

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PLANES, PROGRAMAS O ESTRATEGIAS
PARA LA PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS
JÓVENES, REPORTADOS EN LA LITERATURA ACADÉMICA DE LIBRE
ACCESO**

(Trabajo de grado para optar por el título de Psicóloga)

LILIA ROSALES ROMERO

PAOLA ROSERO REALPE

**Universidad de Nariño
Facultad de Ciencias Humanas
Programa de Psicología
San Juan de Pasto, Septiembre de 2008**

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PLANES, PROGRAMAS O ESTRATEGIAS
PARA LA PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS
JÓVENES, REPORTADOS EN LA LITERATURA ACADÉMICA DE LIBRE
ACCESO**

(Trabajo de grado para optar por el título de Psicóloga)

LILIA ROSALES ROMERO

PAOLA ROSERO REALPE

ASESORAS

Ps. Esp. NUBIA ROCÍO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

Ps. Esp. DAYRA ELIZABETH OJEDA ROSERO

Universidad de Nariño

Facultad de Ciencias Humanas

Programa de Psicología

San Juan de Pasto, Septiembre de 2008

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO.....	3
ÍNDICE DE TABLAS	6
Lista de figuras.....	9
RESUMEN	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCIÓN	12
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
Descripción del problema.....	14
Formulación del Problema.....	19
Sistematización del Problema.....	19
Justificación	20
Objetivos.....	23
<i>General</i>	23
<i>Específicos</i>	23
MARCO TEÓRICO.....	24
Suicidio	24
El espectro del suicidio	25
Salud Pública	30
<i>Intervención en Salud Pública</i>	33
<i>Factor de Riesgo</i>	36
<i>Prevención de la enfermedad</i>	38
<i>Tipos de Prevención en Suicidio</i>	41
Modelo Ecológico.....	42
Plan	45
Programas	46
Estrategias.....	47
METODOLOGÍA.....	49

Tipo de Investigación	49
Diseño	49
Estrategias e Instrumentos	50
Población	50
<i>Criterios de delimitación</i>	50
<i>Documentos incluidos en el estudio</i>	51
Procedimiento	55
<i>Fase 1 Construcción de criterios de selección de material</i>	55
<i>Fase 2 Revisión de material documental</i>	55
<i>Fase 3 Diseño de la base de datos</i>	55
<i>Fase 4 Clasificación del material</i>	56
<i>Fase 5 Análisis final de la información</i>	56
Variables	56
RESULTADOS	61
Análisis de frecuencias	61
<i>Factores de riesgo</i>	61
<i>Características poblacionales</i>	65
<i>Contexto de intervención</i>	66
<i>Capacitación</i>	67
<i>Servicios de salud</i>	69
<i>Clase de intervención</i>	71
<i>Modelos predominantes</i>	72
<i>Resultados, Conclusiones y Recomendaciones</i>	74
<i>Sistema ecológico</i>	76
<i>Modelo de prevención</i>	77
<i>Conducta suicida</i>	77
Análisis de cruce de variables de estudio	78
<i>Sistema ecológico y conducta suicida</i>	78
<i>Edad y conducta suicida</i>	82
<i>Edad y factores de riesgo</i>	84
<i>Modelo de prevención y conducta suicida</i>	87

<i>Tipo y persona al que se dirige la capacitación</i>	89
<i>Modelo de prevención y factores de riesgo</i>	92
<i>Aspectos teóricos y metodológicos</i>	95
<i>Tipo de intervención y modelo de prevención</i>	96
<i>Tipo de intervención y tipo de conclusiones</i>	97
Lineamientos de intervención.....	97
DISCUSIÓN	100
CONCLUSIONES	112
RECOMENDACIONES.....	116
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ejes categoriales y variables	57
Tabla 2. Análisis de frecuencia de factores de riesgo	62
Tabla 3. Factores de riesgo. Problemas de Salud Física	62
Tabla 4. Factores de riesgo. Trastornos de salud mental	63
Tabla 5. Factores de riesgo. Eventos Vitales	63
Tabla 6. Factores de riesgo. Acceso a Medios Letales	64
Tabla 7. Factores de riesgo. Manejo de la Información en los Medios de Comunicación.....	64
Tabla 8. Características Poblacionales. Rango de edad	65
Tabla 9. Características Poblacionales. Tipo de Población.....	65
Tabla 10. Contexto de intervención	66
Tabla 11. Comparación entre entes gubernamentales y no gubernamentales.....	66
Tabla 12. Personal al que se dirige la capacitación.....	67
Tabla 13. Tipo de capacitación	68
Tabla 14. Acceso y oferta de servicios de salud. Reporte de profesionales.....	69
Tabla 15. Acceso y oferta de servicios de salud. Profesionales en atención de salud mental.	70
Tabla 16. Acceso y oferta de servicios de salud. Asistencia en salud mental.....	70
Tabla 17. Acceso y oferta de servicios de salud. Servicios de salud mental	71
Tabla 18. Clase de Intervención.....	72
Tabla 19. Modelos predominantes. Modelos teóricos aplicados en la intervención.....	72
Tabla 20. Modelos predominantes. Metodologías de investigación	73
Tabla 21. Modelos predominantes. Disciplinas	73
Tabla 22. Análisis de resultados	74
Tabla 23. Tipo de conclusiones.....	75

Tabla 24. Reporte de recomendaciones	75
Tabla 25. Tipo de recomendaciones	76
Tabla 26. Sistema ecológico	77
Tabla 27. Tipo de prevención	77
Tabla 28. Tipo de conducta suicida	78
Tabla 29. Clase de intervención – Sistema ecológico.....	79
Tabla 30. Sistema ecológico e ideación suicida.....	80
Tabla 31. Sistema ecológico e Intento suicida.....	81
Tabla 32. Sistema ecológico y suicidio consumado.....	82
Tabla 33. Rango de edad e ideación suicida	83
Tabla 34. Rango de edad e intento suicida.....	83
Tabla 35. Rango de edad y suicidio consumado.....	84
Tabla 36. Rango de edad y Depresión	85
Tabla 37. Rango de edad y trastornos de ansiedad	85
Tabla 38. Rango de edad y abuso de sustancias	86
Tabla 39. Tipo de prevención e ideación suicida.....	87
Tabla 40. Tipo de prevención e intento suicida	87
Tabla 41. Tipo de prevención y suicidio consumado.....	88
Tabla 42. Tipo de capacitación y Personal al que se dirige la capacitación- Médicos.	89
Tabla 43. Tipo de capacitación y personal al que se dirige la capacitación- Psicólogos.	90
Tabla 44. Tipo de capacitación y personal al que se dirige la capacitación- Psiquiatras.....	91
Tabla 45. Tipo de capacitación y personal al que se dirige la capacitación- Estudiantes.....	91
Tabla 46. Tipo de prevención y factores de riesgo – Problemas de salud física.....	92
Tabla 47. Tipo de prevención y factores de riesgo – Trastornos de salud mental	93
Tabla 48. Tipo de prevención y factores de riesgo – Eventos vitales	93

Tabla 49. Tipo de prevención y factores de riesgo – Acceso a medios letales	94
Tabla 50. Tipo de prevención y factores de riesgo – Manejo de información en medios de comunicación	95
Tabla 51. Modelo Teórico y metodología de investigación.....	95
Tabla 52. Clase de intervención y Tipo de prevención	96
Tabla 53. Clase de intervención y Tipo de conclusiones	97

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema Modelo Ecológico de Bronfenbrenner..... 43

RESUMEN

Esta investigación busco caracterizar las diferentes intervenciones para prevenir el suicidio a nivel mundial, sistematizando la información de la muestra que corresponde a 48 artículos, mediante ejes categoriales y variables que incluyen las características explícitas, los sistemas del modelo ecológico y el modelo de prevención en suicidio. Para el análisis de la información, en una primera fase se empleo el estudio de frecuencias univariado, en la segunda fase se empleo la prueba estadística chi cuadrado (X^2) para establecer relaciones significativas. Los resultados obtenidos muestran que los factores de riesgo que se abordan de manera más frecuente, son los que se relacionan con los trastornos de salud mental, predomina la intervención en contextos comunitarios, la capacitación se orienta hacía los profesionales de salud mental y física, predomina la intervención interdisciplinaria y la falta de inversión y accesibilidad a los servicios y profesionales de salud mental.

Con respecto a las intervenciones se observa que fundamentalmente se enmarcan dentro del mesosistema, y desde la prevención general.

Palabras claves: planes, programas, estrategias, factor de riesgo, prevención, suicidio, salud pública, modelo ecológico, modelos de prevención.

ABSTRACT

This research sought to characterize the different interventions to prevent suicide worldwide, systematized information from the sample that is up to 48 articles, using axes and categorical variables that include the features explicit, the ecological systems model and the model for suicide prevention. For information analysis, in a first phase will study the use of frequencies univariate, in the second phase will use the statistical test chi-square (X^2) to establish meaningful relationships. The results showed that risk factors that are discussed in more frequent, are those that are related to mental health conditions, dominates the intervention in community settings, the training is geared towards professionals in mental and physical health, predominates interdisciplinary intervention and lack of investment and access to services and mental health professionals.

With regard to interventions shows that fall essentially within the mesosistema, and from the general prevention.

Key words: plans, programs, strategies, prevention, suicide, public health, ecological model, models of prevention

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno complejo que incluye componentes biológicos, psicológicos, interpersonales, cognitivos, culturales, sociológicos, filosóficos y morales (Huarcaya, 2004). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la conducta suicida como la acción mediante la cual el individuo se causa una lesión con la intención real o aparente de morir, independientemente de la letalidad del método empleado y del resultado obtenido, se produzca o no la muerte (Villalobos, 2005).

En Colombia, durante el año 2006 según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses se presentaron 1.730 suicidios que corresponden a un promedio mensual de 144 casos, es decir, aproximadamente 5 por día, en este periodo se muestra una ligera tendencia al aumento respecto a años anteriores durante la última década. Uno de los departamentos que se ha visto más afectado por esta problemática es el Departamento de Nariño, que durante el periodo de enero a abril de 2007, según reportes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2007) presenta un número total de 16 casos de suicidio, correspondientes a poblaciones como Ipiales, Pasto, Tumaco y Cumbal.

La complejidad y la prevalencia de la problemática hace necesario abordar la temática desde distintos puntos de vista y encaminar esfuerzos hacia la prevención, labor que en parte le corresponde a las disciplinas que están relacionadas con los procesos de salud-enfermedad y con los componentes de las políticas de salud, así como con los diferentes fenómenos sociales que tienen lugar dentro de la sociedad.

En las últimas décadas disciplinas como la Psicología, han venido ganando reconocimiento e importancia dentro de este campo, que desde sus aportes teóricos y metodológicos contribuye a la comprensión del fenómeno y a la formulación de estrategias orientadas a la prevención del suicidio y en general a su intervención en pro del bienestar de los individuos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2004), el suicidio es considerado como un problema de salud pública que se puede prevenir. Pese a esto, la incidencia de este fenómeno social va en aumento, trayendo consigo repercusiones en

la población en sus dimensiones psicológica, social, económica, entre otras, lo que a su vez implica que desde los entes gubernamentales y no gubernamentales se vea con preocupación las estadísticas e indicadores epidemiológicos. Por tal razón, estos sectores sociales, incluyendo instituciones, grupos y comunidades se proponen desarrollar investigaciones y modelos que permitan disminuir los índices de mortalidad causados por el suicidio y el impacto de éste sobre la población.

En este sentido, esta investigación se orientó hacia el estudio de los diferentes planes, programas o estrategias que se han propuesto e implementado en el contexto internacional, por medio de un análisis, que permita identificar factores de riesgo y demás factores relevantes en los procesos de intervención que están relacionados de manera directa con la problemática, la disminución de la misma y la relación que se genera a nivel de los componentes del Modelo Ecológico (micro, exo, meso y macrosistema), según el cual se analiza el suicidio como resultado de la interacción entre varios factores: personales, interpersonales, y socioculturales.

Las intervenciones consideradas están enmarcadas desde la perspectiva de salud pública, que está dirigida a grupos poblacionales, lo que implica que dichas intervenciones se realicen desde diferentes perspectivas disciplinares y por lo mismo tengan como propósito dar un mayor alcance o impacto a nivel social. Se asume como eje de análisis el aporte de la suicidología al abordar tres tipos de prevención: directa, indirecta y general.

En este documento se presenta el problema de investigación que orienta el estudio, su sistematización, justificación y los objetivos propuestos, así como el marco teórico en función de la problemática y los modelos de análisis y la metodología en coherencia con los elementos anteriores.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Descripción del problema

La complejidad del ser humano implica una serie de dimensiones de análisis abordadas desde diferentes disciplinas. Desde la psicología se abordan procesos, estructuras o sistemas relacionados con pensamientos, emociones, comportamientos, deseos y juicios de los individuos, que no pueden ser aislados de las condiciones sociales en las que está inmerso el individuo, por lo cual, la perspectiva de estudio debe orientarse desde visiones integrales que permitan acercar diferentes dimensiones de análisis (Javaloy, 2003).

Al interior de los procesos y sistemas que conciernen a la psicología como disciplina y profesión, se encuentran algunos fenómenos psicosociales que desde diferentes puntos de vista se pueden considerar como problemáticos. Entre éstos, se encuentra el suicidio, un fenómeno considerado de interés para la salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2004).

En la Europa Antigua, sobre todo durante el Imperio Romano, el suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. Varios de los primeros concilios de la Iglesia cristiana decretaron que a aquellos que cometieran suicidio no se les podría aplicar los rituales ordinarios de la Iglesia tras su muerte. En la Edad Media, la Iglesia Católica Romana condenó expresamente esta práctica. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones (Maldonado, sin dato).

En 1897, Emile Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista (Durkheim, 2004. pp. 7-9). Actualmente, el suicidio se viene trabajando desde un punto de vista más interdisciplinar, en el que se encuentra involucrado el punto de vista psicológico.

El suicidio como una manifestación conductual se origina en fenómenos que actúan en cada individuo y en la sociedad en su conjunto, que condicionan sus

variaciones epidemiológicas, debido a su multifactorialidad en donde intervienen aspectos culturales, familiares y sociales.

Según datos de la OMS (2007) un promedio de casi 3000 personas se suicidan cada día, cada 30 segundos, la pérdida de una persona que se suicida genera una crisis y movilizaciones tanto en la familia como en los grupos cercanos. Por cada persona que se suicida, 20 o más lo intentan. Durante el año 2007, la OMS calcula según distribución por género, que en los hombres las muertes por causa de suicidio corresponden al 8.2% de las cifras de mortalidad mundial, mientras que las mujeres representan el 2.4% de las muertes por cada 100.000 habitantes.

Respecto a los grupos etáreos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007) afirma que los hombres cuyas edades oscilan entre 15 a 24 años, reportan 22 muertes debido al suicidio por cada 100.000 habitantes, en cuanto al género femenino la proporción es de 4.9 mujeres por 100.000 habitantes. Entre los 25 a 34 años, la proporción es de 37.5 hombres y 6.3 mujeres por cada 100.000 habitantes.

En los primeros años del siglo XXI, más de cinco millones de personas en el mundo tomaron la decisión de acabar con sus vidas a través del suicidio. Estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) cifran en más de un millón y medio el número de individuos que podrían cometer suicidio para el año 2020.

El Estudio de Intervención Multicentro sobre Comportamientos Suicidas – SUPRE-MISS de la OMS (2005) reveló que en los últimos 45 años, la mortalidad por suicidio ha experimentado en términos generales un incremento cercano al 60 % tendencia que se ha observado tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

La OPS-OMS reporta que en Colombia, para el año 2001 una de las primeras causas de mortalidad entre personas de 15 a 44 años, fue debida a lesiones autoinfligidas para el género masculino con un total de 1.323 muertes, que representa un porcentaje de 3,5 y una tasa de 12,8 por 100.000 habitantes, mientras que en mujeres el informe revela que el número de muertes por lesiones autoinfligidas fue

de 454 con un porcentaje de 4,6 y una tasa de 4,3 por 100.000 habitantes, mientras que en el año 2004 la tasa de mortalidad por suicidios y lesiones autoinflingidas representa un porcentaje del 5,6 del total de muertes reportadas.

Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF, 2008) la tasa de suicidios para el nivel nacional fue de 4.4 por 100.000 habitantes, una vez más los jóvenes aportan la mayor proporción. Más de la mitad de las mujeres que se suicidaron durante 2003 tenía menos de 25 años. Nuevamente, según los datos de IMLCF, para el 2.004 se presentaron en el país 1817 casos de muertes por suicidio, cifra menor a la del año anterior para una tasa nacional de 4, pero se debe tener en cuenta que problemas de cobertura nacional podrían estar sesgando la cifra. El 79% de los suicidas fueron hombres, con una razón hombre: mujer de 4:1, Huila, Valle y Nariño nuevamente aportan la mayor tasa en el país.

Municipios del área andina del Departamento de Nariño, según datos del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2007), presentan tasas superiores al promedio nacional, especialmente en la región de la ex - provincia de Obando, conformada por los municipios de Ipiales, Iles, Gualmatán, Contadero, Guachucal, Pupiales, Potosí, Funes, Cumbal, entre otros donde las tasas doblan el promedio nacional.

Otra fuente de información importante y diferente de los datos del DANE y IMLCF, parte de un trabajo realizado por el Instituto CISALVA de la Universidad del Valle, que desde el año 2002, ha venido desarrollando sistemas de vigilancia de muertes por causa externa, dentro de una estrategia de gobernabilidad financiada por la Universidad del Georgetown en las cinco principales ciudades del Departamento de Nariño: Pasto, Ipiales, Tumaco, Túquerres y La Unión. (Sánchez y cols., 2007)

La presencia de conductas suicidas representa un gran reto para los sistemas de salud pública, dados los efectos que deja en términos de salud mental, funcionamiento social, pérdidas económicas, entre otras (Villalobos, 2005). Debido a esto, cada vez se observa una mayor preocupación y movilización en torno a la problemática en entidades tanto gubernamentales como privadas y aquellas sin ánimo

de lucro como las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), lo que ha permitido desarrollar diferentes estrategias de prevención del suicidio y promoción de la vida.

En el Municipio de Pasto, datos recientes suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2008), indican que durante el periodo de enero a abril de 2007 se reportaron un total de 16 suicidios, que corresponden por género a 4 mujeres y 12 hombres, es decir que en los varones representan un 75% de muertes frente al 25% de las muertes por suicidio en mujeres.

Desde esta perspectiva, es necesario realizar un análisis sistemático de las diferentes intervenciones que se han propuesto para la prevención del suicidio, considerando aspectos como población a la que se encuentre dirigido, factores de riesgo, lineamientos metodológicos y teóricos, orientación (prevención y promoción), entre otros, que permiten visualizar las diferentes estrategias, los propósitos de intervención y los resultados que se esperan alcanzar o que se han alcanzado tras la implementación de la intervención.

El desconocimiento de las características de los planes, programas y estrategias implementados en diferentes países y contextos, puede limitar los puntos de abordaje de las posibles intervenciones, considerando que aunque es necesaria la contextualización de las intervenciones para cada población, es preciso retomar información de experiencias previas que pudiera aportar en diseños nuevos a nivel de técnicas, metodologías, estrategias, marcos teóricos y recomendaciones entre otros.

El estudio sistemático de las intervenciones sobre suicidio permite incluir los planes, programas o estrategias de prevención desde la perspectiva de salud pública, facilita ampliar la perspectiva de prevención respecto a estrategias, objetivos, metodologías, etc. y, por tanto, aprovechar experiencias realizadas en otros contextos para su posible aplicación. Además, un estudio de este tipo puede aportar evidencia respecto al trabajo multisectorial y multidisciplinar, donde los aportes de la disciplina psicológica están orientados a la implementación de acciones específicas en prevención y promoción, así como la formulación de políticas sanitarias que

sustenten la creación de un sistema eficiente de salud pública (Londoño, Valencia, Vinaccia, 2006).

El proyecto de investigación propuesto busca describir programas, planes y estrategias de intervención que se han llevado a cabo durante las últimas décadas para prevenir el suicidio, a partir de la identificación de factores de riesgo y demás factores relevantes, que pudieran aportar en el diseño e implementación de estrategias efectivas que permitan alcanzar el objetivo central de dichos proyectos y teniendo en cuenta los diferentes sistemas socioambientales en los que el individuo participa, para con ello intervenir de una manera efectiva desde la multidimensionalidad del ser.

Estudios similares son escasos en la literatura académica. Como parte de los procesos del Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño y específicamente del Grupo Psicología y Salud, Luna y Rodríguez (2007) realizaron un estudio relacionado con programas exitosos con el fin de identificar las estrategias para prevenir suicidio; en dicho estudio se revisaron 20 planes nacionales o estatales orientados hacia la prevención y se encontró que los programas: vinculan diferentes sectores sociales, se dirigen al grupo familiar y a las instituciones, se orientan hacia la identificación de síntomas relacionados con alteraciones del estado de ánimo, principalmente depresión, implican actividades de educación sobre suicidio y su prevención, el entrenamiento a profesionales de la salud y la restricción de medios que puedan ser utilizados para autolesionarse o causarse la muerte.

En esta misma línea, Luna, Rodríguez y Sánchez (2008) hacen la revisión de siete planes nacionales de prevención del suicidio, desde la perspectiva del modelo ecológico, la orientación del programa (promoción o prevención) y el objeto de intervención (ambiente o individuo), el estudio muestra que los planes se orientan prioritariamente hacia el ambiente físico o social más que hacia los individuos, hacia la prevención primaria y una orientación mínima hacia la prevención terciaria, y un énfasis en la intervención institucional.

Los dos estudios citados se basan en el análisis de los objetivos de los planes analizados y limitan la selección a las estrategias de carácter nacional o estatal. La

investigación que se propone en la presente investigación busca dar continuidad a esta línea de análisis de los programas de intervención para la prevención de la conducta suicida, pero aporta elementos nuevos en los siguientes aspectos: a) ampliación de la unidad de análisis, ya que no se delimitan los objetivos como unidad de análisis, sino que se parte desde la perspectiva deductiva y se orienta desde una serie de variables para las cuales se buscará información en la totalidad de los documentos; b) amplía el número y la diversidad de programas, planes o estrategias analizados, ya que no se delimitan en su carácter estatal o nacional, sino que incluye todos los que cumplan con los criterios establecidos desde las categorías de selección basadas prioritariamente en la población y en la intervención; c) busca caracterizar las intervenciones en general y no solo desde los modelos teóricos, y, d) busca proponer explícitamente lineamientos para la prevención de suicidio que se deriven del análisis realizado en coherencia con éste.

Formulación del Problema

¿Cuáles son las características de los planes, programas o estrategias de intervención para la prevención de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes, reportados en la literatura académica de libre acceso?

Sistematización del Problema

¿Cuáles son las características explícitas de las intervenciones propuestas en los planes, programas o estrategias de prevención de suicidio?

¿Hacia qué sistemas del modelo ecológico de Bronfenbrenner están dirigidos los planes, programas o estrategias de intervención para la prevención de suicidio?

¿Hacia qué tipo de prevención se orientan los planes, programas o estrategias de intervención de suicidio?

¿Qué lineamientos de prevención surgen a partir del análisis de los planes, programas o estrategias?

Justificación

Uno de los fenómenos sociales de mayor impacto en los últimos años, es el suicidio, que de acuerdo con datos del National Center For Health Statistics (2002, citado por Durand, M., Barlow, D. 2007) se reporta como la octava causa mas importante de muerte, superando a las muertes registradas por homicidio o la guerra.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS (2005) señalan que el suicidio es una de las tres principales causas de mortalidad en todos los países del mundo entre personas de 15 a 34 años de edad. Los estimados de estas organizaciones indican que en el año 2000 murieron por suicidio aproximadamente un millón de personas. Además, la organización también enfatiza el hecho de que ese mismo año, la tasa de intentos de suicidio supero entre 10 y 20 veces el número de suicidios consumados, representando con ello una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos en promedio, respectivamente.

El país no es ajeno a este fenómeno, de ahí la preocupación de más entes e instituciones públicas y privadas por intervenir y diseñar propuestas y programas orientados a disminuir el número de casos a partir de la identificación e intervención en factores de riesgo que pueden alertar acerca de posibles conductas suicidas, educación de la población y del personal de salud frente al manejo de estos casos, entre otras (Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

A nivel nacional, uno de los departamentos que presenta mayor índice de intentos de suicidio y suicidio consumado es Nariño, según datos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2002), esta región presenta tasas superiores al promedio nacional. Estos índices representan una grave problemática de salud pública, exigiendo de parte de entidades territoriales de salud, educación y entes gubernamentales la movilización de esfuerzos y recursos que lleven a plantear alternativas y estrategias de solución ante dicha problemática.

Desde la psicología, se asume el suicidio como una conducta que involucra y afecta tanto al individuo como al sistema social en el que se encuentra inmerso, de ahí la necesidad de intervenir sobre el fenómeno desde sus primeras manifestaciones, es

decir, desde la identificación de factores riesgo, considerando los diferentes niveles de prevención: directa, indirecta y general en suicidio, que se ajustan a las intervenciones objeto de estudio del presente proyecto.

Así mismo, la perspectiva ecológica que reconoce la interacción de las personas con el medio ambiente, donde se evidencia la influencia de este último sobre el funcionamiento de las personas, y además se observa que al interior del mismo se suscitan una serie de interrelaciones a nivel del individuo y los grupos que requieren intervenciones, tanto en el comportamiento como en el contexto en el que se desarrollan dichas interrelaciones (OPS, 2001).

Para la psicología, debe constituir una tarea prioritaria asumir que uno de sus campos de acción aplicado se relaciona con los problemas de salud, comprender la naturaleza actual de la problemática y desarrollar los enfoques, la tecnología y los recursos humanos necesarios para disponer de las herramientas que le permitan aportar las contribuciones que hoy resulta necesario hacer en este ámbito (Morales, 1999).

Al hablar sobre suicidio, son muchas las herramientas teóricas, metodológicas y empíricas que ofrece la psicología para abordar esta temática y más aún para afrontarla de manera adecuada, lo que se enmarca dentro del rol que cumple el psicólogo relacionado con el principio de beneficencia a la sociedad, no sólo desde la intervención sino también desde la producción de conocimiento que aporte a la consolidación de material literario que permita construir estrategias de intervención en pro del bienestar individual y colectivo, mediante la revisión sistemática de producciones previas, que permita formalizar un sustento teórico y metodológicos que, a su vez sirva de base para la creación y puesta en marcha de futuras intervenciones para la prevención del suicidio.

La actual perspectiva de salud pública permite la participación activa del psicólogo en la formulación de programas de prevención, promoción e intervención efectivos, así como la participación e influencia en los procesos de formulación de políticas y de decisiones políticas locales y globales (Londoño, Valencia y Vinaccia,

2006). La integralidad de la psicología permite intervenir no solo a nivel individual sino también a nivel social y administrativo, lo que le brinda reconocimiento como disciplina que aporta en el diseño y ejecución de políticas públicas dirigidas, principalmente a grupos.

Así, el trabajo de la psicología puede complementarse con aportes de diferentes disciplinas favoreciendo la interdisciplinariedad, lo que podría garantizar la efectividad en cuanto a calidad y cobertura, tanto en las intervenciones como en los resultados de estas intervenciones y las políticas propuestas para ello.

Desde esta perspectiva, son muchos los aportes que pueden obtenerse de un análisis sistemático de intervenciones realizadas en diversos contextos, entre ellos permitir una aproximación general a la problemática y a su vez dimensionar la magnitud de la misma, buscando con ello la sensibilización tanto de las personas que están directamente relacionadas con el fenómeno como de aquellas que no lo están, y al mismo tiempo generando movilizaciones frente a la identificación de los factores asociados, por ejemplo, o por la implementación de estrategias previamente señaladas.

Por otra parte, el estudio de planes, programas o estrategias de prevención en suicidio permite la descripción de intervenciones susceptibles de ser adaptadas en contextos regionales, que hayan demostrado cierta efectividad durante su aplicación, aspecto que está vinculado con la identificación de esquemas de diseño y ejecución de dichas intervenciones lo que puede ser tomado como pautas orientadoras en la construcción de estrategias particulares.

Tanto el Departamento de Psicología como el Grupo Psicología y Salud tienen un alto interés por hacer aportes desde la academia a las problemáticas de prioridad en la región. En este sentido, la presente investigación contribuye al fortalecimiento de la investigación en torno a la problemática de suicidio que viene desarrollando desde hace más de cinco años y es coherente con los proyectos de investigación en sentido estricto y de investigación formativa que llevan a cabo los investigadores del Grupo (Álvarez, 2008; Álvarez y Sánchez, 2008; Cabrera y Muñoz, 2008, Chaves,

Martínez y Tejada, 2008, Delgado, Insuasty y Villalobos, 2004, Guzmán, 2008, Luna y Rodríguez, 2007; Luna, Rodríguez y Sánchez, 2008, Martínez y Tejada, 2007, Ojeda y Sánchez, 2007, Sánchez y cols., 2007; Tejada, 2007, Tejada, 2008, Villalobos, 2008)

Considerando que la información que se pretende analizar es de carácter internacional, se hace necesario dirigirse al libre acceso que facilita la Internet con el fin de acceder a un mayor número de intervenciones, que cumplan con los requerimientos propuestos para su análisis, ya que de otra manera pueden estar limitadas en medios y publicaciones escritas y las cuales no se pueden obtener de manera directa.

Objetivos

General

Caracterizar los planes, programas o estrategias de intervención para la prevención de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes reportados en la literatura académica de libre acceso.

Específicos

Describir las características explícitas de las intervenciones propuestas en los planes, programas o estrategias de prevención de suicidio.

Analizar los planes, programas o estrategias de intervención para la prevención de suicidio con base en los sistemas del modelo ecológico de Bronfenbrenner.

Analizar las características de prevención general, directa e indirecta en suicidio que se presentan en los planes, programas o estrategias de intervención reportados en la literatura académica de libre acceso.

Proponer lineamientos para posibles intervenciones orientadas hacia la prevención del suicidio a partir del análisis de las intervenciones.

MARCO TEÓRICO

Suicidio

El término suicidio apareció por primera vez en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua hacia 1817, a partir de los términos latinos, *sui* (de si mismo) y *cadere* (matar), definiéndose como “el acto o la conducta que daña o destruye al propio agente” (Villalobos, 2005).

Esquirol (1938), hace referencia a la reacción suicida como un síntoma psicópata que surge de una afección moral, originada por diferentes aspectos de la vida humana, como la ambición, el remordimiento, la ira, el temor y problemas familiares entre otros. Halbwachs (sin dato) afirma que alrededor del individuo se genera una especie de vacío social que se convierte en una de las principales causas del suicidio. Igualmente formula una clasificación de tales actos en los siguientes tipos: a) suicidio egoísta, el cual se presenta por desintegración del grupo social; b) suicidio altruista, que al contrario del primero se genera por sobreintegración social; c) suicidio anónimo, por falta de unión social y d) suicidio fatalista, por el exceso de reglas sociales, de mayor frecuencia en la época de los esclavos. (Villalobos, 2005).

Para Durkheim (1897/1989, citado por Pérez, Del Pino y Ortega, 2002) el suicidio es un efecto de la estructura social, pues esta se fundamenta en la reglamentación y/o cohesión social. Por ello el suicidio sería desencadenado por tres factores: a) la naturaleza de los individuos que componen la sociedad, b) la manera como están asociados, es decir, la naturaleza de la organización social, y c) los acontecimientos pasajeros que perturban el funcionamiento de la vida colectiva, sin alterar su constitución anatómica, como las crisis nacionales, económicas, etc.

Autores como Clemente y González (1996) explican al suicidio como el efecto de un conflicto entre el individuo, su existencia y la realidad social, que genera una desmotivación hacia la vida o percibiendo un conflicto irreconciliable con ella.

Las conductas suicidas a menudo ocurren como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, tales como el aislamiento social, la muerte de un ser querido, un trauma emocional, enfermedades físicas graves, el envejecimiento, el desempleo o los problemas económicos, los sentimientos de culpa y la dependencia de las drogas o el alcohol.

Según el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos (1975) las conductas suicidas son tres: intención, tentativa/intento y suicidio completo, las cuales se deben evaluar de acuerdo con cinco dimensiones: certeza del evaluador, letalidad, intención de morir, circunstancias mitigadoras y método (Villalobos, 2005).

Para la neurobiología, el comportamiento suicida se origina, según Blumenthal (1988, citado por Colimón, N., Téllez, J., y Cisneros, C. sin dato) por la interacción de cinco clases de factores, a saber: biológicos, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales e historia familiar y genética, interacción que podría explicar por qué los trastornos mentales ocasionan el mayor número de intentos y de suicidios consumados.

En un trabajo reciente Carballo y cols. (sin dato) explican la conducta suicida como el resultado de la compleja interacción entre los marcadores clínicos, como la impulsividad, el neuroticismo, el pesimismo y la desesperanza, con marcadores neuroquímicos como el aumento en los niveles de norepinefrina y dopamina o la disminución en la actividad del sistema serotoninérgico, interacción que puede ser modificada por otros factores como alteraciones genéticas o neuroendocrinas (Colimón, N., Téllez, J., y Cisneros, C. sin dato).

El espectro del suicidio

La suicidalidad puede comprenderse como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos suicidas) y los suicidios consumados o completados. Se ha demostrado que toda forma de suicidalidad conlleva un riesgo incrementado a morir por suicidio. Algunos psiquiatras han estimado que en pacientes hospitalizados, quienes son

ideadores, amenazadores e intentadores de suicidio evidencian respectivamente, 30, 35 y 40 veces mayor riesgo de autoinfligirse la muerte (Gómez, 2003).

Tanto la ideación como los intentos de suicidio son heterogéneos. Así, las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida a la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte o fantasías de suicidio (Gómez, 2003).

Según Barber y cols. (1998, citados por Gómez, 2003), las conductas autoinflingidas pueden abarcar desde gestos comunicativos sin intención definida de muerte, hasta tentativas tan severas que constituyen verdaderos suicidios frustrados. Últimamente se ha propuesto la categoría de intento abortado, definido por la presencia de intención suicida, en que la ejecución del acto es interrumpida sin consecuencias médicas o daño físico.

La suicidalidad (ideas e intentos suicidas) puede adoptar diversos cursos. En sus polos extremos, puede distinguirse una suicidalidad ocasional o aguda y una suicidalidad crónica. La primera suele presentarse asociada a cuadros como trastornos del ánimo o esquizofrenia; la segunda es característica de trastornos severos de la personalidad como el límite. Una forma intermedia o episódica puede observarse en pacientes con trastornos psiquiátricos recurrentes o crónicos con agravaciones episódicas (Paris, 1993 citado en Gómez, 2003).

Un intento de suicidio es uno de los fuertes predictores de suicidio. Quienes han efectuado una tentativa presentan un riesgo 100 veces mayor que el de la población general de autolesionarse. Se estima que eventualmente el 10% pone fin a su vida, y alrededor del 30% de quienes cometen un intento lo reitera en el futuro (Sue, Sue y Sue, 1996).

Por otra parte, quienes han intentado suicidarse exhiben tasas de morbimortalidad por diversas causas varias veces mayores a las esperadas, así como una evolución clínica comprometida en el largo plazo (Curran y cols., 1999 citado en Gómez, 2003). Antecedentes remotos tales como exposición a conducta suicida en la

infancia, separación temprana respecto de los padres y una niñez estimada como infeliz también elevan el peligro.

Gómez (1999, citado por Gómez, 2003) señala que algunos estudios han identificado un conjunto de variables que pueden ser predictivas de reincidencia por parte de los individuos considerados de alto riesgo, como: tentativas previas, historia familiar de trastornos por uso de alcohol/ sustancias, una infancia difícil caracterizada por maltratos y descalificaciones, sentimientos de desesperanza y un bajo apoyo social.

La severidad del intento es una variable altamente relevante para el pronóstico suicida. Tanto Beck como Pierce (1981, citado en Gómez, 2003) han demostrado que la severidad del intento –evaluada como intención suicida– se asocia al riesgo eventual de suicidio. Tras cinco años de seguimiento, quienes efectuaron tentativas severas evidenciaron tasas de suicidio dos veces mayores que los otros. Los sujetos de mayor edad efectúan intentos más severos, y tienen mayor riesgo de autoeliminarse que grupos más jóvenes. Son comunes las recurrencias suicidales, así como las ideas de suicidio y la desesperanza. Estas características le confieren un perfil similar al de quienes cometen suicidio.

La ideación suicida hace referencia a procesos cognitivos y afectivos que se relacionan con la evaluación negativo que el individuo hace acerca del futuro, y la planeación de la propia muerte o los actos que atentan hacia el propio ser (Saldaña, citado por Castañeda A. 2003).

Las ideas suicidas se asocian a variables psicosociales y a medio familiar caótico. Las ideas suicidas son más comunes entre quienes han intentado autoeliminarse, se asocian a la severidad del intento y a mayor probabilidad de repetición. Al constituir un importante indicador de riesgo, las ideas suicidas deben explorarse cuidadosamente. Debe considerarse que las dos terceras partes de quienes se quitan la vida han comentado previamente su propósito. Tales expresiones pueden ser verbales o no verbales, por ejemplo preparativos, regalar objetos o bienes (Gómez, 2003).

Según Pérez (2005), el comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

1. El deseo de morir. Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente.

2. La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo.

3. Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación: a) Idea suicida sin un método específico, b) Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado, c) Idea suicida con un método específico no planificado, el plan suicida o idea suicida planificada.

4. La amenaza suicida. Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo.

5. El gesto suicida. Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

6. El intento suicida, también denominado tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

7. El suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

8. El suicidio accidental. El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto.

9. Suicidio intencional. Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en

este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida. El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos (Pérez, Del Pino y Ortega, 2002).

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran: a) provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional, b) estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz, c) presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva, d) mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales (Perez, 2003).

El suicido consumado o completo hace referencia a la muerte que se da como consecuencia de un acto suicida. O'Carroll y cols, (1996) lo definen como la muerte debida a lesiones, envenenamiento o sofocación donde hay evidencia (explícita o implícita) de que la lesión fue autoinfligida y que la intención del occiso era matarse. Por su parte Maris (1991) considera que el suicidio se refiere a la muerte que se produce como resultado directo o indirecto de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la víctima, sabiendo o creyendo que el acto producirá este resultado (Villalobos, 2005).

Salud Pública

Una primera experiencia de aproximación sistemática a la salud de la población, como asunto de interés público, tuvo varios rasgos que marcaron su desarrollo y que en los siglos siguientes fueron objeto de profundos debates. Tres de los rasgos de la salud pública en el estado moderno merecen especial interés a) su intencionalidad utilitarista, b) su carácter de acción estatal y c) su dependencia de la medicina (Gómez-Arias, 2003).

La definición más conocida de salud pública, señala que es una rama de la medicina cuyo interés fundamental es la preocupación por los fenómenos de salud en una perspectiva colectiva, vale decir, de aquellas situaciones que, por diferentes circunstancias, pueden adoptar patrones masivos en su desarrollo (Rada, 2007).

En 1920, Winslow (citado por Morales, 1999) definió la salud pública en los siguientes términos: “la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

Winslow propone que mediante el esfuerzo organizado de la comunidad se pueden alcanzar metas como a) el saneamiento del medio, b) el control de las enfermedades transmisibles, c) la educación sanitaria, d) la organización de los servicios médicos y de enfermería y e) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad, un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. Posteriormente, Winslow cambió el término salud física por el de salud física y mental (Morales, 1999).

Siguiendo a Milton Terris, quien propone en 1990 una adaptación contemporánea a la definición de Winslow, la salud pública queda 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” (Morales, 1999).

La salud pública así considerada se constituye a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de salud-enfermedad. Al evaluar los problemas de salud actuales, este nuevo concepto de salud pública, no puede llevarse a cabo sin la participación de la Psicología, que involucra no solo la capacidad de desarrollar medidas para generar comportamientos saludables, sino de que la atención de las personas enfermas incluya la perspectiva psicológica para promover el comportamiento pertinente en relación con el estado de salud-enfermedad (Morales, 1999).

En su historia han sido prominentes cinco connotaciones: La primera equipara el adjetivo "pública" con la acción gubernamental, esto es, con el sector público o estatal. Un segundo significado es aún más amplio al incluir no tan sólo la participación del estado sino la de la comunidad organizada. El tercer uso identifica a la salud pública con los llamados servicios no personales de salud, es decir, aquellos que se aplican al medio ambiente (por ejemplo, el saneamiento ambiental) o a la colectividad (por ejemplo la educación masiva en salud) y que por lo tanto no son apropiables por un sólo individuo en forma específica, como podría ser una consulta médica o la aplicación de un procedimiento diagnóstico (Giacconi, 1994).

El cuarto uso es una ampliación del tercero en tanto se le añaden una serie de servicios personales de naturaleza preventiva dirigidos a grupos vulnerables, por

ejemplo, los programas de atención materno-infantiles. Por último, a menudo se utiliza la expresión "problema de salud pública", sobre todo en el lenguaje no técnico, para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad en la población (Giacconi, 1994).

Recientemente ha surgido un punto de vista más integral sobre el concepto de salud pública. Este sostiene que el adjetivo "pública" no denota un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad ni un tipo de problemas, sino un nivel específico de análisis, a saber un nivel poblacional. A diferencia de la medicina clínica, la cual opera en un nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos humanos o poblaciones. Esta perspectiva poblacional inspira sus dos aplicaciones, como campo del conocimiento y como ámbito para la acción (Rada, 2007). En la actualidad se enfatiza que la salud pública debe priorizar en la promoción de la salud y la prevención, pero también es necesario el aumento del nivel de vida y la participación de toda la sociedad en un enfoque multisectorial.

Desde sus inicios como materia de estudio y durante el transcurso de este siglo, la salud pública se ha visto como una ciencia social (Virchow, sin dato, citado en Rada, 2007.) a la que concurren un conjunto de disciplinas. Es el aporte conjunto de éstas el que finalmente determina un nivel de comprensión más integral de los procesos de Salud-enfermedad. Como eje central de estos aportes se encuentran las disciplinas médico biológicas y particularmente la epidemiología, que tiene un rol central para la comprensión de una gran parte de los fenómenos de Salud.

Al ámbito biomédico se han sumado otras áreas del conocimiento, particularmente las del campo de las ciencias sociales, postergadas inexplicablemente por largo tiempo (Rada, 2007). En este ámbito, las ciencias sociales han ejercido notable influencia en el estudio de algunos determinantes psicosociales que han abierto un mundo nuevo en la comprensión de interacciones entre factores biológicos y sociales.

La salud pública como campo de investigación y como ámbito para la acción ofrece un espacio para la confluencia de múltiples disciplinas, lo que implica una intención de integración interdisciplinaria. Sin embargo, la mayor dificultad para lograr tal integración ha sido la tendencia a identificar cada nivel de análisis con alguna disciplina, es decir, la aplicabilidad de las ciencias biológicas únicamente a los niveles individual y subindividual, mientras que el poblacional es atribuido exclusivamente a las ciencias sociales (Frenk, 1994 citado por Franco, 2002).

Todas las poblaciones humanas están organizadas en sociedades, de ahí que las ciencias sociales sean indispensables para una comprensión cabal de la salud pública en poblaciones, que incluye tanto a la salud física como a la salud mental, donde esta última abarca diferentes problemáticas como la del suicidio. Visto de esta manera, la Psicología como disciplina social tiene mucho que aportar para la comprensión y prevención del suicidio, que es un fenómeno cuya esencia es psicológica aunque en él influyen factores de otras dimensiones.

La dimensión psicológica de la prevención implica, además de la transmisión de información y conocimientos, la aplicación de los principios del aprendizaje cognoscitivo, del aprendizaje social, de la comunicación persuasiva, de la intervención comunitaria, del mercadeo y de la acción, para que haya en el individuo, en la familia o en la comunidad conocimiento de los riesgos, claridad sobre la exposición a ellos, toma de decisiones efectivas para modificarlos, elaboración de planes conducentes a la implementación de las conductas de precaución y a su mantenimiento (Reyes, 2002).

Intervención en Salud Pública

En la actualidad, el término de salud pública se usa al menos con tres significados diferentes: como un saber, como una práctica y como un fenómeno colectivo. De ahí que cada definición es producto de tradiciones y enfoques, con frecuencia divergentes que reflejan la heterogeneidad de intereses al interior de la sociedad (Gómez-Arias, 2003).

La salud pública en las Américas adelantada por la Organización Panamericana de la Salud, considera a la salud pública no solo como una disciplina sino como una práctica social interdisciplinaria dirigida a mejorar la salud de las personas, cuya responsabilidad debe ser compartida por el Estado, como una función esencial ineludible, y por los demás actores sociales (Gómez-Arias, 2003).

La misión de la salud pública es satisfacer el interés de la sociedad en garantizar las condiciones que permiten a las personas tener salud. Las tres misiones fundamentales de la salud pública definidas por el Institute of Medicine se vieron relacionadas con diez prácticas fundamentales que debe prestar la salud pública y que fueron definidas y catalogadas por un grupo de trabajo establecido por el Public Health Practice Program Office de los Center for Disease Control and Prevention (CDC) (Orozco, 2006).

Según Orozco (2006), estas definiciones ofrecen un marco estructural que define las actividades en salud pública:

1. Evaluar y monitorizar la salud: el objetivo es conocer el estado de salud de las comunidades y poblaciones en riesgo para identificar problemas y prioridades de salud. Para ello hay que proceder a la recolección, recopilación, análisis y diseminación de información sobre la salud de las poblaciones. Los servicios que la salud pública debe proporcionar para dar respuesta a esta misión son: a) evaluación de las necesidades de salud de la población; b) investigación de la aparición de problemas y riesgos para la salud; c) análisis de los determinantes de los riesgos para la salud identificados.

2. Formular programas y políticas públicas: en colaboración con la comunidad y las autoridades, es necesario diseñar planes y programas para resolver los problemas y prioridades de salud identificados a cada nivel, local, regional y nacional. Hay que ejercitar la responsabilidad de atender el interés público desarrollando un conjunto global de políticas públicas en salud, promoviendo el uso del conocimiento científico para la toma de decisiones, estimulando la participación comunitaria y evaluando resultados. Los servicios de la salud pública en este ámbito

serían: a) adopción de un papel como mediador y portavoz; b) establecimiento de prioridades entre las necesidades detectadas; c) desarrollar programas y planes para dar respuesta a dichas necesidades.

3. Garantizar servicios: que toda la población tenga acceso a servicios que son adecuados y coste-efectivos, incluyendo servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, evaluando la efectividad de dichas intervenciones, garantizando la puesta en marcha de los servicios que son necesarios para conseguir alcanzar los objetivos planteados para dar respuesta a las necesidades puestas de manifiesto, estimulando que se desarrollen las acciones, regulando que se pongan en marcha o proporcionando los servicios directamente. Esto se conseguiría: a) gestionando recursos y desarrollando una estructura organizativa; b) poniendo en marcha los programas; c) evaluando los programas y estableciendo sistemas de garantía y mejora de la calidad y d) informando y educando a la población.

En 1999, la Organización Mundial de la Salud lanzó una iniciativa mundial para la prevención del suicidio, con los siguientes objetivos: a) reducir en forma duradera la frecuencia de los comportamientos suicidas, haciendo hincapié en los países en desarrollo y los países en transición social y económica, b) identificar, evaluar y eliminar en las etapas iniciales, en la medida de lo posible, los factores que pueden dar lugar a que los jóvenes acaben con su propia vida, c) aumentar la concientización general acerca del suicidio y prestar apoyo psicosocial a las personas con pensamientos suicidas o experiencias de tentativas de suicidio, así como a los amigos y familiares de quienes han intentado o consumado el suicidio (Orozco, 2006).

Las ciencias sociales y dentro de ellas la Psicología, representan una interesante y útil aproximación para el estudio de las problemáticas de salud que son ejes fundamentales del campo de la salud pública, teniendo en cuenta que la disciplina abarca el comportamiento humano que incluye creencias, emociones, actitudes y demás formas de expresión que pueden ser objeto de estudio e intervención en pro de los grupos sociales (Rada, 2007).

Factor de Riesgo

El riesgo es la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad, complicación de la misma o de muerte. Teniendo en cuenta lo anterior los factores de riesgo son características inherentes o no al hombre y su entorno que incrementan la posibilidad de sufrir una enfermedad o desviación de la salud (Estrada, Vinajera y Estrada, sin dato).

En cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos, familias o individuos que presentan más posibilidades que otros, de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematuras, se dice que son individuos o colectivos especialmente vulnerables (Pita, Vila y Carpenle, 2002).

El término de "riesgo" implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. La medición de esta probabilidad constituye el enfoque de riesgo (Pita, Vila y Carpenle, 2002).

De acuerdo con Backett, Davies y Petró- Barvasián (1985) se puede considerar como factor de riesgo para el desarrollo de una enfermedad a “toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que según los conocimientos que se poseen asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente”. Existen medios físicos, químicos, biológicos y otros, pero a la psicología le interesan especialmente los riesgos que se asocian al comportamiento y a las circunstancias del ambiente social que los favorecen (Morales, 1999).

Por otra parte un factor de riesgo también se considera a cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se

sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción (Morales, 1999).

Según Fletcher (1989, citado en Pita, Vila y Carpente, 2002) el conocimiento y la información sobre los factores de riesgo tienen diversos objetivos:

1. Predicción: La presencia de un factor de riesgo en un individuo, grupo social o ambiente significa un riesgo aumentado de presentar en un futuro una enfermedad, en comparación con personas no expuestas. En este sentido sirven como elemento para predecir el posible desarrollo de una enfermedad o condición perjudicial.

2. Causalidad: La presencia de un factor de riesgo no es necesariamente causal. El aumento de incidencias de una enfermedad entre un grupo expuesto en relación a un grupo no expuesto, se asume como factor de riesgo, sin embargo esta asociación puede ser debida a una tercera variable, definida como variable de confusión. Por ejemplo, dentro de la conducta suicida un factor de riesgo a considerar es la depresión, sin embargo, no se considera como un desencadenante absoluto de la conducta, deben tenerse en cuenta otras variables como el entorno familiar, estado civil, personalidad.

3. Diagnóstico: La presencia de un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que se presente una enfermedad. Este conocimiento se utiliza en el proceso diagnóstico, ya que las pruebas diagnósticas tienen un valor predictivo positivo más elevado, en pacientes con mayor prevalencia de enfermedad. El conocimiento de los factores de riesgo se utiliza también para mejorar la eficiencia de los programas de cribaje, mediante la selección de subgrupos de pacientes con riesgo aumentado.

4. Prevención: Si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia de una enfermedad, su eliminación reducirá la probabilidad de su presencia. Este es el objetivo de la prevención primaria.

Los hallazgos revelan que los factores de riesgo asociados con la conducta suicida reportados con mayor frecuencia, son las psicopatologías especialmente la depresión, los trastornos afectivos, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y en menor medida los trastornos de la personalidad. Otro factor que se ha correlacionado fuertemente con el suicidio es la desesperanza, las situaciones vitales estresantes como las separaciones, el divorcio, las presiones académicas, las enfermedades graves, la pérdida de trabajo y otras tensiones emocionales de la vida que pueden considerarse como factores contribuyentes (Forster, 2002 citado en Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006).

Con respecto a las características individuales, Tejada (2007) hace alusión a la carencia de cierto tipo de habilidades o competencias personales tales como; autoestima, capacidad para resolución de conflictos y toma de decisión, y la falta de madurez para afrontar situaciones adversas como elementos que pueden incidir en la ocurrencia de esta conducta, además de otros factores como la introversión y la dependencia afectiva

Prevención de la enfermedad

La prevención, es un componente de la promoción, que se entiende como un conjunto de actividades orientadas a evitar la ocurrencia de enfermedades específicas, cuyo objeto son los individuos o grupos sociales, que por sus características tengan una gran probabilidad de adquirirlas. Los criterios para incluir las diferentes intervenciones son la eficacia, el costo en relación con la intervención, el riesgo o probabilidad de que la enfermedad aparezca y la severidad de su efecto (Ministerio de salud de Colombia, 1996).

Su posibilidad de acción se deriva del conocimiento de los determinantes de la enfermedad, sean estos factores genéticos, ambientales, sociales, ocupacionales, del comportamiento de los individuos o de la provisión de servicios.

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de

riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (OMS, 1998).

Según el Ministerio de Salud (1996), existen tres niveles de prevención:

1. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia, mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia. La prevención primaria contribuye a disminuir los costos que supone el tratamiento de una enfermedad o problema de salud en general, cuando este ya se ha presentado.

2. La prevención secundaria se refiere a las actividades que van orientadas a una detección temprana oportuna y efectiva de la enfermedad, o a reducir su duración

3. La prevención terciaria comprende las actividades que van dirigidas a reducir y minimizar el sufrimiento, la duración, la incapacidad y las secuelas de la enfermedad, lo mismo que a promover la adaptación a condiciones irremediables (Ministerio de salud de Colombia, 1996).

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta.

En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo (Redondo, 2004).

En los últimos años las definiciones de las Políticas de Salud han pasado a considerar especialmente el valor de las prácticas de Prevención. Estas han sido definidas sobre todo "como aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y posibilita a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias. Los esfuerzos realizados para

"anticipar" eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables, son conocidos con el nombre de prevención" (OPS, 1995).

La prevención en el campo de la Salud implica una concepción científica de trabajo, un modo de organizar y de actuar, un organizador imprescindible en la concepción de un Sistema de Salud. Un Sistema de Salud es más eficaz en la medida que prevenga más que cure. Es más eficaz desde el punto de vista social y desde el punto de vista económico, ya que implica menor inversión en planes de prevención que en planes de intervención, cuando ya se ha presentado y desarrollado la problemática, y es más eficaz porque la prevención persigue "la identificación de aquellos factores que permitan promover la salud y la puesta en marcha de diferentes intervenciones de cara a mantener saludables a las personas" (Guiofantes, 1996, citado por Zas, sin dato) y es precisamente el nivel de salud de las personas el máximo indicador de eficiencia de un sistema de salud cualquiera.

Es difícil pensar en la prevención sin pensar en los cambios imprescindibles de estructura de un Sistema de Salud, pero sobre todo en los cambios de los modos de pensar, de los modelos teóricos de partida, de las epistemologías, filosofías y hasta sistemas de creencias tan fuertemente arraigados en los profesionales que laboran en el campo de la salud y en las distintas disciplinas científicas en las que basan sus acciones (Zas, sin dato)

De manera particular, cuando se trata de prevención en suicidio es importante que los profesionales de la salud mental y demás personal vinculado con el tema, recuerden que las víctimas potenciales se encuentran ambivalentes respecto al acto, es decir, existe un deseo fuerte de morir pero también lo es el deseo de vivir, por ello entre los principales aspectos a tener en cuenta es la identificación temprana de las señales de riesgo, ya sean de carácter demográfico, los intentos previos, comunicaciones respecto a un posible accionar, cambios repentinos en el comportamiento, o cambios emocionales drásticos que den indicios de un potencial suicidio (Campos, Padilla, Valerio, 2004).

Sin embargo, dichos procesos son el resultado de una continua transformación y adaptación a los cambios sociales, en el marco de la historia de la prevención del suicidio se distinguen tres etapas: a) la primera llega hasta el año 1956 y corresponde al periodo de la fundación de los principales organismos que empezaron a preocuparse activamente de este problema, b) la segunda establece ya una sistemática ordenada tendencia especialmente al estudio e investigación de las enfermedades depresivas, puesto que más de la mitad de los intentos de suicidio proceden de este campo nosológico. Los nombres de Ringel, Kielholz y Hole merecen un lugar muy destacado. Poco después este movimiento se extiende a la Prevención del Suicidio (Suicide Prevention Center) de la mano de Shneidman y Farberow y c) la tercera etapa surge a partir de 1960 y coincide con el proceso expansivo de centros asistenciales y organizaciones dedicadas al tratamiento de esta problemática. Por esta época Shneidman publica su tratado con el título de Suicidología, quedando esta constituida como una nueva área que trata de todos los temas cercanos y relacionados con el suicidio (Dirección General de servicios de salud de Nicaragua, sin dato).

Una actuación preventiva supone conocer las variables que generan el problema y su posible solución, las conductas que se deberían desarrollar en la población a fin de que los daños fueran menores, los procedimientos o métodos de cambio de dichas conductas y los procedimientos metodológicos que hagan posible valorar los efectos de la intervención (Reyes, 2002).

Tipos de Prevención en Suicidio

Un programa preventivo integrado a lo académico puede ser resumido en un modelo con tres pautas de acción, según Pérez Barrero (2003): a) Prevención general del suicidio, b) Prevención indirecta del suicidio y c) Prevención directa del suicidio.

1. Prevención general del suicidio: que es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar. La Prevención general Incluye

medidas de soporte a través de la educación psicológica y social, encaminadas a influir e incrementar la capacidad para comprender las crisis y problemas comunitarios. Por ejemplo, la relación entre el fracaso escolar entre los jóvenes universitarios y tendencias suicidas.

2. Prevención indirecta conformada por el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan el suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar. Con estas acciones la prevención indirecta del suicidio intenta reducir el número de actos suicidas en grupos y situaciones de riesgo considerando los factores del trasfondo social, ejemplo, el abuso de alcohol en las áreas rurales y su relación con las tendencias autodestructivas, en este sentido la participación de estudiantes y pasantes que realizan estudios de campo es particularmente importante.

3. Prevención directa constituida por aquellas medidas que ayudan a abortar o resolver mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida. Un programa para el estudio del suicidio vinculado con grupos de la comunidad (voluntarios) que se aboquen a la prevención directa de este problema representa una doble ganancia: por un lado, apoya y fortalece científicamente a quienes tratan frontalmente con las actitudes autodestructivas de ciertos grupos sociales. Por el otro, obtiene una vivencia de primera mano de la multifactorialidad que caracteriza al suicidio, ejemplo, estudiantes de carreras afines a ciencias sociales que asesoren y participen directamente con grupos de voluntarios que operan en la comunidad.

Modelo Ecológico

Al final de la década del 70, el profesor Urie Bronfenbrenner, del Departamento de Desarrollo Humano y Estudios sobre la Familia de la Universidad de Cornell en Ithaca (Nueva York) publica su obra titulada “La ecología del desarrollo humano”. Previo a ello, formuló su modelo ecológico del desarrollo humano, cuyas ideas originales fueron presentadas en dos congresos sucesivos de la

Asociación Americana de Psicología, en los años 1974 y 1975, y recogidas en distintos trabajos publicados en diferentes revistas como *Child Development*, *American Psychologist*, *Journal of Social Issues* y *Zeitschrift für Soziologie* (García, 2001).

Bronfenbrenner plantea su visión ecológica del desarrollo humano, en la que destaca la importancia crucial que da al estudio de los ambientes en los que nos desenvolvemos. Bronfenbrenner defiende el desarrollo como un cambio perdurable en el modo en el que la persona percibe el ambiente que le rodea (su ambiente ecológico) y en el modo en que se relaciona con él.

El postulado básico del modelo ecológico que propone Bronfenbrenner plantea que el desarrollo humano, supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. Acomodación mutua que se va produciendo a través de un proceso continuo que también se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos (García, 2001). (Ver figura 1)

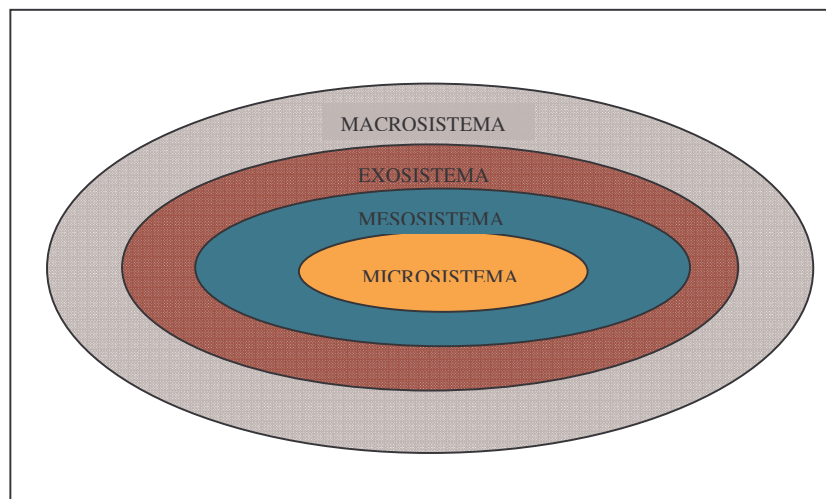


Figura 1. Esquema Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (2006). Tomado de Departamento de Psicología e Instituto Cisalva (2006).

El autor, señala que la persona no es sólo un ente sobre el que repercute el ambiente, sino una entidad en desarrollo y dinámica, que va implicándose progresivamente en el ambiente y por ello influyendo también e incluso reestructurando el medio en el que vive. Precisamente por ello, como se requiere de una acomodación mutua entre el ambiente y la persona, Bronfenbrenner señala que la interacción entre ambos es bidireccional, caracterizada por su reciprocidad. Así mismo, el concepto de “ambiente” es en sí mismo complejo, ya que se extiende más allá del entorno inmediato para abarcar las interconexiones entre distintos entornos y la influencias que sobre ellos se ejercen desde entornos más amplios. Por ello, Bronfenbrenner concibe el ambiente ecológico como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente. Concretamente, Bronfenbrenner postula cuatro niveles o sistemas que operarían en concierto para afectar directa e indirectamente sobre el desarrollo del individuo (García, 2001):

1. **Microsistema:** Es el nivel más cercano al sujeto, e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste pasa sus días, es el lugar en el que la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, como en el hogar, el trabajo, sus amigos (Bronfenbrenner, 1976, citado en Torrico, Santín, Villas, Menéndez y López, 2002).

2. **Mesosistema:** comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, por ejemplo, para un niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social. Es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno” (Bronfenbrenner, 1979, citado por Torrico, et al. 2002). Es decir, vendría a representar la interacción entre los diferentes ambientes en los que está inmerso el sujeto.

3. **Exosistema:** se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona si está

incluida, para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del Consejo Escolar, etc. (Torrico, et al. 2002).

4. Macrosistema: se refiere a los marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (microsistema, mesosistema y exosistema) y que les confiere a estos una cierta uniformidad, en forma y contenido, y a la vez una cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales o ideológicos diferentes (Huda, 2002).

Plan

La forma más frecuente de describir los planes es en términos de su intención (estratégicos o tácticos), marco de tiempo (largo o corto plazo), especificidad (curso general o específicos) y frecuencia de uso (únicos o permanentes). Sin embargo, estas clasificaciones de la planificación son interdependientes. Por ejemplo, existe una estrecha relación entre la categoría de largo plazo y la categoría de estratégico o táctico (Robbins, Decenzo y Mascaró, 2002).

Los planes que abarcan a toda la organización, establecen objetivos generales y la posicionan según su entorno, son planes estratégicos; estos planes mueven los esfuerzos de la organización por alcanzar sus metas. Los planes tácticos (a veces llamados planes operativos) especifican con detalle la forma de alcanzar los objetivos generales de la organización. Difieren de los planes estratégicos en tres sentidos básicos: su marco de tiempo, intención y si incluyen una serie de objetivos establecidos de la organización o no (Robbins, Decenzo y Mascaró. 2002).

Algunas de las principales características de un Plan Estratégico son: a) reunir a los actores urbanos, involucrarlos en la definición de las estrategias y de los proyectos resultantes, y comprometerlos en la asunción de los criterios de actuación en función de sus competencias, responsabilidades y posibilidades financieras, b) fijar objetivos estratégicos, que permitan alcanzar una situación mejor a la inicial, y c)

participación ciudadana, implicando a los agentes de decisión económica y social por su capacidad de actuación sobre el territorio (Ayuntamiento de Jerez, 2006).

Toda planificación, debe contar con un estudio previo que lleve al diagnóstico real de la situación de partida, basado en un profundo análisis interno y externo. Interno, considerando los factores endógenos que inciden en el desarrollo integral de la población; externo, en cuanto existen elementos significativos cuya influencia es manifiesta aún cuando están fuera de su control (Ayuntamiento de Jerez, 2006).

Programas

Son esquemas de decisión más concretos y detallados que el plan, cuyas directrices especifican los medios que articulados gerencialmente, se requieren para dar solución integral a uno o varios problemas similares. Los programas están conformados por proyectos. Al interior del programa, los proyectos se diferencian porque responden a condiciones particulares limitadas en el alcance, espacio físico y tiempo (Benavides, 2004).

En consecuencia, se entiende por programa, al conjunto de acciones específicas, ordenadas secuencialmente en el tiempo, para obtener resultados preestablecidos en relación a la elaboración de un proyecto o a la construcción de una realidad. El programa constituye la parte instrumental de un plan y obedece a los lineamientos y disposiciones del mismo (Benavides, 2004).

Otro concepto, lo define como un instrumento rector derivado de la planificación institucional, destinado al cumplimiento de las funciones de una organización, por el cual se establece el orden de actuación, así como los objetivos o metas, cuantificables o no, en términos de un resultado final, que se cumplirán a través de la integración de un conjunto de esfuerzos y para lo cual se requiere combinar recursos humanos, tecnológicos, materiales y financieros; especifica tiempos y espacio en los que se va a desarrollar y atribuye responsabilidad a una o varias unidades ejecutoras debidamente coordinadas (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2008).

Estrategia

La estrategia se define como un patrón a seguir para el logro de metas. Dicho patrón contiene el conjunto de acciones a seguir, en forma de acciones específicas y con metas bien definidas, que contribuyen a un esfuerzo común por el cumplimiento de la misión o fin genérico de la organización. Una estrategia bien formulada ayuda a ordenar y asignar, con base tanto en sus atributos como en sus deficiencias internas, los recursos de una organización, con el fin de lograr una situación viable y original, así como anticipar los posibles cambios en el entorno y las acciones imprevistas de los oponentes inteligentes.

La estrategia es un concepto que abarca la preocupación por *que hacer*, es decir busca que se implementen todos los medios necesarios para ponerla en práctica. Una estrategia da lugar a muchas tácticas, es básicamente una actividad racional que implica poder identificar las oportunidades y amenazas del ambiente, así como evaluar las limitaciones y fortalezas (Cabrera, 1997).

Las estrategias de actuación en el ámbito preventivo conforman un amplio abanico de posibilidades. El modelo teórico imperante determinará en gran medida el tipo de intervención que se realice. Entre las tácticas más reconocidas en la actualidad están: a) informativa, b) formativa y c) la generación de alternativas (Pelliza, sin dato).

Según Pelliza (sin dato) la estrategia informativa, busca brindar una adecuada información ofreciendo datos objetivos y veraces dirigidos en la medida de lo posible a grupos homogéneos y en el marco de un programa integral de prevención, utilizar un lenguaje concreto, evitando los sesgos que distorsionen la información, los contenidos deben guardar coherencia con las condiciones de vida específicas de la población a la que se dirigen, entre otros.

La estrategia formativa, implica la necesidad de formación de profesionales y mediadores y requiere de la participación directa de aquellos a quienes se dirige el programa, llevar a cabo una actuación continua a mediano y largo plazo. Este nivel de

intervención se desarrollaría en instituciones y colectivos con determinados criterios de homogeneidad (escuela, familia, ámbito laboral), pero siempre inserto en el marco de la comunidad a la que pertenecen (Pelliza, sin dato).

En cuanto a la generación de alternativas, se enfatiza en las causas de la problemática y se busca intervenir sobre el comportamiento negativo, con el fin de eliminar su presencia a través de la puesta en marcha de diferentes posibilidades o alternativas que deben ser numerosas y diversas, abarcando el ámbito de lo físico, sensorial, emocional, evolutivo, intelectual, social, etc (Pelliza, sin dato).

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

La presente investigación se enmarca en el enfoque cuantitativo que busca estudiar los fenómenos de forma sistemática, comparable, comprobable, medible y replicable; su propósito es explicar, controlar, predecir y generar leyes en torno a ellos (García y Revelo, 2000, citados en Paez y Torres, 2005), y de corte descriptivo que comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos (Tamayo y Tamayo, 2002).

Según Briones (1998), en este tipo de investigación se pueden hacer diferentes tipos de análisis que se desarrollan en la presente investigación, y que son: a) caracterizar globalmente el objeto de estudio a partir de métodos estadísticos, b) identificar el o los objetos que tienen ciertas características, c) cuantificar la magnitud del fenómeno, d) identificar las diferencias que existen (o se dan) entre dos o más grupos de una población objeto de estudio, e) describir las partes, categorías o clases que componen el objeto de estudio, entre otros. Es la tarea por definición de la descripción.

Diseño

La investigación se enmarca en un primer momento dentro del análisis univariado definido como el examen de la distribución de los casos en una sola variable cada vez, uno de sus formatos y lógicas de análisis es la distribución de frecuencias, el análisis univariado se concentra en describir las unidades de análisis que es el objeto de estudio (Babbie, 2001), que en el presente trabajo corresponden a las intervenciones.

En un segundo momento se utiliza el análisis bivariado entendido como las comparaciones entre subgrupos, cuyo objetivo es describir los grupos por separado, buscando la comparación (Babbie, 2001), en este caso de las variables contenidas en las intervenciones.

Estrategias e Instrumentos

En la revisión de artículos relacionados con los planes, programas o estrategias de prevención del suicidio desde la perspectiva de salud pública se utilizó el análisis documental, que consiste en revisar, analizar y descomponer un texto en elementos cada vez más simples de manera que puedan ser individualizados por medio de criterios sistemáticos y clasificados según categorías representativas, las que se convierten a su vez en variables que se someten a cálculo estadístico. (Muñoz y cols, 2001).

Para la realización del presente estudio se empleó estadística descriptiva inferencial que desarrolla un conjunto de técnicas cuya finalidad es presentar y reducir los diferentes datos observados, además de desarrollar técnicas que estudian la dependencia que puede existir entre dos o más características observadas en una serie de individuos (Fernandez, Cordero y Cordoba, 2002).

Se recurrió a dos programas de manejo y análisis de bases de datos para la organización y el análisis de la información: Excel y Statistical Program for the Social Sciences V. 15 (SPSS).

Población

Criterios de delimitación

Para realizar el análisis documental se revisaron artículos que presentaran planes, programas o estrategias de intervención para prevenir el suicidio en adolescentes y adultos jóvenes teniendo en cuenta los siguientes criterios de selección:

1. Programas, planes o estrategias que contemplen poblaciones con edades entre 15 y 39
2. Programas, planes o estrategias orientados desde la perspectiva de salud pública

3. Programas, planes o estrategias dirigidos a la comunidad en general o a comunidades particulares institucionalizadas o no institucionalizadas
4. Programas, planes o estrategias dirigidos a personas consideradas población en riesgo frente a la conducta suicida
5. Programas, planes o estrategias orientados desde la prevención
6. Programas, planes o estrategias dirigidos a poblaciones en riesgo
7. Año de publicación: Estudios y publicaciones del año 1995 en adelante.

Documentos incluidos en el estudio

1. El desarrollo de Acrossnet: un apoyo de sistema en línea para la prevención de suicidio en la comunidad rural y remota de obreros en Queensland, Australia (2005)
2. El suicidio en Trinidad y Tobago: las asociaciones con las medidas de dolor social (1997)
3. Usando el modelo PRECEDE planear un programa de salud para hombres en un manejo del ambiente de cuidado (2006)
4. Plan de Prevención del Suicidio Juvenil en Pennsylvania (Estado de Pennsylvania, 2004)
5. Explicaciones de los expertos y de la población general de la conducta suicida: comparación de la población general, intentos de suicidio, médicos internistas y la visión de los psiquiatras (Hospital Psiquiátrico Universitario de Ljubljana, 2006)
6. Jóvenes, género y suicidio: Una Revisión de Investigación en el contexto Social (2005)
7. Explicando los cambios en los modelos de suicidio en personas negras en los Estados Unidos, de 1981 a 2002: Edad, Cohorte y Análisis del periodo. (2006)
8. Suicidio: Una Apreciación global (2000)
9. Las estrategias de prevención de suicidio: Una perspectiva internacional (2000)

10. Prevención del suicidio en Nueva Zelanda. Una perspectiva contemporánea: Explicaciones sociales para el suicidio en Nueva Zelanda (Sitio Web del Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, 2005)
11. La prevención de suicidio empieza con pares y padres (2005)
12. Factores de riesgo suicida en adultos (1997)
13. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida (2003)
14. Estrategia Nacional de Prevención del suicidio para Inglaterra (Reporte de progresos hasta 2005) (Instituto Nacional para la Salud Mental en Inglaterra, 2006)
15. Estrategia Nacional de Prevención del suicidio. Plan de Promoción de Vida en Nicaragua (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2000)
16. Plan de prevención del suicidio en Alaska (El Departamento de Salud y Prestaciones sociales. Oficina del Concejo de Prevención del Suicidio De Alaska, 2004)
17. Prevención del Suicidio Recurso para Consejeros (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Trastornos Mentales y Cerebrales. Organización Mundial de la Salud, 2006)
18. Prevención del Suicidio - un Instrumento para Médicos Generalistas (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Trastornos Mentales y Cerebrales. Organización Mundial de la Salud, 2000)
19. Prevención del Suicidio - Un Instrumento para docentes y demás personal Institucional (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Trastornos Mentales y Cerebrales. Organización Mundial de la Salud, 2001)
20. Métodos de suicidio entre personas de 10 a 19 años (2004)
21. Adolescentes gay y suicidio: Interpretación de la asociación (2005)
22. Suicidio adolescente en Quebec y una previa utilización del servicio médico (2004)

23. Educación en suicidología. Una Mirada al modelo sueco de educación en Prevención del Suicidio (NASP Centro Nacional para la Investigación del Suicidio y las Enfermedades Mentales de Suecia, 2002)
24. Evaluación de algunos aspectos del programa nacional de prevención de la conducta suicida. Municipio Playa, La Habana. (Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, 1998)
25. La estrategia de California para prevenir el suicidio (Estado de California, 2004)
26. Plan de prevención para el suicidio en el estado de Washington (Universidad de Washington, 1995)
27. La estrategia nacional para la prevención del suicidio: Las metas y objetivos para la acción (Departamento Americano de Salud, 2001)
28. Suicidio en estudiantes universitarios (Universidad de Emory, 2002-2003)
29. La sociología del deporte. La evaluación internacional para estudiantes (2001)
30. El señalamiento responsable del suicidio en el periodismo de letra (Universidad de Pensilvania, 2001)
31. Estrategia de Dakota del Sur para la Prevención del Suicidio (Centro de Help Sioux Falls en la sociedad con S.D. Departamento de Servicios Humanos, 2002)
32. La Disponibilidad de armas de fuego y Suicidio: La evidencia, Intervenciones, y las Direcciones Futuras (2005)
33. El riesgo suicida respecto a la clase social: Un estudio basado en el registro nacional de suicidio en adultos en Corea. (1999-2001)
34. Los Acercamientos de la escuela a la Prevención de Suicidio en jóvenes (Universidad de Rutgers, sin dato)
35. La Estrategia de Prevención de Suicidio juvenil (Centro Nacional para la prevención y control de lesión, 2000)

36. Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Trastornos Mentales y Cerebrales. Organización Mundial de la Salud, 2000)

37. Prevención del suicidio un instrumento para profesionales de los medios de comunicación (Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Trastornos Mentales y Cerebrales. Organización Mundial de la Salud, 2000)

38. Prevención de suicidio de colonizadores Internacional de Finlandia proyecto de prevención de suicidio nacional (Ministerio de Salud de Finlandia, 1987-1997)

39. Diferencias de Género asociado con los estresores de vida en niños y adolescentes suicidas en Singapur de 1995 a 2003 (Instituto Nacional de Salud de Singapur, 2003)

40. El proceso de Suicidio: Una perspectiva del suicidio (1997).

41. Un Análisis Comprensivo de Suicidio en las Prisiones Federales: Una Revisión de quince-años (Correccionales Estatales e Instituciones de Detención, 2002)

42. El Contexto Cultural del Estigma del Suicidio en Taiwán (Hospitales Psiquiátricos de Taiwan, 2004)

43. Diagnóstico de Salud Mental y Servicios de Tratamiento en las Cárceles de Florida (Instituciones carcelarias del Estado de la Florida, 2000)

44. Las proporciones y factores asociados con el suicidio en Kaniyambadi Block, tamil Nadu, India sur 2000–2002 (Departamento de Salud de la Comunidad, la Universidad Médica Cristiana, Vellore, 2000-2002)

45. La Juventud sexual minoritaria y riesgo del suicidio (2003)

46. El Suicidio de Internet en Japón: Las implicaciones para la salud mental de los niños y adolescentes (Instituto Nacional de Salud de Japón, 2007)

47. Suicidio: Una declaración de sufrimiento (Centros Médicos y hospitalarios, 1998)

48. ¿Es Posible Adaptarse al Suicidio de un Individuo Cercano? Los resultados de un Estudio complementario Anticipado de 10 años (2000)

Procedimiento

Con el fin de lograr los objetivos planteados, la presente investigación se delimitó en términos de fases, en coherencia con la metodología asumida en el estudio, según se describen a continuación.

Fase 1 Construcción de criterios de selección de material

Durante esta fase se establecieron los parámetros que permiten clasificar y delimitar el material bibliográfico a analizar de acuerdo a las exigencias y necesidades de la investigación, es decir, desde los objetivos iniciales de la misma y desde el marco del proyecto Análisis de los Factores de Riesgo para Suicidio y Validación de un Modelo de Intervención en Población Juvenil en Nariño del Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño en convenio con el Instituto Cisalva de la Universidad del Valle. Para ello, se realizó una conceptualización inicial de los criterios que posteriormente se ajustó de acuerdo a los hallazgos de una primera aproximación a la literatura revisada.

Fase 2 Revisión de material documental

En esta fase se dio inicio a la búsqueda de artículos relacionados con planes, programas o estrategias de prevención de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes desde la perspectiva de salud pública reportados en la literatura de libre acceso, con el fin de orientar la investigación e iniciar con el análisis del contenido.

Fase 3 Diseño de la base de datos

La construcción de la base de datos se realizó teniendo en cuenta criterios establecidos en los ejes categoriales como: edad de la población, metodología de investigación, modelo teórico, entre otros, con el objetivo de organizar y establecer

parámetros del contenido de cada artículo, revisando su ajuste con el modelo ecológico y con la orientación de prevención y promoción de la salud.

Fase 4 Clasificación del material

En esta fase se procedió a analizar el contenido de los artículos de acuerdo a los parámetros establecidos en la base de datos, lo que permite clasificar y determinar el número de artículos que se van a considerar en el análisis final de la información.

Fase 5 Análisis final de la información

La información obtenida de la base de datos se revisó a partir del análisis estadístico no paramétrico, debido a que se trabaja con variables no ajustadas a la normalidad estadística, con lo cual se pretende establecer las características de los documentos analizados con los objetivos propuestos en la investigación y que integra el modelo ecológico y la orientación de prevención y promoción de la salud. Para el análisis de la información se empleó el programa estadístico Statistical Program for the Social Sciences (SPSS V. 15) que permite establecer frecuencias y relaciones entre las variables del estudio, a partir del análisis univariado y bivariado. Mediante la consolidación de la interpretación se formularán las conclusiones y recomendaciones resultado del análisis de la información, que intentan orientar el diseño de futuros programas y estrategias de prevención en suicidio, especialmente en las poblaciones consideradas de riesgo.

Variables

En función de los objetivos de la investigación, se recurrió a un esquema para identificar las variables de análisis, con base en las características de los documentos que se eligieron para el estudio. La lógica es: eje categorial, concepto, variable. Inicialmente se identificaron once ejes categoriales, así: a) factores de riesgo, b) características poblacionales, c) contexto de intervención, d) personal al que se dirige

la capacitación, e) tipo de capacitación f) acceso y oferta de servicios de salud, g) clase de intervención h) modelos predominantes, i) resultados, conclusiones y recomendaciones, j) conducta suicida; k) sistema ecológico; y l) tipo de prevención. Estos ejes delimitan a su vez, una serie de conceptos de clasificación y en éstos se delimitan las variables, según se expone en la Tabla 1.

Tabla 1. Ejes categoriales y variables

Categoría	Concepto	Variable	Delimitación
Factores de riesgo	Condiciones o conductas detectables de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.	Problemas de salud física	Enfermedades físicas, crónicas y terminales, de deformación e incapacitantes.
		Trastornos de salud mental	Trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de personalidad
		Eventos vitales	Duelos, separaciones, historia de intentos y amenazas previas, problemáticas familiares, sociales, de pareja, conflictos legales.
		Acceso a medios letales	Uso y manejo de medios letales (armas de fuego y medicamentos en los hogares). Políticas de gobierno que permitan controlar la tenencia de medios letales
		Manejo de la información en los medios de comunicación	Criterios de difusión de la información en los casos de suicidio
Características poblacionales	Características generales de la población, hacia las que están dirigidas las intervenciones.	Rango de edad	Entre 13 y 25 años Mayores de 25 años Población en general
		Tipo de población	Comunidad en general Estudiantes Profesionales
Contexto de intervención	Características del contexto donde se realiza la intervención o donde se pretende intervenir.	Institucional	Centros educativos, instituciones no gubernamentales, hospitales, instituciones gubernamentales
		Comunitario	Población en general
Personal al que se dirige la	Entrenamiento o preparación que se brinda a personal	Capacitación a personal de salud	Profesionales de la salud a quienes se dirige la capacitación en prevención de suicidio (médico, psiquiatras, psicólogos, enfermeras)

Categoría	Concepto	Variable	Delimitación
capacitación	que está directa o indirectamente relacionado con la problemática, para la atención de las conductas suicidas	Capacitación a personal de instituciones educativas	Profesionales y personas de diferentes instituciones de orden gubernamental a quienes se dirige la capacitación (educadores, consejeros, guardias, estudiantes)
		Capacitación a líderes comunitarios	Personas claves en los grupos comunitarios o la sociedad a quienes se orienta la capacitación
Tipo de capacitación	Conjunto de tácticas orientadas a la prevención del suicidio	Información	Educación frente al suicidio Identificación de factores de riesgo y remisión a personal especializado
		Formación	Pautas para la intervención primaria en los casos que conlleva al conocimiento y cambio de actitud frente al suicidio
Acceso y oferta de servicios de salud	Posibilidad y facilidad de los usuarios de acceder a consultas y tratamientos de salud mental, así como la cobertura y características de estos servicios para la población en general.	Disponibilidad de profesionales en salud mental	Profesionales de salud mental que prestan atención (médicos, psiquiatras, psicólogos, etc.). Como variables, se operacionaliza en dos aspectos: - Si el documento reporta o no profesionales - Tipo de profesionales
		Disponibilidad de servicios de salud mental	Prestación de servicios de salud mental dirigida a la comunidad o población en riesgo.
		Tipo de servicio de salud	Medio a través del cual se prestan los servicios de salud mental a la comunidad o población en riesgo
Clase de Intervención	Tipo de diseño desde el que se orienta la intervención	Plan	Conjunto de disposiciones adoptadas para organizar y dirigir una intervención, que involucra varios actores sociales y fija objetivos claros que buscan el cambio de una situación inicial
		Programa	Conjunto de acciones específicas ordenadas secuencialmente en el tiempo, cuyas directrices especifican los medios requeridos para dar solución a una problemática a través de proyectos
		Estrategia	Patrón a seguir para el logro de metas, que incluye diferentes tácticas que permiten identificar y evaluar las características del ambiente y los grupos para la intervención

Categoría	Concepto	Variable	Delimitación
Modelos predominantes	Fundamentos teóricos y metodológicos que orientan el diseño o ejecución de las intervenciones.	Modelos teóricos aplicados en la intervención	Modelos disciplinares (desde una sola disciplina) Modelos multidisciplinares (aportes diferenciados desde más de una disciplina) Modelos interdisciplinares (aportes integrales)
		Disciplinas	Disciplinas participantes
		Metodologías de investigación	Cuantitativa Cualitativa Mixta
Resultados, conclusiones y recomendaciones	Aportes que surgen a partir del diseño y la implementación de las intervenciones, ya sean a nivel práctico o teórico	Exposición de resultados	Si / No (se exponen o no se exponen)
		Tipo de resultados expuestos	Resultados de gestión: acciones realizadas Resultados desde la percepción de profesionales (salud, educación, etc.) Resultados desde la percepción de la población en riesgo Resultados desde la percepción de personas relacionadas con la población en riesgo
		Tipo de conclusiones	Conclusiones respecto a la investigación Conclusiones respecto a la intervención
		Recomendaciones de las intervenciones	Recomendaciones para investigación Recomendaciones para intervención
Conducta suicida	Cualquier acción intencionada con consecuencias potencialmente graves en la que se pone en riesgo la vida.	Ideación suicida	Abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida a la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte o fantasías de suicidio
		Intento suicida	Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo
		Suicidio consumado	Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte
Sistema Ecológico	Entornos o contextos en los que se da la intervención, señalando las interacciones	Microsistema	Comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos del individuo
		Mesosistema	Interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente

Categoría	Concepto	Variable	Delimitación
	bidireccionales, entre individuo y los diferentes entornos.	Exosistema	Entornos en los que la persona no está incluida directamente, pero que afectan a los entornos en los que la persona está incluida
		Macrosistema	Marcos culturales o ideológicos que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden
		Varios sistemas	Presencia de dos o más sistemas ecológicos
Tipo de prevención	Conjunto de medidas asumidas por los individuos, instituciones u otros grupos que están encaminadas a la prevención de la conducta suicida.	Prevención general	Medidas de apoyo psicológico, social, institucionales, que ayudan a manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños ocasionados.
		Prevención directa	Medidas que ayudan a detener o resolver mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida
		Prevención indirecta	Conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas, las situaciones de crisis. asociadas al suicidio

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los 48 planes, programas y estrategias de intervención en prevención de suicidio. El análisis consta de dos partes, en una primera parte se presentan los resultados del análisis univariado de frecuencia de las categorías de estudio en términos de porcentajes y en una segunda parte se realiza el análisis de cruce de variables, teniendo en cuenta las categorías centrales de sistema ecológico, tipo de prevención y algunas variables relevantes pertenecientes a las características explícitas de las intervenciones, a partir de la utilización de la prueba chi-cuadrado.

Análisis de frecuencias

Factores de riesgo

Los resultados descriptivos de los factores de riesgo que se abordan en las intervenciones relacionados con la conducta suicida, se exponen en la Tabla 2. De las intervenciones analizadas el factor de riesgo asociado con la conducta suicida predominante corresponde a los trastornos de salud mental con el 72,9%, seguido por los eventos vitales con el 56,25%, en menor grado se ubican el acceso a medios letales, los problemas de salud física y el manejo de la información en los medios de comunicación.

Entre las estrategias, planes y programas analizados hay un bajo porcentaje de intervenciones que tienen en cuenta como factores de riesgo los problemas de salud física, como se observa en la Tabla 3. un porcentaje superior al 85% no tienen en cuenta en la prevención del suicidio factores asociados con la enfermedad física, sin embargo dentro del limitado abordaje de este factor se resalta que la prevención se orienta más hacia las dolencias generales tratadas en la consulta médica, con un 12,5%. (Tabla 3)

Tabla 2. Análisis de frecuencia de factores de riesgo

Factor de riesgo		Frecuencia	Porcentaje
Problemas de salud física	No	40	83,3
	Si	8	16,7
Trastornos de salud mental	No	13	27,1
	Si	35	72,9
Eventos vitales	No	21	43,75
	Si	27	56,25
Acceso a medios letales	No	39	81,25
	Si	9	18,8
Manejo de información en medios de comunicación	No	42	87,5
	Si	6	12,5
Total		48	100

Tabla 3. Factores de riesgo. Problemas de Salud Física

Problema de salud física		Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad Crónica y terminal	No	43	89,6
	Si	5	10,4
Enfermedad incapacitante	No	47	97,9
	Si	1	2,1
Dolencias generales	No	42	87,5
	Si	6	12,5
Total		48	100

Como se observa en la Tabla 4, entre los trastornos de salud mental que se trabajan en las intervenciones, la mayoría corresponde a la depresión con un 66,7%, lo que coincide con la literatura acerca de este trastorno como factor de riesgo asociado de manera directa con la conducta suicida, le siguen en orden el trastorno por abuso de sustancias con el 47,9% y por el trastorno de ansiedad con un 39,6%, en contraste un mínimo porcentaje de las intervenciones se orientan hacia el abordaje de los problemas relacionados con los trastornos de personalidad, representados por el 8,3% del total de la población analizada.

Tabla 4. Factores de riesgo. Trastornos de salud mental

Trastornos de salud mental		Frecuencia	Porcentaje
Depresión	No	16	33,3
	Si	32	66,7
Trastornos de ansiedad	No	29	60,4
	Si	19	39,6
Abuso de sustancias	No	25	52,1
	Si	23	47,9
Trastornos de la personalidad	No	44	91,7
	Si	4	8,3
Total		48	100

De las intervenciones analizadas respecto los eventos vitales, el 37,5% corresponde a los problemas de familia como factor predominante sobre el cual se propone la intervención, otros de los factores que se consideran son los intentos previos y el duelo con el 20,8% cada uno, mientras que los conflictos legales representan el factor de menor de tratamiento en la prevención del suicidio, con un 6,25%. (Tabla 5)

Tabla 5. Factores de riesgo. Eventos Vitales

Eventos Vitales		Frecuencia	Porcentaje
Intentos previos	No	38	79,2
	Si	10	20,8
Duelos	No	38	79,2
	Si	10	20,8
Separaciones	No	43	89,6
	Si	5	10,4
Problemas de pareja	No	41	85,4
	Si	7	14,6
Problemas de familia	No	30	62,5
	Si	18	37,5
Conflictos legales	No	45	93,75

Eventos Vitales	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	6,25
Total	48	100

En la Tabla 6 se puede apreciar que entre las estrategias, programas y planes estudiados, tan solo el 18,75% abordan el acceso a medios letales como factor de riesgo considerable en el diseño de intervenciones, lo que evidencia que si bien es un factor que actualmente se reconoce como determinante en la prevención del suicidio, no se aborda de una manera explícita dentro de los planteamientos preventivos a nivel mundial.

Tabla 6. Factores de riesgo. Acceso a Medios Letales

Acceso a medios letales	Frecuencia	Porcentaje
No	39	81,25
Si	9	18,75
Total	48	100

Como indica la Tabla 7, el 12,5% de las intervenciones reportan criterios adecuados respecto al manejo de la información en los medios de comunicación acerca de los casos relacionados con la conducta suicida, el porcentaje que se maneja es muy bajo, teniendo en cuenta la relevancia del contagio y la imitación que se da a través de este medio.

Tabla 7. Factores de riesgo. Manejo de la Información en los Medios de Comunicación

Reporta criterios de difusión	Frecuencia	Porcentaje
No	42	87,5
Si	6	12,5
Total	48	100

Características poblacionales

En la Tabla 8 se observa una primera variable de las características poblacionales; se observa que si bien es predominante la población de mayores de 25 años con el 39,6%, no hay una diferencia significativa con el grupo poblacional comprendido entre los 13 y 25 años con un 31,25 % que representan a la población considerada como adolescentes y adultos jóvenes en edades productivas.

Tabla 8. Características Poblacionales. Rango de edad

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
Entre 13 y 25 años	15	31,25
Mayores de 25 años	19	39,6
Población en general	14	29,2
Total	48	100

Los datos analizados en la Tabla 9 corroboran parcialmente la información reportada en la literatura acerca de que el fenómeno se presenta en diferentes grupos etareos y contextos sociales, de ahí que las intervenciones se dirijan hacia las comunidades en general, en este caso representadas por el 72,9% valor de gran significancia respecto a las otras categorías manejadas en la variable.

Tabla 9. Características Poblacionales. Tipo de Población

Tipo de población	Frecuencia	Porcentaje
Estudiantes	4	8,3
Profesionales	9	18,75
Comunidad en general	35	72,9
Total	48	100

Contexto de intervención

Respecto al contexto de intervención, predomina el contexto comunitario con el 43,75%, el 29,2% corresponde a centros médicos y hospitales y el 22,9% a centros educativos, de acuerdo con esto se observa cierta complementariedad con la población hacia la que se dirige la intervención, siendo esta de carácter comunitario. Con respecto a esto, se puede establecer que los contextos interventivos de las estrategias, programas y planes consideran su abordaje desde las políticas de salud pública que buscan actuar y beneficiar a los grupos poblacionales. (Tabla 10)

Tabla 10. Contexto de intervención

Contexto de intervención		Frecuencia	Porcentaje
Centros médicos y hospitales	No	34	70,8
	Si	14	29,2
Centros educativos	No	37	77,1
	Si	11	22,9
Contexto comunitario	No	27	56,25
	Si	21	43,75
Total		48	100

Entre las estrategias, programas y planes respecto al contexto se observa (Tabla 11) predominancia hacia la intervención en los entes gubernamentales, con un 45,8% lo que indica que las intervenciones se realizan en su mayoría en instituciones educativas, de salud, centros penitenciarios, entre otros, a diferencia de las instituciones no gubernamentales donde el porcentaje de intervenciones es mínimo, tan solo con el 4,2%.

Tabla 11. Comparación entre entes gubernamentales y no gubernamentales

Tipo de institución		Frecuencia	Porcentaje
No gubernamentales	No	46	95,8
	Si	2	4,2
Gubernamentales	No	26	54,2

	Si	22	45,8
Total		48	100

Capacitación

La capacitación se analiza desde dos variables centrales, el personal hacia el cual se dirige la capacitación y el tipo de capacitación que se realiza.

Respecto a la variable personal al que se dirige la capacitación acerca de educación frente al suicidio, identificación de factores de riesgo e intervención primaria en los casos, el análisis indica que el 87,5% de las intervenciones tienen en cuenta dicha capacitación a los distintos profesionales que de una u otra manera están relacionados con la conducta problema. Entre los profesionales a quienes más se dirige la capacitación dentro del área de salud están en primer lugar los médicos representados por el 54,2%, aspecto que según la literatura se asocia con el grupo profesional que atiende los casos en primera instancia, le sigue los psicólogos con el 45,8% y psiquiatras y enfermeras con el 29,2% cada uno. Con respecto a personal de otras instituciones, se destaca la capacitación a educadores con el 31,25%, estudiantes con un 20,8% y consejeros con un 12,5%. Entre los datos estudiados, es significativo que las intervenciones involucran a estudiantes considerándolos como personas claves en la identificación de factores de riesgo. (Ver Tabla 12)

Tabla 12. Personal al que se dirige la capacitación

Personal		Frecuencia	Porcentaje
Reporta capacitación a personal	No	6	12,5
	Si	42	87,5
Médicos	No	22	45,8
	Si	26	54,2
Enfermeras	No	34	70,8
	Si	14	29,2
Psiquiatras	No	34	70,8
	Si	14	29,2

Personal		Frecuencia	Porcentaje
Psicólogo	No	26	54,2
	Si	22	45,8
Educadores	No	33	68,75
	Si	15	31,25
Guardias presidiarios	No	45	93,75
	Si	3	6,25
Consejeros	No	42	87,5
	Si	6	12,5
Estudiantes	No	38	79,2
	Si	10	20,8
Líderes comunitarios	No	42	87,5
	Si	6	12,5
Total		48	100

Como se observa en la Tabla 13, el 47,92 % de los programas, estrategias y planes incluye en las intervenciones información relacionada con datos epidemiológicos acerca del suicidio, factores de riesgo predominantes y orientación frente a la búsqueda de ayuda, acorde con esto el 43,75% además de contemplar la información también contempla la formación de personas relacionadas con la conducta suicida, en dicha formación se busca generar y potencializar habilidades de afrontamiento y de asesoría acertada frente a este fenómeno.

Tabla 13. Tipo de capacitación

Tipo de capacitación	Frecuencia	Porcentaje
Información	23	47,92
Formación	2	4,17
Información/Formación	21	43,75
Ninguna	2	4,17
Total	48	100

Servicios de salud

Entre las variables relacionadas con los servicios de salud, se incluyen: si el documento reporta o no disponibilidad de profesionales de salud mental, el tipo de personal dispuesto para atención en salud mental, disponibilidad de servicios de salud mental, si se especifica el tipo de servicio en el documento y el tipo de servicio de salud mental que se presta.

En cuanto al reporte de profesionales, la mitad de la población de estudio es decir el 50%, reporta contar con un o más profesionales del área de salud mental encargados de la atención de los casos de conducta suicida o de los factores relacionados con esta, igualmente un 50% no especifica este tipo de información, por lo que no se puede descartar la existencia de profesionales para la atención. (Tabla 14)

Tabla 14. Acceso y oferta de servicios de salud. Reporte de profesionales

Reporte de profesionales	Frecuencia	Porcentaje
No específica	24	50,00
Si especifica	24	50,00
Total	48	100

De los profesionales reportados en los programas, estrategias y planes predominan los profesionales de medicina con un 37,5%, ya sea a nivel de instituciones como de comunidades, centrándose fundamentalmente en la atención de los problemas de la salud física, posteriormente se encuentran los profesionales de la psicología con un 35,42% y la psiquiatría con un 22,92% contemplando de esta manera, también, la atención en salud mental. Los profesionales de menor participación en las intervenciones corresponden a consejeros con un 14,58 %. (Tabla 15)

Tabla 15. Acceso y oferta de servicios de salud. Profesionales en atención de salud mental

Profesionales en salud mental		Frecuencia	Porcentaje
Médicos	No	30	62,50
	Si	18	37,50
Psiquiatras	No	37	77,08
	Si	11	22,92
Enfermeras	No	38	79,17
	Si	10	20,83
Trabajador social	No	40	83,33
	Si	8	16,67
Psicólogo	No	31	64,58
	Si	17	35,42
Consejeros	No	41	85,42
	Si	7	14,58
Total		48	100

En cuanto al acceso y oferta de servicios de salud relacionado con la asistencia en salud mental el 47,92% reporta contar con algún servicio de salud mental, de los cuales solo el 25% especifica el tipo de servicio que presta ya sea para la comunidad en general o para la población en riesgo.

Tabla 16. Acceso y oferta de servicios de salud. Asistencia en salud mental

		Frecuencia	Porcentaje
Asistencia en salud mental	No	25	52,08
	Si	23	47,92
Especifica servicios de salud mental	No	36	75,00
	Si	12	25,00
Total		48	100

Los datos referentes a servicios de salud mental reportan que un 52,08% prestan atención personalizada que comprende asesorías médicas, psicológicas,

psiquiátricas, acompañamiento a las familias y personas cercanas, entre otras; servicios relacionados con líneas telefónicas de ayuda y asistencia vía Internet, representan un muy bajo porcentaje con el 2,08% y 8,33% respectivamente. La variable de atención permanente que corresponde a la facilidad de acceso a los servicios equivale a un 29,17%, que representa un mínimo porcentaje de disponibilidad de atención para las poblaciones sobre las cuales se interviene. (Tabla 17)

Tabla 17. Acceso y oferta de servicios de salud. Servicios de salud mental

Servicios en salud mental		Frecuencia	Porcentaje
Línea telefónica de atención	No	47	97,92
	Si	1	2,08
Asistencia vía Internet	No	44	91,67
	Si	4	8,33
Atención personalizada	No	23	47,92
	Si	25	52,08
Atención permanente	No	34	70,83
	Si	14	29,17
Total		48	100

Clase de intervención

Como se observa en la Tabla 18, en las intervenciones de estudio predominan las estrategias con un 47,92%, este tipo de intervenciones establecen metas concretas dependiendo tanto de las características de la población como del contexto de intervención. Los programas corresponden al 31,25% que establecen un conjunto de acciones específicas ordenadas temporalmente involucrando a diferentes actores sociales y designando responsabilidades específicas. La población menos representativa en este análisis corresponde a planes con un 20,83%, entendidos como el conjunto de disposiciones macro que guían y orientan diversas intervenciones.

Tabla 18. Clase de Intervención

Clase de intervención	Frecuencia	Porcentaje
Estrategia	23	47,92
Programa	15	31,25
Plan	10	20,83
Total	48	100

Modelos predominantes

El 41,67% corresponde al modelo interdisciplinar, las intervenciones están dirigidas desde diferentes perspectivas disciplinares donde se busca la integralidad del conocimiento con el fin de lograr efectividad en los procedimientos de intervención, aspecto acorde con los postulados de la salud pública que como campo de acción se convierte en un espacio para la participación de múltiples disciplinas. El 33,33% de las intervenciones trabaja bajo una sola disciplina, si bien es cierto aporta en la comprensión del fenómeno y su posible solución, esta condición puede limitar los alcances de la intervención haciendo necesaria la integración de diferentes áreas dada la complejidad de la problemática. El modelo multidisciplinar está representado por el 25% lo que señala que la aproximación a la conducta suicida también se viene desarrollando desde aportes diferenciados desde las distintas áreas comprometidas con la problemática. (Tabla 19)

Tabla 19. Modelos predominantes. Modelos teóricos aplicados en la intervención

Modelo Teórico	Frecuencia	Porcentaje
Disciplinar	16	33,33
Multidisciplinar	12	25,00
Interdisciplinar	20	41,67
Total	48	100

En cuanto a la metodología de investigación, en la Tabla 20 se puede observar que predomina la metodología cualitativa con el 39,58%, la metodología mixta

presenta un porcentaje de 37,50% no muy diferente al expresado en la metodología cualitativa lo que indica que en las intervenciones se vienen trabajando con procedimientos de recolección, análisis e interpretación de la información que pretenden abarcar de forma objetiva aspectos tanto subjetivos como objetivos de la conducta de los individuos. La metodología cuantitativa representa un 22,92% del total de la población analizada.

Tabla 20. Modelos predominantes. Metodologías de investigación

Metodología de investigación	Frecuencia	Porcentaje
Cuantitativa	11	22,92
Cualitativa	19	39,58
Mixta	18	37,50
Total	48	100

Respecto a las disciplinas que han participado en el diseño de los planes, programas y estrategias de intervención el 68,75% corresponde a la psicología, lo que indica la preocupación e interés de esta disciplina por estudiar y generar alternativas de solución, debido al aumento en los índices de casos, otra de las disciplinas participantes con un alto porcentaje es la psiquiatría con un 45,83% cuyo fin es garantizar la salud mental, principio que comparte con la psicología. Los datos, permiten además observar un incremento en la integración de otras disciplinas como la medicina y la epidemiología. Los casos de menor intervención en este sentido son: trabajo social, sociología, docencia, y comunicación social. (Tabla 21)

Tabla 21. Modelos predominantes. Disciplinas

Disciplinas		Frecuencia	Porcentaje
Medicina	No	28	58,33
	Si	20	41,67
Psicología	No	15	31,25

	Si	33	68,75
	No	26	54,17
Psiquiatría	Si	22	45,83
	No	38	79,17
Epidemiología	Si	10	20,83
	No	43	89,58
Trabajo social	Si	5	10,42
	No	45	93,75
Comunicación social	Si	3	6,25
	No	45	93,75
Docencia	Si	3	6,25
	No	45	93,75
Sociología	Si	3	6,25
Total		48	100

Resultados, Conclusiones y Recomendaciones

De las intervenciones analizadas, el 70,8% reporta resultados de los cuales la mayoría corresponden a gestión por acciones realizadas, con un 70,83% donde se especifica las actividades que se realizaron en la intervención dependiendo de los objetivos propuestos, el 12,50% reporta la percepción que tuvieron las personas consideradas como población en riesgo. Los resultados que menos se reportaron se relacionan con la percepción de las personas relacionadas con la población en riesgo, como por ejemplo la familia, el personal médico, pares, entre otros. (Tabla 22)

Tabla 22. Análisis de resultados

Resultados		Frecuencia	Porcentaje
Exposición de resultados	No	14	29,17
	Si	34	70,83
Gestión por acciones realizadas	No	14	29,17
	Si	34	70,83
Desde la percepción de profesionales	No	44	91,67
	Si	4	8,33

Desde la percepción de la población en riesgo	No	42	87,50
	Si	6	12,50
Percepción de personas relacionadas con la población en riesgo	No	46	95,83
	Si	2	4,17
Total		48	100

En cuanto a las conclusiones, los porcentajes indican que estas están dirigidas más hacia la investigación con un 43,75%, evidenciándose una mayor tendencia al reporte de los productos académicos, metodológicos o de otro tipo por parte de los profesionales que intervienen. Sin embargo, es importante señalar que un 29,17% no especifica el tipo de conclusiones, lo que limita el análisis de esta categoría. El 14,58% corresponden a las conclusiones respecto a la intervención, que de acuerdo a lo encontrado proponen parámetros útiles de intervención. (Tabla 23)

Tabla 23. Tipo de conclusiones

Tipo de conclusiones	Frecuencia	Porcentaje
Investigación	21	43,75
Intervención	7	14,58
Investigación/Intervención	6	12,50
Ninguna	14	29,17
Total	48	100

El análisis arroja que 85,42% de las intervenciones reportan recomendaciones, tanto de intervención como de investigación, factor importante en el diseño de futuras intervenciones, teniendo en cuenta que estas surgen de los puntos que se dejan de abordar o que se considera necesitan profundización para garantizar la efectividad de las intervenciones. (Tabla 24)

Tabla 24. Reporte de recomendaciones

Reporta recomendaciones	Frecuencia	Porcentaje
No	7	14,58

Si	41	85,42
Total	48	100,00

El 70,83% de las recomendaciones se dirigen hacia la intervención, que proponen lineamientos de participación para intervenir en la problemática, que además de dirigirse a profesionales también involucra a personas claves, que pueden abordar la conducta suicida de una manera adecuada, desde la identificación de factores de riesgo hasta la atención primaria de casos. En contraste, las recomendaciones frente a la investigación de la temática, representa un bajo porcentaje con el 6,25%. (Tabla 25)

Tabla 25. Tipo de recomendaciones

Tipo de recomendaciones	Frecuencia	Porcentaje
Investigación	3	6,25
Intervención	34	70,83
Investigación/Intervención	4	8,33
Ninguna	7	14,58
Total	48	100

Sistema ecológico

En la Tabla 26 se puede observar que el 41,7 % de los planes, programas y estrategias analizadas dirigen las intervenciones enmarcadas desde el mesosistema, lo que indica que en la mayoría de estas se tienen en cuenta las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa, por ejemplo el núcleo familiar y contextos como el educativo, o la consulta médica, entre otros. Mientras que un bajo porcentaje de las intervenciones abordan varios sistemas, equivalente al 6,29%, lo que indica que las intervenciones no abordan la prevención desde la integralidad de los sistemas del modelo, prefiriendo un abordaje particular desde sistemas específicos.

Tabla 26. Sistema ecológico

Sistema ecológico	Frecuencia	Porcentaje
Microsistema	4	8,3
Mesosistema	20	41,7
Exosistema	15	31,25
Macrosistema	6	12,5
Varios sistemas	3	6,25
Total	48	100

Modelo de prevención

Respecto al tipo de prevención, el 66,67% corresponde a la prevención general que incluye medidas de apoyo social, psicológico, institucional para manejar de manera adecuada los eventos vitales que resultan traumáticos para las personas, le sigue la prevención indirecta con un 27,08% cuyo propósito es tratar trastornos mentales y del comportamiento, así como enfermedades físicas, situaciones de crisis, entre otras, el 6,25% de las intervenciones se orientan desde la prevención directa, donde se busca poner en práctica soluciones no autodestructivas para detener el proceso suicida. (Tabla 27)

Tabla 27. Tipo de prevención

Tipo de prevención	Frecuencia	Porcentaje
General	32	66,67
Directa	3	6,25
Indirecta	13	27,08
Total	48	100

Conducta suicida

De las intervenciones analizadas el 81,3% están dirigidas hacia la prevención del intento suicida, lo que indica que a nivel mundial este tipo de conducta es un

factor importante a considerar dentro de la prevención. La ideación suicida así como el suicidio consumado, constituyen el 58,3% y el 54,2% respectivamente, si bien representa un porcentaje más bajo en la orientación de la intervención, no constituye una diferencia significativa en términos porcentuales en el abordaje de los tipos de conducta. (Tabla 28)

Tabla 28. Tipo de conducta suicida

Conducta suicida		Frecuencia	Porcentaje
Específica conducta suicida	No	5	10,4
	Si	43	89,6
Ideación suicida	No	15	31,3
	Si	28	58,3
	No específica	5	10,4
Intento suicida	No	4	8,3
	Si	39	81,3
	No específica	5	10,4
Suicidio consumado	No	17	35,4
	Si	26	54,2
	No específica	5	10,4
	Total	48	100

Análisis de cruce de variables de estudio

En esta sección se presenta el análisis descriptivo inferencial bivariado, a partir de la prueba chi-cuadrado, con el fin de identificar tendencias sin pretender establecer relaciones causales.

Sistema ecológico y Clase de intervención

La mayoría de las estrategias analizadas se enmarcan dentro del mesosistema, con un 65%, mientras que los programas consideran el abordaje de la prevención del suicidio desde varios sistemas, con un 66, 7% y finalmente los planes abordan principalmente la prevención desde el exosistema y el macrosistema, con un 33, 3% cada uno. La tendencia porcentual indica que de acuerdo a la clase de intervención no

existe una especificidad de abordaje frente a uno de los sistemas del modelo ecológico, presentándose una variedad en los contextos de intervención (Tabla 29). La prueba del chi-cuadrado no muestra una diferencia significativa ($p > 0,005$) en la orientación en la relación entre clase de intervención y los sistemas del modelo ecológico.

Tabla 29. Clase de intervención – Sistema ecológico

Clase de intervención	Sistema ecológico (SE)					Total	
	Microsistema	Mesosistema	Exosistema	Macrosistema	Varios sistemas		
Estrategia	f	1	13	6	2	1	23
	% SE	25	65	40	33,3	33,3	47,9
Programa	f	2	5	4	2	2	15
	% SE	50	25	26,7	33,3	66,7	31,25
Plan	f	1	2	5	2	0	10
	% SE	25	10	33,3	33,3	0,0	20,8
Total	f	4	20	15	6	3	48
	% SE	100	100	100	100	100	100

Notas: f= Frecuencias. Chi-cuadrado de Pearson tiene un valor de 7,626, grado de libertad de 8 y p- valor de 0,471.

Sistema ecológico y conducta suicida

Al cruzar sistema ecológico e ideación suicida (Tabla 30), se puede observar que en las intervenciones que trabajan ideación suicida predomina la orientación desde los marcos del exosistema y el mesosistema, correspondiente al 32,14% cada uno. En cuanto al microsistema y al macrosistema se presenta un 14,29%, y tan solo el 7,14% de las intervenciones trabajan con varios sistemas. Los datos evidencian que hay una mayor tendencia a dirigir la prevención en ideación suicida hacia los entornos en que las personas participan activamente como, por ejemplo, la familia, el contexto escolar, la comunidad, etc. y en aquellos en que no esta directamente incluida pero que de una u otra manera actúan sobre el individuo, por ejemplo, el sistema de salud con la atención primaria, la información que se trabaja en los medios

de comunicación, entre otros. Este análisis también indica, que si bien el individuo es fundamental en el diseño de estrategias de prevención de suicidio, existe un esfuerzo por orientar las intervenciones hacia grupos, lo que es coherente con la misión de la salud pública que prioriza en los intereses y necesidades poblacionales. De acuerdo con la prueba de chi-cuadrado, el p-valor (0,65) no son significativas las diferencias.

Tabla 30. Sistema ecológico e ideación suicida

Sistema ecológico	Ideación suicida (IdS)			Total	
	No	Si	No específica		
Microsistema	f	0	4	0	4
	% IdS	0,00	14,29	0,00	8,33
Mesosistema	f	9	9	2	20
	% IdS	60,00	32,14	40,00	41,67
Exosistema	f	4	9	2	15
	% IdS	26,67	32,14	40,00	31,25
Macrosistema	f	1	4	1	6
	% IdS	6,67	14,29	20,00	12,50
Varios sistemas	f	1	2	0	3
	% IdS	6,67	7,14	0,00	6,25
Total	f	15	28	5	48
	% IdS	100	100	100	100

Notas: f= Frecuencias. Chi -cuadrado de Pearson con valor de 5,97, gl de 8 y p-valor de 0,65

En cuanto al intento suicida se puede observar que existe una mayor tendencia hacia el mesosistema con un porcentaje de 38,46%, seguido del exosistema con un 30,77%, al igual que en la ideación se trabajan los planes, programas y estrategias de intervención teniendo en cuenta ambientes más cercanos que pueden afectar a los individuos o grupos directa o indirectamente. En cuanto al microsistema y al macrosistema, podría inferirse que las aproximaciones tanto al individuo como a las políticas globales y marcos culturales no son representativas en las intervenciones analizadas. La prueba del chi-cuadrado no muestra datos significativos (p-valor de

0,88) que permitan establecer la relación directa entre intento suicida y sistema ecológico. (Tabla 31)

Tabla 31. Sistema ecológico e Intento suicida

Sistema ecológico	Intento suicida (ItS)			Total	
	No	Si	No específica		
Microsistema	f	0	4	0	4
	% ItS	0,00	10,26	0,00	8,33
Mesosistema	f	3	15	2	20
	% ItS	75,00	38,46	40,00	41,67
Exosistema	f	1	12	2	15
	% ItS	25,00	30,77	40,00	31,25
Macrosistema	f	0	5	1	6
	% ItS	0,00	12,82	20,00	12,50
Varios sistemas	f	0	3	0	3
	% ItS	0,00	7,69	0,00	6,25
Total	f	4	39	5	48
	% ItS	100	100	100	100

Notas: f= Frecuencias. Prueba Chi-cuadrado de Pearson valor de 3,69, gl 8 y p-valor de 0,88

Respecto a las intervenciones que abordan la prevención del acto suicida (Tabla 32), el 50% enfatizan en el mesosistema, le sigue el exosistema con un 23,08 %, en menor porcentaje se encuentra el nivel del macrosistema con el 19,23 %, se destaca que la integración de varios sistemas y del microsistema representa un mínimo del total de las intervenciones de prevención del acto suicida analizadas, con el 3,85 % respectivamente. No existe una diferencia significativa en la relación entre sistema ecológico y suicidio consumado de acuerdo a los datos proporcionados por la prueba chi-cuadrado (p- valor de 0,28).

Tabla 32. Sistema ecológico y suicidio consumado

Sistema ecológico	Suicidio consumado (S)			Total	
	No	Si	No específica		
Microsistema	f	3	1	0	4
	% S	17,65	3,85	0,00	8,33
Mesosistema	f	5	13	2	20
	% S	29,41	50,00	40,00	41,67
Exosistema	f	7	6	2	15
	% S	41,18	23,08	40,00	31,25
Macrosistema	f	0	5	1	6
	% S	0,00	19,23	20,00	12,50
Varios sistemas	f	2	1	0	3
	% S	11,76	3,85	0,00	6,25
Total	f	17	26	5	48
	% S	100	100	100	100

Notas: f= Frecuencias. Prueba Chi-cuadrado de Pearson valor de 9,75, gl 8 y p-valor de 0,28

Edad y conducta suicida

En cuanto a la variables ideación suicida y rango de edad (Tabla 33), el 50% de las intervenciones que trabajan la ideación suicida se dirigen a la población comprendida por personas mayores de 25 años, el 39,29% comprenden el intervalo de edad entre los 13 y 25 años, población que representa a los adolescentes y adultos jóvenes, el 10,71% se dirigen hacia la población en general, representando el más bajo porcentaje de intervención. Se evidencia una diferencia de significancia para las variables ideación suicida y rango de edad, con p-valor de 0,01 en la prueba chi-cuadrado, y un coeficiente de contingencia de 0,46 respecto a 1, que indica un grado de asociación aceptable entre las variables expuestas.

Tabla 33. Rango de edad e ideación suicida

Rango de edad	Ideación suicida (IdS)			Total	
	No	Si	No específica		
Entre 13 y 25 años	f	2	11	2	15
	% IdS	13,33	39,29	40,00	31,25
Mayores de 25 años	f	5	14	0	19
	% IdS	33,33	50,00	0,00	39,58
Población en general	f	8	3	3	14
	% IdS	53,33	10,71	60,00	29,17
Total	f	15	28	5	48
	% IdS	100	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba Chi-cuadrado de Pearson valor de 13,04, gl 4 y p-valor de 0,01; coeficiente de contingencia de 0,46.

Tabla 34. Rango de edad e intento suicida

Rango de edad	Intento suicida (ItS)			Total	
	No	Si	No específica		
Entre 13 y 25 años	f	1	12	2	15,00
	% ItS	25,00	30,77	40,00	31,25
Mayores de 25 años	f	1	18	0	19,00
	% ItS	25,00	46,15	0,00	39,58
Población en general	f	2	9	3	14,00
	% ItS	50,00	23,08	60,00	29,17
Total	f	4	39	5	48
	% ItS	100	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba Chi-cuadrado de Pearson valor de 5,52, gl 4 y p-valor de 0,24.

De acuerdo a las variables correspondientes a intento suicida y rango de edad (Tabla 34) se evidencia que 46,15 % de los planes, programas y estrategias esta orientada hacia la población de personas mayores de 25 años, seguida del grupo comprendido por adolescentes y adultos jóvenes de edad entre los 13 y 25 años con el 30,77 % y la población en general con el 23,08 %. La prueba chi-cuadrado indica que

el p-valor (0,24) no muestra un valor significativo en la incidencia de las variables de estudio.

Tabla 35. Rango de edad y suicidio consumado

Rango de edad		Suicidio consumado (S)			Total
		No	Si	No especifica	
Entre 13 y 25 años	f	5	8	2	15
	% S	29,41	30,77	40,00	31,25
Mayores de 25 años	f	4	15	0	19
	% S	23,53	57,69	0,00	39,58
Población en general	f	8	3	3	14
	% S	47,06	11,54	60,00	29,17
Total	f	17	26	5	48
	% S	100	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba Chi-cuadrado de Pearson valor de 11,65, gl 4 y p-valor de 0,02; coeficiente de contingencia de 0,44.

Se evidencia para las variables rango de edad y suicidio consumado (Tabla 35), que el 57,69 % de las intervenciones que abordan el acto suicida se enfocan hacia el grupo etareo de mayores de 25 años, seguido del grupo con intervalo de edad entre los 13 y 25 años con un 30,77 %, por último se ubica la intervención dirigida hacia la población e general con el 11,54 %. La prueba de chi-cuadrado indica que existe un nivel de significancia p-valor de 0,02, de igual manera el coeficiente de contingencia muestra un nivel de asociación entre variables de 0,44.

Edad y factores de riesgo

En el análisis de frecuencia de la variable factores de riesgo, se evidencia la predominancia de los trastornos de salud mental (Tabla 2), aspecto que guía el cruce de las variables rango de edad y trastornos de salud mental, en el que se consideran aquellos trastornos cuyos datos resulten relevantes para el estudio.

En cuanto a las variables rango de edad y depresión (Tabla 36), como el trastorno de salud mental más frecuente, se evidencia que las intervenciones de prevención en depresión asociadas a riesgo suicida se dirigen más hacia la población conformada por personas mayores de 25 años con un porcentaje de 46,88 %, seguida de la población que se encuentra entre los 13 y 25 años y la población en general con el 28,13 % y 25 % respectivamente. Sin embargo, la prueba de chi-cuadrado (p-valor de 0,34) no indica una relación significativa en cuanto a las variables rango de edad y depresión.

Tabla 36. Rango de edad y Depresión

Rango de edad		Depresión (D)		Total
		No	Si	
Entre 13 y 25 años	f	6	9	15
	% D	37,50	28,13	31,25
Mayores de 25 años	f	4	15	19
	% D	25,00	46,88	39,58
Población en general	f	6	8	14
	% D	37,50	25,00	29,17
Total	f	16	32	48
	% D	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 2,16; gl de 2 y p-valor de 0,34

Tabla 37. Rango de edad y trastornos de ansiedad

Rango de edad		Trastornos de ansiedad (TA)		Total
		No	Si	
Entre 13 y 25 años	f	11	4	15
	% TA	37,93	21,05	31,25
Mayores de 25 años	f	9	10	19
	% TA	31,03	52,63	39,58
Población en general	f	9	5	14
	% TA	31,03	26,32	29,17

Total	f	29	19	48
	% TA	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 2,49; gl de 2 y p-valor 0,29

Respecto a los planes, programas y estrategias que abordan ansiedad (Tabla 37) el 52,63 % están dirigidos a la población de mayores de 25 años, el 26,32 % a la población en general y el 21,05 % a los grupos etareos del intervalo entre los 13 y 25 años. La prueba de chi-cuadrado no arroja datos de significancia entre las variables estudiadas (p-valor 0,29), ya que el valor de su p- es superior al 0,05. (Tabla 37)

Al igual que en las variables anteriores asociadas con trastornos de salud mental, las intervenciones que trabajan con el abuso de sustancias psicoactivas, como el segundo trastorno abordado en las intervenciones según la Tabla 4, en su mayoría se dirigen hacia la población de mayores de 25 años con un 43,48 %, el 30,43 % se orientan hacia la intervención en el grupo de edad comprendido entre los 13 y 25 años y el 26,09 % a la población e general. Sin embargo, la prueba chi-cuadrado no indica una asociación significativa entre variables de estudio, ya que el p-valor es de 0,85 superior al mínimo necesario. (Tabla 38)

Tabla 38. Rango de edad y abuso de sustancias

Rango de edad		Abuso de sustancias (AS)		Total
		No	Si	
Entre 13 y 25 años	f	8	7	15
	% AS	32,00	30,43	31,25
Mayores de 25 años	f	9,	10	19
	% AS	36,00	43,48	39,58
Población en general	f	8	6	14
	% AS	32,00	26,09	29,17
Total	f	25	23	48
	% AS	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 0,32; gl de 2 y p-valor 0,85

Modelo de prevención y conducta suicida

Según los datos analizados, el 67,87 % de la mayoría de las estrategias, planes y programas que abordan la ideación suicida están dirigidos desde la prevención general, el 28,57 % desde la prevención indirecta y el 3,57 % desde la prevención directa. La prueba chi-cuadrado de Pearson no evidencia una asociación de significancia entre las variables de análisis, ya que el p -valor equivale a 0,54.

Tabla 39. Tipo de prevención e ideación suicida

Tipo de prevención		Ideación suicida (IdS)			Total
		No	Si	No específica	
General	f	11	19	2	32
	% IdS	73,33	67,86	40,00	66,67
Directa	f	1	1	1	3
	% IdS	6,67	3,57	20,00	6,25
Indirecta	f	3	8	2	13
	% IdS	20,00	28,57	40,00	27,08
Total	f	15	28	5	48
	% IdS	100	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 3,09; gl de 4 y p -valor 0,54

De las intervenciones que se enfocan en la prevención del intento suicida (Tabla 40) el 69,23 % lo hace desde los lineamientos de la prevención general, seguida de la prevención indirecta con el 25,64 % y finalmente la prevención directa con el 5,13 % que representa la tendencia mínima porcentual. Una vez más, la prueba de chi-cuadrado no evidencia una relación de significancia (p -valor de 0,59) entre las variables de análisis.

Tabla 40. Tipo de prevención e intento suicida

Tipo de prevención		Intento suicida (ItS)			Total
		No	Si	No específica	
General	f	3	27	2	32
	% ItS	75,00	69,23	40,00	66,67

Directa	f	0	2	1	3
	% ItS	0,00	5,13	20,00	6,25
Indirecta	f	1	10	2	13
	% ItS	25,00	25,64	40,00	27,08
Total	f	4	39	5	48
	% ItS	100	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 2,80; gl 4 y p-valor 0,59

El 69,23 % de las estrategias, planes y programas que se dirigen hacia la prevención del acto suicida actúan desde la prevención general, el 26,29 % se orientan desde la prevención indirecta y le siguen con el más bajo índice porcentual la prevención directa con el 3,85 %. La prueba chi-cuadrado no indica una asociación de significancia entre las variables de estudio, donde el p-valor es equivalente a 0,60 superior al mínimo esperado. (Tabla 41)

Tabla 41. Tipo de prevención y suicidio consumado

Tipo de prevención		Suicidio consumado (S)			Total
		No	Si	No específica	
General	f	12	18	2	32
	% S	70,59	69,23	40,00	66,67
Directa	f	1	1	1	3
	% S	5,88	3,85	20,00	6,25
Indirecta	f	4	7	2	13
	% S	23,53	26,92	40,00	27,08
Total	f	17	26	5	48
	% S	100	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 2,74; gl 4 y p-valor 0,60

Del análisis anterior es posible inferir que los lineamientos de la prevención general son en su mayoría los que se contemplan en la prevención de cualquier aspecto de la conducta suicida, ya sea en ideación, intento o acto suicida, es decir, que se contemplan medidas de apoyo psicológico, social o institucional orientados

fundamentalmente al manejo de eventos vitales psicotraumáticos con el fin de atenuar los daños ocasionados por estos.

Tipo y persona al que se dirige la capacitación

La capacitación dirigida a médicos en los planes, programas y estrategias de intervención se hace principalmente desde las tácticas informativas acerca de la educación frente al suicidio, la identificación de factores de riesgo y remisión a especialistas, con un 46,15 %, seguido por las tácticas que combinan la información con la formación donde además se brindan pautas para la intervención primaria, y con un menor porcentaje se ubica la formación con el 7,69 %. Sin embargo, la prueba chi-cuadrado indica que no existe una relación significativa entre las variables, de acuerdo al p -valor equivalente a 0,62. (Tabla 42)

Tabla 42. Tipo de capacitación y Personal al que se dirige la capacitación- Médicos.

Tipo de capacitación		Médicos (M)		Total
		No	Si	
Información	f	11	12	23
	% M	50,00	46,15	47,92
Formación	f	0	2	2
	% M	0,00	7,69	4,17
Información/Formación	f	10	11	21
	% M	45,45	42,31	43,75
Ninguna	f	1	1	2
	% M	4,55	3,85	4,17
Total	f	22	26	48
	% M	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 1,77; gl 3 y p-valor 0,62

Los planes, programas y estrategias de intervención que dirigen la capacitación a psicólogos tienen en cuenta métodos tanto de información como de formación, con un 54,55 %; en donde se observa la necesidad de integrar estos

aspectos en pro de la generación de alternativas de solución eficaces, le sigue la información con un 36,36 % y en un muy bajo porcentaje se ubica la formación frente a los factores asociados a suicidio con el 9,09 %. La prueba de chi-cuadrado no evidencia una asociación significativa entre las variables analizadas, puesto que el p-valor es igual a 0,10. (Tabla 43)

Tabla 43. Tipo de capacitación y personal al que se dirige la capacitación- Psicólogos.

Tipo de capacitación		Psicólogos (P)		Total
		No	Si	No
Información	f	15	8	23
	% P	57,69	36,36	47,92
Formación	f	0	2	2
	% P	0,00	9,09	4,17
Información/Formación	f	9	12	21
	% P	34,62	54,55	43,75
Ninguna	f	2	0	2
	% P	7,69	0,00	4,17
Total	f	26	22	48
	% P	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 6,27; gl 3 y p-valor 0,10

En cuanto a la capacitación dirigida a psiquiatras (Tabla 44), el 64,29 % integran tanto la información como la formación de estos profesionales en la prevención de conductas suicidas, el 28,57 % se limitan a la información y tan solo el 7,14 % se dirigen hacia la formación como método preventivo. Sin embargo, los datos p-valor (0,20) de la prueba chi-cuadrado evidencian que no existe una relación significativa entre las variables analizadas.

Tabla 44. Tipo de capacitación y personal al que se dirige la capacitación-
Psiquiatras.

Tipo de capacitación		Psiquiatras (P)		Total
		No	Si	No
Información	f	19	4	23
	% P	55,88	28,57	47,92
Formación	f	1	1	2
	% P	2,94	7,14	4,17
Información/Formación	f	12	9	21
	% P	35,29	64,29	43,75
Ninguna	f	2	0	2
	% P	5,88	0,00	4,17
Total	f	34	14	48
	% P	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 4,69; gl 3 y p-valor 0,20

Respecto a las variables de tipo de capacitación y estudiantes se evidencia que el 60 % de las intervenciones incluyen tanto la información como la formación, factor recurrente en los profesionales analizados anteriormente, a continuación se ubica el nivel de información con el 30 % y finalmente se ubica la formación con el 10% que representa el porcentaje mínimo en la Tabla 45. El chi-cuadrado no encontró asociación significativa entre estas dos variable ($p= 0,37$).

Tabla 45. Tipo de capacitación y personal al que se dirige la capacitación-
Estudiantes.

Tipo de capacitación		Estudiantes (E)		Total
		No	Si	No
Información	f	20	3	23
	% E	52,63	30,00	47,92
Formación	f	1	1	2
	% E	2,63	10,00	4,17
Información/Formación	f	15	6	21
	% E	39,47	60,00	43,75

Ninguna	f	2	0	2
	% E	5,26	0,00	4,17
Total	f	38	10	48
	% E	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 3,17; gl 3 y p-valor 0,37

Modelo de prevención y factores de riesgo

Se analiza el modelo de prevención que asumen los planes, programas o estrategias con los factores de riesgo: problemas de salud física, trastornos de salud mental, eventos vitales, acceso a medios letales y manejo de información medios de comunicación.

Entre los factores de riesgo que implican los problemas de salud física abordados desde las intervenciones (Tabla 46), el 50 % corresponden al tipo de prevención general y el otro 50 % pertenecen a la prevención indirecta. La prevención directa no esta representada por ningún porcentaje, lo que evidencia que en este caso no se considera la intervención desde sus lineamientos. La prueba de chi-cuadrado arroja que no existe una relación significativa entre las variables consideradas, basándose en el p-valor equivalente a 0,24.

Tabla 46. Tipo de prevención y factores de riesgo – Problemas de salud física

Tipo de prevención	Problemas de Salud Física	No	Si	Total
General	f	28	4	32
	% PSF	70,00	50,00	66,67
Directa	f	3	0	3,00
	% PSF	7,50	0,00	6,25
Indirecta	f	9	4	13,00
	% PSF	22,50	50,00	27,08
Total	f	40	8	48
	% PSF	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 2,86; gl 2 y p-valor 0,24

En cuanto al diseño de intervenciones dirigidas a los trastornos de salud mental (Tabla 47), el 71,43 % corresponden a la prevención general, seguida por la prevención indirecta con un 28,57 %, se destaca que no se encuentra ningún abordaje desde la prevención directa. La prueba de chi-cuadrado muestra un p-valor igual a 0,01 lo que indica que existe relación entre las variables de estudio, además el coeficiente de contingencia que señala que el grado de la asociación es de 0,39.

Tabla 47. Tipo de prevención y factores de riesgo – Trastornos de salud mental

Tipo de prevención	Trastornos de Salud Mental	No	Si	Total
General	f	7	25	32
	% TSM	53,85	71,43	66,67
Directa	f	3	0	3
	% TSM	23,08	0,00	6,25
Indirecta	f	3	10	13
	% TSM	23,08	28,57	27,08
Total	f	13	35	48
	% TSM	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 8,62; gl 2 y p-valor 0,01; coeficiente de contingencia de 0,39

El 62,96 % de las estrategias, planes y programas abordan la intervención sobre eventos vitales desde la prevención general, el 25,93 % desde la prevención indirecta y el mínimo del porcentaje 11,11 % corresponde a la prevención directa. La prueba de chi-cuadrado no muestra ninguna asociación significativa entre el tipo de prevención y los eventos vitales (p=valor 0,29). (Tabla 48)

Tabla 48. Tipo de prevención y factores de riesgo – Eventos vitales

Tipo de prevención	Eventos Vitales	No	Si	Total
General	f	15	17	32
	% EV	71,43	62,96	66,67
Directa	f	0	3	3
	% EV	0,00	11,11	6,25

Indirecta	f	6	7	13
	% EV	28,57	25,93	27,08
Total	f	21	27	48
	% EV	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 2,49; gl 2 y p-valor 0,29

Respecto a las intervenciones que trabajan con el factor de riesgo acceso a medios letales el 77,78 % consideraron la prevención general, mientras que 22,22 % la prevención indirecta y ninguna intervención se abordó desde la prevención directa. Los datos evidenciados por la prueba de chi-cuadrado no muestran significancia entre estas dos variables, debido a que el p-valor (0,61) supera el límite esperado. (Tabla 49)

Tabla 49. Tipo de prevención y factores de riesgo – Acceso a medios letales

Tipo de prevención	Acceso a Medios Letales	No	Si	Total
General	f	25	7	32
	% AML	64,10	77,78	66,67
Directa	f	3	0	3
	% AML	7,69	0,00	6,25
Indirecta	f	11	2	13,00
	% AML	28,21	22,22	27,08
Total	f	39	9	48
	% AML	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 0,99; gl 2 y p-valor 0,61

En cuanto a las variables tipo de prevención y manejo de la información en los medios de comunicación (Tabla 50), el 83,33 % de las intervenciones corresponden a la prevención general, y el 16,67 % a la prevención directa, igual que en la Tabla anterior la prevención indirecta no está considerada. La prueba de chi-cuadrado indica que no existe una relación de significancia entre las variables de estudio, debido al valor superior de p-valor (0,19).

Tabla 50. Tipo de prevención y factores de riesgo – Manejo de información en medios de comunicación

Tipo de prevención	Manejo de la información en los Medios de Comunicación	No	Si	Total
		f	27	5
General	% MIM	64,29	83,33	66,67
	f	2	1	3
Directa	% MIM	4,76	16,67	6,25
	f	13	0	13
Indirecta	% MIM	30,95	0,00	27,08
	f	42	6	48
Total	% MIM	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 3,33; gl 2 y p-valor 0,19

Aspectos teóricos y metodológicos

En los modelos disciplinares como lo muestra la Tabla 51, hay una predominancia hacia la investigación cuantitativa con un porcentaje del 72,73 %, seguida de la metodología cualitativa con el 36,84 %. En el modelo multidisciplinar se destaca la metodología de investigación mixta con un 38,89 %, le sigue la metodología cuantitativa con el 18,18 %. Finalmente el modelo interdisciplinar también emplea prioritariamente la metodología mixta con el 55,56 %, seguida de la cualitativa con el 47,37 %. Se evidencia que el p-valor de la relación entre variables es significativo (p=valor 0,00), el coeficiente de contingencia equivale a 0,49.

Tabla 51. Modelo Teórico y metodología de investigación

Modelo Teórico		Metodología de investigación			Total
		Cuantitativa	Cualitativa	Mixta	
Disciplinar	f	8	7	1	16,00
	% MI	72,73	36,84	5,56	33,33
Multidisciplinar	f	2	3	7	12
	% MI	18,18	15,79	38,89	25,00

Interdisciplinar	f	1	9	10	20
	% MI	9,09	47,37	55,56	41,67
Total	f	11	19	18	48
	% MI	100	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 15,38; gl 4 y p-valor 0,00; coeficiente de contingencia de 0,49

Tipo de intervención y modelo de prevención

En cuanto a las intervenciones que están orientadas desde la prevención general el 40,63 % corresponden a estrategias de intervención, el 31,25 % a programas y el 28,13 % a planes de prevención. Las intervenciones orientadas desde la prevención directa en su totalidad son estrategias preventivas de la conducta suicida y de las intervenciones dirigidas desde la prevención indirecta el 53,85 % corresponden a estrategias, mientras que el 38,46 % a programas y el 7,69 % planes. La prueba chi-cuadrado otorga un p- valor de 0,21 indicando que no existe una asociación directa entre estas variables. (Tabla 52)

Tabla 52. Clase de intervención y Tipo de prevención

Clase de intervención		Tipo de prevención			Total
		General	Directa	Indirecta	
Estrategia	f	13	3	7	23
	% TP	40,63	100,00	53,85	47,92
Programa	f	10	0	5	15
	% TP	31,25	0,00	38,46	31,25
Plan	f	9	0	1	10
	% TP	28,13	0,00	7,69	20,83
Total	f	32	3	13	48
	% TP	100	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 5,82; gl 4 y p-valor 0,21

Tipo de intervención y tipo de conclusiones

En las variables relacionadas con tipo de conclusiones y clase de intervención (Tabla 53), se observa que el 61,90 % de las conclusiones reportadas respecto a la investigación se ubican en las estrategias, el 33,33 % en los programas y el 4,76 % en los planes. De las conclusiones respecto a la intervención, se observa que la mayoría se encuentran en los programas con el 57,14 %, seguida de las estrategias con el 28,57 % y los planes con el 14,29 %. Y lo correspondiente a las conclusiones mixtas, que implican tanto la investigación como la intervención, el 50 % corresponden a estrategias y el otro 50% a programas. En las variables tipo de conclusión y clases de intervención se obtuvo que el p-valor de las intervenciones es significativo (p-valor 0,003, g.l. 6 y coeficiente de contingencia de 0,53)

Tabla 53. Clase de intervención y Tipo de conclusiones

Clase de intervención		Tipo de conclusiones (TC)				Total
		Investigación	Intervención	Inv/Inter	Ninguna	
Estrategia	f	13	2	3	5	23
	% TC	61,90	28,57	50,00	35,71	47,92
Programa	f	7	4	3	1	15
	% TC	33,33	57,14	50,00	7,14	31,25
Plan	f	1	1	0	8	10
	% TC	4,76	14,29	0,00	57,14	20,83
Total	f	21	7	6	14	48
	% TC	100	100	100	100	100

Notas: f= Frecuencia. Prueba chi-cuadrado de Pearson valor 19,51, gl de 6 y p-valor 0,003; coeficiente de contingencia 0,53

Lineamientos de intervención

A partir del análisis de las diferentes intervenciones implementadas para prevenir el suicidio a nivel mundial, se sugieren los siguientes aspectos a tener en cuenta para el diseño y desarrollo de futuras intervenciones:

1. Desde el abordaje de los factores de riesgo asociados al suicidio, es recomendable tener en cuenta el tratamiento de los trastornos de salud mental, como factor predominante en los casos de conducta suicida.

2. Dado el impacto que generan los medios de comunicación en la población, se sugiere tener en cuenta la información que en estos se maneja para el diseño e implementación de estrategias de intervención para prevenir el suicidio, de acuerdo a los parámetros establecidos por la OMS para estos casos.

3. Dirigir las intervenciones a la población que implica adolescentes y adultos jóvenes fundamentalmente.

4. Orientar las intervenciones hacia los contextos comunitarios e institucionales, involucrando a la población en general y los actores claves de cada sector.

5. La capacitación constituye uno de los factores más relevantes en los procesos de prevención, por lo tanto es recomendable que se dirija tanto a personal de salud como a personas claves, como estudiantes y padres de familia.

6. Con respecto al tipo de capacitación, es necesario que esta incluya tanto componentes de información como de formación frente al manejo de casos suicidas, considerando que la formación, a personal diferente del área de salud, comprenda la atención básica para remisión a especialistas.

7. Siendo los profesionales de salud personas claves tanto en la identificación como en el tratamiento de trastornos de salud mental, se hace necesaria su inclusión en los planes, programas y estrategias de intervención.

8. El diseño y desarrollo de intervenciones requiere de la participación y el compromiso de instituciones estatales, que brinden apoyo tanto informativo como interventivo y de asesoría especializada.

9. De acuerdo al análisis se observa que la integralidad de diversas disciplinas en el abordaje de la problemática permite una mayor comprensión del fenómeno y un mayor alcance en la intervención, al igual que la implementación de metodología mixtas.

10. Para el diseño y desarrollo de intervenciones se sugiere la implementación de protocolos de evaluación de los planes, programas y estrategias de intervención aplicadas, y de esta manera permitan observar y medir el impacto de la misma sobre la población.

11. En cuanto a los diferentes tipos de conducta suicida, existe la necesidad de intervenir sobre los tres componentes dados los índices que reportan, sin embargo dada la tendencia hacia el intento suicida, se sugiere desarrollar mayor número de intervenciones hacia esta conducta.

12. Si bien el estudio reporta mayor orientación hacia el mesosistema, se hace necesario abarcar los demás niveles del modelo ecológico, lo que permitiría abarcar mayor número de situaciones, condiciones y población, relacionadas o expuestas a procesos mórbidos.

13. Con respecto a los tipos de prevención planteados por Pérez, se sugiere profundizar en la temática debido a su énfasis en la conducta suicida.

14. La prevención general representa el tipo de prevención de mayor alcance en la prevención del suicidio, por lo que se hace necesario su implementación en las intervenciones.

DISCUSIÓN

La concepción del suicidio como un problema de salud pública prevenible, ha intensificado el diseño e implementación de planes, programas y estrategias de intervención por parte de entidades tanto gubernamentales como no gubernamentales, lo que incluye instituciones de salud, instituciones educativas, centros comunitarios, entre otros. Estas intervenciones buscan frenar el impacto de las consecuencias adversas que trae este fenómeno para la sociedad a nivel social, económico, psicológico, entre otros.

El presente estudio buscó definir de manera general las principales características de las intervenciones, que se ajustan a los criterios de delimitación previamente señalados, y que se han realizado a nivel mundial diseñadas con el propósito de prevenir el suicidio. La revisión sistemática de estas intervenciones permite identificar no solo los factores de riesgo asociados a la conducta suicida, sino también aspectos relevantes como los contextos donde se desarrollan las intervenciones, los modelos predominantes, en cuanto a modelos y metodologías de intervención, tipos de prevención implementados, resultados y conclusiones y la adecuación de estos al modelo ecológico.

El análisis univariado indica que la mayoría de las intervenciones corresponden a estrategias diseñadas para prevenir la conducta suicida, que se caracterizan por formular acciones específicas, con objetivos puntuales orientados a segmentos comportamentales que hacen parte de la problemática en general, de otra parte los programas formulan proyectos que pretenden abarcar contextos más amplios y por ende generar un mayor impacto, finalmente los planes aparecen como las directrices macro que guían y proponen los lineamientos de las prácticas de intervención de menor alcance.

En cuanto a factores de riesgo, los resultados muestran que predominan los trastornos de salud mental, como uno de los factores cuya presencia aumenta la probabilidad de ocurrencia de la conducta suicida, según la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH) el suicidio está fuertemente vinculado a enfermedades

mentales graves, como la depresión y la esquizofrenia (OMS, 2005), aspecto que se corrobora en el estudio en donde un alto porcentaje de las intervenciones abordan la depresión, constituyéndose como factor de riesgo clave en la prevención del suicidio, en su estudio titulado Riesgo suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor Angst, J., Angst, F., Stassen (1999, citado en Ceverino, García, Díaz- Sastre y Ruiz, 2003), presentan a la depresión como el trastorno psiquiátrico con mayor riesgo suicida, demostrado tanto en suicidios consumados como en muestras de intentos suicidas.

La Organización Mundial de la Salud (2005) reporta que otro de los aspectos asociados al comportamiento suicida es el consumo de sustancias psicoactivas, factor que ocupa el segundo lugar en el presente estudio, para Castro, E. (citado por Serfaty, 1998) las situaciones posibles predictores de una conducta suicida son el consumo actual de alcohol o algún otra droga, la influencia del situaciones adversas, entre otros.

Otro de los factores de riesgo que predominan en los planes, programas y estrategias de intervención son los eventos vitales, especialmente los relacionados con los problemas familiares que incluyen desventajas sociales, económicas, bajos niveles educativos, exposición a situaciones adversas en la niñez, dificultades en las relacionales familiares, entre otras; estos factores tienen gran impacto en el individuo, convirtiéndose en marcadores psicosociales de riesgo suicida (Ceverino, García, Díaz- Sastre y Ruiz, 2003).

Entre los eventos vitales también se destaca la historia de intentos y amenazas previas de suicidio. Bromish (Citado por Aguilar, I., Barreto, M., 2006) concluyó que el alcoholismo y los intentos suicidas, predisponen a la reacción depresiva con la conducta suicida. Uno de los aspectos fundamentales que se trabajan en las intervenciones, hace referencia a los intentos previos, expresando la necesidad de hacer un seguimiento riguroso a los individuos que han presentado algún tipo de conducta suicida, de igual manera se destaca la importancia de trabajar con los familiares y personas cercanas a la población considerada de riesgo, tanto en la

identificación de las posibles señales que indican conductas suicidas como en el acompañamiento psicológico posterior a un intento.

Respecto al manejo de la información, fundamentalmente en los medios de comunicación, se observa como en la literatura se hace énfasis en la incidencia de estos, sobre el comportamiento humano, desde un punto de vista cultural es evidente la influencia de los medios masivos de comunicación en la conducta suicida (Serfaty, 1998), principalmente en los adolescentes presentándose el contagio y la imitación de conductas suicidas. Al respecto, las intervenciones analizadas en la presente investigación reportan un manejo inadecuado de la información acerca de actos suicidas.

Las intervenciones tradicionales de prevención ponen énfasis en el conocimiento y modificación de actitudes frente a los factores de riesgo, aspectos que si bien son importantes en el abordaje de medidas preventivas, constituyen solo una parte de la totalidad y complejidad de la solución del fenómeno.

En referencia a la variable rango de edad, se encontró que la mayoría de las intervenciones están dirigidas al grupo correspondiente a mayores de 25 años, sin embargo no hay una diferencia considerable con el grupo etéreo de los 13 a los 25 años, que son edades que representan adolescentes y adultos jóvenes; la literatura indica que la conducta suicida en la infancia y en la adolescencia se ha convertido en las últimas décadas en un importante problema de salud por su incremento, su repercusión emocional, asociada con la muerte de un joven y los costes económicos y sociales que comporta. Las cifras hablan por sí solas de la gravedad de esta problemática, que ha dejado de ser exclusividad de los adultos (García, Del Pino y Ortega, 2002).

Teniendo en cuenta esta población, las intervenciones pretenden involucrar de manera directa a las instituciones que mantienen un contacto más frecuente con estos grupos, es decir, colegios, universidades, institutos de recreación y deporte, etc., tanto en el diseño como en la implementación de medidas asociadas a la prevención, que se ajusten a las características socio-ambientales de los mismos.

La mayoría de los planes, programas y estrategias de intervención están dirigidos a la comunidad en general, lo que muestra una perspectiva creciente de reconocimiento a los diversos actores sociales, sectoriales y particularmente entre los ciudadanos corrientes, donde se proponen intervenciones transectoriales (Cabrera, G. 2004), aspecto que se destaca en la elaboración de planes globales del que se derivan programas y estrategias dirigidos a la población en general, con parámetros básicos que permiten una contextualización y participación de la mayoría de la población.

De acuerdo a lo anterior, la mayoría de las intervenciones tienen como contexto de intervención el comunitario, que busca integrar a la población en general tanto en el conocimiento de la problemática como en la generación de alternativas frente al suicidio, perspectiva acorde con las políticas de salud pública, donde priman las estructuras comunitarias que permiten la incorporación de nuevos profesionales, tecnologías y enfoques en pro del bienestar de los individuos (Laviana, 1998 citado por Londoño, Valencia y Vinaccia, 2006).

Así mismo, se destaca el papel que desarrollan las instituciones, especialmente las de orden hospitalario, como primer espacio donde se brinda atención a los casos, de allí que sea este un contexto fundamental en el desarrollo de los planes, programas y estrategias analizados en el presente estudio. Entre los objetivos de estas intervenciones se resalta principalmente, las medidas asociadas a la capacitación del personal que atiende a los individuos que presentan algún tipo de conducta suicida, los datos, indican que los profesionales a quienes más se dirige esta capacitación son los médicos, Gutiérrez y cols. (2006) destacan la necesidad de educar a los médicos para la detección oportuna del problema, para que además de realizar la estabilización física, estén en capacidad de asumir una posición más activa que les permita brindar una orientación psicológica básica.

Otros profesionales que se tienen en cuenta para desarrollar las estrategias de capacitación y ser capacitados, son los profesionales de psicología quienes juegan un papel importante tanto en la detección de los factores de riesgo como en el abordaje de este tipo de problemáticas, la psicología ha propiciado un profundo interés por el

estudio de la conducta humana en el campo de la salud, lo que junto al desarrollo científico experimentado por esta ciencia y a la efectividad de sus procedimientos y técnicas para la modificación del comportamiento, ha dado lugar a su reconocimiento y consideración en el ámbito de las ciencias de la salud (Arroyo, 2002).

La amplitud de campos en los que la psicología de la salud puede desempeñarse, ha generado interés por la investigación en los aspectos comprometidos con el proceso salud–enfermedad, la prevención de los problemas de salud; la facilitación y potenciación del diagnóstico y tratamiento (Arroyo, 2002); a partir de estos fundamentos se busca capacitar a los diferentes profesionales que de alguna manera están relacionados con la conducta suicida, como por ejemplo, psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales, etc.

Con respecto al tipo de capacitación, los datos revelan que hay una mayor tendencia hacia las tácticas informativas, cuyo objetivo es educar a los individuos y grupos poblacionales acerca del suicidio y los factores asociados a el, y sin que haya una diferencia significativa en términos porcentuales con estas tácticas también se presenta la integración de los métodos informativos y formativos, que pretenden la obtención de la información que permita un conocimiento de factores biopsicosociales que pueden evitar el origen de un deterioro de la salud, así mismo estos métodos buscan que a partir de esta información, se dirijan actividades que reduzcan los factores que pueden agravar una situación específica (Guifantes, 1996 citado por Zas, sin dato).

Entre los profesionales que se reportan en la atención de los servicios de salud mental, se destacan los médicos y los psicólogos, como componente fundamental de las intervenciones, lo que permite evidenciar un acercamiento de la disciplina biomédica y las disciplinas comportamentales, al respecto Pérez (2003) afirma que las personas en situación de crisis suicida en algunos países desarrollados, son tratadas por diversos grupos de profesionales entre los que se encuentran psicólogos, psiquiatras, médicos generales, lo que indica que hay un mayor interés por la necesidad de la interdisciplinariedad.

Las variables de disponibilidad y características de los servicios de salud mental muestran que hay un déficit en cuanto a la prestación y oferta de servicios de salud mental, si bien se informa que hay un esfuerzo por cubrir la demanda de este tipo de servicios tanto a nivel institucional como comunitario, la cobertura no satisface las necesidades existentes, con respecto a la accesibilidad de los usuarios de salud mental a las fuentes de este tipo de servicios para recibir tratamiento es limitada y de difícil acceso, en muchos países debido a que tales servicios están concentrados en las capitales o las grandes ciudades, los elevados costos de las consultas especializadas, el elevado precio de los medicamentos, necesarios para realizar un tratamiento de continuación y mantenimiento de las enfermedades que conllevan riesgo de suicidio y en no pocas ocasiones la deficiente atención en los hospitales psiquiátricos públicos (Pérez, 2003).

Las características del servicio de salud entendido como los medios que facilitan la asistencia en salud mental a la comunidad población en riesgo, evidencian que predomina la asistencia personalizada, que como se menciona anteriormente no cubre la demanda generada. De acuerdo al análisis de los planes, programas y estrategias de intervención se observa la necesidad de atención permanente en los casos de conducta suicida, sin embargo, esta condición está limitada por los sistemas de salud, que fijan el número de consultas, protocolos de atención, criterios de seguimientos, entre otros. Para solventar estas dificultades, la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH) señala que los servicios de salud y los sistemas sanitarios deben preocuparse por el diagnóstico inmediato de las personas con enfermedades mentales, indica además que se deben ofrecer a estas personas opciones de tratamiento eficaces y adecuadas, unidas a programas integrales de rehabilitación (Mann, 1993 citado por Ceverino y cols., 2003).

Dada la complejidad de la problemática, se evidencia la necesidad de abordarla desde diferentes perspectivas disciplinares, que permitan generar alternativas integrales para optimizar los resultados, y a su vez se constituyan en sustentos teóricos que enriquezcan la praxis, postura que concuerda con los datos

obtenidos en el presente estudio en el que se observa una mayor tendencia hacia el diseño y desarrollo de las intervenciones interdisciplinarias, aspecto que se relaciona con lo expuesto por Frenk (1994 citado por Franco, 2002) en cuanto a salud pública, que como campo de acción e investigación ofrece un espacio para la confluencia de múltiples disciplinas, implicando la integración interdisciplinaria.

En cuanto a metodologías de investigación predomina el enfoque cualitativo; en las intervenciones analizadas predominan los registros de la conducta suicida, a través de técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas, basando su estudio en contextos estructurales y situacionales. Desde este enfoque, el objetivo fundamental es comprender el fenómeno teniendo en cuenta la percepción de las personas en riesgo y de quienes los rodean, aunque cabe señalar que no existe una diferencia significativa, en términos porcentuales con el uso de metodologías mixtas, que integran el enfoque cuantitativo y cualitativo, lo que evidencia el interés por sustentar la investigación en datos estadísticos que buscan además una interpretación contextualizada.

Entre los profesionales que más se han interesado por diseñar planes, programas y estrategias de intervención según los datos reportados en el estudio, se encuentran en orden de porcentajes, los profesionales reconocidos en el área de la salud física y mental, es decir, psicólogos, psiquiatras y médicos, lo que muestra la preocupación de este campo por intervenir en los fenómenos sociales de mayor impacto en la población, con respecto a la psicología Godoy (1999, citado por Arroyo, 2002) afirma que el reciente reconocimiento del psicólogo como profesional de la salud se debe a las relaciones entre la psicología como disciplina y como profesión de la salud con las alteraciones de la misma, aportando desde la generación de modelos conceptuales y estrategias de actuación para la promoción de la salud y la evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación de muchos problemas de la salud.

Un alto porcentaje de las intervenciones muestran los resultados que se obtuvieron a partir de las acciones realizadas, que principalmente se refieren a datos

epidemiológicos obtenidos a partir de instrumentos que se utilizaron como, análisis de las autopsias psicológicas, aplicación de protocolos, entrevistas, cuestionarios, además de la atención personalizada, psicoterapia, conferencias, entre otros, sin embargo, la mayoría de los artículos no reporta indicadores que permitan establecer el alcance e impacto de las intervenciones, ya sea en términos de disminución de índices o de cambios sustanciales en los grupos y contextos.

Las conclusiones formuladas en los planes, programas y estrategias de intervención se dirigen en su mayoría hacia la investigación, que se sustentan en sus propios estudios, y que en su mayoría resaltan las falencias y debilidades en cuanto a la intervención, lo que da paso a la formulación de recomendaciones, que en contraste se dirigen prioritariamente hacia las prácticas de intervención, dado el limitado reporte de indicadores de evaluación del impacto, se sugiere incluirlos en los planes, centrarse en los cambios de actitud frente a la percepción del suicidio, desarrollar estrategias de afrontamiento y resiliencia en los individuos, fomentar la participación activa de instituciones, capacitar a personas claves, mejorar los servicios de salud mental y la inversión en estos y aumentar el número de profesionales y medios que atiendan los casos.

Con el propósito de dar un mayor alcance y profundizar en el análisis de las características explícitas los planes, programas y estrategias abordadas anteriormente, se incluye una clasificación y estudio de las intervenciones desde los diferentes sistemas del modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner, que entiende que el estudio de la persona no solo implica el análisis del individuo, sino también el análisis de la interacción que se da entre diversos contextos que incluyen a las personas, y del análisis de contextos que influyen directa e indirectamente sobre el comportamiento de las personas (Miranda, 2004). En el estudio predominan las intervenciones enmarcadas en el mesosistema, que comprende la interacción entre uno o más entornos, en este caso delimitado por los contextos en los que se dirige la intervención, ya sea familiar, relaciones interpersonales en los contextos escolar, universitarios, de reclusión, y por otra parte también se destaca el exosistema, que

comprende los entornos donde la persona no se ve incluida directamente pero que influyen en su comportamiento (Miranda, 2004), para los propósitos de la investigación los sistemas de salud, institucional, comunitario, entre otros.

El sistema particular correspondiente al Modelo Ecológico que menor porcentaje presenta corresponde al microsistema, entendido como el nivel más cercano al sujeto que incluye comportamientos, roles y relaciones característicos de su cotidianidad (Bronfenbrenner, 1976 citado por Torrico y cols., 2002), en la investigación se puede observar que se da una mínima intervención en la dimensión individual probablemente debido a los costos de este tipo de intervenciones en los sistemas de salud no solo a nivel económico sino de disponibilidad de profesionales y servicios, por lo que se diseñan estrategias desde una perspectiva de grupos, como lo señala (Arroyo, 2002) en vista de las consecuencias de salud pública del suicidio, se han implementado programas para reducir las tasas de suicidio, entre ellos el desplazamiento de profesionales de la salud a instituciones educativas u otras organizaciones para instruir a las personas sobre el suicidio y proporcionar información acerca de la forma de manejar las tensiones de vida.

Otro de los ejes que guían la investigación, corresponde a los tipos de prevención en suicidio propuestos por Pérez (2003), el análisis realizado demuestra que la mayoría de las intervenciones se abordan desde la prevención general, de ahí que las diferentes estrategias planteadas asumen esta dimensión fundamentalmente desde la educación y asesoría psicológica y de otras disciplinas como el trabajo social, para el manejo adecuado de los eventos que resultan estresantes o amenazantes para los individuos, para ello se tienen en cuenta tácticas de información y de formación que si bien se dirigen a los profesionales involucrados en el bienestar de la salud mental, también se pretende dirigirlas a la población en general tanto de contextos institucionales como de contextos comunitarios. Los profesionales involucrados intervienen entonces, a partir de la implementación de procedimientos de cambio de conductas de riesgo, mantenimiento de conductas saludables y de

procedimientos metodológicos que hagan posible valorar los efectos de la intervención.

Desde la prevención indirecta, y teniendo en cuenta los factores de riesgo, se han desarrollado métodos encaminados a tratar principalmente los trastornos mentales y del comportamiento, que concuerda con el hecho de ser los trastornos de la salud mental los factores de riesgo predominantes, sin dejar de lado a los problemas de salud física, por ello las intervenciones son principalmente la psicoterapia, la atención clínica de médicos, psiquiatras y enfermeras, que tienen como objetivo reducir el número de actos suicidas en grupos desde la intervención en factores que pueden precipitar conductas suicidas, como por ejemplo; el tratamiento de abuso de alcohol, manejo de estigmas sociales frente a quienes han intentado suicidarse, discriminación frente a las minorías sexuales.

En las intervenciones desde la prevención directa, los procedimientos que más se emplean están dirigidos a poblaciones blanco, como las personas que han sido diagnosticadas con depresión, aquellos con intento suicida que se encuentran recluidos en instituciones mentales, estudiantes que presentan conductas agresivas u otra conducta considerada de riesgo, y cuya intención es prevenir intentos posteriores.

Una vez finalizado el análisis univariado, la segunda fase de la investigación correspondió al análisis bivariado a partir del cruce variables, utilizando la prueba estadística chi-cuadrado con el cual se obtuvo el nivel de significancia de las variables. A continuación se referencia aquellas variables en las que se encontró asociación significativa, para efectos de dicho procedimiento se cruzaron las variables: Clase de intervención y Sistema ecológico, Sistema ecológico y conducta suicida (ideación suicida, Intento suicida y suicidio consumado), Rango de edad y conducta suicida, Rango de edad y trastornos de salud mental (depresión, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias), Tipo de prevención y conducta suicida, Tipo de capacitación y Personal al que se dirige la capacitación (médicos, psicólogos, psiquiatras, estudiantes), Tipo de prevención y Factores de riesgo (problemas de salud física, trastornos de salud mental, eventos vitales, acceso a medios letales, manejo de

información en medios de comunicación), Modelo Teórico y metodología de investigación, Clase de intervención y Tipo de prevención, Clase de intervención y Tipo de conclusiones.

El p- valor de la prueba para las variables rango de edad e ideación suicida es significativo (p-valor de 0,01, g.l. 4, coef. Cont. 0,46). Las intervenciones que abordan ideación suicida están dirigidas principalmente al grupo etéreo mayores de 25 años con un 50 %, que corresponde a la tendencia actual de las investigaciones que señalan un aumento del fenómeno en los grupos de 25 a 34 años (Minino, Arias y otros, 2002 citado por Durand, M., y Barlow, 2007). Sin embargo, no deja de ser representativa la población comprendida entre los 13 a 25 años, que según un estudio realizado por Kovacs, Goldston y Gatsonis, 1993 (citado por Durand, M., y Barlow, 2007) sugieren que, entre los adolescentes la proporción de pensamientos suicidas a intentos suicidas es de 3 a 1 y 6 a 1, es decir que entre el 16 y el 30 % de los adolescentes del estudio que pensaron en suicidarse lo intentaron. Estos datos permiten considerar la ideación suicida en los planes, programas y estrategias de intervención, ya que se constituye como un fuerte predictor de la conducta suicida.

Por otra parte, al considerar las variables de rango de edad y acto suicida se observa un grado fuerte de relación entre variables (p-valor de 0,02; g.l. 4, coef.cont. 0,44). El 57,69 % de las intervenciones que abordan el acto suicida se orientan hacia las personas mayores de 25 años, situación asociada con el incremento en los índices de suicidio en los grupos que comprenden las edades productivas. El 30,77 % corresponden a los adolescentes y adultos jóvenes cuyo rango de edad esta representado entre los 13 y 25 años, datos que en parte orientan las intervenciones sobre contextos educativos, donde generalmente participa esta población.

Con respecto a las variables modelos teóricos y metodologías de investigación, tenemos que el es de p-valor 0,00; (g.l. 4 y coeficiente de contingencia de 0,49) se puede concluir que en las estrategias, planes y programas orientados desde una disciplina predomina el enfoque cuantitativo, centrado fundamentalmente en datos epidemiológicos que dan cuenta de los índices y variables predominantes en la

conducta suicida. En las intervenciones multidisciplinarias e interdisciplinarias predomina el enfoque mixto, que integra metodologías cuantitativas y cualitativas, tratando de dar complementariedad tanto al diseño de las intervenciones como a los alcances de los resultados.

Así mismo, se realizó el cruce de las variables tipo de conclusiones y clase de intervención, que muestran una relación significativa con un p-valor 0,003; g.l. 6 y coef. cont. 0,53, donde las conclusiones respecto a las investigaciones corresponden en un 61,90 % a las estrategias, mientras que el 50 % de las conclusiones mixtas, es decir de investigación e intervenciones, se ubican en los programas y en las estrategias en proporciones iguales, lo que indica que respecto a las clases de intervención las estrategias presentan en un porcentaje mayor conclusiones de su práctica. Cabe destacar que los planes citados en el presente estudio, presentan porcentajes muy bajos en cuanto al reporte de conclusiones, debido principalmente a que los diseños de estos se manejan como directrices o lineamientos generales que pueden servir de ejes de acción para otras intervenciones.

CONCLUSIONES

Son muchos los esfuerzos que a nivel mundial se han realizado en pro de dar solución a la problemática del suicidio, que como bien se reporta en las investigaciones deja consecuencias tanto a nivel individual, familiar y social como en los ámbitos económico, de salud, político, entre otros; la presente investigación entre sus propósitos centrales y desde su orientación disciplinar se suma a esta línea, a partir del estudio de las diferentes intervenciones que se han realizado en la prevención de un fenómeno social que se asume como un grave problema de salud pública.

A partir del presente estudio, fue posible caracterizar los planes, programas y estrategias de intervención mediante la sistematización y organización de la información con respecto a los componentes de las intervenciones, relacionados con sus características explícitas como son factores de riesgo, contextos de intervención, características poblacionales, personal al que se dirige la capacitación, tipo de capacitación, acceso y oferta de servicios de salud, clase de intervención, modelos teóricos y metodológicos predominantes, resultados, conclusiones y recomendaciones, así como la relación que se enmarca dentro del sistema ecológico y los tipos de prevención en suicidio.

El análisis permite ver que existen principios que pueden ser generalizados para iniciar las acciones de prevención del suicidio en cualquier contexto, como por ejemplo el abordaje de los trastornos de salud mental, no solo en su identificación sino en su tratamiento, que como se indica en el presente estudio presenta una mayor tendencia hacia su inclusión como factor de riesgo en las intervenciones fundamentalmente desde la prevención general, siendo la depresión y el trastorno por abuso de sustancias, las patologías más frecuentes en las personas que presentan algún tipo de conducta suicida.

Por otra parte, entre los factores de riesgo que menos se tiene en cuenta está el manejo de la información en los medios de comunicación, especialmente en el reporte de los casos de intentos suicidas que se presentan, sin embargo este aspecto ha

ido cobrando importancia como factor de riesgo que puede contribuir a las estrategias de intervención.

Respecto a la capacitación realizada en los planes, programas y estrategias de intervención se observa una mayor tendencia hacia el entrenamiento de profesionales del área de la salud física y mental, entre ellos predominan los médicos, psicólogos y psiquiatras, dicha capacitación implica fundamentalmente la información acerca del suicidio y factores asociados a él, complementándose con la capacitación formativa cuyo objetivo central es la identificación de factores de riesgo y la intervención temprana.

En cuanto al tipo de prevención en suicidio, se evidencia una mayor tendencia del abordaje de la problemática desde la prevención general, que busca atenuar el impacto de los eventos vitales psicotraumáticos a partir del apoyo psicológico, social e institucional, lo que puede indicar que estos eventos se convierten en factores predominantes que pueden desencadenar reacciones vinculadas a la conducta suicida.

El análisis desde los sistemas del modelo ecológico reporta que hay una mayor tendencia a intervenir desde el mesosistema, en los diferentes tipos de conducta suicida (ideación, intento, suicidio consumado), la literatura señala que, las relaciones interpersonales que establece el individuo en su núcleo familiar, escolar, de vecindario, entre otros, constituyen tanto la red social como el apoyo familiar que a su vez, se convierten en un soporte social que proporcionan apoyo emocional, sentimientos de estima, de cuidado, de valía, entre otros (Lemos y Fernández, 1990), aspectos que pueden convertirse en factores protectores frente a la conducta suicida.

La intención de esta caracterización es, en parte, convertirse en una guía que permita orientar futuras intervenciones para la prevención del suicidio, teniendo en cuenta las características del contexto y de la población a quienes están dirigidas, así como los resultados expuestos anteriormente. La investigación de los diferentes factores involucrados en la prevención del suicidio, aporta valiosos elementos de comprensión que, al ser estratégicamente difundidos se convierten en importantes aspectos de prevención comunitaria.

Desde la psicología son muchos los aportes que pueden realizarse, en el campo clínico y de la praxis, así como desde la construcción del conocimiento teórico que sustente las acciones interventivas, buscando alcanzar una mayor comprensión de los fenómenos relacionados con los procesos de salud - enfermedad y su relación con diversos aspectos psicológicos. De allí, que en el área de la prevención los psicólogos deben convertirse en figuras claves en la práctica, investigación y educación que involucren los distintos aspectos asociados a salud pública, iniciativas de salud comunitaria, entre otras, proporcionando evidencia científica derivada de la investigación sistemática.

El significativo aumento en el número de publicaciones científicas, especialmente a través de la red de Internet, ha planteado la necesidad de realizar revisiones de la literatura relacionada con la prevención del suicidio y la salud pública, con el propósito de sintetizar los resultados alcanzados en relación a este tema, identificándose criterios comunes de intervención como el abordaje de factores de riesgo, la capacitación a personal de salud, la priorización de información acerca del tema, intervención en contextos poblacionales, y la necesidad de inversión en servicios y oferta de profesionales para la salud mental.

Así mismo, también se destacan aquellas características que diferencian a las intervenciones y que deben considerarse a la hora de contextualizar los diseños y prácticas de intervención, tal es el caso de las metodologías y modelos teóricos de intervención, los profesionales participantes, la poblaciones a quienes se dirige, el abordaje desde la prevención, que de manera convencional se viene manejando desde la prevención primaria, secundaria y terciaria, encontrándose poca evidencia del empleo de la prevención enfocada desde el suicidio, es decir de tipo general, directa e indirecta.

Durante el proceso sistemático de análisis de las intervenciones para prevenir el suicidio, se encontraron varios inconvenientes relacionados con la disposición de buscadores para encontrar la información, el idioma de los reportes, la calidad y el

contenido escaso expuesto en algunos artículos, que en cierta medida limita la clasificación de la información.

El proyecto se adhiere a la línea de investigación que viene desarrollando el Programa de Psicología, de acuerdo con la misión y visión que señala la proyección social en el ámbito regional, con la generación de soluciones para las problemáticas sociales relevantes del contexto, en este caso el suicidio, además surge como una construcción y aporte investigativo al proyecto “Análisis de los factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en Nariño” desarrollado por el grupo Psicología y Salud en convenio con Cisalva.

Finalmente, cabe destacar que el aporte académico y el enfoque metodológico del presente proyecto se constituye en un primer intento por consolidar resultados acerca de investigaciones previamente realizadas en el ámbito mundial, lo que da apertura a que en futuras investigaciones se trabajen estudios de este tipo.

A nivel personal, el presente trabajo enriquece los conocimientos tanto de la problemática como de la intervención, lo que repercute directamente en la formación profesional, desarrollando y fortaleciendo capacidades y competencias, no solo en el área de la investigación sino también en el área de la actuación preventiva, proponiendo estrategias que apunten a la disminución de la problemática y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

RECOMENDACIONES

La presente investigación reporta, que si bien se han incrementado tanto los esfuerzos como los recursos en la prevención del suicidio, a nivel mundial y nacional, aún es necesario realizar una mayor inversión en la investigación, en el diseño y desarrollo de planes, programas y estrategias de intervención, disposición de profesionales y servicios de atención en salud mental, dado el impacto de la problemática y las consecuencias de esta en la sociedad.

A nivel nacional, se sugiere dar a conocer las intervenciones propuestas y/o realizadas por grupos, entes gubernamentales u otras organizaciones, en bases de datos que presenten los contenidos y componentes abordados, de tal manera que resulten de fácil acceso a la población, y que a partir de un estudio investigativo se puedan adaptar a contextos regionales.

Además, se sugiere diseñar y desarrollar planes, programas y estrategias de intervención involucrando a instituciones educativas, ya que una de las poblaciones consideradas en riesgo hacen parte de este contexto, por ende la necesidad de capacitar tanto en información como en formación a docentes, administrativos y estudiantes como potenciales estrategias en la prevención del suicidio, con el propósito de lograr una intervención oportuna y efectiva.

Es necesario además, tener en cuenta incluir y hacer explícito los modelos teóricos y metodológicos, que orientan la intervención en prevención de suicidio, ya que permite tener un marco de referencia acerca de los lineamientos a seguir en el diseño de intervención, de igual manera se sugiere tener en cuenta criterios e indicadores de evaluación de las intervenciones realizadas, que permitan obtener datos confiables de desempeño y ejecución.

Si bien se viene presentando una mayor tendencia hacia la participación interdisciplinaria, en diseños y prácticas de intervención, se sugiere una mayor participación de los profesionales de la psicología, fundamentalmente en el diseño de políticas públicas de salud, teniendo en cuenta que la psicología tiene gran impacto en la investigación en el ámbito de la salud pública, por el efecto de las intervenciones,

sumándole a ello un trabajo conjunto con las ciencias biomédicas y sociales (Londoño, Valencia, Vinaccia., 2006).

Se recomienda que en estudios posteriores similares al presente, además de tener en cuenta los factores de riesgo, se consideren los factores protectores como un eje de análisis investigativo, y como una opción o alternativa de intervención para prevenir la conducta suicida u otra conducta objeto de estudio.

Así mismo, los hallazgos permiten sugerir que al interior del Grupo de Psicología y Salud se desarrollen estudios de este tipo enfocados en otras temáticas, que produzcan y consoliden información relevante frente a problemáticas de impacto en los grupos sociales, como tratamiento de trastornos de salud mental por género, edad, tipo de población, tipo de contexto, teniendo en cuenta la aplicación de metodologías mixtas de estudio, para que de esta manera estos estudios sirvan como aporte en la consolidación de información para el diseño de modelos de intervención.

En la formación profesional que se brinda a los estudiantes del Programa de Psicología, es necesario incluir la intervención en las diferentes problemáticas sociales abordadas desde esta área a partir del conocimiento, construcción y participación en las políticas de salud gubernamentales, que permitan intervenir no solo desde el ámbito clínico sino desde el diseño de planes, programas y estrategias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, I.; Barreto, M., (2006). Conducta suicida. Disponible en http://www.cpicmha.sld.cu/hab/pdf/vol12_2_06/hab12206.pdf

Álvarez Córdoba, A.H. (2008). Percepción comunitaria del suicidio en Pasto y Tumaco. Ponencia presentada en el *Congreso Colombiano de Investigación y Prevención en Suicidio*. San Juan de Pasto.

Álvarez Córdoba, A.H. y Sánchez Martínez, N.R. (2008). *Percepción comunitaria del suicidio en Pasto y Tumaco, Nariño: divergencias y puntos de encuentro*. Artículo en prensa.

Arroyo, M. (2002) La psicología en el contexto de la salud. Disponible <http://www.unbosque.edu.co/facultades/psicologia/boletines/boletin10/lapsicologiab10.pdf>

Ayuntamiento de Jerez. (2006); *¿Qué es un plan estratégico?*. Disponible en <http://www.2004-10.jerez.es/index.php?id=82>

Babbie, E. (2001) Fundamentos de la investigación social. Disponible en http://books.google.com.co/books?id=1_yyPqkoqMIC&pg=PA358&lpg=PA358&dq=estudio+bivariado&source=web&ots=7flBXcg6em&sig=SOvjMtoad5ta6nJQ58gwOh5o8no&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=2&ct=result#PPA350,M1

Benavides, C. (2004). Fundamentos en Promoción de la Salud. Especialización Gerencia de la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Documento no publicado. Universidad Mariana. San Juan de Pasto.

Briones, G. (1998). *Métodos y técnicas para la investigación en ciencias sociales*. México: Trillas

Cabrera, G. 2004 Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. Disponible en <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No3/cm35n3a7.htm>

Cabrera, L. (1997). *Planeación, Estrategia y Táctica*. [Internet] Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos11/henrym/henrym.shtml>

Cabrera, R. y Muñoz, L. (2008). Validación de un modelo de factores protectores frente a la ideación suicida en adolescentes, estudiantes de bachillerato de

la ciudad de San Juan de Pasto. Ponencia presentada en el *Congreso Colombiano de Investigación y Prevención en Suicidio*. San Juan de Pasto.

Campo, M., Padilla, S., Valerio, J. (2004). Prevención del suicidio en adolescentes. Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserril.pdf>

Castañeda, A. (2003) Características psicosociales del adolescente parasuicida. Lima. Recuperado en junio 12, 2008. Disponible en http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_sp.asp?texto=artr31001

Céspedes Valcárcel, A. J.. (1995). Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Revista Cubana de Medicina Militar, julio-diciembre [Internet] Recuperado el 18 de octubre de 2007. Disponible en: http://cielo.sld.cu/cielo.php?pid=S0138-65572001000100006&acript=sci_arttext

Ceverino, García, Díaz- Sastre y Ruiz. (2003) Historia familiar de conducta suicida. Disponible en http://www.arsxxi.com/pfw_files/cma/ArticulosR/ActasEspanolasPsiquiatria/2003/03/111020301630167.pdf

Clemente, M., Gonzales, a. (1996). Estrés y suicidio en la adolescencia. En J Buendía (Ed) *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.

Colimón, N., Téllez, J., y Cisneros, C. (sin dato) Neurobiología del suicidio. Disponible en <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/3-NEUROBIOLOGIA-OK.pdf>

Concepto de Salud Pública. (2006). [Internet] Recuperado el 18 de octubre de 2007. Disponible en <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1d.htm>

Chaves, Martínez y Tejada, 2008, Ruta crítica de atención de la conducta suicida en Ipiales. Ponencia presentada en el *Congreso Colombiano de Investigación y Prevención en Suicidio*. San Juan de Pasto.

Delgado, A. e Insuasty, D. (2005). Caracterización de los intentos de suicidio efectuados en el Municipio de Pasto, durante los meses de Enero a junio de 2004,

según el Modelo de Vulnerabilidad psicosocial a la conducta suicida. Trabajo de grado. Pasto. Universidad de Nariño

Delgado, A., Insuasty, D., y Villalobos, F. (2004). Factores de Riesgo Asociados a la Conducta Suicida. *Universidad y Salud*, 5, 60-70.

Dirección General de servicios de salud de Nicaragua. (sin dato). [Internet] Disponible en http://www.bvspublica.org.ni/doc/salud_mental/Taller.pdf

Durand, M., y Barlow. (2007) *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. Estados Unidos: Editorial Thompson.

Durkheim, E. (2004). *El Suicidio*. Buenos Aires: Editorial Losada.

Estrada, M., Vinajera, C. y Estrada, G., (sin dato). *Enfoque de riesgo y condición de riesgo en Pediatría*. [Internet] Disponible en <http://www.bibalex.org/Supercourse/SupercoursePPT/19011-20001/19761.ppt>

Fernandez, S., Cordero, J., y Cordoba, A. (2002) Estadística descriptiva. Disponible en http://books.google.com.co/books?id=31d5cGxXUnEC&dq=Estad%C3%ADstica+Descriptiva+o+Deductiva:+estudia+los+m%C3%A9todos+para+organizar,&lr=&source=gbs_summary_s&cad=0 Franco, J. (2002). La Salud de la Población. *Hacia Una nueva salud Pública*. [Internet] Recuperado el 20 de octubre de 2007. Disponible en <http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/poblacion.htm>

Franco, J. (2002). La Salud de la Población. *Hacia Una nueva salud Pública*. [Internet] Recuperado el 20 de octubre de 2007. Disponible en <http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/poblacion.htm>

García, F. (2001). *Modelo Ecológico / Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*. [Internet] Disponible en http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/xijorp/xi_Garcia.pdf

Giaconi, J. (1994). *Los Desafíos de la Salud Pública*. *Boletín Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile*. [Internet] Recuperado el 20 de octubre de

2007. Disponible en:
http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletín/htm/Salud_Public/1_1.html

Gómez, A. (2003). *La conducta suicida en la práctica psiquiátrica*. [Internet] Recuperado el 25 de octubre de 2007. Disponible en:
http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2004/medicina/conducta_suicida_pract_psiq.pdf

Gómez-Arias, R. (2002). *La noción de la salud pública*. [Internet] Disponible en: http://guajiros.udea.edu.co/Eva/nocion_salud_publica.htm

Gutiérrez, A., Contreras, C. y Orozco, R. (2006, septiembre-octubre). *El suicidio Conceptos Actuales. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Recuperado el 18 de octubre de 2007. [Internet] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx>

Guzmán, G. (2008). Suicidio: ¿Opción psicoterapéutica? Ponencia presentada en el *Congreso Colombiano de Investigación y Prevención en Suicidio*. San Juan de Pasto.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista P. (1991). *Metodología de la Investigación*. México DF.: McGraw-Hill

Huarcaya, R. (2004). *La Estrategia de Salud Pública en la Prevención del Suicidio*. [Internet] Disponible en <http://www.suicidologia.org.ar/j2.shtml>

Huda, A. (2002). Adolescent Suicide: An Ecological Approach. *Psychology in the Schools*, 39 (4). Recuperado el 18 de octubre de 2007. [Internet] Disponible en: <http://www.interscience.wiley.com/>

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2007). Boletín Estadístico Mensual – Drip. Volumen 12, No. 8, agosto de 2007. Disponible en <http://www.medicinalegal.gov.co/boletines/Mensuales/Agosto.pdf>

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2007). División de Referencia de Información Pericial. Necropsias por Suicidios, según Departamento, Municipio del Hecho y Sexo. Colombia, Enero a Abril 2007. Disponible en <http://www.medicinalegal.gov.co/boletines/Mensuales/Abril%202007.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2008). Definiciones Básicas. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/coesme/referencias/defpro.asp?s=est&c=1432>

Javaloy, F. (2003). Comportamiento colectivo y movimientos sociales: Un reto para la psicología social. Disponible en <http://www.ingentaconnect.com/content/fias/rdps/2003/00000018/0000002/art00004>

Lemos, S., y Fernández, J. (1990) Redes de soporte social y salud. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/671.pdf>.

Lerma, H. (2003). *Metodología de la Investigación*. Bogotá, DC: Coe.

Londoño, C., Valencia, S., Vinaccia S. (2006) El Papel del Psicólogo en la Salud Pública. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29116209.pdf>

Luna Tascón, E.G. y Rodríguez Pabón, D.M. (2007). Estrategias para la prevención de suicidio: análisis de programas exitosos. Ponencia presentada en el VI Congreso Colombiano de Psicología de la Salud. Neiva

Luna Tascón, E.G., Rodríguez Pabón, D.M. y Sánchez Martínez, N.R. (2008). *Análisis de planes nacionales de intervención sobre el comportamiento suicida*. Manuscrito no publicado. San Juan de Pasto: Universidad de Nariño.

Maldonado, G. (Sin dato). *El Suicidio*. [Internet] Disponible en http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_suicidio.pdf

Martínez y Tejada, 2008, Implicaciones de la concepción de Salud Mental en las acciones y decisiones que tienen diferentes sectores sociales para hacer frente a la problemática de suicidio en el Departamento de Nariño. Ponencia presentada en el Congreso Colombiano de Prevención e Investigación en Suicidio. Pasto

Ministerio de Salud de la República de Colombia. (1996) *Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá, DC: Horizonte.

Miranda, R. (2004) Jóvenes en situación de riesgo: un análisis ecológico. Disponible en www.ipside.org/dispersion/2004-2/2_miranda.htm

Morales Calatayud, Francisco. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Paidós.

Ojeda Rosero, D.E. y Sánchez Martínez, N.R. (2007). Elementos para una propuesta de política pública sobre el uso del tiempo como factor protector de la salud mental en jóvenes del departamento de Nariño. *Universidad y Salud*, 8

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Glosario de Promoción de la Salud*. Ginebra. [Internet] Disponible en <http://www.bvs.org.ar/pdf/glosariosp.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. [Internet] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Datos y Estadísticas*. [Internet] Disponible en http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide_rates_chart/en/index.html

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Día Mundial para la Prevención del Suicidio*. [Internet] Disponible en <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/comunicados/Comunicados%20PDF/oms/100907.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2001) *Modelos de Psicología Comunitaria para la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en las Américas*. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Más personas mueren en el mundo por suicidio que por conflictos bélicos*. [Internet] Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps050909.htm>

Organización Panamericana de la Salud. (2006). Muertes por suicidio podrían alcanzar un millón y medio de personas en el 2020 en comparación con las 900.000 registradas en 1995. [Internet] Disponible en

http://www.col.ops_oms.org/docs/DIA%MUNDIAL%20%DE%20LA%S20ALUD%20MENTAL%20OC%2010_06.doc

Orozco, J. *Concepto de Salud Pública*. (2006). Recuperado el 22 de octubre de 2007. [Internet] Disponible en <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1d.htm>

Paez, M. y Torres, A. (2005). *Estado del Arte de los trabajos de grado del Programa de Psicología de la Universidad de Nariño hasta el semestre A de 2004*. Trabajo de grado. Pasto. Universidad de Nariño

Pedagogía y Psicología Infantil. (2003). Madrid: Cultural S. A.

Pelliza, S. (sin dato). *Prevención Drogadicción*. Instituto Salesiano de Estudios Superiores. Recuperado el 15 de abril de 2008. Disponible en http://www.hcdsc.gov.ar/biblioteca/Ises/prevenciondrogadiccion.asp#MODELOS_DE_PREVENCION

Pérez Barrero, S. (2003) *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?* [Internet] Disponible en: www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/comportamiento.shtml

Pérez Barrero, S. (2005). *Recomendaciones para una Estrategia de Prevención del Suicidio*. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 68, 3-4 [Internet] Recuperado el 2 de noviembre de 2007. Disponible en http://www.revistafuturos.info/raw_text/raw_futuro11/prev_suicidio.doc

Pérez García, J., Del Pino, J.I. y Ortega, F. (2002). *El adolescente, la muerte y el suicidio*. *Jornadas Europeas para la prevención de la violencia en el medio escolar*. [Internet] Disponible en: http://www.dip-alicante.es/hipokrates_I/pdf/ESP/436e.pdf

Pita Fernández, S., Vila Alonso M.T. y Carpena Montero J. (2002). *Metodología de la Investigación. Determinación de factores de riesgo*. [Internet] Recuperado el 12 de noviembre de 2007. Disponible en http://www.Fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo.asp

Rada, G. (2007). *Salud Pública ¿Qué es y qué hace?. Definiciones y ámbitos del quehacer en salud pública*. [Internet] Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/introductorios1.htm>

Redondo, P. (2004). *Prevención de la enfermedad*. Disponible en <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>

Reyes, W. (2002). Prevención de la Conducta Suicida en la APS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18 (2). [Internet] Disponible en http://cielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662005000200015&script=sci_arttext

Robbins, Decenzo y Mascaró. (2002). *Fundamentos de la administración*. [Internet] Recuperado el 15 de abril de 2008. Disponible en <http://books.google.com.co/books?id=JT3vIQHQzzUC&pg=PA84&lpg=PA84&dq=q ue+son+ planes++&source=web&ots=Uv33Z0REcJ&sig=NnVCFSIQEV6sCjYSSZTjJANBl s k&hl=es#PPA77,M1>

Sánchez, N. y cols. (2007). *Análisis de los Factores de Riesgo para Suicidio y Validación de un Modelo de Intervención en Población Juvenil en Nariño. Informe técnico*. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño en San Juan de Pasto, Colombia.

Serfaty, E. (1998) Suicidio en la adolescencia. Disponible en http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301998000100007&lng=es&nrm=iso

Sue, D., Sue, S. y Sue, S. (1996). *Comportamiento Anormal*. 4ª Edición. México DF.: McGraw-Hill

Suicide Prevention Basics. [Internet] Disponible en http://www.sprc.org/suicide_prev_basics/index.asp

Tamayo, M. y Tamayo. (2002). *El proceso de la Investigación Científica*. México, DF: Limusa.

Tejada, Córdoba I.D. (2007). *Percepción de la comunidad de los Municipios de Pasto, Tumaco, Ipiales y la Unión acerca del concepto de suicidio y de factores asociados a este, y aportes a la construcción de un modelo de intervención para prevenir suicidios en el Departamento de Nariño*. Trabajo de Grado. Psto. Universidad de Nariño.

Tejada, Córdoba I.D. (2008). Aproximación psicoanalítica a la comprensión del acto suicida. Ponencia presentada en el *Congreso Colombiano de Investigación y Prevención en Suicidio*. San Juan de Pasto.

Torrico, E., Santín, C., Villas, A., Menéndez, S., y López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. vol. 18, nº 1 (junio), 45-59. [Internet] Recuperado el 12 de noviembre de 2008. Disponible en http://www.um.es/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf

Universidad Autónoma de Yucatán. (Sin dato). *Programa Universitario para el Estudio del Suicidio*. [Internet] Disponible en: <http://members.tripod.com/~baquedano/index-9.html>

Universidad Católica de Chile. (sin dato). *Salud Pública*. [Internet] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/introductorios1.htm>

Universidad Nacional de Colombia. (2004). Modelos. Disponible en <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4060010/lecciones/capitulo1/modelo.htm>

Villalobos, F.H. (2005, marzo). *Definición de Suicidio*. Documento inédito. San Juan de Pasto, Colombia.

Villalobos, F.H. (2008). Conducta suicida en estudiantes de San Juan de Pasto. Conferencia presentada en el Congreso Colombiano de Investigación y Prevención en Suicidio. San Juan de Pasto.

Zas, B. (Sin dato). *La Prevención en Salud. Algunos Referentes Conceptuales*. [Internet] Disponible en <http://psicología-online.com/>

Diseñar y desarrollar intervenciones involucrando a las instituciones educativas y su población

Mayor participación de los profesionales de Psicología en el diseño de políticas de salud

Incluir y hacer explícito modelos teóricos y metodológicos

Diseñar e incluir criterios de evaluación