



CARIBEÑA DE CIENCIAS SOCIALES

latindex IDEAS EconPapers Dialnet MIAR InDICES CSIC Súpura

UNA APROXIMACIÓN A LA NECESIDAD DE DESARROLLAR UNA COMPETENCIA ESPECÍFICA DEL MÉDICO DE FAMILIA EN LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Rita Irma González Sábado.

<http://orcid.org/0000-0002-6336-1271>

Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo. Granma. MSc. Lic. Psicología. Profesor e Investigador Auxiliar.

Email: riar@infomed.sld.cu

Alberto Martínez Cárdenas.

<http://orcid.org/0000-0002-1639-6148>

Policlínico. Dra. Francisca Rivero Arocha. Manzanillo. Granma. MSc. Lic. Psicología. Profesor Auxiliar e Investigador Agregado.

Email: alri@infomed.sld.cu

DrC. Rafael Claudio Izaguirre Remón.

<http://orcid.org/0000-0001-6295-3374>

Universidad de Granma. Campus Blas Roca Calderius.

Profesor e Investigador Titular de Filosofía.

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Rita Irma González Sábado, Alberto Martínez Cárdenas y Rafael Claudio Izaguirre Remón: "Una aproximación a la necesidad de desarrollar una competencia específica del médico de familia en la prevención de la conducta suicida", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (vol 10, Nº 7 julio-septiembre 2021, pp. 85-105. En línea: <https://www.eumed.net/es/revistas/caribena/julio-septiembre-2021/medico-familia>

RESUMEN

En la actualidad, asociadas al problema de la formación en los diferentes contextos de la actividad humana están las competencias y el desempeño profesional, su formación y desarrollo surge ante la necesidad de una educación con calidad y equidad. Este artículo aborda la necesidad de contar con un médico de familia con adecuada competencia y desempeño en la prevención de la conducta suicida (intento y/o suicidio), capaz de modificar indicadores negativos por este evento en el cuadro de salud. El objetivo del estudio es proponer instrumentos para la evaluación de la competencia y el desempeño de médicos de familia en la prevención de la conducta suicida. La información se obtuvo de una encuesta que permitió determinar el nivel de competencia específica para la prevención del intento y/o suicidio, una guía para evaluar el desempeño profesional y una entrevista focalizada buscando la triangulación metodológica aplicadas a médicos de familia del Policlínico I de Manzanillo en la categoría de residentes y especialistas en Medicina General Integral 68 (100%) y por muestreo aleatorio simple se escogió una muestra de 32 (47,05%). Se constató en la mayoría de los médicos de familia inadecuada competencia y desempeño para la prevención de la conducta suicida y los

autores del estudio consideran que es un problema a resolver desde la academia en el proceso de formación postgraduada del profesional a través de la superación profesional.

Palabras clave: competencia y desempeño del médico de la familia, prevención de la conducta suicida, atención primaria de salud.

AN APPROACH TO THE NEED TO DEVELOP A SPECIFIC COMPETENCE OF THE FAMILY DOCTOR IN THE PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR

ABSTRACT

At present, associated with the problem of training in the different contexts of human activity are skills and professional performance, their training and development arises from the need for education with quality and equity. This article addresses the need for a family doctor with adequate competence and performance in the prevention of suicidal behavior (attempt and / or suicide), capable of modifying negative indicators for this event in the health chart. The aim of the study is to propose instruments for evaluating the competence and performance of family doctors in the prevention of suicidal behavior. The information was obtained from a survey that made it possible to determine the level of specific competence for the prevention of attempt and / or suicide, a guide to evaluate professional performance and a focused interview seeking the methodological triangulation applied to family physicians at Polyclinic I of Manzanillo in the category of residents and specialists in Integral General Medicine 68 (100%) and by simple random sampling, a sample of 32 (47.05%) was chosen. Inadequate competence and performance for the prevention of suicidal behavior was found in the majority of family physicians, and the study authors consider that it is a problem to be solved by the academy in the process of postgraduate professional training through professional improvement.

Key words: competence and performance of the family doctor, prevention of suicidal behavior, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La sociedad contemporánea reclama la presencia de personas competentes para el ejercicio de sus funciones, personas con la recursividad necesaria para acometer de manera innovadora las funciones y tareas para las que han sido preparados desde el punto de vista teórico. Solo que la preparación teórica, como eslabón aislado, no garantiza la generación de sujetos competentes.

Sobre la base de esta nueva realidad, y en el contexto de la educación superior, todas las titulaciones han dejado de estructurarse a partir de los conocimientos para hacerlo desde las competencias.

En Cuba se reconoce como principio que la docencia sirva a la asistencia y se parte del hecho de que el proceso formativo del profesional tanto en el pregrado como en el postgrado se fusionó el modelo formativo con el modelo sanitario (promoción, prevención, curación y rehabilitación) y la educación en el trabajo como eje fundamental (Salas Perea & Salas Mainegra, 2017); en tanto se reconoce que más que una forma de enseñanza, es el principio rector de la educación médica cubana.

El diseño del sistema de formación del especialista de Medicina General Integral (MGI) surge en la década de los 80 sustentado en el subsistema de Educación de Postgrado en Cuba. Esta especialidad médica efectora en Cuba de la Atención Primaria de Salud representa el principal subsistema del sistema nacional de salud cubano y su base estratégica; todo lo cual está dirigido a lograr un mejor desempeño profesional y al perfeccionamiento del modo de actuación y un nivel de competencias profesionales de este galeno, (Escobar et al., 2012).

Hasta el momento han sido identificados un grupo de problemas para enfrentar la tarea de formación del especialista en MGI, que aluden (Rodríguez & Zayas, 1997) tales como: visión clínico-curativa biologicista de los médicos generales integrales; no se utiliza adecuadamente el diagnóstico de salud ni el diagnóstico educativo, insuficiente preparación en técnicas educativas que constituyen un serio obstáculo para la participación social; dificultades presentes hasta la actualidad.

A juicio de los autores existen otros elementos que pueden considerarse limitantes para el buen desempeño de las funciones asistenciales, docentes, investigativas y de gerencia en el médico de familia, de forma general relacionado con el cúmulo de tareas documentales y atencionales según planes emergentes a desarrollar, entre ellos el más absorbente es el Programa Materno Infantil.

Relacionado con el tema de la formación de las competencias para la prevención y control del intento de suicidio (IS) y el suicidio; particularmente consideramos que desde el pregrado en los programas de la asignatura MGI en el tema II (5to año) y el internado en MGI (6to año) en el tema IV referente a "La Atención Médica Integral a las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud" la cantidad de información que reciben en el tema es muy extensa, por tanto se enfoca la enseñanza más en las enfermedades que en los daños a la salud donde se incluye la conducta suicida.

De igual forma sucede en el programa de formación del residente en la especialidad de MGI el cual se desarrolla en 2 años (plan liquidación), en el primer año en el Módulo 5 "Salud Pública "Medidas de control de las enfermedades trasmisibles, no trasmisibles y otros daños a la salud", en el 2do año en el Módulo 23 "Enfermedades psiquiátricas" someramente se alude dentro de las urgencias psiquiátricas y en el actual plan de formación del residente de MGI puesto en vigor en el curso académico 2018-2019 que dura tres años, en el CURSO: 2 La promoción de salud y prevención de riesgos, daños y otros eventos que pueden afectar la salud, en general el cúmulo de información a tratar continúa siendo amplia y se puede hacer poco o ningún énfasis en el tema conducta suicida, pudiendo inferir que todo ello repercute en la insuficiente formación y desarrollo de una competencia específica para la prevención del suicidio.

Ahora bien vinculada con la labor asistencial dentro de las actividades de promoción y prevención para afrontar tales retos el médico de familia debe contar con las habilidades que le permitan cumplir con lo establecido en el Programa Nacional de prevención y control de la conducta suicida de la autoría de (Riera et al.,1989), pero a juicio de los autores carece de elementos que orienten al médico de familia a identificar cuál es el riesgo real o potencial en un paciente de cometer un intento lo que limita el saber, el saber hacer y "saber actuar" creativamente ante cada caso o paciente de riesgo; así como cumplir con el "saber estar".

La experiencia docente - asistencial de la autora junto al estudio factoperceptual realizado en las investigaciones precedentes consultadas: (Pérez & Reytor, 1995; Guibert & Del Cueto, 2003; Aguilar & Louro et al., 2012; Goñi, 2018; González et al. 2019) permite considerar insuficiencias como:

- elevadas tasas de intento suicida con marcado énfasis en adolescentes y adultos mayores en el cuadro de salud provincial y municipal.

- los MGI denotan dificultades en sus modos de actuación al aplicar el Programa Nacional para la prevención y control de la conducta suicida lo que favorece indicadores negativos en el cuadro de salud del territorio relacionados con estos daños a la salud.

- dificultades del médico de familia en la dispensarización de los grupos de riesgo e intentos suicidas en cuanto a la periodicidad de visitas de terreno o consultas.

- inadecuado llenado de las Historias clínicas individuales y familiares a los grupos de riesgo o intentos suicidas.

- insuficiente entrenamiento de los médicos de familia en el diagnóstico y evaluación de grupos de riesgo para cometer intento suicida apoyados en la aplicación de guías prácticas, escalas, test.

- elevada carga documental y asistencial para el médico de familia que le impide cumplir con calidad sus funciones asistenciales y de autopreparación.

Las competencias se aprenden, se construyen en el tiempo, no son algo dado, innato y estable, varían constantemente. Un sujeto competente, entonces, es alguien que identifica varias opciones de respuesta y, además, sabe elegir el esquema de actuación correcto para resolver de forma efectiva y oportuna la situación-compleja que se le presenta, sea en su vida personal, social y laboral o profesional. Sobre esta base se asume que existen importantes limitaciones en la competencia específica para la prevención y control de la conducta suicida en el médico general integral, lo cual se refleja en el comportamiento de este evento a nivel nacional, provincial y local según las estadísticas.

A pesar de que existe el Programa Nacional de prevención y control de la conducta suicida, existen evidencias que aseguran que el médico de familia no ha logrado un control de los casos con intento de suicidio o suicidio a nivel comunitario cristalizado en las estadísticas del cuadro de salud donde Granma cerró con 9.9 x 100000 habitantes (3ra provincia mayormente representada por este evento negativo a nivel de país) según Anuario Estadístico del Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2019) y Manzanillo registró una tasa x 100000 habitantes de 8.7 por encima de la media nacional según Oficina Nacional de Estadística de Granma (ONE, 2019). El canal endémico se mantuvo todo el año en zona de epidemia.

En consecuencia con lo anteriormente expuesto, ha de estimarse como oportuna la superación aprovechando las modalidades de la enseñanza postgraduada para suplir las carencias del modelo vigente de formación del especialista en MGI, con el propósito de desarrollar competencias específicas en la prevención y control del intento de suicidio (IS) y/o suicidio en este profesional, encargado de ofrecer una atención oportuna y efectiva a la población de riesgo.

Lo antes expuesto permite advertir la emergencia de una contradicción epistemológica, de carácter externa, que se manifiesta entre las elevadas estadísticas de intento de suicidio en el cuadro de salud local y la necesidad de estar preparado el MGI para la prevención y control de este evento. En

consonancia con (Vidal et al., 2016) quien plantea “La formación basada en competencias en las ciencias de la salud tiene que ser un proceso abierto y flexible de desarrollo de competencias profesionales donde, a partir de las competencias identificadas y normalizadas, se establecen diseños curriculares, materiales didácticos, así como actividades de superación profesional en las unidades y servicios de salud, que posibilitan garantizar un desempeño profesional efectivo”.

Se entiende como competencia una configuración psicológica que integra diversos componentes cognitivos, metacognitivos, motivacionales y cualidades de personalidad en estrecha unidad funcional, autorregulando el desempeño real y eficiente en una esfera específica de la actividad, en correspondencia con el modelo de desempeño deseable, socialmente construido en un contexto histórico concreto (Castellanos et al., 2003).

“El desempeño laboral es el comportamiento o la conducta real de los trabajadores, tanto en el orden profesional y técnico, como en las relaciones interpersonales que se crean en la atención del proceso salud / enfermedad de la población; en el cual influye a su vez, de manera importante el componente ambiental” según (Salas Perea & Salas Mainegra, 2017, p.57).

Esta concepción de la calidad del desempeño, unida e integrada a la calidad de los servicios, lleva a postular la evaluación del desempeño profesional como un proceso continuo de evaluación de la calidad de la atención en salud, que rompe los marcos puramente académicos, y la vincula con la responsabilidad institucional y el compromiso social, como respuesta a las necesidades de la población; en un proceso activo y participativo de problematización constante, que dirige las acciones a desarrollar en los procesos permanentes de formación y superación en salud.

De esta forma el estudio constituye una oportunidad para afianzar un soporte profesional desde los modos de actuación del médico de familia, con énfasis en la prevención desde posicionamientos teóricos, que legitimen la relevancia de la consideración en el proceso salud-enfermedad de la necesidad de la prevención del intento de suicidio y el suicidio a partir de la evaluación de la competencia y desempeño que tiene este profesional.

Desde esta perspectiva preliminar los investigadores establecen como problema científico: insuficiencias del médico de familia para prevenir el intento de suicidio en la atención primaria de salud, evidenciado en la práctica asistencial por la escasa resolutivez en la modificación del cuadro de salud ante este indicador negativo.

OBJETIVO: Proponer instrumentos para evaluar la competencia y el desempeño del médico de familia en la prevención de la conducta suicida (intento de suicidio y/o suicidio) a nivel comunitario.

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio que tiene dos momentos, inicialmente los autores diseñaron los instrumentos de evaluación de la competencia y el desempeño del médico de familia para la prevención del suicidio que proponen a la comunidad científica y en un segundo momento se aplica la encuesta y la guía de evaluación de la competencia y el desempeño en un grupo de médicos de familia del Policlínico I Dra. Francisca Rivero Arocha como prueba piloto para comprobar la factibilidad de su uso, de un total de 68 médicos de familia (población de estudio) distribuidos en residentes y especialistas en Medicina General Integral por muestreo aleatorio simple se escogió una muestra de

32 (47,05%) distribuidos en 10 residentes de 1er año de MGI de un total de 23; 10 residentes de 2do año de MGI, de un total de 21; y 12 especialistas de MGI de un total de 31 que prestan asistencia en los consultorios médicos de la familia.

Se asume como enfoque metodológico general de la investigación, al dialéctico-materialista que permite la orientación del proceso investigativo mediante el uso de diversos métodos del nivel teórico, nivel empírico, y nivel estadístico.

Distribución de las variables de estudio y su definición según los autores:

Competencia específica: conocimientos teóricos, prácticos y experienciales que tienen los médicos sobre la identificación de individuos y grupos de riesgo de (IS) así como acerca del seguimiento de los casos que realizan intento de suicidio según el programa nacional de prevención y control de la conducta suicida. Se evalúa a través de las 14 preguntas de la encuesta en competencia específica adecuada y competencia específica inadecuada (Anexo 1), referido en el artículo de (González, Martínez, García et al., 2019).

Desempeño profesional: acciones concretas en el seguimiento de los individuos de riesgo para realizar un intento de suicidio en el área de salud y se evalúa a través de la guía de desempeño (Anexo 2).

- Guía de desempeño profesional: se hace una revisión documental de las historias clínicas individuales (HCI), historias de salud familiar (HSF), tarjetas de Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) y actas de reuniones del Equipo de Salud Mental (ESM) donde se deben discutir las encuestas de los casos de intento de suicidio y/o fallecidos por suicidio que permita constatar las acciones realizadas o no del médico en la práctica asistencial según programa de prevención y control de la conducta suicida en Cuba.

A partir de la guía aplicada que contempla las acciones del médico de familia, se evalúa cada caso registrado en el área de salud como sigue (variable proceso):

Pacientes de riesgo

Aspectos a evaluar: registro del caso en la HSF como riesgo potencial de intento de suicidio, planificada y realizada la evaluación de consultas y terrenos según grupo II en la HSF, aplicada la guía práctica para evaluar el riesgo en adolescentes y adultos, interconsulta con el Equipo de salud mental (ESM) al paciente de riesgo. Se procede a evaluar en:

Mal: 0 punto (no cumple con ningún aspecto)

Regular: 1 punto (es obligatorio el registro del caso y la interconsulta con el ESM), pero puede no cumplir con otros aspectos a evaluar antes descritos.

Bien: 2 puntos (cumple con todos los aspectos)

Pacientes con intento de suicidio

Aspectos a evaluar: registro del caso en la HSF después de haber realizado un intento, planificada y realizada la evaluación de consultas y terrenos según establece el Programa Nacional de prevención y control de la conducta suicida, evaluar el riesgo potencial de suicidio en la primera consulta después del intento atendiendo a (antecedentes personales y familiares de conducta suicida, letalidad del método empleado, gravedad de las circunstancias, seriedad de la intención, posibles factores motivacionales o causales, factores de riesgo asociados, investigar las alteraciones

en la interrelación familiar), cumplir con el ingreso en Hospital Psiquiátrico mínimo 7 días, de no ingresar interconsulta de inmediato (primeros 7 días) con el psiquiatra del área, programar la siguiente consulta dentro de los primeros 15 días después de esta consulta, visita al hogar del paciente por el psiquiatra o un miembro del equipo básico de salud (médico y enfermera) durante los primeros 15 días a partir de la notificación, seguimiento en los primeros 6 meses mensual por el médico, de acuerdo a la evolución del paciente se mantendrá una consulta mensual en los segundos 6 meses o una frecuencia mínima bimestral, el médico programará evaluaciones del paciente con el Equipo de salud mental del área, con el psiquiatra como mínimo 3 veces al año, si la evaluación del paciente no es satisfactoria se interconsulta con el psiquiatra y se valora el ingreso, el alta del paciente se decide de conjunto médico de familia, psiquiatra y ESM nunca antes del primer año. Se procede a evaluar en:

Mal: 0 punto (no cumple con ningún aspecto)

Regular: 1 punto (es obligatorio el registro del caso, la planificación y realización de consulta y terreno según programa, así como evaluar el riesgo potencial de suicidio en la primera consulta después del intento atendiendo a los elementos establecidos), pero puede no cumplir con otros aspectos a evaluar antes descritos.

Bien: 2 puntos (cumple con todos los aspectos)

Pacientes suicidas

Aspectos para evaluar: discusión de fallecido, confección de la encuesta de suicidio para entregar a Psicología, confección de la encuesta de suicidio para entregar a Centro de Higiene Municipal (variable resultada). Se procede a evaluar en:

Mal: 0 punto (no cumple con ningún aspecto)

Regular: 1 punto (es obligatorio haber realizado la discusión de fallecido), pero puede no cumplir con otros aspectos a evaluar descritos antes.

Bien: 2 puntos (cumple con todos los aspectos)

Finalmente, el desempeño se evalúa a partir de todos los puntos posibles de obtener siendo el máximo 48 puntos, se considera entonces:

Desempeño inadecuado: 0-24 puntos (Incluye las categorías de mal y regular)

Desempeño adecuado: 25-48 puntos (Incluye la categoría bien)

Además, se utilizó una entrevista focalizada para profundizar en los datos de la encuesta y la guía buscando la triangulación metodológica. (Anexo 3)

Los instrumentos que proponen los autores se conforman tomando en cuenta elementos teóricos y prácticos vinculados con la labor asistencial del médico de familia, para lo cual se sigue una lógica en el diseño procedimental de cada instrumento creado, que forma parte de la propuesta que sugieren los autores para la evaluación de la competencia y el desempeño de los profesionales investigados.

Se debe aplicar el consentimiento informado para llevar a cabo la investigación a todos los médicos de familia que participan en el estudio para obtener su aprobación de participación, se le brindará a cada participante los datos en relación con la investigación, las ventajas de participar en el estudio, sus desventajas, las características e importancia de la investigación, pudiendo retirarse cuando lo desee sin implicar ninguna repercusión. (Anexo 4)

RESULTADOS**Tabla 1.**

Nivel de conocimientos sobre la temática de la conducta suicida en médicos de familia del Policlínico I. Dra. Francisca Rivero Arocha.

Nivel	Médicos de familia								
	Residentes de 1er año de MGI		Residentes de 2do año de MGI		Especialistas de MGI		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Excelente	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bien	-	-	2	20	3	25	5	15,6	
Regular	3	30	4	40	6	50	13	40,6	
Mal	7	70	4	40	3	25	14	43,7	
Total	10	100	10	100	12	100	32	100	

Resulta evidente que la mayoría de los encuestados muestran desconocimiento en la identificación y atención de individuos y grupos de riesgo para cometer un IS, solo el 15,6% de los encuestados tiene un nivel de conocimiento bueno, en general sobresalen las categorías de regular y malo.

En el análisis hubo mayores respuestas incorrectas referidas a la pregunta No. 3 en la que no sabían distinguir si el intento suicida se identifica como una enfermedad crónica o un daño a la salud; en la pregunta No. 4 la mayoría respondió que en pregrado no recibieron ningún contenido del tema de la conducta suicida; en la pregunta No. 5 a la mayoría no le enseñaron ni hablaron del programa de prevención y control de la conducta suicida; así como en la pregunta No. 6 la mayoría de los residentes respondieron no haber sido evaluados en ese tema; en la pregunta No. 7 nadie respondió correctamente los 3 objetivos que persigue el programa de control y prevención de la conducta suicida y en la pregunta No. 9, referente a la evaluación y seguimiento del paciente que comete intento suicida, la mayoría dieron respuestas erradas. Por su parte en la pregunta No. 10, referente a si conocen algún método, escala, guía o test, que ayude a identificar cuál es el riesgo real o potencial en un paciente de cometer un intento suicida, sobresalen los que desconocen tales recursos.

En esencia hay notable desconocimiento del tema en residentes y especialistas, si bien la cantidad de encuestados fue pequeña, el resultado da una visión del problema y concuerda con diversas investigaciones de otras provincias que en lo adelante se comentan.

Tabla 2.

Competencia para la prevención del suicidio en los médicos de familia del Poli I.

Competencia	Médicos de familia
ia	

	Residentes de		Residentes de		Especialistas		Total	
	1er		2do		de			
	año de MGI		año de MGI		MGI			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuada	-	-	2	20	3	25	5	15,6
Inadecuad	10	100	8	80	9	75	27	84,3
a								
Total	10	100	10	100	12	100	32	100

Integrando los resultados de la encuesta y los parámetros que incluye, la mayoría de los médicos obtienen una calificación que los incluye en una competencia inadecuada 84,3%, solo el 15,6% tiene conocimientos teóricos, prácticos y experienciales sobre la identificación de individuos y grupos de riesgo de (IS), así como acerca del seguimiento de los casos que realizan intento de suicidio según el programa de prevención y control de la conducta suicida que los tipifica con una competencia adecuada.

Tabla 3.

Calidad del seguimiento por los médicos de familia a pacientes de riesgo, pacientes con intento y pacientes suicidas.

Calidad del seguimiento	Médicos de familia							
	Residentes de		Residentes de		Especialistas		Total	
	1er año de MGI		2do año de MGI		de MGI			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bien	-	-	1	10	1	8,3	2	6,2
Regular	2	20	3	20	5	41,6	10	31,2
Mal	8	80	6	60	6	50	20	62,5
Total	10	100	10	100	12	100	32	100

Podemos observar que el dato mínimo apunta a un seguimiento bueno 6,2%, sin embargo es notorio que el 62,5% de los médicos están incluidos en la categoría de mal seguimiento a los pacientes con riesgo, con intento de suicidio o que cometieron suicidio.

Tabla 4.

Desempeño profesional de los médicos de familia para la prevención de la conducta suicida.

Tipo de desempeño	Médicos de familia							
----------------------	--------------------	--	--	--	--	--	--	--

	Residentes de		Residentes de		Especialistas		Total	
	1er año de		2do		de MGI			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuado	-	-	1	10	1	8,3	2	6,2
Inadecuado	10	100	9	90	11	91,6	28	67,5
Total	10	100	10	100	12	100	32	100

En correspondencia con los resultados de la tabla 3 resulta lógico encontrar que el 67,5% de los médicos de familia fueran evaluados con un desempeño profesional inadecuado para la prevención de la conducta suicida.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Un estudio del Policlínico Nueva Paz de (Aguilar et al., 2012), que evalúa indicadores de estructura, proceso y resultados sobre la ejecución del Programa Nacional de prevención y control de la conducta suicida, en la variable estructura, identifica la preparación del personal para enfrentar las acciones vinculadas con esta problemática buscando las necesidades de aprendizaje en médicos y enfermeras de la familia y trabajadores del Centro de Salud Mental Municipal, esta investigación obtuvo como principal resultado que el 53,85 % de los encuestados no poseía ningún conocimiento, el 26,92 % tenía conocimientos insuficientes y las principales debilidades en el área del conocimiento estaban dadas por la inadecuada evaluación del intento suicida, insuficiente identificación de los factores de riesgo individuales, familiares y comunitarios, inadecuada clasificación de los métodos utilizados e insuficiente identificación de las acciones a realizar por el equipo básico de salud. A pesar de que se evalúa como un todo la calidad de la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida queda claro que forma parte importante para su evaluación la necesidad de identificar la preparación del personal que debe garantizar la identificación y seguimiento de los individuos y grupos de riesgo en los que se evidencian serias deficiencias.

Integrando el estudio del tema de las competencias con el saber y el hacer del MGI en el cumplimiento de la atención al paciente con riesgo suicida o IS existen algunas investigaciones como la de (Pérez , 2011), que estudia el comportamiento suicida desde la perspectiva clínica, afirmando que el papel del especialista de Medicina General Integral consiste, fundamentalmente, en el reconocimiento y manejo integral de este comportamiento autolesivo, para que pueda evitarse, muestra en sus resultados la existencia de un déficit en los conocimientos y habilidades de los médicos que integran los equipos básicos de salud.

Por lo que ha de estimarse como oportuna esta investigación centrada en el enfoque por competencias en la prevención y control del IS en este profesional encargado de ofrecer una atención oportuna y efectiva a la población de riesgo.

Vinculada con la labor asistencial dentro de las actividades de promoción y prevención para afrontar tales retos, el especialista en MGI debe contar con las habilidades que le permitan cumplir

con lo establecido en el Programa Nacional de Prevención y Control de la Conducta Suicida, (Riera et al., 1989) el cual contiene tres objetivos principales:

- Evitar el primer intento suicida.
- Evitar la repetición del intento suicida.
- Evitar el suicidio.

Por su parte en el grupo dispensarial II atendiendo al riesgo social entre otros riesgos a la salud se incluye el paciente con intento de suicidio que exige dos controles al año que puede ser en consulta o terreno según el programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2011), pero para el caso del intento suicida no basta con este seguimiento por lo que debe hacerse teniendo en cuenta lo normado por el Programa Nacional de prevención y control del intento suicida que establece la evaluación como sigue:

Evaluar el riesgo potencial de suicidio en la primera consulta:

- antecedentes personales y familiares de conducta suicida.
- letalidad del método empleado.
- gravedad de las circunstancias.
- seriedad de la intención.
- posibles factores motivacionales o causales.
- investigar las alteraciones en la interrelación familiar.

Interconsulta de inmediato (primeros 7 días) con el psiquiatra del área para evaluar riesgo potencial de suicidio.

Programar la siguiente consulta dentro de los primeros 15 días después de esta consulta.

Visita al hogar del paciente por el psiquiatra o un miembro del equipo básico de salud (médico y enfermera) durante los primeros 15 días a partir de la notificación.

Seguimiento en los primeros 6 meses mensual por el médico.

De acuerdo con la evolución del paciente se mantendrá una consulta mensual en los segundos 6 meses o una frecuencia mínima bimestral.

El médico programará evaluaciones del paciente con el Equipo de salud mental (ESM) del área con el psiquiatra como mínimo 3 veces al año.

Si la evaluación del paciente no es satisfactoria se interconsulta con el psiquiatra y se valora el ingreso.

El alta del paciente se decide de conjunto médico de familia, psiquiatra y ESM nunca del primer año.

Las pautas para el seguimiento del paciente que comete IS están descritas en el Programa Nacional pero lo que debe hacer en cada momento el binomio de salud y en especial el médico, no está explicitado. El profesional debe saber integrar elementos del diagnóstico de salud mental, el diagnóstico educativo y el uso de métodos, escalas, guías, test, que ayuden a identificar cuál es el riesgo real o potencial en un paciente de cometer un intento. Esto último limita a juicio de este equipo de investigadores: el saber, el saber hacer y "saber actuar" creativamente ante cada caso o paciente de riesgo; así como, cumpliendo con el "saber estar", del conjunto de normas, valores, actitudes y circunstancias que permiten interactuar con éxito en el medio social; sobre esta base se asume que

existen importantes insuficiencias en las competencias profesionales para este particular en el residente y especialista en Medicina General Integral por ser ellos los responsables de la atención a individuos y grupos de riesgo en el nivel primario.

Otros estudios denuncian la necesidad de estar preparados los profesionales que laboran en la atención primaria los que deben velar por la dispensarización y seguimiento de individuos con riesgo de intento suicida entre ellos (Rodríguez et al., 2013; Maroto, 2016; Goñi, 2018), los cuales apuntan que los conocimientos que poseían médicos de familia 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.

De igual forma refieren los encuestados de este estudio, con respecto a la prioridad otorgada a la prevención de la conducta suicida, que en la práctica se priorizan otros programas de salud mental y control de epidemias en alza, que tenían mayores exigencias y son más vigilados por las organizaciones de salud provincial y municipal.

De otra parte, algunos estudios muestran una baja percepción de la necesidad de prevenir la conducta suicida en adolescentes y adultos mayores como grupos más vulnerables, sus opiniones e ideas al respecto presentaban poca elaboración, no existía una sensibilización suficiente hacia el problema que movilizara su comportamiento en el plano profesional, (Martínez & González et al., 2017; González et al., 2018).

Por tanto, si mantienen escasos conocimientos teóricos, prácticos y experienciales que tipifican una competencia inadecuada, en la práctica asistencial también tipifican con un desempeño profesional inadecuado porque para que exista un buen desempeño laboral es necesario en primer orden, ser competente.

La evaluación de competencias constituye una de las actividades relevantes tanto para el alumno como para el profesorado. Por ello, se debe dedicar especial atención al diseño y la creación de instrumentos útiles que aporten información fiable sobre el desempeño de los estudiantes en las competencias propias de todo programa educativo, tal como asegura (Córdova et al., 2015). La enseñanza por competencias en la universidad contemporánea debe ser una prioridad en el proceso formativo de pregrado y postgrado pues la formación constituye un continuum a lo largo de la vida de cualquier profesional, justamente los resultados que hoy mostramos evidencia las fallas de la aplicación en la práctica asistencial de un programa nacional y la necesidad de incidir en las insuficiencias mostradas por los médicos de familia para dar seguimiento adecuado a nivel comunitario a la población con riesgo suicida, evidencias constatadas en este estudio y en otros que fueron consultados.

En la investigación de corte epidemiológica llevada a cabo por (Corona, Alfonso et al., 2017) se reconoce una vez más el Programa nacional de la conducta suicida como una fortaleza en el sistema de salud cubano, por su parte al determinar las fortalezas y debilidades en la enseñanza tutelar a estudiantes de Medicina relacionado con este programa se identifica inadecuada enseñanza de las habilidades, dificultades en la evaluación frecuente, escasa tutoría de trabajos científicos sobre la temática que avizora la necesidad de replantear las estrategias formativas para el pregrado en este

particular. Siendo evidente que estas insuficiencias repercuten luego en el egresado que asume un rol protagónico en la comunidad donde se desempeña.

La prevención del suicidio es la piedra angular del Plan de Acción de Salud Mental de la OMS, adoptado por la 66 Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2013 y en el que se hace un llamado a los países, a reducir las tasas en 10% para 2020, siendo una prioridad en la agenda global de salud pública, en las políticas públicas, (Corona, Hernández et al., 2016); donde el actor principal es el médico de asistencia primaria.

En cuanto a las políticas, un total de 28 países tienen hoy estrategias nacionales de prevención del suicidio, estableciendo el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, en el que, organizado por la AIPS (Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio) y copatrocinado por la OMS, se quiere reconocer y remarcar la importancia de este problema.

En el ámbito académico, también ha habido un interés en el estudio de la problemática, creándose diversas unidades de investigación y cursos de capacitación para diferentes entornos. La necesidad de formación continua y de capacitaciones de competencias técnico-sociales en suicidología ha sido ampliamente destacada y defendida como orientaciones fundamentales para prevenir el suicidio, con loables resultados al empoderar médicos, enfermeros, y personal de asistencia primaria evidenciado en la investigación de (Carlos, Pereira et al., 2014). Cabe reconocer que el abordaje de este problema de salud aunque debe ser liderado por el Ministerio de Salud Pública, el entorno académico también juega un papel importante y las investigaciones con un enfoque de competencias para identificar y superar debilidades en el personal encargado de intervenir en las personas más vulnerables ofrecen nuevas aristas para contribuir a resolver lo que hoy constituye un problema de salud a nivel comunitario.

Diversas han sido las evidencias comentadas hasta aquí de las consultas realizadas en las distintas fuentes bibliográficas que en buena parte apuntan a reconocer al suicidio como un problema de salud en varios países y a la necesidad de preparar al médico de asistencia comunitaria sobre la problemática de la conducta suicida.

Con el estudio se contribuye a resolver desde la academia en un problema actual del cuadro de salud del territorio relacionado con el incremento de las tasas de intento de suicidio por insuficiente desarrollo de la competencia y el desempeño de los médicos de familia para la prevención del intento y/o suicidio, propiciando el diseño de instrumentos para su evaluación que pueden ser usados por el Grupo Básico de Trabajo encargados de controlar y evaluar los resultados de trabajo de este profesional y orientan la necesidad de su perfeccionamiento aprovechando la superación profesional, porque como asegura (Añorga, 2014, p.,21) es una “figura dirigida a diversos procesos de los recursos humanos, con el propósito de actualizar y perfeccionar el desempeño actual y prospectivo, atender las insuficiencias en la formación, completar conocimientos y habilidades no adquiridas y necesarias para el desempeño”.

CONCLUSIÓN

- Fueron creados y propuestos a la comunidad científica los instrumentos de evaluación de la competencia y el desempeño del médico de familia para la prevención de la conducta suicida en el

nivel primario de atención los cuales deben ser validados en la práctica docente asistencial, fue posible comprobar inadecuada competencia y desempeño en los médicos de familia. Se considera que es un problema para resolver desde la academia en el proceso de formación postgraduada del profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Hernández, I. Louro Bernal, I. & Perera Milian, L.S. (2012). Ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en Nueva Paz. *Revista Cubana de Salud Pública*; 38(1) 74-83. <http://www.scielo.org/pdf/rcsp/v38n1/spu08112.pdf>
- Añorga Morales, J.A. (2014). La educación avanzada y el mejoramiento profesional y humano. *Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, (2), pp. 19-31. <http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/viewFile/277/216>
- Carlos Santos, J., Pereira Simões, R.M., Queiroz de Azevedo Erse, M.P., Neto Façanha, J.D., & Fernandes Alves Marques, L.A. (2014). Impacto de la formación “+Contigo” en los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el suicidio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 22(4):679-84. <http://DOI: 10.1590/0104-1169.3503.2467>. www.eerp.usp.br/rlae
- Castellanos, B., Livina, U. y Fernández, A. M. (2003). La gestión de la actividad de Ciencia e innovación tecnológica y la competencia investigativa del profesional de la Educación. La Habana: Pedagogía 2003. Curso 18.
- Córdova, A., Moreno, J., Stegarub, J. & Staff, C. (2015). Construcción de un instrumento para evaluar competencias profesionales durante la formación preclínica en Medicina. *Inv Ed Med*; 4(15):145-154. <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2015.01.001>
- Corona Miranda, B., Alfonso Sagué, k., Cuellar Luna, L., Hernández Sánchez, M. & Serra Larín, S. (2017). Caracterización de la Conducta suicida en Cuba, 2011-2014. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*; 16(4):[aprox. 12 p.]. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2038>
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M. & García Pérez, R.M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera Ciencias Médicas*; 15 (1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es
- Escobar Yéndez, N. V., Plasencia Asorey, C. & Almaguer Delgado, A. J. (2012). Validación de la estrategia pedagógica para el desarrollo de la competencia investigativa del médico en especialización en medicina general integral. *MEDISAN*, 16(3), 467-482. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000300019&lng=pt&lng=es.
- González Sábado, R.I., Martínez Cárdenas, A., García Jerez, S., Izaguirre Remón, R.C., Núñez Betancourt, F.L. & Yero Quesada, Y. (2019). Conocimientos sobre prevención del intento de suicidio en estudiantes de Medicina y médicos de familia. *Edumecentro* 21; 11(1): [aprox. 14 p.]. <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1168>
- González, Sábado R.I., Martínez, Cárdenas A. & Izaguirre, Remón R.C. (2018). Resultados de una escala para evaluar riesgo suicida en adultos mayores en el nivel primario. Artículo original.

- Revista tecnología de la salud, 9(1).
<http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/962>
- Goñi Sarriés, A. (2018). Prevencción, evaluación y abordaje de la conducta suicida en atención primaria. Salud Navarra. Formación continuada. Práctica clínica. <http://formacionsalud.navarra.es/.../ops.php?...exportación...%20EVALUACIÓN%20Y%20, pdf>
- Guibert, Reyes .W. & Del Cueto de Inastrilla, E.R. (2003). Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Revista Cubana Medicina General Integral, 19 (5).
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500004&lng=es.
- Maroto Vargas, A. (2016). Revisión de la investigación sobre suicidio en Costa Rica (1998-2013): Principales hallazgos. Revista Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica; 154: 149-158 / (IV). <http://www.redalyc.org/html/153/15351156010/>
- Martínez, Cárdenas .A., González, Sábado .R., Izaguirre, Remón .R., Matos, Osorio .C. & Cesar, Rodríguez .M. (2017). Actitud de riesgo suicida y funcionamiento familiar en adolescentes con antecedentes de intento. Manzanillo. MULTIMED, 16(2).
<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/585>
- Ministerio de Salud Pública. (2011). Programa del médico y enfermera de la familia. Editorial Ciencias Médicas.
- Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud (2018). Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana. [http://files.sld.cu/dne/files/2019/05/Anuario_Estadístico de Salud_e_2019_edición_2019.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2019/05/Anuario_Estadístico_de_Salud_e_2019_edición_2019.pdf)
- Oficina Nacional de Estadística e Información (ONE). Salud y Asistencia Social (2018). En: Anuario Estadístico. Granma. Granma: ONE; 2019.
<http://www.one.cu/aed2018/33Granma/00Granma.pdf>
- Pérez Barrero, S.A & Reytor Sol, F (1995). El suicidio y su atención por el médico de la familia. Revista Cubana Medicina General Integral. ; 11(4): 11-18.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400001&lng=es.
- Pérez Martínez V.T (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.http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400004&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez Almaguer, F., Mok Olmo, Y., Cuervo Bello, L. & Rodríguez Arias, O.D. (2013). Prevencción del suicidio en adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba. MEDISAN; 17(1): 101-108. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100013&lng=es.
- Rodríguez Jústiz, F. & Zayas Vinent, M. (1997). Estudio para el perfeccionamiento del Plan del Médico de la Familia. Revolución Cubana. Medicina General Integral; 13(1): 12-8.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000100003&lng=es&tlng=es.

- Riera Betancourt, C., Alonso Betancourt, O. & Masid Oramas, E. (1989). Conducta suicida y su prevención, MINSAP.
- Salas Perea, R.S. & Salas Mainegra, A. (2017). Modelo formativo del médico cubano. Bases teóricas y metodológicas. Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- Vidal Ledo, M.J., Salas Perea, R.S., Fernández Oliva, B. & García Meriño, A.L. (2016). Educación basada en competencias. Educación Médica Superior, 30(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000100018&lng=es&tlng=es.

ANEXOS

ANEXO 1

Encuesta para evaluar la competencia específica del médico de familia para la prevención y control de la conducta suicida.

Datos generales

Nombre y apellidos: _____

1er año de Residencia de MGI: _____

2do año de Residencia de MGI: _____

CMF: _____

A continuación se formulan un grupo de preguntas relacionadas con la temática de la conducta suicida, pedimos a usted lea detenidamente y responda con sinceridad, todas las respuestas son importantes. De antemano agradecemos su colaboración y su valiosa contribución al estudio de este evento.

1-¿Conoce usted de acuerdo a los casos notificados de intento suicida cómo se comportan las tasas en el municipio Manzanillo, la provincia y Cuba en el año 2017? Identifique la tasa con una M (Municipio), con una P (Provincia) y con una C (Cuba)

12,3 ___ 8,6 ___ 12,7 ___

2- ¿Conoce usted si las tasas de intento suicida en la provincia Granma en los últimos 10 años se han mantenido elevadas y a veces por encima de la media nacional?

Si ___ No ___

Argumente su respuesta. _____

3- Marque la opción que considere correcta para usted con una X.

___ La conducta suicida (intento y/o suicidio) forma parte de las enfermedades crónicas no transmisibles.

___ La conducta suicida (intento y/o suicidio) es considerado un daño a la salud.

4-Durante su formación en el 5to y/o 6to año de la carrera de Medicina en la asignatura Medicina General Integral en el tema II y en el tema IV referente a "La Atención Médica Integral a las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud" usted debió recibir varios contenidos, marque con una X los que recuerda recibió en clases:

Enfermedades cardiovasculares ___ Hipertensión arterial ___

Cardiopatía isquémica____ Enfermedad Cerebrovascular____
Insuficiencia cardíaca____ Diabetes mellitus____
Cáncer ____ Enfermedades Respiratorias crónicas ____
Accidentes____ Suicidio____ Alcoholismo____ Hepatopatía crónica____
Epilepsia____ Malnutrición por exceso y por defecto____

5- ¿Durante su formación como médico en el 5to y 6to año de Medicina en la educación en el trabajo o rotación práctica de la asignatura MGI desarrollada en el Policlínico y sus áreas de salud recibió información sobre el Programa de prevención y control de la conducta suicida?

Si____ No____

6- ¿Durante su formación como residente de MGI en el primer año en el Módulo 5 “Salud Pública (Medidas de control de las enfermedades transmisibles, no transmisibles y otros daños a la salud)” le fue evaluado el tema de la conducta suicida como parte de su preparación docente? Si____ No____

7- ¿Durante su formación como residente de MGI en el 2do año en el Módulo 23 “Enfermedades psiquiátricas” dentro de las urgencias psiquiátricas recibió el tema de la conducta suicida? Si____ No____

8-Responda lo que recuerda del Programa Nacional de la conducta suicida en términos de:

a- Objetivos principales que persigue el programa (3):

b- Grupos de riesgo para la ocurrencia de intento suicida (mínimo 5)

_____, _____, _____, _____, _____

c-Sexo en que es más frecuente el Intento suicida: _____

d- Sexo en que es más frecuente el suicidio: _____

9. ¿Durante su formación como residente de MGI en el módulo de urgencias psiquiátricas evaluaron el tema de la conducta suicida?

Si____ No____

10- Responda según sus conocimientos cómo se realiza la evaluación y seguimiento del paciente que comete intento suicida por el equipo básico de salud (médico y enfermera) del área.

a) - Periodo de tiempo en que el paciente que comete intento lo interconsulta con el psiquiatra del área para evaluar riesgo potencial de suicidio._____

b) - Visita al hogar del paciente por el psiquiatra o un miembro del equipo básico de salud (médico y enfermera) durante _____ a partir de la notificación del intento.

c) - Seguimiento en los primeros ____ meses mensual por el médico

d) - El médico programará evaluaciones del paciente con el Equipo de salud mental (ESM) del área con el psiquiatra como mínimo _____ al año

e) - El alta del paciente se decide de conjunto médico de familia, psiquiatra y Equipo de Salud Mental nunca antes de ____ año

11- Cuando aplica la Guía Práctica para evaluar el riesgo suicida en un paciente adulto el puntaje según la categoría es:

Baja _____ Media _____ Alta _____

12- Cuando aplica la Guía Práctica para la Evaluación del riesgo de Suicidio en la Adolescencia, se tienen en cuenta parámetros como:

_____, _____, _____,
 _____, _____.

13-¿Cuándo ocurre un intento y/o suicidio en el área de salud oficialmente a través de quién debe llegarle la información?

14- Cuando ocurre un intento de suicidio se debe evaluar teniendo en cuenta 3 aspectos según el Programa Nacional de prevención y control de la conducta suicida:

_____, _____,

ANEXO 2

Guía para evaluar el desempeño profesional del médico de familia para la prevención y control de la conducta suicida.

Datos generales

Nombre y apellidos: _____

1er año de Residencia de MGI: _____

2do año de Residencia de MGI: _____

Especialista _____

Consultorio Médico de la Familia: _____

Aspectos para evaluar el desempeño en la Dispensarización de casos con riesgo y/o suicidio	Puntaje		
	0	1	2
Paciente de riesgo			
Registro del caso en la HCF como riesgo potencial de intento de suicido			
Planificada la evaluación de consultas y terrenos según grupo II en la HSF			
Aplicada la guía práctica para evaluar el riesgo en adolescentes y adultos			
Interconsulta con el Equipo de salud mental al paciente de riesgo			
Paciente con intento de suicidio			
Registro del caso en la HCF después de haber realizado un intento			

Planificada la evaluación de consultas y terrenos según establece el Programa Nacional de prevención y control de la conducta suicida			
Evaluar el riesgo potencial de suicidio en la primera consulta después del intento según:			
-antecedentes personales y familiares de conducta suicida.			
-letalidad del método empleado.			
-gravedad de las circunstancias.			
-seriedad de la intención.			
-posibles factores motivacionales o causales.			
-factores de riesgo asociados			
-investigar las alteraciones en la interrelación familiar			
Ingreso en Hospital Psiquiátrico mínimo 7 días			
Interconsulta al alta (primeros 7 días) con el psiquiatra como miembro del ESM			
Programar la siguiente consulta dentro de los primeros 15 días después de esta consulta			
Visita al hogar del paciente por el psiquiatra o un miembro del equipo básico de salud (médico y enfermera) durante los primeros 15 días a partir de la notificación.			
Seguimiento en los primeros 6 meses mensual por el médico			
De acuerdo a la evolución del paciente se mantendrá una consulta mensual en los segundos 6 meses o una frecuencia mínima bimestral			
El médico programará evaluaciones del paciente con el Equipo de salud mental (ESM) del área con el psiquiatra como mínimo 3 veces al año			
Si la evaluación del paciente no es satisfactoria se interconsulta con el psiquiatra y se valora el ingreso			
El alta del paciente se decide de conjunto médico de familia, psiquiatra y el resto del ESM			

nunca antes del primer año			
Paciente que fallece por Suicidio			
Discusión de fallecido			
Encuesta de suicidio para entregar a Equipo de salud mental			
Encuesta de suicidio para entregar a Centro de Higiene Municipal			
Llenado de la tarjeta de EDO en Estadística del Policlínico			
Total			

ANEXO 3

Entrevista focalizada

Como usted conoce ha sido seleccionado para formar parte de una investigación sobre la problemática de la conducta suicida y su accionar como médico de familia, a continuación le pedimos responda con sinceridad a las preguntas que se le realizarán.

Residente: _____

Año que cursa: _____

CMF:

Especialista: _____

1- ¿Desde que se desempeña como médico de familia ubicado en un área de salud ha cumplido con lo que establece el Programa nacional de la conducta suicida para identificar y dar seguimiento a individuos y grupos de riesgo?

2- ¿Se encuentra en su CMF el programa nacional para la prevención y control de la conducta suicida o algún documento que incluya este contenido?

3-¿Cómo médico de familia se siente preparado para dar seguimiento a los individuos de riesgo para realizar un intento de suicidio?

4- ¿En las visitas de control metodológico que recibe por el GBT y el equipo de salud mental le chequean el seguimiento a estos pacientes en su área de salud?

5-¿Conoce y tiene en su CMF las encuestas establecidas para aplicar a individuos que han realizado intento de suicidio y/o suicidio?

6- ¿Ha tenido la experiencia de llevar a discusión de fallecidos algún caso por suicidio? ¿Se sintió preparado para ello?

7-¿Ha remitido pacientes de riesgo para cometer un intento de suicidio al Equipo de salud mental?

8-¿Conoce el día de la semana que se realiza la interconsulta a los individuos de riesgo por el Equipo de salud mental?

9- ¿Si ha tenido algún caso de riesgo, con intento o suicidio diga como efectuó el seguimiento individual y/o familiar?

10-¿Ha recibido alguna capacitación sobre el tema de la conducta suicida como parte de su formación como residente o en actividades extracurriculares?

ANEXO 4

Consentimiento Informado al investigado:

Este documento solicita a usted su participación voluntaria (o) en la investigación sobre el tema: Competencia y desempeño del médico general integral para la prevención y control de la conducta suicida, para lo cual debe leer y firmar si concuerda con los aspectos que a continuación exponemos.

Yo _____ he recibido una explicación por parte del autor principal de la investigación, quien me ha informado además:

- Las características e importancia de la investigación en la que voy a participar.
- Que las respuestas brindadas por mi tendrán carácter anónimo.
- Que en cualquier momento puedo retirarme de las actividades sin que sea necesario explicar las causas, lo cual tampoco afectará las relaciones con el investigador.
- La investigación respeta los principios éticos internacionalmente establecidos y reglamentados, protegido por documentos de política, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos y Declaración de Helsinki de las Naciones Unidas (1948) basado en principios éticos como:
 - El ser humano es inviolable (Principio de Autonomía)
 - Todos los seres humanos tienen un derecho igual (Principio de Justicia)
 - No hacer daño a otro ser humano sin necesidad (Principio de Beneficio)

Tales principios serán tenidos en cuenta durante el presente estudio, para evitar riesgos que afecten los resultados del estudio y garantizar ausencia de maltrato al profesional objeto de la investigación.

Investigado

Investigador
