

Conocimientos sobre el manejo de la conducta suicida por residentes de 1er año de la especialidad de MGI Los Palacios. 2016- 2017.

Autor principal: Yairelys Espinosa Ferro.

Categoría profesional: Psicóloga.

Categoría docente: Profesora asistente.

Centro de afiliación: Dirección Municipal de Salud .Los Palacios.

Correo electrónico: ferro@princesa.pri.sld.cu

Coautora: Yolanda Díaz Castro.

Categoría profesional: Licenciada en Psicología.

Correo electrónico: yolandadiaz@princesa.pri.sld.cu

La conducta suicida es un grave problema que enfrenta la sociedad, estando dentro de las 10 primeras causas de muerte a nivel mundial. El riesgo de comportamiento suicida aumenta con la edad, la tasa del suicidio aumenta por encima de los 60 años, pero las estadísticas en esta década apuntan a un considerable aumento de intentos suicidas en la adolescencia. La presente investigación tuvo como objetivo evaluar los conocimientos sobre el manejo de la conducta suicida en los residentes del 1er año de MGI en el municipio de Los Palacios en el año 2016-2017. Es un estudio descriptivo y transversal realizado en la Sede Universitaria Médica de Los Palacios donde la muestra lo constituyeron 11 residentes. **Como principales resultados** se observó que solo el 9.09% de la muestra no conocía en que se basaba dicho comportamiento. El 100% de la muestra no domina la clasificación que se tiene en cuenta para realizar la tipificación de la conducta suicida, así como la explicación de cada una de ellas. Además el 72.7% no conocen quien debería abordar la primera ayuda psicológica y el 90.9% no domina que es lo que se debiera hacer. Con respecto a la prevención de la conducta suicida el 54.5 % no dominan qué acciones se deben llevar a cabo desde la APS y el 81.8% no conoce el sistema de consultas por las

que debe transitar una persona frente a esta situación. Este sería un primer paso de una estrategia para la prevención de la conducta suicida en el municipio.

Palabras Claves: conducta suicida, residentes.

Introducción

La conducta suicida es considerado como todo acto cometido en perjuicio de quien lo ejecuta con diverso grado de intento letal, incluye el intento suicida y el suicidio consumado, siendo el intento suicida o parasuicidio un acto deliberado con resultado no fatal, que intenta causar o que realmente causa daño o que sin la intervención de otros puede autodañar y el suicidio es comprendido cuando a consecuencia del intento suicida se produce la muerte.

El comportamiento suicida, ya sea intento suicida, amenaza suicida o la muerte por suicidio, puede observarse en personas de cualquier edad: niños, adolescentes, adultos y sobre todo en adultos mayores de 60 años. El suicidio es una de las causas de defunción más frecuentes a nivel mundial y como tal se plantea como un problema de salud que ha de seguirse investigando para enfrentarlo adecuadamente. (Gorguet Pi, Iliana C. 2012)

Según la OMS, la conducta suicida en sus diferentes formas constituye un serio problema de Salud Pública, ya que se encuentra dentro de las 10 primeras causas de mortalidad general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los adolescentes y adultos jóvenes.

Por una parte adolescente actúa de forma impulsiva, después de una contrariedad, siente una angustia insoportable y pretende escapar mediante el suicidio, reclamar apoyo o castigar a sus padres. Cualquier adolescente, en un momento de la vida puede llegar a pensar que esta no tiene sentido, y ante situaciones como un embarazo oculto o no deseado, enfermedades físicas con limitaciones o enfermedades mentales, pérdida de una relación valiosa y las dificultades comunes de la vida diaria, hacen que las personalidades poco tolerantes vean en este acto la única solución a sus problemas. (Yamiselis Cintra Hernández. 2015) y por otra parte el suicidio entre personas mayores de 60 años

es un serio problema en muchos países del mundo. Se le ha concedido menos importancia y no se le ha prestado la atención que merita porque se valora el suicidio entre personas mayores como menos trágico que entre jóvenes. Con frecuencia se piensa que el adulto está al final de su vida, que ya cumplió con su tarea y no se pierde tanto con su muerte, sabiendo que en nuestra vida cotidiana no es así.

Cuando se habla de ancianos se le da más importancia a los problemas del corazón o respiratorios, enfermedades crónicas como diabetes y otros, siendo apartado los problemas sociales, económicos, familiares que muchas veces devienen como causa del intento suicida o del suicidio.

La adaptación a la vejez, como resultado de interacción entre el ambiente y la constitución individual, depende de diferentes factores, fundamentalmente de lo psicológico y social. Es un proceso para el cual el hombre y la sociedad deben estar preparados, cuyo fracaso conlleva innumerables desajustes en el anciano como: depresión, angustia, sentimiento de soledad, introversión, agresividad, desorden y conflictos en la sociedad, hasta la búsqueda de salidas drásticas como atentar contra su propia vida. (Ribot Reyes, Victoria de la Caridad y coautores. 2012) No obstante, los signos más fuertes e inquietantes son los verbales "no puedo seguir adelante", "ya nada me importa" o incluso "estoy pensando en acabar con todo". Los comentarios de esta índole hay que tomarlos siempre en serio.

Todos estos aspectos son detectables a través del empleo de técnicas sencillas para el diagnóstico como puede ser la observación (directa e indirecta), la entrevista, el cuestionario y la encuesta que conocen muchos de nuestros agentes sanitarios y que pueden aprender con facilidad los voluntarios de la comunidad. Estas técnicas exigen para ser eficaces y confiables, algunas condiciones como la precisión y la claridad, tener categorías bien definidas, saber abordar aspectos principales del problema, no descuidar la privacidad y la discreción, y el rol activo de las personas en la utilización de ellas.

Cuando una persona resulta evaluada como riesgo suicida con cualquiera de las técnicas recomendadas, el agente sanitario o voluntario procede a comunicárselo

al Médico de Familia, o al psicólogo de su grupo básico, o a la supervisora de enfermería, de manera que posterior a su intervención inicial se haga efectiva la intervención más especializada del equipo de salud mental, mediante la realización de las tareas que plantea el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida o las estrategias municipales trazadas. Guibert Reyes, W. (2002)

Los objetivos que plantea dicho programa son: evitar el primer intento suicida, su desenlace fatal y su repetición. Para lograr dichos objetivos, el médico de la familia debe identificar a los individuos con riesgo y las familias con riesgo, para garantizar su atención integral. De producirse un intento suicida, el médico de la familia debe notificarlo al Departamento de Estadísticas para su control por parte del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Una vez en el consultorio, de acuerdo con las lesiones, debe remitirlo a un Servicio de Psiquiatría de Urgencia, acompañado por la enfermera o el familiar que más conozca del caso, orientaciones para su traslado, para evitar con ello que se repita el intento durante el trayecto.

El paciente debe ser entregado al psiquiatra de guardia, o en su defecto, al médico que se encuentre en el Servicio de Urgencias donde permanecerá 24 horas en observación, período en el cual será valorado por un psiquiatra. Si resulta ingresado, el médico de la familia se interesará por la evaluación del mismo.

Si el paciente es devuelto a su área de salud, lo visitará o citará a consulta en los primeros 7 días del intento, para proceder a su dispensarización, evaluar en su primera consulta el riesgo potencial de suicidio e interconsultarlo con el psiquiatra del área de salud en ese período, o como máximo a los 15 días, si la posibilidad suicida ha disminuido.

El médico de la familia debe valorar mensualmente, como mínimo, al paciente con intento suicida en los primeros 6 meses y evaluarlo en los 6 meses subsiguientes bimestralmente.

Estas consultas serán independientes a las que realice el psiquiatra, y podrían aumentar su frecuencia según el riesgo del paciente.

Si el caso requiere atención social, el médico de la familia realizará las coordinaciones necesarias con el servicio social para garantizar el apoyo de la trabajadora social, la cual hará uso de sus posibilidades y recursos.

El alta del paciente, si ha tenido una evolución favorable, será después de transcurrido el primer año de haber realizado el intento suicida. (Pérez Barrero, Sergio, & Reytor Sol, Francisco. (1995))

Las estadísticas acerca de los suicidios son alarmantes, se plantea que una persona muere en el mundo por suicidio cada 40 segundos y un millón de personas por año, y es un problema que se agrava, según un informe de la OMS publicado en Ginebra. (Trenzado Rodríguez, N y coautores. 2008)

Según la OMS en los últimos años la tasa ha aumentado en 60 % en algunos países; existen 20 millones de tentativas por año; y el 5 % de las personas en el mundo hacen una tentativa de suicidio por lo menos una vez en su vida. (Cortés Alfaro, Alba. 2014) y (Arias Gutiérrez, M y coautores, O. 2010)

Si bien la definición de suicidio parece relativamente clara etimológica y conceptualmente (muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida), el término resulta polisémico. De hecho, más allá del suicidio consumado, las conductas suicidas que aparecen en la clínica psicológica se presentan de forma muy diversa, responden a motivaciones distintas y requieren, por ello, de vías de intervención también diferentes. (Echeburúa, Enrique. 2015)

La propia OMS subraya que hay tres veces más suicidios en hombres que en mujeres, sean cuales fueran las clases de edad y los países considerados, y por el contrario hay tres veces más tentativas de suicidio en las mujeres que en los hombres, y que esa disparidad entre ambas estadísticas se explica por el hecho de que los hombres emplean métodos más radicales que las mujeres para morir.

El riesgo de comportamiento suicida aumenta con la edad, la tasa de suicidio se duplica y cuatriplica por encima de los 60 años de edad, especialmente en los hombres. Más mujeres intentan suicidarse pero más hombres mueren por suicidio. (Gorguet Pi, Iliana C. 2012)

Cuba no se considera exenta de estas características pues figura entre los países más envejecidos de Latinoamérica esperándose que para el año 2025 Cuba este grupo ocupará un 20,1 % de la población total.

En el municipio de Los Palacios en el año 2010 hubo 58 intentos por 100 000 En la provincia de Pinar del Río en el año 2010 fue de 851 intentos por 100 000 habitantes para una tasa de 11,6% y en 2011 de 836 intentos por 100 000 habitantes para una tasa de 14,1% habitantes para una tasa de 14,9% y en el año 2011 la cifra fue de 42 intentos por 100 000 habitantes para una tasa de 10,8 %. Y en el año 2012 un total de 60 intentos por 100 000 habitantes aumentando así la tasa de intentos suicidas. En los años posteriores hasta la actualidad ha aumentado el número de suicidios y han existidos en algunos años un subregistro de intentos suicidas. Estas cifras evidencian que no son suficientes las estrategias que se han venido implementando para contrarrestar este importante problema de salud.

De ahí que nuestro **problema** sea: ¿Qué conocimientos poseen los residentes de 1er año de MGI sobre el manejo de pacientes con conducta suicida del municipio de Los Palacios? siendo como:

Objetivo general

Evaluar los conocimientos sobre el manejo de la conducta suicida en los residentes del 1er año de MGI en el municipio de Los Palacios en el año 2016-2017.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con un diseño no experimental acerca de los conocimientos que poseen los residentes de 1er año de la especialidad de MGI sobre el manejo de pacientes con conducta suicida que pertenecen al municipio de Los Palacios durante el período comprendido del año 2016- 2017.

El universo estuvo constituido por todos los residentes que cursan el primer año de la especialidad de MGI en la SUM que pertenece al municipio Los Palacios en

el año 2016- 2017. La muestra es no probabilística de sujetos tipos donde estuvo constituida por 11 residentes.

La información fue obtenida a través de una encuesta que se les aplicó, así como la revisión de documentos legales que nos permitieron afianzar aún más los resultados en un período comprendido de noviembre y diciembre del 2016-2017. Se tuvo en cuenta los principios éticos en nuestro accionar como psicólogos así como el consentimiento informado por parte de la muestra en estudio.

Análisis y discusión de resultados

La conducta suicida se considera como un problema serio en nuestro municipio, siendo de especial interés para la Salud Pública la prevención de estas conductas y la promoción de estilos de vida sanos pues se conoce que las causas principales o factores perjudiciales que hacen que esta conducta sea incrementada en nuestro pueblo son múltiples.

Respondiendo al objetivo general los resultados encontrados fueron los siguientes: En la muestra estudiada se observó que solo el 9.1% de la muestra no conocía teóricamente en qué consistía la conducta suicida mientras que la mayoría si dominaban el término (Tabla1). Esto es importante pues si no se comprende adecuadamente la terminología pues esto indica que el trabajo que no se está haciendo como se debe, pues no existe claridad en los términos.

Tabla No. 1:	Conducta suicida	No	%	Dominio de
la conducta	Si	10	9.1	suicida
	No	1	90.9	
	Total	11	100	

Analizando la tipificación de la conducta suicida nos da una medida de cuánto riesgo existe en una persona de ponerle fin a su vida, la magnitud del hecho en sí, a pesar de que un simple e inocuo método puede en circunstancias graves ponerle fin a la vida, esto debería todo médico conocerlas bien para poder clasificar esta conducta y discutirla adecuadamente junto al equipo de salud mental. Si no es adecuadamente caracterizado pues se pierde importancia en el hecho que de por si es importante. En nuestro estudio nos llamó la atención que el 100% de la muestra no domina la clasificación que se tiene en cuenta para realizar la tipificación de la conducta suicida, así como la explicación de cada una de ellas. (Anexo, Tabla No.2) Estos resultados coinciden con el estudio que realizó Dr. Idalberto Aguilar Hernández y colaboradores donde analizó las circunstancias del intento y muestra como el 80.00% de los médicos tiene en cuenta siempre el método empleado para abordar al paciente, sin embargo, el 60.00% de estos responden A Veces o Nunca sobre el conocimiento de la letalidad de estos métodos. (Aguilar Hernández, I. 2006)

En nuestro estudio además se exploró quien debiera abordar la primera ayuda psicológica reflejando que el 72.7%(Tabla No.3) de los médicos no conoce quien debería abordarla coincidiendo estos resultados con los del estudio de la Dra. Magalys Simón y colaboradores donde se apreció que el responsable del

Quien realiza la 1era ayuda psicológica	No	%
No Conocen	8	72.7

seguimiento del paciente con una conducta suicida, en el 60 % de los médicos respondió incorrectamente, las mayorías de la respuestas reflejaban que era el psicólogo el responsable y otros el psiquiatra. (Simón Pineda M. 2015)

Tabla No.3: Abordaje de la primera ayuda psicológica

Conocen	3	27.3
Total	11	100

Cada persona, hombre o mujer, posee mecanismos de adaptación que pone en práctica ante situaciones de conflicto, a pesar de esto muchos no logran adaptarse, ya sea porque la situación conflictiva es de tal magnitud que no admita cambios o porque el individuo no es capaz de aceptar el nuevo medio. Cuando existe esto sobreviene la descompensación. Algunos enferman y otros escogen soluciones y estilos de afrontamiento drásticas frente a los problemas, encontrándose las conductas que atentan contra la vida, o sea, los intentos suicidas. (Gorguet Pi, IleanaC. 2012) Por esta razón cada individuo en riesgo debe ser tomado en cuenta, donde el médico debe tener una dispensarización real de cuáles son los propensos a cometer un acto suicida en la historia de salud familiar. Esto sería uno de los primeros pasos para que todo el riesgo sea evaluado al menos por este y por el psicólogo de su área básica. Ya cuando existe un intento o un suicidio el médico debe ser el mayor responsable de que sea valorado con los especialistas pertinentes, para así no conduzca a la realización de otro intento en los próximos meses. Dicha situación coincide con un estudio donde la mitad de los encuestados no fue capaz de nombrar ninguna herramienta, que desde su consultorio médico de familia, y en su práctica laboral diaria, le permitiera evaluar en sus pacientes la desesperanza, la ideación e intento suicida, así como determinar el grado de riesgo. Pérez Martínez, Víctor Tadeo. (2011)

Según el programa nacional de prevención de la conducta suicida es de gran importancia la valoración individual de estos pacientes, la exploración a profundidad de un paciente con una ideación suicida, gesto suicida, una amenaza suicida y con un intento suicida, personas que presentan enfermedades invalidantes, ancianos solo que son muy susceptibles a cometer un acto suicida,

pero que se debe tener presente siempre a quien debe dársele prioridad por la eminencia de que ocurra el suicidio. (Simón Pineda M. 2015)

La pesquisa de los trastornos

Acciones en la primera ayuda psicológica	No	%
Si conocen	10	9.1
No conocen	1	90.9
Total	11	100

psicosomáticos tempranamente nos hará ganar terreno a esta problemática, que cada día cobra mayor cantidad de adolescente que recurren a dicha conducta como una vía de escape a los conflictos o una solución a la impotencia ante este para el cual no está preparado o no tiene las herramientas (que incluye el apoyo familiar y de amigos, la autoestima) necesarias para manejar. (Cintra Hernández Y. 2015)

En nuestro estudio el 90.9% (Tabla No.4) de la muestra no domina que es lo que se debiera hacer con un caso que le llega con un determinado comportamiento suicida, dependiendo ello del seguimiento oportuno que se le dé a ese paciente, o sea, la primera ayuda psicológica.

Tabla No.4: Acciones a tener en cuenta en la primera ayuda psicológica en cada etapa.

Nunca se debe ignorar una amenaza o intento de suicidio. Cerca de un tercio de las personas que intentan suicidarse repiten el intento en un período de un año y cerca de 10 % de aquellos que amenazan o intentan suicidarse finalmente lo logran. (Jiménez Betancourt Elena. 2011) Coincide con este estudio el de Víctor Tadeo Pérez Martínez que explora los conocimientos relacionados con la primera ayuda psicológica, y comprobó que más de la mitad de los médicos completó desafortunadamente, los incisos correspondientes a la persona, sitio y sesiones en que se brinda esta ayuda. Explica que dada la amplia variedad de herramientas

disponibles para estos fines, resultó alarmante que los médicos encuestados en su estudio no fueran capaces de mencionar correctamente ninguno de estos instrumentos, haciendo evidente su total desconocimiento, lo que traduce el hecho de que en el primer nivel de atención, no se explora de forma adecuada y sistemática, el riesgo suicida. Tampoco el sentimiento de desesperanza, la ideación e intento suicida, son evaluados con la calidad requerida. También le preocupó que la mitad de los encuestados citara, erróneamente, herramientas válidas para evaluar solo la depresión, pues recordemos que no necesariamente el individuo más deprimido es el más desesperanzado. Encontró también que el 40 % respondió que el objetivo es proporcionar soporte o apoyo al paciente, lo que constituye un acierto. El restante 60 % refirió que el objetivo es la resolución psicológica de la crisis que vivencia el paciente, lo cual es un error. Se constató un marcado desconocimiento sobre las características generales y los objetivos de la intervención en crisis de primer orden. Pérez Martínez, Víctor Tadeo. (2011)

Es importante conocer que es lo que se le debe expresar a esa persona que ha transitado por una conducta tan complicada, qué se debe y cómo se debe decir y preguntar, pues puede ser que objetivamente no se vea que esa persona que está frente a nosotros necesita de cuidados, de que exista una persona completamente racional que lo escucha y que entiende su problema y no lo minimiza ni le muestra importancia. Así como que muchas veces sucede que no se explora el problema real, pues da miedo de lo que pueda responder y no asumir la responsabilidad que toca en ese momento como el llenado de la tarjeta de Enfermedad de Declaración Obligatoria en el caso de los médicos.

Coincide con nuestro trabajo el del Dr. Idalberto Aguilar Hernández y colaboradores, el cual evidencia que solo el 56.00 % de los médicos llena de forma adecuada los diferentes registros médicos donde se pudo obtener durante el proceso de aplicación de las encuestas que estos profesionales que laboran en los servicios de urgencia no ven necesario siempre la necesidad del correcto llenado de la Tarjeta de Enfermedad de Declaración Obligatoria así como la remisión para interconsulta de Psiquiatría en estos pacientes. (Aguilar Hernández, I. 2006)

Cuando se detecten por el médico general estos síntomas se debe recurrir a la ayuda profesional especializada a través de la interconsulta antes de que ocurra el intento por parte del adolescente, para prevenir la ocurrencia de hechos en los que se tengan que lamentar la pérdida de la vida; pero además se puede trabajar conjuntamente con la familia y el personal especializado (psicólogo, psiquiatra), buscando mejorar los métodos de enfrentamiento a las diferentes situaciones desde un ángulo más favorable para todos. (Cintra Hernández Y. 2015)

Estos datos encontrados en nuestro estudio no coinciden con el estudio de la Dra. Magalys Simón donde el 95% de los médicos conocen los criterios de remisión para interconsulta con el equipo de salud mental. (Simón Pineda M. 2015)

Con respecto a la prevención de la conducta suicida el 54.5 % (Anexo, Tabla No. 5) no domina qué acciones se deben llevar a cabo desde la APS, incluso conocen que existe un Programa para la atención de la Conducta suicida pero no conocen a fondo cómo se debe llevar. Coincide con estos resultados el de la Dra. Magalys Simón Pineda en su estudio sobre conocimiento sobre conducta suicida en profesionales de la salud donde se aprecia que el 55 % de los encuestados manifestaron que conocieron el programa porque escucharon que existía y no porque en realidad conocían el arsenal de acciones que lleva implícito. (Simón Pineda M. 2015)

Se observó además que el 81.8% (Anexo, tabla No.6) no conoce la frecuencia de consultas por las que debe transitar una persona frente a esta situación desde el punto de vista del futuro especialista de MGI así como por el especialista de Psiquiatría. No tienen esclarecido que este tipo de pacientes se debe priorizar y más aún preocuparse por su seguimiento con el psiquiatra del área.

Los médicos y enfermeros desconocen el tiempo de seguimiento a los pacientes, esto puede traer consigo la repetición del acto suicida en este tiempo que es de un año, si persisten los riesgos y condiciones que le dieron origen y consumarse el suicidio. Este es un aspecto muy negativo ya que, si el personal de salud no conoce las herramientas para la recuperación de estos pacientes, no se logra un restablecimiento emocional, social, familiar de este individuo. (Simón Pineda M. 2017)

Conclusiones

Los médicos evaluados presentan inadecuados conocimientos sobre el manejo de la conducta suicida en pacientes mostrándose en el poco dominio de la tipificación de la conducta suicida, de quién y cómo se realiza la primera ayuda psicológica, que tiempo debe ser seguido por los especialistas pertinentes y que acciones desde el punto de vista preventivo debe llevar a cabo.

Recomendaciones

- Continuar con el trabajo preventivo con el médico y enfermera de consultorio médico de familia en la evaluación del riesgo de suicidio y medidas esenciales para evitar el suicidio durante la crisis suicida y en la exploración de grupos de riesgo de suicidio.
- Implementar el programa de intervención a médicos y enfermeras en aras de prevenir la conducta suicida en el adulto mayor.

Programa de intervención. Su fundamentación:

El suicidio es una causa de muerte evitable en la mayoría de los casos y con muy escasos recursos se pueden salvar muchas vidas si se toman sencillas medidas durante la crisis suicida. El intervenir precozmente en aquellos escenarios en los que se haya consumado un suicidio o realizado un intento de suicidio para evitar los efectos imitativos de esta conducta, principalmente en las escuelas y barrios es un arma fundamental que se debe tener en cuenta.

Los Palacios es uno de los municipios de la provincia de Pinar del Río que más alta tasa tiene de incidencia en la conducta suicida. Se ha comprobado que no es solo en los adultos medios donde se ha observado sino en los adolescentes y hasta niños que son los menos, un comportamiento alto con respecto a los intentos suicidas, no dejando atrás los adultos mayores en quien también han sido más frecuentes los suicidios.

Objetivo general:

Capacitar a médicos y otros profesionales de la salud sobre la conducta suicida y su prevención.

Objetivos específicos:

1. Detectar grupos de riesgos en la población.
2. Argumentar el procedimiento para la atención óptima a toda persona que haya tenido un intento suicida.
3. Ofrecer elementos que permitan explicar las causas de la conducta suicida
4. Identificar los principales factores de riesgo así como factores protectores, mitos y realidades asociadas a la conducta suicida para realizar acciones de promoción y prevención de salud.

Necesidades que satisface:

Se le promueve a los profesionales de salud noveles y no noveles de nuestro sector una serie de conocimientos básicos sobre la conducta suicida y su prevención los cuales resultan necesarios para reducir la morbilidad por intento suicida y la mortalidad por suicidio consumado, contribuyendo esto a la preparación integral de los profesionales.

Tema I: Conducta suicida. Concepto y epidemiología. Clasificación.

Objetivo: Caracterizar la conducta suicida.

Contenidos: Definición de la Conducta suicida. Describir su epidemiología.

Explicar su clasificación.

Tema II: Factores de riesgo de la conducta suicida.

Objetivo: Brindar los elementos básicos para identificar, priorizar y realizar el análisis de las causas de la conducta suicida.

Contenidos: Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. Guía práctica para evaluar el riesgo suicida en la atención primaria.

Tema III: Manejo de la conducta suicida.

Objetivo: Explicar el manejo de la conducta suicida.

Contenidos: Primera ayuda psicológica. Acciones de la Atención Primaria de Salud.

Tema IV: La promoción y prevención de salud en el tema de la conducta suicida.

Objetivo: Identificar mitos y creencias erróneas así como la respuesta científica a estos, para realizar acciones de promoción y prevención de salud en el tema de la conducta suicida.

Contenidos: Mitos y creencias relacionadas con la conducta suicida.

Acciones de promoción de salud que fomentan los factores protectores, actitudes y estilos de vida saludables. La investigación de la conducta suicida.

Referencias bibliográficas

- Aguilar Hernández, I., Perer Milian LS, Cañizares Carmenate, I. (2006) Conocimientos del personal médico en el Manejo del intento suicida en los servicios De urgencias. Disponible en: https://www.google.com/search?source=hp&ei=CKmpWazhD6f-iwSCgZCoDg&q=conocimientos+del+personal+médico+en+el+manejo+del+intento+suicida+en+los+servicios+de+urgencias&oq=&gs_l=mobile-gws-hp..1.0.35i39k1l3.0.0.0.110501.2.1.1.0.0.0.0..0.0....0...1..64.mobile-gws-hp..1.1.63.3.oiWmX24HxH0
- Arias Gutiérrez, M., Marcos Fernández, FG., Martín Jiménez, M., Arias Gutiérrez, JM., Deronceré Tamayo, O. (2010). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *Revista MEDISAN*, 36(1). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13109/sa9n05109.htm>

- Cintra Hernández, Y., López Santana, Y., Villar Rojas, Y., & Laugart Wilson, A. (2015). Intento suicida y adolescencia. *Rev Inf Cient*, 90(2), 252-260. Recuperado de <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/244>
- Cortés Alfaro, Alba. (2014). Conducta suicida adolescencia y factores de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 30 (1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Echeburúa, Enrique. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000200006&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-48082015000200006.
- Gorguet Pi, Iliana C. (2012). *¿Cómo evitar el suicidio?* Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
- Guibert Reyes, W. (2002) Prevención de la conducta suicida en la APS. *Rev Cubana Med Gen Integr* 18 (2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi09202.htm
- Jiménez Betancourt Elena. (2011). Caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron. *MEDISAN*, 15(3), 339-344. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-3019201100300010&lng=es&nrm=iso
- Pérez Barrero, Sergio, & Reytor Sol, Francisco. (1995). El suicidio y su atención por el médico de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11(4), 11-18. Recuperado en 29 de septiembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400001&lng=es&tlng=es.
- Pérez Martínez, Víctor Tadeo. (2011). Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral, acerca de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(4), 455-466. Recuperado en 02 de octubre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400004&lng=es&tlng=es.
- Ribot Reyes, Victoria de la Caridad., Alfonso Romero, Maritza., Ramos Arteaga, Martha Elena., González Castillo, Antonio. (2012) . Suicidio en el adulto mayor. *Rev haban cienc méd*, 11 (5), 699-708 Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500017&lng=es&nrm>

- Simón Pineda M, González Fernández L, Planche Rodríguez D, Parlado Brown M, Olivares Martínez OD. Conocimiento sobre conducta suicida en profesionales de la salud. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2015 [citado 2017 Sep 29];94(6):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/152>
- Simón Pineda, M., Matos Premiot, J., & Heredia Barroso, D. (2017). Intervención educativa sobre conducta suicida. *Rev Inf Cient*, 96(3), 405-414. Recuperado de <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/285>
- Trenzado Rodríguez, N., Canosa Besu, LB., González Pérez, H. (2008). Epidemiología del suicidio en Cárdenas. *Rev médica electrón*, 4(20). Disponible en: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano_%202008/vol4%202008/tema01.htm

Anexos

Tabla No.2: Tipificación de la conducta suicida

Tipificar	No	%
Conocen	11	100
No conocen	-	-
Total	11	100

Tabla No.5: Acciones a tener en cuenta para la prevención de la conducta suicida.

Acciones preventivas	No	%
Conocen	5	45.5
No conocen	6	54.5
Total	11	100

Tabla No.6: Conocimiento de la frecuencia de interconsulta de un caso con conducta suicida.

Frecuencia de interconsulta	No	%
Conocen		
No conocen		
Total	11	100