



INTERVENCIONES “FLASH” EN PREVENCIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS: DEL DICHO AL HECHO

“FLASH” INTERVENTIONS FOR SUICIDE RISK AND DRUG ABUSE PREVENTION: FROM WORDS TO ACTIONS

Leonardo Aja Eslava
Corporación Buscando Animo

Resumen

En el marco del programa “Salud al colegio”, resultado de la alianza intersectorial entre las Secretarías Distritales de Educación y Salud, se realizaron intervenciones con 96 grupos de estudiantes, de diversos grados entre 6° y 11°. La intervención pretende cumplir dos objetivos: Por una parte, beneficiar a grupos específicos de estudiantes con el desarrollo de las actividades. El segundo objetivo fue poder capacitar a los orientadores y/o docentes para que posteriormente pudieran replicar estas mismas acciones con otros grupos. Se realizaron tres talleres que tienen como propósito fortalecer la visión de futuro y el sentido de perseverancia, la tolerancia a la frustración y la tolerancia al rechazo. Diferentes autores han mostrado como estas cuatro condiciones tienen un efecto protector frente al riesgo de suicidio y el consumo de sustancias cuando se han desarrollado satisfactoriamente. Asimismo, también hay evidencias que muestran cómo personas con riesgo suicida y/o con problemáticas de abuso de sustancias psicoactivas, muestran bajos niveles de tolerancia a la frustración, tolerancia al rechazo, bajo sentido de perseverancia, y proyección de futuro muy corta.

Se hizo una medición pre-test con cada uno de los 96 grupos intervenidos y otra medición post test al finalizar el último taller. Los resultados arrojaron que una modificación significativa en el sentido de perseverancia, en la tolerancia a la frustración y la tolerancia al rechazo. Esta experiencia se constituye en una evidencia que muestra que es posible influir positivamente sobre las creencias y actitudes de tolerancia hacia la frustración, la tolerancia al rechazo y el sentido de perseverancia de los estudiantes y crear condiciones favorecedoras de la protección frente a los riesgos previamente mencionados.

Palabras claves: Prevención, riesgo de suicidio, consumo de sustancias.

Abstract

In the frame of the “Health to School” program –a result of the inter-sector alliance between the Secretaries of Education and Health–, interventions with 96 groups of students of different course degrees were implemented. This intervention was intended to fulfill two objectives. First, to benefit specific groups of students with the development of the activities. The second objective was to train the counselors and/or teachers so that they could replicate these very same actions at a later time with other groups. Three workshops were conducted with the purpose of strengthening future perspective and sense of perseverance, tolerance to rejection and tolerance to frustration. Different authors have shown how these four conditions have a protective effect regarding suicide risk and risk of substance consumption, when they have been developed satisfactorily. Similarly, additional evidence shows that people with suicidal risk and/or problem psychoactive substance abuse display low levels of tolerance to frustration, tolerance to rejection, low sense of perseverance, and very short projection of future.

Pre-test was conducted with each of the 96 intervened groups and a post-test measurement was conducted at the end of the last workshop. Results indicate a significant modification in sense of perseverance, tolerance to frustration, and tolerance to rejection. This experience constitutes a piece of evidence showing that it is possible to positively influence the beliefs and attitudes of tolerance towards frustration, the tolerance to rejection, and the sense of perseverance of students, and to create nurturing conditions for protection towards the aforementioned risks.

Key words: Prevention, suicide risk, drug abuse.

Trabajo destacado, seleccionado en el II Congreso Internacional de Salud Escolar. Contacto:
leonardo@buscandoanimo.org

Recibido: 2011-10-01, Enviado a evaluadores: 2011-11-10, Aceptado: 2012-01-30

INTRODUCCIÓN

Tanto el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) como el riesgo de suicidio son dos problemáticas socialmente relevantes, que afectan particularmente a los sectores más jóvenes de nuestra población. Al menos, así se ve reflejado en las cifras aportadas por diferentes estudios epidemiológicos tanto a nivel nacional (Dirección Nacional de Estupefacientes y más, 2008) como local (Alcaldía de Bogotá y más, 2009). Según estos estudios, en Colombia, las personas entre los 12 y 24 años, representan el 66% en el consumo de alcohol en el último mes. Aún cuando en porcentajes inferiores, en el consumo de sustancias ilegales son también las personas jóvenes las que aportan las cifras más elevadas en la definición de la prevalencia lápsica mensual (DNE y más, 2008). En el caso de Bogotá, se observa una tendencia muy similar a la encontrada a nivel nacional: Las mayores concentraciones del consumo se ubican entre los 12 y 24 años, seguidos del grupo de adultos jóvenes entre 25 y 34 años (Alcaldía de Bogotá y más, 2009).

En lo referente al suicidio, las estadísticas de defunción aportadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses también señalan muy claramente que esta situación afecta particularmente a adolescentes y adultos jóvenes (Aja Eslava, 2010; González y Hernández, 2007, 2008; Valenzuela, 2009, 2010): Desde el año 1996 hasta el 2009, las tasas de suicidio más elevadas se han ubicado en la franja de edad correspondiente a los 15 y 24 años. Si bien es cierto que a nivel mundial, en el curso de las últimas décadas las tasas de suicidio han venido aumentando entre las personas más jóvenes (Bertolote y Fleischmann, 2002), en muchos países las cifras más elevadas aun se ubican por encima de los 45 años (Arias y más, 2003).

Por otra parte, para muchos investigadores es cada vez más claro como el abuso de SPA, lo cual incluye al alcohol, puede constituirse en un factor de riesgo no sólo para la generación de la idea suicida sino también para la realización de intentos y en no pocos casos, la consumación definitiva (Forero y Pérez, 2001; Aja y Gómez, 2008; Fernández, Aja, Panqueva, 2003). Veamos algunas comprobaciones en este sentido. En una investigación en la que se comparó una muestra de estudiantes universitarios con otra muestra de pacientes en recuperación en un centro de rehabilitación, se encontró una asociación muy fuerte entre el consumo de sustancias y mayor presencia de ideas e intentos de suicidio en el grupo de pacientes. De manera similar, haciendo los análisis en el grupo de estudiantes, el reporte de ideas e intentos de suicidio fue más elevado entre aquellos que además de tabaco y alcohol, también consumía algún otro tipo de SPA (Aja Eslava, 1997). En otra investigación realizada con la totalidad de los estudiantes de la sección de bachillerato en un colegio en la ciudad de Bogotá, se encontró igualmente una alta asociación entre las conductas suicidas (ideación e intentos) con el consumo

de SPA (Aja y Gómez, 2008; Aja, 2004). Hasta aquí se hace referencia a las ideas e intentos. En otro estudio de carácter cualitativo a través de la técnica de autopsia psicológica, se buscó indagar que factores pudieron incidir en la consumación del suicidio en los funcionarios de una entidad estatal. Al menos en el 40% de los decesos por suicidio, las víctimas mostraron resultados positivos en las pruebas de alcoholemia post-mortem (Fernández, Aja y Panqueva, 2003). Los datos anteriores guardan concordancia con otra fuente: Medicina Legal. La institución refiere que en aquellos casos de fallecimiento por suicidio en los cuales se practican pruebas de alcoholemia, hay hallazgos que oscilan entre el 40% y 60% (Forero y Pérez, 2001; González y Tirado, 2002; López, Robledo y Martínez, 2003; Valencia, 2001b).

No basta con describir las variables epidemiológicas que pueden incidir en las conductas suicidas, hay que ir más allá y buscar la génesis en aquellas condiciones que si pueden ser susceptibles de intervención, modificación o alteración. Existen postulaciones que muestran la existencia de condiciones y factores de riesgo comunes entre el consumo de SPA y el riesgo de suicidio. Algunas de esas variables son los estilos de afrontamiento (Aja y Gómez, 2008; Aja Eslava, 1997, 2004; Díaz y Ferri, 2002), la tolerancia a la frustración (Morales, Jiménez y más, 2002; Amado, Contreras, Chaparro y más, 2005; González, Mancipe y más, 2005), el autocontrol y el sentido de perseverancia (López, Peralta y más, 2003) o los estilos de atribución (López, Martín y más, 2000; Vielva y Iraurgi, 2002) por sólo mencionar algunas competencias inter e intra personales. El concepto de tolerancia al rechazo, que ha sido poco estudiado y desarrollado (Aja Eslava, 2010), también muestra ser una condición que puede proteger a los individuos frente a diversos riesgos como los trastornos alimenticios (Sánchez y Fernández, 2002; Beato y Rodríguez, 2000) o el llamado matoneo escolar (Alonso Palacio, 2007). Estas dos situaciones guardan una relación indirecta con el riesgo de suicidio.

¿De que sirve identificar los factores o condiciones de posible riesgo si no se interviene en ellas? Desarrollemos esa idea. Existen muchos abordajes para la prevención universal del consumo de SPA y muchos de estos enfoques ponen de manifiesto la necesidad de potencializar o fortalecer cierto tipo de creencias en los individuos (Becona, 1999, 2002; Bejarano, Ugalde y Morales, 2005). Se parte del postulado de que existen algunos factores de riesgo frente al consumo de SPA que no son susceptibles de modificación o intervención directa, como puede ser la ubicación geográfica de un colegio, las condiciones socioeconómicas de una familia o la disponibilidad de una sustancia. En cambio, el desarrollo de creencias, actitudes y percepciones por parte de los individuos, si son susceptibles de ser modificadas e intervenidas. Por su parte, el concepto de prevención primaria en el campo del suicidio ha sido poco estudiado y difundido. La mayoría de las veces, cuando se habla de prevención del suicidio, realmente se

está abordando la confrontación del riesgo, es decir, se busca identificar las señales, signos o síntomas que puedan estar presentes en alguien que tiene una ideación suicida recurrente y que puede terminar ejecutando un intento de suicidio. Como ejemplo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (Bertolote, 1996; Fleischmann y Bertolote, 2002) y la experiencia de múltiples entidades estatales de países como Canadá (SIEC, 1997, 1998); Estados Unidos (CDC, 1994, 1995. O'Carroll et. Al, 1992); Australia (Fabián, 1990) y varios países europeos: El suministrar información concreta y específica sobre el suicidio, no sólo a maestros sino a los mismos estudiantes, es una herramienta supremamente útil en la detección de casos de posible alto riesgo. Sin embargo, aún cuando se propone, no es tan frecuente la siguiente postura y estrategia: Al igual que en el caso del consumo de sustancias, realizar con anticipación acciones con la capacidad de influir y modificar, creencias, actitudes y percepciones, que siendo encausadas en la dirección correcta, puedan ayudar a evitar la aparición de ideas suicidas, que son por definición el prerrequisito para los intentos.

Si ampliamos el concepto de prevención de suicidio no sólo a la confrontación sino también a la anticipación del riesgo, por una parte y si se desarrollan acciones de manera simultánea con la prevención del consumo de sustancias, se puede llegar no sólo tener un impacto y modificación más grande, sino que se pueden abordar problemáticas que guardan una íntima relación entre sí. Remitiéndonos al caso de Colombia, a partir del año 1999 surge una estrategia de prevención de riesgos de suicidio y consumo de sustancias en un entorno escolar (Aja y Gómez, 2008) que tiene como idea central, precisamente anticiparse al riesgo y crear condiciones que le brinden fortaleza y protección a los escolares beneficiarios. Veamos brevemente algunos de sus logros: En lo referente al consumo de sustancias y teniendo en consideración la prevalencia de vida, en el año 1999 el porcentaje de estudiantes abstinentes era de 11.2% y para el año 2009 esta cifra ascendió a 28.7%. Las cifras de prevalencia de consumo en el último año mostraron que en 1999 el 32.9% no habían probado ningún tipo de sustancia y para el año 2009 la cifra subió al 72%. Con respecto a la ideación suicida, en 1999 el 34.9% reportaron haber pensado en el suicidio alguna vez en la vida y el 21.3% lo hicieron en el curso de el último año. En el 2009 la prevalencia de vida de la ideación suicida no mostró mayor diferencia, mas no fue así en el caso de la prevalencia de la ideación suicida en el curso del último año, con un decremento al 13.1%. Al mirar las cifras de intentos de suicidio, hubo descensos muy importantes desde 1999 hasta el 2009, tanto en la prevalencia de vida como en la prevalencia en el último año. De hecho, mientras que en el año 1999 el 11.2% de los estudiantes de bachillerato reconocieron haber realizado un intento de suicidio en el curso del último año, en el 2009 se encontró la cifra más baja, con un 3.2%. Es decir, los intentos de suicidio en el

curso del último año se redujeron a una tercera parte de lo encontrado inicialmente. Ahora bien, surge la pregunta obligada: ¿cuáles fueron los procesos que mediaron para generar tales cambios? Una de las ideas fundamentales ha sido el fortalecimiento de determinados estilos de afrontamiento, que tienen un carácter mucho más funcional y adaptativo. Se ha visto que los estilos de afrontamiento de solución de problemas y búsqueda de soporte social tienen un carácter mucho más protector comparativamente con el estilo de afrontamiento de evitación. Múltiples investigaciones en esta línea (Aja, 1997; Aja 2004; Aja y Gómez, 2008) han mostrado como los estudiantes que nunca han consumido SPA y/o nunca han tenido ideación suicida, tienden a tener puntuaciones mucho más altas en solución de problemas y búsqueda de soporte social, y a su vez puntuaciones más bajas en el estilo de evitación. En el otro extremo, los estudiantes que reportan consumo de SPA ilegales y/o ideaciones suicidas muestran una tendencia contraria al grupo de abstinentes: Puntuaciones más altas en el estilo de evitación y puntuaciones más bajas en solución de problemas y búsqueda de soporte social.

Surge ahora otra pregunta: Si el control, manejo y regulación del estrés se logra hacer de manera satisfactoria, mediante el uso de estilos de afrontamiento funcionales y adaptativos, ¿cuáles son algunos factores que a su vez determinan el desarrollo de los estilos de afrontamiento? Para Lazarus y Folkman (Lazarus y Folkman, 1986) existe cierto tipo de creencias que influyen en el proceso de la evaluación primaria, que a su vez, condicionará la aparición o no del estrés. Es decir, la primera forma de controlar el estrés es evitando su ocurrencia. Y algunas de dichas creencias que pueden ayudar favorablemente a realizar evaluaciones no generadoras de estrés son: La autoeficacia y el locus de control (Lazarus y Folkman, 1986). Asimismo, estas creencias también juegan un papel muy importante cuando los procesos de afrontamiento entran a desarrollar su función.

Entonces, una de las vertientes que deben tener las intervenciones preventivas con carácter anticipatorio de las situaciones no deseadas, se centra en el desarrollo, estructuración y fortalecimiento de diversos tipos de competencias intra e interpersonales, que a su vez están fundamentadas en múltiples tipos de creencias. En nuestro caso concreto, la promoción de la tolerancia a la frustración, la tolerancia al rechazo y el sentido de perseverancia, se constituyen en factores de protección en tanto que son condiciones precursoras de los estilos de afrontamiento de búsqueda de soporte social y solución de problemas. Es así que, estas tres competencias afectivas operan como condiciones protectoras tanto para el riesgo de suicidio como para el consumo de SPA.

METODO

La presente investigación es de carácter empírico analítico, con un diseño no experimental de nivel descriptivo (Castro, 1978).

Participantes

La estrategia estuvo encaminada a tener una cobertura de 96 grupos de estudiantes, pertenecientes a diversos colegios de seis localidades a saber: Usaquén, Suba, Engativa, Fontibón, Kennedy y Tunjuelito. Los grupos tuvieron en promedio un tamaño de 35 estudiantes. Su conformación fue variada: Así como en algunas instituciones todos los participantes eran de un mismo curso, en otras la selección fue con estudiantes de diversos cursos y grados. En el momento pre-test, es decir, cuando se realizó el primer taller, participaron 3317 estudiantes. En el post-test, es decir al finalizar el tercer taller, estuvieron presentes 2575 estudiantes. Lo anterior se traduce en que hubo una deserción del 22.3%.

Considerando cada una de las variables demográficas empleadas en la descripción, hubo una mayor participación de hombres. En el pre-test, hubo mayor participación de estudiantes de los grados 8° y 10°, en tanto que el post-test estuvieron más presentes los estudiantes de los grados 9° y 8°. En cuanto a las jornadas, en los dos momentos evaluados fueron mayoría los estudiantes de la sección matutina. Por último, en cuanto a la participación por localidades, Fontibón fue la que tuvo una mayor presencia y Tunjuelito la que de menor aporte de estudiantes. La cantidad de estudiantes participantes en cada localidad estuvo condicionada a la respuesta por parte de los colegios a la convocatoria hecha. La tabla 1 muestra el resumen de los diferentes descriptores demográficos.

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	100,0%

Instrumento

El instrumento utilizado valora tres competencias intrapersonales a saber: Tolerancia a la frustración, tolerancia al fracaso y sentido de perseverancia. El cuestionario dispone de 30 preguntas en su totalidad, con respuestas dicótomas de “SI” y “NO”. Cada una de las escalas esta conformada por 10 ítems. La fiabilidad del instrumento arrojó un valor de Alfa de Cronbach = 0.693, considerando 30 elementos en el análisis y con una base muestral de 3317 sujetos. En análisis particulares se identifica que con el aumento de la edad, el nivel de fiabilidad del instrumento se incrementa, lo cual lleva a considerar que la herramienta tiene un mayor poder discriminatorio desde los grados 8° hacia arriba. La tolerancia a la frustración es entendida como la capacidad del individuo para sobreponerse de las emociones resultantes cuando no se cumple una expectativa. Esto

implica no cambiar el curso o la dirección que ha definido para la realización de un proyecto. La tolerancia al rechazo es entendida como la capacidad del individuo para sobreponerse a las expresiones de rechazo por parte de otras personas. Esto implica que sus niveles de complacencia para evitar el rechazo son mínimos. El sentido de perseverancia es entendido como la capacidad del sujeto para definir la meta, desarrollar un plan y ejecutarlo hasta el cumplimiento de su propósito.

Si bien es cierto que conceptualmente estas tres competencias intra personales guardan mucha cercanía e incluso comparten cierto grado de extensión en su campo semántico, cada una posee un terreno de definición propio. Es así, que tanto la tolerancia a la frustración como al rechazo conllevan el no cumplimiento de expectativas, en el primer caso hace referencia a expectativas generales en tanto que el segundo se circunscribe a las interacciones

sociales con semejantes. El sentido de perseverancia tiene íntima relación con la tolerancia a la frustración, sin embargo no son el mismo constructor. Podemos afirmar que en parte la perseverancia abarca tolerancia a la frustración pero no se reduce a ella.

Procedimiento

Primeramente, se hizo una convocatoria a los colegios de las seis localidades seleccionadas. En la mayoría de los casos, se asignaron dos cupos de participación a cada institución involucrada en la estrategia. En las localidades en donde hubo menos colegios involucrados, se les asignaron más cupos a dichas instituciones. Una vez establecida la base de colegios participantes se desarrolló un cronograma de trabajo. Se estimó que a partir de la realización del primer taller, debía transcurrir un plazo de tres semanas a un mes para la ejecución del siguiente taller. De esta forma, transcurrió un lapso de ocho semanas entre el primer y tercer taller, con aquellos colegios que se mantuvieron fieles al cronograma. Con un número reducido de instituciones, el plazo de ejecución fue de once semanas.

Antes de iniciar cualquier actividad, se aplicó el cuestionario pre-test, garantizándoles a los estudiantes la confidencialidad sobre la información aportada. Al finalizar

el tercer taller se aplicó nuevamente el mismo instrumento, con el fin de poder establecer los posibles cambios y modificaciones en las competencias evaluadas.

Los datos recolectados fueron procesados con el programa estadístico SPSS. La muestra fue procesada como datos sujetos no relacionados.

RESULTADOS

En el presente trabajo, solo se considerarán como variables independientes el momento de aplicación y el sexo de los estudiantes para dar explicación de la varianza de las variables dependientes tolerancia la frustración, tolerancia fracaso y perseverancia. La tabla 2 muestra los promedios en cada una de las variables dependientes, haciendo la diferenciación de acuerdo al sexo y al momento de aplicación de la prueba. Se empleó la prueba F en un Análisis de varianza de doble entrada, para establecer la existencia de diferencias de promedios estadísticamente significativas.

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

En la tolerancia al rechazo hay diferencias estadísticamente significativas atribuibles al sexo (F = 47,58; p = 0.0001) y al momento de aplicación (F = 42,21; p = 0.0001). No existen diferencias atribuibles a la interacción entre sexo y momento de aplicación. Considerando el sexo, se identifica que desde el inicio las mujeres tienen un nivel de tolerancia al rechazo más elevado que los hombres pero no por ello la proporción de cambio es mayor en el momento post-test. Al considerar el momento de aplicación, se observó un incremento significativo, es decir se incidió positivamente en las creencias relacionadas con la tolerancia al rechazo, tanto en hombres como en mujeres. A pesar de este cambio, los hombres en el momento post-test no alcanzan a lograr el nivel de tolerancia al rechazo que las mujeres tenían desde

antes de iniciar la intervención. Al realizar una prueba de diferencia de promedios (ANOVA) tomando solamente el momento pre-test, se identificó que efectivamente los promedios entre hombres y mujeres son estadísticamente diferenciales (F = 28,25; p = 0.0001).

Analizando los datos referentes a la tolerancia a la frustración, se identifica que hay una diferencia de promedios estadísticamente significativa entre los puntajes de los hombres y las mujeres en el momento pre test (F = 6,27; p = 0.012). En este caso, la diferencia señala que los hombres parten con un mayor nivel de tolerancia a la frustración. Al contrastar los promedios de acuerdo a los momentos de aplicación, nuevamente se identifica una diferencia estadísticamente significativa (F = 6,28; p = 0.012) y evidentemente nuevamente vuelve a surgir el sexo

como variable incidente en los cambios ($F = 4,79$; $p = 0.029$). Estos resultados no muestran cómo es posible generar modificaciones a corto plazo en esta competencia intra personal.

En el sentido de perseverancia, en el momento pre test no se identifican diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, aun cuando a primera vista las cifras pudieran decir lo contrario. Al hacer el contraste de promedios considerando simultáneamente el sexo y el momento de aplicación el resultado fue muy llamativo: cualquier cambio en los promedios de 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 pero solamente las mujeres, dado que en los hombres el promedio no sufrió cambio alguno.

DISCUSION

Al comienzo se dijo que el consumo de SPA y el riesgo de suicidio afectan más a los sectores más jóvenes de nuestra población. Sin embargo, no se mencionó que existen diferencias atribuibles al sexo en la forma como estas dos problemáticas socialmente relevantes afectan a los individuos. Los problemas por abuso de drogas han estado más asociados con los hombres (DNE, 2008; Alcaldía de Bogotá, 2009; Rodríguez Ospina, 1996), aun cuando existen algunas evidencias que tienden a mostrar que ha habido cambios que señalan que las mujeres se están tornando tan vulnerables como los hombres (Rumbos, 2002).

Con respecto al suicidio, se ha identificado que el sexo es una variable que incide en la probabilidad de la acción autolítica. Revisando las estadísticas de diferentes países y en diferentes años, se ha podido determinar la siguiente tendencia: Por cada hombre que hace un intento de suicidio, hay 3 mujeres que hacen lo mismo, pero por cada mujer que logra cometer el suicidio, existen 3 hombres en la misma condición. Esto es equivalente a decir que el 75% de los suicidios son realizados por hombres. La proporción puede cambiar ligeramente un poco de lugar y año, pero a la fecha, esa es la tendencia que sigue vigente (Cardona Gómez, 2007; Sarró y De la Cruz, 1991; Kaplan, Sadock & Grebb, 1994; Freedman, Kaplan y Sadock, 1982; Slaikeu, 1988; Maris, 1992; Garland y Zingler, 1991; Wilson, 1991; Taborda y Téllez, 2007; Vega Piñeros y otros, 2002).

Lo anterior podría dar bases a la hipótesis de que los factores de riesgo y las condiciones de protección frente al consumo de SPA y el riesgo de suicidio podrían operar de manera diferencial entre hombres y mujeres. Únicamente podremos limitarnos a hacer la identificación de la condición sexual sin entrar en detalles a cuál puede ser el origen de los efectos diferenciadores: Lo biológica, los procesos de socialización del género o una interacción de ambos. Lo dicho hasta el momento, opera como un marco

conceptual para dar entendimiento a los resultados encontrados.

Cuando vemos que las mujeres parten con puntajes más elevados en la tolerancia al rechazo, nos pone de manifiesto que existen otras condiciones que permiten un mayor desarrollo de esta competencia intrapersonal en ellas. En el marco de esta investigación, no podemos precisar si el efecto protector está centrado en el riesgo de suicidio, el consumo sustancias o ambas. Lo alentador es que se mostró que es posible elevar el nivel de tolerancia al rechazo, aun cuando pareciera que habría que hacer más esfuerzos para aumentar aún más esta competencia en el grupo de los varones.

Por otro lado, lo encontrado en la variable tolerancia a la frustración es también llamativo en tanto que en esta ocasión los hombres mostraron un mayor nivel de fortaleza previo comparativamente con las mujeres. Sin embargo, sus puntajes son inferiores si se contrastan con la variable tolerancia al rechazo. Dicho de otra manera, las mujeres tienen mayor tolerancia al rechazo y los hombres mayor tolerancia a la frustración, aun cuando no en la misma magnitud como las mujeres dentro de la primera condición. Así como en el caso anterior de la tolerancia al rechazo, se acudió a buscar respuestas que dieran entendimiento a la mayor fortaleza de las mujeres para trasladar ese efecto a los hombres, con la tolerancia la frustración sucedería lo contrario: Necesitan ser las mujeres las que se beneficien de las condiciones que hacen más fuertes a los hombres en esta variable.

El resultado hallado en el sentido de perseverancia es quizás el más interesante. Al parecer la intervención no tuvo efecto en los hombres pero si en las mujeres, mostrando un incremento en ellas de su sentido de la perseverancia. A este hallazgo hay que resaltarle dos implicaciones. Por una parte, tal y como se definieron las variables dependientes, se dijo que la tolerancia la frustración podría estar contenida dentro el sentido de perseverancia pero sin que significarán exactamente lo mismo. Si la perseverancia y la tolerancia a la frustración fueran exactamente la misma variable pero con manifestaciones lingüísticas diferentes, los resultados estadísticos tendrían que ser idénticos, lo cual no fue así. Por otra parte, si las mujeres parten con puntajes inferiores en tolerancia a la frustración, hasta cierto punto podría ser entendible que ellas vieran aumentado su puntaje en sentido de perseverancia, como una manera de compensar su limitación en la tolerancia a la frustración. También sería interesante indagar qué parte del mensaje si llego a las mujeres pero no a los hombres.

Desde una perspectiva general, es muy interesante notar como si bien existe un nivel de correlación positivo y significativo entre cada una de las tres variables dependientes, la influencia particular que cada una de ellas recibe por la condición sexual del individuo es totalmente diferente. De igual modo, es muy alentador observar cómo en un período de tiempo relativamente corto (de 8 a 11

semanas) es posible lograr modificaciones significativas en estas tres competencias intrapersonales. Con esto se abre la ventana al desafío del sentido de responsabilidad social que tienen los adultos con los menores de edad: La escuela si puede ser un escenario favorable para el desarrollo y consolidación de mecanismos de protección frente al riesgo de suicidio y el consumo de sustancias. Sin embargo, no hay que olvidar que estos esfuerzos deben tener un sostenimiento en el tiempo en tanto que los procesos de desarrollo no son estáticos. Por lo mismo, si en un momento determinado un individuo puede mostrar cambios y mejorías significativas en un aspecto de su vida, de la misma manera puede darse un proceso de deterioro y decaimiento. Lamentablemente, existen algunas falsas creencias que consideran que los efectos de una intervención psicosocial puntual en el tiempo debe tener un largo alcance, lo cual definitivamente no es cierto. Para que un efecto deseable sea perdurable, de la misma manera hay que hacer una inversión en la sostenibilidad de los momentos de consolidación de dicho efecto. Para profesionales de otros saberes, esto es una verdad a priori e indiscutible, si no, preguntémosle a los expertos en publicidad.

REFERENCIAS

- Aja Eslava, L. (2010). *¿Qué ha pasado con el suicidio en Colombia en los últimos 13 años?*. En FORENSIS: Datos para la Vida, Colombia 2009. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Aja Eslava, L. (2010) *Anímate: Guía Conceptual*. Bogotá: 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.; & Avila Gómez, J.J (Enero 2008). 1999 – 2006: Siete años de experiencia en la prevención del Riesgo de suicidio. *Psimonart: Revista Científica*. Instituto del Sistema Nervioso Central. Año 1, 1 (1).
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. – Secretaría Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y la Organización de los Estados Americanos (OEA), y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia (2009). *Estudio De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Bogotá D.C. 2009*. Bogotá: Editorial Guadalupe.
- Alonso Palacio, L.M. & cols. (2007). *Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia)*. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.); 23 (1): 32-42.
- Arias, E., Anderson, R. N., Kung, H. C., Murphy, S. L., & Kochanek, K. D. (2003). *Deaths: Final data for 2001. National vital statistics reports*. Vol 52 no 3. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
- Beato Fernández, L.; & Rodríguez Cano, T. Aspectos patogénicos de los pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Psiquis*, 2000. 21 (6): 317 – 325.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid. Ed. Ministerio del interior. Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002) *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid. Ed. Ministerio del interior. Plan nacional sobre drogas.
- Bejarano, J.; Ugalde, F.; & Morales, D. (2005). Evaluación de un programa escolar en Costa Rica basado en habilidades para vivir. *Adicciones*, 17, (1), 71 – 80.
- Bertolote, J. World Health Organization Approaches to Suicide Prevention. En Ramsey, R; & Tanney, B. (1996). *Global Trends in Suicide Prevention*. Mumbai: Tata Institute of Social Science.
- Bertolote, J.M.; & Fleischmann, A. (2002). A Global Perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7, (2), 6 – 8.
- Cardona Gómez, G.P. (2007). Intento de Suicidio en la Ciudad de Bogota DC, Colombia. Primer semestre 2006 – 2007. en Sanchez Medina, G (Compilador). *El Suicidio y su Prevención*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina.
- Castro, L. (1978). *Diseño experimental sin estadística*. Ed. Trillas, México.
- Center for Diseases Control (CDC) (1994). *Programs for the Prevention of Suicide Among Adolescents and Young Adults*. Morbidity and Mortality Weekly Report. Abril 22, Vol 43, N° RR - 6.
- Center for Diseases Control (CDC). (1995). *Suicide Among Children, Adolescents, and Young Adults — United States, 1980–1992*. Morbidity and Mortality Weekly Report. Abril 21, Vol 44, N° 15.
- Díaz, R.; Ferri, M^aJ. (2002). Intervención en Poblaciones de Riesgo (1): los Hijos de Alcohólicos. *Adicciones*, 14, (1).
- Fabian, S. (1990). *Suicide Prevention at One School*. Conference Preventing Young Suicide, 4 – 26 July 1990. Camberra: Australian Institute of Criminology.
- 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.
- Fleischmann, A. & Bertolote, J. M. (2002). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – Supre-*

- Miss: Protocol of Supre-Miss*. Geneva: World Health Organization.
- Forero, J.; & Pérez, I. (2001). Exploración de Algunas Relaciones entre Suicidio, Alcohol y Otras Sustancias Psicoactivas, Bogotá 2000. *Centro de Referencia Nacional sobre Violencia*. 6 (10).
- Freedman, A.M.; Kaplan, H.I.; & Sadock, B.J. (1982). *Tratado de Psiquiatría*. Tomo II. Barcelona: Editorial Salvat.
- Garland, A.F.; Zingler, E. (1993). Adolescent Suicide Prevention. *American Psychologist*, 48 (2), 169 - 182.
- González Ortiz, J.O.; & Hernández Cardozo, H.W. (Abril 2007). *Los Suicidios: Colombia 2006*. En Forensis 2006: Datos para la Vida. Bogota: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.
- González Ortiz, J.O.; & Hernández Cardozo, H.W. (Abril 2008). *Epidemiología de los Suicidios: Colombia 2007*. En Forensis 2007: Datos para la Vida. Bogota: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.
- González, J.O.; & Tirado, P. (2002). Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas en Personas fallecidas por muerte violenta. Colombia. 2001. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia: 7 (11).
- González, Y.; Mancipe, M. y cols. (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).
- Vielva, I.; & Iraurgi, I. (2002). Control Perception And Coping Behavior In Abstinence In Alcoholics. *Salud y Drogas*, 2 (1), pp 29 – 45.
- Kaplan, H.I. Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1994). *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. 2 ed. Barcelona: Martínez Roca.
- López Torrecillas, F.; Martín, I. y cols. (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*. 12 (2), pp. 331-334.
- López Torrecillas, F.; Peralta, I. y cols. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15 (2), pp 127/136.
- López, C; Robledo, J.; & Martínez, W. (2003). Tendencias del Suicidio en Pererira: 1992 - 2001 Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. 8 (7).
- Maris R.W. Overview of the Study of Suicide Assessment and Prediction. en Maris, R.W.; Berman, A.L.; Maltzberg, J.T.; Yufit, R.I. (Editores). (1992) *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: The Guilford Press. 3 -23.
- Morales, M.; & Jiménez, I. et. Al (2002). Rasgos de personalidad en suicidas: Autopsias Psicológicas 1997. *Revista del INML y CF*. 17(1), 14 – 20.
- O'carroll et. Als. (1992). *Youth Suicide Prevention Programs: A Resource Guide*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC).
- República de Colombia: Dirección Nacional de Estupefacientes, Ministerio de la Protección Social. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2008*. Bogotá D.C.: Editora Guadalupe.
- Rodríguez Ospina, E. (1997). *Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 1996*. Bogota: Editorial Carrera 7ª.
- 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.
- Sánchez Panel, L.; & Fernández-Valdés, M. R. (2002). Trastorno por atracón y obesidad. *Formación Continuada en Nutrición y Obesidad*; 5(6):314-24.
- Sarró, B.; De la Cruz, C. (1991). *Los Suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
- Slaikue, K. A. (1988). *Intervención en Crisis*. México: Manual Moderno.
- Suicide Information and Education Centre (SIEC). (1998). *Considerations for School Suicide Prevention Programs*. N° 32, Octubre.
- Suicide Information and Education Centre (SIEC). (1997). *Telling Children About Suicide*. N° 22, Febrero.
- Taborda Ramírez, L.C.; Téllez Vargas, J. () El Suicidio en Cifras. En Téllez Varga, J.; Forero Vargas, J. (2007) *Suicidio – Neurobiología, Factores de Riesgo y Prevención*. Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica.
- Valencia, C. (2001a). *Influencia del alcohol en la muerte violenta, estudio de caso Bogotá 1996-1999. Parte 1: Consideraciones generales*. Centro De Referencia Nacional Sobre La Violencia Vol. 6 N° 2, Febrero.
- Valencia, C. (2001b). *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 Vol. 6 N° 3, Marzo.
- Valenzuela, D. (Junio 2009). *Suicidio: Colombia 2008*. En Forensis 2008: Datos para la Vida. Bogota: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.
- Valenzuela, D. (Mayo 2010). *Suicidio: Colombia 2009*. En Forensis 2009: Datos para la Vida. Bogota: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.
- Vega Piñeros, et. Al. (2002). *El Suicidio*. Salud Global. Año II, N° 4.
- Wilson, G.L. (1991) Comment: Suicidal Behavior - Clinical Considerations and Risk Factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59 (6), 869 - 873.