

ACCIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA RELACIÓN REDES SOCIALES Y SUICIDIO EN COLOMBIA

AUTORES

FRANCISCO CONTRERAS TENJO,
Psicólogo especializado en Promoción de la salud y Desarrollo Humano.

LUZ MARINA SALAZAR.
Enfermera docente de la Escuela de enfermería del Hospital
Militar Central de Bogotá D.C.

CORRESPONDENCIA

Dr. Francisco Contreras Tenjo
Calle 24 No. 42-13
Correo electrónico: asociaciontjc@gmail.com
Celular: 312-7811169
Bogotá D.C. Colombia.

REVISIÓN DE PARES EXTERNOS

Fecha recibido: 07-12-06
Fecha revisado: 05-02-07
Fecha aceptado: 27-04-07

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

En el siglo XXI la carga de morbilidad y mortalidad se ve marcada por mayores incidencias de suicidio, ideación e intento suicida; reconociendo que éste es un fenómeno multifactorial de alto impacto en la salud pública. Ideación, tentativa y acto suicida se constituyen en un factor más de violencia intrafamiliar, que debe ser abordado con políticas públicas de promoción en salud que trasciendan los límites de la atención hospitalaria.

TEMÁTICA

Este trabajo es el resultado de la recopilación y revisión de estudios relacionados con suicidio, intento suicida e ideación suicida, redes sociales y atención primaria en salud (APS), entre los años 1998 y 2006 en países hispanoparlantes de América, con énfasis en Colombia. Este marco se delimita, teniendo en cuenta que en Latinoamérica se identifican claramente aspectos culturales, económicos y políticos comunes. Aquí se describe la acción del modelo de APS en la relación entre las redes sociales primarias y el suicidio, la ideación e intento suicida, destacando el factor social como facilitador prioritario de las conductas autodestructivas.

CONCLUSIONES

Se concluye con la descripción de acciones dirigidas a reducir las conductas auto-destructivas en Colombia desde la Atención Primaria en Salud y la Promoción de la Salud.

PALABRAS CLAVE

Suicidio, intento suicida, Atención Primaria en Salud, Redes sociales.

ABSTRACT

INTRODUCTION

In the 21st Century the morbidity and mortality rate is marked by greater instances of suicide, suicidal thoughts and attempted suicide, keeping in mind that this is a multi-factored phenomenon of great impact on public health. Thoughts, tentative and suicidal acts are constituted in another factor of violence within family members, wishes have been approached with public policies of health promotion going by and hospitable attention limits.

THEME

The work presented is a result of the compilation and review of studies related to suicide, attempted suicide and suicidal thoughts, social networks and First Aid (APS), framed between 1998 and 2006 in Spanish-speaking Latin American countries, with an emphasis on Colombia. This frame delimited by keeping mind that in Latin America one can clearly identify cultural,

economic, and political aspects common to the area. APS's action model is described here in relation to the primary social networks and suicide, suicidal thoughts and attempted suicide, emphasizing the social factor as the primary facilitator of self-destructive behavior.

CONCLUSIONS

The article concludes with a description of activities directed toward reducing self-destructive behavior from First Aid to the promotion of health.

KEY WORDS:

Suicide, suicide attempts, suicidal ideation, primary health attention, social networks.

INTRODUCCIÓN

“No deseo sobrevivir a mi propio horror, y al desprecio que me inspiró el humanismo y la sensiblería utilitaria y futbolera del siglo 20”

Gonzalo Arango, “*Obra Negra*” (p. 72)

Cuando se habla de Atención Primaria en Salud (APS), se puede despertar susceptibilidades de tipo político, ya que la APS tiene que ver con estrategias y políticas públicas, sin embargo, este artículo no pretende ser un espacio de debate ideológico, sino una revisión juiciosa de la relación entre redes sociales y suicidio, en estudios realizados en los últimos 8 años esencialmente, en lengua española, con una óptica de APS.

Las transformaciones en las costumbres e imaginarios culturales de los pueblos, generan cambios en la distribución de la morbilidad y mortalidad. Es el caso del “suicidio”, que ha sufrido variaciones significativas en los últimos años. “En lo que llevamos del siglo ha habido más de cinco millones de muertes por suicidio en el mundo entero” (AIPS-OMS. 2006).¹ Esto es un millón anual, cifra más elevada que la de muertes producidas cada año por guerra y homicidio combinados.

El índice de suicidios ha aumentado un 60% a nivel mundial los últimos 50 años (Tafur, C. et al 2004).² Abordar el tema es vital, ya que, “está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo en lugar de incitarlo, provocarlo, inducirlo... reduce el riesgo de cometerlo” (Pérez Barrero 2002).³

Es necesario “conocer la forma en que las muertes por suicidio evolucionan en el país para poder interpretar la manera en que diferentes variables afectan la salud de la población” (Puentes-Rosas, E. et al. 2004).⁴ Por tanto, analizar prevalencias e incidencias, posibilita el diseño de planes que apoyen los factores protectores de la orientación de vida. Por ello estudiamos la relación entre las redes sociales primarias y la ideación, intento y acto suicida, para desde allí, como lo afirman Jiménez, A. González, C. (2003), poner en marcha

mecanismos de intervención y prevención que ayuden a reducir las consecuencias de la problemática suicida como factor precipitante de muertes y lesiones prematuras,⁵ con un modelo de Atención Primaria en Salud, APS.

Conceptualmente, se llama “intento suicida”, al acto de consecuencia no fatal, el cual el individuo realiza deliberadamente y cuyo objetivo es producir cambios cercanos a la muerte (Guibert, 2002a).⁶ La ideación suicida engloba tanto la “Idea suicida sin un método específico”, “Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado”, “Idea suicida con un método específico no planificado” como “El plan suicida o idea suicida planificada” (Pérez Barrero. 2003).⁷

La epidemiología afirma que la salud y la enfermedad no se dan de forma casual (Guibert, W. 2002a),⁸ por tanto, se deben diseñar estrategias y políticas aplicables que conduzcan no sólo a reducir los actos autodestructivos en los nodos de mayor prevalencia, sino también, a eliminar los determinantes de dicho comportamiento.

Si bien es cierto que el suicida vivencia un aislamiento social, está demostrado que éste recurre a niveles primarios de atención previamente al intento suicida. “Entre 40% y 60% de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico en el mes anterior al suicidio” (OMS. 2003),⁹ siendo mayor el porcentaje en países no desarrollados.

Los avances sustanciales en la prevención del suicidio se han alcanzado con la participación combinada de población voluntaria adiestrada, medios masivos de comunicación y personal de salud especializado, principalmente, en los niveles primarios de atención del los Sistemas de Salud. (Guibert, W. 2002b),¹⁰ lo que convierte en imperativo el diseño de estrategias de APS para la reducción del comportamiento suicida en Colombia.

TEMÁTICA

Revisando estudios de metodologías predominantemente cualitativas en el periodo 1998 a 2006 que indagan sobre conductas autodestructivas, se halla que el suicidio es un problema multifactorial, con diferentes instancias y categorías de análisis (Jiménez, A. y González, C. 2003),¹¹ destacando entre los factores asociados más relevantes los siguientes:

EDAD

Es una variable crítica. (Sánchez, O. 2003).¹² Las diferencias entre suicidios e intentos de suicidios no se limitan a los medios y se manifiestan también en la edad, ya que los menores de 29 años cometen intentos de suicidio en más alta proporción, pero es al grupo de más de 60 años al que corresponde la mayor letalidad de los actos. (Puentes-Rosas, E. et al. 2004).¹³

SEXO

Varios estudios han demostrado que se presenta mayor cantidad de suicidio en el sexo masculino que en el femenino, aunque cometen más intentos de suicidio las mujeres

(Gutiérrez, G. et al. 2001);¹⁴ aún el método empleado, varía según esta variable (Terán, D. et al. 2001).¹⁵

TRASTORNOS MENTALES

Los pacientes psiquiátricos y enfermos mentales son una población con elevado riesgo suicida (Jiménez, A. et al. 2004).¹⁶ Existe una relación significativa entre la ideación e intento suicida, con los cuadros depresivos (Lara, H 2004).¹⁷

ENFERMEDAD MÉDICA CRÓNICA

Una enfermedad física acompañada de depresión está presente en el 25% al 75% de todas las víctimas de suicidio (Gutiérrez, A. et al. 2006).¹⁸

ESTADO CIVIL

El matrimonio reforzado por hijos parece disminuir el riesgo de suicidio. (Tafur, C. et al 2004).¹⁹ Lo que implica que el fortalecimiento del núcleo social primario redunda en aumento del sentido de vida.

RED PRIMARIA

La conexión entre el comportamiento suicida y las relaciones sociales cobra importancia en razón al estrés originado ante los rápidos cambios físicos y relationales, en tanto, los tradicionales mecanismos protectores de los grupos sociales se derrumban frente a la desintegración familiar y el aislamiento, incrementando así, la desesperanza. (Guibert, W. 2002a),²⁰ que es uno de los factores altamente relacionados con el suicidio.

“El impacto psicológico y social sobre la familia no es mensurable. En promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos a otras seis personas. Si ocurre en una institución educativa o en el sitio de trabajo, tiene un impacto sobre cientos de personas.” OMS (2003).²¹ Son la progresión geométrica y la causalidad circular suicidio-red social, las que obligan a realizar avances tangibles en esta dirección.

Significativas estadísticas se han encontrado sobre el suicidio entre jóvenes cuyos núcleos familiares se caracterizan por la desintegración, violencia intrafamiliar, consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), principalmente. La incomunicación con los padres, desorganización familiar, rechazo familiar, enfrentamientos al interior del núcleo primario, poca o nula religiosidad, soledad entre otros, fueron los factores asociados al comportamiento suicida, (Fonseca, I. et al 2005).²² La familia no solo es el principal sistema de apoyo social, sino que puede desarrollar factores protectores en cuanto cumple, orienta y promociona el desarrollo psicosocial y neutraliza los factores de riesgo (Guibert, W. 2002b).²³ Son más proclives al suicidio los jóvenes que presentan “sentimientos de rechazo”, “ausencia de uno o dos de los padres”, “falta de cohesión familiar”, “capacidad de negociación limitada”, “alteraciones importantes de la funcionalidad familiar” (Castillo, O. 2001),²⁴ “malas relaciones interpersonales”, “aislamiento social” y “escaso apoyo familiar”, (Tafur, C. et al 2004).²⁵

Para Pérez, S. (2003), son factores protectores: "Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor".²⁶ El deseo de la muerte de personas cercanas, algunos suicidas lo trasladan a su propia experiencia quitándose la vida (Quintanilla-Osorio, J 2003).²⁷ Resaltando la calidad de las relaciones al interior de los grupos sociales primarios como determinantes de la conducta suicida, la misma OMS (2005) señala como primer factor psicosocial de la protección de la salud mental a la existencia de un vínculo seguro y firme.²⁸

LA FAMILIA: RED PRIMARIA

La red primaria o Familia es un sistema con tipología propia, que a su vez se compone de subsistemas en los cuales existía una dinámica y un grado de funcionalidad, con ejercicio particular de la autoridad, comunicación y límites. La dinámica familiar se constituye en fuente de salud o enfermedad. Los factores más destacados con relación a la funcionalidad familiar son la comunicación directa y los límites claros (Mendoza-Solís, L. et al 2006).²⁹

García, E. (1997), señala la importancia de implementar programas que proporcionen apoyo emocional, instrumental e informal a los padres con el objetivo de promover el desarrollo humano como vehículo para prevenir diversos problemas familiares e infantiles;³⁰ añadiendo que si se proporciona a los padres los conocimientos, habilidades y apoyos necesarios, éstos podrían responder de forma más positiva y efectiva a los hijos.

La identificación de fases del ciclo vital de la familia frente a las cuales pueden desarrollarse programas de apoyo, desde el periodo perinatal a los años escolares y de adolescencia buscando el soporte emocional, es una ayuda instrumental a la integración social (García, E. 1997).³¹

Dado que la dinámica familiar disfuncional es un aspecto crítico para la presencia de ideación o conductas suicidas, la acción de la APS debe apuntar a este núcleo social como principal objetivo, incluyendo programas que involucren y se apoyen en el entorno mismo.

SUICIDIO EN COLOMBIA

Los cronistas relatan varios episodios de suicidio individual y colectivo, tal es el caso de los indígenas tunebos en Boyacá; hombres y mujeres se lanzaron al vacío prefiriendo la muerte a la destrucción de sus redes sociales; o lo hallado por Jorge Robledo en el Valle de Aburrá cuando los nativos se colgaban ante la amenazante presencia del invasor; también los aborígenes Agataes y los Cocotes de la provincia de Vélez, se suicidaron todos de un día para otro (Roselli, D. 1994).³² En las últimas décadas se han registrado los actos suicidas de los wayuú en el Cerrejón, quienes se lanzan a las líneas del tren.

En Colombia en el 2003, un total de 17 infantes de comunidades indígenas se han suicidado, según datos del Alto Comisionado de las Nacio-

nes Unidas para los Refugiados (Cimacnoticias, 2004).³³ Muchas de las comunidades indígenas no presentaban estos comportamientos antes de tener contacto con la civilización occidental, viéndose ahora afectados en sus estructuras y redes sociales, familiares, religiosas y políticas.

Los actos suicidas en Colombia son un problema de salud pública. Durante 2004 el Instituto de Medicina Legal realizó 1817 necropsias cuya muerte probable fue el suicidio; 4 muertes por cada cien mil habitantes. Aunque existe un descenso del 6% respecto del año inmediatamente anterior, también pone en evidencia que en el país se registran 5 suicidios al día, o lo que es lo mismo, un caso fatal cada cinco horas; sin contar los intentos fallidos. (González, J. et al. 2005).³⁴ El escenario más frecuente para la realización del acto suicida es la residencia de habitación, constituyéndose en un episodio más de violencia al interior del hogar.

Existe una proporción mayor (entre 3 y 4 veces) de hombres que de mujeres en cuanto a los suicidios consumados (Posada, J. et al 2004)³⁵ y esto tiene que ver con la función que cada género cumple en el ordenamiento social. La tendencia suicida de la mujer se ve sensiblemente disminuida luego de su adulterz, en razón de su función vital dentro del núcleo primario, en roles de madre (a veces como cabeza de familia) y de abuela; en tanto los hombres muestran una tendencia contraria, un aumento sostenido hacia sus últimos años, cuando su función productiva, en nuestra sociedad, declina. (Ver gráfica 1)

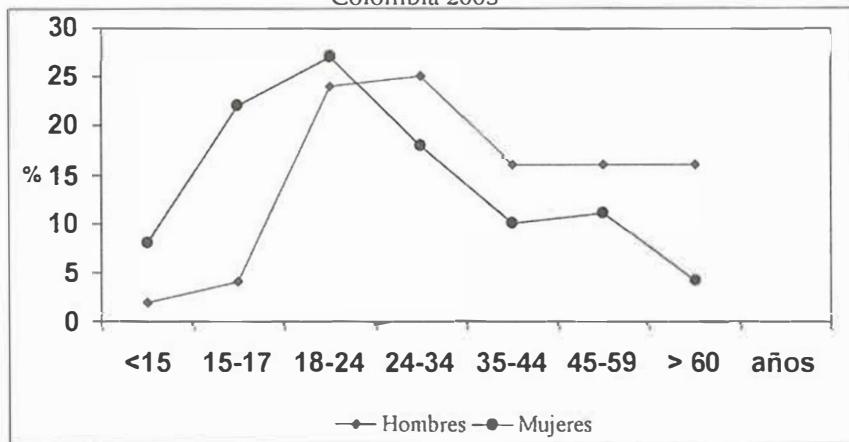
En los últimos 10 años se detectó un aumento significativo en los suicidios entre 1998 y 2000, años en que se efectuó un recorte de personal en muchas entidades estatales, afectándose la estabilidad al interior del núcleo primario y aumentando el riesgo suicida. (Ver gráfica 2)

"En las últimas décadas en Colombia, se ha observado la creciente incidencia del intento de suicidio entre adolescentes y jóvenes adultos sin una explicación clara de este fenómeno." (Campo, G. et al 2003).³⁶ En Bogotá las cifras consolidadas de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) para 2005 lo confirman. (Ver gráfica 3)

Con respecto a los estudiantes universitarios, un factor altamente correlacionado es el permanecer, solo o sola, más de ocho horas al día, y en el caso de mujeres, presentar antecedentes de violación, lo que indica que la debilidad de las redes sociales de apoyo es un factor facilitador de la conducta suicida (Sánchez, R. et. al. 2001).³⁷ Gómez, C. (2002), hace énfasis en la previa consulta médica que hace el suicida, por causa de "nervios"; asociando también la percepción de las reglas familiares como "no claras" y "punitivas", entre otras.³⁸

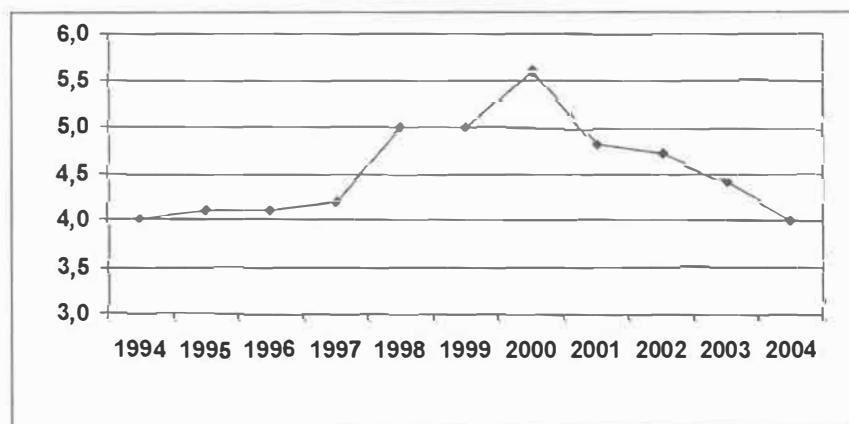
Algunos estudios se centran en los factores relacionados con el suicidio consumado, notándose poca investigación sobre la ideación e intento de suicidio (González, J. 2003),³⁹ existe un sub-registro en las cifras de intentos de suicidio por que los casos de baja letalidad no llegan a Centros de Urgencias o no son reportados en ningún nivel de atención.

Gráfica 1
Porcentaje de suicidio según edad y género,
Colombia 2003



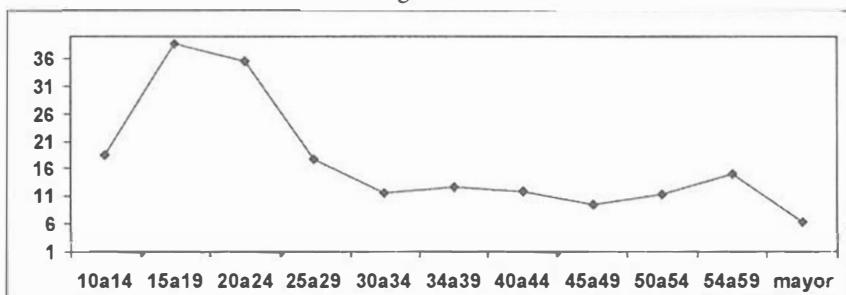
Fuente: Posada.J. Et al. 2004

Gráfica 2
Taza de suicidios por 100.000 habitantes,
Colombia 1994 a 2004



Fuente: Posada.J. Et al. 2004

Gráfica 3
 Taza de suicidios por 100.000 habitantes,
 Bogotá D. C. 2005



Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)

La APS, es una estrategia que busca afectar positivamente los determinantes de la salud mirando más allá de la responsabilidad del sector específico, y buscando la intersectorialidad y transdisciplinariedad del abordaje del proceso Salud-Enfermedad. (Esser, J. 2000).⁴⁰ La OMS, en sus 25 años, propuso redefinir la APS como “el cuidado integral de la salud para todos y por todos”;⁴¹ dado que se ha venido interpretando como atención Primitiva, mínima o básica alejándose de la idea original en inglés “Primary Care” que significa “Cuidado primordial”. Recordemos que la Salud es un concepto integral que representa el completo bienestar biosicosocial del ser humano y su medio, no solamente la ausencia de enfermedad. (Laferté, A. Laferté, L. 2000),⁴² (OMS, 2005).⁴³

El modelo APS está ligado a la búsqueda de la salud como un aspecto integral del desarrollo humano con una visión holística; buscando la participación de la comunidad y todos los sectores económicos y sociales con sentido de responsabilidad y autodeterminación. (Barcaz, E. 2002).⁴⁴ La APS representa el primer contacto entre los individuos, la familia y la comunidad, llevando, lo más cerca posible, la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyéndose en un primer proceso de la atención sanitaria. (OMS, 1978).⁴⁵

La APS, debe proveer a la población de los medios necesarios para crear entornos saludables y adoptar un estilo de vida sano; realizando además de educación y capacitación, cambios estructurales económicos y sociales para favorecer la salud mental, en caso de requerirse; recordando que la salud se afecta con la enfermedad, pero no se reduce a la cura de la misma.

Cuba desarrolló en el siglo XX el modelo de APS a partir del “Policlínico Comunitario” dando paso al concepto de “Médico y Enfermera de Familia”. En el siglo XXI, algunos países suramericanos adoptan el modelo de APS; el primero, en Venezuela, conocido como “Barrio Adentro” procura pasar de una medicina

asistencialista a una medicina social y participativa, como señala Maybarduk, P. (2004) *"But the government's must ambitious vision lie ahead, in the consolidation of and effective primary care network"*,⁴⁶ siendo de vital importancia en este modelo, el tejido de una red que fortalezca positivamente los determinantes de la salud. El segundo fue trazado en la ciudad de Bogotá en 2004 y denominado "Salud a su Hogar", su fin es afectar de manera positiva el proceso salud-enfermedad y fortalecer el ejercicio de ciudadanía en salud, entre otros (Alcaldía Mayor de Bogotá 2005).⁴⁷ En este último, un año después y luego de determinar áreas donde las características de calidad de vida eran homogéneas, denominadas "Zonas de condiciones de calidad de vida y salud" (ZCCVS), se identifican en algunas de ellas mayor vulnerabilidad social.

La caracterización de estos territorios muestra altos niveles de hacinamiento y malnutrición, que facilitan el maltrato y abuso; también se detecta un alto porcentaje de menores solos o en condiciones informales de trabajo (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2005).⁴⁸ Las anteriores condiciones, se han identificado como facilitadoras de las conductas autodestructivas, pero resolver dichas condiciones no es responsabilidad exclusiva del sector salud.

CRITERIOS DE APS

ASIS. El Análisis de la Situación de Salud, ASIS, constituye el primer paso de la APS, con el cual se identifican las características socio-psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales, que inciden en la salud de la población (Pría, M. et al. 2006),⁴⁹ para desarrollar una planificación interdisciplinaria estratégica en busca de atender el proceso Salud-Enfermedad.

COSTO. *"Primary care is cheaper, because you avoid more complicated health problems"* (Maybarduk, P. 2004).⁵⁰ Dice Maybarduk que la Atención primaria es más barata y evita mayores complicaciones en salud; pero siendo APS una estrategia que reduce costos, Colombia camina en sentido contrario, dado que la privatización del sistema de seguridad, genera exclusión tanto de franjas de población como de patologías, aislando a las comunidades de los prestadores.

COBERTURA UNIVERSAL. La APS, busca cobertura total de la población, tomando la familia como su unidad básica. Sin embargo, en los países en desarrollo la mayoría de las personas con trastornos mentales son abandonadas a su suerte. Mas del 90% de estos países no tienen una política de salud mental que incluya a niños y adolescentes. En los países donde existen planes de seguro, frecuentemente estos no cubren los trastornos mentales y de la conducta, en el mismo grado que otras enfermedades (OMS, 2004).⁵¹ La pobreza puede considerarse un determinante importante de los trastornos mentales dado que *"existe evidencia científica que la depresión prevalece 1,5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población"* (OMS,

2004).⁵² Por ello, afirmamos que en Colombia el sistema de atención en salud mental del Plan Obligatorio de Salud (POS), no es universal, pues es en extremo reducido y genera exclusión de una gran franja de la población, incidiendo en el crecimiento de trastornos mentales. El Plan de Atención Básica (PAB), prevee acciones de promoción, prevención y vigilancia de la salud pública, pero se observa desarticulación en varios niveles y en especial, en Salud Mental (SM), cayendo reiteradamente en interpretar la atención primaria como "atención mínima a patologías".

INTEGRALIDAD. La APS se apoya en la medicina familiar buscando la integralidad, que parte de la identificación de las necesidades de las poblaciones en los diversos territorios, estableciendo contacto directo con los núcleos sociales en su contexto e inventariando todos los determinantes de la salud y, permitiendo ordenar la atención en redes con enfoque promocional de salud (Alcaldía Mayor de Bogotá 2005).⁵³

LONGITUDINALIDAD. Es la continuidad del agente de salud, para lo cual se debe buscar la estabilidad de los funcionarios en el nivel primario, cualidad de la que carece el Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia (SGSSS).

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

El suicidio es el punto más visible de un conjunto de factores que varían asociando a aspectos económicos, conflictos familiares, desintegración social, baja identificación y atención oportuna a los problemas de salud mental.

Dado que las variables comunes con significativa predicción frente a la conducta e ideación suicida son: presencia manifiesta de respuestas de tipo agresivo hacia la familia (González-Fortaleza, C. et. al. 1998),⁵⁴ dificultades en la comunicación y, la imposición de reglas al interior, del núcleo primario con criterios poco claros, es necesario desarrollar acciones universales en salud que diagnostiquen el estado de la dinámica familiar. Estas acciones deben estar antecedidas por el diseño y validación de instrumentos diagnósticos que sirvan de herramienta, tanto al promotor de salud, los enfermeros y personal médico, como a los dinamizadores sociales de la comunidad.

Los instrumentos deben alertar sobre la probabilidad de maltrato o de violencia familiar, expectativas inadecuadas acerca de las exigencias del cuidado infantil, pobreza en el control de impulsos, factores estresantes (desempleo, crisis de pareja, entre otros), actitudes de familiares o amistades que aprueben la violencia, consumo de SPA (legales o ilegales); buscando mejorar la comprensión de los padres sobre el temperamento infantil, identificando a los familiares sobre los cuales puedan apoyarse para la crianza, brindando alternativas con redes o servicios formales. (García, E. 1997).⁵⁵

Una vez realizada la evaluación de la dinámica familiar basada en visitas al hogar debe darse continuidad, facilitando a los núcleos en riesgo espacios que posibiliten el desarrollo de habilidades para la vida, bien sea

a nivel de pequeños grupos familiares, o en espacios institucionales de la localidad, teniendo en cuenta el contexto y ámbito de cada territorio.

Cuando hablamos de salud, el éxito del médico está no solo en formular, sino en la capacidad de comprender e interpretar los significados del lenguaje de sus pacientes, dado que los sentimientos de una persona suicida son usualmente una tríada de desamparo, desesperanza y desespero (OMS, 2003).⁵⁶ Tener en cuenta el contexto biosicosocial, las percepciones y sentimientos del consultante, puede ayudar a leer la desesperanza asociada al comportamiento suicida en la expresión individual. Lo anterior, no es posible, si prevalece en Colombia el modelo que estima la salud como un "servicio" y al consultante como un "cliente", reduciendo su atención a unos pocos minutos durante los cuales se aplica estándares de talla y peso, entre otros, y le formulan algunos medicamentos del POS. En otras palabras: se debe pasar del palacio de la enfermedad al hogar de la salud (Díaz, J. Gallego, B. 2004).⁵⁷

CONCLUSIONES

1. En Colombia el suicidio es un problema de salud pública ante el cual, el Sistema de Seguridad Social en Salud debe implementar en el ámbito de la red primaria estrategias de intervención comunitaria y diagnóstico temprano, tanto de factores predisponentes como de reforzadores y facilitantes de la conducta autodestructiva.
2. Es recomendable priorizar los modelos de medicina inspirados en la APS que tengan características de continuidad, integralidad y longitudinalidad sobre la atención hospitalaria episódica, haciendo énfasis en el diagnóstico de la dinámica familiar.
3. Se hace necesario adelantar estudios tendientes a desarrollar y consolidar un capítulo de Salud Mental que se incluya en los Planes Obligatorios de Salud. La investigación epidemiológica enriquecería este capítulo, ayudando a detectar los nodos geográficos y sociales en donde la conducta autodestructiva pueda ser altamente significativa, para aplicar allí instrumentos validados que den cuenta del estado de la red primaria en dichos nodos. Los datos arrojados pueden complementarse con estudios cuantitativos y cualitativos de las autopsias psicológicas.
4. Incluir, como parte del PAB, la formación en habilidades para la vida en los nodos de mayor incidencia suicida, en el campo de afrontamiento, comunicación asertiva y concertación, que tienden a fortalecer la opción de vida.
5. Implementar programas basados en visitas al hogar que pueden reducir el estrés en la familia; desarrollar habilidades parentales y optimizar los recursos disponibles en su propio entorno, disminuyendo oportunidades de conductas autodestructivas en los hijos.

6. Acompañar los planes de reestructuración administrativa que generan pérdida del empleo, con estrategias preventivas de Salud Mental, reducirá el riesgo suicida.
7. Debe considerarse a la familia como unidad de atención, pues ella es fuente de salud o enfermedad.
8. Debe realizarse un seguimiento periódico a los casos de violación sexual, e integrarlos al Plan Obligatorio de Salud, articulándolo en lo posible, al sistema educativo.
9. El sistema educativo debe desarrollar estrategias de diagnóstico de la dinámica familiar de los alumnos, identificando aislamiento social y disfuncionalidad familiar; institucionalizando, en los Proyectos Educativos, espacios de expresión de sentimientos y habilidades en manejo emocional.
10. Es recomendable abrir espacios donde los jóvenes puedan desarrollar actividades extra-familiares que les permitan minimizar las dificultades que puedan tener en el núcleo primario.
11. Capacitar al personal de los niveles primarios de atención en detección temprana de factores claramente asociados al suicidio y en casos de consulta por "nervios".

REFERENCIAS

1. Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio IAPS – OMS, Más conocimiento más esperanza. *Revista Sanidad Militar México*. 2006; Vol. 60 (5): 341-345
2. Tafur, C. DE Freitas, A. García, E. Alonso, A. Tineo, C. Intento de suicidio y sus aspectos epidemiológicos *Informe Médico*. 2004; Vol. 6. N° 12 : 527-536
3. Pérez, S. *La adolescencia y el comportamiento suicida*. 1ra Ed. La Habana; Ediciones Bayamón 2003.
4. Puentes-Rosas, E. López-Nieto, L. Martínez-Monrroy, T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Revista de la Organización Panamericana de la Salud OPS*. 2004; Vol.16 N° 2:102-109
5. Jiménez, A. González, C. Veinticinco años de investigación sobre el suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*. 2003; Vol. 26 N° 6: 36-46
6. Guibert, W. *El suicidio: Un tema complejo e íntimo*. 1^a ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002a.
7. Pérez, S. Op. Cit. 2003.
8. Guibert, W. Op. Cit. 2002a.
9. Organización Mundial de la Salud. OMS. Prevención del Suicidio. Un instrumento para médicos generales. OPS Colombia. 2003.
10. Guibert, W. La promoción de salud ante el suicidio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2002b. N° 18: 33-45

11. Jiménez, A. González, C. Op. Cit. 2003.
12. Sánchez, O. Comprensión del suicidio del adolescente a través de conceptos del desarrollo. *Acta Pediátrica*. 2003. Vol. 4. Nº 5: 312-316
13. Puentes-Rosas, E. López-Nieto, L. Martínez-Monroy, T. Op. Cit. 2004.
14. Gutiérrez, G. Gil, I. Jiménez, V. Lugo, B. Suicidio en la tercera edad, un problema comunitario. *Revista Cubana Higiene epidemiológica*. 2001; Vol. 39. Nº 2: 147-151
15. Terán, D. Experiencia en atención reinternos suicidas en un hospital privado de la ciudad de México. *Revista de Salud Pública*. 2005; Vol. 45 Nº 6: 427-428
16. Jiménez, A. Ibarra, C. Peñalosa, L. Díaz, JL. El suicidio en instituciones psiquiátricas. Descripción de dos casos. MedUNAB. 2004; Vol. 7: 140-143
17. Lara, H. Depresión mayor y suicidio en un hospital general de tercer nivel del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado. Un estudio de tres años. *Revista Neurología, neurocirugía y psiquiatría*. 2004; Vol. 37 Nº 2: 68-72
18. Gutiérrez, A. Contreras, C. Orozco, M. El suicidio, conceptos actuales. *Revista-Salud Mental*, México. 2006; Vol. 29 Nº 5: 66-74
19. Tafur, C. De Freitas, A. García, E. Alonso, A. Tineo, C. 2004; Op. Cit.
20. Guibert, W. Op. Cit. 2002a
21. Organización Mundial de la Salud, OMS. Op. Cit. 2003.
22. Fonseca, I. Gómez, N. Padilla, J. Pérez, M. Vásquez, E. Diagnóstico de depresión con la escala de Birlenson en adolescentes con intentos de suicidio y sanos. *Boletín Clínico Infantil del Estado de Sonora*. 2005; Vol. 22 No. 2: 107-118
23. Guibert, W. Op. Cit. 2002b.
24. Castillo, O. Intento de suicidio en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar. *Archivos en Medicina Familiar*. 2001; Vol. 3 Nº 2: 33-39
25. Tafur, C. De Freitas, A. García, E. Alonso, A. Tineo, C. Op. Cit. 2004.
26. Pérez, S. Op. Cit. 2003.
27. Quintanilla-Osorio, J. El suicidio como una forma de venganza. *Revista. Biomédica*. 2003; Vol. 14 Nº 3: 211
28. Organización mundial de la Salud OMS, Invertir en Salud Mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS, Ginebra.2004.
29. Mendoza-Solís, L. Soler, E. Sainz, L. Gil, I. Mendoza, H. Pérez, C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en medicina familiar*. 2006; Vol. 8 Nº 1: 27-32
30. García, E. *El apoyo social en la intervención Comunitaria*. Barcelona: Ediciones Paidos; 1997.
31. García, E. Op. Cit. 1997.
32. Roselli, D. Historia del suicidio en Colombia. 1994; (Documento HTM). URL. En: <http://www.encolombia.com/medicina/materialdeconsultatensionetro94/htm>.
33. Cimacnoticias 2004; (Documento HTM). En: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/04jul/04070702.html>.
34. González, J. Hernández, H. Bohórquez, M. Espinosa, J. López, L. Pareja, L. Sán-

- chez, A. Suicidio y niñez: Factores relacionados con el suicidio en mujeres Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses CRNV. 2005; (Documento PDF). URL. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/suicidio.pdf>
35. Posada, J. Rodríguez, M. Cárdenas, S. *Violencia, Psique y Capital Social, un aporte desde el estudio de salud mental, Colombia* 2003. Bogotá. Fundación Saldarriaga Concha. 2004.
36. Campo, G. Roa, J. Pérez, A. Salazar, O. Piragauta, A. López, L. Ramírez, C. Intentos de suicidio en menores de 14 años en el Hospital Universitario de Valle-Cali. *Colombia Médica*. 2003; Vol. 34 Nº 1: 9-16
37. Sánchez, R. Calvo, J. Tejada, P. Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista de Salud Pública*. 2003; Vol. 5 Nº 2: 123-143.
38. Gómez, C. Rodríguez, N. Bohórquez, A. Diazgranados, N. Ospina, M. Fernández, C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2002; Vol. 31 Nº 4: 271-286
39. González, J. Ideación Intento y Suicidio en Bogotá. Bogotá. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Gobierno. 2003.
40. Esser, J. La transdisciplinariedad compleja como referente teórico para el abordaje del proceso Salud-Enfermedad. *Revista Investigación en Salud*. 2005; Vol. 7 Nº 1: 24-27
41. Alcaldía Mayor de Bogotá. Salud a su Hogar. Un modelo de atención primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. 2004
42. Laferté, A. Laferté, L. Comportamiento del suicidio en la Ciudad de la Habana, Intervención de enfermería en Atención Primaria en Salud. *Revista Cubana de Enfermería*. 2000; Vol. 16 Nº 2: 78-87
43. Organización Mundial de la Salud OMS. Op. Cit. 2004.
44. Barcáz, E. Estrategia de comunicación social para la Atención Primaria en Salud, en la provincia de Las Tunas. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*. 2002; Vol. 16. Nº 1: 19-36
45. Organización Mundial de la Salud, UNICEF, atención primaria a la salud. Alma Ata, UNICEF, URSS, 1978.
46. Maybarduk, P. A People's health system; Venezuela works to bring healthcare to excluded. *Medicine and Markets, Multinational Monitor*, October 2004.
47. Alcaldía Mayor de Bogotá. Salud a su Hogar: en cifras y hechos. Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. 2005
48. Alcaldía Mayor de Bogotá. Op. Cit. 2005
49. Pría, M. Louro, I. Fariñas, A. Gómez, H. Segredo, A. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en atención primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2006; Vol. 22 (3)
50. Maybarduk, P. Op. Cit. 2004.
51. Organización Mundial de la Salud. OMS, Op. Cit. 2004.
52. Organización Mundial de la Salud. OMS, Op. Cit. 2004.
53. Alcaldía Mayor de Bogotá. Balance de Salud a su Hogar. Bogotá Secretaría Distrital de Salud 2005 (Documento PDF). URL. En: http://www.fundacioncorona.org.co/descargas/PDF_publicaciones/salud/bogota_como_vamos_salud_a_su_hogar_15_11_05.pdf

54. González-Fortaleza, C. Guadalupe, G. Ángel, M. Medina, M. Indicadores Psicosociales predotores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios *Revista Salud Pública* 1998; Vol.21 Nº 3. p.1-9 (Documento HTM). URL. En: <http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=Ith&an=3748271&l>
55. García, E. Op. Cit. 1997.
56. Organización Mundial de la Salud. OMS. Op. Cit. 2003
57. Díaz, J. Gallego, B. Algunas ideas sobre la Atención Primaria y médico de familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2004; Vol. 20 Nº 5-6

