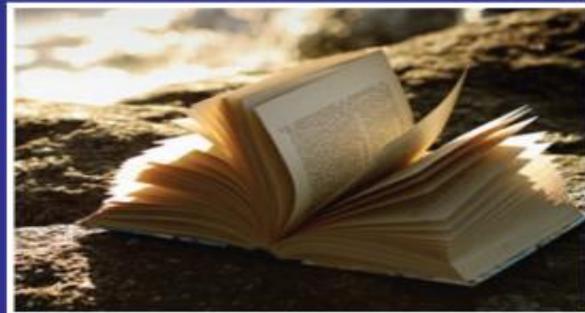


El suicidio

y otros comportamientos
autodestructivos en jóvenes universitarios
de Colombia y Puerto Rico:
acciones, interacciones
y significaciones



Jaime Alberto Carmona Parra, Diana Esperanza Carmona González,
Norma Maldonado Santiago, Carmen Rivera Lago, Olga Lucía Fernández Arbeláez,
Sandra Constanza Cañón Buitrago, Sara Victoria Alvarado Salgado,
Juan Carlos Jaramillo Estrada, Mariela Narváez Marín, Diana Carolina Fandiño Tabares,
Daritza Vélez Pérez, Héctor José Velázquez González



CAPÍTULO 1. El suicidio en jóvenes universitarios: una revisión documental.

Modelo de citación

Cañón Buitrago, S. E., Fandiño Tabares, D. C., Narváez Marín, M., Carmona Parra, J. A., Alvarado Salgado, S. V. y Carmona González, D. E. (2017). El suicidio en jóvenes universitarios: una revisión documental. En J. A., Carmona, et al. (Comp.). *El suicidio y otros comportamientos autodestructivos en jóvenes universitarios en Colombia y Puerto Rico: acciones interacciones y significaciones*. (pp. 25-36). Manizales: Universidad de Manizales.

1. EL SUICIDIO EN JÓVENES Y UNIVERSITARIOS: UNA REVISIÓN DOCUMENTAL

Sandra Esperanza Cañón Buitrago
Diana Carolina Fandiño Tabares
Mariela Narváez Marín
Jaime Alberto Carmona Parra
Sara Victoria Alvarado Salgado
Diana Esperanza Carmona González

El suicidio es una realidad social que genera una alta tasa de mortalidad entre jóvenes de diferentes niveles socioeconómicos, culturales y académicos. Se trata de un fenómeno que no es exclusivo de determinadas culturas; de acuerdo con datos de diversos estudios, es un problema mundial (Organización Mundial de la Salud -OMS, 2014; Muñoz & Gutiérrez 2010; Pinzón-Amado, Guerrero, Moreno, Landínez & Pinzón 2013; Zambrano & María, 2014).

Según la OMS (2014) en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en el mundo. Es una de las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años en algunos países, entre ellos Colombia, México y Puerto Rico, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; sin contar que estos datos no incluyen los intentos de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. “En los

últimos años Colombia ha tenido un incremento en los índices de suicidio, lo que la ubica en el tercer país latinoamericano, después de Cuba y Brasil” (OMS, 2014, citado por Martínez y Robles, 2016, p. 55).

Durante el año 2012 se calculan 804.000 muertes por suicidio en el mundo. “Esto indica una tasa anual mundial de suicidio normalizada, según la edad, de 11,4 por 100000 habitantes, 15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres” (OMS, 2014, p. 7). Es importante aclarar que la OMS reconoce que esta cifra no describe totalmente la realidad, dado que en algunos países la sensibilidad social e ilegalidad del comportamiento suicida propicia un reporte erróneo, y el problema del subregistro no permite obtener estadísticas que reflejen el verdadero impacto de esta situación de salud pública. Este mismo organismo “proyectó para el 2020 un aumento del 50% en la tasa de suicidios, con lo cual alcanzaría los 1,53 millones de muertes” (citado por Carmona et al., 2013, p. 15).

La tasa de suicidio consumado varía según el sexo; se da en una proporción de 3,5 suicidios consumados en hombres, por uno en mujeres. Esta situación se observa normalmente en países de ingresos altos. De igual manera, la OMS (2014) indica que en países de ingresos medianos y bajos la proporción es menor: 1,6 hombres: 1 mujer.

Esta diferencia de tasa es descrita por la literatura como una situación multicausal, donde la desigualdad de género, métodos socialmente aceptables para enfrentar situaciones adversas y el estrés, la disponibilidad de métodos para causarse daño, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, autogestión de tratamientos para el manejo de los trastornos mentales, la forma sociocultural de aceptar la crisis y pedir ayuda, hacen que existan diferencias significativas en la manera como se explica el suicidio con relación a variables como el sexo, el país y la región.

Por la presencia de esta problemática en jóvenes, los estudios en su mayoría se han enfocado en esta población. En la investigación realizada por You, Chen, Yang, Zhoy & Quin, (2014) en China, con 5989 estudiantes universitarios, el 16,40% (982) presentó una respuesta positiva a la ideación suicida en algún momento de su vida y el 1,92% (115) informó de la presencia de un intento de suicidio. La prevalencia de la ideación suicida e intento de suicidio fue significativamente mayor en los estudiantes de sexo femenino. De la misma manera, en el estudio realizado en estudiantes universitarios de Australia (Rezaeian, 2012) se encontró que el 52% de la población había intentado autolesionarse, en los 6 meses anteriores a la fecha del estudio. También en una investigación realizada con 165 jóvenes de una Universidad Portuguesa se determinó que

factores como la edad y la depresión se relacionaron de forma directa con el riesgo suicida. (Sobrinho & Campos, 2016).

En la región de las Américas se presentan alrededor de 65.000 defunciones anuales por suicidio, y una tasa de mortalidad de 7,3 por 100.000 habitantes durante el periodo 2005–2009, por lo que es considerado un problema de salud pública. Las regiones con las tasas más elevadas de suicidio, durante el mismo periodo, fueron: Caribe no hispano y América del Norte (Canadá, Estados Unidos, Islas Vírgenes de Estados Unidos y Puerto Rico). Las tasas más bajas se presentaron en las regiones de América Central, Caribe Hispano y México, y de América del Sur (Región Andina y el Cono Sur: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) (OPS, 2014; Rojas, 2013).

En estos datos mencionados en América, se destaca la población de 10 a 19 años con una tasa de suicidio de 3,7 y entre los 20 a 24 años de 9,21 por cada 100.000 habitantes. En América Latina y El Caribe se encuentra una tasa mayor en hombres con un 8,4 vs 2,1 en mujeres, y de 3,38 en la población de 10 a 19 años y 7,65 en la población de 20 a 24 años. Mientras que en América del Sur la tasa es de 5,2 por cada 100.000 habitantes en ambos sexos. Chile, Bolivia y Uruguay son los países con mayor frecuencia con un 12,2. Colombia se ubica en un nivel medio con un 5,4 y Venezuela presenta una de las tasas más bajas, con un 2,6 (Cortes, 2013).

En Puerto Rico el suicidio es la tercera causa de muerte violenta. Durante el periodo 2000-2015 se reportaron un total de 4,976 muertes por suicidio, equivalente a una tasa de 8,3 por cada 100.000 habitantes. En lo relacionado con el género, los actos suicidas son consumados principalmente por personas del sexo masculino (80%), igual que lo referenciado en el resto del mundo. (Ríus y Menéndez, 2015, p. 21).

En el periodo comprendido entre el 2012 y 2014, las tasas de mortalidad por suicidio más elevadas se han encontrado entre las poblaciones adultas. En el grupo de 55 a 59 años se presentó la tasa más alta, seguido por el grupo de 50 a 54 años de edad. Se debe tener en cuenta que, según una consulta realizada en el 2012 por la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (Assmca), uno de cada cinco adolescentes de Puerto Rico ha pensado en suicidarse; además informa que en el 2014 hubo 7 suicidios en personas con edades entre los 10 y 19 años, 17 entre los de 20 a 24 años, 16 entre los de 25 a 29 años y 10 suicidios entre los de 30 a 34 años, lo que indica que las conductas suicidas en esta población han ido aumentando (Assmca, 2015).

De igual manera, para el período 2010–11, en la sala de emergencias del Hospital Regional de Bayamón (Puerto Rico) fueron atendidos alrededor de 1.875 adolescentes (13–17 años), de los cuales un 22% (405) fueron por intento suicida (Assmca, 2012).

Según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades en Puerto Rico, el 19,8% de las adolescentes atendidas en el 2013 confirmaron haber considerado seriamente el suicidio; un aumento significativo (15,5%) desde el 2011. Mientras, casi un 8% de los adolescentes varones consideraron el suicidio, sin representar un cambio significativo desde el 2005.

Con relación a las tasas de suicidio por regiones en este país, en los años 2009, 2010, 2013 y 2014, la región de Aguadilla que comprende los pueblos de Aguada, Aguadilla, Isabela, Moca y San Sebastián, registró la tasa más elevada de mortalidad por suicidio (8,47%), seguida de Arecibo (7,88%) y Bayamón (5,12%). Como factores relacionados predominaron los problemas económicos, problemas en el entorno familiar o escolar, problemas en el noviazgo y depresión. (Ríus y Menéndez, 2015, p. 22).

En Colombia, según Ceballos et al., (2012) la Encuesta Nacional de Salud Mental arrojó que el 12,3% de los colombianos ha tenido ideaciones suicidas, 4,1% ha realizado planes y 4,9% ha intentado ejecutarlos. La conducta suicida se encuentra dentro de las 3 primeras causas de muerte entre personas con edades entre los 15 y 19 años, estimándose que, del total, un 30% de los suicidios de jóvenes ocurre en estudiantes universitarios (Micin & Bagladi, 2011).

De igual manera en Colombia, según el informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses 2013-2014, el suicidio ha mantenido una tendencia al aumento a partir del año 2006 hasta el 2012, siendo este último año en el que mayor número de casos se registran: 1901 casos. Para el año 2013 se reportaron 1810 casos, y para el 2014 la tasa de suicidios fue de 4,33 muertes por cada 100.000 habitantes, es decir 1878 casos en el año, de los cuales la mayor prevalencia se documentó en el grupo de edad entre los 20 y 24 años, con 277 casos y entre los 25 a 29 años (237). La mayor tasa por 100.000 habitantes (6,50) se presentó en el grupo de 20 a 24 años. Las personas con factor de vulnerabilidad como los campesinos (36,31%), consumidores de sustancias psicoactivas (9,55%) y otras (37,9%) fueron quienes tomaron la decisión de suicidarse. “Para el 2015 se registraron 2068 suicidios, 10% más que en el 2014. Por primera vez aparece el departamento de Caldas dentro de los cinco primeros con mayor número de casos reportados de muerte por suicidio” (Montoya, 2015, p. 423). La tasa para este año fue de 5,22 eventos por cada

100 mil habitantes, una de las mayores en el periodo 2010-2015. La mayoría de los suicidios durante 2015 (48,74%) sucedieron en personas con edades comprendidas entre los 15 y 34 años, con mayor participación de jóvenes entre 20 y 24 años (14,60%) , seguida del grupo de 25 a 29 años (11,80%). Predomina el suicidio en personas que no tenían establecida vida marital (57,18%). Con relación a la escolaridad se dio en mayor proporción en el bajo nivel de formación académica, más de la mitad de las víctimas (56,21%) solo cursaron educación preescolar y básica primaria; en personas con formación universitarias el porcentaje fue bajo (7,49%).

El comportamiento por departamentos destaca las tasas en Vichada (9,94), Quindío (6,20), Norte de Santander (6,00), Arauca (5,74), Huila (5,65), Antioquia (5,64), Risaralda (5,63), Casanare (5,09) y Cundinamarca (5,00) las cuales estuvieron 1,2 puntos por encima de la tasa nacional. Se destaca la de Vichada, que tuvo 6 puntos superior a la tasa nacional (Forensis, 2014). Se observa que el motivo con mayor prevalencia se deriva del conflicto de pareja o expareja, lo que llevó a que 215 hombres y 46 mujeres (28,46%) cometieran suicidio; en segundo lugar factores internos como enfermedades físicas o mentales en 167 hombres y 53 mujeres (23,99%), y en tercer lugar los motivos económicos, 115 hombres y 13 mujeres (12,10).

De acuerdo con lo anterior, la población de jóvenes entre 20 y 24 años es una de la más afectadas por este fenómeno (Gobert, 2015), siendo este rango de edad en el que se encuentran la mayorías de los jóvenes universitarios (Mustafá, Aziz, Mahmood & Shuib, 2014). Estas cifras ponen de manifiesto el suicidio como problema de salud pública de gran envergadura en el país, por su tendencia al incremento. Durante el período 2006-2015 el aumento ha sido sistemático año tras año, excepto 2013 que registró una leve disminución. (Montoya, 2015, p. 428).

1.1 Ideaciones y acciones suicidas en universitarios

En el estudio realizado en México con una muestra de 280 hombres y 220 mujeres, estudiantes de la Universidad Tecnológica de Puebla, 5,5% de los hombres y 5,4% de las mujeres registraron presencia de ideación suicida (Rosales Pérez, Córdova Osnaya y Guerrero Barrios, 2013). De igual manera en la pesquisa realizada en Brasilia, en el 2014, en 210 jóvenes universitarios, en edades comprendidas entre los 18-24 años, el 6% relató tentativa de suicidio (Faria et al., 2014)

En la misma línea, en la investigación realizada en Puerto Rico en el 2012, en 179 jóvenes, los resultados indicaron que la ideación suicida está presente en no menos de uno de cada diez de los adolescentes. Un número semejante se ha intentado suicidar alguna vez en su vida. El 17% de los jóvenes reportó pensamientos de muerte, un 12,4% indicó haber intentado quitarse la vida en algún momento de su existencia y un 32,4% contestó afirmativamente a la idea: “He pensado en matarme, pero no lo haría” (Vélez, et al., 2012).

Igualmente en Puerto Rico, en la investigación realizada con 63 mujeres, 25 de los casos presentaron intento de suicidio y 38 ideación suicida. Se encontró que tanto para los casos de intento de suicidio (80%) como para la ideación suicida (50%) las personas están en el rango de 21 a 45 años de edad. (Ramos, et al., 2012).

En Colombia, según el estudio de Siabato & Salamanca (2015), en 258 estudiantes (127 mujeres y 131 hombres) con edades comprendidas entre los 18 y 24 años, matriculados entre primero y quinto semestre de una Universidad de Boyacá, el 31% de los casos estuvo en un nivel alto de ideación suicida, según el cuestionario PANSI. Esta proporción corresponde a 33,3% de mujeres y a 28% de hombres. De igual manera, el 30,2% presentó ideación suicida negativa, lo que quiere decir idea relacionadas con las posibles razones que la justificarían como fracaso, desesperanza, baja autoeficacia, frustración o tristeza (p. 77).

También en Colombia, en la investigación realizada por Blandón, et al. (2015) en 100 estudiantes de diferentes programas académicos de Universidades de Medellín, encontraron que un 16% afirmó haber tenido ideaciones suicidas en el año anterior a la aplicación del instrumento, y un 12% afirmó haber realizado al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida. De igual manera, en el estudio de Carmona & Carmona (2014), realizado en Colombia en estudiantes universitarios, se encontró una frecuencia de intento suicida de 6,95%.

Suárez, Restrepo y Caballero (2016) realizaron un estudio con 186 estudiantes de administración de empresas, en una Universidad Pública de Santa Marta (Colombia), y encontraron presencia del riesgo desde los pensamientos suicidas en el 7,5% (14) de la muestra. En el estudio de Ballesteros, Gutiérrez, Herrera & Izzedin (2012), realizado con estudiantes de la Universidad Surcolombiana, encontraron que el 26% manifestó conocer a alguna persona que ha cometido suicidio, el 35% dice haber tenido pensamientos suicidas, con mayor frecuencia en programas como Medicina y Psicología.

De la misma manera, Carmona y Carmona (2014) realizaron un estudio descriptivo exploratorio en 780 estudiantes de cinco instituciones universitarias de la ciudad de Manizales, durante el año 2012. El 6,95% de los estudiantes manifestó haber realizado algún acto con la intención de quitarse la vida.

El ingreso a la universidad es un evento estresante, ya que el joven debe adaptarse a un entorno completamente nuevo, el cual implica asumir cambios significativos en su forma de adquirir conocimientos, además de algunas alteraciones en sus redes de apoyo, y esto podría aumentar el riesgo de que los estudiantes universitarios generen sintomatología clínica. (Blandón, Carmona, Zulián y Medina, 2015, p. 475).

1.2 Factores de riesgo

Varias investigaciones en países como Irlanda, España, México y Colombia, coinciden con los factores de riesgo que se asocian a la presencia de conductas e ideaciones suicidas en jóvenes, entre ellas la violencia y disfunción familiar, el divorcio de los padres, abuso físico y psicológico, ansiedad, consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, frustraciones intensas, baja autoestima, tensión social y residencia de su núcleo familiar fuera de la ciudad de origen (Mouaffak, Marchand, Castaigne, 2015; Gallegos, Stark, Linan, et al., 2013; Cañón, et al., 2012; Pinzón-Amado, 2013; Sánchez & Robles, 2014).

Entre otros factores de riesgo se encontró la depresión, reportada en la investigación realizada en Sonora, México (Rodríguez et al., 2012), en 1358 estudiantes de ambos sexos donde la media de edad fue de 16,6 años y el 58,1% correspondió a mujeres. La proporción de participantes de escuelas públicas fue de 78,7% y 21,3% de escuelas privadas. Se determinó que los jóvenes que presentan ideas e intentos suicidas muestran mayores estados depresivos en comparación con los grupos sin estos comportamientos. La depresión aparece en 67,3% de quienes han intentado suicidarse y en 81,1% de quienes manifiestan ideas suicidas. Igualmente, en otra investigación realizada en jóvenes universitarios de este mismo país, el mayor porcentaje de mujeres muestra niveles de ideación moderado y alto, encontrándose mayor depresión en el nivel moderado. Por carrera, el nivel moderado de depresión y el nivel alto de ideación se muestran con mayor prevalencia en Medicina y Biología (Cabrera, Zuñiga & Coria, 2011).

La depresión también fue encontrada como factor de riesgo para la ideación suicida en el estudio realizado por Sánchez, Villareal, Musitu y Martínez (2010) quienes evaluaron 1285 estudiantes mexicanos de escolaridad media y media superior, con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. Encontraron correlación estadísticamente significativa de la sintomatología depresiva ($p=0,001$) con la ideación suicida.

Por su parte, Rodríguez y Oduber (2015) citan a varios autores que han realizado estudios analizando la relación entre depresión e ideación suicida (Barroilhet et al., 2012; González et al., 2003; Miranda de la Torre et al., 2009; Toro et al., 2009) cuyos resultados señalan una fuerte relación entre la depresión y la ideación suicida de adolescentes (p. 1130).

De otro lado, en el estudio realizado por Hernández et al. (2015) en Cuba, el intento suicida predomina en el grupo de adolescentes con edades comprendidas entre 16 y 19 años. Los factores relacionados con la conducta suicida más relevantes fueron: los problemas con los padres (50%, $n=8$), seguidos de los problemas con la pareja (25%, $n=4$); otros fueron las dificultades con el rendimiento académico y los problemas con los coetáneos, representando cada uno el 12,5%.

En Colombia, en la investigación de Castrillón et al. (2016), en 255 estudiantes universitarios con una edad promedio de 20,8 años, de tres facultades: Ingeniería y Arquitectura, Administración y Ciencias Naturales, se encontró una frecuencia de riesgo suicida de 6,7%, según Plutchik, y 19,7% según Beck. Se halló una relación significativa entre el FR suicida, según Plutchik, y factores como el género, el gusto por el metal y la balada, la práctica de un deporte, hacer aeróbicos, la presencia de cuadros depresivos y la funcionalidad familiar. El aislamiento y el abandono también son factores de vulnerabilidad frente a las distintas formas de empuje social al suicidio y las tendencias autodestructivas de la propia persona. (Carmona, 2012, p. 331)

También Carmona, Gaviria y Bernal (2014) identificaron que “las estudiantes con ideación suicida, intentos suicidas, omisiones en el autocuidado y conductas autodestructivas, poseen vínculos más débiles con la figura paterna” (p. 103).

En otro estudio realizado en Colombia se reporta que una de las carreras en las que los estudiantes presentan con mayor frecuencia conductas suicidas es medicina, y se encuentran factores de riesgo como: sobrecarga de información y conocimiento adquirido, deuda financiera, falta de tiempo libre, relaciones interpersonales en el ambiente académico y dudas sobre la elección

de la carrera y la continuación en esta. Se estima que alrededor del 70% de los factores ya descritos derivan específicamente de la vida académica y de los factores sociales asociados (Palencia, 2014). También se documenta que tanto el estrés como otros problemas emocionales parecen evolucionar significativamente a lo largo de los distintos años de la carrera; los estudiantes de medicina no afrontan sólo estresores cotidianos y factores de riesgo suicida para la población en general, sino que además deben enfrentarse a estresores específicos de la carrera (Alvarez, 2012). De la misma manera, otros estudios en Colombia coinciden, como el realizado por Pinzón, et al. (2013) en tres facultades de medicina de Bucaramanga, con 973 participantes, en los cuales encontraron índices elevados de conductas suicidas; el 15,7% de los estudiantes informo haber tenido por lo menos un episodio de ideación suicida, en tanto que el 5% confesó haber realizado por lo menos un intento suicida.

En el estudio de Blandón et al., (2015) con 100 estudiantes de una universidad privada de Medellín (Colombia), encontraron mayor prevalencia de ideación suicida en estudiantes del programa de Psicología. Expresan que “el estudiar psicología puede ser una decisión marcada por el deseo de indagar por asuntos personales que aún no están resueltos, y estos pueden predisponer a conductas del espectro suicida” (p. 476).

Es necesario tener en cuenta, como lo anotan Ríus y Menéndez (2015), que “mientras más factores de riesgo tenga una persona, mayor es la probabilidad de que contemple el suicidio como una alternativa, y de que lo lleve a cabo. Sin embargo, es importante recalcar que la ausencia de estos factores no es sinónimo de que el suicidio no pueda ocurrir” (p. 25).

1.3 Factores protectores

Se han vinculado ciertos roles con los comportamientos autodestructivos. No obstante, como lo afirma Carmona (2012) “los seres humanos siempre podemos transformar los roles que desempeñamos y con ellos la realidad que construimos con otros” (p. 320). Es necesario tener en cuenta “la autodeterminación del sujeto... una capacidad de agencia variable de acuerdo con el contexto de interacción, el rol que el actor social desempeña en él y la coyuntura específica en la que se lleva a cabo la acción” (p. 320). Toma como ejemplo el pertenecer a minorías étnicas,

sexuales, ideológicas, etc., lo que ha sido considerado como factor de riesgo relacionado con el suicidio. Sin embargo,

una lectura apresurada de estos factores de riesgo puede sugerir que esas condiciones, filiaciones o inclinaciones son en sí mismas factores suicidógenos, pero en realidad el empuje al suicidio proviene de las diferentes formas de rechazo y exclusión de la que son víctimas estas minorías que, al ser interiorizadas, pueden terminar por convertirse en comportamientos autodestructivos y, en casos extremos, directamente suicidas. (Carmona, 2012, p. 26).

De otro lado, Oquendo, Galfalvy, Russo, Ellis & Mann (2004) “proponen el modelo estresor-diátesis para explicar la conducta suicida, argumentando que son los estresores los elementos precipitantes del acto suicida, al tiempo que la diátesis o vulnerabilidad aumenta la tendencia al pesimismo, la incredulidad ante otros, la desesperanza y la presencia de conductas agresivas con otros y consigo mismo” (p. 19).

Lo anterior sustenta la tesis de que hay muchos factores que pueden ser factor de riesgo o protector frente a los comportamientos autodestructivos. Uno de ellos es el elemento afectivo de los vínculos humanos: “Nada aferra tanto a un joven estudiante –y a cualquier persona- en el mundo como un amor profundo o la inspiración que produce un líder idealizado; pero pocos eventos hay tan desestructurantes como la ruptura de una relación amorosa o una decepción radical de un referente idealizado” (Carmona y Cañón, 2016, pp. 123-124).

Como factor protector, Carmona, Gaviria y Layne (2014), en un estudio con estudiantes que no han presentado ideación, intento suicida y comportamientos autodestructivos, encontraron que éstos califican sus vínculos como muy buenos, en razón de lo cual se puede afirmar que los vínculos de calidad son un factor protector frente a comportamientos autodestructivos y fortalecen la salud (p. 108). “Las buenas relaciones con figuras significativas tales como padres y hermanos también actúan como factor protector” (Blandón, Carmona, Zulián y Medina, 2015, p. 475).

Florenzano et al. (2011, citados por Rodríguez y Oduber, 2015), “basándose en un análisis de regresión logística, determinan que la buena relación entre padre y madre, los estilos adecuados de crianza parental y las relaciones convencionales entre padres e hijos evitan el pensamiento suicida de los adolescentes” (p. 1130). En este mismo sentido, los estudios de Meschke,

Bartholomae y Zentall (2002, citados por Pérez, Uribe, Vianchá, Bahamón, Verdugo y Ochoa, 2013) han expuesto que “el apoyo, el control y la supervisión parental se constituyen en elementos importantes que funcionan como factores protectores o de riesgo para el desarrollo de comportamiento problemáticos en adolescentes, incluyendo el suicidio” (p. 555).

Con relación a la claridad emocional, en el estudio de Suárez, Restrepo y Caballero (2016) se encontró correlación negativa significativa entre la claridad emocional e ideación, a un nivel de 0,01 bilateral, indicando que entre mayor claridad emocional, menor es la ideación suicida. Así mismo, correlación negativa significativa entre reparación emocional e ideación suicida, a un nivel de 0,05 bilateral, señalando que entre mayor reparación emocional menor es la ideación suicida. (p. 9). De acuerdo con estos autores, cuando un estudiante tiene en cuenta sus estados de ánimo se puede sentir menos abrumado emocionalmente, es sensible frente a sus emociones y les otorga un significado adecuado, lo que le permite procesar adecuadamente sus estados de ánimo y, por lo tanto, utilizan estrategias de afrontamiento adecuadas que se convierten en factor protector.

Lo anterior se corrobora con los resultados de la investigación de Caballero, Suárez y Bruges (2015) quienes evaluaron 22 sujetos con ideación suicida y 22 sin ideación suicida, de la U. del Magdalena, con una media de edad de 20,8 años. Encontraron que el grupo sin ideación suicida presentó mejores habilidades para comprender y reparar las emociones negativas generando emociones positivas ante situaciones adversas.

Los espacios en que se desenvuelven los adolescentes también pueden ser un factor protector. Como lo afirman Carmona et al., (2013): “La universidad, como contexto de interacción, cuenta con importantes fuentes de protección frente a los comportamientos suicidas, por las redes de apoyo que allí encuentra el estudiante, el proyecto de futuro que constituye estudiar una carrera profesional y la riqueza de significaciones que despiertan el interés” (p. 16). En la universidad los estudiantes encuentran múltiples posibilidades para construir redes afectivas con sus pares; estas relaciones se convierten en redes de apoyo que funcionan como “sostenes vinculares ante las tendencias autodestructivas” (Carmona y Carmona, 2014, p. 34).

De acuerdo con todo lo anterior, la prevención del suicidio en el escenario universitario es una apuesta política importante para todas las instituciones de educación y se hace necesario el trabajo conjunto e interinstitucional, además de la creación de redes para la prevención del suicidio.

Referencias

- Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). (2015). Comisión para la prevención del suicidio. <http://www.assmca.pr.gov/>.
- Álvarez, S. M. (2012). Potencial riesgo suicida entre estudiantes de primer ciclo de la carrera de Medicina: Un proyecto de intervención en la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). *Norte de salud mental*, *X*(43), 37-42.
- Ballesteros, M., Gutiérrez, M. E., Sánchez, L. M., Herrera, N. E., Gómez, A. P. y Izzedin, R. (2010). El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *39*(3), 523–543
- Barroilhet, S., Fritsch, R., Guajardo, V., Martínez, V., Vöhringer, P., Araya, R. y Rojas, G. (2012). Ideas autolíticas, violencia autoinflingida y síntomas depresivos en escolares chilenos. *Revista Médica de Chile*, *140*(7), 873-881
- Blandón Cuesta, O. M. y Andrade Salazar, J. A. (2015). Aproximación al funcionamiento neurobiológico de la persona suicida. En: En J. A. Carmona (comp.) El suicidio: cuatro perspectivas. (pp. 7-25). Medellín: Funlam.
- Blandón, O. M., Carmona, J. A., Mendoza, M. Z. & Medina, O. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, *19*(5), 469-478.
- Caballero Domínguez, C. C., Suárez Colorado, Y. P. y Bruges Carbonó, H. D. (2015). Características de inteligencia emocional en un grupo de universitarios con y sin ideación suicida. *Revista CES Psicología*, *8*(2), 138-155.
- Cabrera, N., Zuñiga, M. & Coria, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: Un estudio piloto. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, *14*(4), 341–354.

- Cañón S., Atehortúa B., Castaño J. et al. (2012). Factor de riesgo para suicidio según dos cuestionarios y factores asociados en población estudiantil de la Universidad de Manizales. *Psicología desde el Caribe*, 29(3), 632-664.
- Carmona, J., Carmona, D. (2014). Intento de suicidio y variables relacionadas con la vida académica en estudiantes universitarios de la ciudad de Manizales. *Revista Cultura del Cuidado*, 11(2), 32-40.
- Carmona Parra, J. A. (2012). El suicidio: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 316-339
- Carmona, J. A., Gaviria, J. M., García, J. J., Layne, B. y Padilla C. (2013). Intento de suicidio y otros comportamientos autodestructivos en estudiantes universitarios colombianos. *Revista de investigaciones, UCM*, 12(21), 14-21
- Carmona Parra, J.A., Gaviria Hincapié, J.M. y Layne Bernal, L. (2014). Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas. *Tesis Psicológica*, 9(1), 102-111
- Carmona, J. A. y Carmona, D. E. (2014). Intento de suicidio y variables relacionadas con la vida académica en estudiantes universitarios de la ciudad de Manizales. *Revista Cultura del Cuidado*, 11(2), 32-40
- Carmona, J. A. y Cañón, S. C. (2016). La prevención del suicidio en el escenario universitario. En: J. A., Carmona (Ed.) Ensayos académicos en torno al suicidio. (pp. 101-124). Cali: Fundación Participar IPS.
- Castrillón, J. J., Cañón, S. C., Betancur, M. B., Sánchez, P. L., González, J. G., Rivas, A. G. & Calderón, C. L. (2016). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales. *Diversitas*, 11(2), 195–205.
- Cortes-Alfaro, A. (2013). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr*, 30(1),132-139.
- Faria, Y. de O., Gandolfi, L., Moura, L. B., Gandolfi, L. & Moura, L. B. A. (2014). Prevalence of risk behaviors in young university students. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 591–595.

- Gallegos, J., Stark, K., Linan-Thompson, S. et al. (2013). Preventing childhood anxiety and depression: Testing the effectiveness of a school-based program in México. *Psicología Educativa*, 19, 37-44
- Gobert, J. (2015). Translating and Implementing a Mindfulness-Based Youth Suicide Prevention Intervention in a Native American Community. *Int J Child Youth Family Stud*, 24(1), 12-23.
- Hernández, M., De Los Reyes, A., Gonzalez, Y. y Prats, J. (2015) Caracterización de los adolescentes comisores del intento suicida del Consejo Popular Siboney. Octubre de 2010 a marzo de 2011. *Granma*, 19(3), 1-10.
- Martínez, J. y Robles, A. (2016). Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: análisis de contenido a través de grupos focales. *Informes Psicológicos*, 16(2), pp. 53-68.
- Micin, S. y Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Ter Psicol*, 29(1), 53-64.
- Montoya, B. (2016). Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015. *Forensis*, 17(1), 423-481
- Mouaffak, F., Marchand, A., Castaigne, E. et al. (2015). OSTA program: A French Follow up Intervention Program for Suicide Prevention. *Psychiatry Research*, 230, 913–918
- Muñoz, E. y Gutiérrez, M. (2010). Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 291-312.
- Mustaffa, S., Aziz R, Mahmood MN, Shuib S. (2014) Depression and Suicidal Ideation Among University Students. *Procedia Soc Behav Sci*, 116,4205-4208.
- Oquendo, Galfalvy, Russo, Ellis & Mann. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 161(8), 1433-41
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del Suicidio: Un imperativo Global*. Washington, DC.

- Palencia, B. (2014). Diseño de un modelo de intervención del suicidio en niños y adolescentes. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Pérez, A., Uribe, J. I., Vianchá, M. A., Bahamón, M. J., Verdugo, J. C. y Ochoa, S. (2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 551-568
- Pinzón-Amado, A., Guerrero, S., Moreno, K. et al. (2013). Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. *Rev Colomb Psiquiat.*, 43(S1), 47-55.
- Ramos, O., Guzman, N., Hinojosa, C. y Mota, R. (2012) Patologías causantes de intento suicida e ideación suicida en mujeres en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma 1*, 37-45.
- Rezaeian, M. (2012). Suicide Clusters: Introducing a Novel Type of Categorization. *Violence Vict*, 27(1),125-32.
- Ríos Armendáriz, A. C. y Menéndez Miranda, A. (2015). Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio. Puerto Rico: Comisión para la Prevención del Suicidio.
- Rodríguez, C., José, M., Román Pérez, R., Abril Valdez, E., Barreras, G. & Lourdes, A. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud mental*, 35(1), 45-50.
- Rodríguez, J. A. y Oduber, J. A. (2015). Ideación suicida y grupo de iguales: análisis en una muestra de adolescentes venezolanos. *Univ. Psychol.*, 14(3), 1129-1140.
- Rojas, I. (2013). *Programa nacional de prevención del suicidio: Orientaciones para su Implementación*. Chile: Ministerio de salud de Chile.
- Rosales Pérez, J. C., Córdova Osnaya, M. & Guerrero Barrios, D. I. (2013). Ideación suicida y variables asociadas, conforme al sexo, en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla, México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 390-406.
- Sánchez, D. y Robles, M. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Pap Psicol*, 35, 181-192

- Sánchez, J. C., Villareal, M. E., Musitu, G. y Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 279-287
- Sobrinho, A. y Campos, R. C. (2016). Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 34(1), 47-59.
- Suárez, Y. P., Restrepo, D. E. y Caballero, C. C. (2016). Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. *Rev. Univ. Ind. Santander Salud*, 48(4), 1-16.
- Vélez, Y. D., Luaces, L.L. y Rosselló, J. (2012). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños. *Rev Puertorriqueña Psicol*, 23(2),00-00
- You, Z., Chen, M., Yang, S., Zhou, Z. & Qin, P. (2014). Childhood Adversity, Recent Life Stressors and Suicidal Behavior in Chinese College Students. *PLoS ONE*, 9(3), 866-72
- Zambrano, G. & María, D. (2014). Las competencias liberadoras como factores protectores que disminuyen los comportamientos suicidas en adolescentes y jóvenes que concurren al Centro de Atención Integral en Salud para Jóvenes cuyas edades oscilan de 10 a 23 años de edad.