



1999 – 2006: SIETE AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

Leonardo Aja Eslava*
John Jairo Gómez Avila**

Resumen

El suicidio es considerado en este momento un problema de salud pública, principalmente porque las personas más afectadas en Colombia, se encuentran en la franja de los 15 a 24 años. Existen factores predisponentes, contribuyentes, precipitantes y protectores, que interactúan entre si y crean un escenario de mayor o menor riesgo de suicidio. La prevención del riesgo de suicidio tiene como uno de sus enfoques, el trabajo alrededor del fortalecimiento de algunos de los factores protectores. Se muestra el trabajo de prevención de riesgo de suicidio y consumo de sustancias, en una institución educativa en la ciudad de Bogotá. El trabajo se inicia en 1999 y se ha mantenido ininterrumpidamente. Una de las labores que se ha desarrollado es la medición epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), el riesgo de suicidio, los estilos de afrontamiento y el riesgo de consumo de sustancias a futuro, dependiendo de la relación con los padres. Los resultados muestran que desde 1999 hasta el 2006 hay una clara tendencia hacia la disminución en el consumo de SPA y los indicadores de riesgo de suicidio. Esta tendencia podría indicar que las labores de prevención han tenido un impacto positivo en la comunidad educativa.

Palabras Claves

Suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, prevención, afrontamiento.

* Psicólogo - Experto en Drogodependencias ** Psicólogo - Master en Psicología Comunitaria
Correo electrónico: leoaja@hotmail.com

Summary

In Colombia suicide is a public health concern as the age principal range of people being affected runs between age 15 to 24. There are underlying and determining, psychoactive substance (PASB) as well as precipitating or protective factors that interact and create a low/high risk suicide scenario. One approach of suicide risk prevention is to focus on the strengthening of protecting factors. Suicide risk and psychoactive substance abuse prevention results in an educational institution in Bogotá are presented. The work was started in 1999 and has progressed uninterruptedly. One of the tasks that has been done is the epidemiological measurement of SPA consumption, suicide risk, coping styles and the risk of future SPA consumption depending on the relationship with the parents. Results show that from 1999 to 2006 there is a clear tendency toward the decrease of SPA consumption and suicide risk indicators. This tendency could indicate that prevention efforts have had a positive impact on the educational community.

Key Words

Suicide, psychoactive drug abuse, prevention, coping.

El suicidio es hoy por hoy, una de las problemáticas socialmente relevantes que ha estado encendiendo las alarmas de diferentes entidades a nivel mundial. Según estimativos de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2000 murieron cerca de un millón de personas por suicidio, lo que equivaldría a una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento cada 3 (Fleischmann y Bertolote, 2002)¹. Esta misma organización estima que mueren más personas por suicidio que por homicidio, incluyendo las muertes por terrorismo y conflictos bélicos. Lo impresionante de estas cifras, es que es la primera vez en la historia en la que estos dos indicadores sociológicos están invertidos.

En el caso específico de Colombia, la tasa de suicidio ha sufrido variaciones llamativas: de 1994 hasta 1999, las tasas suben de 4 a 5 por cada 100.000 habitantes (González Ortiz, 2002²; Hernández, 2003³), pero desde el 2000 hasta el 2005 desciende hasta el nivel de 3.9 suicidios por cada 100.000 habitantes (Alejo, González y Hernández, 2004⁴; González Ortiz y otros, 2005⁵; González y Hernández, 2006⁶). Podría pensarse que no habría razones de alarma, lo cual no es cierto, porque precisamente desde 1994 a la fecha, las tasas más altas de suicidio se ubican en el rango de edad de los 15 a 24 años. Esto obligatoriamente lleva a la pregunta: ¿Qué está ocurriendo en nuestra sociedad colombiana contemporánea, para que los más jóvenes vean en el suicidio una alternativa viable?

Precisamente por la pregunta anterior, es que en agosto de 1999 se dio vida a una iniciativa de prevención del riesgo de suicidio en un colegio distrital en concesión. Este proyecto se ha mantenido ininterrumpidamente a lo largo de 7 años y sigue en curso.

El siguiente artículo mostrará algunos de los resultados de las mediciones epidemiológicas hechas en este colegio, como parte del seguimiento que se ha hecho para determinar si las acciones realizadas han tenido algún efecto en los indicadores de riesgo de suicidio dentro de la población estudiantil de secundaria.

Generalidades del suicidio

Para su entendimiento, debemos tener presente que el suicidio, al igual que muchas otras conductas humanas, es el resultado de la conjugación de múltiples factores, variables y circunstancias que lo hacen posible. Sin embargo, no basta con enumerar los factores sino que es necesario comprender la interacción entre ellos. Además, estos factores tienen influencia en diferentes momentos de la vida del sujeto o están presentes en diferentes esferas de la dinámica psicológica del individuo. Es así, que pueden existir factores que incrementan el riesgo y otros que protegen frente al suicidio. Según Adam y White (Adam, 1990⁷; White, 1998⁸) estos factores se pueden clasificar en cuatro grandes categorías que son:

1. Factores predisponentes: son aquellos que colocan al sujeto en una condición de mayor vulnerabilidad frente al suicidio. Pueden ser factores como historia familiar de suicidio, depresión u otros trastornos psiquiátricos, pérdidas en la infancia, aislamiento social y otros más. La existencia de antecedentes de suicidio en la historia familiar se puede entender tanto desde la perspectiva de aprendizaje social, como desde la mirada biológica y los predisponentes hacia los trastornos depresivos.

2. Factores contribuyentes: son aquellos que pueden exacerbar el riesgo de suicidio existente. El consumo de SPA incluido el alcohol son la mejor representación de este tipo de factores. También entran las deficiencias en estilos de afrontamiento, la impulsividad, estilos cognitivos muy rígidos y baja tolerancia a la frustración entre otros. Todos estos factores se pueden entender en el terreno de las competencias afectivas.

3. Factores precipitantes: son aquellos que pueden disparar o desencadenar una actuación suicida en un sujeto que esté en riesgo. Estarían dentro de esta categoría las pérdidas recientes, un trauma individual, las humillaciones o una

situación de crisis emocional en curso. Los factores precipitantes son lo que las personas coloquialmente denominan como las “causas” del suicidio: la novia terminó la relación, el joven se suicida, por ende y de manera errada, la mirada hacia la joven es que ella fue la culpable del suicidio del muchacho.

4. Factores protectores: son condiciones que aminoran el riesgo de suicidio. La prevención del riesgo de suicidio trabaja precisamente en la promoción de muchos de estos factores. Dentro de estos factores podemos mencionar la promoción de una educación emocional sana, el fortalecimiento de la resiliencia y estilos de afrontamiento adaptativos por mencionar algunos. Nuevamente entramos en el terreno de las competencias afectivas.

El papel de la prevención

La prevención del suicidio ha sido entendida desde una perspectiva diferente en comparación con otras problemáticas socialmente relevantes como son el consumo de SPA o las enfermedades de transmisión sexual. Primero que todo los enfoques de prevención del suicidio cobijan diferentes niveles de acción. Un primer nivel se refiere a la puesta en marcha de medidas que operan sobre factores facilitadores para el suicidio sin enfocarse en una población objetivo. La Organización Mundial de la Salud define como una de sus estrategias de prevención la reducción al acceso de métodos para el suicidio, siguiendo los siguientes lineamientos de acción: Control de armas, purificación del gas doméstico, control sobre sustancias tóxicas y control sobre el reporte de suicidios en medios de comunicación.

Por otra parte, el reconocimiento temprano de pacientes con trastornos afectivos y de alcoholismo es la única medida que identifica un grupo de vulnerabilidad para ser abordado (Bertolote, 1996⁹). La puesta en acción de todas y cada una de las medidas ha mostrado reducción en los casos de suicidio en aquellos países en donde se han implementado.

Existen otras alternativas enfocadas en procesos de intervención en los centros escolares. Este tipo de intervenciones involucran los siguientes procesos (SIEC, 1998¹⁰): Establecer contacto con servicios y programas de atención para la juventud, seleccionar temáticas de trabajo para incluir dentro del currículo, brindar capacitación al personal del colegio en estrategias de intervención en crisis y más, desarrollo de procedimientos y políticas escolares frente al suicidio y establecer redes de apoyo con instituciones del área de la salud.

Esta forma de trabajar concuerda más con las maneras tradicionales de entender la prevención primaria, que sería la creación de estructuras que brinden soporte a los individuos para la anticipación de posibles situaciones de riesgo.

El Centro de Control de Enfermedades (CDC siglas en ingles) hace un resumen de las principales estrategias de prevención de suicidio juvenil registradas a lo largo de los Estados Unidos, con lo cual imprimieron una guía de recursos para la prevención del suicidio (CDC, 1992¹¹). Las principales líneas de acción identificadas fueron:

Entrenamiento del personal docente en los colegios: Orientado a formar a los docentes en la identificación de los chicos en riesgo y la atención de crisis.

Entrenamiento a miembros de la comunidad: Orientado a capacitar a personas representativas de la comunidad como policías, sacerdotes, recreadores, comerciantes o personal médico para identificar a jóvenes en riesgo y poderlos colocar a disposición de servicios de atención especializados.

- **Educación general en suicidio:** enfocado a dar información sobre señales de riesgo de suicidio a estudiantes al igual que el fortalecimiento de la autoestima y las habilidades sociales.
- **Programas de detección:** Mediante instrumentos especializados de alta sensibilidad se detectan tanto adolescentes como adultos jóvenes en riesgo para poderles brindar atención y tratamiento.
- **Redes de apoyo:** La idea básica es crear redes de soporte social entre pares, para brindarle apoyo a los chicos en alto riesgo. Pueden funcionar dentro o fuera de las instituciones educativas.
- **Servicios telefónicos y centros de atención en crisis:** Con la ayuda de voluntarios previamente entrenados y capacitados, se dispone de teléfonos para atender los llamados de auxilio de personas en situación de crisis. Igualmente, tienen la capacidad para asistir directamente a las personas y remitirlas a servicios de salud.
- **Restricción al acceso de medios letales:** Este tipo de estrategias están orientadas principalmente al control de armas de fuego, medicamentos y sustancias comúnmente empleados en los suicidios.
- **Postvención:** Atención a amigos, familiares y personas cercanas de una persona que ha muerto por suicidio. Se pretende con esto no solo intentar minimizar el impacto por la muerte de la persona, sino actuar sobre posibles conglomerados suicidas, partiendo del supuesto de la tendencia a la imitación, sobre todo en el contexto de los adolescentes.

Como podemos apreciar, son múltiples los frentes de acción que se pueden abordar para contrarrestar la amenaza por suicidio, pero la pregunta obligada es: ¿Qué se ha hecho en Colombia y más en el terreno educativo?

Resumen de la experiencia de prevención del riesgo de suicidio

La experiencia que se desea compartir, parte de la necesidad sentida de hacer algo frente al suicidio, al haber tenido la lamentable vivencia del caso de un estudiante que muere por esta causa. A partir de esto se genera un proyecto que pretende ser transversal dentro de la dinámica del colegio y que a la fecha ya está inscrito dentro del currículo formal de la institución, tal como sugieren el CDC y WHO.

Como línea conceptual general se considera la siguiente idea: el fortalecimiento de los estilos de afrontamiento y la reducción del consumo de sustancias. Muchas investigaciones han señalado como una de las deficiencias más marcadas en los abusadores de SPA y en las personas con riesgo de suicidio es la orientación hacia un estilo de afrontamiento evitativo (Aja, 2006¹²; Aja, 1997¹³, Aja, 2004¹⁴). En el caso del consumo de SPA, existen múltiples pruebas para la evaluación de pacientes alcohólicos (Jiménez, Monasor y Rubio, 2003¹⁵) y parte de las estrategias de prevención de recaídas están orientadas hacia el fortalecimiento del afrontamiento (Jiménez, Monasor y Rubio, 2003). Por otra parte, Diaz y Ferri consideran dentro de los factores protectores frente al consumo de alcohol, la promoción de habilidades sociales y estilos de afrontamiento para abordar situaciones de riesgo de consumo en la población de hijos de alcohólicos (Diaz y Ferri, 2002¹⁶).

La conexión entre el consumo de sustancias y el riesgo de suicidio, está también ampliamente descrita: En una investigación realizada en una entidad del gobierno encargada de la administración de justicia, se encontró entre otras, que el consumo de alcohol era una variable que podía explicar parte de las historias de suicidio que se han presentado en dicha institución (Fernández, Aja y Panqueva, 2003¹⁷). El Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (Medicina Legal) dice: “Del total de muertes autoinflingidas, el 39.3% presentan niveles positivos de alcoholemia...” (Valencia, 2001¹⁸), hablando del comportamiento de las muertes violentas en Bogotá, desde 1996 hasta 1999. En este mismo sentido, en el año 2000, el 79% de los casos de suicidio en los cuales fueron practicadas pruebas de alcoholemia, el 35.8% resultaron positivos para alcohol (Forero y Pérez, 2001¹⁹). En la mirada nacional encontramos: “De los 1.862 casos de suicidio, se solicitaron 1.032 pruebas para alcoholemia, de las cuales el 44% (454) fueron positivas ”

(González y Tirado, 2002²⁰). En España, por citar algún otro país, el alcohol está relacionado con una de cada cuatro muertes por suicidio (Pascual, 2002²¹), Izquierdo comparte su opinión en ese sentido al decir que “El 15-20% de los suicidios consumados se dan en personas con problemas de alcohol.” (Izquierdo, 2002²²). Entrando en más detalles: “Los consumos de alta graduación en jóvenes varones son un factor de riesgo de tentativas de suicidio, generalmente con trastorno depresivo concomitante, historia previa de otras tentativas, aislamiento, marginación social o patologías graves” (Izquierdo, 2002).

La relación entre el suicidio y el afrontamiento también es clara y sobre todo en términos de las intervenciones a realizar en los centros educativos. El Centro de Referencia Nacional sobre la Violencia dice en el boletín que tuvo como materia el suicidio por asfixia mecánica en Bogotá entre 1996 y el 2000 en la parte de recomendaciones: “Por su parte los colegios y universidades, pueden crear grupos de apoyo dirigidos por docentes previamente capacitados, que involucren a la población infantil y adolescente, en los cuales sea posible identificar conductas y comportamientos de riesgo que sean remitidas a manejo especializado y además involucre a los jóvenes a dar un adecuado manejo y soluciones de afrontamiento de las dificultades emocionales, familiares y sociales que puedan estar afectando a nuestros adultos jóvenes” (Perdomo y otros, 2001²³). Igualmente se plantea, que el mejoramiento de los estilos de afrontamiento es un objetivo terapéutico a seguir con el paciente con ideación suicida: “En este tipo de conducta es importante la atención especializada porque si el individuo no reestructura sus creencias disfuncionales y desarrolla sus estilos de afrontamiento...” (Guilbert y Roldán, 2001²⁴). Por otra parte se afirma “que la probabilidad del suicidio aumenta cuando se sobrepasa un umbral de resistencia al estrés, umbral que depende de los recursos de afrontamiento del sujeto” (Backett, 1987²⁵). Esto nos conduce a considerar que el fortalecimiento de los estilos de afrontamiento, es una buena medida de protección frente al riesgo de suicidio (Ministry of Health, 2003²⁶).

Resumiendo las ideas, existe una relación entre el afrontamiento, el riesgo de suicidio y el consumo de sustancias. EL consumo de sustancias es un factor contribuyente para el riesgo de suicidio y a su vez, la deficiencia en el afrontamiento también es considerada factor contribuyente para el riesgo de suicidio.

A continuación, mostraremos algunos de los resultados más sobresalientes de las mediciones epidemiológicas realizadas en la institución educativa.

Metodología

Sujetos

La muestra de sujetos participantes, varió de año a año, dado que ingresan como nuevos los estudiantes del grado sexto y para el siguiente año, salen de la muestra los estudiantes del grado once. En el año 2003, solo se aplicó el instrumento a los estudiantes de los grados sexto, octavo y décimo, de tal manera que los resultados que se mostrarán, incluyen solamente tales grados en los años anteriores y posteriores, para poder hacer comparables los resultados.

En los años 2005 y 2006 también se aplicó el instrumento a los estudiantes del grado quinto, sin embargo. Igualmente los datos de ese grado no fueron incluidos en este análisis.

La Tabla 1 muestra los diferentes años en los cuales se realizaron las mediciones y el número de estudiantes participantes en cada año, de acuerdo a sus respectivos grados.

TABLA 1
Grados participantes en las mediciones
en los diferentes años de aplicación.

	GRADO						TOTALES	
	Sexto		Octavo		Décimo			
Años de aplicación								
1999	97	37.6%	75	29.1%	86	33.3%	258	100.0%
2000	133	45.7%	71	24.4%	87	29.9%	291	100.0%
2001	133	49.6%	84	31.3%	51	19.0%	268	100.0%
2003	89	34.6%	118	45.9%	50	19.5%	257	100.0%
2005	113	36.5%	92	29.7%	105	33.9%	310	100.0%
2006	121	43.5%	76	27.3%	81	29.1%	278	100.0%

Instrumento

El instrumento utilizado contenía las siguientes secciones: identificación demográfica compuesta por el grado, el sexo, la edad y las personas con quienes vive. Se omitió la inclusión del nombre del estudiante. Luego se indagó por la valoración del consumo de sustancias psicoactivas a lo largo de la vida, en el curso del último año y la edad de primer consumo. Posteriormente se indagó por diferentes indicadores de riesgo de suicidio, como ideación e intentos de suicidio a lo largo de la vida y del último año, al igual que las edades de la primera ideación y del primer intento. La cuarta sección correspondió al cuestionario de afrontamiento de Lazarus y Folkman (Lazarus y Folkman, 1986²⁷). La quinta parte correspondió

a un cuestionario que valora el riesgo de consumo de sustancias de acuerdo a la relación que se tiene con cada uno de los padres.

Procedimiento

Se realizó aplicación simultánea de los cuestionarios en cada uno de los cursos. El cuestionario fue respondido personalmente por cada uno de los estudiantes. Se les dio las instrucciones sobre como era la forma correcta de responder a las diversas preguntas y se enfatizó en el anonimato de sus respuestas, para poder generar una condición de mayor tranquilidad y confianza en los estudiantes. En cada salón, quedó una persona del equipo de bienestar y apoyo, junto con los profesionales en formación, que previo entrenamiento, ayudaron a los estudiantes en los casos en los cuales tuvieron dudas o dificultades. Una vez los estudiantes respondieron el cuestionario, debieron introducirlo en una urna cerrada.

Posteriormente se procedió a digitar la información con el módulo DATA ENTRY del paquete estadístico SPSS y una vez registrada la información, se procesó con este programa. No se realizaron mediciones en el año 2002 y 2004 y como ya se mencionó, en el año 2003 solamente se aplicó el instrumento a los estudiantes de los grados sexto, octavo y décimo.

Resultados

La Tabla 2 nos muestra los resultados en la prevalencia de vida del consumo de 6 sustancias. En el cuestionario se indagó por muchas más sustancias, pero se decidió mostrar las más relevantes. Para determinar si existen diferencias significativas de porcentajes, se empleó la prueba estadística Chi-Cuadrado, estadístico que también se arroja al hacer un análisis de regresión logística multivariada.

TABLA 2
Consumo de Sustancias Psicoactivas alguna vez en la vida
(Prevalencia de Vida)

	AÑOS DE APLICACION					
	1999	2000	2001	2003	2005	2006
SUSTANCIAS						
Alcohol(V)	86.8%	74.9%	84.0%	72.8%	70.0%	79.9%
Tabaco(V)	51.2%	44.7%	43.7%	39.7%	36.1%	32.7%
Inhalantes(v)	5.8%	2.1%	1.9%	.4%	1.3%	2.2%
Marihuana(V)	8.5%	6.5%	4.5%	2.7%	2.6%	2.2%
Cocaína(V)	3.1%	.7%	.7%	.8%	2.6%	.0%
Bazuco(V)	2.7%	.7%	1.5%	.4%	.6%	1.1%
TOTALES	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
BASE	258	291	268	257	310	278

Con respecto al consumo de alcohol se encontraron diferencias significativas de porcentajes (Chi-Cuadrado = 34.81; $p = 0.00001$), indicando que los porcentajes reportados no se ajustan a una tendencia movida por el azar, sino que existe un factor que incide en la distribución. El año en donde se reporta el mayor porcentaje de consumo, es el año de inicio del estudio y el año que arroja el porcentaje más bajo corresponde al 2005, observándose un incremento bastante importante para el año 2006.

Para el caso del consumo de tabaco alguna vez en la vida, también hay evidencias de diferencias estadísticamente significativas (Chi-Cuadrado = 24.45; $p = 0.0002$) observándose una clara tendencia a la disminución en el consumo de esta sustancia, siendo el porcentaje más bajo el reportado en el año 2006.

El consumo de inhalantes muestra una tendencia de campana invertida, hecho bastante llamativo indicando que si bien hubo un momento de máximo descenso, se ha vuelto a incrementar el consumo de esta sustancia. La tendencia registrada es estadísticamente significativa (Chi-Cuadrado = 20.69; $p = 0.0009$).

El consumo de marihuana alguna vez en la vida muestra una clara tendencia al descenso y tal movimiento no puede ser atribuido al azar (Chi-Cuadrado = 20.81; $p = 0.0009$) al revisar el valor estadístico de prueba.

El comportamiento del consumo de cocaína es bastante irregular de tal forma que el estadístico de prueba arrojó valores que descartan la posibilidad del azar en ese comportamiento (Chi-Cuadrado = 15.88; $p = 0.0072$).

Por su parte, el comportamiento de la curva de reportes del consumo de bazuco es muy irregular, tanto que no puede afirmarse que obedezca a una tendencia regulada por algún factor. Es decir, no hay diferencias significativas en la distribución de los porcentajes.

La Tabla 3 nos muestra el consumo de sustancias en el curso del último año. Se encontró que desde el año 2003 a la fecha, el consumo de alcohol nos muestra una tendencia plana después de haber tenido un descenso bastante marcado desde la primera fecha de medición (Chi-Cuadrado = 36.17; $p = 0.00001$). En el caso del tabaco, hay un descenso absoluto desde 1999 hasta el 2006, año en donde se registró el porcentaje más bajo en todos los años (Chi-Cuadrado = 42.30; $p = 0.00001$). El consumo de inhalantes (Chi-Cuadrado = 20.63; $p = 0.0072$) muestra una tendencia a la desaparición en varios años. El consumo de marihuana muestra una clara tendencia al descenso (Chi-Cuadrado = 16.06; $p = 0.0066$) y con un leve incremento en el año 2006. Al igual que en el caso del reporte de vida, la tendencia en el consumo de cocaína es una tendencia irregular hacia la baja (Chi-Cuadrado = 17.05; $p = 0.0044$). En el consumo de bazuco, a diferencia del caso anterior si hay una diferencia significativa de porcentajes (Chi-Cuadrado = 28.98; $p = 0.00001$) en donde se puede evidenciar una marcada tendencia a la desaparición.

TABLA 3
Consumo de Sustancias Psicoactivas alguna vez en el último año
(Prevalencia lápsica anual)

	AÑOS DE APLICACION					
	1999	2000	2001	2003	2005	2006
SUSTANCIAS						
Alcohol(A)	63.6%	53.6%	54.5%	43.6%	43.5%	43.9%
Tabaco(A)	36.0%	28.2%	26.5%	22.2%	20.6%	13.7%
Inhalantes(A)	3.1%	.0%	.7%	.0%	.6%	.7%
Marihuana(A)	5.4%	4.1%	3.4%	1.6%	1.0%	1.4%
Cocaína(A)	2.7%	.0%	.7%	.4%	1.3%	.0%
Bazuco(a)	2.7%	.0%	.7%	.0%	.0%	.0%
TOTALES	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
BASE	258	291	268	257	310	278

La Tabla 4 nos muestra el resumen de la prevalencia de vida y lápsica del consumo de SPA. Con respecto al consumo de SPA alguna vez en la vida, se identifican tres categorías: quienes nunca han consumido, quienes solo han consumido tabaco y/o alcohol y quienes además han consumido SPA ilegales.

TABLA 4
Consumo de SPA alguna vez en la vida - Resumen

	AÑOS DE APLICACION					
	1999	2000	2001	2003	2005	2006
CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA VIDA						
No ha consumido	11.2%	23.7%	15.7%	26.1%	28.7%	19.1%
Alcohol y/o tabaco	76.7%	67.4%	74.3%	66.9%	64.2%	75.2%
SPA ilegales	12.0%	8.9%	10.1%	7.0%	7.1%	5.8%
TOTALES	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
BASE	258	291	268	257	310	278

El análisis con Chi -Cuadrado arroja unos valores significativos para el estadístico de prueba (Chi-Cuadrado = 47.72; P = 0.00001) mostrando que progresivamente fue aumentando el número de estudiantes que no han probado ninguna SPA. Sin embargo, en el año 2006 descendió el porcentaje en este grupo. Por su parte, en el grupo de personas que han experimentado con SPA ilegales, se nota una clara disminución en más de la mitad, tomando como referencia el

año de 1999. Esto pone en evidencia que las mayores variaciones de ascenso y descenso de consumo se ha dado con las SPA legales.

La Tabla 5 muestra los datos del consumo de SPA en el curso del último año, de acuerdo a la agrupación antes mencionada. También se hace evidente tras los resultados del estadístico de prueba (Chi-Cuadrado = 45.65; P = 0.00001) que la distribución de los porcentajes, difícilmente puede responder a una tendencia azarosa. De forma general se puede decir que mientras en 1999 cerca de un tercio de los estudiantes nunca habían probado algún SPA, para el año 2006 los resultados muestran que poco más de la mitad de los estudiantes están en esta condición, es decir, hay un aumento en el no uso de SPA, al menos en el curso del último año. De igual modo, los experimentadores de SPA ilegales, van en franco descenso.

TABLA 5
Consumo de SPA en el último año - Resumen

	AÑOS DE APLICACION					
	1999	2000	2001	2003	2005	2006
CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL ÚLTIMO AÑO						
No ha consumido	32.9%	44.3%	44.8%	54.1%	55.2%	54.7%
Alcohol y/o tabaco	59.7%	50.5%	50.0%	42.8%	41.0%	43.2%
SPA ilegales	7.4%	5.2%	5.2%	3.1%	3.9%	2.2%
TOTALES	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
BASE	258	291	268	257	310	278

Pasando a la temática más central de este trabajo, la Tabla 6 muestra los resultados de algunos de los indicadores de riesgo de suicidio.

Con respecto a las ideaciones de suicidio a lo largo de la vida, se encontró una fuerte tendencia a la disminución en la aparición de este pensamiento (Chi-Cuadrado = 17.09; P = 0.0043), encontrándose en el año 2006 el reporte más bajo en todos los años. Esta disminución se puede considerar estadísticamente significativa. De igual modo sucedió con la realización de intentos de suicidio en algún momento de la vida (Chi-Cuadrado = 27.06; P = 0.0001) creando una proporción de 2.4 veces menos intentos de suicidio en el año 2006 comparativamente con el año de inicio de 1999.

Con respecto a la ideación suicida en el curso del último año, también hubo un descenso estadísticamente significativo (Chi-Cuadrado = 28.43; P = 0.00001), de tal modo que la proporción actual sería de 2.8 veces menos ideaciones suicidas con respecto al punto de medición inicial.

Por último, en los intentos de suicidio en el curso del último año, aun cuando hubo un pequeño incremento del año 2005 al año 2006, se ve una tendencia oscilante hacia el descenso, que al hacer el análisis estadístico arroja una diferencia significativa en la distribución de los porcentajes (Chi-Cuadrado = 27.93; P = 0.00001).

TABLA 6
Ideaciones e intentos de suicidio a lo largo de la vida
y en el curso del último año

	AÑOS DE APLICACION					
	1999	2000	2001	2003	2005	2006
INDICADORES						
Ideas de suicidio en la vida	34.9%	30.9%	33.6%	27.2%	24.2%	22.3%
Intentos de suicidio en la vida	18.6%	14.4%	16.4%	8.9%	8.7%	7.6%
Ideas de suicidio en el último año	21.3%	15.1%	16.0%	12.1%	9.7%	7.6%
Intentos de suicidio en el último año	11.2%	3.4%	8.6%	3.9%	3.2%	4.3%
TOTALES	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
BASE	258	291	268	257	310	278

La Tabla 7 nos muestra la persistencia de la ideación suicida en los estudiantes, definiendo tres grupos: aquellos que nunca han considerado la idea suicida, los que solo lo han pensado en algún momento de la vida y los que además también lo han considerado en el curso del último año.

TABLA 7
Evolución de la idea suicida

	AÑOS DE APLICACION					
	1999	2000	2001	2003	2005	2006
Evolución de la Idea suicida						
Nunca	65.1%	69.1%	66.4%	72.8%	75.8%	77.7%
Solo una en la vida	13.6%	15.8%	17.5%	15.2%	14.5%	14.7%
Vida y último año	21.3%	15.1%	16.0%	12.1%	9.7%	7.6%
TOTALES	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
BASE	258	291	268	257	310	278

Tras hacer uso del estadístico de prueba Chi-Cuadrado, se encontró un valor 31.1 con un $p = 0.001$, lo cual nos permite afirmar que la tendencia observada tiene una probabilidad muy baja de responder a los efectos del azar. La tabla nos muestra un incremento en los estudiantes que nunca han pensado en el suicidio, con un aumento de 12 puntos porcentuales y un decremento bastante elevado del grupo que ha pensando en el suicidio en la vida y en el último año, grupo al que podría considerársele en riesgo. La proporción que se establece es la de una reducción de 2.8 veces en el momento actual comparativamente con el primer momento de medición.

TABLA 8
PUNTAJES EN ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

	AÑOS DE APLICACION					
	1999	2000	2001	2003	2005	2006
Solución de problemas (r)						
CASOS	182	144	138	189	217	246
PROMEDIO	.22	.22	.22	.23	.23	.21
DESVIACION	.07	.08	.11	.08	.11	.07
Búsqueda de soporte social (r)						
CASOS	182	144	138	189	217	246
PROMEDIO	.19	.18	.18	.19	.21	.19
DESVIACION	.10	.11	.11	.10	.13	.10
Evitación (r)						
CASOS	182	144	138	189	217	246
PROMEDIO	.16	.17	.17	.18	.16	.17
DESVIACION	.08	.08	.09	.08	.08	.07
Autoculpabilización (r)						
CASOS	182	144	138	189	217	246
PROMEDIO	.16	.17	.18	.15	.15	.18
DESVIACION	.12	.12	.14	.13	.13	.12
Fantasiioso (r)						
CASOS	182	144	138	189	217	246
PROMEDIO	.27	.26	.25	.26	.25	.25
DESVIACION	.09	.09	.10	.11	.11	.11

La Tabla 8 muestra los promedios en los estilos de afrontamiento relativos, diferenciados por cada uno de los años de medición. Los estilos de afrontamiento relativos hacen referencia a cual es el estilo que tiene más peso dentro de los cinco. Al hacer la prueba de diferencias de promedios mediante el análisis de varianza se encontraron contrastes relevantes en el estilo de afrontamiento de búsqueda de soporte social ($F = 2,25$; $p = 0.047$) y en el estilo de afrontamiento de autoculpabilización ($F = 2,58$; $p = 0,025$).

Dado que el interés principal es poder definir la relación entre ideas de suicidio, consumo de SPA y estilos de afrontamiento, se corrieron pruebas estadísticas determinando diferencias de promedios en los estilos de afrontamiento de acuerdo a las variables *grupos de consumo (SPA)* (entendida como la clasificación de los sujetos dependiendo de si nunca habían consumido sustancias, si habían consumido solo sustancias legales y quienes además habían experimentado con SPA ilegales, todo esto a lo largo de la vida) y *evolución de la idea suicida (SC01)* (aquellos que nunca habían pensado en el suicidio, quienes solo lo han pensando en la vida y por último, quienes también lo habían pensado en el último año). Tanto en el caso de las diferencias de promedios por la variable SPA y la variable SC01, se encontraron estadísticos con valores significativos en cuatro de los cinco estilos de afrontamiento. El único estilo en donde no se hicieron las diferencias fue en el fantasioso, en el caso de las dos variables independientes consideradas. Es decir, cada una de estas variables daría explicación de las variaciones en los promedios en los diferentes estilos de afrontamiento relativos. Sin embargo, hay un efecto no discriminado que es el momento de medición. Teniendo esto presente, se procedió a hacer un análisis de varianza de dos entradas, considerando como variables dependientes cada uno de los estilos de afrontamiento y como variables independientes el momento de medición (MOM) y SPA por una lado y MOM junto con SC01.

TABLA 9

Fuentes de varianza significativas en los cruces de Momento, Grupos de Consumo y Momento, Evolución de idea suicida, frente a cada uno de los cinco estilos de afrontamiento relativos.

	AÑO	SPA	AÑO * SPA	SC01	SC01 * MOM
Solución de problemas	-	$p = 0.003$	-	$p = 0.0001$	-
Búsqueda de soporte social	-	$p = 0.049$	-	$p = 0.007$	-
Evitación	-	$p = 0.0001$	$p = 0.051$	$p = 0.0001$	-
Autoculpabilización	-	$p = 0.0001$	-	$p = 0.0001$	-
Fantasioso	-	$p = 0.003$	-	-	-

Como podemos apreciar en la Tabla 9, los grupos de consumo (SPA) y la evolución de la idea suicida (SC01) tienen más poder explicatorio sobre las variaciones en los promedios de los diferentes estilos de afrontamiento, teniendo en consideración los años de aplicación. El único momento en donde se hace evidente la influencia del año junto con la variable SPA es en el estilo de afrontamiento evitativo.

Esto nos permite decir que las variaciones en los promedios en los diferentes estilos de afrontamiento, están sujetos a la presencia o ausencia de ideas suicidas y al tipo de consumo de sustancias a lo largo de la vida que los estudiantes puedan estar teniendo.

Discusión

Como se ha mencionado, los resultados acá presentados son tan solo un gran resumen de las múltiples mediciones, cruces y análisis que se han desarrollado a lo largo de estos 7 años de trabajo. Realmente el espacio en este documento es insuficiente para poder precisar mayores detalles de preguntas que muy probablemente los lectores pueden estarse haciendo.

Con respecto al consumo de sustancias a lo largo de la vida, lo primero que debe mencionarse es el incremento en el consumo de alcohol observado en el curso del último año registrado comparativamente con el año inmediatamente anterior. Esto hace suponer, que hay cambios que se han presentado en la dinámica de consumo de los jóvenes. Pero al mirar el consumo de alcohol en el curso del último año, se observa una estabilización desde el 2003. Lo cual nos puede llevar a suponer que los estudiantes experimentan con el alcohol, pero no se mantienen como consumidores ocasionales.

En el caso del tabaco, los resultados son muy alentadores porque indican una fuerte tendencia a no relacionarse con esta sustancia, hecho que se observó en la curva francamente descendente, tanto en la prevalencia de vida como en la prevalencia lápsica anual.

En el caso del consumo de los inhalantes la tendencia muestra casi una desaparición del uso de esta sustancia pero un nuevo incremento. No es igualable al primer momento de medición, pero es inquietante que esté repuntando el reporte, al menos en el uso alguna vez en la vida. Al mirar los datos de la prevalencia lápsica, se evidencia nuevamente que pareciera que los estudiantes experimentan con la sustancia pero se retiran a la repetición de su uso. Con la marihuana, es bastante alentadora la tendencia identificada, porque muestra que progresivamente los estudiantes están buscando menos esta sustancia para su experimentación o uso regular. Con la cocaína igualmente pareciera que

existiera una tendencia a la desaparición de su experimentación. Sin embargo los datos de repunte en el año 2005 para una posterior desaparición en el año 2006, dejan alguna estela de duda antes de hacer la afirmación definitiva. La tendencia observada con el consumo de bazuco, mostraría un comportamiento muy similar al identificado con la cocaína, aunque recordemos que los valores estadísticos con respecto al consumo de vida, dirían que es una tendencia generada por el azar. No sería así el caso con respecto a la prevalencia lápsica, en donde si hubo diferencias significativas.

La tabla que nos mostraba el resumen en el consumo de sustancias, nos da elementos para pensar que el consumo de SPA ilegales ha estado cediendo en la población estudiantil analizada. Sin embargo, se debe estar muy atento en lo que está ocurriendo en el caso del alcohol. Si bien esta sustancia no tiene el estigma de las sustancias ilegales, no por ello deja de ser una sustancia menos peligrosa. Las evidencias clínicas y sociales dan evidencia sobrada de la peligrosidad que reviste el consumo abusivo de esta sustancia, y más aun en personas jóvenes.

Con respecto a las ideaciones e intentos de suicidio, los datos nos muestran que progresivamente ha disminuido el volumen de la población que puede considerarse en alto riesgo, que son aquellos que han pensado en el suicidio en el curso de su vida y del último año, al pasar de 21,3% en 1999 a 7,6%, o visto de otra manera, el aumento en el porcentaje de estudiantes que nunca han pensando en el suicidio, pasando de 65.1% en 1999 a 77.7% en el 2006.

Integrando hechos, es clara la conexión que puede existir entre el consumo de sustancias frente al riesgo de suicidio y que una variable mediadora entre ambos eventos es el manejo de los estilos de afrontamiento. Da para pensar, que el estilo de afrontamiento más predominante sea el fantasioso, mecanismo que no se considera muy adaptativo; pero es alentador como está en segundo lugar el estilo de afrontamiento de solución de problemas. Dentro de los múltiples resultados se hacen claros los hallazgos hechos en otras investigaciones: así el estilo de afrontamiento evitativo esta más asociado con los usuarios de SPA ilegales y/o con las personas que han tenido ideas de suicidio y que a su vez, los estilos de afrontamiento de solución de problemas y búsqueda de soporte social están más asociados con los no usuarios de sustancias y con las personas que nunca han pensado en el suicidio.

Para una persona atenta a las dinámicas epidemiológicas, específicamente, mirando las tendencias a la baja que han registrado las tasas de suicidio en Colombia a partir del año 2000, podría decirse que lo observado con respecto al descenso en los porcentajes de reporte de ideas e intentos de suicidio en el

colegio, obedecería más bien a la tendencia hacia la baja a nivel nacional. No es descabellado pensarlo y en términos estadísticos podría ser soportable. Sin embargo, habría un hecho que sembraría la duda en tal afirmación: el consumo de SPA ha mostrado también tendencia hacia la baja en el estudio hecho en el colegio, más no así los reportes epidemiológicos de consumo de sustancias a nivel nacional (Rumbos, 2002²⁸).

Igualmente, dentro de los resultados mostrados, solo se menciona la dimensión alrededor de los estilos de afrontamiento, pero en la realidad, el trabajo desarrollado con el proyecto de reducción de riesgo ha abarcado más áreas y se considera para los siguientes años, iniciar la medición de otras variables que se consideran relevantes dentro de la explicación de lo que está sucediendo de manera positiva en este plantel. Algunas de estas variables son: *“Tolerancia a la frustración”*, *“Tolerancia al rechazo”*, *“Autoeficacia”* y *“Habilidades sociales”*, por citar algunas que se han entrado a considerar. Todas ellas, enmarcadas bajo el gran concepto del desarrollo y promoción de las competencias afectivas, tema del cual habla ampliamente el investigador colombiano Miguel de Zubiría.

A manera de conclusión general, esta experiencia puede considerarse un inicio en la demostración de que las labores preventivas hacia la reducción del riesgo de suicidio y el consumo de sustancias son factibles y que pueden arrojar evidencias observables que redunden en el mejoramiento de la calidad de vida de sus beneficiarios. Queda también evidentemente claro, que tales labores no pueden ni deben ser labor de momentos o instantes de efervescencia, sino que deben tener permanencia y consistencia a lo largo del tiempo. Estamos hablando de trotar la maratón de los 40 kms con paso sostenido y no de una veloz pero fugaz carrera de 100 metros. Ese es el reto.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Fleischmann, A.; Bertolote, J.M. (2002). **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours - Supre-Miss: Protocol of Supre-Miss**. Geneva: World Health Organization.
- ² González Ortiz, J.O. (Abril 2002). Los Suicidios: Colombia 2001. en **Forensis 2001: Datos para la Vida**. Bogota: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.

- ³ Hernández, W. (Abril 2003). Los Suicidios en Colombia: Entre el Libre Albedrío y la Prevención. en **Forensis 2002: Datos para la vida**. Bogota: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.
- ⁴ Alejo, H. González Ortiz, J.O. Hernández, W. (Julio 2004). Conducta Suicida según Ciclo Vital. en **Forensis 2003: Datos para la vida**. Bogota: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.
- ⁵ González Ortiz, J.O. y otros. (Abril 2005). Suicidio y niñez: Factores relacionados con el suicidio en mujeres menores de 18 años en Bogota durante el año 2003. en **Forensis 2004: Datos para la Vida**. Bogota: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.
- ⁶ González Ortiz, J.O.; Hernández Cardozo, H.W. (Abril 2006). Los Suicidios: Colombia 2005. **En Forensis 2005: Datos para la Vida**. Bogota: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.
- ⁷ Adam, K. (1990). Environmental, psychosocial, and psychoanalytic aspects of suicidal behavior. In S. Blumenthal & D. Kupfer (Eds.), **Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment and treatment of suicidal patients**. (pp. 39-96). Washington: APA Press, Inc.
- ⁸ White, J. (1998). **Comprehensive youth suicide prevention: A model for understanding**. In A. Leenaars, R. Bland, R. Dyck, I. Sakinofsky, S. Wenckstern, & M. Kral (Eds.), **Suicide in Canada**. Toronto: University of Toronto Press
- ⁹ Bertolote, J. World Health Organization Approaches to Suicide Prevention. En Ramsey, R; Tanney, B (1996). **Global Trends in Suicide Prevention**. Mumbai: Tata Institute of Social Science.
- ¹⁰ Suicide Information & Education Centre (SIEC). Considerations for School Suicide Prevention Programs. **Siec Alert**. October 1998, # 32.
- ¹¹ Centers for Disease Control (CDC). (1992). **Youth Suicide Prevention Programs: A resources Guide**. Atlanta: Centers for Disease Control.
- ¹² Aja, Eslava, L. (Mayo 2006) **El Consumo de Sustancias y su Relación con el Riesgo de Suicidio**. Primer Congreso Colombiano de Prevención y Tratamiento del Alcoholismo y la Drogadicción. Bogotá: Funprevenir.
- ¹³ Aja Eslava, L. (Octubre 1997) **Estilos de Afrontamiento, Riesgo de Suicidio y Consumo de Sustancias Psicoactivas**. Thunder Bay: Conferencia Anual de la Asociación Canadiense para la Prevención del Suicidio.
- ¹⁴ Aja Eslava, L. (Octubre 2004). **4 Años de Experiencia en la Prevención del Suicidio y el Consumo de Sustancias Psicoactivas**. Edmonton: Conferencia Anual de la Asociación Canadiense para la Prevención del Suicidio.

- ¹⁵ Jiménez, M.; Monasor, R y Rubio, G. **Instrumentos de Evaluación en el Alcoholismo**. Trastornos Adictivos. 2003;5(1):13-21.
- ¹⁶ Díaz, R.; Ferri, M^aJ. Intervención en Poblaciones de Riesgo: los Hijos de Alcohólicos. **Adicciones** (2002), vol. 14, supl. 1.
- ¹⁷ Fernández Noguera, M.M. Aja Eslava, L. Panqueva Matiz, J. (Septiembre 2003). **Plan Psicoprofiláctico de Prevención del Suicidio en una Institución de Administración de Justicia**. Cartagena de Indias: II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud.
- ¹⁸ Valencia, C. **Influencia del alcohol en la muerte violenta, estudio de caso Bogotá: 1996- 1999**. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Vol 6, N° 2 Febrero del 2001.
- ¹⁹ Forero, J; Pérez, Isabel. **Exploración de Algunas Relaciones entre Suicidio, Alcohol y Otras Sustancias Psicoactivas**, Bogotá 2000. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Vol 6, N° 10 Octubre del 2001.
- ²⁰ González, J.O; Tirado, P. **Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas en Personas fallecidas por muerte violenta**. Colombia. 2001. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Vol 7, N° 11 Noviembre del 2002.
- ²¹ Pascual, P.F. **Imagen Social de las Bebidas Alcohólicas**. En Gual, A. (2002). Monografía Alcohol. Adicciones, Vol. 14, suplemento 1.
- ²² Izquierdo, M. Intoxicación Alcohólica Aguda. En Gual, A. (2002). **Monografía Alcohol**. Adicciones, Vol. 14, suplemento 1.
- ²³ Perdomo, M. y otros. **Suicidio por asfixia mecánica -ahorcadura, Bogotá: 1996-2000**. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Vol 6, N° 4, Abril del 2001.
- ²⁴ Guilbert Reyes, W.; Alonso Roldán, A. **Factores Epidemiológicos y Psicosociales que Inciden en los Intentos Suicidas**. Revista Cubana Medicina General Integral 2001;17(2):155-63.
- ²⁵ Backett, S. A. (1987). **Suicide in Scottish prison**. British Journal of Psychiatry, 151; 218-221. Citado en: Ruiz, J.I; Gómez, I. y más. Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un Estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. Revista Colombiana de Psicología, 2002, No. 11, 99-114.
- ²⁶ Ministry of Health. 2006. **Suicide Facts: Provisional 2003 All-Ages Statistics Monitoring Report No. 1**. Wellington: Ministry of Health.
- ²⁷ Lazarus, R.; Folkman, S. (1986) **Estrés y procesos cognitivos**. 2 ed. Barcelona: Martínez Roca.
- ²⁸ Rumbos, (2002). **Juventud y Consumo de Sustancias Psicoactivas: Resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años**. Bogotá: Presidencia de La República de Colombia.