

Prevención del suicidio en adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba

Suicide prevention in adolescents in a health area of Santiago de Cuba

Lic. Flavia Rodríguez Almaguer,¹ MsC. Yasmín Mok Olmo,¹ Lic. Licet Cuervo Bello¹ y MsC. Orestes Dominador Rodríguez Arias¹¹

¹ Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación exploratoria en algunos miembros del personal sanitario (una psicóloga y 6 médicos de familia) perteneciente al área de salud del Policlínico Universitario "Julián Grimau García" de Santiago de Cuba, de diciembre de 2011 a marzo de 2012, que presentó los índices más elevados de intento de suicidio en la adolescencia durante el 2011, a fin de determinar los problemas existentes en la prevención de ese comportamiento, para lo cual se utilizó la metodología cualitativa, específicamente el diseño de campo y los métodos: observación, entrevista en profundidad y cuestionario. Los resultados evidenciaron una atención psicológica sin adecuados enfoques preventivo y comunitario, irregularidades en la atención por psiquiatría, poca implicación de la familia y desvinculación de la escuela. En general, hubo dificultades en la aplicación del Programa Nacional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida, lo que estuvo unido a la necesidad de aprendizaje sobre el tema y de mayor sensibilización al respecto, así como a la sobrecarga laboral en los profesionales.

Palabras clave: adolescencia, intento de suicidio, suicidio, Programa Nacional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Exploratory research was conducted in some medical personnel (a psychologist and 6 family doctors) belonging to the health area of "Julián Grimau García" University Polyclinic of Santiago de Cuba, from December 2011 to March 2012, which had the highest rates of suicide attempt in the adolescence during 2011, in order to identify problems in the prevention of such behavior, so that the qualitative methodology was used, specifically the field design and methods: observation, interviews in depth and questionnaire. The results showed a psychological treatment without appropriate preventive and community approaches, irregularities in psychiatry care, little family involvement and disengagement from school. Overall, there were difficulties in the implementation of the National Program for the Prevention and Treatment of Suicidal Behavior, which was linked to the need for learning about the subject and for greater awareness in this respect, as well as to excessive workload in the professionals.

Key words: adolescence, suicide attempt, suicide, National Program for the Prevention and Treatment of Suicidal Behavior, primary health care.

INTRODUCCIÓN

Cada año, aproximadamente un millón de personas se suicidan, lo cual representa una muerte por minuto y casi 3 000 muertes diarias. Por cada suicidio que ocurre, hay de 10 a 20, o más, intentos de suicidio; de igual manera, en muchos países, es una de las 3 principales causas de fallecimiento en los adolescentes con edades de 15 a 24 años.^{1,2}

Durante las últimas décadas, en Cuba se han incrementado las tentativas de quitarse la vida en jóvenes menores de 20 años, según los datos del Anuario Estadístico de 2010 del Ministerio de Salud Pública,³ por lo que en el país se desarrollan los esfuerzos para reducir este indicador.

Al respecto, en el 2011, en Santiago de Cuba hubo un total de 111 intentos de suicidio en niños y adolescentes del grupo etario de 10 a 15 años, con un predominio del sexo femenino. El área de salud más afectada fue la del Policlínico Universitario "Julián Grimau García" (Departamento de Estadística. Dirección Municipal de Salud, Santiago de Cuba).

Ante los planteamientos anteriores, surgieron las siguientes interrogantes: ¿Qué acciones preventivas se están aplicando para controlar las incidencias de intentos de suicidio en los adolescentes? ¿Qué elementos pudieran influir de forma negativa en este proceso?

De manera que este estudio tuvo como propósito identificar las dificultades presentes en las acciones de prevención del suicidio en la adolescencia a partir de las estrategias propuestas en el Programa Nacional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida e identificar las necesidades del personal de salud implicado en el Programa.

MÉTODOS

Se efectuó una investigación de alcance exploratorio en algunos miembros del personal de salud perteneciente al área del Policlínico Universitario "Julián Grimau García" de Santiago de Cuba, de enero de 2011 a marzo de 2012, por presentar los índices más elevados de intento de suicidio en la adolescencia durante el 2011, con vistas a determinar las dificultades existentes en la prevención de esa conducta en los adolescentes de dicha área sanitaria.

A través de la exploración se intentó lograr el esclarecimiento y la delimitación de problemas no bien definidos, de modo que se aportaran conocimientos a partir de sus resultados. Asimismo se emplearon:

- La metodología cualitativa, pues desde su visión holística se puede apreciar el escenario y las personas en una perspectiva de totalidad. A partir de su enfoque humanista, se facilita la comprensión de los individuos en su propio marco de referencia, según las experiencias particulares, captadas desde las percepciones, concepciones y actuaciones de quien las protagoniza.
- El diseño de campo, que remitió a la recogida de los datos directamente de la realidad, lo que facilitó su revisión o modificación. De este se seleccionó el diseño cualitativo, en el cual se utilizan las representaciones y los discursos obtenidos como información en las condiciones reales, mediante el análisis y la interpretación de unidades de sentido, que se expresan en la actuación, las creencias, las actitudes y las prácticas.

Se accedió al campo de manera formal, mediante una solicitud de permiso a la directora de Policlínico, en la que se expresaban los objetivos de la investigación y los principios éticos sobre los cuales se fundamentaba; también se aseguraba el anonimato de los participantes. Luego de obtenerse la aprobación, se inició la fase de sondeo para reconocer el contexto físico e iniciar los contactos con el personal encargado de implementar el Programa Nacional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida. Así, se conoció que dicha actividad correspondía a los miembros del equipo de salud mental (ESM), conformado por una psicóloga, que ejercía como jefa, y 2 psicometristas, por lo que se contactó con la primera (considerada como informante-clave) a través de un consentimiento informado. Ella refirió datos relevantes sobre la labor de prevención de la conducta suicida en adolescentes, desarrollada en este centro de salud, e informó además de la participación de los médicos de familia en la acción, los cuales fueron incluidos en el estudio.

Durante el periodo comprendido de enero del 2011 a marzo del 2012, se revisó la información necesaria en el Departamento de Estadísticas de dicha institución y se seleccionaron los consultorios del área con mayor incidencia de intento de suicidio en adolescentes, luego de considerar la hipótesis de que en estos pudieran encontrarse las mayores dificultades. Se contactó con los médicos por una vía informal, quienes accedieron a participar; entonces se convinieron sus roles y se definió la función del investigador como observador externo y evaluador.

En la serie fue empleado el muestreo no probabilístico (o dirigido), en el cual la elección de los elementos no dependía de la probabilidad, sino del criterio del investigador y el proceso de toma de decisiones. Siendo uno de los más usados en la investigación cualitativa, permite realizar una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas, según el problema.

De igual manera, se escogió el muestreo intencional (por criterios), en el que se seleccionaron los sujetos que satisfacían cierta condición previamente establecida, de modo que se consideraron como participantes los profesionales del área de salud que tenían mayor protagonismo en la aplicación del Programa Nacional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida, o sea, el psicólogo del ESM y los médicos de familia de los consultorios que presentaron el mayor número de incidencias de adolescentes con intento de suicidio durante el período de estudio. Luego del proceso de revisión de documentos estadísticos para determinar los consultorios médicos que cumplieran con los criterios señalados, quedaron seleccionados 6 de ellos.

De esta forma el marco muestral quedó constituido por un psicólogo y 6 médicos de familia, y los métodos empleados en la recolección de la información fueron la entrevista en profundidad, aplicada al psicólogo, y el cuestionario, utilizado en los médicos. El cuestionario era de partida unidimensional y constó de 14 preguntas abiertas y cerradas basadas en sus objetivos, cuyas respuestas fueron analizadas cualitativamente. Por otra parte, se emplearon la observación no estructurada en todos los integrantes de la serie y la técnica de análisis de contenido, que posibilitó una descripción profunda de la información, sus características, principios y relaciones, contraria a la mera cuantificación de elementos.

Atendiendo a criterios temáticos y a partir de los resultados del cuestionario y la entrevista, se realizó la categorización, como una técnica de análisis aplicada a los datos generados por la propia investigación, lo que hizo posible clasificar conceptualmente las unidades de un mismo tópico a través de categorías y presentar la información, según su

contenido e interpretación. Las categorías fueron definidas a medida que se analizaban los informes por medio de un procedimiento inductivo.

RESULTADOS

Entrevista en profundidad

- Estructuración del equipo de salud mental y configuración del servicio

Hacía 5 años que ejercía como jefe del ESM del Policlínico. Asumió el cargo con un equipo estructuralmente incompleto, compuesto solo por 2 psicometristas y una trabajadora social; las dos primeras habían trabajado junto con ella en las psicometrías de los pacientes, pero la presencia de la última era prácticamente "simbólica".

La atención de psiquiatría era realizada en consultas semanales por la psiquiatra infanto-juvenil del centro. Dicho servicio presentaba irregularidades, puesto que la especialista era frecuentemente movilizaba hacia otras funciones, por lo que los psiquiatras de otras instituciones de salud eran variablemente asignados a prestar este servicio y los pacientes en ocasiones eran remitidos a la Clínica del Adolescente. Al no pertenecer al centro, ni permanecer de forma relativamente estable, los psiquiatras no se involucraban con el trabajo realizado por la psicóloga.

- Capacitación en el Programa y tratamiento de la conducta suicida

No recibió ninguna capacitación sobre el trabajo con el Programa desde el enfoque comunitario, ni sobre la atención específica en la adolescencia, y era la primera vez que trabajaba directamente con este grupo etario. A pesar de haber adquirido conocimientos y experiencia, expresó la necesidad de actualización y profundización en las temáticas correspondientes.

- Dispensarización y prevención del intento de suicidio en adolescentes (ISA)

En la consulta de Psicología solo se atendían los pacientes que eran remitidos por los profesionales de la atención secundaria, luego del egreso hospitalario, lo cual estaba dado en que los médicos de familia no realizaban la pesquisa de los adolescentes con riesgo y solo eran dispensarizados aquellos que ya habían atentado contra su vida. Al no ser identificados los grupos vulnerables, no se efectuaba una adecuada prevención comunitaria.

- Prevención directa y elementos físico-ambientales

Igualmente, en la consulta se llevaban a cabo acciones de intervención que constituían, a la vez, una prevención directa, a través de medidas que ayudaban a resolver los pensamientos suicidas, y se brindaban soluciones alternativas para evitar la reincidencia del hecho. Los pacientes integraban un grupo terapéutico que se conformaba cada 6 meses cuando había un número suficiente de integrantes (de 10 a 15), por lo que quedaba constituido aproximadamente un grupo en el año. Dicho grupo cerrado se realiza durante 3 meses, con una frecuencia semanal, y el principal objetivo era brindar recursos psicológicos para evitar otro intento de suicidio. Estos adolescentes se mantenían asistiendo a consulta durante un año hasta el alta médica. Por su parte, el trabajo grupal estaba condicionado por varios factores que influían negativamente en su

estabilidad y eficacia: se realiza en lugares de la institución donde no había suficiente privacidad ni las condiciones físicas necesarias (iluminación, ventilación, entre otras).

- Interés de los adolescentes hacia la terapia grupal

Algunos adolescentes abandonaban el grupo y otros eran inconsistentes en cuanto a la asistencia debido a diferentes motivos: sobrecarga de actividades escolares, poca motivación con la terapia, asuntos personales y familiares, por citar algunos; por lo que muy pocas veces las sesiones se realizaban con todos los miembros y al finalizar la terapia grupal al cabo de los meses, se contaba, quizás, con la mitad de sus miembros iniciales.

- Vínculo de la familia y la escuela en la prevención

Aún no se había podido integrar la familia a la estrategia terapéutica. Los familiares eran citados, pero no acudían con regularidad a los encuentros concertados para la escuela de padres, lo cual mostraba poca implicación con el proceso terapéutico de los jóvenes, quienes mayormente pertenecían a familias disfuncionales. La escuela no estaba vinculada a esta terapia y solo concedía los permisos para ir a las consultas de psicología y algunas sesiones grupales.

- Sobrecarga de trabajo asistencial y docente

La psicóloga refirió que no poseía tiempo suficiente para realizar promoción de salud y prevención del ISA en la comunidad, debido a la cantidad y variedad de trabajo asistencial que desempeñaba en el Policlínico, además de impartir clases dentro y fuera del centro sanitario.

Cuestionario aplicado a los médicos de familia

- Trabajo preventivo realizado por los médicos de familia

Estos reconocían dichas funciones como propias, según lo establecido por el Programa, pero quedaban mayormente limitadas al plano cognitivo y no se realizaba la pesquisa de los adolescentes con riesgo. Por otra parte, señalaban como elemento importante el poco interés de los jóvenes en la participación de actividades como los círculos de adolescentes.

- Conocimiento sobre la conducta suicida en adolescentes

Los conocimientos que poseían habían sido adquiridos durante su formación como médicos, pero no habían recibido una capacitación específica ni habían desarrollado estrategias instructivas en los centros escolares o laborales, o en la comunidad.

- Prioridad otorgada a la prevención de la conducta suicida en adolescentes

En la práctica se priorizaban otros programas de salud mental y control de epidemias en alza, que tenían mayores exigencias y eran más vigiladas por las organizaciones de salud provincial y municipal. Por otra parte, los médicos de familia poseían una baja percepción de la necesidad de prevenir la conducta suicida en adolescentes, sus opiniones e ideas al respecto presentaban poca elaboración, no existía una sensibilización suficiente hacia el problema, de manera que movilizara su comportamiento en el plano profesional.

- Necesidades percibidas de los encuestados respecto a la aplicación de acciones de prevención

La sobrecarga de actividades laborales de diversa índole disminuía el tiempo para la pesquisa de grupos de riesgo y el desarrollo de acciones de educación sanitaria en la comunidad. Manifestaban necesidades de aprendizaje en cuanto a las características de la etapa, los recursos para la comunicación con el adolescente y su familia, así como las habilidades de promoción y prevención. No contaban con un local adecuado y había poco espacio y falta de privacidad en los departamentos existentes.

Observación no estructurada

Se observó que las condiciones laborales eran inadecuadas, pues los locales de trabajo eran pequeños en relación con el número de personas que los utilizaban. Los profesionales presentaban sobrecarga de trabajo, debido a la elevada demanda tanto asistencial como docente que conllevaba el predominio de una urgencia temporal en su comportamiento.

Se evidenciaron, por parte de la psicóloga, manifestaciones que indicaban preocupación hacia el problema del suicidio en los adolescentes; sin embargo, había resignación y pasividad con respecto al abandono de estos del grupo terapéutico y la poca participación e implicación de la familia en el proceso.

Los médicos de familia mostraron expresiones verbales y físicas que denotaban poco conocimiento de la conducta suicida en la adolescencia, con lo cual se constató, además, poca sensibilización hacia el problema. También revelaron inseguridad y evasión sobre los temas relacionados con el control de los factores de riesgo y la prevención en el ámbito comunitario.

DISCUSIÓN

En varios países existen experiencias^{4,5} de programas escolares para prevenir el suicidio, varias clasificaciones del suicidio, según diferentes criterios,⁶ así como mecanismos propuestos que pueden conducir a la presentación del acto, entre ellos los hormonales, de duelos, entre otros.^{7,8}

Según Guibert Reyes,⁹ una actuación preventiva supone conocer las variables que generan el problema y su posible solución, las conductas que se deberían desarrollar y los métodos de cambio de dichas conductas.¹⁰

Entre los objetivos específicos del Programa Nacional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida¹¹ se encuentran el establecimiento del sistema de vigilancia y la realización de investigaciones cualitativas y cuantitativas para tipificar la conducta suicida, entre otros, cuyos cumplimientos deberían ser precisados en el área de salud de este estudio.

A partir del conocimiento de los factores de riesgo del intento de suicidio, el médico de la atención primaria estaría en condiciones para detectar aquellos individuos suicidas en potencia y trazar la conducta a seguir para que este paciente sea valorado de forma precoz por profesionales de la salud mental, los que sin objeción, están científicamente más capacitados para profundizar en el diagnóstico nosológico, perturbación y letalidad

potencial de la persona con riesgo de autodestrucción, así como la terapéutica que debe ser aplicada, sea hospitalizado o de forma ambulatoria.¹²

El trabajo realizado ante la conducta suicida en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Julián Grimau García" mostró dificultades, a saber: la atención psicológica no presentaba un adecuado enfoque preventivo y comunitario, existían irregularidades en la atención de psiquiatría, el grupo terapéutico "cerrado" retrasaba la participación oportuna del adolescente, había poco interés de los jóvenes hacia la terapia grupal, poca implicación de la familia en las estrategias preventivas y completa desvinculación de la escuela de estas.

Asimismo, se evidenció la necesidad de aprendizaje y la escasez de tiempo por funciones laborales, la poca sensibilización de los médicos de familia hacia el problema del suicidio en la adolescencia, la carencia de locales adecuados para el desarrollo de acciones preventivas y terapéuticas, así como la falta de un equipo completo de salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Prevención del suicidio, recurso para consejeros. Ginebra: OMS; 2006.
2. Gutiérrez Baró E. Pensamiento, ideas, mitos y realidades. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2010. p. 169.
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2010 [monografía en internet]. La Habana: MINSAP; 2010 [citado 23 Dic 2010]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IscScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2010>
4. Gojman I. Promoción de salud en la escuela. En: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, Silbert TJ, Suárez EN, Yenes J. La salud del adolescente y del joven. Washington DC: OPS; 2007. p. 46-56.
5. Organización Mundial de la Salud. El suicidio, un problema de salud pública y sin embargo prevenible. Ginebra: OMS; 2004. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
6. Domínguez García L. Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003. p. 107-20.
7. Barcos Pina I, Álvarez Sintés R. Atención al adolescente. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua LA. Medicina general Integral. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2008.
8. Macías Placeres LE. Suicidio en adolescentes [citado 21 May 2007]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos10/suiad/suiad.shtml>
9. Guibert Reyes W. Prevención de la conducta suicida en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 18(2): 149-54.

10. Mansilla Izquierdo F. Suicidio y prevención. Palma de Mallorca: Intersalud Neurociencias; 2010 [citado 11 Oct 2011]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3146/1/suicidio_y_preencion_fernando_mansilla_izquierdo.pdf
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida. La Habana: MINSAP; 2005.
12. Pérez Barrero S, Reytor Sol F. El suicidio y su atención por el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 [citado 11 Oct 2011]; 11(4): 156-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-51995000400001&script=sci_arttext&tlng=en

Recibido: 6 de junio de 2012.

Aprobado: 24 de junio de 2012.

Flavia Rodríguez Almaguer. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: orestes@medired.scu.sld.cu