste Sánchez*. Unidad de Análisis y Tendencias. Municipio Boyeros, Ciudad de La Habana, Cuba.