



## EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SPA Y RIESGO DE SUICIDIO: 1999 - 2012

### *EVALUATION AND FOLLOW-UP OF A PROGRAM FOR THE PREVENTION OF DRUG ABUSE AND SUICIDAL RISK: 1999-2012*

Leonardo Aja Eslava - John Jairo Gómez Ávila  
*Corporación Buscando Animo*

#### Resumen

El objetivo del presente artículo es mostrar los resultados de la evolución y seguimiento de una estrategia escolar de prevención de riesgo de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Los datos son la recopilación de nueve mediciones realizadas desde el año 1999 hasta el 2012. En cada ocasión participaron el 100% de los estudiantes de la sección de bachillerato. Se tomaron medidas de la prevalencia de vida y anual del consumo de SPA, ideas e intentos de suicidio y estilos de afrontamiento entre otros. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de los diferentes tipos de prevalencia, tanto por consumo de SPA como de las conductas de riesgo de suicidio. En los estilos de afrontamiento, la diferencia más destacada se halló en la evitación, encontrándose que este estilo varía de acuerdo al momento de medición, las conductas de consumo de SPA y de riesgo de suicidio. Los datos permiten darle firmeza a la idea de que el programa ha tenido resultados favorables para la población beneficiaria, dado que los reportes se alejan de las tendencias identificadas en estudios a nivel local y en otras instituciones educativas similares que no han sido intervenidas.

*Palabras claves:* Prevención del suicidio, consumo de sustancias psicoactivas en escolares, evaluación de programa de prevención.

#### Abstract

The aim of this paper is to show the results of the development and follow-up of an educational strategy to prevent suicidal risk and drug use and abuse. The present data are the result of a compilation of nine different measurements conducted between 1999 and 2012. Each time, 100% of the students in the secondary section of a school were used as participants. Data was collected on the life and yearly prevalence of drug use, suicide ideation and attempts, and coping styles among others. Statistically significant differences were identified in the percentage of different types of prevalence, both in drug use and suicidal risk behaviors. Regarding coping styles, the most important difference was found in avoidance, with this style varying according to the time of measurement, drug use behaviors, and suicidal risk. These data support the idea that this program has had positive results for the target population, as the results differ from trends identified in other research conducted in the same city, and in other similar schools which have not received the intervention.

*Key words:* Suicide Prevention, drug abuse in students, prevention program evaluation.

Contacto: [leonardo@buscandoanimo.org](mailto:leonardo@buscandoanimo.org)

Recibido: 2013-03-12, Enviado a evaluadores: 2013-04-10, Aceptado: 2013-07-31

## INTRODUCCIÓN

Tanto el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) como las denominadas conductas suicidas, son problemáticas socialmente relevantes que vulneran e impacta principalmente a los sectores más jóvenes de nuestra sociedad. Los diversos estudios sobre consumo, tanto a nivel nacional, local o específicos por grupo étnico (Rumbos, 2002; MJD, MEN, MSPS, 2012; DNE, MPS, 2009; AMB, SDS, 2010; Pérez y Scopetta, 2009) ponen de relieve que tanto adolescentes como adultos jóvenes son los conglomerados poblacionales que muestran los registros más altos de consumo. Y desde una perspectiva multinacional, las cifras de Colombia en la población escolar y universitaria son inquietantes (SGCA, 2009; ONUDD y CICAD, 2006).

Con respecto al suicidio, si bien desde el año 2000 hasta la fecha las tasas han descendido con tendencia a la estabilidad sobre 4.1 casos por cada 100.000 habitantes, inquieta que de acuerdo a los grupos de edad, los registros más altos se ubican entre los 15 y 24 años (Aja Eslava, 2010), muy contrario a lo que ocurre en otros países. Estos datos obligan a hacerse la pregunta: ¿Qué acciones se están emprendiendo para confrontar, contrarrestar o prevenir la aparición o aumento de estas dos problemáticas?

El objetivo principal de este documento es mostrar los resultados de la evaluación y seguimiento de un programa de prevención de riesgo de suicidio y consumo de SPA, desarrollado en un colegio en la sección de secundaria, desde el año 1999 hasta la fecha.

### ***Promoción de la salud y prevención de riesgos***

El decreto 3039 de 2007, emitido por el Ministerio de la Protección Social y por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 (MPS, 2007), en el Capítulo III referente a líneas de política habla de: la promoción de la salud y la calidad de vida; la prevención de los riesgos; la recuperación y superación de los daños en la salud. La política están inspirada en los derechos humanos y por lo mismo, la salud es considerada un derecho inalienable. La promoción de la salud y la calidad de vida “*integra las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud*” (MPS, 2007). La prevención de los riesgos se asume como “*...el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas...*” (MPS, 2007). Por último, la recuperación haría referencia a las acciones orientadas a brindar servicios de diagnóstico, tratamiento y

rehabilitación (MPS, 2007). Otras posiciones teóricas, postulan tres tipos de prevención: universal, selectiva e indicada (Becoña, 2002). La primera se dirige a toda una población sin distinción y se asume que se están fortaleciendo factores protectores. Podría equivaler entonces, a la promoción de la salud de acuerdo a la definición anterior. La prevención selectiva se enfoca en poblaciones que tienen un contacto incipiente con la condición indeseable o que se consideran como más vulnerables. Por último, la prevención indicada se orienta a grupos de alto riesgo que ya están afectados por la situación en cuestión. Sin embargo, cuando decantamos estos conceptos a las situaciones de consumo de SPA o el riesgo de suicidio, pueden surgir confusiones. En el caso del consumo de SPA, la promoción de la salud o la prevención universal, estarían enfocadas a evitar el contacto con las SPA. En el caso del suicidio, el objetivo sería evitar la aparición de la idea suicida, que es por excelencia el primer factor de riesgo (Villalobos, Arévalo y Rojas, 2012; García de Jalón y Peralta, 2002; Pérez Olmos et al, 2008). Sin embargo, en la literatura referente a la prevención del suicidio, las acciones descritas se enfocan principalmente en procesos de tamizaje para la detección de personas con ideas o intentos, identificación de señales de riesgo, divulgación de servicios telefónicos de asistencia en crisis y restricción al acceso de mecanismo letales (CDC, 1992). Esto significa, que no se busca evitar la aparición del primer factor de riesgo: la idea suicida. Por lo mismo, no es frecuente encontrar un direccionamiento a la prevención del suicidio, es decir, no se especifica si es primaria, secundaria o terciaria.

Si la promoción de la salud tiene como objetivos crear condiciones favorecedoras del bienestar y la calidad de vida, sería lógico que sus acciones pudieran evitar la aparición de las ideas suicidas. Además, si se reconoce que el consumo de SPA es un factor de riesgo por excelencia para las conductas suicidas (SGDB, 2008; García de Jalón y Peralta, 2002; de Bedout Hoyos, 2008; Moral y Sirvent, 2011), es inaplazable emprender acciones de prevención frente al consumo de SPA, para minimizar un factor incidente en el riesgo de suicidio, bien sea en la aparición de la ideación o como un precipitador de posibles intentos.

### ***El afrontamiento como factor de riesgo/protección***

Lazarus y Folkman, autores ampliamente reconocidos en el estudio del estrés y la emoción, definen el afrontamiento como “... aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986). También se reconoce que hay estilos más funcionales que otros. Se consideran como los más saludables la búsqueda de soporte social y la solución de

problemas, en tanto que están más presentes en personas abstinentes o sin ideaciones suicidas. En el otro extremo, el estilo evitativo se remarca de manera significativa en quienes han incurrido en consumo de SPA, ideas/intentos de suicidio o ambas (Aja y Gómez, 2008; Quintanilla et al, 2005). Existen investigaciones que exploran el papel del afrontamiento dentro de la dinámica de las actuaciones suicidas (Vírveda, Amado, Bonilla y Gurrola, 2011), identificando que el pobre afrontamiento es una expresión de la fragilidad emocional (De Zubiría, 2007). Tanto así que, en los momentos en los que se presenta un evento potencialmente estresante y se le suma mecanismos de afrontamiento inadecuados, el escenario para una actuación suicida está abierto. Esto es particularmente identificable en adolescentes (Rosselló y Hernández, 2004).

Así mismo, el afrontamiento es un factor que ha sido tenido muy en cuenta en la construcción de instrumentos relacionados con la medición del riesgo de suicidio (Villalobos, Arévalo y Rojas, 2012; García Valencia et al, 2009) o en el análisis mediante autopsia psicológica en los casos de fallecimiento por suicidio (Fernández, Aja y Panqueva, 2003; Morales, Jiménez et Al, 2002). Desde otra perspectiva, se resalta cómo el afrontamiento es un factor que puede tener una capacidad de explicación relativa sobre la felicidad de los seres humanos: “...los estudiantes que presentan mayores niveles de felicidad usan en mayor medida unas determinadas estrategias de afrontamiento que los menos felices, siendo la de afrontamiento, denominada reinterpretación positiva de la situación, la que utilizan con mayor frecuencia” (Limonero, Tomás y Fernández, 2008). También se menciona el afrontamiento como la expresión de las capacidades de resiliencia y optimismo de los sujetos (Salgado Levano, 2009).

Se asume entonces que el estrés es una condición inevitable, pero su control, manejo y regulación es algo que está al alcance de las personas. De allí que, orientar en los jóvenes el desarrollo de los estilos de afrontamiento de solución de problemas y búsqueda de soporte social y que a su vez, excluyan el estilo de evitación, se constituye en una meta de prevención que creará fortalecimiento de un factor protector muy poderoso.

### ***El inicio de la experiencia de prevención de suicidio y consumo de SPA***

La experiencia que se muestra a continuación, inicia en el año 1999 en un colegio de la localidad de Suba, en la ciudad de Bogotá. Se constituye como un programa de

prevención de riesgo de suicidio y consumo de SPA. Las acciones son emprendidas por el departamento de desarrollo humano del colegio, con talleres diseñados para generar reflexión y análisis en aspectos como el manejo del estrés mediante el fortalecimiento de estilos de afrontamiento funcionales y adaptativos, la resistencia frente al contacto con las drogas, la construcción de una alta autoeficacia y un locus de control interno, por solo mencionar algunos aspectos. Además, se apoya en el trabajo realizado en las escuelas de padres/madres. La intencionalidad de abordar también la prevención del consumo de SPA se fundamenta en que este es un particularmente, un factor de alto riesgo para la manifestación de las ideas e intentos de suicidio.

Uno de los aspectos fundamentales, ha sido la realización de mediciones que permiten corroborar la efectividad de las acciones realizadas. Se espera entonces, disminución en las cifras de prevalencia tanto en el consumo de SPA como en las ideas e intentos de suicidio, incremento en el manejo de los estilos de afrontamiento saludables y disminución en los factores de riesgo parentales.

Desde 1999 hasta el 2012, se han realizado 9 mediciones que han permitido registrar la evolución de la efectividad del programa de prevención.

## **METODO**

### ***Participantes***

Se han realizado un total de nueve (9) mediciones, desde al año 1999, momento en el que comienza a implementarse el programa, hasta el tiempo presente.

La tabla 1 muestra la distribución por grados y sexo en cada uno de los años en los que se han realizado mediciones. Salvo en el año 2003, en todas las otras oportunidades se ha abordado el 100% de los estudiantes desde 6° hasta 11°. En el año 2003, se encuestaron los estudiantes de los grados 6°, 8° y 10°. Para poder incluir los datos de todos los años, los análisis se realizaron tomando los estudiantes de los grados 6°, 8° y 10°.

También se precisa que en cada medición ingresan como nuevos los estudiantes del grado 6° y han salido los que se encontraban en 11° en el año inmediatamente anterior. Ejemplo, los estudiantes que en el año 1999 se encontraba en 6°, en el año 2003 estarían en 10°.

La tabla 2 muestra la distribución de los estudiantes a lo largo de los años, de acuerdo con cuáles de sus progenitores viven.

Tabla 1. Grados participantes en las 9 mediciones desde 1999 hasta 2012 diferenciados por el sexo

Año de medición	1999	Sexo		GRADO						TOTALES	
				Sexto		Octavo		Décimo		N	%
				N	%	N	%	N	%		
			Masculino	47	48,5%	37	49,3%	36	41,9%	120	46,5%
			Femenino	50	51,5%	38	50,7%	50	58,1%	138	53,5%
	2000		Masculino	70	52,6%	39	54,9%	48	55,2%	157	54,0%
			Femenino	63	47,4%	32	45,1%	39	44,8%	134	46,0%
	2001		Masculino	77	57,9%	36	42,9%	25	49,0%	138	51,5%
			Femenino	56	42,1%	48	57,1%	26	51,0%	130	48,5%
	2003		Masculino	49	55,1%	62	52,5%	18	36,0%	129	50,2%
			Femenino	40	44,9%	56	47,5%	32	64,0%	128	49,8%
	2005		Masculino	55	48,7%	49	53,3%	55	52,4%	159	51,3%
			Femenino	58	51,3%	43	46,7%	50	47,6%	151	48,7%
	2006		Masculino	72	59,5%	37	48,7%	40	49,4%	149	53,6%
			Femenino	49	40,5%	39	51,3%	41	50,6%	129	46,4%
	2009		Masculino	61	52,6%	55	49,5%	38	43,7%	154	49,0%
			Femenino	55	47,4%	56	50,5%	49	56,3%	160	51,0%
	2010		Masculino	36	42,4%	53	44,2%	51	53,1%	140	46,5%
			Femenino	49	57,6%	67	55,8%	45	46,9%	161	53,5%
	2012		Masculino	37	42,0%	38	45,8%	41	46,1%	116	44,6%
			Femenino	51	58,0%	45	54,2%	48	53,9%	144	55,4%
	<b>TOTALES</b>			975	100,0%	830	100,0%	732	100,0%	2537	100,0%

Se observa cómo progresivamente va decreciendo el porcentaje de alumnos que conviven con ambos padres y va aumentando el de aquellos que viven con su madre. No es posible precisar si la causa es fallecimiento del padre, que estos vivan en otra ciudad o país por motivos

de trabajo o sino, por divorcio/separación. Sin embargo, las estadísticas mundiales tienden a mostrar un poderoso incremento en las cifras de divorcio, lo cuál permite inferir que muy posiblemente estamos ante la evidencia palpable de dicha tendencia.

Tabla 2. Progenitores con los cuales viven

Año de medición	Padres con los que vive								Totales	
	Con ambos		Con el padre		Con la madre		Con ninguno		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
1999	189	73,3%	6	2,3%	55	21,3%	8	3,1%	258	100,0%
2000	203	69,8%	20	6,9%	59	20,3%	9	3,1%	291	100,0%
2001	192	71,6%	8	3,0%	64	23,9%	4	1,5%	268	100,0%
2003	184	71,6%	6	2,3%	63	24,5%	4	1,6%	257	100,0%
2005	234	75,5%	8	2,6%	67	21,6%	1	,3%	310	100,0%
2006	195	70,1%	9	3,2%	65	23,4%	9	3,2%	278	100,0%
2009	209	66,6%	13	4,1%	83	26,4%	9	2,9%	314	100,0%
2010	196	65,1%	7	2,3%	89	29,6%	9	3,0%	301	100,0%
2012	164	63,1%	6	2,3%	81	31,2%	9	3,5%	260	100,0%

**Instrumento**

El instrumento (anónimo) tiene 5 secciones. En la primera, se indaga por las variables demográficas: el grado, el sexo, la edad y las personas con quienes vive. Luego se indaga por la prevalencia de vida y en el último año del consumo de SPA al igual que la edad de primer consumo. La tercera parte busca la información referente a las conductas suicidas: Prevalencia de vida y año de ideaciones e intentos, al igual que las edades en las cuales se dieron por primera vez tales conductas. La cuarta sección corresponde al cuestionario de afrontamiento de

Lazarus y Folkman (Lazarus y Folkman, 1986). La quinta parte es un cuestionario que valora el riesgo de consumo de SPA de acuerdo al tipo de relación que se mantiene tanto con el padre como con la madre. Desde el año 2009 se incluyó una nueva sección para los estudiantes de grados 9° hasta 11° que averigua sobre el impacto del consumo de SPA en 10 áreas vitales y en el año 2012 se incluyó por primera vez un cuestionario sobre conductas sexuales, que estuvo dirigido a los estudiantes desde 8° hacia arriba.

**Procedimiento**

Se realizó la aplicación simultánea de los cuestionarios en cada uno de los cursos. Se dieron las instrucciones sobre 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 ellos. En cada salón quedó una persona del equipo de bienestar y apoyo, junto con los profesionales en formación, que previo entrenamiento, ayudaron a los alumnos en los casos en los cuales tuvieron dudas o dificultades. Una vez respondido el cuestionario, lo introducían 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. En el año 2012 se usó por primera vez la recolección de la información a través de una plataforma de Internet. Es decir, se reemplazó el papel por una computadora en la sala de cómputo del colegio.

Los estadígrafos utilizados para el análisis estadístico fueron descriptores de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, prueba Chi – Cuadrado para determinar diferencias de

porcentajes y análisis de varianza de una, dos o tres vías, para encontrar las diferencias estadísticas de promedios.

**RESULTADOS**

En la tabla 3 se aprecia la prevalencia de vida del consumo de 5 sustancias. Si bien se indagó por 15 SPA, se escogieron aquellas que se consideran tiene mayor valor de acuerdo a la circunstancia cultural. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas que indican un cambio importante en la variación de los porcentajes desde el año 1999 hasta el 2012. Se observa una tendencia descendente en el contacto que han tenido los estudiantes con el alcohol, pasando de 86.8% en 1999 a 68.1% en el 2012. En el caso del cigarrillo el cambio fue mucho más marcado: mientras que en el año 1999 uno de cada dos estudiantes había estado en contacto con el tabaco, en el 2012 la proporción se redujo a uno de cada 4. En el caso del consumo de inhalantes, se observó un descenso hasta lograr casi la desaparición de este tipo de consumo en el año 2003 y luego se volvió a incrementar, llegando a un máximo de 6.6% en el año 2010 y descendiendo al nivel de inicio en el 2012.

Tabla 3. Prevalencia de vida en el consumo de cinco sustancias

Sustancias	Año de medición									
	1999	2000	2001	2003	2005	2006	2009	2010	2012	
Alcohol **	N	224	218	225	187	217	222	219	242	177
	%	86,8%	74,9%	84,0%	72,8%	70,0%	79,9%	69,7%	80,4%	68,1%
Tabaco **	N	132	130	117	102	112	91	63	79	67
	%	51,2%	44,7%	43,7%	39,7%	36,1%	32,7%	20,1%	26,2%	25,8%
Inhalantes **	N	15	6	5	1	4	6	7	20	15
	%	5,8%	2,1%	1,9%	,4%	1,3%	2,2%	2,2%	6,6%	5,8%
Marihuana *	N	22	19	12	7	8	6	11	21	11
	%	8,5%	6,5%	4,5%	2,7%	2,6%	2,2%	3,5%	7,0%	4,2%
Cocaína *	N	8	2	2	2	8		2	6	
	%	3,1%	,7%	,7%	,8%	2,6%		,6%	2,0%	
TOTAL	N	258	291	268	257	310	278	314	301	260
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

\*  $p < 0.01$  \*\*  $p < 0.001$

El consumo de marihuana, literalmente se redujo a la mitad haciendo el contraste entre el año de inicio y el momento actual. Sin embargo, es importante señalar que también se observó un efecto de descenso, incremento y descenso. De hecho, la motivación para haber realizado nuevamente el estudio en el año 2010, fue poder corroborar algunos cambios considerados como preocupantes hallados en el 2009. En la prevalencia de vida del consumo de cocaína también se ha observado este efecto variable pero llegando en la actualidad nuevamente a la desaparición del consumo. En todos los casos, hubo diferencias estadísticamente significativas

con distintos niveles de confiabilidad, pero siempre superiores a  $p < 0.01$ .

La tabla 4 muestra los datos de la prevalencia del último año en el consumo de 5 SPA. En la distribución de los porcentajes a lo largo de las 9 mediciones realizadas, los contrastes fueron estadísticamente significativos. En todos los casos, hay una clara tendencia hacia el descenso en los reportes. Esta tabla muestra cuál es la situación actual del consumo en la institución educativa. Mientras que la prevalencia de vida es un indicador epidemiológico acumulativo, no permite diferenciar entre los consumidores experimentales,

ocasionales y habituales. En cambio, la prevalencia en el último año permite excluir a los consumidores

experimentales, dejando en un solo bloque a los consumidores ocasionales y habituales.

Tabla 4. Prevalencia en el último año en el consumo de cinco sustancias

Sustancias	Año de medición									
	1999	2000	2001	2003	2005	2006	2009	2010	2012	
Alcohol **	N	164	156	146	112	135	122	78	151	82
	%	63,6%	53,6%	54,5%	43,6%	43,5%	43,9%	24,8%	50,2%	31,5%
Tabaco **	N	93	82	71	57	64	38	20	46	25
	%	36,0%	28,2%	26,5%	22,2%	20,6%	13,7%	6,4%	15,3%	9,6%
Inhalantes *	N	8		2		2	2	2	7	4
	%	3,1%		,7%		,6%	,7%	,6%	2,3%	1,5%
Marihuana **	N	14	12	9	4	3	4	3	13	3
	%	5,4%	4,1%	3,4%	1,6%	1,0%	1,4%	1,0%	4,3%	1,2%
Cocaína *	N	7		2	1	4		1	4	
	%	2,7%		,7%	,4%	1,3%		,3%	1,3%	
TOTAL	N	258	291	268	257	310	278	314	301	260
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

\*  $p < 0.01$  \*\*  $p < 0.001$

La tabla 5 muestra el resumen en los indicadores de prevalencia de vida en el consumo de SPA. La tabla discrimina entre las personas abstinentes en el período de tiempo evaluado, al igual que quienes han consumido alguna de las dos sustancias denominadas como legales y quienes han consumido algún otro tipo de sustancia. Para la definición del grupo de consumidores de SPA ilegales,

se tuvo en cuenta la totalidad de las 13 sustancias consideradas como ilegales. Si bien en el estricto sentido del término jurídico, la producción, distribución y venta de sustancias tales como los inhalantes o cierto tipo de medicamentos no son ilegales, si se prestan para el uso indebido.

Tabla 5. Clasificación en grupos de consumo de acuerdo a la prevalencia de vida

		Año de medición									
		1999	2000	2001	2003	2005	2006	2009	2010	2012	
Consumo de sustancias en la vida **	No ha consumido	N	29	69	42	67	89	53	90	57	76
		%	11,2%	23,7%	15,7%	26,1%	28,7%	19,1%	28,7%	18,9%	29,2%
	Alcohol y/o tabaco	N	198	196	200	172	199	209	208	208	146
		%	76,7%	67,4%	74,6%	66,9%	64,2%	75,2%	66,2%	69,1%	56,2%
	SPA ilegales	N	31	26	26	18	22	16	16	36	38
		%	12,0%	8,9%	9,7%	7,0%	7,1%	5,8%	5,1%	12,0%	14,6%
TOTALES	N	258	291	268	257	310	278	314	301	260	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*  $p < 0.01$  \*\*  $p < 0.001$

Se identificó una diferencia estadísticamente significativa asociada al momento de aplicación. En el año 2012 se registran dos cifras extremas. Por una parte, el reporte más alto de sujetos abstinentes pero también la cifra más elevada de estudiantes que reconocen haber estado en contacto con SPA ilegales. Sin embargo, observando la tendencia general de la distribución, puede afirmarse que ha habido un cambio favorable en tanto que la cantidad de sujetos abstinentes ha venido en franco aumento.

La tabla 6 muestra la clasificación en grupos de consumo de acuerdo a la prevalencia en el último año.

Esta información nos daría razón de los usuarios ocasionales y habituales simultáneamente. En el año 2012 se reportan cifras mucho más favorables a las registradas en 2010, buscando nuevamente llegar o superar a lo registrado en el año 2009, momento en el que se obtuvo la mayor cantidad de abstinentes y el menor número de estudiantes involucrados el consumo de SPA ilegales. Las distribuciones reportadas tanto en la prevalencia de vida como en la del último año, no son producto del azar, es decir hay una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 6. Clasificación en grupos de consumo de acuerdo a la prevalencia en el último año

		Año de medición									
		1999	2000	2001	2003	2005	2006	2009	2010	2012	
Consumo de sustancias en el último año **	No ha consumido	N	85	129	120	139	171	152	226	146	174
		%	32,9%	44,3%	44,8%	54,1%	55,2%	54,7%	72,0%	48,5%	66,9%
	Alcohol y/o tabaco	N	154	147	134	110	127	120	84	135	76
		%	59,7%	50,5%	50,0%	42,8%	41,0%	43,2%	26,8%	44,9%	29,2%
	SPA ilegales	N	19	15	14	8	12	6	4	20	10
		%	7,4%	5,2%	5,2%	3,1%	3,9%	2,2%	1,3%	6,6%	3,8%
TOTALES	N		258	291	268	257	310	278	314	301	260
	%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

\*  $p < 0.01$  \*\*  $p < 0.001$

La tabla 7 muestra la clasificación del riesgo de acuerdo a las ideas e intentos de suicidio según la prevalencia de vida. La tendencia general identificada es que progresivamente ha habido un descenso en los porcentajes, tanto de la manifestación de las ideas suicidas como en la realización de tentativas. De hecho, las cifras reportadas en la última medición realizada en el

año 2012 son las más bajas entre todos los estudios. La distribución de los datos sólo puede ser explicada por el azar con una probabilidad  $p < 0.001$ , es decir, hay elementos para afirmar que detrás de dicha distribución puede estar actuando un agente causal. En este caso, se le atribuye la diferenciación de la distribución a los momentos de medición.

Tabla 7. Clasificación del riesgo de acuerdo a las ideas e intentos de suicidio según la prevalencia de vida

		Año de medición								
		1999	2000	2001	2003	2005	2006	2009	2010	2012
Comportamientos suicidas **										
Sin comportamientos suicidas	N	168	199	178	187	235	216	209	221	212
	%	65,1%	68,4%	66,4%	72,8%	75,8%	77,7%	66,6%	73,4%	81,5%
Solo ideación	N	33	47	43	44	47	35	67	49	25
	%	12,8%	16,2%	16,0%	17,1%	15,2%	12,6%	21,3%	16,3%	9,6%
Intentos	N	57	45	47	26	28	27	38	31	23
	%	22,1%	15,5%	17,5%	10,1%	9,0%	9,7%	12,1%	10,3%	8,8%

\*  $p < 0.01$  \*\*  $p < 0.001$

Esta tabla nos daría una orientación muy aproximada de la tendencia general de los comportamientos suicidas dentro de esta comunidad educativa. Al hablar de riesgo, quienes han realizado intentos estaría en una situación de mayor peligro comparativamente con quienes solamente lo han pensado. Y a su vez, éstos últimos estarían en una situación más delicada comparativamente con quienes no han tenido ningún tipo de expresión de comportamientos

suicidas. Sin embargo, cabe recordar que en tanto que estamos hablando de prevalencia de vida, la estimación de sujetos en riesgo sería imprecisa.

La tabla 8 muestra la clasificación del riesgo de acuerdo a las ideas e intentos de suicidio pero teniendo en consideración la prevalencia en el último año. Al igual que en el caso anterior, se identificaron diferencias de distribución en los porcentajes, estadísticamente significativas con un  $p < 0.001$ .

Tabla 8. Clasificación del riesgo de acuerdo a las ideas e intentos de suicidio según la prevalencia en el último año

		Año de medición								
		1999	2000	2001	2003	2005	2006	2009	2010	2012
Comportamientos suicidas **										
Sin comportamientos suicidas	N	203	247	225	226	280	257	273	276	249
	%	78,7%	84,9%	84,0%	87,9%	90,3%	92,4%	86,9%	91,7%	95,8%
Solo ideación	N	33	36	24	22	21	13	34	21	6
	%	12,8%	12,4%	9,0%	8,6%	6,8%	4,7%	10,8%	7,0%	2,3%
Intentos	N	22	8	19	9	9	8	7	4	5
	%	8,5%	2,7%	7,1%	3,5%	2,9%	2,9%	2,2%	1,3%	1,9%

\*  $p < 0.01$  \*\*  $p < 0.001$

Dado que estamos hablando de prevalencia en el último año, la estimación de riesgo es mucho más vigente. Significaría entonces, que en el año 2012 habría al menos cinco estudiantes en una condición de riesgo alto y seis en una situación de riesgo moderado. Igualmente, en este año es cuando se obtiene la cifra más elevada de estudiantes fuera de riesgo.

La tabla 9 presenta los promedios de las puntuaciones en los cinco estilos de afrontamiento evaluados, a lo largo de los diversos años de medición. El único estilo en donde no se hicieron evidentes diferencias

significativas de promedios fue en búsqueda de soporte social, en donde los promedios parecen tener un comportamiento relativamente estable. En los demás estilos, hubo variaciones no atribuibles al azar. En el estilo de afrontamiento fantasioso es en el que se hace más evidente una tendencia a la disminución en los puntajes promedio. En el estilo evitativo se observa mucha volatilidad con ascensos y descensos de unos años a otros, lo cual es una manifestación de la modificabilidad posible sobre este.

Tabla 9. Puntajes en estilos de afrontamiento diferenciados de acuerdo al año de medición

		Año de medición								
		1999	2000	2001	2003	2005	2006	2009	2010	2012
<b>Solución de problemas *</b>	<b>Casos</b>	211	187	176	212	250	264	262	258	250
	<b>Promedio</b>	3,76	3,74	3,78	3,58	3,45	3,59	3,61	3,65	3,55
	<b>Desviación</b>	,82	,85	,92	,87	,85	,89	,84	,98	1,27
<b>Búsqueda de soporte social</b>	<b>Casos</b>	236	245	232	234	282	271	296	284	249
	<b>Promedio</b>	3,55	3,48	3,48	3,32	3,32	3,45	3,38	3,36	3,50
	<b>Desviación</b>	1,09	1,04	1,12	1,00	1,02	1,09	1,15	1,15	1,34
<b>Evitación **</b>	<b>Casos</b>	232	217	207	215	267	266	280	278	250
	<b>Promedio</b>	3,23	3,26	3,39	3,16	3,02	3,24	3,15	3,00	3,15
	<b>Desviación</b>	,83	,76	,92	,79	,85	,86	,82	,79	1,16
<b>Autoculpabilización *</b>	<b>Casos</b>	240	257	227	232	282	268	296	287	250
	<b>Promedio</b>	3,51	3,43	3,49	3,19	3,13	3,42	3,40	3,15	3,36
	<b>Desviación</b>	1,52	1,49	1,50	1,42	1,40	1,38	1,51	1,36	1,60
<b>Fantasioso **</b>	<b>Casos</b>	239	244	231	233	274	270	291	283	250
	<b>Promedio</b>	4,36	4,30	4,11	4,01	3,83	3,95	3,98	3,83	3,59
	<b>Desviación</b>	1,05	1,16	1,18	1,17	1,22	1,17	1,21	1,22	1,47

\*  $p < 0.01$  \*\*  $p < 0.001$

La tabla 10 muestra las diferentes fuentes de varianza que pueden dar explicación de los diferentes estilos de varianza. Esta tabla sintetiza la utilización de la prueba de análisis de varianza múltiple de tres entradas. Se consideraron como variables independientes el año de medición, el grupo de consumo de SPA en la vida, entendido como abstinentes, usuarios de SPA legales y los consumidores de SPA ilegales. La última variable ingresada fue la manifestación de conductas suicidas en la vida, entendida como sin conductas, con ideaciones y con intentos. Igualmente se buscó determinar las posibles

interacciones entre las tres variables como otras fuentes de varianza.

Como puede apreciarse, el estilo de afrontamiento que es explicado por más fuentes de varianza es el evitativo, en tanto que el estilo de solución de problemas es el que recibe menos fuentes de varianza. Estos datos permiten ver cómo cada estilo tiene una dinámica muy diferente. También se corrobora que el estilo de afrontamiento evitativo parece ser el más susceptible a los cambios y modificaciones.

Tabla 10. Fuentes de varianza de explicación de los estilos de afrontamiento

Fuentes de varianza	Estilos de afrontamiento				
	Solución de problemas	Soporte Social	Evitación	Autoculpabilización	Fantasioso
<b>Año de medición (MOM)</b>			***		
<b>Grupos de consumo - Vida (SC)</b>			***	***	***
<b>Conductas suicidas - Vida (SPA)</b>	**	*	***	***	***
<b>MOM * SC</b>					
<b>MOM * SPA</b>		*			*
<b>SPA * SC</b>					
<b>MOM * SPA * x SC</b>			*		*

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

\*\*\*  $p < 0,001$



La tabla 11 muestra cómo se distribuyen las conductas suicidas a lo largo de la vida de acuerdo al consumo de sustancias a lo largo de la vida. Los resultados de la prueba de significancia arrojaron que hay diferencias estadísticamente significativas en la forma como se distribuyen los datos.

Es así que, la mayor concentración de quienes no han incurrido en intentos de suicidio está en el grupo de

estudiantes que no han tenido contacto con SPA ilegales. Así mismo, la mayor concentración de quienes no han tenido conductas suicidas se ubica en el grupo de estudiantes que no han consumido SPA. Esto permite corroborar la poderosa asociación que existe entre el consumo de SPA y el riesgo de suicidio.

Tabla 11. Clasificación del riesgo de suicidio de acuerdo a los grupos de consumo según las prevalencias de vida

		CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA VIDA			
Conductas suicidas a lo largo de la vida **		No ha consumido	Alcohol y/o tabaco	SPA ilegales	TOTALES
Sin comportamientos suicidas	N	499	1211	116	1826
	%	87,1%	69,8%	50,7%	71,9%
Solo ideación	N	59	290	41	390
	%	10,3%	16,7%	17,9%	15,4%
Intentos	N	15	235	72	322
	%	2,6%	13,5%	31,4%	12,7%
TOTALES	N	573	1736	229	2538
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

\*  $p < 0.01$  \*\*  $p < 0.001$

La tabla anterior, es el preámbulo a la N° 12 en donde se aprecia la forma como se distribuyen los promedios del estilo de afrontamiento evitativo de acuerdo a las conductas suicidas y el consumo de SPA a lo largo de la vida.

Se aprecia con mucha claridad las diferentes tendencias que exhibe este estilo: mientras que el

promedio más elevado se ubica en el cruce de consumidores de SPA ilegales y quienes han realizado intentos de suicidio, el promedio más bajo está en el cruce entre los estudiantes abstinentes y quienes no han tenido conductas suicidas.

Tabla 12. Promedios en el estilo de afrontamiento evitativo de acuerdo a las conductas suicidas y el consumo de SPA

Conductas suicidas en la vida		Consumo de sustancias en la vida			
		No ha consumido	Alcohol y/o tabaco	SPA ilegales	
Sin comportamientos suicidas	Evitación	Casos	405	1080	101
		Promedio	2,85	2,98	3,35
		Desviación	,84	,77	,77
Solo ideación	Evitación	Casos	49	261	38
		Promedio	3,26	3,52	3,81
		Desviación	,85	,80	,83
Intentos	Evitación	Casos	12	202	64
		Promedio	3,33	3,80	4,26
		Desviación	1,03	,85	,78

## DISCUSIÓN

Lo primero que debe mencionarse es que los datos presentados son tan solo una síntesis de los múltiples análisis que se han realizado. El objetivo principal de este documento es mostrar los resultados de la evaluación y seguimiento de un programa de prevención de riesgo de suicidio y consumo de SPA, desarrollado en un colegio en la sección de secundaria, desde el año 1999 hasta la fecha.

Los hallazgos presentados proporcionan elementos para afirmar que la estrategia de prevención no solo ha generado cambios reflejados en el decremento de las cifras de consumo de SPA, sino también en cambios en las prevalencias de vida y último año de la ideación e intento de suicidio. El primer resultado de importancia versa sobre la disminución en la prevalencia de vida y de último año en el consumo de alcohol y cigarrillo. Vale recordar que muchos programas de prevención centran su atención precisamente sobre estas dos sustancias en tanto que se considera que el consumo precoz de alcohol se

convierte en un elemento predictor del posible abuso en el futuro de otras drogas (Becoña, 1999, 2002).

El caso de las sustancias inhalables es particularmente interesante. La pregunta en el cuestionario, habla de inhalantes en general sin hacer especificaciones. Años atrás, el consumo más incidente era el de cierto tipo de pegantes industriales derivados de hidrocarburos. En la actualidad, sustancias con una base de cloruro de metilo han hecho una presencia explosiva, tanto que el II estudio de consumo de SPA en población escolar (MJD, MEN, MSPS, 2012) llama la atención con preocupación sobre los reportes elevados registrados específicamente de esta sustancia. Si se tiene en consideración esta condición epidemiológica general, es importante tener en presente el desarrollo de acciones de prevención indicada y selectiva para combatir esta grave situación emergente de consumo de inhalantes. En el consumo de marihuana y cocaína es llamativa la pendiente descendente, lo cual es muy alentador si se tiene en consideración las cifras con las que se inició en el año 1999.

La prevalencia en el último año, redimensiona el análisis y lleva a identificar un nuevo patrón de consumo en esta comunidad. En el caso específico de los inhalantes, al parecer hay un número muy importante de consumidores experimentales pero no de consumidores ocasionales y habituales. De hecho, ya a partir del año 2012 se empezó a incluir el indicador epidemiológico de consumo en él último mes, el cual permite identificar con una importante aproximación, las proporciones separadas de consumidores experimentales, ocasionales y habituales. Este tipo de prevalencia ratifica el hallazgo inicial sobre el efecto sostenido hacia el decremento, que muy seguramente se puede atribuir a la acción del programa de prevención.

Las llamadas conductas suicidas, según la Secretaría Distrital de Gobierno de Bogotá, (SDGB, 2008), son el otro foco de interés de la estrategia. Los resultados arrojados muestran claramente la disminución en los patrones de manifestación de ideas como de intentos de suicidio y dicha tendencia no obedeció a las acciones del azar. Por lo mismo, este elemento refuerza la idea de la efectividad que ha tenido hasta el momento, el desarrollo de la estrategia de prevención de consumo de SPA y riesgo de suicidio dentro de la comunidad educativa. Sin embargo, puede haber voces que mencionan que la disminución de los reportes son concordantes con el decremento registrado en las tasas de suicidio a nivel nacional en el curso de la última década. Es factible, pero eso no explicaría el siguiente hecho: en un estudio de caracterización realizado en cuatro instituciones educativas, realizado en el año 2011 (Moreno y Aja, 2013), los reportes de ideación suicida en la vida oscilan entre 21% y 27% y las cifras de intentos están entre 12% y 16%. Vale aclarar que dichas instituciones no han tenido intervención hasta el momento. Al contrastar los

datos con los hallados en el presente estudio, encontramos que la información del 2011 podría corresponder a las cifras reportadas en el colegio intervenido en los inicios, es decir, hace más de 10 años. Por lo mismo, la información generada en la última medición en el 2012 no encaja con la tendencia identificada en muchas otras instituciones de iguales características. Por lo tanto, se tiene el soporte para considerar que la disminución de las cifras identificadas hasta el 2012 no corresponde con la directriz decreciente en las tasas globales del suicidio en Colombia.

Uno de los puntos centrales –pero no el único– de la intervención ha sido la modificación de los estilos de afrontamiento. Es llamativo que precisamente el estilo evitativo es el que mostró los mayores cambios en la población analizada. En los estudiantes que no han tenido conductas suicidas y de consumo, el promedio en este estilo es más bajo comparativamente con el otro extremo, como son aquellos que han realizado consumo de SPA ilegales y han tenido intentos de suicidio. Recordemos que este estilo es reportado por la literatura como disfuncional y poco adaptativo cuando tiene supremacía sobre otros estilos como la solución de problemas o la búsqueda de soporte social (Aja, 1997, 2004). Por lo mismo, se convierte en un objetivo de intervención no solo en los escenarios preventivos sino también en los terapéuticos (Torres de Gálvis et. al, 2010; Quintanilla et. al, 2005; Villalobos y Crespo, 2004).

Aquí se ponen en evidencia varios hechos. Primero, ya se había mencionado que el consumo es considerado un factor de riesgo para las conductas suicidas. Segundo, se ve cómo el estilo de afrontamiento evitativo guarda una fuerte asociación tanto con las conductas suicidas como con el consumo de SPA. Entonces, si se realizan acciones de prevención dirigidas a evitar la aparición de las ideas suicidas, enseñarles a los estudiantes a excluir el estilo de afrontamiento evitativo y llevarlos a que se alejen del consumo de SPA, serán dos metas pedagógicas inaplazables a tener presentes.

Existen otras variables que han sido estudiadas en el desarrollo de la intervención, tales como el papel de las relaciones familiares, las conductas sexuales de los estudiantes, el desarrollo de otras competencias intrapersonales como los estilos atribucionales de causalidad (locus de control), las creencias autorreferenciales de éxito (autoeficacia), la tolerancia a la frustración y al rechazo; se ha visto que todas ellas cumplen un papel de trascendencia como factores protectores frente al consumo de SPA y las conductas suicidas.

Algunas de las limitaciones de este trabajo y que se están implementando acciones para su superación, se relaciona con la existencia de grupos control. Hasta antes del 2011, no se habían hecho estudios con instituciones que no recibieron la estrategia. En el año 2009, el programa se empezó a desarrollar en otras 2 instituciones

más, pero nuevamente sin grupo control. Dado que desde el 2011 ya existen colegios no intervenidos, se está empezando a tener puntos de contraste. Se espera para el año 2013 tener los primeros datos comparativos entre colegios con y sin intervención. Esto ayudaría a reforzar las afirmaciones hechas sobre el colegio piloto y las 9 mediciones que se han realizado a la fecha.

A modo de conclusión, los resultados permiten darle mayor fortaleza a la idea de que el escenario escolar es propicio para crear acciones conducentes no solamente al desarrollo cognitivo sino también al psicológico. Las estrategias de promoción de la salud, también pueden tener una vertiente concreta en la salud mental de los individuos; así, se crearán condiciones que protegerán a los niños, niñas y adolescentes de algunos de los riesgos a los que están expuestos hoy en día.

## REFERENCIAS

- Aja Eslava, L. (2010) ¿Qué ha pasado con el suicidio en Colombia en los últimos 13 años? *Forensis: Datos para la Vida, Colombia 2009*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 11(1): 389 – 398.
- 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.
- 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.
- Aja Eslava, L.; Avila Gómez, J.J (2008). 1999 – 2006: Siete años de experiencia en la prevención del Riesgo de suicidio. *Psimonart: Revista Científica. Instituto del Sistema Nervioso Central*. 1(1): 95 - 114.
- Alcaldía Mayor Bogotá (AMB), Secretaría Distrital de Salud (SDS). (2010) Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá D.C. - 2009. Bogotá: Editorial Scripto Ltda.
- Becoña Iglesias, E. (2002) Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid. Ed. Ministerio del interior. Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, Elisardo. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid. Ed. Ministerio del interior. Plan Nacional Sobre Drogas.
- Centers for Disease Control (CDC). (1992). Youth Suicide Prevention Programs: A resources Guide. Atlanta: Centers for Disease Control.
- De Bedout Hoyos, A. (2008) Panorama Actual Del Suicidio: Análisis Psicológico y Psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*. 1(2): 53-63. ISSN 2011 – 7922.
- De Zubiría Samper, M. (2007) Mil motivos y tres causas del suicidio juvenil. *Tesis Psicológica*. 2:11-34.
- 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.
- García de Jalón, Peralta, E. (2002) Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 25(3): 87-96.
- García Valencia, J. Palacio Acosta, C.A. Vargas, G. Arias, S. Ocampo, M.V. et Al. (2009) Validación del “inventario de razones para vivir” (RFL) en sujetos con conducta suicida de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38(1): 66-84.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986) Estrés y procesos cognitivos. 2 ed. Barcelona: Martínez Roca.
- Limonero, T. Tomás-Sabado, J. Fernández Castro, J. (2008). Relación entre estrategias de afrontamiento y felicidad. Estudio preliminar 1. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Psiquiatría.com en [http://www.psiquiatría.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4600/1/interpsiquis\\_2008\\_34291.pdf](http://www.psiquiatría.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4600/1/interpsiquis_2008_34291.pdf)
- Ministerio de la Protección Social (MPS). (2007) Plan Nacional de salud Pública 2007 – 2010: decreto 3039 de 2007. En <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/decreto%203039.pdf>
- Moral Jiménez, M.V. Sirvent Ruiz, C. (2011) Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 11(1): 33-56.
- Morales, M.; Jiménez, I. et. Al (2002). Rasgos de personalidad en suicidas: Autopsias Psicológicas 1997. *Revista del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. 17(1): 14 – 20.
- Moreno, J. Aja, L. (2013) Del riesgo de suicidio a la promoción de la vida. *Típica: Boletín electrónico de salud escolar*. 9(1): 25-38. [www.tipica.org](http://www.tipica.org)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD/OEA) (2006) Jóvenes y Drogas en Países Suramericanos: un desafío para las políticas públicas. Lima: Tetis Graf Eirl.
- Pérez Gómez, A. Scopetta, O. (2009). Consumo de Alcohol en menores de 18 años en Colombia, 2008. Bogotá: Dupligráficas Ltda.
- Pérez Olmos, I. Ibañez Pinilla, M. Reyes Figueroa, J.C. Atuesta Fajardo, J. Suárez Díaz, M. (2008). Factores Asociados al Intento Suicida Persistente en un Centro de atención primaria, Bogotá, 2004 – 2006. *Revista de Salud Pública*. 10(3): 374-385.

- Quintanilla Montoya, R. Valdez Figueroa, I. Valencia abundiz, S. González de Mendoza, J.M (2005) Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en Salud*. 7(2): 112-116.
- República de Colombia: Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), Ministerio de la Protección Social (MPS). (2009) Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2008. Bogotá D.C.: Editora Guadalupe.
- República de Colombia: Ministerio de la Justicia y el Derecho (MJD), Ministerio de Educación Nacional (MEN), Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2012) II Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia 2011.
- Rosselló, J. Berríos Hernández, M.N. (2004) Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*. 38(2): 295-302.
- 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.
- Salgado Levano. A.C. (2009) Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Liberabit: Lima – Perú*. 15(2): 133-141.
- Secretaría de Gobierno Distrital – Bogotá (SGDB). (2008). La conducta suicida y factores de resiliencia entre jóvenes bogotanos. Bogotá: Ediciones Antropos.
- Secretaría General de la Comunidad Andina (SGCA) (2009) Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas Sintéticas en la Población Universitaria – 2009. Lima: Tetis Graf Eirl.
- Torres de Gálvis, Y. Zapata Vanegas, M. Montoya Vélez, I.P. Garro Cossio, G.I. Hurtado Villegas, G. (2010) Segundo estudio de salud Mental del adolescente Medellín – 2009. Medellín: Universidad CES.
- Villalobos, B. Crespo, J. (2004) Intentos de suicidio en niños y adolescentes en la consulta de emergencia del Hospital Miguel Pérez Carreño Junio 2002-Mayo 2003. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*. 50(103): 6-12.
- Villalobos-Galvis, F.H. Arévalo Ojeda, C. Rojas Rivera, F.D (2012) Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 31(3): 233-239.
- Vírseda Heras, J. A., Amado García, G., Bonilla Muñoz, M. P., & Gurrola Peña, G. M. (2011). Afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología.com*, 15: 16. En: <http://hdl.handle.net/10401/4065>.