



ARTÍCULO ORIGINAL

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE SUICIDIO EN
FAMILIARES O TUTORES DE ADOLESCENTES DE UN
ÁREA DE SALUD, 2017**

**EDUCATIONAL INTERVENTION ON SUICIDE IN
FAMILIARS OR TUTORS OF ADOLESCENTS OF A
HEALTH AREA, 2017**

Autores: Taimi Nereida Rodríguez Abrahantes[†], Arahí Rodríguez Abrahantes^{**},
Margarita García Pérez^{***}

[†]Licenciada en Enfermería. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesora Asistente. Investigadora Agregada. Policlínico Mártires 8 de abril. Quemado de Güines, Villa Clara. Cuba. Correo -e: taimir@capiro.vcl.sld.cu.

^{**}Licenciada en Enfermería. Enfermera asistencial. Las Praderas. La Habana. Cuba. correo-e: arahyra@infomed.sld.cu

^{***}Licenciada en Pedagogía. Profesora de Metodología de la Investigación. Profesora Asistente. Policlínico Mártires 8 de abril. Quemado de Güines, Villa Clara. Cuba. Correo-e: margaritagp@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El intento suicida en los adolescentes y jóvenes se han incrementado considerablemente, la familia, juega un rol importante en la conducción de este acto fatal. *Objetivo:* diseñar una intervención educativa sobre suicidio dirigida a familiares o tutores de adolescentes de un área de salud del Policlínico Mártires 8 de abril de Quemado de Güines en aras de elevar sus conocimientos. *Método:* Se realizó un estudio descriptivo transversal con una propuesta de diseño de una intervención educativa. El universo lo conformaron 30 miembros de la familia (madre, padre o tutor) de adolescentes, la muestra se estructuró por 25 miembros que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio. *Resultados:* en relación al conocimiento sobre la definición de suicidio, el 100% de los encuestados fue evaluado de mal, en cuanto a la identificación de las personas de riesgo, se constató que casi el 50% obtuvo evaluaciones de regular, sobre la conducta a seguir ante una persona con idea suicida, el 40% fue evaluado de mal, en cuanto a los mitos y realidades relacionados con la conducta suicida, más del 70% obtuvo evaluaciones de regular, la percepción ante un paciente que haya realizado un intento suicida se evaluó de mal en más del 65%. *Conclusiones:* se destacaron los conocimientos evaluados de regular y mal, se diseñó un Programa educativo sobre suicidio en familiares o tutores de adolescentes de un área de salud, valorado como pertinente, factible, sobre una base metodológica y objetivos definidos para su implementación y posterior evaluación.

Palabras clave: suicidio; intervención educativa; familia; adolescentes



ARTÍCULO ORIGINAL

ABSTRACT

Introduction: the suicide attempt in adolescents and young people have increased considerably, the family plays an important role in the conduct of this fatal act. *Objective:* to design an educational intervention on suicide addressed to relatives or guardians of adolescents from a health area of Mártires 8 de Abril de Quemado de Guines Polyclinic in order to raise their knowledge. *Method:* a cross-sectional descriptive study was carried out with a design proposal for an educational intervention. The universe consisted of 30 members of the family (mother, father or guardian) of adolescents; the sample was structured by 25 members who agreed to participate in the study. *Results:* in relation to the knowledge about the definition of suicide, 100% of the answers were evaluated badly, in terms of the identification of people at risk, it was found that almost 50% obtained regular evaluations, about the behavior to follow a person with a suicidal idea, 40% was evaluated badly, in terms of myths and realities related to suicidal behavior, more than 70% obtained regular evaluations, the perception of a patient who has made a suicide attempt was evaluated bad in more than 65%. *Conclusions:* the evaluated knowledge of regular and poor was highlighted, an educational program was designed about suicide in relatives or guardians of adolescents from a health area, assessed as pertinent, feasible, on a methodological basis and defined objectives for its implementation and subsequent evaluation.

Key words: suicide; educative intervention; family; teenagers

INTRODUCCIÓN

En la antigüedad, en países como Japón, China y gran parte de Europa, el suicidio no solo era frecuente sino que en muchos casos era honroso; en los siglos VII y VIII, la Iglesia empezó a castigar severamente a quienes intentaban suicidarse. En el 1820, el médico J. P. Falret señaló que el suicidio era resultado de un "trastorno mental" y en 1838, Esquirol se refirió al acto suicida como consecuencia de una crisis de tipo afectiva. A finales del siglo XIX, Morselli (1879) y el sociólogo francés Durkheim (1897) introducen los factores sobre los cuales se basarían los estudios posteriores y las teorías sociológicas sobre el suicidio.¹

El suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1 110 personas y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, entre otras.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS)², define el suicidio como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal. Se entiende por intento de suicidio todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal. Por otra parte, el comportamiento suicida incluye la ideación suicida, así como planificar, intentar y cometer un suicidio propiamente dicho.

Las tasas más altas de suicidio se registran en Europa del Este y las más bajas en América Latina, en los países musulmanes y en algunas regiones asiáticas. En los países africanos se dispone de poca información sobre este hecho, por lo cual se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Así, las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años.³

A nivel mundial, este grave problema de salud pública representa un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. En los países de altos ingresos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre: mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer; es en estos últimos



ARTÍCULO ORIGINAL

donde los recursos y servicios suelen ser escasos y limitados para la identificación temprana, el tratamiento y apoyo a las personas necesitadas.²

Las naciones desarrolladas presentan altas tasas de mortalidad por suicidio. Corea del Sur y Japón presentan los índices más altos del mundo, con 24,8 y 27 de cada 100 000 personas, respectivamente; seguidos por Bélgica (21,3), Finlandia (20,35) y los Estados Unidos (11,1).⁴ En un año fallecen por esta causa cerca de un millón de personas y se estima que para el 2020 alcanzará la cifra de un millón y medio de seres humanos que deciden quitarse la vida.⁴

Igualmente la OMS plantea que en el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual de 11,4 por 100 000 habitantes, lo que la convierte en la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. En este mismo sentido, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el año 2013, señaló que en América Latina, Colombia ocupa el tercer lugar en tasas, lo que la ubica después de países como Cuba y Brasil.^{4, 6, 9}

Según Anuario estadístico del 2016, en el año 2015 existió una tasa de 13,5 por 10 000 habitantes por lesiones autoinfligidas intencionalmente, en el año 2016 se redujo a 12,7. Entre las edades de 10 a 19 años, hubo un total de 33 defunciones en el año 2015, ocupando la cuarta causa de muerte y 28 en el año 2016 con una tasa de 2,0 por cada 100 000 habitantes de 10 a 19 años.⁷

Otros estudios destacan que Cuba no está exenta de esta problemática en los adolescentes, al observarse que en las edades de 10 a 19 años ha ocupado en los dos últimos años la tercera y cuarta causa de muerte. En el año 2010 existió una tasa de 2,9 por 10 000 habitantes en las edades de 10 a 19 años, ocupando la tercera causa de muerte para este grupo de edades, y en el año 2011 presentó una tasa de 2,7 para pasar a la cuarta causa de muerte en esta población.⁷ En la provincia de Villa Clara la conducta suicida se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte. En el 2016 se registró una tasa ajustable x 100 000 habitantes de 10,4, de lesiones autoinfligidas intencionalmente.⁷

La provincia, de forma general, desde el año 2014 se presentó una cifra de 32,33% menores de 20 años con intento suicida. Los municipios que presentaron incremento en su tasa fueron: Quemado (53,59), Sagua (14,95), Encrucijada (60,47), Camajuaní (0,12), Remedios (26,82), Placetas (26,34) y Manicaragua (3,24). Por su parte, Quemado de Güines se encuentra entre los municipios donde más incide esta problemática. Se han realizado estudios que señalan que durante el periodo de diciembre del 2009 a diciembre del 2016 ocurrieron alrededor de 172 intentos suicidas, dentro de los cuales 75 eran adolescentes entre 12-19 años.⁹

Teniendo en cuenta los argumentos anteriores y la alta incidencia de tentativa de suicidios en el Municipio de Quemado de Güines desde hace varios años hasta la fecha, se propone la siguiente interrogante científica: ¿Cómo modificar el nivel de conocimiento sobre suicidio en familiares de adolescentes de un área de salud del municipio, a través de una intervención educativa, 2017? El propósito de este estudio es diseñar una intervención educativa sobre suicidio dirigida a familiares o tutores de adolescentes de un área de salud en aras de elevar sus conocimientos.

MÉTODO

Se realizó en la etapa inicial de la investigación, un estudio descriptivo transversal, que sirvió como base a la propuesta de diseño de una intervención educativa con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre manejo de la conducta suicida en familiares o tutores de adolescentes en un área de salud del Policlínico Mártires 8 de abril, entre abril- septiembre 2017. El universo estuvo conformado por 30 miembros de la familia (madre, padre o tutor) de adolescentes que residen en el área de salud seleccionada (CMF 41-3), la muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico por criterios, conformándose por 25

ARTÍCULO ORIGINAL

m i e m b r o s d e l a f a m i l i a q u e e s t u v i e r o n d e a c u e r d o e n p a r t i c i p a r e n e l e s t u d i o , q u e r e s i d i a n e n e s a á r e a d e s a l u d y n o o t r a , c o n c a p a c i d a d e s p s í q u i c a s ó p t i m a s p a r a c o l a b o r a r e n e l e s t u d i o .

Operacionalización de las variables

Evaluación de conocimientos: en relación a definición de suicidio, factores asociados en la conducta suicida en la adolescencia, conocimientos sobre conducta a seguir ante un adolescente con idea suicida, conocimientos sobre mitos y realidades

Definición Operacional: Acción y efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural a cerca del tema en cuestión.

Escala de medición: Excelente (5 puntos), bueno (4 puntos), regular (3 puntos) y mal (2 puntos)

Percepción: percepción ante un adolescente que haya realizado un intento suicida

Definición Operacional: Primer conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos.

Escala de medición: Excelente (5 puntos), bueno (4 puntos), regular (3 puntos) y mal (2 puntos)

Valoración o criterio de especialistas o expertos

Definición Operacional: es un método de validación útil para verificar la fiabilidad de una investigación que se define como "una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como **expertos** cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones"

Escala de medición: Factibilidad, pertinencia, cumplimiento de los objetivos propuestos y estructura metodológica adecuada.

Método empírico utilizado

Encuesta (Anexo 2): Dirigida a los padres de los adolescentes con el objetivo de identificar las principales esferas o necesidades de aprendizaje de los familiares o tutores de la muestra.

Técnicas y procedimientos de obtención de la información

La investigación se llevó a cabo en tres etapas, con la utilización de instrumentos de medición:

Etapas diagnóstica: Se solicitó el consentimiento informado de la muestra estudio (Anexo 1) y se aplicó un instrumento similar al publicado en otro estudio relacionado con este tema (cuestionario), Anexo2 que consta de 5 preguntas para identificar las necesidades de aprendizaje, validada por el psicólogo, en ella se identificó el nivel de conocimientos sobre suicidio.

Etapas de diseño: se diseñó un Programa de intervención sobre el manejo de la conducta suicida, cuyo contenido estuvo directamente relacionado con las necesidades de aprendizaje encontradas (Anexo 4). Diez encuentros con una periodicidad semanal con una duración de 45 minutos. Se impartió temas tales: Un acercamiento a la problemática y los conceptos relacionados con el suicidio, factores asociados a la conducta suicida en el adolescente, consecuencias asociadas al suicidio, familia. Su rol comunitario en el enfrentamiento de los riesgos asociados al suicidio, personalidad y conducta suicida con el adolescente, mitos y realidades sobre el suicidio, comunicación y conflictos.

Etapas de valoración por especialistas: (Anexo 3)

Una vez diseñada la propuesta de intervención educativa se seleccionó a un grupo de especialistas que por sus conocimientos y experiencia en este campo pudieron valorar la propuesta. Se consultaron 3 especialistas que fueron los siguientes:

1. Profesor Asistente. Máster en longevidad satisfactoria. Especialista en Psiquiatría Infantil.
2. Licenciada en Psicología. Responsable del Programa de suicidio.
3. Licenciado en Psicología. Responsable del PAMI. Profesor Asistente
4. La propuesta de intervención psicológica se valoró por su pertinencia, factibilidad, organización, metodología, lenguaje empleado, comprensión y calidad general del Programa.
5. Su calificación se estableció a partir de que se consideró como *excelente* el nivel de conocimiento si obtenían en el instrumento de recolección de la información 5; *bueno*, si obtenían 4; nivel de conocimientos *regular*, de obtener 3; y *mal* si obtenían menos de 3.

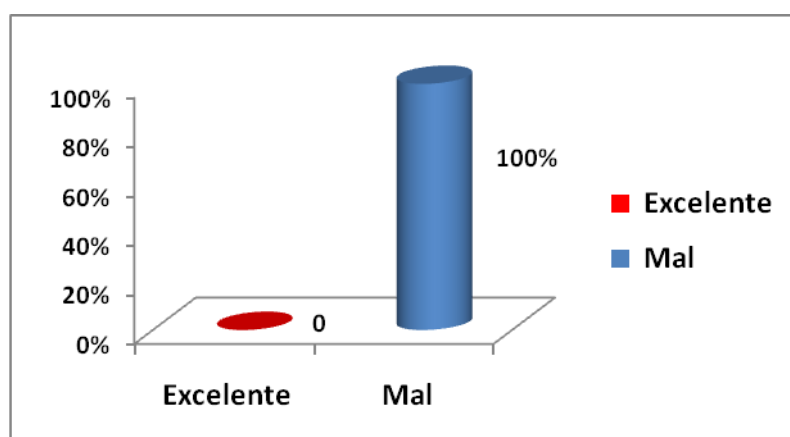
ARTÍCULO ORIGINAL

6. En resumen se utilizaron como variables: evaluación de conocimientos, percepción ante un adolescente con intento suicida y valoración por especialistas.
7. En el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva; se resumieron los resultados en tablas expresadas e frecuencias absolutas (números) y relativas (porcentos).
8. Se asumieron los principios de la ética médica para un estudio científico una vez informado sobre el propósito del estudio, los procedimientos que se realizarían, los beneficios de la investigación, la alternativa de participar o no y la confidencialidad de los datos obtenidos.

RESULTADOS

Al encuestar a las pacientes en cuanto al conocimiento que tenían sobre la definición de suicidio (Gráfico 1), se observó que el 100% de los encuestados fue evaluado de mal.

Gráfico 1. Distribución de la muestra según evaluación de conocimientos sobre definición de suicidio, en familiares o tutores de adolescentes del CMF 41-3, Quemado de Güines



Fuente: Tabla 1

Con respecto a la evaluación de conocimientos sobre identificación de las personas de riesgo, se pudo constatar que el 48% obtuvo evaluaciones de regular, seguidos de un 32% evaluados de mal (Tabla 2)

La Tabla 2. Distribución de la muestra según evaluación de conocimientos sobre factores asociados en la conducta suicida en la adolescencia

Evaluación	Pacientes.	
	N ro.	%
Excelente	0	0
Bueno	5	20
Regular	12	48
Mal	8	32
Total	25	100

Fuente: Encuesta

En relación a la conducta a seguir ante un amigo con idea suicida al encuestar a las pacientes el 40% fue evaluado de mal, sin embargo un 36% fue evaluado con conocimientos de buenos.



ARTÍCULO ORIGINAL

La **tabla 3**. Distribución de la muestra según conocimientos sobre conducta a seguir ante un adolescente con idea suicida

Evaluación	Pacientes.	
	N ro.	%
Excelente	0	0
Bueno	9	36
Regular	6	24
Mal	10	40
Total	25	100

Fuente: Encuesta

La **tabla 4** muestra los conocimientos sobre mitos y realidades relacionados con la conducta suicida, el 72% obtuvo evaluaciones de regular, y el 12% de mal.

Tabla 4. Distribución de la muestra según conocimientos sobre mitos y realidades relacionados con la conducta suicida

Evaluación	Pacientes.	
	N ro.	%
Excelente	0	0
Bueno	4	16
Regular	18	72
Mal	3	12
Total	25	100

Fuente: Encuesta

En cuanto a la percepción ante un paciente que haya realizado un intento suicida (**Tabla 4**) a muestra destacó que más del 65% obtuvo evaluaciones calificadas de mal, solo el 12% obtuvo buenas calificaciones.

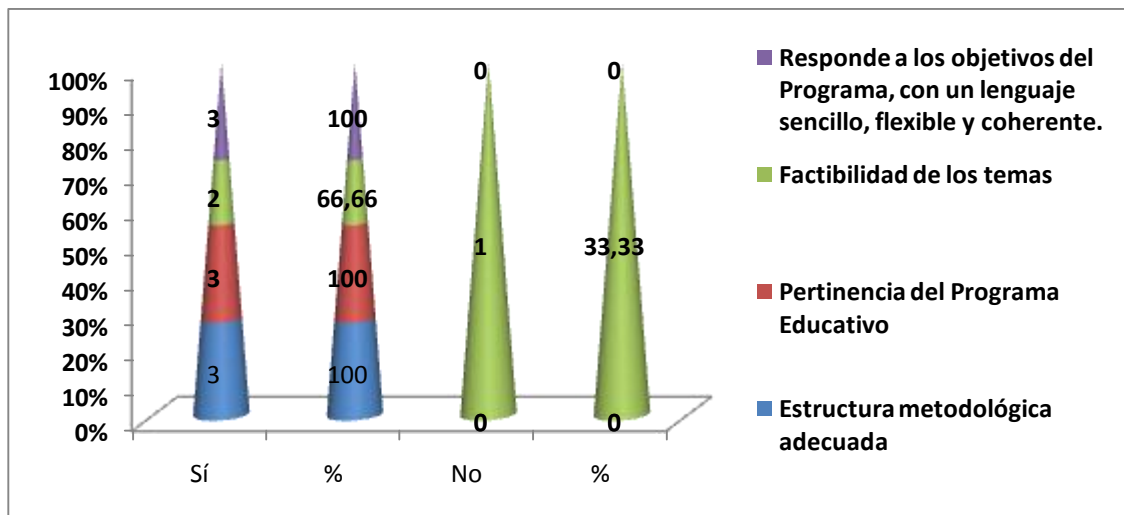
Tabla 5. Distribución de la muestra según percepción ante un adolescente que haya realizado un intento suicida

Evaluación	Pacientes.	
	N ro.	%
Excelente	0	0
Bueno	3	12
Regular	5	20
Mal	17	68
Total	25	100

Fuente: Encuesta

El **Gráfico 2**, muestra la valoración de los especialistas por el diseño de la Intervención educativa, destacando que el 100% lo valora como pertinente, con una estructura metodológica adecuada y la calidad requerida, dos de tres especialistas encuestados (66,66%) destacan su factibilidad.

Gráfico 2. Valoración por especialistas de la propuesta del Programa educativo



Fuente: Tabla 4 (Cuestionario a especialistas)

DISCUSIÓN

Autores de publicaciones destacan que el término *suicidio* en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, Sir Thomas Browne fue quien acuñó la palabra *suicidio* en su obra *Religiomedicina* en 1642. Médico y filósofo, Browne creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El término nuevo reflejaba el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona. Sin duda, en cualquier definición de suicidio la intención de morir es un elemento clave.¹⁰, elemento este en los que sí coincidieron la mayoría de los encuestados del estudio.

Según los factores asociados a la conducta suicida en el adolescente, tener un conocimiento vasto sobre el tema ayudaría en gran medida prevenir consecuencias fatales en este grupo de edad. Estudios han demostrado que existen rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer un acto suicida como lo es la poca tolerancia a la frustración, actitudes hiperperfeccionistas, son críticos, rígidos intelectualmente, que no toleran el más mínimo fracaso, y a veces están convencidos de su propia maldad y no se sienten queridos.¹⁰

Cualquier persona, sea profesional de la salud o no, tiene facultades para brindar ayuda a un adolescente en crisis. Los amigos, los vecinos y los maestros, entre otros, pueden apoyarle muy bien, pues lo más importante es escuchar con atención lo que anhela decir para facilitar su desahogo y demostrarle comprensión, pero sin dejar de proponerle soluciones para que desista del intento suicida, si hubiese manifestado esa idea de autoagredirse.¹¹ No podemos dejarle de prestar atención a lo planteado por otros autores y es en relación a que las dificultades escolares son predictoras de ideaciones y conductas suicidas en esta etapa de la vida.¹²

Relacionado con la percepción ante una persona que intenta suicidarse se hallaron respuestas incorrectas tales como la de no considerar un sinvergüenza que quiere salirse con las suyas. Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan en determinado momento de su existencia sintieron que la vida no tenía sentido por diversas causas que están representados por diferentes factores de riesgo como situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz, las psicopatología incluyendo la depresión, el abuso de sustancias nocivas a la salud, baja autoestima, impulsividad, desesperanza, amores contrariados, falta de comunicación con los padres en el caso por ejemplo de un embarazo culto o no deseado, maltrato físico, lo que



ARTÍCULO ORIGINAL

convierte dicho acto a consideración de los autores de este estudio en la mejor y única opción para ello.

El buen funcionamiento familiar puede considerarse un factor protector indirecto de la ideación suicida. Se relaciona positivamente con la autoestima social y, negativamente, con la sintomatología depresiva, así como los problemas de integración escolar se relacionan de manera positiva con la sintomatología depresiva y la victimización escolar.¹³

Los autores de este estudio opinan que la forma de manejar estas situaciones por parte de los padres y otros familiares influye en la implementación de actos psicóticos en los adolescentes, sobre lo cual incide también la utilización de métodos correctivos inadecuados o violentos, que lejos de corregir la conducta inapropiada pueden reforzarla o lograr comportamientos rebeldes hacia la autoridad de los progenitores.

La conducta suicida no se hereda, pero sí la predisposición genética para padecer determinadas enfermedades mentales; por consiguiente, en los pacientes con dicha intención hay que precisar si existen esos antecedentes patológicos familiares para poder intervenir en la reducción del riesgo suicida, pues para prevenir ese comportamiento deben promoverse modos de vida saludables como la práctica sistemática de deportes, una sexualidad responsable, los hábitos no tóxicos y el desarrollo de múltiples intereses que permitan un uso adecuado del tiempo libre de niños y adolescentes.⁸

Los mitos se consideran creencias de orden superior que pueden modificarse, lo que posibilita menor influencia negativa sobre las personas, un mejor conocimiento del problema de salud y mayor rango de efectividad de los mecanismos de autoeficacia que influyen, positivamente, en la búsqueda de soluciones y en que los voluntarios y agentes sanitarios, aprendan a identificar proveedores de apoyo, en el escenario comunitario, e indicios de recaída hacia procesos suicidas en las personas.¹⁴

Generalmente las medidas que se adoptan para reducir la incidencia del suicidio tienen la finalidad de prevenir el desenlace mortal de los actos suicidas, la repetición de dichos actos, el primer intento suicida y la inclinación al suicidio. En cada uno de estos casos el éxito de las medidas preventivas dependerá en gran parte de la identificación precoz y del adecuado tratamiento de los grupos de población más expuestos.¹⁵ El conocimiento de un modelo que se ajuste a nuestras necesidades devendría en ahorro de recursos y una estrategia de intervención efectiva en las comunidades lo que influye en el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de los adolescentes.¹⁶ La mayoría de las personas que se suicidan o lo intentan, ofrecen alguna advertencia o indicio de sus intenciones antes de consumir el acto.

CONCLUSIONES

En el grupo de estudio se destacaron conocimientos evaluados en su mayoría de regular y mal, por lo que se diseñó un programa educativo sobre suicidio en familiares o tutores de adolescentes del área de salud; valorado como pertinente, factible, sobre una base metodológica, con objetivos definidos para su implementación y posterior evaluación.

ARTÍCULO ORIGINAL

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez R M. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Revhabancienméd [Internet]. 2016 Feb [citado 2017 Nov 14]; 15(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es.
- 2- Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 Abr [citado 2017 Jun 15]; 15(2): 196-217. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013&lng=es.
- 3- Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Suicidio. Mortalidad y prevención. Factográfico de Salud [Internet]. 2015 Sep [citado 7Feb2016];1(10):[aprox. 10 p.]. Disponible en <http://files.sld.cu/bmn/files/2015/09/factografico-de-salud-septiembre-2015.pdf>
- 4- Hernández Soto P A, Villarreal Casate R E. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. MEDISAN [Internet]. 2015Ago [citado 7Feb2016]; 19(8): 1051-1058. Disponible:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800014&lng=pt.
- 5- Arias de la Torre IF. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes del policlínico René Vallejo de Bayamo. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2015 [citado 2017 Jun 23]; 40(2). Disponible en: http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/97/html_14
- 6- Blandón Cuesta OM, Carmona Parra JA, Mendoza Orozco MZ, Medina Pérez Ó A. Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. AMC [Internet]. 2015 Oct [citado 7Feb2016]; 19(5): 469-78. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000500006&lng=es.
- 7- Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana: Ministerio de Salud Pública, disponible en:http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
- 8- Cortés Alfaro Alba. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Jun 15]; 30(1): 132-139. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100013&lng=es. Disponible en:http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
- 9- Informe Estadístico de Quemado de Güines. 2016. [Oficina Estadísticas Municipal], [citado 21 de Junio 2016].
- 10- Pérez Collado J, Pérez Collado T, Azcuy Collado M, Mirabal Martínez G. Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2014 Mar [citado 2017 Jun 20]; 33(1): 70-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000100008&lng=es.
- 11- Hernández Trujillo A, Eiranova González- E I, López Acosta YM. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. MEDISAN [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Jun 20]; 17(12): 9027-9035. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200001&lng=es.
- 12- Leyva Correa M, Castillo Rojas L, Perdomo Gómez A, García Leyva L. Caracterización de algunos factores socio-psicológicos en adolescentes con intento suicida en el municipio Morón. MEDICIEGO [revista en internet]. 2012 [citado 14 de enero 2015]; 18(Supl2) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl2_2012/pdf/T1.pdf.
- 13- Álvarez Caballero M, Camilo Colas VM, Barceló Román M, Sánchez Maso Y, Fajardo Vals Y. Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes. MEDISAN [Internet]. 2017 Feb [citado 2017 Jun 23]; 21(2): 154-160. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000200004&lng=es.
- 14- Pérez Martínez V T. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral, acerca de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Feb 07]; 27(4): 455-66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400004&lng=es.
- 15- Guibert Reyes W. Prevención de la conducta suicida en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 Abr [citado 2017 Jun 20]; 18(2): 149-154. Disponible en:



<http://www.revtecnología.sld.cu>

ARTÍCULO ORIGINAL

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200009&lng=es.

16- Rosabal García E, Romero Muñoz N, Gaquín Ramírez K, Hernández Mérida RA. Conductas de riesgo en los adolescentes. RevCubMed Mil [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Jun 20]; 44(2): 218-229. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010&lng=es.

ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado

Título de la Investigación: "Intervención educativa sobre suicidio en familiares o tutores de adolescentes de un área de salud, 2017"

Por medio de la presente estamos solicitando su cooperación voluntaria para un estudio, cuyo propósito es determinar el nivel de conocimiento de familiares o tutores de adolescentes sobre suicidio, por constituir esta edad un factor de riesgo de esta problemática.

Usted ha sido seleccionado (a) para conformar la muestra. Puede decidir si participa o no en el estudio que le garantiza el anonimato y confidencialidad de sus respuestas. Si acepta participar, tiene el derecho de abandonarlo en el momento que desee.

Agradecemos su participación y los valiosos aportes que puedan brindarnos, si le surge alguna duda, no vacile en hacer las preguntas que necesite. Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar le rogamos nos lo indique.

Declaratoria de voluntariedad:

He comprendido el propósito de este estudio y acepto voluntariamente participar como una de las personas del grupo de muestra.

Firma Sujeto-Muestra

Fecha:

Firma del Investigador

Fecha:



ARTÍCULO ORIGINAL

ANEXO 2

El siguiente cuestionario tiene el objetivo de identificar necesidades de aprendizaje sobre el suicidio en familiares o tutores de adolescentes.

Le aseguramos que el mismo es anónimo y sus datos serán procesados de manera confidencial. Muchas gracias.

Cuestionario

1-¿Qué entiende usted por suicidio?

2-¿Cuáles de los siguientes factores usted cree, estén asociados en la conducta suicida en la adolescencia?

a) -Tener alteraciones en el desarrollo puberal (primera menstruación precoz, la discapacidad o retardo mental).

b)- La desatención y problemas relacionados con la familia: las fugas frecuentes, deserción del hogar, problemas económicos.

c)- Prohíben a fiestas

d)- Riesgos intelectuales: como el analfabetismo, el bajo rendimiento y/o deserción escolar.

e)-Trastornos de la conducta alimentaria: la malnutrición

f) - El estar siempre de buen humor

g)- Tabaquismo, alcoholismo y otras drogas.

h)- La frustración de un viaje.

3- ¿Cuáles de las siguientes conductas asumiría ante el hecho de que un adolescente le diga que se va a matar?

a)- Correr con él para el hospital.

b)- No hacerle caso, porque él que lo dice nunca lo hace.

c)- Darle apoyo emocional y psicológico.

d)- Invitarlo a tomar para que se controle los nervios.

e)- Poner al tanto al resto de la familia para que busquen ayuda especializada.

f)- Darle una sogá o decirle que se tire delante de un carro para que no lo haga.

4- ¿Cuáles de las siguientes puntos de vistas usted considera verdaderos (V) y falsos (F) respecto al suicidio?

a)- Solo lo hacen los que están locos.

b)- Los que dicen que lo van hacer nunca lo hacen.

c)- Los que a consecuencia del alcohol presentan conflictos interpersonales.

d)- Los que no tienen familia ni amigos.

e)- Los problemas escolares no constituyen causa suicidio en los niños o adolescentes.

f)- Solo lo hacen los viejos que ya están aburridos de la vida.

5- Marque con una x como usted consideraría a alguien, preferentemente un adolescente que haya pensado en suicidarse.

a)- Una persona con debilidad mental

b)- Un o una sinvergüenza que quiere salirse con las suyas

c)- Una persona enferma.

d)- Una persona con herencia genética.

e)- Una persona atormentada.

Respuesta:

1-Suicidio: como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal.

Si correcto 5puntos, incorrecto 2 puntos

2- Marcar a, b, d, e, g (8-7 correcto 5puntos, 6-5 correcto 4puntos, 4-3 correcto 3 puntos,-3 correcto 2 puntos).

3-Marcar a, c, e. (6-5 correcto 5puntos, 4 correcto 4puntos, 3 correcto 3 puntos, menos de 3 correcto 2puntos.

4-F, F, V, V, F, F. (6-5 correcto 5puntos, 4 correcto 4puntos, 3 correcto 3 puntos, menos de 3 correcto 2puntos.

5- Marcar a y c. (6-5 correcto 5puntos, 4 correcto 4puntos, 3 correcto 3puntos, menos de 3 correcto 2puntos.

La nota final se evaluará por la tabla de especificaciones de 5 preguntas.



ARTÍCULO ORIGINAL

ANEXO 3

Solicitud de valoración a especialista

Estimado profesional, Usted ha sido seleccionado como especialista en la presente investigación, para la validación de la investigación: "Intervención educativa sobre suicidio en familiares o tutores de adolescentes de un área de salud, 2017". Le pedimos, que exprese su criterio según su respuesta en Adecuado, Medianamente Adecuado y No adecuado.

Muchas gracias;

Datos personales:

Nombre y Apellidos: _____

Años de experiencia: _____

Título que posee: _____

Centro donde labora: _____

Cargo que ocupa; _____

A continuación le ofrecemos una serie de aspectos a evaluar con categorías del 1 al 5. Usted valorará cada uno de los aspectos y le otorgará una evaluación teniendo en consideración que 1 es la menor y 5 la máxima.

Cuando su categoría sea menor que 5 expresará debajo de la tabla qué insuficiencia le condujo a tomar esa decisión, solicitamos así sus sugerencias y recomendaciones a fin de perfeccionar nuestra propuesta.

Muchas Gracias

No	Aspectos a valorar	1	2	3	4	5
1	Objetivo general					
2	Metodología					
3	Temas tratados					
4	Contenido de los temas					
5	Técnicas utilizadas					
6	Calidad general de las acciones					

Fuente: Adaptado de Veliz S M (2010)

Se considera que el 5 es el valor máximo y 1 es el valor mínimo.

Teniendo en cuenta su valoración marque con una x si considera las acciones pertinentes y factibles.

Pertinencia: Si responde a un problema de Salud del municipio y permite mejorar el afrontamiento a los conflictos que tienen los adolescentes, desarrollando con ello habilidades personales de resiliencia.

Factibilidad: Si los recursos humanos y materiales están accesibles y disponibles para la realización de las acciones psicológicas.



ARTÍCULO ORIGINAL

ANEXO 4

El diseño del programa educativo se propone a continuación:

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SUICIDIO DIRIGIDA A FAMILIARES DE ADOLESCENTES.

OBJETIVO GENERAL

-Capacitar a la muestra escogida sobre los conocimientos necesarios para la prevención y control del suicidio con énfasis en la etapa de la adolescencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Desarrollar un espacio de reflexión grupal sobre los mitos en torno al suicidio.
- 2- Favorecer el conocimiento sobre los factores y grupos de riesgo del suicidio.
- 3- Proporcionar las posibles vías para manejar y enfrentar los conflictos que surgen en esta etapa de la vida.
- 4- Orientar a la familia sobre el manejo de la adolescencia buscando solucionar los conflictos familiares que se presentan.
- 5- Potenciar un adecuado manejo familiar de los conflictos en adolescentes con intento suicida.
- 6- Promover estilos de vida saludables que mejoren la calidad de vida.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA:

- 1- El programa está dirigido a familiares o tutores de adolescentes pertenecientes a un área de salud del municipio de Quemado de Guines.
- 2- Diez encuentros con una periodicidad semanal con una duración de 45 minutos.
- 3- Número de participantes: 25.
- 4- Se desarrollará a través del trabajo grupal

TEMAS:

- 1-Un acercamiento a la problemática y los conceptos relacionados con el suicidio.
- 2-Factores y grupos de riesgo del suicidio.
- 3-Consecuencias asociadas al suicidio.
- 4-Familia. Su rol comunitario en el enfrentamiento de los riesgos asociados al suicidio en el adolescente.
- 5- Personalidad y conducta suicida en el adolescente.
- 6- Mitos y realidades sobre el suicidio.
- 7- Comunicación y conflictos

MOMENTO INICIAL:

En el momento de inicio se establece el rapport entre los participantes y el psicólogo, se realizan técnicas de animación y caldeamiento para propiciar un adecuado desarrollo grupal así como para lograr la cohesión, el interés, la motivación, además de la participación activa en las actividades que deben tener un carácter abierto y flexible.

MOMENTO TEMÁTICO:

En este momento se realizan técnicas de animación y contenido, se abordan los temas que se deben tratar en las diferentes sesiones, se dan a conocer los objetivos, y se responde a inquietudes o sugerencias que puedan tener los participantes.

Técnicas empleadas

- ✓ Mientras dure el fósforo.
- ✓ Psicodrama
- ✓ Técnica de animación.
- ✓ Charla educativa.
- ✓ Proyección de filme.
- ✓ "Así es" (técnica de comunicación).
- ✓ Técnica de relajación.
- ✓ Dinámicas de grupales.
- ✓ Técnicas de cierre.

MOMENTO DE CIERRE:

Se realiza la integración de los contenidos de trabajo y las conclusiones del tema.

METODOLOGÍA:

Esencialmente participativa, flexible y abierta.

EVALUACIÓN: Se realiza la evaluación de proceso (se aplica el cuestionario durante la etapa inicial del programa) y la evaluación de resultado (al finalizar la aplicación del mismo) tanto de forma cuantitativa como cualitativa.