



SECCIÓN ARTÍCULOS ORIGINALES
Año 11 Vol. 1 N° 13 – 2011 (Págs. 61 - 73)

ANÁLISIS DE PLANES ESTATALES DE INTERVENCIÓN SOBRE EL SUICIDIO

Edwin Gerardo Luna Tascón¹, Diana Milena Rodríguez Pabón², Nubia Rocío Sánchez Martínez³

Fecha de recepción: Marzo 11-2011

Fecha de aceptación: Junio 13 - 2011

RESUMEN

Con el fin de identificar las estrategias utilizadas con más frecuencia para intervenir sobre el suicidio, se hizo un análisis de contenido de 7 planes estatales de intervención sobre el suicidio. Se identificaron 49 unidades de análisis, a partir de las cuales emergieron 9 categorías inductivas. Así mismo, se realizó la clasificación de las unidades de análisis según el propósito (personas en riesgo o ambiente físico y social), tipo de intervención (promoción, prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria) y sistemas del modelo ecológico que involucran (microsistema, exosistema, macrosistema y todos los sistemas). Se encontró que la mayoría de estrategias se dirigen a: (a) adquirir información y generar conocimiento relacionado con la problemática, (b) mejorar los procesos de oferta de servicios de salud mental y rutas de detección y atención a los casos de suicidio, (c) afectar al ambiente físico o social, (d) desarrollar actividades de prevención primaria, y, (e) intervenir en el exosistema.

Palabras clave: Estrategias de intervención sobre el suicidio, salud pública, riesgo de suicidio, modelo ecológico

ABSTRACT

In order to identify the most frequently strategies used for suicidal behavior intervention, a content analysis of 7 plans developed by states or nations to prevent suicidal behavior was carried out. 49 strategies were identified, from these 9 inductive categories emerged. Besides a classification of the strategies was done according to intervention object (directed to the physical or social context or to high risk people), intervention type (promotion, primary prevention, secondary prevention and tertiary prevention), and systems of the ecological model toward they are directed to (microsystem, exosystem, macrosystem, and all systems). It was established that most of the strategies are directed to: (a) acquiring information and generating suicide related knowledge; (b) improve the mental health offer processes and the detection and attention routes to suicide cases; (c) intervene the physical or the social environment; (d) develop primary prevention actions; and, (e) take part on the exosystem.

Key words: Intervention strategies on the suicidal behavior, public health, suicide risk, ecological model

1. Psicólogo. Docente Universidad de Nariño. Integrante Grupo Psicología y Salud - Universidad de Nariño. e-mail: lunaedwingerardo@gmail.com
2. Psicóloga - Oficina de Bienestar Universitario. Universidad de Nariño. Integrante Grupo Psicología y Salud, Universidad de Nariño. e-mail: diana.rodriguez.p@gmail.com
3. Psicóloga. Especialista en Procesos Psicosociales para la Efectividad Organizacional Grupo Métodos e Instrumentos para la Investigación en Ciencias del Comportamiento, Universidad Nacional de Colombia. e-mail: nrsanchezm@unal.edu.co

INTRODUCCIÓN

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública para muchos países del mundo; según la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹ Las estadísticas indican que en lo corrido del siglo XXI se han presentado más de cinco millones de suicidios en todo el mundo, y se estima que por cada suicidio consumado podrían existir entre 10 y 20 intentos de suicidio. Particularmente en Colombia, en el año 2006 se presentaron 2.172 muertes por suicidio.² Este fenómeno, además de suponer grandes costos económicos directos e indirectos para los países donde se presenta, cuestiona el supuesto incremento en la calidad de vida y bienestar social que las sociedades alcanzan gracias a los avances en los diferentes campos del conocimiento como medicina, informática, química, psicología, etc. No se puede olvidar que el problema del suicidio no es solo la muerte en sí misma, sino también las graves problemáticas que refleja, asociadas a las condiciones sociales y de salud mental de la población.

Para la prevención del suicidio en algunos países, se formulan planes de prevención en los que se integran múltiples estrategias dirigidas a los diferentes elementos que se encuentran en la base del problema, como por ejemplo, el acceso a medios autolesivos, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, atención a las condiciones de calidad de vida, entre otros.

Desde la perspectiva de salud pública, resulta de gran utilidad realizar una revisión de las estrategias más frecuentes en planes de prevención de suicidio que ya se hayan implementado, en cuanto permite conocer experiencias de otros países e integrar ese conocimiento en la construcción de nuevas propuestas tendientes a contribuir a la solución de la problemática.

La definición más conocida y aceptada de salud pública, señala que ésta es una disciplina cuyo

interés fundamental es la preocupación por los fenómenos de salud en una perspectiva colectiva, es decir, de aquellas situaciones que por diferentes circunstancias pueden adoptar patrones masivos en su desarrollo.³

De acuerdo con Milton Terris la salud pública es definida como “la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.⁴

La salud pública así considerada se constituye a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad, lo cual implica que organizaciones, grupos o instituciones deben hacerse cargo de los mismos, pues éstos no pueden ser resueltos en el nivel de los individuos. Esta disciplina enfoca el tema de la salud en un contexto colectivo, buscando influir positivamente para evitar la ocurrencia de enfermedad, mediante la aplicación de diversos enfoques de intervención.⁵

De acuerdo con la OMS,⁶ más que como un estado en abstracto, la salud es considerada como un proceso dinámico resultado de la interacción de diversos factores de índole biológico, psicológico, ambiental, social, cultural, político y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones que todo ser humano y grupo desea alcanzar. Es decir, que además de tener dónde vivir, qué comer, dónde acudir si está enfermo y contar con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros

componentes de la salud, tales como los derechos humanos, las opciones de vida digna, la calidad de vida, la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer, de tener acceso al arte y a la cultura y de llegar a una vejez con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital termine.

En este sentido, la promoción de la salud “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana”.⁷

Por su parte, Buéla-Casal et al.⁸ señalan que la prevención es la “preparación, disposición y acción anticipada para evitar la aparición de un fenómeno indeseable o disminuir al máximo sus consecuencias si ya están presentes; busca reducir el nivel de los factores de riesgo o de la posibilidad de ocurrencia y busca evitar los peligros para la salud, para el bienestar individual y comunitario”. De esta manera la prevención es considerada como una estrategia que facilita el proceso de cambio social, mediante el equilibrio de las relaciones entre el individuo y el medio ambiente. Es importante resaltar que esta estrategia es efectiva si se basa en el conocimiento de la multiplicidad de variables (biológicas, psicológicas, sociales y ambientales) que interactúan en el proceso de salud-enfermedad. Las actividades preventivas se clasifican en tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria.

La distinción entre la operacionalización de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad es difícil y en ocasiones existen conceptos y posiciones controversiales.

Sin embargo, en la práctica de la salud pública las dos son igual de importantes e indispensables; saber reconocer cada una permite una mayor precisión y claridad para el diseño de programas y proyectos, lo que se manifiesta en mejor distribución de los recursos y mayor eficiencia y eficacia de ellos.⁹

A pesar de estas dificultades se pueden identificar dos diferencias principales. Para Antonovsky¹⁰ una primera diferencia se relaciona con los objetivos o focos para la intervención; la promoción de la salud se dirige a actuar sobre los determinantes de la salud y a crear las llamadas opciones o ambientes saludables o salutogénicos. Por su parte, la prevención de la enfermedad tiene como objetivo reducir los factores de riesgo y las enfermedades, así como proteger individuos y grupos contra riesgos específicos.

Según Patiño,¹¹ otra de las diferencias hace alusión a los modelos con los cuales se implementan. En la prevención primaria, los modelos son los clásicos de la salud pública y medicina preventiva con énfasis en los factores de riesgo. En la prevención secundaria, son los de salud pública tipo tamizaje o detección temprana de poblaciones en riesgo y los tipos de prácticas clínicas preventivas. En la terciaria, son también los modelos de prácticas clínicas preventivas basados en evidencias clínicas y los de rehabilitación.

Por su lado, en promoción los modelos son de tipo sociopolítico, ecológico y sociocultural; los alcances de estos modelos van hacia la interacción entre los individuos y grupos con su ambiente físico, social, cultural, económico y político.

La salud pública desde las perspectivas de promoción y prevención son coherentes con una perspectiva contextual en la que se asume que las problemáticas de salud no se centran sólo en el individuo, sino en la interacción de éste con el medio.

Un modelo contextual, que goza de amplia aceptación en la comunidad académica y científica, es el modelo ecológico propuesto por Urie Bronfenbrenner, al cual se ha recurrido en este estudio para enmarcar parte del análisis sobre intervenciones estatales en la prevención del suicidio. Específicamente se tomó una adaptación de este modelo, donde se integra una de las categorías propuestas en su versión original (mesosistema) a otra (microsistema).^{12,13}

Esta adaptación del modelo ecológico permite clasificar los factores asociados a la salud desde tres sistemas: (a) macrosistema, el cual se refiere a la cultura e ideología de toda organización social que puede afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (microsistema y exosistema); (b) exosistema, está compuesto por el entorno social inmediato de la familia, como instituciones religiosas, judiciales, educativas, laborales, recreativas, entre otras, que no afectan directamente al individuo, pero que influyen sobre su conducta a través del efecto que ejercen sobre otros escenarios más cercanos a él; (c) microsistema, este nivel corresponde a los estilos de comportamiento, los roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en su entorno inmediato.

En esta investigación, se realizó una revisión de siete planes estatales de intervención sobre el suicidio, desarrollada con el fin de identificar los tipos de estrategias utilizadas con mayor frecuencia en la atención a esta problemática. Para realizar el análisis de los documentos en los que se describían los planes estatales de intervención, se recurrió a la estrategia de análisis de contenido; posteriormente se llevó a cabo una clasificación deductiva e inductiva de la información recolectada. Las categorías deductivas fueron construidas a partir de criterios relacionados con el propósito de la estrategia (personas en riesgo o ambiente físico y social), con el tipo de intervención (promoción, prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria) y con los

sistemas del modelo ecológico (microsistema, exosistema, macrosistema y todos los sistemas. La categorización inductiva surgió de la identificación de elementos comunes en las diferentes estrategias encontradas en los planes revisados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Unidad de trabajo

Los planes de intervención sobre el suicidio que se incluyeron en este análisis, se seleccionaron teniendo en cuenta que: (a) estuvieran disponibles en Internet en el período enero – febrero de 2008, (b) fueran de acceso libre, y, (c) estuvieran dirigidos a naciones. A partir de la búsqueda se eligieron 7 planes estatales que cumplieron con estos criterios, correspondientes a los países de: Estados Unidos de Norteamérica, Francia, Groenlandia, Inglaterra, Nicaragua, Noruega y Nueva Zelanda.

Para esta búsqueda no se consideraron pertinentes las bases de datos de artículos científicos de revistas indexadas, por cuanto se requería de la información del plan de prevención tal y como se había formulado por cada estado, y en las revistas científicas generalmente se presentan análisis o reflexiones sobre este tipo de aspectos, no la información original. Por esta razón se utilizó el motor de búsqueda “Google”, de carácter más general en el tipo de información que identifica.

Las palabras utilizadas para efectuar la búsqueda fueron: “planes”, “nacionales” o “estatales”, “prevención”, “intervención”, “suicidio”, introduciendo todas las palabras en el buscador, a excepción de “nacional” o “estatal” donde se introducía una de ellas cada vez.

Unidad de análisis

En los planes de intervención seleccionados se observaron diferentes estructuras de presentación, con diversidad de elementos incluidos. Como unidad de análisis se eligieron los objetivos, aspecto incluido en todos los

planes seleccionados, y se delimitó la unidad de análisis a los objetivos específicos puesto que éstos permiten visualizar las estrategias específicas hacia las cuales se dirigen los planes.

Diseño

Para lograr un mayor aprovechamiento de la información que aportan los planes de intervención, se recurrió a dos momentos de investigación que se asumen como complementarios.

Un primer momento corresponde a un análisis inductivo y un segundo momento corresponde a un análisis deductivo a partir de criterios de clasificación basados en modelos teóricos.

Criterios de clasificación deductiva

Las estrategias se clasificaron de acuerdo con los conceptos de los que parte la investigación: objeto de intervención, perspectiva de promoción y prevención en salud pública y modelo ecológico. A continuación se presenta la definición de las categorías de clasificación.

Clasificación según objeto de intervención

Las estrategias de intervención sobre el suicidio se clasificaron según el objeto de intervención en dos grandes categorías: a) dirigidas directamente a las personas en riesgo y b) dirigidas a modificar el ambiente físico o social.

Estrategias dirigidas a personas en riesgo de suicidio

Esta categoría hace referencia a aquellas estrategias que tienen como población objetivo, las personas que están en riesgo o pueden llegar a estar en riesgo de presentar suicidio. Las estrategias se orientan directamente hacia el trabajo con las personas.

Estrategias dirigidas a modificar el ambiente físico y social

Se incluyen aquí las estrategias cuyo propósito es modificar el ambiente físico o social de las personas que pueden presentar suicidio con

el fin de influir en ésta de manera indirecta y disminuir así la magnitud de la problemática del suicidio.

Clasificación según tipo de intervención

Dentro de la clasificación que se hace de las estrategias de intervención sobre el suicidio, es importante considerar los diferentes tipos desde la perspectiva de salud pública, según se definen a continuación.

Promoción

En esta categoría se incluyen aquellas estrategias que se derivan de una premisa fundamental sobre el fomento de la vida o de la salud mental, cuyos objetivos por lo tanto van más allá de disminuir el número de suicidios, y persiguen un incremento en los comportamientos relacionados con un estado de salud mental adecuado, integración social y un incremento en el grado de satisfacción que las personas sienten con sus vidas. Se incluyen aquellas estrategias que estén encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de calidad de vida individual y colectiva.

Prevención primaria

Se refiere a las estrategias que se dirigen a identificar y controlar factores de riesgo asociados, antes de que se presente la problemática.

Prevención secundaria

En este nivel se incluyen las estrategias dirigidas a frenar el progreso de la problemática del suicidio en sus etapas iniciales, mediante el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento.

Prevención terciaria

Hace referencia a las estrategias dirigidas a remediar las secuelas que un suicidio puede dejar en los familiares de quien fallece y en el caso del intento de suicidio a brindar rehabilitación al individuo y a su familia.

Varios niveles

Hace referencia a las estrategias que incluyen más de una de las categorías descritas anteriormente.

Clasificación según sistemas del modelo ecológico

Se definen cuatro categorías a partir de tres sistemas del modelo ecológico de Bronfenbrenner que se han usado para el análisis del suicidio^{14,15} según se presentan a continuación.

Macrosistema

Este nivel hace referencia a las estrategias relacionadas con el establecimiento o modificación de normas culturales y marcos ideológicos inmersos en toda organización social que traspasan a todos los sistemas (exosistema y microsistema).

Exosistema

Este sistema involucra a todas las estrategias que son desarrolladas o dirigidas a instituciones educativas, de salud, religiosas, judiciales, etc. que se constituyen en el entorno inmediato de la familia. A pesar de que el individuo no juega un papel directo en ellas, éstas influyen en su comportamiento.

Microsistema

Corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa.¹⁶

Todos los sistemas

En esta categoría se incluyen las estrategias que involucran a todos los sistemas descritos.

RESULTADOS

En los 7 planes de intervención sobre el suicidio se identificaron 49 estrategias diferentes dirigidas a disminuir la magnitud de la problemática del suicidio. Se realizó una primera clasificación inductiva de estas estrategias a partir de la cual surgieron 9 categorías inductivas, para las cuales se hizo la clasificación tanto de las estrategias (49) como de los países (7) que incluyen el tipo de estrategia

Tabla 1. Clasificación de las estrategias según 9 categorías inductivas

Categoría inductiva	Estrategias			
	Nº	%	Nº países	% países
Generar o construir conocimiento relacionado con la problemática del suicidio	14	29	5	71
Mejorar los procesos de oferta de servicios de salud y rutas de detección y atención a los casos de suicidio	10	20	5	71
Mejorar o incrementar los conocimientos que diversos grupos de la comunidad tienen acerca de la problemática del suicidio	10	20	4	57
Disminuir las probabilidades de que grupos de personas en riesgo de suicidio accedan a medios o métodos que puedan ser utilizados para atentar contra su vida	4	8	4	57
Promover o facilitar condiciones económicas, logísticas y administrativas que viabilicen la planeación y desarrollo de estrategias y acciones dirigidas a atender la problemática del suicidio	4	8	2	29
Adaptación de programas a condiciones ambientales, sociales y culturales de un grupo o comunidad en particular	3	6	3	43
Manejo de información sobre suicidio en los medios de comunicación masiva	2	4	2	29
Mejorar las condiciones de vida tanto física como social de las personas	2	4	2	29

Como se observa en la tabla 1, el mayor número de estrategias se encuentran orientadas hacia: (a) la adquisición de información y generación de conocimiento relacionado con la problemática del suicidio (29%), (b) mejorar los procesos de oferta y rutas de detección y atención a los casos de suicidio (20%), (c) incrementar los conocimientos que diversos grupos de la comunidad tienen acerca de la problemática del suicidio (20%), y (d) disminuir las probabilidades de que grupos de personas en riesgo de suicidio accedan a medios o métodos que puedan ser utilizados para atentar contra su vida (8%).

En cuanto a la clasificación de países, se observa que las estrategias dirigidas a (a) la adquisición de información y generación de conocimiento relacionado con la problemática del suicidio y (b) mejorar los procesos de oferta y rutas de detección y atención a los casos de suicidio son las más frecuentes, con el 71% de países que las incluyen, seguidas por las estrategias relacionadas (c) incrementar los conocimientos que diversos grupos de la comunidad tienen acerca de la problemática del suicidio, y, (d) disminuir las probabilidades de que grupos de personas en riesgo de suicidio accedan a medios o métodos que puedan ser utilizados para atentar contra su vida, incluidas en el 57% de los planes estatales analizados. Aun cuando el orden de importancia en que aparecen los tipos de estrategias es similar con los dos criterios (número estrategias y número de países que las incluyen), se observan diferencias en los valores que sustentan este orden. Así, mientras en la clasificación según el número de estrategias hay una diferencia de diez puntos entre el tipo de estrategias más frecuentes y las menos frecuentes, en la clasificación según los países que las incluyen, esta diferencia tan solo es de un punto. Esto se explica porque uno de los planes estatales analizados (Noruega) incluye

ocho estrategias dirigidas a la adquisición de información y generación de conocimiento relacionado con la problemática del suicidio, lo cual incrementa la frecuencia de la categoría según número de estrategias, pero no según número de países que la incluyen.

Los resultados de la clasificación deductiva según el criterio de objeto de intervención (tabla 2) muestran que el 86%, de las estrategias (y el 100% de los países) buscan intervenir en el ambiente físico y social mientras que solo el 14% de las estrategias (43% de los países) están dirigidas a individuos en riesgo real o potencial.

Tabla 2. Clasificación de estrategias y número de países de acuerdo al objeto de intervención

Objeto de intervención	Nº estrategias	% estrategias	Nº países	% países
Ambiente físico y social	42	86	7	100
Personas en riesgo de suicidio	7	14	3	43

En la clasificación elaborada a partir de los conceptos de promoción y prevención, se encontró que la mayoría de las estrategias se orientan hacia la prevención primaria (78%, 100% de los países), es decir, buscan identificar y controlar factores de riesgo antes de que se presente el suicidio. En segundo lugar, con un 12% (71% de los países), se ubican las estrategias orientadas hacia la detención del progreso de la problemática (prevención secundaria). La promoción de bienestar en los individuos, se presenta en el 6% de las estrategias (43% de los países), mientras que no se evidenciaron estrategias orientadas hacia la prevención terciaria. Dos estrategias (equivalentes al 4% en dos países) incluían más de un nivel de prevención.

Tabla 3. Clasificación de estrategias y número de países de acuerdo con el tipo de intervención

Tipo de intervención	Nº estrategias	% estrategias	Nº países	% países
Promoción	3	6	3	43
Prevención primaria	38	78	7	100
Prevención secundaria	6	12	5	71
Prevención terciaria	0	0	0	0
Varios niveles de prevención	2	4	1	14

Con base en el modelo ecológico, se observa que las estrategias se orientan prioritariamente hacia el exosistema (47% en el 100% de los países); con menor porcentaje se encuentran aquellas dirigidas hacia el microsistema (25% y 86% de los países) y el macrosistema (24%, 86% de los países). El 4% de las estrategias implica la participación directa de más de un sistema.

Tabla 4. Clasificación de estrategias y número de países de acuerdo con el sistema del modelo ecológico que involucra

Sistema	Nº estrategias	% estrategias	Nº países	% países
Microsistema	13	25	6	86
Exosistema	22	47	7	100
Macrosistema	12	24	6	86
Varios sistemas	2	4	1	14

A manera de resumen de la información que se presenta anteriormente, se puede señalar que la mayoría de estrategias se dirigen al ambiente físico o social, se centran en la prevención primaria y se orientan hacia el exosistema.

DISCUSIÓN

La clasificación inductiva de las estrategias de intervención hace evidente la importancia del conocimiento científico de las características de la problemática del suicidio como elemento fundamental para detener su avance y disminuir la gravedad de la misma. El hecho de que el 14% de las estrategias busca generar o construir conocimiento relacionado con la problemática del suicidio y el 57% de los planes estatales revisados incluyen estrategias de este tipo, permite suponer que el conocimiento científico del fenómeno del suicidio es importante para la prevención de suicidio, no sólo por la construcción en sí misma, sino también por su difusión en todos los sectores sociales, como lo sugiere el hecho de que el 20% de las estrategias analizadas impliquen mejorar o incrementar los conocimientos que diversos grupos de la comunidad tienen acerca de la problemática del suicidio, y que el 71% de los países incluyan estrategias de este tipo.

La difusión que se haga, tanto de información sobre suicidio, como de nuevos conocimientos generados debe integrarse a los planes con base en criterios como los que maneja la iniciativa mundial de Prevención de Suicidio de la OMS.¹⁷ No obstante, esta gran cantidad de recursos dirigidos a incrementar los conocimientos que las personas tienen acerca de la problemática del suicidio como estrategia de prevención, puede ser cuestionada si se considera que algunos estudios han encontrado que el comportamiento irracional (que no usa la información de manera lógica para tomar decisiones acertadas) se presenta de manera cotidiana en el comportamiento de las personas y de manera especial en el caso de los comportamientos de salud (Ramón y Labrador, 2009).¹⁸

En este contexto, para evaluar la idoneidad de invertir esfuerzos en informar sobre el suicidio como estrategia para prevenirlo, sería conveniente disponer de más resultados de investigación básica relacionada con los determinantes del comportamiento humano, que permitan identificar las condiciones en las que la información ejerce una influencia significativa en la conducta de quien la conoce.

Las estrategias dirigidas a mejorar los procesos de oferta de servicios de salud y las rutas de detección y atención a los casos de suicidio muestran una alta frecuencia y se ubican en segundo lugar respecto a las 9 categorías inductivas construidas. Esta situación es coherente con la alta frecuencia de las estrategias dirigidas al exosistema según la clasificación realizada con base en las categorías del modelo ecológico (47% de las estrategias y presente en el 100% de los países), en tanto los procesos de oferta, detección y atención siempre implican la participación de instituciones. Probablemente, ambos resultados tengan relación con: a) la oportunidad que brindan las instituciones (debido a su estructura, sistematicidad en el funcionamiento, canales de comunicación formales, etc.) para implementar modificaciones sistemáticas y estables en sus procesos, permitiendo además realizar un seguimiento organizado de los cambios efectuados y de sus efectos en el problema, y, b) la posibilidad de impactar en gran parte de la población realizando intervenciones concretas en un proceso determinado del funcionamiento de una institución. Es decir, las instituciones y los procesos que se desarrollan en ellas, en comparación a otros sectores de la sociedad con menos organización en su estructura, comunicación y dinámica general, seguramente ofrecen el contexto adecuado para lograr afectar a la mayor parte de la población, de manera organizada y a un relativamente bajo costo.

Respecto al objeto de intervención, los resultados que se muestran en la tabla 2 indican que las estrategias dirigidas a modificar el ambiente físico y social se presentan en todos los planes de prevención de suicidio, lo que hace evidente que el suicidio al igual que cualquier otro tipo de conducta en el ser humano, indudablemente guarda una fuerte relación funcional con el contexto en el que ocurre, de tal manera que modificaciones en el ambiente producen modificaciones en el comportamiento aún cuando se trate de casos tan complejos como el suicidio. Llama la atención lo discordante de esta situación con las posturas teóricas que asumen el suicidio como algo que está fundamentalmente bajo la elección deliberada del sujeto que lo lleva a cabo y las cuales otorgan poca importancia a las variables ambientales en la explicación de este comportamiento.¹⁹

Estas explicaciones centradas en procesos que ocurren al “interior” del sujeto, comúnmente sostienen que estrategias como reducir acceso a métodos, mejorar los reportajes de casos de suicidio en los medios de comunicación, etc., probablemente retarden el proceso interno que lleva al sujeto a desear terminar con su vida u obstaculicen temporalmente su ejecución, pero finalmente no impedirán que la persona lleve a cabo la decisión que ha tomado. No obstante, lo observado en los planes de prevención, no sólo sugiere que estrategias dirigidas a modificar el ambiente físico y social son eficaces y más rentables desde el punto de vista económico que los abordajes centrados en procesos psíquicos internos de las personas, sino que demuestra que la psicología está empezando a salir de los consultorios para tener mayor incidencia en la estructuración y desarrollo de políticas públicas, de programas sociales, de planificación sociocultural, entre otros, a través del trabajo interdisciplinario y de la adopción de una mirada más amplia acerca de lo que influye en el comportamiento humano.

Este énfasis en las intervenciones dirigidas al ambiente de las personas, es coherente con la prioridad que tienen en los planes estatales las estrategias de prevención primaria para suicidio (el 78% de las estrategias y el 100% de los planes estatales analizados), que en la mayor parte de los casos se relacionan con la identificación y control de una situación del ambiente social o físico que incrementa las probabilidades de que la persona presente un suicidio. Es importante señalar además, que la identificación y control de los factores de riesgo, resulta definitivamente la opción más acertada en el abordaje de problemáticas de salud pública por cuanto en su implementación se emplean menos recursos en comparación con los necesarios para llevar a cabo estrategias de prevención secundaria o terciaria, y a largo plazo reportan mayores beneficios si los comparamos con los que se pueden obtener con los otros niveles de prevención.²⁰

Respecto a la promoción de comportamientos contrarios a aquellos implicados en la problemática, de igual manera considerada por varios autores y expertos en el tema como un tipo de estrategia eficaz y económica en el mejoramiento de las situaciones que atañen a la salud en la población general,^{21,22} es interesante notar que no aparece con mucha frecuencia (6% con relación a las estrategias y en el 43% de los planes estatales) siendo superada por la prevención secundaria (12% estrategias, 71% planes estatales) más centrada en la atención y control del problema cuando este ya se ha presentado. Una explicación hipotética de esta situación, podría estar relacionada con la justificación de la destinación de recursos. Para los sectores gubernamentales o entidades encargadas de adelantar los planes de intervención tendientes a controlar los suicidios, posiblemente sea menos complejo justificar la necesidad de invertir recursos en el control de unos factores de riesgo identificados previamente y cuya peligrosidad se ha evidenciado al encontrar correlaciones

entre los mismos y los suicidios, que justificar la destinación de recursos para acciones positivas tendientes a fortalecer factores protectores contra el suicidio, es decir, tendientes a incrementar los niveles de satisfacción con la vida en los integrantes de una comunidad o mejores condiciones de salud mental. Observemos este fenómeno en situaciones concretas: resulta más fácil justificar la destinación de recursos a una campaña para mejorar el conocimiento que toda una comunidad tiene acerca de los síntomas de la depresión y de cómo ayudar a una persona con este trastorno, que destinarlos para mejorar el acceso a la educación, recreación, actividades orientadas hacia el manejo del tiempo libre, etc. dirigidas a los distintos sectores de la población con el fin de evitar que la depresión no llegue a presentarse; el criterio de eficacia administrativa, juega un papel importante para la administración de salud.

Una explicación complementaria o alterna, posiblemente sea que la promoción en salud, supone acciones de carácter genérico que no se pueden clasificar como pertenecientes exclusivamente a un plan macro de prevención del suicidio, sino que se dirigen a procurar el mantenimiento de un nivel adecuado de salud en la población general, contribuyendo así a la disminución de la gravedad de diversas problemáticas como violencia social, maltrato familiar, depresión, sedentarismo, etc. De este modo, aún cuando no aparezcan dentro de un programa o plan dirigido a intervenir en una problemática particular, probablemente se estén implementando estrategias de promoción de salud (física y mental) dirigidas a los diversos sectores de la sociedad. De igual manera, cabe pensar en la posibilidad de que en algunas ocasiones se esté adoptando un enfoque reactivo en la intervención ante la problemática del suicidio, respaldando y fomentando la implementación de estrategias que intervienen sobre lo que muchas veces son los efectos de situaciones sociales no

evidenciadas directamente, las cuales demandan intervenciones que vayan más allá de la simple solución de un problema concreto, para llegar a suscitar el mejoramiento de circunstancias socioambientales particulares, aún cuando no sea evidente su deterioro.

Otro dato que sorprende en este análisis, es no haber encontrado estrategias que correspondieran a un nivel de prevención terciaria. Si bien se podría suponer que no sería lógico encontrar muchas estrategias dirigidas a atender las secuelas de la problemática si el propósito general de los planes estatales es prevenir que se presente, desatender por completo las repercusiones del suicidio en los sobrevivientes es algo que no es coherente con las posiciones de varios expertos en el tema de la promoción y prevención de la salud.^{23,24}

Respecto a las estrategias de prevención secundaria a las que ya se había hecho referencia anteriormente, es un hecho esperable que estén después de las estrategias de prevención primaria en los planes de prevención de suicidio, puesto que aun cuando se realicen actividades de identificación y control de factores de riesgo siempre habrá casos que traspasen una primera barrera de prevención primaria y necesiten de atención eficaz.

La mayor parte de las estrategias encontradas en los planes de prevención de suicidio se dirigen al exosistema, probablemente, debido a que interviniendo en éste se logra afectar tanto al microsistema como al macrosistema. Así por ejemplo, al implementar un programa de prevención de suicidio en las instituciones educativas de un municipio, seguramente se verán involucradas y se afectará a las familias y personas cercanas de los estudiantes e incluso de los docentes y administrativos de la institución (microsistema), a la vez que se empezarán a generar cambios en algunos de los elementos culturales e ideológicos de esa comunidad

en particular (macrosistema). Por otro lado, operativamente resulta difícil realizar acciones sobre el microsistema y el macrosistema sin involucrar a las instituciones sobre las que se estructura gran parte de la sociedad.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta lo que en este estudio se denominó objeto de intervención (persona y ambiente) puede afirmarse que el mayor número de estrategias dirigidas a intervenir en el ambiente físico o social en los planes de intervención de la conducta suicida sugiere que este comportamiento, al igual que otros comportamientos en el individuo, es afectado cuando se modifican variables del contexto en el que tiene lugar.

El conocimiento científico (tanto su generación, como su divulgación) de las problemáticas sociales y de salud pública como el suicidio, es uno de los elementos más importantes para lograr construir alternativas de solución eficaces.

La prevención primaria, es el tipo de intervención que se presenta con el porcentaje más alto en este análisis, lo cual indica una tendencia a hacer más énfasis en la identificación y control de situaciones del ambiente social o físico que incrementan las probabilidades de que la persona presente un suicidio.

En coherencia con el concepto de salud referido como proceso dinámico resultado de la interacción de diversos factores de carácter biológico, psicológico, ambiental, social, cultural y político, que concilia la satisfacción de las llamadas necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones que todo ser humano y grupo desea alcanzar, los planes se ajustan a la intervención sobre contextos y la inclusión de instituciones para el cambio de los individuos y los grupos. El modelo ecológico permite interpretar los procesos de salud de manera integral e

interdisciplinaria y concretar en estrategias efectivas e integrales los propósitos de los países desde la prioridad asignada a la intervención desde las instituciones, como estructura social facilitadora de cambio social.

Nota: Investigación cofinanciada por el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología “Francisco José de Caldas” COLCIENCIAS (proyecto “Análisis de los Factores de Riesgo para Suicidio y Validación de un Modelo de Intervención en Población Juvenil en Nariño”, Código: 1104-04-18167, Contrato RC463-2005), el Sistema de Investigaciones y el Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño y el Instituto CISALVA de la Universidad del Valle.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud [internet]. Ginebra: Centro de prensa; [actualizado el 08 de Sep 2004; consultado el 13 de May 2007]; comunicados de prensa; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Defunciones por causa externa por grupos de edad y sexo, según lista de causas agrupadas 6/67 cie-10 de OPS. Total nacional preliminar año 2006. [Internet] Colombia: 2006; consultado el 13 Abril 2007. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=204:defunciones-2006&catid=118:estadisticas-vitales
3. Jarillo-Soto E, López-Arellano O. Salud Pública: objeto de conocimiento, prácticas y formación. Rev Salud Pública. [Internet]. 2007 Feb [consultado el 28 de abril de 2007]; 9(1): 140-154. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a14.pdf>
4. Morales F. Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós; 1999.
5. Jarillo-Soto E, López-Arellano O. Salud Pública: objeto de conocimiento, prácticas y formación. Rev Salud Pública. [Internet]. 2007 Feb [consultado el 28 de abril de 2007]; 9(1): 140-154. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a14.pdf>
6. Gómez E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. TOG (A Coruña) [internet]. 2009 Dic [Consultado el 28 de abril de 2007]; 6(9): 10 p. Disponible en <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>
7. Organización Mundial para la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Documento de la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Ottawa, Canadá: 1986 Nov 21; Consultada el 01 de Abril 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
8. Buela-Casal G, Fernández-Rios L, Carrasco T. Psicología preventiva: Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Ediciones Pirámide; 1997.
9. Restrepo H. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Bogotá: Médica Panamericana; 2001.
10. Morales F. Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós; 1999.
11. Restrepo H. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Bogotá: Médica Panamericana; 2001.
12. Ayyash-Abdo H. Adolescent Suicide: An Ecological Approach. Psychology in the Schools. 2002 Jul; 39 (4): 459-75.
13. Grupo Psicología y Salud, Instituto Cisalva. Análisis de los factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en Nariño. Informe técnico de avance presentado a COLCIENCIAS. Universidad de Nariño y Universidad del Valle. San Juan de Pasto, 2007.
14. Ayyash-Abdo H. Adolescent Suicide: An Ecological Approach. Psychology in the schools. 2002 Jul; 39 (4): 459-75.
15. Grupo Psicología y Salud, Instituto Cisalva. Análisis de los factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en Nariño. Informe técnico de avance presentado a COLCIENCIAS. Universidad de Nariño y Universidad del Valle. San Juan de Pasto, 2007.

16. García F. Modelo Ecológico / Modelo integral de intervención en atención temprana. XI Reunión interdisciplinar sobre poblaciones de alto Riesgo de deficiencias. Madrid: 2001 Nov 29 y 30; Real patronato sobre discapacidad. Consultado el 14 Abril 2007. Disponible en: http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/xijorp/xi_Garcia.pdf
17. Organización Mundial de la Salud. Un instrumento para médicos generales [internet]. Ginebra: 2000; [consultado el 14 de enero de 2007] Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/11-PREVENICION%20DEL%20SUICIDIO.pdf>
18. Labrador R. Ramón J. Identificación y modulación del comportamiento sistemáticamente irracional en medicina y salud. 2009 Feb; 83 (1): 43-57. Consultado el 14 Julio de 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=17083104>
19. Izcovich L. La depresión en la modernidad. Medellín, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana; 2006.
20. Latorre M, Beneit P. Psicología de la salud. Buenos Aires: Lumen; 1994.
21. Morales F. Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós; 1999.
22. Organización Mundial para la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Documento de la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Ottawa, Canadá: 1986 Nov 21; Consultada el 01 de Abril 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>.
23. Morales F. Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós; 1999.
24. Barra E. Psicología de la salud. Santiago de Chile: Ediciones Mediterráneo; 2003.