

DEL RIESGO DE SUICIDIO A LA PROMOCIÓN DE LA VIDA*FROM SUICIDE RISK TO LIFE PROMOTION*Julián Moreno Parra¹*Secretaría de Educación del Distrito - Salud al
Colegio 2008 – 2012*Leonardo Aja Eslava²*Corporación Buscando Ánimo***Resumen**

En este artículo se presentan los resultados de dos estudios realizados por la Corporación Buscando Ánimo en alianza con la Secretaría de Educación del Distrito. El primero hace referencia a la aplicación de pre y post test, tras la implementación de tres talleres con noventa y seis grupos de estudiantes de las localidades de Usaquén, Tunjuelito, Kennedy, Fontibón, Engativá y Suba. El segundo estudio corresponde a la caracterización de estudiantes de cuatro colegios de Bogotá, respecto al consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida y comportamiento sexual. A partir de estos datos y experiencia se reflexiona sobre el uso del paradigma del riesgo en la comprensión de la conducta suicida, y a manera de conclusión, en la descripción de nuevas alternativas para el abordaje de estas problemáticas en el contexto escolar.

Palabras Clave: prevención del suicidio, consumo de sustancias psicoactivas en escolares, salud al colegio, paradigma del riesgo y promoción de la salud escolar.

Abstract

This article shows the results of two studies conducted by Corporación "Buscando Animo" in partnership with the Secretary of Education of Bogotá. The first one refers to the pre- and post-test measures obtained at three workshops involving ninety-six groups of students from different areas of Bogotá. The second study shows a characterization of students from four different schools of Bogota, regarding drug consumption, suicidal behavior, and sexual behavior. From this experience and the obtained data, arguments about the use of the risk paradigm are analyzed as pertaining to the understanding of suicidal behavior. Finally, new alternatives to address these problems in the school context are described.

Key words: Suicide prevention, drug consumption in students, Health to School program, risk paradigm, school health promotion.

¹Ps. – Magister en Investigación Social Interdisciplinaria. Lidera el desarrollo del Programa Salud al Colegio en Bogotá desde el año 2008. Contacto: vokaista@gmail.com

²Ps. – Experto en Drogodependencias. Director científico Corporación Buscando Ánimo. Contacto: leonardo@buscandoanimo.org - buscandoanimo@hotmail.com

Recibido: 2012-12-18, Enviado a evaluadores: 2012-12-20, Aceptado: 2013-01-11

INTRODUCCIÓN

"Conviene vivir considerando que se ha de morir; la muerte siempre es buena; parece mala a veces porque es malo a veces el que muere".

Francisco de Quevedo y Villegas

Para la UNESCO (2011), hoy más que nunca el suicidio es uno de los asuntos de mayor interés de la humanidad. Esto quiere decir que es una situación vigente para los seres humanos que integran las diversas sociedades y culturas del mundo, y al mismo tiempo, una realidad a partir de la cual es posible comprender y reconocer los diferentes proyectos sociales y humanos que se configuran en ciudades como Bogotá.

Esta comprensión implica la tarea inicial de decantar y asumir el suicidio en su estrecha relación con la vida humana, antes de apresurarnos y dejarnos guiar por el afán contemporáneo que nos obliga a problematizar para intentar resolverlo, y concluir tras varios días de esfuerzos y recursos invertidos que es poco lo que hemos avanzado.

Sin estas pretensiones, pero tampoco, sin el ánimo de desconocer la responsabilidad del Estado y la misión gubernamental de fortalecer las instituciones públicas encargadas de garantizar los derechos de los bogotanos, la Secretaría de Educación del Distrito inició desde el año 2009, en alianza con la Corporación Buscando Ánimo, inició el desarrollo de un proceso formativo con directivos, docentes y orientadores escolares para fomentar oportunidades concretas de comprensión ante las diferentes situaciones de ideación, intentos y suicidios consumados, identificados al interior de las comunidades educativas del Distrito. Fruto de este proceso, la escuela lograría posicionarse como un escenario en el que niños, niñas y jóvenes; acompañan el transcurrir cotidiano de su proceso vital humano, con la experiencia de definirse y acordar con otros la manera de vivir en comunidad.

En consecuencia, este proyecto ambicioso partió del conocimiento técnico acumulado por las disciplinas de la salud mental, basado en la comprensión del suicidio como situación indeseable y riesgosa que debe evitarse en la vida de los seres humanos, para pasar a entenderlo como una manifestación más de la realidad humana que invita a la escuela y demás instituciones sociales a cuestionarse y replantearse los propósitos de nuestra sociedad y su posibilidad real de mejorar calidad de vida de los ciudadanos.

El riesgo y la prevención del suicidio

EA simple vista, el reconocimiento del riesgo de suicidio y su prevención es algo que primordialmente debe ocupar a las instituciones encargadas de cuidar la salud de las comunidades, y con mucho más acento en aquellos grupos poblacionales caracterizados por demostrar aumentos o constantes en la frecuencia de casos de ideación o suicidio consumado durante los últimos años.

Sin embargo, en nuestra cotidianidad y realidad bogotana, las tareas de identificar y minimizar la presencia de factores de riesgo en la vida de las personas, las cuales justifican el quehacer institucional, no están exentas de enfrentar algunas dificultades propias de la confianza en el conocimiento técnico de aquellas disciplinas encargadas de responder al proyecto modernizador o postmodernizador de la prevención del suicidio.

Las imposibilidades del riesgo en la prevención del suicidio

En nuestra contemporaneidad, además de considerarlos globalizados y mundiales, los riesgos se relacionan con la posibilidad de anticiparse a lo indeseado y catastrófico, o en palabras de Beck (2008), “una realidad discutible de una posibilidad que no es mera especulación pero tampoco una catástrofe efectivamente acaecida”.

De esta manera, los riesgos son una posibilidad futura que amenaza el presente, determina las comprensiones de la realidad y justifica las acciones de las políticas públicas. Al configurar una sociedad del riesgo mundial los peligros que hoy se consideran como una amenaza son producto de la construcción social y cultural de aquellos que investidos por el poder del saber – hacer o tener, logran definirlos:

“Destaquémoslos nuevamente: esto no significa que no hayan riesgos, que los riesgos sean ilusiones, producto de la exageración general o del sensacionalismo general de los medios de comunicación. Significa en todo caso que en lo referente a riesgos nadie puede apelar a una realidad externa. Los riesgos que creemos identificar y que nos atemorizan son reflejo de nosotros mismos, de nuestras percepciones culturales. Y en la contraposición de estas certezas culturales o en el horizonte de una naciente solidaridad mundial los riesgos se hacen globales” (Beck, 2008; Pág. 32).

¿Qué relación tiene esto con la pretensión gubernamental de prevenir el suicidio? Desde que el suicidio se convirtió en objeto de interés para las ciencias, se planteaba que a pesar de ser un acto individual sus determinaciones respondían a características sociales (Durkheim, 1989). El punto de partida para la experiencia de los colegios oficiales de Bogotá ha sido la prevención de comportamientos de riesgo y el fomento de factores protectores, característico de los estudios y proyectos de prevención de la salud fundamentados en conocimientos psicológicos y en configurar la práctica de estilos de vida saludables a partir de procesos de aprendizaje, los cuales sin proponerse agotar el campo de la promoción de la salud aportan un modelo operativo e instrumental necesario para empezar a responder a las necesidades preventivas de las personas (Flórez, 2007). Lo anterior, subraya la tendencia a encaminar estrategias que avanzan en la prevención y en la

búsqueda de evidencias en el cambio individual y comportamental, sin que eso necesariamente responda al interés de apoyar la implementación de nuevas políticas públicas, crear sustentablemente entornos de vida saludables o fortalecer la participación y la acción comunitaria, entre varias de las actividades de promoción de la salud mencionadas en la Carta de Ottawa (Flórez, 2007).

Tras esta experiencia surgen varias imposibilidades a considerar, entendidas como los límites del paradigma del riesgo en el abordaje de situaciones relacionadas con la ideación, intento, amenaza o suicidio consumado. Una primera consideración tiene que ver con la dificultad para combinar la comprensión racionalista que establece la probabilidad de ocurrencia de lo indeseable con otra que se proponga reflexionar sobre la manera de interpretar el riesgo identificado, la cual reconozca que bajo la premisa de superar el sesgo subjetivo del riesgo, son los instrumentos y modelos científicos los que imperan tras el soporte objetivo de ostentar la información y el conocimiento para definir e identificar lo que es o no riesgoso, desconociendo que el riesgo puede percibirse y valorarse como real dependiendo del contexto, la cultura y la dinámica social en la que se analice (Ulrich, 2008). Producto de estas reflexiones es que se hace posible establecer algunas coincidencias y distinciones en la forma como es valorado el riesgo de suicidio entre varias culturas, poder reconocer si es más riesgoso no tolerar la frustración y el rechazo en un país u otro, o identificar si las diferencias en la valoración social del riesgo se asocian con el nivel de sensibilización, información y educación que en este tema haya alcanzado un grupo poblacional respecto al otro. La incertidumbre provocada por las diferentes percepciones del riesgo, hacen reconocer que tras el ejercicio de definir el riesgo de suicidio, es necesario experimentar en cabeza del Estado y sus instituciones, un tiempo y espacio de debate informado y de construcción colectiva que favorezca desde el ejercicio democrático la formulación de aquellas políticas públicas encargadas de mejorar la protección integral de la vida de las personas.

En relación con este discurso racional sobre el riesgo, un segundo aspecto está vinculado con la aplicabilidad o la manera como se usa el conocimiento cuando son identificados factores probabilísticos y no necesariamente deterministas del riesgo de suicidio. En especial, en la imposibilidad para distribuir de manera justa la responsabilidad individual, social y del Estado durante el proceso de control y minimización del riesgo de suicidio. Al respecto, los procesos de determinación social propuestos por la medicina social y la salud colectiva latinoamericana (Breilh, 1998), coinciden en señalar que a diferencia de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), desde algunos colectivos latinoamericanos se ha podido demostrar que la equidad en salud no solo se logra a través de la implementación de políticas sociales que empoderen a individuos y comunidades, o por medio

de la redistribución de la riqueza social a fin de promover una vida saludable y próspera; sino mediante la superación social de la inequidad que produce dichas desigualdades, entendidas como injustas en el acceso a posibilidades reales del mejoramiento de la calidad de vida y que están determinadas en la manera como el poder es apropiado por medio de la privatización de la riqueza, de la aplicación de modelos patriarcales y del dominio de grupos étnicos situados en espacios estratégicos para la producción, en el marco de un modelo económico que promueve la acumulación constante de capital por un lado, y la explotación y exclusión por el otro (Breilh, 1998). Avanzar en esta reflexión implica dimensionar la responsabilidad social en la ocurrencia de ideación, intentos y suicidios consumados que se reportan en Bogotá.

Un tercer aspecto identificado en los trabajos epidemiológicos reafirman las dos limitantes anteriores, al dimensionar el riesgo como algo directamente referenciado al grupo como un todo, recreando con evidencia su imposibilidad para sustentar modelos que permitan establecer diagnósticos o pronósticos de un individuo en particular (De Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009). En los contextos escolares y de intervención en salud, ejercitados en la aplicación de pruebas y encuestas para la identificación de estudiantes en mayor y menor riesgo, resulta problemático aceptar esta limitante, en tanto que al relacionar alguna situación indeseable con uno o tres estudiantes se hace más práctica y funcional su intervención.

Como ya se mencionó, estas tres imposibilidades del riesgo en el abordaje de la conducta suicida, las cuales se pueden identificar a través de: (a) el reconocimiento de la incertidumbre científica, (b) la determinación social de la salud y (c) el sentido colectivo y poblacional de los datos epidemiológicos que lo sustentan; se caracterizan por estar excluidas en aquellas iniciativas que se proponen prevenir el riesgo de suicidio y promocionar el desarrollo de competencias, y adicionalmente, por establecer un campo de acción propicio y pertinente para la promoción de la salud en nuestra sociedad contemporánea, entendida por Lipovetsky (2008) como una sociedad de la decepción, hipermoderna, individualista y democrática que aumenta las exigencias de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida a la par con las posibilidades para la frustración, es decir, una sociedad integrada por personas cada vez más capaces, exigentes, consumistas, informadas y reflexivas que aspiran a alcanzar estilos de vida saludables evitando riesgos, pero al mismo tiempo, más proclives a la insatisfacción y la decepción (Lipovetsky, 2008).

Dicho escenario oportuno para la promoción de la calidad de vida, bien sea que esté integrado por individuos interpretados como oprimidos, explotados y con exiguas oportunidades de desarrollo (Freire, 2005), o insaciables con la acumulación de éxito, bienestar y poder; aunque incluya en un primer momento el doble proceso de prevenir riesgos y promover habilidades, reconoce que es

insuficiente el logro de cambios comportamentales o de mayores posibilidades de adaptabilidad a las nuevas dinámicas sociales, reafirmando que es necesario superar la escenificación y globalización del riesgo que impone lo prioritario a resolver, y avanzar a un segundo momento o campo de acción comprometido con delimitar la responsabilidad individual, estatal y social; garantizar la materialización de derechos fundamentales; y superar las inequidades e injusticias sociales.

Aquellos procesos comprometidos con esta tarea, identifican factores de riesgo y protectores de manera simultánea, en función de trascender hacia el reconocimiento y materialización de aquellas condiciones y situaciones valoradas positivamente, entendidas como bienes a los que grupos poblacionales pueden y deben aspirar para su buen vivir. En este sentido, los datos que a continuación se presentan hacen referencia a la descripción de los resultados encontrados en la experiencia de cómo en Bogotá se inició con el proceso de prevención del riesgo de suicidio en contextos escolares, a partir de los cuales se espera delimitar un segundo campo que aporte estrategias concretas a la garantía del derecho a la vida.

EXPERIENCIA PROYECTO DE PREVENCIÓN DEL RIESGO DEL SUICIDIO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLEGIOS DE BOGOTÁ

Durante los años 2010 y 2011, en alianza entre la Corporación Buscando Ánimo y la Secretaría de Educación del Distrito, se realizaron diferentes acciones encaminadas a la promoción de la salud y prevención del riesgo de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas. Estas medidas estuvieron dirigidas a procesos de formación, entrenamiento y capacitación a docentes y orientadores, y por otra parte, al desarrollo de acciones directas con estudiantes de los grados sexto a once. De manera complementaria, se realizó un estudio de caracterización con la población de bachillerato de ambas jornadas de cuatro instituciones educativas del Distrito. A continuación se mostrará un resumen de los principales hallazgos encontrados en las intervenciones directas con estudiantes y en dicho estudio de caracterización.

La experiencia con estudiantes

Se abordaron un total de noventa y seis grupos de diferentes instituciones educativas distritales pertenecientes a las localidades de Usaquén, Tunjuelito, Kennedy, Fontibón, Engativá y Suba. Los grupos se organizaron con diferentes criterios, en unos casos se abordaron la totalidad de un curso y en otros se vincularon estudiantes previamente seleccionados de varios niveles. Con todos los grupos se realizó una prueba pre-test antes de iniciar cualquier acción, realizado en el último taller un post-test.

La tabla 1 muestra la participación de estudiantes de acuerdo al sexo, grado, a la jornada académica y localidad,

diferenciados por el momento de aplicación. Como es natural en estos procesos, existe un nivel de deserción esperable en el desarrollo de las actividades. El margen de abandono, medido al momento de aplicar el instrumento en la aplicación post test fue 22%. Apreciamos que hubo una mayor participación de hombres, de estudiantes de grados octavo y noveno, mayor asistencia de estudiantes vinculados a la jornada de la mañana, siendo Fontibón y Suba las localidades con mayor número de estudiantes.

Tabla 1. Descriptores demográficos de la conformación muestral

		MOMENTO DE APLICACION			
		01-Pretest		02-Postest	
		N	%	N	%
SEXO	HOMBRE	1776	53,6%	1317	51,2%
	MUJER	1539	46,4%	1254	48,8%
TOTALES		3315	100,0%	2571	100,0%
GRADO	SEXTO	371	11,3%	259	10,1%
	SEPTIMO	428	13,1%	327	12,7%
	OCTAVO	794	24,3%	619	24,1%
	NOVENO	725	22,2%	648	25,2%
	DECIMO	728	22,3%	551	21,4%
	ONCE	223	6,8%	169	6,6%
TOTALES		3269	100,0%	2573	100,0%
JORNADA	MAÑANA	1793	54,1%	1389	53,9%
	TARDE	1524	45,9%	1186	46,1%
TOTALES		3317	100,0%	2575	100,0%
LOCALIDAD	ENGATIVA	588	17,7%	411	16,0%
	FONTIBON	765	23,1%	574	22,3%
	KENNEDY	472	14,2%	442	17,2%
	SUBA	642	19,4%	479	18,6%
	TUNJUELITO	394	11,9%	316	12,3%
	USAQUEN	456	13,7%	353	13,7%
	TOTALES		3317	100,0%	2575

Se trabajó un total de tres talleres: en el primero se abordó la relevancia de la planeación y la organización. Este taller se propuso centrar a los estudiantes en la importancia de la planeación y la organización para la ejecución de proyectos pequeños y otros de mayor envergadura como el propio proyecto de vida. Ineludiblemente, en la planeación es necesario definir metas y para llevarlas a cabo, hay que optimizar recursos. Se hizo énfasis en los recursos personales para la realización de dichas metas: motivación, compromiso y toma de decisiones, entre otros. Recordemos que uno de los factores de riesgo para el consumo de sustancias es la falta de previsión de metas a mediano y largo plazo (Manrique, Ospina y Herrera, 2009). Para el caso del riesgo de suicidio, la percepción de un futuro abrumador es una condición que alimenta la ideación autolítica (Aristizabal, González, Palacio y García, 2009).

En el segundo taller se trabajó sobre los procesos de influencia durante la toma de decisiones. La esencia básica de este taller fue explorar el efecto de la presión de grupo y de los medios de comunicación en la construcción de creencias, orientaciones o modas. Es a partir de la

definición de estas creencias y de las diferentes fuentes de influencia (positiva o negativa) que se puede llegar a tomar decisiones correctas o incorrectas para la salud y la calidad de vida. Dentro de estas decisiones se consideró la situación llegar a incurrir en el consumo de sustancias psicoactivas, mucho más cuando se tiene en consideración que esta conducta está mediada por una fuerte y poderosa presión social por parte de los pares.

El tercer taller guardó conexión con el anterior al profundizar los tópicos de la tolerancia a la frustración y el rechazo. Se considera que estos dos tipos de tolerancia poseen una capacidad protectora muy poderosa cuando se desarrollan de forma correcta y oportuna. Es claro usar el término tolerancia más que aceptación, partiendo de la idea que la frustración y el rechazo no son deseables pero no por ello dejan de ocurrir. Tolerancia en tanto que es aprender a vivir de manera plena con situaciones o personas que pueden no ser de nuestro agrado.

La prueba empleada midió tres competencias personales: la tolerancia al rechazo, la tolerancia a la frustración y el sentido de perseverancia.

La Tabla 2 muestra las puntuaciones en las escalas de tolerancia al rechazo, tolerancia a la frustración y sentido de perseverancia diferenciados de acuerdo al sexo y momento de la aplicación.

Tabla 2. Puntuaciones en las escalas de tolerancia al rechazo, tolerancia a la frustración y sentido de perseverancia

	MOMENTO DE APLICACION				
	01-Pretest		02-Postest		
	SEXO		SEXO		
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	
TOLERANCIA AL RECHAZO	n	1776	1539	1317	1254
	X	6,96	7,29	7,27	7,61
	s	1,80	1,80	1,90	1,89
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	n	1776	1539	1317	1254
	X	5,86	5,69	5,93	5,88
	s	1,87	1,97	2,01	2,02
PERSEVERANCIA	n	1776	1539	1317	1254
	X	7,27	7,34	7,27	7,44
	s	1,79	1,80	1,91	1,85

Se identificaron diferencias estadísticamente significativas atribuibles al sexo ($F = 47,58$; $p = 0.0001$) y al momento de la aplicación ($F = 42,21$; $p = 0.0001$) en la variable tolerancia al rechazo. Lo anterior significa que desde el inicio, el nivel de tolerancia al rechazo era diferente entre hombres y mujeres, siendo las mujeres más resistentes a las manifestaciones de exclusión o marginación. Hubo un incremento importante en las puntuaciones de hombres y mujeres, aun cuando ellas se siguieron manteniendo por encima de ellos.

En la variable tolerancia a la frustración, se identificó que hubo una diferencia de promedios estadísticamente significativa entre los puntajes de hombres y mujeres en el momento pre test ($F = 6,27$; $p = 0.012$). En este caso y contrario a lo observado previamente, la distinción indica

que los hombres parten con un mayor nivel de tolerancia a la frustración. Al comparar los promedios en los momentos de aplicación, nuevamente se identifica una diferencia estadísticamente significativa ($F = 6,28$; $p = 0.012$) y vuelve a surgir el sexo como variable incidente en los cambios ($F = 4,79$; $p = 0.029$). Estos resultados muestran dos tipos de realidades: uno, la pericia de generar cambios en un espacio de tiempo relativamente corto en el campo de las competencias personales. Y dos, la posibilidad de concebir que estos cambios puedan estar incluidos o determinados por el sexo del estudiante. Este hallazgo guarda concordancia y coherencia con lo reportado por la literatura sobre el riesgo de suicidio (García de Jalón y Peralta, 2002) y riesgo de consumo sustancias psicoactivas, en lo referente a ser diferencial entre hombres y mujeres (Pérez Gómez, 2007).

En la variable sentido de perseverancia, no se identificaron diferencias atribuibles al sexo en el momento pre test. Sin embargo, al hacer el contraste de promedios teniendo en consideración el sexo y el momento de aplicación, el resultado fue muy peculiar: cualquier cambio en los promedios debe atribuirse al sexo ($F = 6,28$; $p = 0.012$) más que al momento de aplicación. Este resultado hay que interpretarlo con precaución. ¿Significa entonces que la intervención tuvo efecto solamente en las mujeres dado que en los hombres el promedio no sufrió cambio alguno? Es posible.

Lo anterior conlleva a varias reflexiones. Por una parte, se reafirma aquellas tendencias que indican que las acciones en prevención universal, selectiva e indicada deben diferenciarse del grupo objetivo considerando su nivel de riesgo, y adicionalmente, habrá que tener en consideración características propias de dichos grupos. En este caso, el ser hombre o mujer, o identificarse con lo masculino y femenino puede ser una variable determinante en la forma como cada estudiante asumirá y recibirá la intervención que se le proporcione. Este punto puede ser susceptible a diversas interpretaciones al considerar importante la ejecución de políticas diferenciales por género, ¿Por qué hacer diferenciación en la forma de intervenir dependiendo de la identificación del género? Dejamos abierta la inquietud sin pretender agotarla con algún tipo de respuesta.

La tabla 3 muestra los resultados en las variables tolerancia al rechazo, tolerancia a la frustración y sentido de perseverancia diferenciados de acuerdo al momento de aplicación y jornada académica. Se encontró que en la tolerancia al rechazo, existió una diferencia de promedios desde el momento pre test ($F = 9.38$; $p = 0.002$), mostrando una superioridad en los estudiantes de la jornada mañana. Así mismo, se identificó diferencia de promedios asociada al momento de la aplicación ($F = 43.67$; $p = 0.0001$), aún cuando no hubo un efecto que pudiera ser atribuible a la interacción de estas dos variables independientes.

Tabla 3. Puntuaciones en las escalas de tolerancia al rechazo, tolerancia a la frustración y sentido de perseverancia de acuerdo a la jornada

		MOMENTO DE APLICACION			
		01-Pretest		02-Postest	
		JORNADA		JORNADA	
		MAÑANA	TARDE	MAÑANA	TARDE
TOLERANCIA AL RECHAZO	n	1793	1524	1389	1186
	X	7,17	7,04	7,51	7,34
	s	1,83	1,78	1,89	1,90
TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	n	1793	1524	1389	1186
	X	5,76	5,81	5,95	5,85
	s	1,95	1,88	2,02	2,01
PERSEVERANCIA	n	1793	1524	1389	1186
	X	7,38	7,20	7,44	7,24
	s	1,77	1,82	1,87	1,89

Se puede afirmar entonces que hubo cambios atribuibles a las intervenciones y que los estudiantes de la jornada mañana siguieron manteniendo mayores puntajes en comparación con los estudiantes de la tarde. En apariencia, este resultado podría apoyar aquellas tesis que hablan acerca de la bondad de la jornada única, en tanto que se estarían creando condiciones diferenciales comprobando que un estudiante al estar vinculado con una u otra jornada puede estar en una situación de mayor o menor riesgo de suicidio o consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, los resultados obtenidos en la tolerancia a la frustración debilitan la tesis anterior, debido a la existencia de diferencias de promedios que son explicadas por el momento de aplicación ($F = 5.30$; $p = 0.021$), más no por la pertenencia a una jornada. El cambio indicó una mejoría en los niveles de tolerancia a la frustración de los estudiantes, aún en niveles inferiores a los obtenidos en la tolerancia al rechazo. Representan estos resultados el trabajo pendiente por desarrollar en el fortalecimiento de esta competencia personal, la cual ha demostrado su efecto protector e importante en la vida de los niños, niñas y jóvenes (Cortina, Peña, Gómez, 2009).

Por último, en el sentido de perseverancia hubo diferencias estadísticamente significativas explicadas nuevamente por la jornada ($F = 16.4$; $p = 0.001$) más que por el momento de aplicación. A diferencia de las dos variables dependientes anteriores, en este caso no se puede afirmar que la intervención haya tenido efectos en los estudiantes. Si bien hay una diferencia cuantitativa en los promedios pre- y post-, esta no es estadísticamente significativa. No obstante, son diferentes los niveles del sentido de perseverancia de acuerdo con la jornada. Puede afirmarse entonces que los talleres realizados logran impactar en dos de las tres competencias personales trabajadas. Hasta cierto punto, es entendible que los estudiantes no se sintieran permeados en su sentido de perseverancia, en tanto que podemos considerar que la fortaleza o la debilidad en la tolerancia a la frustración y el rechazo, pueden operar como condiciones que son pre

requisito para la correcta consolidación del sentido de perseverancia.

De otra parte, esta experiencia tiene elementos para mostrar la posibilidad de generar cambios en tiempos cortos sin que sea imperativo esperar meses o, incluso, años para poder corroborar las modificaciones. Al respecto, es muy importante no confundir el cambio como suceso a que éste sea sostenible. Desde esta perspectiva, es absolutamente necesario desarrollar actividades y acciones que le otorguen permanencia y continuidad al cambio. Con esto se ratifica la idea de evaluar el impacto y la continuidad de las estrategias y programas de intervención, al mismo tiempo que se inciden desde las políticas públicas y las medidas gubernamentales en las condiciones ambientales, sociales y culturales para hacer sostenibles dichos cambios.

El estudio de caracterización en cuatro colegios de tres localidades de Bogotá

El objetivo principal de este estudio consistió en caracterizar cuatro colegios del Distrito para poder conocer de manera aproximada la dimensión y magnitud sobre el consumo de sustancias psicoactivas, la conducta suicida y situaciones asociadas.

La Tabla 4 describe la conformación de la muestra participante en los cuatro colegios abordados. Se accedió al 100% de los estudiantes de bachillerato y en ambas jornadas. Los colegios pertenecen a la localidad de Suba (1), Engativá (1) y Fontibón (2). Se utilizó un instrumento que evaluó los siguientes aspectos:

- Identificación demográfica.
- Consumo de sustancias.
- Riesgo de suicidio.
- Riesgo asociado a la relación parental.
- Impacto vital atribuible al consumo de sustancias.
- Competencias intrapersonales: proyección de vida, autoeficacia/sentido de perseverancia y Autocontrol.
- Comportamiento sexual.

Tabla 4. Descripción demográfica: Sexo, jornadas y grados

		Institución Educativa								TOTALES	
		Suba		Fontibón 01		Fontibón 02		Engativá		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo	Hombre	731	50,7%	758	50,8%	638	51,0%	558	53,2%	2685	51,3%
	Mujer	710	49,3%	733	49,2%	612	49,0%	491	46,8%	2546	48,7%
TOTALES		1441	100,0%	1491	100,0%	1250	100,0%	1049	100,0%	5231	100,0%
Jornada	Mañana	623	43,1%	842	56,2%	598	47,6%	562	53,2%	2625	49,9%
	Tarde	823	56,9%	657	43,8%	657	52,4%	495	46,8%	2632	50,1%
TOTALES		1446	100,0%	1499	100,0%	1255	100,0%	1057	100,0%	5257	100,0%
Grado	Sexto	214	14,8%	274	18,3%	267	21,3%	163	15,4%	918	17,5%
	Séptimo	273	18,9%	261	17,4%	242	19,3%	194	18,4%	970	18,5%
	Octavo	271	18,8%	274	18,3%	214	17,1%	209	19,8%	968	18,4%
	Noveno	225	15,6%	259	17,3%	165	13,2%	162	15,3%	811	15,4%
	Décimo	275	19,0%	225	15,0%	222	17,7%	212	20,1%	934	17,8%
	Undécimo	187	12,9%	205	13,7%	144	11,5%	117	11,1%	653	12,4%
TOTALES		1445	100,0%	1498	100,0%	1254	100,0%	1057	100,0%	5254	100,0%

La aplicación del cuestionario se hizo de manera masiva, con un procedimiento de autoadministración pero omitiendo cualquier tipo de identificación como nombre o documento de identidad. Lo anterior, con el fin de poder garantizar a los estudiantes la protección de su anonimato y confidencialidad sobre la información. El personal encargado de acompañar a los estudiantes mientras respondían el cuestionario, fue ajeno a la institución educativa.

Los resultados se han resumido y sintetizado por razones de espacio. La Tabla 5 muestra la prevalencia de vida en el consumo de cinco sustancias. Este indicador hace

referencia a haber tenido contacto, aunque sea una vez en la vida con la sustancia en cuestión. Se observa claramente que la sustancia con la que mayor contacto han tenido los estudiantes es el alcohol, seguido del cigarrillo. También es evidente como el consumo es distinto de acuerdo con la institución, mostrando que hay registros que van desde un 73% hasta un 82%, lo cual es una diferencia importante. En cambio, el consumo de cigarrillo tiende a tener un comportamiento homogéneo en las cuatro instituciones. Sin entrar a considerar el consumo de las llamadas sustancias ilegales, solamente con las cifras aportadas por consumo de alcohol y tabaco, ya podrían encenderse las alarmas.

Tabla 5. Consumo de sustancias: Prevalencia de vida de cinco sustancias

		Institución Educativa								TOTALES	
		Suba		Fontibón 01		Fontibón 02		Engativa		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Prevalencia de vida	ALCOHOL (V)	1057	73,1%	1180	78,7%	1029	82,0%	824	78,0%	4090	77,8%
	CIGARRILLO (V)	488	33,7%	547	36,5%	430	34,3%	402	38,0%	1867	35,5%
	INHALANTES (V)	225	15,6%	168	11,2%	158	12,6%	111	10,5%	662	12,6%
	MARIHUANA (V)	145	10,0%	163	10,9%	113	9,0%	142	13,4%	563	10,7%
	EXTASIS (V)	45	3,1%	35	2,3%	24	1,9%	24	2,3%	128	2,4%
	Total	1446	100,0%	1499	100,0%	1255	100,0%	1057	100,0%	5257	100,0%

Respecto al consumo de sustancias ilegales, no parece ser muy significativa la diferencia entre el consumo de inhalantes y marihuana en el total general, pero sí hay más diferencias concretas al particularizar cada colegio. Mientras que en Fontibón 01, el consumo de marihuana e inhalantes parece tener exactamente la misma dimensión, en Suba es mayor el consumo de inhalantes y en Engativá la marihuana. No obstante, vale la pena precisar que el indicador de prevalencia de vida es una señal que reúne simultáneamente a los llamados consumidores experimentales, ocasionales y habituales. Es decir, brinda

información sobre el consumo global, pero no detalla el llamado consumo problemático.

La tabla 6 hace referencia a la prevalencia de consumo en los últimos 30 días. Este indicador precisa quiénes pueden entrar en la categoría de consumidores habituales. Se aprecia que uno de cada cuatro estudiantes al parecer tiene contacto regular y frecuente con el alcohol, y aproximadamente uno de cada 10, posiblemente ya está habituado al uso de cigarrillo. En el caso de la marihuana, el 2.6% muy probablemente son consumidores regulares y frecuentes de esta sustancia aun cuando continúan siendo superados por los consumidores de inhalantes.

Tabla 6. Consumo de sustancias: Prevalencia en el último mes de cinco sustancias

	Institución Educativa								TOTALES	
	Suba		Fontibón 01		Fontibón 02		Engativa		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Prevalencia Ultimo Mes										
ALCOHOL (M)	363	25,1%	391	26,1%	340	27,1%	264	25,0%	1358	25,8%
CIGARRILLO (M)	133	9,2%	131	8,7%	120	9,6%	119	11,3%	503	9,6%
INHALANTES (M)	69	4,8%	38	2,5%	44	3,5%	17	1,6%	168	3,2%
MARIHUANA (M)	36	2,5%	37	2,5%	30	2,4%	32	3,0%	135	2,6%
EXTASIS (M)	9	,6%	6	,4%	3	,2%	8	,8%	26	,5%
Total	1446	100,0%	1499	100,0%	1255	100,0%	1057	100,0%	5257	100,0%

Respecto a esta sustancia, es particularmente llamativo cómo los porcentajes reportados varían de manera importante de una institución a otra encontrando que en Suba se triplica comparativamente la cantidad de consumidores reportados en Engativá, lo cual definitivamente no es fruto del azar. Vale la pena aclarar que el cuestionario indagó por inhalantes en general, sin precisar si se trataba de pegante, “Dick” o “Popper”. El reciente estudio de consumo de sustancias en escolares (MJD, MEN, MSPS, 2012), hace un llamado de atención frente al importante incremento en el consumo de Cloruro de metilo o “Dick”.

La tabla 7 hace una diferenciación entre los estudiantes abstinentes, los consumidores de sustancias legales (alcohol y cigarrillo) y los de ilegales. La

distribución de porcentajes encontrada permite afirmar que hay diferencias estadísticamente significativas asociadas con la institución educativa en cuestión (Chi - Cuadrado = 18.46; p = 0.005). Es así como el colegio de la localidad de Suba reporta la mayor cantidad de muchachos abstinentes en el curso del último mes, el colegio Fontibón 02 posee el mayor porcentaje de consumidores habituales de alcohol y/o cigarrillo y el Fontibón 01 tiene el porcentaje más elevado de consumidores de sustancias ilegales. Este hallazgo permite afirmar que en las grandes tendencias no existen diferencias aparentes entre los colegios, pero cuando se hacen análisis más detallados y minuciosos, surgen aspectos particulares que tipifican la singularidad de cada institución.

Tabla 7. Consumo de sustancias: Prevalencia en el último mes de los diferentes tipos de consumidores

	Institución Educativa								TOTALES	
	Suba		Fontibón 01		Fontibón 02		Engativá		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
TIPO DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS (Mes)										
Abstinentes	818	56,6%	759	50,6%	648	51,6%	579	54,8%	2804	53,3%
SPA Legales	449	31,1%	544	36,3%	468	37,3%	346	32,7%	1807	34,4%
SPA ilegales	179	12,4%	196	13,1%	139	11,1%	132	12,5%	646	12,3%
TOTALES	1446	100,0%	1499	100,0%	1255	100,0%	1057	100,0%	5257	100,0%

La tabla 8 muestra la discriminación de los diferentes niveles de riesgo de suicidio. Se encontró que hay diferencias estadísticamente significativas (Chi - Cuadrado = 16,66; p = 0.011) asociadas al colegio. En este sentido, en el colegio de Engativá se encuentra el mayor porcentaje de estudiantes fuera de riesgo, en el colegio Fontibón 01 se ubica el porcentaje más alto de quienes han manifestado ideación suicida. Por último, en el colegio Fontibón 02 se encuentra la mayor concentración de estudiantes que han tenido tentativas suicidas. En general, puede afirmarse que tres de cada cuatro estudiantes está fuera del riesgo de suicidio, el 10,9% poseen un riesgo moderado en tanto que han tenido ideaciones, y el 14,3% podrían estar en una condición de riesgo alto debido a la presencia de tentativas suicidas.

La Tabla 9 pone en relación las competencias personales y el nivel de riesgo de suicidio. Se encontró que hay diferencias de promedios estadísticamente significativas en proyección de vida (F = 15,49; p = 0.0001), autoeficacia (F = 10,81; p = 0.0001) y autocontrol (F = 42.03; p = 0.0001), asociadas con el nivel de riesgo de suicidio. Se observa una tendencia clara y definida en aquéllos que no tienen riesgo de suicidio, obteniendo mejores puntajes en cada una de las competencias personales. Este hallazgo corrobora los hallazgos de otros investigadores que establece una relación entre un nivel adecuado de desarrollo de estas habilidades y el efecto protector que puede generar en la vida de los individuos (Villalobos, Arévalo y Rojas, 2012).

Tabla 8. Conductas suicidas: Niveles de riesgo

	Institución Educativa								TOTALES		
	Suba		Fontibón 01		Fontibón 02		Engativá		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Resumen de conductas suicidas	Sin riesgo	1100	76,1%	1081	72,1%	922	73,5%	826	78,1%	3929	74,7%
	Solo ideaciones	153	10,6%	188	12,5%	133	10,6%	101	9,6%	575	10,9%
	Ha realizado intentos	193	13,3%	230	15,3%	200	15,9%	130	12,3%	753	14,3%
TOTALES		1446	100,0%	1499	100,0%	1255	100,0%	1057	100,0%	5257	100,0%

Tabla 9. Análisis especiales: Puntajes en escalas de competencias intrapersonales de acuerdo a las conductas suicidas

	Resumen de conductas suicidas				
	Sin riesgo	Solo ideaciones	Ha realizado intentos	TOTALES	
	Promedio				
Proyección de vida	Promedio	63,94	61,34	60,42	63,15
	Casos	3929	575	753	5257
	Desviación	18,00	17,51	17,58	17,94
Autoeficacia y perseverancia	Promedio	72,63	71,00	69,15	71,96
	Casos	3929	575	753	5257
	Desviación	19,59	18,74	19,71	19,56
Autocontrol	Promedio	67,40	63,59	60,70	66,03
	Casos	3929	575	753	5257
	Desviación	19,55	19,69	19,65	19,73

La Tabla 10 pone en relación las competencias personales y el tipo de consumidores de sustancias. Nuevamente, se encontró que hay diferencias de promedios estadísticamente significativas en proyección de vida ($F = 5,55$; $p = 0.004$), autoeficacia ($F = 6,14$; $p = 0.002$) y autocontrol ($F = 41.63$; $p = 0.0001$), asociadas con la variable tipo de consumidor. La tendencia identificada muestra que los estudiantes que clasificaron en la condición

de abstinentes en la prevalencia de vida, registraron los puntajes más elevados en autocontrol y proyección de vida. De otra parte, sistemáticamente los estudiantes que han consumido cualquier tipo de SPA ilegal en algún momento de su vida, reportaron los puntajes más bajos en cada una de las tres competencias personales.

Tabla 10. Análisis especiales: Puntajes en escalas de competencias intrapersonales de acuerdo al consumo de spa

	TIPO DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS (Vida)				
	Abstinentes	SPA Legales (A/T)	SPA ilegales	TOTALES	
Proyección de vida	Promedio	63,57	63,54	61,43	63,15
	Casos	1101	3174	982	5257
	Desviación	19,27	17,57	17,49	17,94
Autoeficacia y perseverancia	Promedio	71,68	72,62	70,14	71,96
	Casos	1101	3174	982	5257
	Desviación	20,94	18,98	19,66	19,56
Autocontrol	Promedio	69,09	66,40	61,38	66,03
	Casos	1101	3174	982	5257
	Desviación	21,35	18,97	19,46	19,73

En la Tabla 11, se aprecia los promedios en las tres competencias personales diferenciados de acuerdo con la conducta sexual de los estudiantes. La única competencia en la que se identificaron diferencias de promedio estadísticamente significativas fue en autocontrol ($F = 10.8$; $p = 0.0001$), mostrando que quienes nunca han tenido contactos sexuales obtuvieron puntajes más elevados en contraste con quienes han tenido algún tipo de comportamiento sexual, independientemente del carácter penetrativo o no. Este resultado en principio podría presentarse como esperable o altamente predecible. Al

parecer, los resultados que suceden a continuación no necesariamente mantienen esta tendencia.

La Tabla 12 muestra la diferenciación del tipo de contactos sexuales que han tenido los estudiantes de acuerdo con el nivel de riesgo de suicidio. Se encontró diferencias estadísticas en cada una de las cuatro condiciones de comportamientos sexuales evaluados, mostrando que la abstinencia sexual está mucho más presente entre aquellos estudiantes que están fuera de riesgo suicida y que el porcentaje más elevado de quienes han tenido relaciones sexuales se ubica entre quienes ya han

realizado intentos de suicidio. Este resultado pone de manifiesto que al parecer las decisiones frente a la conducta sexual pueden estar moderadas no sólo por los niveles de

autocontrol, sino que pueden estar incidiendo otro tipo de variables que están vinculadas con el nivel de riesgo de suicidio.

Tabla 11. Análisis especiales: Puntajes en escalas de competencias intrapersonales de acuerdo al comportamiento sexual

		Conducta sexual			TOTALES
		Nunca ha tenido contacto sexuales	Ha tenido C.S no penetrativo	Ha tenido relaciones sexuales	
Proyección de vida	Promedio	64,31	65,28	64,95	64,73
	Casos	1534	763	1069	3366
	Desviación	17,34	16,26	15,40	16,50
Autoeficacia y perseverancia	Promedio	75,23	74,25	74,45	74,76
	Casos	1534	763	1069	3366
	Desviación	18,04	17,33	17,02	17,56
Autocontrol	Promedio	69,40	66,95	66,22	67,84
	Casos	1534	763	1069	3366
	Desviación	18,91	17,31	17,71	18,23

Tabla 12. Análisis especiales: Comportamientos sexuales: Tipo de contactos de acuerdo a las conductas suicidas

	Resumen de conductas suicidas						TOTALES	
	Sin riesgo		Solo ideaciones		Ha realizado intentos		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Nunca a tenido contactos sexuales	1206	49,8%	155	37,4%	173	32,5%	1534	45,6%
Has tenido caricias	1147	47,4%	246	59,4%	345	64,8%	1738	51,6%
Ha tenido sexo oral	429	17,7%	100	24,2%	143	26,9%	672	20,0%
Ha tenido relaciones sexuales	700	28,9%	143	34,5%	226	42,5%	1069	31,8%
Total	2420	100,0%	414	100,0%	532	100,0%	3366	100,0%

La Tabla 13 muestra la diferenciación del tipo de contactos sexuales que han tenido los estudiantes de acuerdo con el tipo de consumidor de SPA. Nuevamente, se encuentra una asociación muy particular. El porcentaje más elevado de estudiantes que nunca han tenido contactos sexuales se ubica en la condición de abstinentes del consumo de sustancias y el grupo de consumidor de

sustancias ilegales reporta el porcentaje más elevado de quienes han tenido relaciones sexuales. Igualmente, se pone en evidencia la existencia de otras variables que pueden operar como moderadores en la decisión de acceder a tener comportamientos sexuales activos y que van más allá de autocontrol emocional.

Tabla 13. Análisis especiales: Comportamientos sexuales: Tipo de contactos de acuerdo al tipo de consumidor de sustancias

	TIPO DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS (Vida)						TOTALES	
	Abstinentes		SPA legales (A/T)		SPA ilegales		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Nunca a tenido contactos sexuales	339	80,5%	1036	48,7%	159	19,4%	1534	45,6%
Has tenido caricias	75	17,8%	1014	47,7%	649	79,3%	1738	51,6%
Ha tenido sexo oral	22	5,2%	350	16,5%	300	36,7%	672	20,0%
Ha tenido relaciones sexuales	25	5,9%	577	27,1%	467	57,1%	1069	31,8%
Total	421	100,0%	2127	100,0%	818	100,0%	3366	100,0%

Los anteriores, son algunos resultados obtenidos durante el desarrollo de talleres y caracterización, los cuales permiten no sólo reafirmar conocimientos ya expresados por otros investigadores, sino que abre nuevas inquietudes frente a ciertas consignas que se daban como ciertas y que no necesariamente lo son. Una de ellas tiene que ver con el comportamiento sexual de los jóvenes, evidenciando la relación entre la salud mental y la salud sexual y reproductiva, condición integrada y relacional que continúa

fragmentándose desde las estrategias implementadas por el sector salud.

Los resultados anteriores nos ayudan a redirigir la mirada hacia la unificación en el abordaje de la promoción de la salud y la prevención de riesgos. Es habitual que se desarrollen estrategias específicas a cada problemática: el embarazo adolescente, el cuidado de la vida, la lucha contra el consumo y distribución de drogas, por solo mencionar algunas. Pero al parecer las evidencias de esta realidad

contemporánea, nos muestran que los determinantes de salud o los condicionantes del riesgo pueden estar ubicados en los mismos niveles o incluso ser idénticos. Citemos como ejemplo lo hallado por Carvajal y Caro (2011). Las investigadoras buscaron determinar en una población de adolescentes escolarizados, la posible relación entre la desesperanza, la soledad y el grado de salud familiar. Sus hallazgos fueron congruentes con lo reportado previamente en la literatura y resaltaron que aquellas condiciones como el apoyo, nivel de cohesión familiar y de adaptabilidad pueden predecir conductas suicidas. Es decir, además de la soledad y la desesperanza, el tipo de relación que la familia ha construido, puede cumplir un papel protector o de riesgo (Carvajal y Caro, 2011). Ahora bien, en otro ámbito investigativo diferente, Arellanez, Diaz, Wagner y Pérez (2003), encontraron en su estudio ex-post-facto de casos y controles en la temática de factores psicosociales asociados

al consumo de SPA en adolescentes, cómo un débil apoyo y control familiar, entre otros, es un factor de riesgo para el consumo de SPA. León, Minassian, Borgoño y Bustamante (2008), en su estudio sobre embarazo en adolescentes, también hacen énfasis al papel que cumple la familia en poder aumentar o disminuir la probabilidad de que la joven llegue a un embarazo.

Tomando como referencia el estudio de caracterización realizado en los cuatro colegios en las localidades de Engativá, Fontibón y Suba, se encontró que vivir con el padre y la madre, ofrece mayor protección que vivir solo con alguno de los dos, o en el caso extremo, con ninguno. La Tabla 14 muestra la asignación a diferentes grupos de acuerdo con la condición de consumo de SPA, riesgo de suicidio y conducta sexual. Se precisa que las preguntas sobre conducta sexual, las respondieron los estudiantes de 8° en adelante.

Tabla 14. Con cuales padres vive y su vinculación con tres condiciones de riesgo: Consumo de spa, riesgo de suicidio y conducta sexual

		PADRES CON LOS QUE VIVE								TOTALES	
		Con ambos		Con el padre		Con la madre		Con ninguno		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
TIPO DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS (Vida)	Abstinentes	271	14,2%	17	9,5%	123	10,5%	10	9,6%	421	12,5%
	SPA Legales (A/T)	1223	64,1%	99	55,3%	740	63,0%	65	62,5%	2127	63,2%
	SPA ilegales	415	21,7%	63	35,2%	311	26,5%	29	27,9%	818	24,3%
Resumen de conductas suicidas	Sin riesgo	1426	74,7%	117	65,4%	813	69,3%	64	61,5%	2420	71,9%
	Solo ideaciones	231	12,1%	26	14,5%	141	12,0%	16	15,4%	414	12,3%
	Ha realizado intentos	252	13,2%	36	20,1%	220	18,7%	24	23,1%	532	15,8%
Conducta sexual	Nunca ha tenido contacto sexuales	938	49,1%	59	33,0%	495	42,2%	42	40,4%	1534	45,6%
	Ha tenido C.S no penetrativo	449	23,5%	53	29,6%	244	20,8%	17	16,3%	763	22,7%
	Ha tenido relaciones sexuales	522	27,3%	67	37,4%	435	37,1%	45	43,3%	1069	31,8%
TOTALES		1909	100,0%	179	100,0%	1174	100,0%	104	100,0%	3366	100,0%

Se pudo establecer que el mayor porcentaje de estudiantes abstinentes del consumo de SPA se ubica en la condición de vivir con ambos progenitores (14.2%). En esta misma dimensión, la mayor cantidad de usuarios de SPA ilegales, al parecer viven solo con el padre (35.2%). En cuanto al riesgo de suicidio, la mayor cantidad de estudiantes que han realizado intentos no viven con ninguno de sus progenitores (23.3%), en tanto que la mayor cantidad de quienes fueron reportados en la condición sin riesgo de suicidio, viven con padre y madre (74.7%). Por último, el mayor porcentaje de estudiantes que nunca han tenido contacto sexual, viven con ambos padres (49.1%) mientras que quienes ya han tenido contacto sexual con penetración, no viven con ningún progenitor (43.7%). Para los tres tipos de contrastes, hubo diferencias de proporciones estadísticamente significativas al nivel $p < 0.001$.

Solo empleando la variable con que progenitor vive se observan distinciones en las tres variables, y como ya se observó previamente, existe una poderosa asociación entre el comportamiento sexual, el riesgo de suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas.

CONCLUSIONES: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE NUEVAS ALTERNATIVAS DE TRABAJO EN LA ESCUELA

En la situación anterior, hemos puesto en evidencia algunas características de la dinámica familiar que inciden de manera vinculante en el consumo de sustancias psicoactivas, riesgo de suicidio y manejo de la sexualidad. Se ratifica entonces la necesidad y la oportunidad para desarrollar estrategias integradoras que no aborden las situaciones problemáticas como temas diferentes que merecen intervenciones aisladas. Esta consigna de integralidad, cobra bastante relevancia en medio de una política nacional de salud pública que se orienta por el enfoque de atención primaria en salud (Ley 1438 de 2011), a partir de la cual los ámbitos escolares pueden continuar desarrollándose como aquellos escenarios sociales en los que es posible materializar y poner en funcionamiento dicha obligación, siempre y cuando exista un acuerdo nacional y regional de carácter intersectorial y transdisciplinario que así lo garantice. Hasta el momento, la integralidad continua siendo parte del reto que deben empezar a alcanzar los sectores de gobierno, salud,

educación, integración social y cultura, entre otros, en ciudades como Bogotá; en medio de un panorama político que continua formulando y aprobando políticas públicas fragmentadoras de la realidad sin que se compruebe su impacto en la garantía y realización de los derechos humanos.

Por otra parte, ante la tendencia de explicar el suicidio en función de la ausencia o carencia en el desarrollo de ciertas habilidades y competencias para adecuarse a diversas dinámicas y retos de vida, la interpretación externa al paradigma del riesgo de los resultados de estos dos estudios, es concluyente al evidenciar la necesidad de superar los trabajos exploratorios y emprender análisis que den cuenta del contenido y significado de ideaciones, intentos y suicidios consumados, en relación con situaciones asociadas como las violencias, el consumo de sustancias psicoactivas y la sexualidad, entre otras. Estos conocimientos pendientes por construir constituyen el sentido de las estrategias promocionales en los contextos escolares, en tanto que favorecen la definición de los procesos formativos a emprender por grupos poblacionales y las capacidades institucionales pendientes por desarrollar. Lo anterior afirma que en lo referente a la promoción de calidad de vida en los contextos familiar y escolar, los resultados presentados evidencian como punto de partida en la prevención del suicidio, el fortalecimiento de capacidades, habilidades y competencias relacionadas con el desarrollo emocional y psicosocial de los niños, niñas y jóvenes de la ciudad, los cuales dependen para lograr impactar, de la toma de decisiones gubernamentales y mejoramiento de las capacidades institucionales, en especial de las entidades del Estado, en lo relacionado con emprender procesos de transformación económica y social que favorezcan el cambio en las condiciones y dinámica actual de estos dos contextos.

Entre las decisiones del gobierno pendientes por asumir que caracterizarían el desarrollo de estrategias promocionales, se destacan: (1) definición de tiempos y contextos para el aprendizaje de aquellas competencias emocionales y psicosociales, de acuerdo con las realidades y condiciones de niños, niñas y jóvenes; (2) implementación de propuestas de transformación pedagógicas que aseguren la incorporación de los enfoques diferencial, de derechos y de desarrollo humano en la enseñanza formal; y (3) una reestructuración a profundidad de las actuales políticas públicas encargadas de garantizar el goce efectivo de aquellos derechos de los cuales son interdependientes la educación y las posibilidades de vivir con dignidad: salud, alimentación, vivienda y trabajo.

En complemento, entre las estrategias promocionales sobresalen las siguientes actividades de responsabilidad social, implícitas en la prevención del suicidio: (1) desarrollo de programas de bienestar escolar y laboral de acompañamiento social a situaciones de exigencia en el desarrollo emocional de las personas, indistintamente de sus condiciones socioeconómicas; (2) implementación de

protocolos de atención en salud que impacten de manera colectiva en la identificación y respuesta oportuna a casos de ideación e intento, incluida la vigilancia epidemiológica con enfoque comunitario; y (3) ampliación de cobertura en las propuestas de formación familiar y de actualización en el abordaje de situaciones que comprometen capacidades individuales y familiares para enfrentarlas.

REFERENCIAS

- Aja Eslava, L. (2008) La Familia: Soporte básico en la Prevención del Suicidio. *Forensis: Datos para la Vida, Colombia 2007*. Bogotá: Instituto Nacional de medicina Legal y Ciencias Forenses. 9(1): 307 – 314.
- Aja Eslava, L. (2010). *Anímate: Guía Conceptual – Prevención de riesgo de suicidio y consumo de sustancias*. Bogota: Vistagraf.
- 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., Ávila Gómez, J.J. 1999 – 2006: Siete años de experiencia en la prevención del riesgo de suicidio. (2008) *Psimonart: Revista Científica*. Instituto del Sistema Nervioso Central. 1(1): 95 – 114.
- Amado, L., Contreras, A., Chaparro, A. y más. (2005) Factores relacionados con suicidio en hombres menores de edad. Bogotá D.C., 2003. *Centro de Referencia Nacional sobre Violencia*. 10(2): 5 – 8.
- Arellanez-Hernández, J.L., Díaz-Negrete, D.B., Wagner-Echegaray, F. & Pérez-Islas, V. (2003). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*. 27(3): 54-64.
- Aristizábal Gaviria, A., González Morales, A., Palacio Acosta, C., García Valencia, J. & López Jaramillo, C. (2009). Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38(3): 446 – 463.
- Beck, U., (2008). *La sociedad del riesgo mundial. En busca de la sociedad perdida*. Barcelona. Ed. Paidós.
- Breilh, J. (1998). La sociedad, el debate de la modernidad. *En Rev. Bras. Epidemiol*; 1 (3).
- Carvajal, G. & Caro, C.V. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. *Colombia Médica*. 42(2, Supl 1): 45 – 56. ISSN 1657-9534.
- Chamorro Rodríguez, E.P. & Cristancho Bernal, D.C.

- (2010). *Estudio Epidemiológico de las Conductas suicidas en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales*. Pasto: UNAR.
- Colimon N., Tellez-Vargas, J., & Cisneros, C. (2006). Neurobiología del Suicidio. En: Téllez J, Forero J. *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Bogotá: Nuevo Milenio Editores. p. 42-61.
- Cortina E, E.; Peña, M. & Gómez M. I. (2009). Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16 – 25 años del Valle de Aburrá. *Revista de Psicología – Universidad de Antioquia*. 1(1): 55-73.
- De Almeida Filho, N.; y Ayres, José R. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva* [online]. 2009, vol.5, n.3 [citado 2012-08-23], pp. 323-344. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1851-8265.
- De Zubiría Samper, M. (2007). *Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes*. Bogotá. Ed. Aguilar.
- Díaz, R., Ferri, M^ªJ. (2002). Intervención en Poblaciones de Riesgo (1): los Hijos de Alcohólicos. *Adicciones*. 14 (Suplemento 1): 353 – 374.
- Durkheim, É. (1989). *El suicidio*. 3ra Edición. Madrid. Ed. Akal.
- 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*.
- Flórez Alarcón, L. (2007) *Psicología Social de la Salud. Promoción y Prevención*. Bogotá. Ed. El manual moderno.
- Forero, J. & Pérez, I. Exploración De Algunas Relaciones Entre Suicidio, Alcohol y Otras Sustancias Psicoactivas, Bogotá 2000. (Oct. 2001) *Centro de Referencia Nacional sobre Violencia*. 6(10): 37 - 40. ISSN 0124-4140.
- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. 55a. ed. México. Ed. Siglo Veintiuno Editores.
- García de Jalón, Peralta, E. (2002) Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 25(3): 87-96.
- González, J.O. & Tirado, P. (Nov. 2002) Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas en Personas fallecidas por muerte violenta. Colombia. 2001. *Centro de Referencia Nacional sobre Violencia*. 7(11): 41 – 44. ISSN 0124-4140.
- González, Y. Mancipe, M. Quintero, R.S. Quiñónez, Y., Rubiano, D.C., Sánchez, S., & González, J.O. (Nov. 2005). Factores psicosociales familiares relacionados con los suicidios de mujeres menores de edad en la ciudad de Bogotá. *Centro de Referencia Nacional sobre Violencia*. 10(11), 57 – 68. ISSN 0124-4140.
- León, P. Minassian, M. Borgoño, R. & Bustamante, F. (2008) Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*. 5(1): 42-51. ISSN 0718-0918.
- Limonero, T. y más. (2008). Relación entre estrategias de afrontamiento y felicidad. Estudio preliminar 1. *Interpsiquis*. 1. Barcelona.
- Lipovetsky, G. (2008). *La sociedad de la decepción, entrevista con Bertrand Richard*. Barcelona. Ed. Anagrama.
- López, C, Robledo, J., Martínez, W. (2003) Tendencias del Suicidio en Pereira: 1992 – 2001. *Centro de Referencia Nacional sobre Violencia*. 8(7): 25 - 28.
- Manrique Abril, F.G., Ospina Díaz, J.M. & Herrera Amaya, G.M. (2009) *Consumo de Sustancias Psicoactivas y Factores Determinantes en Adolescentes de la ciudad de Tunja 2009*. Tunja - Boyacá: Álvaro Niño Impresión Digital.
- Martin, L.J., (2002). Tratamientos Psicológicos. *Adicciones*. 14 (Suplemento 1): 409 – 420.
- Ministerio de la Protección Social. (2007) *Plan Nacional de salud Pública 2007 – 2010: Decreto 3039 de 2007*. Disponible en: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/decreto%203039.pdf>
- Monasor, R., Jiménez, M. y Palomo, T. (2003) Intervenciones psicosociales en alcoholismo. *Trastornos Adictivos*. 5(1): 22-6.
- Morales, M.L., Jiménez Rojas, I.A., Perea Fernández, I, Villamil Gómez, D.A., Gelves Sánchez, C.A., Pedreros, J., Jiménez Mora, D.A., Cárdenas, M., Aja Eslava, L. Rasgos de personalidad en suicidas: Autopsias Psicológicas 1997. (2002). *Revista del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. 17(1): 14 – 20.
- Pérez Barrero, S.A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integrada*. 50(2): 196 - 217.
- Pérez Gómez, A. & Scopetta, O. (2009). *Consumo de Alcohol en menores de 18 años en Colombia, 2008*. Bogotá: Dupligráficas Ltda.
- Pérez Gómez, A. (2007). *Transiciones en el consumo de drogas en Colombia*. Bogotá: Dupligráficas Ltda.
- 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*. Disponible en: http://odc.dne.gov.co/docs/publicaciones_nacionales/Estudio%20Sustancias%20Psicoactivas%20en%20Escolares%202011.pdf
- Ruiz Pérez, I., R., & Olry de Labry-Lima, A. (2006). El suicidio en España hoy. *Gaceta Sanitaria*. 20 (Suplemento 1): 25-31.

- Secretaría de Gobierno Distrital – Bogotá. (2008). *La conducta suicida y factores de resiliencia entre jóvenes bogotanos*. Bogotá: Ediciones Antropos.
- Tuesca Molina, R. & Navarro Lechuga, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*. 17: 19 – 28.
- Valencia, C. (2001). Influencia del alcohol en la muerte violenta, estudio de caso Bogotá 1996-1999. Parte 1: Consideraciones generales. *Centro de Referencia Nacional Sobre La Violencia*. 6(2): 5 – 8.
- Valencia, C. (2001). Influencia del alcohol en la muerte violenta, estudio de caso Bogotá 1996-1999. Parte 2: Distribución y Dinámicas Específicas. *Centro de Referencia Nacional Sobre La Violencia*. 6(3): 9-12.
- Villalobos Galvis, F.H. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto. *Salud Mental*. 31: 165 - 171.
- 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.