Descargado el: 9-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Necesidades de aprendizaje de los especialistas en Medicina General Integral para la atención a la conducta suicida

Learning needs of Comprehensive General Medicine Specialists for the care of suicidal behavior

Dinorah Janet Torres Lugo[1] Mabel Rocha Vázquez[2] Idalberto Amado Pérez López[3] Iván Castillo Ledo[1] Antonio Masot Rangel[4] Silvia Janet Masó Torres[2]

[1] Policlínico Raúl Suárez Martínez, Rodas, Cienfuegos, Cuba
[2] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba
[3] Dirección Municipal de Salud, Rodas, Cienfuegos, Cuba
[4] Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Torres-Lugo D, Rocha-Vázquez M, Pérez-López I, Castillo-Ledo I, Masot-Rangel A, Masó-Torres S. Necesidades de aprendizaje de los especialistas en Medicina General Integral para la atención a la conducta suicida. **Medisur** [revista en Internet]. 2024 [citado 2026 Nov 9]; 22(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/45289

Resumen

Fundamento: la conducta suicida es un problema de salud pública importante, por lo que Cuba ha incluido el tema en los planes de estudio para mejorar su atención. Sin embargo, se constata que existen necesidades de aprendizaje para su atención por parte de los eespecialistas en Medicina General Integral.
Objetivo: identificar las necesidades de aprendizaje de los especialistas en Medicina General Integral para la atención a la conducta suicida.
Métodos: se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en la provincia de Cienfuegos de enero a diciembre del 2022. Se seleccionó una muestra de 379 profesionales mediante un muestreo aleatorio simple. Para el diagnóstico se aplicaron métodos empíricos, validados por criterio de expertos y prueba piloto.
Resultados: los instrumentos demostraron que el 100 % de los especialistas en Medicina General Integral desconoce las acciones del Programa Nacional para la Prevención y Control de la Conducta Suicida, presentaron problemas en la calidad del seguimiento a la conducta suicida y su identificación como problema de salud priorizado. Entre el 98 y el 100 % consideró insuficientes sus conocimientos sobre la conducta suicida y evaluó su desempeño de mejorable o no adecuado.
Conclusiones: los especialistas en Medicina General Integral presentan necesidades de aprendizaje para la atención a la conducta suicida en cuanto a: promoción y prevención de salud, acciones del Programa Nacional para la Prevención y Control de la Conducta Suicida, su identificación como problema de salud priorizado para planificar acciones de promoción, prevención y rehabilitación a nivel de individuo, familia y comunidad.

Palabras clave: comportamiento autodestructivo, prevención primaria, atención primaria de salud

Abstract

Foundation: suicidal behavior is an important public health problem, Cuba has included the topic in the study plans to improve its care. However, it is noted that there are learning needs for its care by specialists in Comprehensive General Medicine.
Objective: to identify the Comprehensive General Medicine specialists' learning needs for the care of suicidal behavior.
Methods: a descriptive, cross-sectional observational study was carried out in the Cienfuegos province from January to December 2022. A sample of 379 professionals was selected through simple random sampling. For the diagnosis, empirical methods were applied, validated by expert criteria and a pilot test.
Results: the instruments showed that 100% of the Comprehensive General Medicine specialists are unaware of the National Program for the Prevention and Control of Suicidal Behavior actions; they presented problems in the quality of the follow-up of suicidal behavior and its identification as a priority health problem. Between 98 and 100% considered their knowledge of suicidal behavior to be insufficient and evaluated their performance as improvable or not adequate.
Conclusions: the Comprehensive General Medicine specialists present learning needs for the care of suicidal behavior in terms of: health promotion and prevention, actions of the National Program for the Prevention and Control of Suicidal Behavior, its identification as a priority health problem to plan promotion, prevention and rehabilitation actions at the individual, family and community level.

Key words: self-injurious behavior, primary prevention, primary health care

Aprobado: 2024-10-31 13:33:19

Correspondencia: Dinorah Janet Torres Lugo. Policlínico Raúl Suárez Martínez. Rodas. Cienfuegos, Cuba. torreslugojanet@gmail.com

Introducción

La conducta suicida, es un problema de salud pública importante y prevenible.[1] Abarca un amplio espectro de conductas, que van desde la ideación suicida hasta el acto consumado.[2] La tasa promedio mundial de suicidio en el 2021 fue de 11,4 por 100 mil habitantes. En Cuba, en el 2022, fue de 12,9,[3] en la provincia de Cienfuegos de 12,5 y el municipio de Rodas de 21,0, lo que lo sitúa por encima de media nacional. [a]

Dada la relevancia de la conducta suicida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece acciones como la integración de intervenciones en salud mental desde la Atención Primaria de Salud (APS) y la capacitación del personal en este nivel de atención.[4] Sin embargo, al profundizar en el proceso formativo para la atención a este problema de salud en la APS, emergen insuficiencias que obedecen tanto a la formación inicial como a la posgraduada.

Cuba ha desarrollado propuestas en los procesos formativos de pregrado y posgrado, para mejorar la atención a la conducta suicida en la APS, como su inclusión en el plan de estudio. En cuanto al posgrado, el programa de la especialidad de Medicina General Integral (MGI) declara como objetivo atender de manera integral a la población según los principales problemas de salud en la APS, centrado en la educación en el trabajo como forma organizativa docente.[5] Sin embargo, estudios realizados identifican deficiencias para la atención a la conducta suicida por estos profesionales.[6]

A partir de las consideraciones anteriores, producto de la sistematización de la literatura consultada, unido a la experiencia de los autores y la participación en actividades docentes, atencionales e investigativas; se constata que existen necesidades de aprendizaje para la atención a este problema de salud. En este contexto, la educación de posgrado se visualiza como la vía para lograr una transformación cualitativa para la atención a la conducta suicida por parte de los especialistas en MGI mediante la superación profesional.[7]

Sin embargo, al respecto Pérez Martínez y de la Vega Pazitková plantean que para abordar la organización de la superación mediante la educación de posgrado, se hace necesario realizar una investigación que permita identificar las necesidades de aprendizaje de los sujetos para proyectar una superación profesional dirigida a un fin concreto y determinado con precisión.[8] Por lo que el presente estudio tuvo como objetivo identificar las necesidades de aprendizaje de los especialistas en Medicina General Integral para la atención a la conducta suicida.

[a] Dirección Provincial Salud Pública. Indicadores Básicos 2021. Cienfuegos: Departamento Provincial de Estadísticas; 2022

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. El diagnóstico transcurrió en el período de enero a diciembre del 2022 en la provincia de Cienfuegos. El universo estuvo conformado por los 962 especialistas en MGI de la provincia de Cienfuegos. Para la selección de la muestra, se aplicó un muestreo aleatorio simple para un total de 379 profesionales. Para los principios éticos de la investigación se tuvo en cuenta la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (AMM).

El diagnóstico se organizó en tres etapas interrelacionadas entre sí. En la primera etapa ***s***e diseñaron los instrumentos por los autores de la investigación para la identificación de las necesidades de aprendizaje. Para ello, los autores, a partir de las definiciones expuestas, consideraron lo planteado por González Sábado RI y colaboradores[9] sobre competencia y desempeño; además de otros criterios considerados por la autora y asumieron la clasificación de Hatim Ricardo A y Gómez Padrón[10] sobre necesidades de aprendizaje, y el Modelo Deductivo Participativo de David Leyva González para su identificación, referenciado por Chang Ramírez [b] y Alonso Hidalgo Y. [c]

En la segunda etapa se validaron los instrumentos. Para ello se utilizó el método de criterio de expertos y se aplicó el método Delphi, realizándose tres rondas, los aspectos a tener en cuenta por los expertos fueron: valoración del contenido de cada ítem, según los criterios de Moriyama, además de otros criterios a juicio de los investigadores a través de la realización de una encuesta; y se aplicó el coeficiente W de Kendall (K) para determinar la concordancia de

los expertos, en primer lugar respecto a las dimensiones y criterios propuestos para el diseño de los instrumentos y en segundo lugar para determinar, a partir de sus opiniones, la suficiencia, factibilidad y viabilidad de los instrumentos.

Para calcular el coeficiente de competencia de los expertos (K) se empleó la metodología para elaboración de pronósticos científico técnicos, aprobada en febrero de 1971 por el comité estatal para la Ciencia y la Técnica de Rusia. El coeficiente de conocimientos (Kc) se calculó sobre la valoración del propio profesional en una escala del 0 al 10 (test de autovaloración de experto) y se multiplicó por 0,1. Para el coeficiente de argumentación o fundamentación (K_a) se tuvo en cuenta la tabla patrón. De los 38 profesionales quedaron seleccionados 20 expertos; de estos últimos, 4 poseían coeficiente medio, para 20 %, y 16 alto (80 %).

Para la validación de los instrumentos mediante el método de prueba piloto se aplicó un muestreo aleatorio simple seleccionándose una muestra de 76 especialistas en MGI que se correspondió con el 20 % de la muestra del estudio. Los resultados obtenidos demostraron la calidad de las preguntas elaboradas para alcanzar el objetivo propuesto.

En la tercera etapa se aplicaron los instrumentos diseñados: encuesta, guía para el análisis de documentos del EBS para la prevención y control de la conducta suicida en la APS, y la entrevista grupal mediante la técnica de grupo focal.

La encuesta se aplicó con el objetivo de valorar las necesidades de superación y el conocimiento de los especialistas en MGI para la atención a la conducta suicidad según criterios seleccionados: conocimientos sobre promoción y prevención de salud, identificación de individuos y grupos de riesgo de intento suicida, conocimientos del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida y sus acciones para el seguimiento del paciente con intento suicida, acciones según el PMEF para la dispensarización, el seguimiento y la rehabilitación del paciente con riesgo suicida, conocimientos recibidos durante el pregrado y posgrado relacionados con el tema, autovaloración acerca de la suficiencia de los conocimientos, los modos de actuación profesional para la atención a la conducta suicida y de la necesidad de superación profesional sobre el tema; disposición para ser incluidos en actividades de superación profesional y posibles contenidos a incluir en las actividades formativas.

La encuesta diseñada consta de 16 preguntas (abiertas, semicerradas y cerradas). A cada pregunta se le asignó una puntuación. A partir de las respuestas del cuestionario se puede obtener un máximo de 37 puntos, que integralmente evalúan el nivel de conocimientos sobre el tema, subdividido en: excelente, bueno, regular y mal.

La guía para el análisis de documentos del EBS para la prevención y control de la conducta suicida en la APS tuvo como objetivo evaluar los modos de actuación profesional relacionados con la atención a la conducta suicida a partir de los documentos analizados: tarjetas de enfermedad de declaración obligatoria (EDO), historias clínicas individuales (HCI), historias de salud familiar (HSF), encuesta y resumen de historia clínica de los casos de intento de suicidio y/o fallecidos por suicidio, confeccionada a partir de lo que establece el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Conducta Suicida en Cuba y el ASIS según los criterios seleccionados:

Historia de salud familiar (HSF):

Aspectos a evaluar: registro en la HSF del riesgo e intento, planificación y evaluación en consultas y terrenos según establece el PMEF y el Programa Nacional de prevención y control de la conducta suicida.

A partir de la guía aplicada que contempla las acciones de los especialistas en MGI, se evalúa cada caso registrado en el área de salud como sigue:

Paciente de riesgo

Aspectos a evaluar: identificación de factores de riesgo, clasificación del riesgo suicida, interconsulta con el equipo de salud mental (ESM) acciones de prevención de salud realizadas y confección de resumen de historia clínica para su discusión. Se procede a evaluar en: mal, regular, bien.

Paciente con intento de suicidio

Aspectos a evaluar:

a. Evaluar el riesgo potencial de suicidio en la primera consulta después del intento según los siguientes aspectos: 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 y las alteraciones en la interrelación familiar.

b. 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.
c. Visita al hogar del paciente por el psiquiatra o un miembro del EBS (médico y enfermera) durante los primeros 15 días a partir de la notificación.
d. Seguimiento mensual en los primeros 6 meses 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.
e. Programación por los especialistas en MGI de evaluaciones del paciente por el ESM del área con el psiquiatra como mínimo tres 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 por el médico de familia, psiquiatra y ESM, nunca antes del primer año.
f. Confección de resumen de HCI y de la encuesta.
g. Acciones de rehabilitación y prevención de salud realizadas.

Paciente que cometió suicidio

Aspectos a evaluar: evidencia de la encuesta de suicidio y resumen de HCI.

Análisis de la Situación de Salud (ASIS)

Aspectos a evaluar: identificación de los riesgos sociales que favorecen la conducta suicida y de la conducta suicida como problema de salud. Acciones de promoción y prevención de salud para la conducta suicida como problema de salud priorizado.

Finalmente, el modo de actuación profesional se evalúa a partir de todos los puntos posibles de obtener para un máximo de 36 puntos, se considera entonces: modo de actuación profesional inadecuado: cuando incluye las categorías de mal y regular y modo de actuación profesional adecuado: cuando incluye la categoría bien.

Breve descripción de las guías para el análisis de documentos

La guía contempla las acciones de los especialistas en MGI, se evalúa cada caso registrado en el área de salud en pacientes de riesgo, pacientes con intento de suicidio y pacientes suicidas; y se evalúa en el ASIS la identificación de los riesgos sociales que favorecen la conducta suicida y de la conducta suicida como problema de salud. Todos los indicadores establecidos permiten evaluar los modos de actuación profesional adecuado o inadecuado. Los autores tuvieron en cuenta el registro estadístico de los pacientes reportados por Tarjeta de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), para la selección de las HCI de los intentos.

Para alcanzar el objetivo propuesto se realizó la revisión documental de tarjetas de EDO, historias clínicas individuales (HCI), historias de salud familiar (HSF), encuestas y resumen de historia clínica 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 Nacional para la Prevención y Control de la Conducta Suicida en Cuba; y ASIS.

La entrevista grupal, mediante la técnica de grupo focal, tuvo como objetivo valorar las necesidades de superación de los especialistas en MGI para a la atención a la conducta suicidad según criterios a valorar: conocimientos sobre promoción y prevención de salud, identificación de individuos y grupos de riesgo de intento suicida, conocimientos del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida y sus acciones para el seguimiento del paciente con intento suicida, acciones según el PMEF para la dispensarización, el seguimiento y la

rehabilitación del paciente con riesgo suicida, conocimientos recibidos durante el pregrado y posgrado relacionados con el tema, autovaloración acerca de la suficiencia de los conocimientos, los modos de actuación profesional para la atención a la conducta suicida y de la necesidad de superación profesional sobre el tema; disposición para ser incluidos en actividades de la superación profesional y posibles contenidos a incluir en las actividades formativas.

Se elaboró una entrevista semiestructurada que se le aplicó a los especialistas de MGI conformada por un total de 20 preguntas abiertas y su calificación fue cualitativa.

Una vez concluida la validación de los instrumentos se determinó el universo y la muestra para cada uno. Los mismos fueron aplicados: la encuesta y la técnica de grupo focal durante las reuniones de GBT y la guía en los CMF. Para la técnica de grupo focal la muestra se dividió en tres grupos dos de 36 y uno de 38 participantes y se aplicó a cada grupo la entrevista elaborada.

Estructura del universo y la muestra según instrumentos aplicados. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra según instrumentos aplicados

Instrumentos	Universo	Muestra	Porciento	Tipo de muestreo
Encuesta	481	200	20,8	Aleatorio simple
Análisis documental	75	75	7,8	Aleatorio simple
Grupo focal	406	110	11,4	Aleatorio simple
Total	**962**	**385**	**40**	

Criterios de selección de la muestra: ser egresado del posgrado académico de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos (UCMC), en la Especialidad de MGI, prestar servicios médicos en un CMF en los municipios seleccionados para el estudio y haber expresado su consentimiento de participación.

Para el procesamiento de los datos se utilizó, cuando fue necesario, el procesador SPSS versión 15 para Windows. La contrastación de la información se realizó desde las posibilidades que ofrece la triangulación, en este caso de métodos (encuesta, guía de análisis de documentos y entrevista grupal) lo cual permitió que, a partir de los criterios de análisis que se tomaron como eje, se establecieran los resultados y valoraciones.

[b] Chang Ramírez JA. José Martí en la labor del profesorado de la Escuela Provincial del Partido de Cienfuegos: una propuesta de programa de superación. Facultad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. 2007.

[c] Alonso Hidalgo Y. Programa de formación para los tutores en el contexto de universalización. una propuesta en la Sede Universitaria de Palmira. Universidad Carlos Rafael Rodríguez. Cienfuegos 2007.

Resultados

El 92 % de los especialistas demostraron tener poco conocimiento sobre promoción de salud, en cuanto a técnicas de educación para la salud y técnicas participativas. El 95,2 % tiene poco conocimiento sobre prevención en salud relacionado con la identificación de los factores de riesgo para la conducta suicida. El 98,2 % consideró insuficientes sus conocimientos sobre la conducta suicida y evaluó su desempeño de mejorable. El 100 % desconoce las acciones del Programa Nacional para la Prevención y Control de la Conducta Suicida para la evaluación y seguimiento del paciente que comete intento suicida.

Los resultados de la encuesta aplicada muestran que 30 (15 %) de los especialistas obtuvo calificación de regular y 170 (85 %) de mal, según la puntuación asignada a las preguntas de

la encuesta. Por lo que el 100 % demostró tener necesidades de aprendizaje para la atención a la conducta suicida. (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados de la encuesta para identificar las necesidades de aprendizaje de los especialistas en MGI para la atención a la conducta suicida

Indicadores	Respuestas			
	Adecuada		Inadecuada	
	No	%	No	%
Conocimientos para la promoción de salud	16	8 %	184	92
Conocimiento sobre factores de riesgo para la conducta suicida en la población	10	5	190	95,2
Conocimiento para realizar el control (dispensarización) y seguimiento del riesgo suicida	0	0	200	100
Conocimientos acerca de los objetivos	0	0	200	100
Conocimiento sobre documentos para registrar la información estadística	4	2	196	98,2
Conocimiento para clasificar el riesgo suicida	0	0	200	100
Conocimiento sobre instrumento para la evaluación del intento suicida	0	0	200	100
Conocimiento para seguimiento, la evaluación y la rehabilitación al intento suicida	0	0	200	100
Criterio personal acerca del desempeño para la atención a la conducta suicida	0	0	200	100

En cuanto a la dispensarización del riesgo suicida, el 88,8 % de los especialistas no lo registra en la Historia de Salud Familiar (HSF) a menos que el paciente haya realizado un intento suicida. El 100 % planifica la evaluación de consultas y terrenos según grupo II en la HSF para el paciente que ha realizado intento suicida, no planifican la evaluación de consultas, terrenos e interconsultas según establece el Programa Nacional de Prevención y Control de la Conducta Suicida para este paciente, no aplican la encuesta para la tipificación y control de la conducta suicida. No clasifican el riesgo suicida, no evalúan el riesgo potencial de suicidio en la primera consulta después del intento. Identifican en el ASIS el problema de salud conducta suicida en porciento bajo, tomando como referencia los problemas de dispensarización encontrados; y no lo identifican como problema de salud priorizado para planificar acciones de promoción, prevención y rehabilitación a nivel de individuo, familia y comunidad.

El 100 % de los especialistas en MGI obtuvieron una calificación de: cero a un punto en la identificación, evaluación y seguimiento del riesgo suicida, un punto en la evaluación y seguimiento del intento suicida y un punto en el ASIS. Por lo que 17 (22,6) obtuvo calificación de regular y 58 (77,3 %) de mal en cuanto a la calidad del seguimiento a la conducta suicida. Por lo que el 100 % presentó problemas en la calidad del seguimiento a la conducta suicida, su identificación como problema de salud priorizado y la acciones a desarrollar. (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados de la guía aplicada para identificar las necesidades de aprendizaje que tienen los especialistas en MGI para la atención a la conducta suicida

Indicadores	Seguimiento			
	Adecuado		Inadecuado	
	No	%	No	%
Acciones de control (dispensarización) en la atención a la conducta suicida	64	88,8	11	14,6
Acciones en la atención al paciente riesgo suicida	75	100	0	0
Acciones en la atención al paciente que realiza intento suicida	0	0	75	100
Acciones a desarrollar después del suicidio	0	0	75	100
Identificación de los riesgos sociales que favorecen la conducta suicida en la comunidad	75	100	0	0
Identificación de la conducta suicida como problema de salud en la comunidad	75	100	0	0
Acciones de promoción y prevención de salud para la conducta suicida como problema de salud en la comunidad	0	0	75	100

Se comprobó que el 84,5 % de los especialistas tienen escasos conocimientos sobre promoción de salud y el 88,2 % en prevención en salud. El 100 % de los especialistas desconoce: los objetivos y las acciones que establece el Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida y el instrumento para evaluar el intento suicida y suicidio. El 98 % consideró que no tiene los conocimientos teóricos, prácticos y la experiencia necesaria para la atención a la conducta suicidas y el 100 % consideró que su desempeño profesional no es adecuado, y asumieron la necesidad de estos para mejorar su competencia y desempeño en la APS para la atención a la conducta suicida; y necesaria la superación profesional sobre el tema. (Tabla 4).

Tabla 4. Resultados de la entrevista aplicada mediante la técnica de grupo focal para identificar las necesidades de aprendizaje que tienen los especialistas en MGI para la atención a la conducta suicida

Indicadores	Respuestas			
	Positivas		Negativas	
	No	%	No	%
Conocimientos para la promoción de salud	17	15,4	93	84,5
Conocimiento sobre factores de riesgo para la conducta suicida en la población	13	11,8	97	88,2
Conocimiento para realizar el control (dispensarización) y seguimiento del riesgo suicida	0	0	110	100
Conocimientos acerca de los objetivos	0	0	110	100
Conocimiento sobre documentos para registrar la información estadística	110	100	0	0
Conocimiento para clasificar el riesgo suicida	0	0	110	100
Conocimiento sobre instrumento para la evaluación del intento suicida	0	0	110	100
Conocimiento para seguimiento, la evaluación y la rehabilitación al intento suicida	0	0	110	100
Criterio personal acerca de las competencias para la atención a la conducta suicida	12	10,9	98	100
Criterio personal acerca del desempeño para la atención a la conducta suicida	0	0	100	100

Discusión

Algunos estudios declaran la necesidad de preparación de los profesionales que laboran en la atención primaria, apuntan a que los conocimientos que poseían los médicos de familia habían sido adquiridos durante su formación, pero no habían recibido una capacitación específica ni habían desarrollado estrategias instructivas en los centros escolares, laborales o en la comunidad y que poseen una baja percepción de la necesidad de prevenir la conducta suicida en adolescentes; sus opiniones e ideas al respecto presentaban poca elaboración y no existe una sensibilización suficiente hacia el problema que movilizara su comportamiento en el plano profesional.[9]

Los autores consideran, a partir del análisis de la literatura consultada, unido a sus experiencias durante su participación en actividades docentes, atencionales e investigativas que existen necesidades de aprendizaje para la atención a este problema de salud, que ocasionan limitaciones en los modos de actuación profesional de estos especialistas con un enfoque integral y preventivo, multi, inter, transdisciplinario e intersectorial.

Los resultados de este estudio coinciden con los de Gonzales Sábado RI y colaboradores quienes en un estudio realizado a residentes y especialistas en MGI, obtuvieron resultados similares en cuanto a necesidades de aprendizaje, donde resultó evidente que la mayoría de los encuestados mostraron desconocimiento en la identificación y atención de individuos y grupos de riesgo para cometer un IS, solo el 15,6 % de los encuestados tuvo un nivel de conocimiento bueno, en general sobresalieron las categorías de regular y malo.[10]

En otro estudio realizado por estos investigadores para validar instrumentos para evaluar la competencia específica del médico general integral en la prevención del suicidio resultó evidente que la mayoría de los encuestados mostraron desconocimiento en la identificación y atención de individuos y grupos de riesgo para cometer un IS, solo el 16,6 % de los encuestados tiene un nivel de conocimiento bueno, en general sobresalían las categorías de regular y malo. Lo cual coincide con este estudio.[11]

Consideran los autores que los especialistas en MGI deben tener conocimientos para aplicar un enfoque sistémico que favorezca la detección temprana del riesgo y la actuación consecuente, con un enfoque multi, inter, transdisciplinario e intersectorial. En tal sentido el desempeño de estos profesionales, enfocado a todos los niveles de prevención, es fundamental para garantizar la continuidad y la integralidad de la atención.

Un estudio de Aguilar Hernández I y colaboradores , 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, inadecuada clasificación de los métodos utilizados e insuficiente identificación de las acciones a realizar por el equipo básico de salud. Coincidiendo los datos obtenidos con este estudio.[12]

Los resultados de este estudio en cuanto al seguimiento coinciden con el de González Sábado RI y colaboradores en un estudio realizado a residentes y especialistas en MGI observaron que solo el 6,2 % alcanzó la categoría de bueno en el seguimiento y el 62,5 % están incluidos en la categoría de mal seguimiento a los pacientes con riesgo, con intento de suicidio o que cometieron suicidio.[13]

En otro estudio realizado por estos investigadores se pudo observar que el dato mínimo apunta a un seguimiento bueno 6,6 %; sin embargo, es notorio que el 60 % de los médicos están incluidos en la categoría de mal seguimiento a los pacientes con riesgo, con intento de suicidio o que cometieron suicidio.[11] Coincidiendo con este estudio.

Los resultados de este estudio coinciden con los de Aguilar Hernández I y colaboradores, los encuestados mostraron desconocimiento en la identificación y atención de individuos y grupos de riesgo para cometer un intento suicida; la mayoría de los estudiantes de Medicina estuvieron incluidos en la categoría de Mal, en los residentes y especialistas de Medicina General Integral sobresalen las categorías de Regular, en lo fundamental y se constataron, además insuficiencias relacionadas con el desconocimiento de los objetivos que persigue el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Conducta Suicida.[14]

Se puede concluir que los especialistas en Medicina General Integral presentan necesidades

de aprendizaje para la atención a la conducta suicida en cuanto a: promoción de salud, respecto a técnicas de educación para la salud y técnicas participativas; prevención en salud relacionado con la identificación de los factores de riesgo para la conducta suicida, sobre acciones del Programa Nacional para la Prevención y Control de la Conducta Suicida para la dispensarización, la clasificación, la evaluación y seguimiento del paciente que tiene riesgo suicida antes y después de realizar el intento suicida; para su identificación como problema de salud priorizado para planificar acciones de promoción, prevención y rehabilitación a nivel de individuo, familia y comunidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Dinorah Janet Torres Lugo, Iván Castillo Ledo.

Curación de datos: Dinorah Janet Torres Lugo, Iván Castillo Ledo.

Análisis formal: Iroel Expósito Ocampo.

Investigación: Dinorah Janet Torres Lugo, Iván Castillo Ledo.

Metodología: Antonio Masot Rangel.

Supervisión: Dinorah Janet Torres Lugo, Iván Castillo Ledo.

Visualización: Dinorah Janet Torres Lugo, Iván Castillo Ledo.

Redacción del borrador original: Dinorah Janet Torres Lugo, Mabel Rocha Vázquez, Idalberto Amado Pérez López.

Redacción, revisión y edición: Dinorah Janet Torres Lugo, Mabel Rocha Vázquez, Idalberto Amado Pérez López.

Financiación

Policlínico Raúl Suárez Martínez. Rodas. Cienfuegos, Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araya Álvarez MP, Vargas Gallegos B. Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Desarrollo de estrategias preventivas para Comunidades Escolares. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2019.

2. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS; 2014.

3. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2022 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2023. [cited 23 May 2023] Available from: https://dpsalud.ch.gob.cu/2023/10/05/minsap-anuario-estadistico-de-salud-2022/.

4. Organización Mundial de la Salud. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Prevención del suicidio. Ginebra: OMS; 2006.

5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Docencia. Plan de Estudio y Programa de Especialidad Medicina General Integral. La Habana: MINSAP; 2018.

6. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, Martínez González O, Nuevo Sábado D. Instrumentos para evaluar la competencia específica del médico general integral en la prevención del suicidio. I Jornada Virtual de Medicina Familiar [Internet]. Ciego de Ávila: SOCUMEFA; 2021. [cited 23 Sep 2023] Available from: https://mefavila.sld.cu/index.php/mefavila/2021/paper/viewFile/91/14.

7. Cuba. Ministerio de Educación Superior. Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba Resolución No. 140/2019 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2019. [cited 2023] Available from: https://cuba.vlex.com/vid/resolucion-no-140-19-810750577.

8. Pérez Martínez VT, de la Vega Pazitková T. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral sobre la conducta violenta. Educación Médica Superior [Internet]. 2017 [cited 23 Sep 2023] ; 31 (1): [aprox. 7p]. Available from: http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/938.

9. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, Izaguirre Remón RC. 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 [Internet]. 2021 [cited 23 Sep 2023] ; 10 (7): [aprox. 8p]. Available from: https://www.eumed.net/es/revistas/caribena/julio-septiembre-2021/medico-familia.

10. Hatim Ricardo A, Gómez Padrón EI. Literatura básica. Módulo de Postgrado. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica. La Habana: Ministerio de Educación Superior; 2002.

11. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, García Jerez S, Izaguirre Remón RC, Núñez Betancourt FL, Yero Quesada Y. Conocimientos sobre prevención del intento de suicidio en estudiantes de Medicina y médicos de familia. EDUMECENTRO [Internet]. 2019 [cited 23 Sep 2023] ; 11 (1): 27-41. Available from: https://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1168.

12. Aguilar Hernández I, Louro Bernal I, Perera Milián LS. Ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en Nueva Paz. Revista Cubana de Salud Pública. 2012 ; 38 (1): 74-83.

13. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, Izaguirre Remón RC, García Jerez S. Competencia específica del médico de familia en la prevención de la conducta suicida. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2022. [cited 23 Sep 2023]

14. Aguilar HI, Sanabria RG, Castañeda I, Pereda L. Evaluación de la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida. Medimay [Internet]. 2019 [cited 23 Sep 2023] ; 26 (3): 349-62. Available from: https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92641.