

Intersectorialidad y suicidio

Intersectoriality and suicide

Idalberto Aguilar Hernández

Especialista de II grado en Medicina General Integral y de II grado en Organización y Administración de Salud. Investigador Auxiliar. Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de Salud. Facultad de Medicina de la Universidad Katyavala Bwila. República de Angola.

RESUMEN

Las estimaciones realizadas indican que en el 2020 las muertes por suicidio podrían ascender a 1,5 millones. Provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos valorados en miles de millones de dólares. La intersectorialidad se ha convertido en un paradigma esencial para la producción social de la salud y por consiguiente para el progreso de la salud pública. Se considera oportuno exponer algunas consideraciones sobre el proceso de inserción de la intersectorialidad en este daño para la salud. Se concluye que el suicidio al ser prevenible merece de la gestión de acciones unas ya conocidas y otras de ámbito investigativo que disminuyan este flagelo para la humanidad.

Palabras clave: suicidio, intersectorialidad, salud pública.

ABSTRACT

Estimates suggest that in 2020 suicide deaths could rise to 1.5 million. It causes nearly half of all violent deaths and resulting in nearly one million victims a year, in addition to economic costs valued at billions of dollars. Intersectoriality has become an essential paradigm for the social production of health and therefore for the advancement of public health. It is considered appropriate to expose some considerations on the process of inserting intersectoriality in this damage to health. It is concludes that since suicide is preventable it deserves management actions some already known and those of the investigative field that reduce this scourge to humanity.

Key words: suicide, intersectoriality, public health.

INTRODUCCIÓN

Cada lustro, el 10 de septiembre, se conmemora el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, organizado gracias a la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) para llamar la atención sobre el problema y preconizar la adopción de medidas a nivel mundial.¹

Las estimaciones realizadas indican que en el 2020 las muertes por suicidio podrían ascender a 1,5 millones. Provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares.²

En Cuba más de las $\frac{3}{4}$ partes de los fallecidos se relacionan con las enfermedades no transmisibles (ENT) y otros daños a la salud, entre los que se encuentra el suicidio que se ha convertido en un daño importante a la salud, siendo nuestro país el de más alta tasa en América Latina en el año 2005.³

Las lesiones autoinfligidas intencionalmente en el año 2011 y 2012 ocuparon la novena causa de las muertes de todas las edades con tasas de 13,6 y 13,2 por 100 000 habitantes respectivamente.³ Por otra parte, la intersectorialidad se ha convertido en un paradigma esencial para la producción social de la salud y por consiguiente para el progreso de la Salud Pública.

La experiencia de Cuba en este sentido demuestra que complejos problemas de salud como el suicidio, difícilmente puedan ser resueltos por acciones exclusivas del sector de la salud, independientemente de la voluntad política y los recursos que posea este sector; es necesaria la acción coordinada de instituciones representativas de más de un sector social.

Los resultados en la acción intersectorial se incrementan con la descentralización de estas acciones y su aproximación al ámbito local y comunitario donde los sectores cuentan con el poder y libertad de gestión suficiente para detectar y enfrentar conjuntamente los problemas.⁴

Teniendo en cuenta los grandes retos actuales que enfrenta la Salud Pública en la prevención de la conducta suicida y dentro de ella las lesiones autoinfligidas, considero oportuno exponer algunas consideraciones sobre el proceso de inserción de la intersectorialidad para tratar este daño a la salud.

La estrategia utilizada para la revisión bibliográfica se basó en la búsqueda de trabajos originales, artículos de revisión, monografías, guías de práctica clínica y libros de texto en español e inglés de los últimos 10 años, teniendo en cuenta que, la temática estudiada alcanzó su máximo desarrollo en estos años.

Para realización de las búsquedas bibliográficas se utilizaron las bases de datos MEDLINE, ESBCO, PUDMED, HINARI y en revisiones de sitios Web de reconocido prestigio científico. La base de datos CUMED y LILACS sirvió para la revisión del tema en las revistas médicas nacionales y el portal cubano INFOMED permitió acceder a libros de autores cubanos sobre el tema.

DESARROLLO

Intersectorialidad en la Salud Pública Cubana

La integridad del Sistema de Salud Cubano en todos estos años ha permitido que los diferentes niveles de atención médica en su interrelación, se complementen con la participación social y comunitaria,⁵ donde los seres humanos y las familias son sujetos y objetos del sistema de salud.

La atención se dirige a las personas, la familia y la comunidad en el medio social en que viven siendo en estos casos la promoción y la prevención de la salud, premisa de actuación del capital humano extendiéndose a otros sectores de la sociedad y la economía.

La Salud Pública cubana defiende el paradigma biosicosocial, integral y global, donde la salud es un valor que hay que cuidar y es una resultante de un proceso complejo que se construye entre todos.⁶ Las acciones intersectoriales se desarrollan en Cuba para resolver problemas de salud desde el inicio de la etapa revolucionaria en el año 1959.

La creación del Servicio Médico Rural en la década del 60 con la instrucción e incorporación de empíricos como trabajadores a unidades de salud,⁷ la realización de actividades de promoción y educación para la salud encaminadas a resolver problemas derivados de los cambios epidemiológicos hacia las enfermedades no transmisibles en la década del 80,⁸ la creación en la década del 90 de los Consejos de Salud⁹ y por último la constitución de la Comisión Nacional de Salud y Calidad de Vida en la década del 2000,¹⁰ evidencia la importancia creciente que tienen las acciones intersectoriales en la Salud Pública cubana.

Para favorecer la acción intersectorial y su descentralización se crean en Cuba los Consejos de Salud, estructura orgánica desde el nivel local hasta el nacional.¹¹ Entre las variantes que existen en la práctica intersectorial en la Salud Pública Cubana se encuentra la colaboración de la comunidad en la ejecución de pesquisas de carácter masivo, la creación del Grupo Operativo de Gobierno para la lucha contra el SIDA, la creación de salas de análisis y calidad de vida y la creación del Grupo Operativo de Salud Mental y Adicciones (GOSMA) en el Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP).

En Cuba existen una serie de condiciones previas implícitas en el propio proceso de desarrollo social que favorecen el desarrollo de la intersectorialidad. Entre estas tenemos: Voluntad política, Sistema Nacional de Salud único, Comisión de salud del pueblo, Descentralización del sector salud, Modelo de medicina comunitario, Programas de salud y calidad de vida, Proyectos de desarrollo local, provincial y nacional y la Base legal y programática.

El suicidio, un problema de salud pública enorme pero prevenible

A escala global, el suicidio representa el 1,4 % de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la región del Pacífico occidental representa el 2,5 % de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades.²

Entre los países que informan sobre las incidencias de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas en América Latina² los países musulmanes y algunos asiáticos.² Se dispone de poca información en los países africanos.

Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales.²

Algunos autores consideran que esta conducta viene determinada por un gran número de causas complejas tales como: la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos y laborales, entre otros.²

Los antecedentes familiares de suicidio así como el abuso del alcohol y estupefacientes, los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales como la esquizofrenia y la depresión tienen también gran influencia en la aparición de este daño a la salud. Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante pueden incrementar el riesgo de suicidio.²

Es importante reconocer que el suicidio se puede evitar. Entre los factores de protección contra esta conducta está una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales. La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva.²

Asimismo, existen datos que demuestran que la formación del personal de atención primaria en la identificación y el tratamiento de las personas con trastornos del estado de ánimo puede hacer disminuir los suicidios entre los grupos de riesgo.²

Las intervenciones basadas en el principio de conexión social y el fácil acceso a la ayuda como las líneas de ayuda, han tenido resultados alentadores. Otras como las de tipo psicosocial, los centros de prevención y la prevención escolar son todas ellas estrategias prometedoras.²

Comportamiento suicida: dimensión del problema, lo que hacemos y lo que falta por hacer.

El suicidio y las tentativas de suicidio tienen serias consecuencias emocionales para las familias y amigos. La carga del sufrimiento por suicidio puede tener un impacto emocional profundo y duradero para los miembros de las familias. Es común encontrarse en ellas miembros con angustia, preocupación, temerosidad y sentido de culpa de no prevenir futuros intentos.

Los resultados de la investigación sobre el comportamiento suicida llevados a cabo hasta el momento evidencian que este comportamiento constituye un problema complejo, multicausal.² A pesar del avance en el conocimiento de las causas y las consecuencias de estos comportamientos, nuestra comprensión científica de lo que funciona mejor para la prevención del suicidio está relativamente limitada.

Sin embargo, esta complejidad no implica que ignoremos las razones por las cuales las personas se suicidan ni cómo reducir dicho comportamiento de los individuos o de una sociedad en particular. Estas investigaciones nos han permitido adquirir el conocimiento científico de cómo establecer los programas de prevención eficaces.

Uno de los grandes desafíos de este siglo consiste en aplicar y traducir la comprensión de los motivos que empujan a las personas a quitarse la vida en estrategias, políticas, programas y servicios eficaces en la reducción tanto de los intentos como de pérdidas trágicas de vidas, y los efectos devastadores de estos comportamientos suicidas.

Sería prematuro señalar un remedio eficaz contra este mal; sin embargo, los conocimientos actuales derivan a las realizaciones de diferentes acciones preventivas entre las que citamos:

1. *Formar recursos humanos.* Reconocer, tratar y curar óptimamente la depresión y estos comportamientos.
2. *Restringir el acceso a los medios letales.* Reducción del acceso al gas doméstico, plaguicidas, posesión de armas de fuego, prescripciones de medicamentos inseguras, etc.
3. *Educación sanitaria a actores sociales y redes sociales.* Uso de programas que ponen énfasis en el aumento de competencias de actores comunitarios, sociales tanto en la mejora organizacional como institucional.
4. *Dispensar ayuda en situaciones de crisis.* Líneas de ayuda telefónicas, centro de crisis y servicios de ayuda digital.
5. *Programas de diagnóstico.* Programas que diagnostiquen el riesgo de suicidio y de enfermedades mentales.
6. *Mejora de los tratamientos y la gestión de salud mental.* Tratamiento eficaz de la enfermedad mental, el seguimiento y la ayuda a largo plazo. Uso adecuado de terapias comportamentales y psicológicas.
7. *Medidas de postvención.* Necesidad de seguimiento después de tentativas.
8. *Cobertura mediática del suicidio.* Ciertas formas de presentar el suicidio en los medios, parecen precipitar esta conducta. Se hace necesario establecer líneas directrices de cómo presentar este tema con una cobertura responsable y sensata.

Estas acciones de prevención coordinadas a través del sector de la salud con otras instituciones representativas de más de un sector social, tienen vital importancia para el logro de una necesaria respuesta social organizada.

Prevención del suicidio. ¿Quién puede ayudar?

Para ser eficaz la prevención del suicidio necesita una aproximación intersectorial que presente múltiples facetas, tomando en cuenta diversas causas y las diferentes rutas que llevan a los comportamientos suicidas.

Pueden estar implicados profesionales de salud, voluntarios, investigadores, las familias, amigos, afectados por comportamientos suicidas, personas que trabajen en redes de apoyo social de ayuda a la salud, incluyendo dirigentes de nivel local y central.

Se hace necesario que a este equipo de trabajo multidisciplinario se integren personal de educación, justicia, entidades religiosas, la política y los medios de difusión televisivos y radiales.

a) Prevención y promoción de la salud mental en el contexto escolar

A pesar de los estudios realizados, todavía la incidencia de la conducta suicida en la etapa de la adolescencia y la juventud es alta, lo que no ha dejado de ser un problema social.¹²

En Colombia ha desarrollado estrategias de intervención educativas a través del programa "Salud al colegio" con el objetivo de capacitar docentes que repliquen estas acciones para fortalecer la visión de futuro y el sentido de perseverancia, la tolerancia a la frustración y la tolerancia al rechazo.¹³

La institución docente, tiene el encargo de centralizar las influencias sociales de manera intencional y con un carácter profesional especializado, de aquí que la prevención ligada al aprendizaje, no se puede ver como una carga, más bien como un vía capaz de hacer fortalecer la vida misma de cada individuo y pueda contribuir a su desarrollo físico y emocional.^{14,15}

Evidenciar la problemática suicida en la población escolar y su tendencia creciente compromete a las autoridades escolares y de salud a la búsqueda de una atención adecuada. Para ello se deben considerar las características propias del contexto escolar y reconocer los recursos y limitaciones para actuar al respecto.

La práctica pedagógica ha demostrado que existen un conjunto de limitaciones que atentan contra la buena calidad y equilibrio emocional de los estudiantes, estas son:

Existencia de mitos en el contexto pedagógico y fuera de este con respecto al suicidio y su conducta, lo que implica que la actividad de prevención sea altamente efectiva, insuficientes conocimientos por docentes y directivos de las escuelas, con respecto a las características esenciales en la prevención de la conducta suicida, ausencia en el sistema de trabajo de las escuelas, la función de control y seguimiento de alumnos con factores precipitantes de índole familiar de presentar esta conducta y carencia de preparación del consejo de escuela para apoyar al centro en la actividad preventiva.¹⁶

b) Modelos de intervenciones comunitarias.

La revisión de trabajos previos así como de publicaciones científicas ha permitido conocer que existen, en el mundo y particularmente en América Latina, modelos de intervención comunitaria.¹⁷

En la experiencia de campo en la región de la Araucanía⁸ se muestra que el estilo predominante en muchas organizaciones comunitarias es el uso del modelo con empoderamiento comunitario. Consiste este en un proceso de formación y acompañamiento de líderes y organizaciones para el ejercicio de un liderazgo democrático.

Otros modelos empleados para las intervenciones comunitarias son:

- Modelo de Creencia en Salud de Irwin M. Rosentock: basado en la percepción del riesgo, de la amenaza percibida y de los beneficios esperados.
- Modelo Transteórico y de los Estadios de Cambio de James O. Pochaska: que propicia el cambio de conducta por el desarrollo de determinadas etapas.
- Modelo Conciencia de la Salud de Rosentock y Becker: con el que se propone un cambio conductual mediante el convencimiento y la razón y no por simple imitación.
- Modelo de Aprendizaje “Teoría del Aprendizaje Social” de Bandura: que estipula un cambio de conducta mediante la relación individuo-entorno.¹⁹

En los modelos analizados el autor considera que se hace poco énfasis en la elaboración de herramientas y métodos adecuados para su aplicación, dejando al criterio del interventor la forma de garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Anselma Betancourt en el 2010 consideró que, más que aplicar un modelo específico, es más importante considerar las perspectivas de todos en la conformación de un modelo unificado que responda a las demandas de las situaciones comunitarias diagnosticadas.¹⁹

El sector salud de Cuba es un ejemplo para el mundo por sus indicadores de salud a pesar de ser un país en desarrollo y bloqueado sistemáticamente por los Estados Unidos. Este sector, a través de sus constantes estrategias, engloba acciones con participación intersectorial que lo hace merecedor de un reconocimiento internacional.

No obstante a ello considero oportuno destacar que la intersectorialidad en salud y específicamente para la salud mental y dentro de ella en la prevención del suicidio, requiere de potenciar la capacitación de directivos, asignación de tareas específicas a los diferentes sectores, evaluar sistemáticamente el funcionamiento de los Centros Comunitarios de Salud Mental así como responsabilizar adecuadamente en cada nivel los evaluadores del programa.

Para enfrentar problemas de esta magnitud se requiere de una capacidad de respuesta superior enfatizando en la población acciones capacitantes como la percepción del riesgo y autorresponsabilidad, así como intervenciones organizacionales que modifiquen los procesos y se puedan exhibir los indicadores de salud de excelencia.

Emerge, de este análisis la necesidad de considerar un diseño de intervención comunitaria que parta de las necesidades diagnosticadas, la movilización de motivaciones desde la interface entre los profesionales de la salud y la población, el desarrollo de técnicas cualitativas (muy poco usadas en el sector de la salud en Cuba) y la evaluación de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [citado 20 ago 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
2. Espinosa Javier J, Blum Grynberg B, Romero Mendoza MP. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. Salud Ment [Internet]. 2009 ago [citado 2013 dic 19];32(4). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400007&lng=es.
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2012 [Internet]. La Habana; 2013 [citado 2013 Dic 19]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf
4. IASP. Día Mundial de Prevención del suicidio. Rev Sanid Milit Mex [Internet]. 2006 [citado 2013 dic 9];60(5). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2006/sm065h.pdf>
5. Castell-Florit Serrate P. Intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.
6. Ruiz Hernández JR. Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana: una propuesta de periodicidad. Cuad Hist salud Pública [Internet]. 2006 [citado 2013 dic 9];9. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/his_99/his1599.htm
7. Castell-Florit Serrate P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 jun [citado 2013 Dic 19];33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009&lng=es.
8. Rojas Ochoa F. La atención primaria de salud en cuba, 1959-1984. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2005 [citado 2013 dic 19];31(2). Disponible en : http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/spu12205.htm
9. Presno Labrador C. El médico de familia en Cuba. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2006 [citado 2013 Dic 19];22(1) .Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi15106.htm
10. Castanedo Rojas I, Ochoa Soto R, Terry González S. Municipios por la salud. En: Ochoa Sotos R, editor. Promoción de Salud. La Habana: CNPES; 1997. p.30-7.
11. Castell-Florit Serrate P. Intersectorialidad en Cuba, su expresión a nivel global y local. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
12. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Rodríguez Salvia A, Bonet Gorbeal M. Voluntad política y acción intersectorial: premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2007 [citado 2013 dic 19];45(3) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v45n3/hie07307.pdf>.

13. Psicología online [Internet]. Valencia: Clínica Psicológica V. Mars; 2011 [citado 2013 dic 19]. Disponible en : www.psicologia-online.com/articulos/2011/02/prevencion-escolar-de-la-conducta-suicida.shtml
14. Aja Eslava L. Intervenciones “FLASH” en prevención de riesgo de suicidio. Boletín Electrónica de Salud Escolar [Internet]. 2012 [citado 2013 dic 19];3(8). Disponible en: www.tipica.org/index.php?option=com_content&view=article&id=171&Itemid=11
15. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional [Internet]. Ginebra: OMS; 2001 [citado 2013 Dic 19]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
16. Barrero Pérez SA. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?. Revista Futuros [Internet]. 2003 [citado 2013 Dic 19];9(3). Disponible en: http://www.revistafuturos.info/futuros14/suicidio_adoles1.htm
17. OPS/OMS. Los proyectos locales de promoción de la salud. Nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública. Washington: OPS. Serie Desarrollo de la Representación OPS/OMS en Cuba [Internet]. 1995 [citado 2008 May 14];(19). Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Ra5L_8OtVGcJ:www.paho.org/cub/index.php%3Fgid%3D63%26option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download+&cd=1&hl=es&ct=clnk
18. Zambrano A, Le Blanc L. Evaluación de necesidades y recursos para la implementación de una estrategia de formación y acompañamiento de líderes interesados en la prevención comunitaria de la drogodependencia. Ponencia presentada en la 2^{da} International Conference on Community Psychology, Lisboa: Conference on Community Psychology; 2008.
19. Zambrano A, Bustamante G, García M. Trayectorias organizacionales y empoderamiento comunitario: un análisis de interfaz en dos localidades de la Región de la Araucanía. Psykhe [Internet]. 2009 nov [citado 4 sep 2009];18(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282009000200005

Recibido: 23 de septiembre de 2013.

Aprobado: 30 de octubre de 2013.

Idalberto Aguilar Hernández. Especialista de II grado en Medicina General Integral y de II grado en Organización y Administración de Salud. Investigador Auxiliar. Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de Salud. Facultad de Medicina de la Universidad Katyavala Bwila. República de Angola. E-mail: idalberto1972@gmail.com