

**Factores De Riesgo Y Protectores De La Ideación Del Suicidio En Estudiantes
Universitarios.**

Johana Torres Henao

johana.torresh@udea.edu.co

Trabajo de grado para optar por el título de Psicóloga

Juan Diego Escobar Salazar

Psicólogo, Mg. Salud colectiva.

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas,

Departamento de Psicología

Medellín

2020

Resumen

Por medio de este trabajo se busca identificar claramente los factores de riesgo y los factores protectores presentes en la conducta suicida de estudiantes de la comunidad universitaria en la ciudad de Medellín, usando una clasificación por categorías para lograr una discriminación comprensible. Esto se logró a través de un enfoque cualitativo, con una aproximación fenomenológica ya que se trabajó con las percepciones de los sujetos de prueba, para conseguir eso se realizaron entrevistas semiestructuradas a 15 estudiantes que de manera voluntaria aceptaron participar en la investigación recolectando su información individual y anónimamente. Los resultados arrojados en esta investigación agrupan tanto los factores de riesgo como los factores protectores en 5 categorías: individual, familiar, social, biológica y psicológica, que a su vez agrupan otras subcategorías. Se pudo observar que en los factores de riesgo la categoría familiar es la que produce mayor propensión a la conducta suicida en la muestra analizada, además en la categoría psicológica se presentaron 13 con diagnóstico psiquiátrico de los 15 entrevistados. Por otra parte, en los factores protectores la categoría que tiene más influencia en la evitación de la conducta suicida es la social, esto como lo mencionan los participantes debido al apoyo de sus amistades.

Palabras claves: suicidio, conducta suicida, ideación suicida, factores protectores, factores de riesgo.

Abstract

This work seeks to clearly identify the risk factors and protective factors present in the suicidal behavior of students from the university community in the city of Medellín, using a classification by categories to achieve understandable discrimination. This was achieved through a qualitative method, with a phenomenological approach since we worked with the perceptions of the test subjects. To achieve this, semi-structured interviews were applied to 15 students who voluntarily agreed to participate in the research by collecting their information individual and anonymously. The results obtained in this research group both the risk factors and the protective factors into 5 categories: individual, family, social, biological and psychological, which in turn group other subcategories. It was observed that in the risk factors the family category is the one that produces the highest propensity for suicidal behavior in the analyzed sample, in addition in the psychological category there are 13 with a psychiatric diagnosis of the 15 interviewees. On the other hand, in the protective factors the category that has the most influence in the avoidance of suicidal behavior is the social one, this is what the participants mention due to the support of their friends.

Keywords: suicide, suicidal behavior, suicidal ideation, protective factors, risk factors.

Tabla de Contenido

Planteamiento del Problema	8
Pregunta de Investigación	13
Justificación	14
Marco Teórico.....	17
Historia del Suicidio	17
Precursores del Acto Suicida	19
Factores de Riesgo de la Ideación y Conducta Suicida	23
Factores Protectores de la Ideación y Conducta Suicida	24
Objetivos	27
Objetivo General.....	27
Objetivos Específicos.....	27
Metodología	28
Enfoque	28
Método	29
Instrumentos de Producción de Información	30
Unidad de Trabajo.....	30
Unidad de Observación.....	31
Unidad de Análisis	31
Población y Muestra	31

Caracterización	32
Tabla 1	32
Plan de Recolección de la Información	33
Plan de Análisis de la Información	33
Consideraciones Éticas	34
Relación dialógica entre los sujetos participantes y los investigadores.....	35
Idea de vulnerabilidad.....	35
Criterios ético-jurídicos y deontológicos.....	35
Clasificación del riesgo en la investigación.....	36
Principios en la investigación y derechos de los participantes.	36
Gestión del consentimiento informado.	37
Consentimiento informado.....	37
Objetivo:	37
Procedimiento:	37
Riesgos:.....	37
Beneficios	38
Responsabilidades:.....	38
Consideraciones éticas	38
Capítulo I	40
Narrativas de Vida o Muerte.....	40

Narraciones de muerte	40
Narraciones de vida.....	50
Capítulo II.....	59
Factores de Riesgo	59
Factores individuales	59
Factores familiares	62
Factores sociales	67
Factores biológicos	70
Factores psicológicos	72
Capítulo III.....	78
Factores protectores	78
Factores individuales	78
Factores familiares	81
Factores sociales	82
Factores psicológicos	84
Otro	87
Capítulo IV.....	88
La universidad como factor de riesgo y factor protector	88
Factores de riesgo	90
Factores protectores	95

Conclusiones 99

Referencias..... 102

Planteamiento del Problema

El suicidio ha hecho parte del transcurso de la humanidad y en la actualidad es un problema que enfrentan la mayoría de las culturas, pero a pesar de ser una situación recurrente que se presenta a lo largo de la historia, las diferentes profesiones existentes no han llegado a un consenso para dar respuesta a la pregunta de por qué se suicida la gente (Serrano y Flores, 2005, p. 221). Sin embargo, Serrano y Flores también afirma que, aunque se han realizado diversos estudios alrededor de esta problemática en donde se han buscado las principales causas, aún no se ha determinado la razón concreta que lleva a cometer este acto, por lo que se llega a la conclusión de que el suicido es causado por múltiples factores, complicando el poder predecir esta conducta.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) cada año se suicidan alrededor de 800.000 personas en el mundo, siendo esta la segunda causa principal de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. “En la Región de las Américas ocurren alrededor de 65.000 defunciones por suicidio anualmente” (Organización Panamericana de la Salud, 2014, p.8), evidenciando que en América Latina la tasa de suicidio es mucho menor en comparación con las cifras obtenidas a nivel mundial y en América del norte se encuentra en un estatus intermedio (OPS, 2014). Sánchez, Cáceres, y Gómez (2002) afirman que en Colombia los registros que existen sobre la tasa de suicidio no son lo suficientemente confiables, a pesar de esto durante el transcurso del año 2002 el Instituto Nacional de Medicina Legal llevó a cabo 2.045 necropsias por suicidio (Sánchez, Guzmán y Cáceres, 2005). En el año 2013 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses señala que, dentro de los países de América Latina, Colombia se encuentra ubicado en el tercer lugar con una tasa de mortalidad del 3,8%, el

departamento de Antioquia tiene una tasa del 5,2% y la ciudad de Medellín del 5,1% (Blandón, Carmona, Mendoza y Medina, 2015).

La conducta suicida puede tener factores tanto cognitivos como conductuales ya que abarca desde la ideación, el deseo y pensamiento suicida hasta el intento y el suicidio consumado. El pensamiento suicida no solo se ve representado en el deseo de morir sino también en la ideación suicida con planes o sin planes de la acción y en ciertos casos se puede tener una preocupación intensa autodestructiva ya que refleja la insatisfacción del sujeto frente al estilo de vida que lleva (Vargas y Saavedra, 2012). A pesar de lo anterior la ideación suicida debe de estar presente en la conducta suicida pero no es determinante de esta, ya que para llegar al acto debe de existir pensamientos recurrentes e intensos sobre lo inútil que es la vida para el sujeto (Quiceno y Vinaccia, 2013).

Vargas y Saavedra (2012) afirman que por lo general los sujetos que amenazan su vida son subestimados o ignorados en el momento de transmitir el mensaje de sufrimiento que están viviendo a las personas significativas, sin que estas se den cuenta de que dichas manifestaciones son comunes en la comunicación suicida. La investigación realizada por Carvajal y Caro (2011) muestra como la adolescencia sigue siendo una etapa de interés en el momento de hablar de la ideación y conducta suicida, ya que esta puede aparecer por la necesidad de adaptación a los cambios psicosociales, físicos y/o factores del contexto dando lugar a la manifestación de problemas de salud mental y provocando un mal funcionamiento psicológico, emocional e interpersonal, dejando como resultado cifras alarmantes frente a la ideación, el intento y el suicidio consumado.

Cuando se pasa de la ideación a consumir el suicidio a causa de no encontrar una manera de representar la vida de forma agradable para el sujeto, se demuestra la falta de apoyo con la

que él contaba a la hora de encontrar soluciones a los problemas presentes en su vida. Pero a pesar de lo anterior, muchos adolescentes que han intentado suicidarse buscan ayuda profesional de uno a tres meses antes del intento suicida. (González, Díaz, Ortiz, González, y González, 2000).

Gonzales, Ramos, Caballero y Wagner consideran que la expectativa de vida de los jóvenes ha disminuido al no tener una buena capacidad de afrontar y dar solución a los problemas, un bajo control de emociones y otras dificultades relacionadas con los cambios biológicos y sociales propios de cada etapa del desarrollo humano y que pueden influenciar al sujeto proporcionando, en algunos casos, la ideación suicida. A pesar de esto, se puede ver que el suicidio se da como resultado de la falta de factores protectores y no por los cambios biopsicosociales que hacen parte del ciclo vital (Ceballos y Suárez, 2012).

Para Manelic y Ortega (1995) el paso por la universidad simboliza una vivencia que hace parte del ciclo vital ya que gracias a esta se definirá el resto de la vida del estudiante que posee características propias del adolescente y la adultez joven (Coffin, Álvarez, Marín, 2011). Los adolescentes se encuentran en una etapa de inestabilidad emocional en donde puede ser frecuente la presencia de ansiedad y depresión, principales factores de riesgo cuando de ideación suicida se trata, (González, Díaz, Ortiz, González, González, 2000). De las más evidentes situaciones que llevan a riesgos asociados al suicidio son las influenciadas por estos trastornos del estado de ánimo, como lo dice el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (Quintanilla, Haro, Flores, Celis de la Rosa y Valencia, 2003), trastornos del estado de ánimo que se expresan con múltiples síntomas como: la desesperanza, la tentativa e ideación suicida. “La depresión se ha definido como un estado de tristeza y del ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional”

(Coffin, Álvarez, y Marín, 2011), mientras que la depresión se presenta en los sujetos afectando los aspectos cognitivos, la ansiedad por el contrario se muestra de forma conductual a través de síntomas físicos, ambos problemas pueden desplegarse a lo largo de la vida de las personas por lo que se considera sumamente importante prevenirlos desde la juventud.

Por otro lado, Iñaki Piñuel en un estudio realizado en el 2003 sobre como el acoso es un factor importante en la ideación suicida, da como resultado que uno de cada 5 suicidas estuvo involucrado en un caso de acoso, lo cual muestra cómo este acto puede afectar la salud psíquica y llevar a que las personas que lo padecen tomen la decisión de quitarse la vida (García Peña, Moncada y Quintero, 2013). Pero diversos estudios han demostrado que estas sintomatologías se presentan con gran frecuencia en estudiantes universitarios por variables tales como el rendimiento académico, el bienestar emocional y la deserción (Agudelo, Casadiegos y Sánchez, 2008).

Los universitarios en la actualidad tienen que vivir adaptándose a entornos nuevos (Blandón, Carmona, Mendoza y Medina, 2015) en donde constantemente tienen que hacer cambios significativos en las maneras en que convive con la sociedad. En varios cuestionarios que se han hecho, se ha evidenciado que casi la mitad de los estudiantes universitarios sufren de estrés académico, que los lleva a situaciones de presión frente a sus vidas (Feldman, et al. 2008). Hay variadas situaciones y experiencias que pueden conducir a una ideación del suicidio, vistas como determinantes que se viven comúnmente en los campus universitarios, pues estos configuran y auspician que el suicidio sea la cuarta forma de violencia en Colombia (Siabato y Salamanca, 2017).

En múltiples estudios se ha evidenciado que las mujeres en Colombia dentro del marco universitario son quienes más se ven afectadas por la ideación del suicidio (Blandón, Carmona,

Mendoza y Medina, 2015), dado a varios factores que se repiten a la hora de ocurrir la ideación de este pensamiento, y es que casi siempre se asocian a antecedentes de violencia sexual y a los días de soledad por más de ocho horas (Siabato y Salamanca, 2017), por poner un ejemplo.

Respecto a los variados factores de riesgo mencionados previamente que pueden llevar a la ideación suicida, existen diversas situaciones que se pueden tomar como factores protectores debido a que estos posibilitan el bienestar psicológico y una buena salud mental (Ceballos y Suárez, 2012) estos factores protectores permiten que se implementen programas de promoción y prevención que deben de estar ajustados a una población específica, se debe realizar una intervención por niveles en donde se busque promover el desarrollo de una relación en grupo y todo esto debe de realizarse con métodos de enseñanza centrados en incentivar el cambio en el individuo (Arias, 2013). Existen por ejemplo factores protectores que generan Inteligencia Emocional y tienen como método de acción el desarrollo de habilidades adaptativas que generan la comprensión, percepción y apreciación de las emociones, que permiten el reconocimiento de los factores de riesgo que afectan a cada individuo (Suárez, p. 187).

Pregunta de Investigación

¿Qué factores de riesgo y protectores están presentes en los estudiantes universitarios ante la conducta suicida?

Justificación

Los diversos estudios que tienen como tema el suicidio en universitarios en Colombia, plantean como objetivo principal la ideación suicida, los instrumentos usados para identificar y medirla, y los factores de riesgo suicida. Por lo tanto se han visto investigaciones que buscan una relación entre la depresión, la ansiedad, el rendimiento académico, entre otros factores, con la ideación y la conducta suicida (Franco et al, 2017). Estos estudios han concluido que “en Colombia, el suicidio representa la cuarta causa de muerte violenta y en jóvenes constituye la tercera causa de muerte por causas externas, después del homicidio y los accidentes” (p. 271)

En la investigación realizada por Franco et al (2017) se muestra como la mayoría de personas entrevistadas al momento de definir la juventud se dividían entre dos tipos de respuesta: ver a los jóvenes como una fuente de vitalidad y potencialidad sin límites o verlos como sujetos inmaduros, débiles, solos e impotentes.

Es común a ambos conjuntos de significados la percepción de la juventud como una fase de transición en los órdenes biológico, emocional, cultural, económico y de inserción social. Dichas transiciones generan una serie de tensiones y confrontaciones entre el sujeto joven y los entornos familiar, afectivo, académico, ideológico y político. Los jóvenes se sienten con frecuencia impotentes frente a un mundo que no los entiende y que les imposibilita vivir significativamente... (p.274).

Los estudiantes universitarios hacen parte de los jóvenes que se caracterizan por tener acceso a una formación de alto nivel y cuentan con grandes posibilidades de adquirir oportunidades y responsabilidades académicas, económicas y laborales. (Franco et al, 2017).

La mencionada investigación que fue desarrollada en las principales universidades de la ciudad de Bogotá, dio como resultado una diferencia significativa entre los estudiantes con

intento de suicidio y los que no, frente a la forma de relación con sus padres. Los jóvenes que hicieron parte de este estudio expresaron que la drogadicción y las enfermedades mentales también son factores importantes en los intentos de suicidio.

Podemos decir que los factores previamente mencionados permean la presencia de una conducta suicida que se puede presentar de forma inofensiva como un mero pensamiento en la muerte, hasta de forma letal como lo es el suicidio consumado. Estas manifestaciones pueden iniciar y concluir en cualquier momento del ciclo vital de los estudiantes afectados, de la vida laboral o no concluir nunca y ser parte de la vida cotidiana (Perales, Sánchez, Parhuana, Carrera y Torres, 2013).

Perales et al (2013), manifiesta que existe un gran riesgo cuando los sujetos no logran el objetivo de quitarse la vida por lo que este puede permanecer latente y nada puede asegurar que no se cumpla en el transcurso de la vida del individuo. Los estudiantes que fueron encuestados para su investigación dieron a conocer que la ideación y conducta suicida tuvo inicio mayormente antes del ingreso a la universidad.

Calvo, Sánchez y Tejada (2003) afirman que al identificar en los individuos los diversos factores de riesgo que los lleva a la producción de la ideación suicida, se pueden generar estrategias que tengan como finalidad la prevención del suicidio y de esta forma intervenir a los estudiantes que presenten estas conductas. En el estudio realizado por estos autores, los estudiantes entrevistados afirmaron no haber ejecutado un intento de suicidio en el último año, resultado no esperado para los investigadores ya que está por debajo de lo acostumbrado en este grupo poblacional en el país. Otro resultado arrojado por esta investigación fue con referencia a la ideación suicida en las últimas semanas, lo cual dio como resultado un porcentaje menor en comparación a otros estudios efectuados. Es por lo anterior que una de las conclusiones

expuestas fue que existe la posibilidad de que los estudiantes universitarios cuenten con factores que los protegen tanto de la ideación suicida como del intento de suicidio.

Marco Teórico

Para realizar esta investigación, es necesario entender algunos conceptos que darán claridad de la línea que toma este escrito. Como se intenta hacer un análisis de los factores protectores del suicidio en estudiantes universitarios, es importante entender que es el suicidio para con esto comprender porque hay una ideación.

Historia del Suicidio

Se desconoce por completo qué tan antiguo es el suicidio, pero se piensa que puede ser tan antiguo como el hombre mismo (Salman, 2011). El origen de la palabra “suicidio” obedece a la raíz del latín *Sui* que significa “sí mismo” y *Caedere* que significa “matar” de esta composición surge su significado “un acto de matarse voluntariamente a sí mismo” (Córdoba, Rosales, Caballero y Rosales, 2007). Salicrú (1924) afirma que la creación de esta palabra se dio en el siglo XVIII, antes de esto para expresarse a dicho acto se hacía por medio de las frases: “homicidio voluntario de sí mismo” o “asesinato de si propio”. El suicidio es la acción y efecto de quitarse, violenta y voluntariamente, la vida.

Se llama suicidio duplicado, cuando, para quitarse la vida, se comienza por un procedimiento y, siendo insuficiente, se consuma por otro o por la repetición del mismo. El suicidio doble tiene lugar cuando dos personas, de común acuerdo, se dan juntas la muerte. Puede además, el suicidio ser consumado o frustrado, según se siga o no la muerte, puesta la acción por el sujeto (p.35).

Así mismo, este autor plantea que el suicidio estudiado desde la psicología se puede considerar como la modificación del instinto de conservación, siendo esta una parte importante de la naturaleza humana. Cuando un animal siente dolor a causa de un daño sufrido, activa su instinto de conservación haciendo que evite a toda costa lo que le provocó dicho dolor. Contrario

a esto el ser humano tiene la capacidad de sobrepasar todos los obstáculos que evitan que pueda alcanzar sus metas, al punto de acabar con la vida de un igual, si lo considera necesario y bajo esta misma lógica, acabar con su propia vida, modificando el instinto de conservación personal con el que muchos animales y hasta él mismo cuenta.

En la antigüedad existen muchísimos casos de suicidio a pesar de que siempre se ha considerado que es un acto que va en contra de la religión y la moral de los pueblos (Salicrú, 1924). Este autor muestra cómo en el pueblo hebreo no se conocen casi datos sobre personajes que cometan acto suicida en la biblia, pero al hablar de la India, China, África y algunas partes de Europa, existen historias que dan registro de como personajes importantes han tomado la decisión de acabar con su vida o se ha realizado este acto de forma masiva. El documento más antiguo que habla sobre el tema del suicidio es de Egipto del año 2000 a.c aproximadamente, el cual lleva por nombre “Dialogue between a Man Tired of Life and his” y trata de un hombre que desea ponerle fin a su vida, pero su alma trata de convencerlo de que no realice dicho acto (Salman, 2011).

Salicrú también habla de la forma en la que los suicidios disminuyen en el momento en el que la iglesia se proclama dueña de las almas en la Edad Media, ya que declara infame a las personas que terminan con su propia vida y se les negaba la sepultura eclesiástica. En el siglo XVI cuando muchas personas empiezan a perder fe en la iglesia, el suicidio vuelve a aparecer de forma recurrente en la sociedad, en sujetos que se basan en los grandes suicidas de Grecia y Roma, para seguir sus mismos pasos.

A mediados del siglo XIX en el furor del romanticismo, muchos individuos realizan el acto suicida a causa de sus pasiones, sujetos que sufren por amor y mujeres que fueron abandonadas y olvidadas por sus amantes.

Salma (2011) afirma como durante el siglo XIX y XX las tendencias suicidas eran consideradas una enfermedad mental que provocaba que los sujetos exageraran el lado desagradable de la vida y por esto debían de recibir los mismos tratamientos que las personas que manifestaban cualquier otro tipo de locura. Se contemplaba la tendencia suicida como una mezcla de enfermedad mental, moral, física y social en donde el sujeto era sometido al aislamiento, el hambre, la sed y las ataduras con el fin de curar o controlar dicha enfermedad.

Precursos del Acto Suicida

Durante estos dos siglos también aparece una gran cantidad de escritos sobre el suicidio desde la sociología, el psicoanálisis y la medicina (Salma, 2011). Es aquí donde surge la definición de Durkheim, quien precisa el suicidio como un acto personal, con un propósito definido y bajo la conciencia del sujeto, mediante el cual el individuo busca acabar con su propia vida (Jiménez y González, 2003). Jiménez y González muestran cómo gracias a la definición del concepto por parte de este autor, se da paso a un cambio en la perspectiva que se tenía sobre el suicidio, empezando a tener en cuenta los elementos contextuales que hacían parte de la vida del sujeto, prestando atención a los motivos subyacentes. Es desde esta perspectiva que se empieza a pensar que el suicidio no tiene como única finalidad la de quitarse la vida, sino también la de llamar la atención, acabar con algún tipo de sufrimiento por el que esté pasando el sujeto o hasta vengarse de alguna figura de autoridad.

El profesor José Barrionuevo (2009) de la Universidad de Buenos Aires, en su texto sobre suicidio e intentos de suicidio, define el acto suicida como:

Aquel en que se pretende quitar la vida propia guiado por un deseo de muerte. Este acto no implica que su intención siempre sea lograda, pero sí que se cuenta con una ideación suicida, un plan y las herramientas para llevarlo a cabo (p.12).

Rosales, Córdova y Escobar (2013) dicen que el acto suicida está integrado por tres elementos primordiales: a) la ideación suicida, que concierne a el pensamiento de terminar la propia existencia b) el intento suicida, que hace referencia a todo tipo de lesiones auto infringidas que tienen como fin el quitarse la vida pero que su resultado no es fatal; y c) el suicidio consumado, que se refiere a todo tipo de autolesión realizado con la meta de acabar con la vida por mano propia con un resultado fatal.

Es por lo anterior que estos autores consideran que el comportamiento suicida debe ser un motivo de investigación junto con sus componentes pues facilita la comprensión del fenómeno, en especial de la ideación suicida ya que este factor posibilita analizar el comportamiento suicida antes de que se llegue al intento o al suicidio consumado.

En los textos utilizados para la realización de este trabajo, se puede evidenciar que existen diferentes formas de concebir la ideación suicida. Aarón Beck (1972) define la ideación suicida como los pensamientos, ideas, deseos o planes de una persona sobre quitarse su propia vida y la forma de llevarlo a cabo (Córdova, Rosales, Caballero y Rosales, 2007).

Sánchez, Villarreal y Musitu (s.f) presentan definiciones desde diferentes autores. Eguiluz puntualiza la ideación suicida como pensamientos intrusivos que se presentan de manera repetitiva sobre la forma, los objetos, las circunstancias y las condiciones para acabar con la vida propia. Jiménez y González creen que el suicidio inicia con la idea de quitarse la vida por mano propia, pasa por la tentativa suicida y finaliza en la muerte auto infringida. Pérez considera que la ideación suicida consiste en una serie de pautas como el deseo de muerte, la preocupación autodestructiva y la planeación letal.

Otra definición encontrada en este texto expresa que las ideaciones suicidas son los primeros rasgos de la conducta que dan señal de la dificultad para vivir hasta llegar a la intención

de morir o de un plan para auto infringir la muerte. La ideación suicida no es un objeto distinto a la conducta suicida que se tome como un factor de riesgo.

En lo que sí parecen estar de acuerdo estos autores es en que se debe de estudiar la ideación y el intento suicida ya que son procesos que se dan antes de que los sujetos se quiten la vida y pueden ayudar a conocer y atender esta problemática. Sánchez, Cáceres y Gómez (2002) afirman que “La ideación suicida es una condición necesaria para desplegar acciones suicidas” (p. 408). Ellos piensan que la investigación de la ideación suicida puede ayudar a descubrir situaciones que se pueden intervenir como lo son los trastornos afectivos o que se puedan prevenir como en el suicidio consumado.

Pero para Córdova, Rosales, Caballero y Rosales (2013) el suicidio no va sólo del pensamiento suicida al suicidio consumado sino que existen otros factores tanto internos como externos del sujeto, que lo pueden llevar a realizar dicha acción. Un ejemplo de lo anterior son los procesos cognitivos, elementos que ayudan a la percepción, interpretación y actuación frente al medio ambiente. Estos procesos están sometidos a altas cargas afectivas, que frente a factores clínicos como trastornos afectivos y del estado de ánimo pueden generar un comportamiento violento.

Los anteriores autores mencionan una serie de aspectos referidos a las diferentes formas en las que se puede presentar la ideación suicida:

- El deseo de morir es el primer paso frente a la falta de aceptación del sujeto por su estilo de vida y es el inicio de la ideación suicida.
- La representación suicida hace referencia a las fantasías pasivas del suicidio.

- La idea suicida sin un método determinado se trata de la idea de terminar con la vida propia sin tener una planeación de la acción a realizar. El deseo de suicidarse está presente pero sin una forma específica.
- La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico aún, la persona que tiene el deseo de suicidarse puede plantearse diversas formas de hacerlo sin mostrar preferencia por un método específico.
- La idea suicida con un método determinado sin planificación, el sujeto tiene en mente una forma específica para quitarse la vida pero aún no ha generado un plan para realizarlo.
- La idea suicida planificada o plan suicida, o también conocido como plan suicida es el momento en el que la persona tiene claro el cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué realizara el acto suicida, teniendo muy en cuenta las precauciones necesarias para no ser atrapado. Este punto es de suma gravedad pues existe un enorme riesgo de que la persona lleve a cabo el acto suicida pues si se ha tomado el tiempo de pensar un gran número de detalles frente a este acto puede pensarse que está muy próximo a realizarlo.

Quintanilla, Haro, Flores, Celis de la Rosa y Valencia (2003) consideran que la tentativa de suicidio se puede conceptualizar como toda acción planeada o impulsiva que lleve a autolesionarse, con o sin la conciencia que dicho acto podría generarle la muerte, y detenida en su proceso antes que dé como resultado la pérdida de la vida. “El intento suicida, definido como la acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo” (Sánchez, Villarreal y Musitu, s.f, p. 6), hace parte de la cadena que empieza con el deseo de terminar con la vida

propia pero a pesar de esto la intención de morir no es un factor consecuente del comportamiento suicida no mortal.

Son diversas las razones que pueden intervenir en la falla al momento de querer lograr esta meta, como no tener una decisión firme de terminar con la vida o no usar un método lo suficientemente contundente, existiendo el propósito de la muerte pero no contando con un modo de lograrlo (Echávarri, 2010).

Factores de Riesgo de la Ideación y Conducta Suicida

El pensamiento y la conducta suicida no se heredan, pero sí la tendencia a experimentar y sufrir ciertas enfermedades mentales, por lo tanto, se requiere conocer los antecedentes patológicos familiares de los pacientes que presentan ideación y conducta suicida y de esta forma tratar de intervenir en la disminución del riesgo suicida (Hernández y Villarreal, 2015). “Para la toma de decisiones clínicas se deben identificar los factores subyacentes y estimar riesgo de muerte” (p.4).

Vargas y Saavedra (2012) identificaron un amplio número de factores individuales, familiares y sociales que pueden impulsar la conducta suicida. Dentro de los factores individuales se encuentran la edad, el sexo, la etnia, factores biológicos y genéticos, trastornos mentales, intento de suicidio previo, orientación sexual, variables relacionadas con la actividad sexual, abuso sexual y físico y creencias religiosas. En los factores familiares se ven las conductas suicidas en miembros de la familia, salud física y mental de los miembros de la familia, características socioeconómicas, estructura familiar y relaciones familiares. Y para finalizar en los factores sociales se encuentran exposición a conductas suicidas de amigos, exposición a medios de comunicación, acontecimientos vitales estresantes, rendimiento escolar, relaciones con pares (iguales), entre otros.

Hernández y Villarreal (2015), a parte de los factores mencionados anteriormente, identificaron factores de riesgo biológico y psicológico. En los biológicos ubicaron los trastornos metabólicos, factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad, edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia, enfermedades y dolor crónico (antecedentes vasculares, sida, neoplasias, entre otras), enfermedades en fase terminal, trastornos psiquiátricos y deterioro cognitivo. Y en los factores psicológicos se hallan los intentos de autoeliminación anterior, pérdidas familiares, frustraciones intensas, ansiedad, depresión, baja autoestima, cambio brusco de estado anímico, alteraciones del sueño y abandono personal.

Otro factor que es mencionado por los anteriores autores, pero de forma individual y es la culpa. Cuando la idea de culpa abrumba en exceso al sujeto puede llevarlo al suicidio el cual es nombrado como “suicidio altruista” y es cuando un individuo se convence de que su futuro es trágico e irremediable, y toma la decisión de matar a su familia para ahorrarles el sufrimiento y después se mata a sí mismo.

Factores Protectores de la Ideación y Conducta Suicida

En el polo opuesto de los factores de riesgo, podemos encontrar factores que ayudan a prevenir, evitar o disminuir estas ideaciones o tendencias y que son definidas por Andrade, Bonilla y Valencia (2010), mencionando que:

En relación a los Factores Protectores, se han caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del sujeto, su ambiente familiar, social y cultural (p. 8).

Estos autores dan a entender que algunos de esos factores se caracterizan por mostrar una fuente de apoyo en algunos de los ámbitos en los que el individuo se encuentra envuelto como por ejemplo su círculo familiar o su grupo social y que pueden presentar al sujeto estímulos o experiencias que lo lleven a idear actos autodestructivos por lo que estos factores protectores permiten que el individuo haga frente a estas experiencias nocivas para él.

Quiceno y Vinaccia (2012) realizaron un estudio en el cual hablan de la importancia del constructo de la resiliencia en niños y adolescentes y la definen como “la habilidad de luchar y madurar en un contexto cuando hay circunstancias adversas u obstáculos o la capacidad de responder y desarrollarse ante las experiencias de eventos vitales estresantes”. Cuando se inició el estudio de la resiliencia, la atención era atraída por los niños y adolescentes que a pesar de vivir en condiciones de vulnerabilidad, lograban convertirse en adultos exitosos. Ellos plantean como una familia con vínculos de apego seguro, una buena red de apoyo, la educación de los niños por medio de reglas claras y la posibilidad de comunicarse, impulsan el fomentar la resiliencia.

Además los estudios en resiliencia han sido consistentes en plantear como características individuales de los niños y adolescentes resilientes la habilidad en la resolución de problemas, el afrontamiento activo, la autoeficacia, la autoestima, el control emocional, la autonomía e independencia, la empatía, la capacidad para encontrar un significado y propósito en la vida y en el futuro y el sentido del humor (p.264).

La resiliencia es tomada por los anteriores autores como un factor protector ya que existe una relación directamente proporcional entre las emociones positivas y el aumento del placer de vivir, lo que propone que las personas felices a parte de sentirse mejor, crean y perfeccionan

recursos que les ayuda a vivir bien, tales como las estrategias de afrontamiento, las emociones positivas y la satisfacción por la vida.

Objetivos

Objetivo General

Clasificar los factores de riesgo y protectores de la conducta suicida, en estudiantes universitarios.

Objetivos Específicos

Identificar los factores de riesgo presentes en los estudiantes universitarios

Identificar los factores protectores presentes en los estudiantes universitarios

Caracterizar los factores de riesgo y los factores protectores hallados en los estudiantes universitarios.

Metodología

Enfoque

Se propone realizar una investigación cualitativa ya que tiene como interés el captar la realidad social por medio de la forma en la que es percibida por la población o muestra estudiada, es decir, con base en la percepción que tiene el individuo del contexto en el que se encuentra (Monje, 2011).

Así mismo, Hernández, Fernández y Baptista (2014) afirman que este enfoque se centra en entender los fenómenos, usando como forma de exploración el modo en el que los participantes perciben el ambiente natural y la forma en la que se relacionan con el contexto. Estos autores, resaltan que dentro de la investigación cualitativa existe la posibilidad de que las preguntas e hipótesis se formulen antes, durante y/o después de la investigación realizada ya que “el enfoque cualitativo utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (p.7).

En consecuencia, el enfoque cualitativo es de suma importancia para este estudio ya que se considera el más correcto a la hora de realizar una investigación sobre un tema que ha sido poco trabajado o no se ha realizado ninguna investigación sobre él (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). De manera análoga, otro motivo, presentado por estos autores, por el cual el enfoque cualitativo da base a esta investigación, ya que al ser naturalista permite estudiar los fenómenos y los individuos en su ambiente natural y cotidiano; y al ser interpretativo procura dar cuenta del sentido de los fenómenos tomando como base los significados que el individuo le conceda.

Se utilizará entonces este enfoque ya que se muestra como el más adecuado para la construcción que se desea realizar en este estudio. Este enfoque permite acceder de manera más pertinente a la realidad subjetiva de la que se pretende dar cuenta por medio del análisis de las percepciones de la población específica abordada, siendo este el propósito que busca la presente investigación.

Método

El método abordado dentro de esta investigación, será el de la fenomenología, ya que su objeto de estudio, se basa en el mundo percibido por el individuo y no en el fenómeno en sí mismo, por lo tanto, el sujeto y el objeto de estudio se ven unidos por la idea de que ambos pertenecen a un mismo mundo. De esta forma se comprende una vivencia en particular de manera interpretativa desde la experiencia y el contexto del sujeto que la percibe. El investigador por su parte al centrarse en el mundo percibido por el sujeto, tiene el acceso a la vivencia. (Monje, 2011).

Así mismo, este autor plantea que el análisis de la información que se adquiere desde este método es sobre el fenómeno en particular, después sobre sus esencias generales y por último entre las relaciones de las esencias.

Por esa razón, a sabiendas de que el objetivo principal de este estudio se basa en clasificar los factores de riesgo y protectores de la ideación suicida en estudiantes universitarios, lo que se espera es que los individuos que hagan parte de la investigación, por medio de sus experiencias y contextos, den evidencia de cuáles son dichos factores con los que cuentan a la hora de enfrentarse a la ideación suicida y que les ayuda a no pasar a la planeación o al acto suicida.

Instrumentos de Producción de Información

La primera técnica empleada en esta investigación es la entrevista semiestructurada, la cual tiene como principal característica la existencia de un guión formado para ciertas áreas de la entrevista entre el cual el entrevistador puede realizar las preguntas que considere oportunas en su momento, sin perder la orientación y que tiene como finalidad alcanzar un objetivo establecido, en donde se recolecta tanto información verbal como no verbal. (Labrador, 2012)

Del mismo modo, las preguntas tienen un tipo de estructura que está basada bajo ciertas pautas que encaminan la conversación a dar una respuesta a la demanda, pero que no necesariamente son rígidas sin posibilidad de cambio.

La segunda técnica empleada es el grupo de discusión de la cual da cuenta López (2010) a partir de la definición planteada por Krueger en 1991 y que la propone como “una conversación planeada diseñada para obtener información de un área de interés en un ambiente permisivo. (...) con aproximadamente de siete a diez personas, guiadas por un moderador experto” (p. 149). Esta técnica permite entonces acceder de una manera más cómoda para los participantes a la serie de experiencias que para ellos configura su percepción del mundo y de sí, al momento de tomar las decisiones con base a la perpetuación de su vida.

Es a partir de las técnicas anteriormente mencionadas que se pretende obtener la información necesaria para ejecutar un análisis e interpretación pertinente de los relatos de los participantes de la investigación, a la luz de las teorías previamente seleccionadas.

Unidad de Trabajo

La unidad de trabajo inicial serán las personas que deseen participar en la investigación de forma voluntaria y que estén inscritos en alguna institución de educación superior, a partir de

estos y aplicando las técnicas de producción de información mencionadas previamente se podrán adquirir los datos requeridos para la elaboración de este estudio.

Unidad de Observación

La unidad de observación de esta investigación serán los relatos de los participantes, ya que por medio de dichos relatos los sujetos podrán dar cuenta de los significados en la interpretación de los acontecimientos que han vivido frente a la ideación suicida y los factores que los protegen de pasar a la planeación o al acto suicida y la forma en que organizan su comportamiento con base a sus experiencias.

Unidad de Análisis

Factores protectores y factores de riesgo relacionados con las ideas y las conductas suicidas que presentan los estudiantes a partir de los cuales se recolectará la información.

Población y Muestra

En relación a la población a la cual está dirigida esta investigación, se tendrá en cuenta estudiantes universitarios activos. En esta investigación, “estudiantes” hace alusión a hombres y mujeres vinculados a la una institución de educación superior y “activos” a cualquier estudiante de pregrado que cumpla con estar matriculado y no haber perdido la condición de estudiante por alguna circunstancia instaurada en las normas de la universidad.

Así mismo, el tipo de muestra poblacional, es de tipo “muestra con voluntarios” ya que la investigación está invitando a que los participantes se involucren dentro del estudio de manera voluntaria. En este tipo de muestra poblacional, los participantes responden a la invitación por iniciativa propia.

Por otro lado, con respecto al tamaño de la muestra, Hernández, Fernández y Baptista (2014) dicen que este no se fija antes de la recolección de los datos, sino que se construye la

unidad de análisis que ayuda a dicha recolección, y a su vez, el final de la muestra se da a conocer en el momento en el que las unidades de análisis no arrojen datos o información novedosa.

Caracterización

A continuación se presenta la caracterización de las personas entrevistadas, donde se destacan aspectos que tienen que ver con el género, la edad, la universidad en la cual estudian, la carrera, el nivel o semestre en el que se encuentran, antecedentes personales tales como la edad del inicio de la ideación, si tienen un diagnóstico psiquiátrico, y antecedentes familiares de diagnóstico psiquiátrico, de ideación y/o intento suicida.

Tabla 1

Caracterización de la Población

N.º de Entrevista	Genero	Edad	Universidad	Carrera	Nivel o semestre	Edad inicio de ideación	Dx psiquiátrico	Antecedente familiar de Dx psiquiátrico	Antecedente familiar de ideación o intento
1	Femenino	25	UdeA	Pregrado en Filosofía	Sexto nivel	7 años	Depresión moderada y trastorno límite de la	no	si
2	Femenino	25	Unal	Pregrado en Ingeniería industrial	séptimo - octavo semestre	8 ó 10 años	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	no	si
3	Femenino	22	UdeA	Pregrado en Bioingeniería	Primer semestre	No aplica	Depresión y ansiedad	no	no
4	Femenino	27	UdeA	Pregrado en Antropología	Cuarto- quinto semestre	13 años	No aplica	no	si
5	Femenino	34	UdeA	Pregrado en Psicología	Decimo semestre	10 ó 12 años	Depresión mayor con ideación suicida	si	no
6	Masculino	26	Unal	Maestría en Historia	Primer semestre	14 ó 15 años	No aplica	no	no
7	Femenino	32	UdeA	Pregrado en Ciencias políticas	Septimo semestre	18 ó 19 años	TAB (trastorno afectivo bipolar), un TOC y	si	no
8	Masculino	25	UdeA	Pregrado en Psicología	Decimo semestre	13 años	Trastorno afectivo bipolar	si	no
9	Femenino	23	UdeA	Pregrado en Trabajo social	Segundo semestre	No aplica	Depresión y ansiedad	no	no
10	Masculino	26	Unal	Pregrado en Historia	Septimo semestre	No aplica	Depresión aguda y esquizofrenia leve	no	no
11	Masculino	29	Sena	Logística y administración en transporte	Ultimo trimestre	14 años	Ansiedad y depresión esquizoide	no	no
12	Masculino	25	Unal	Pregrado en Ciencias políticas	Decimo semestre	20 años	Déficit de atención	no	no
13	Femenino	22	UdeA	Pregrado en licenciatura en literatura y lengua castellana	Tercer semestre	17 años	Trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo	si	si
14	Femenino	18	UdeA	Pregrado en Microbiología industrial	Cuarto semestre	16 años	No aplica	no	no
15	Femenino	22	UdeA	Pregrado en Antropología	Octavo semestre	14 ó 15 años	Trastorno afectivo bipolar	si	si
Persona cercana									

Fuente: elaboración propia

De las personas entrevistadas 10 son del género femenino y 5 del género masculino, las edades de los entrevistados varían desde los 18 hasta los 34 años, 10 estudian en la Universidad de Antioquia, 4 en la Universidad Nacional sede Medellín y 1 en el Sena y los semestres también varían desde el primer al último. Solo una de las personas entrevistadas afirma no haber tenido nunca conductas suicidas y se remite a una persona cercana a ella. Las edades de inicio de la ideación van desde los 7 a los 20 años. De las personas con conducta suicida 12 tienen un diagnóstico psiquiátrico, 8 tienen depresión y otro trastorno más, y 4 tienen depresión y ansiedad. En los antecedentes familiares, 5 tienen diagnóstico psiquiátrico y 5 han tenido ideación y/o intento suicida.

Plan de Recolección de la Información

Se optara por realizar una imagen publicitaria con la convocatoria a la participación en el trabajo de grado, la cual será exhibida en diversas páginas de internet, en especial en las redes sociales, con el fin de que las personas participen de manera voluntaria. A su vez se espera utilizar el instrumento de recolección de información denominado “Bola de nieve” que trata de que las personas que tengan acceso a la imagen publicitaria, comenten con sus allegados y de esta forma la información vaya pasando de persona en persona y haya más posibilidades de que las personas interesadas puedan hacer parte de la muestra.

Plan de Análisis de la Información

Una de las características de las investigaciones cualitativas se basa en el análisis de la información que se hace de forma paralela a la recolección de datos, pero a pesar de esto Hernández, Fernández y Baptista (2014) proponen un proceso de análisis que pretende ayudar a las personas que no están muy familiarizados con la investigación cualitativa, a mantener una estructura ordenada de este proceso.

Así, los propósitos centrales propuestos por estos autores en el plan de análisis de la información, son los siguientes:

Explorar los datos.

Imponerles una estructura organizándose en unidades o categorías.

Hacer una descripción de las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresión.

Develar de los datos obtenidos los conceptos, las categorías, los temas y los patrones que se encuentren presentes para así darles un sentido, poderlos interpretar y lograr explicarlos en función al planteamiento del problema.

Ahondar en la comprensión del contexto que rodea los datos.

Reconstruir hechos e historias.

Hacer una relación de los resultados de la investigación con el conocimiento disponible sobre el tema de investigación.

Generar una teoría fundamentada de los datos.

Por consiguiente, el logro de estos propósitos se da de forma lenta y gradual al paso en el que se va desarrollando la información. Y a pesar de presentarse con un orden establecido, se realizará el estudio de cada dato en sí mismo con relación a los demás (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Consideraciones Éticas

En un proyecto de investigación deben tenerse en cuenta diferentes criterios ético-jurídicos que son importantes al momento del cuidado del participante de la investigación, además de esto le permite al investigador tener una noción del desarrollo de la investigación y los efectos que esta pueda tener en la población a estudiar, en las distintas dimensiones políticas,

sociales y legales. Por otro lado estas consideraciones también tienen en cuenta la calidad del proceso emprendido en la exploración y la cohesión y coherencia de los supuestos teóricos que surjan a partir de esta.

Las presentes consideraciones reúnen diferentes supuestos ético-políticos que deben estar dentro de los parámetros establecidos para la investigación:

Relación dialógica entre los sujetos participantes y los investigadores.

En este punto el otro es visto como un fin y no como un medio en la consecución de los resultados esperados, esto quiere decir que el investigador no está separado y no puede verse aparte de la realidad que investiga, introyectando los relatos narrados de forma subjetiva que le brindan los participantes sin separarse totalmente de ello al ser los individuos sujetos de conocimiento y no objetos de investigación.

Idea de vulnerabilidad.

Esto hace referencia a las condiciones precarias a las que se enfrentan todos los seres humanos y que se ve condicionada a su vez por las condiciones políticas, sociales y económicas que pueden hacer más o menos vulnerables a diferentes grupos sociales, debido a la desigual distribución de beneficios que contribuyen a la calidad de vida.

Criterios ético-jurídicos y deontológicos.

Se debe de mantener el respeto por la dignidad y la protección de los derechos humanos, esto a partir de los protocolos establecidos por la ley 1090 del 2006 del código deontológico y bioético en psicología que tiene como referencia la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud colombiano, que busca velar por los intereses y el bienestar de los sujetos involucrados activamente en el proceso en curso.

Clasificación del riesgo en la investigación.

Ya que en el presente estudio no se realizarán intervenciones con base a la información suministrada por los participantes, esta investigación puede categorizarse como sin riesgo. A pesar de esto se debe tener en cuenta el impacto que generará la interacción con los individuos, considerando desde esta posición las situaciones riesgosas que puedan surgir de esto:

Las respuestas emocionales que puedan ocasionar las interacciones con los sujetos en relación a los temas hablados ante las cuales se deberá responder de forma pertinente con base a la formación adquirida por el investigador, teniendo en cuenta las rutas de atención institucional si así son requeridas

Ya que el contenido de los temas en discusión puede herir la susceptibilidades de algunas personas, se le garantiza a los participantes de la investigación que se tendrá total discreción con la información que será brindada, manteniéndose siempre adherido a los protocolos de un contrato de confidencialidad establecido.

La ubicación de los sujetos de estudio puede presentar obstáculos en la labor llevada a cabo por el investigador, ya que se pueden desplegar riesgos en el desplazamiento o bien en el lugar en cual se realiza la recolección de la información.

Se garantiza respetar la propiedad intelectual y los derechos de autor bajo la ley 1581 de 2012 (sobre habeas data en Colombia) y la Ley 23 de 1982 (sobre derechos de autor).

Principios en la investigación y derechos de los participantes.

En este sentido se considerará con especial relevancia las decisiones tomadas por los participantes y que puedan causar repercusiones en el proceso de la investigación. Esto quiere decir que cada participante está en la libertad de abandonar el proceso en el momento en el que él

lo crea pertinente. Además se dará un uso adecuado a los instrumentos y métodos seleccionados procurando que esto no produzca afecciones en los participantes.

Gestión del consentimiento informado.

Es pertinente previo a la recolección de la información deseada establecer con los pacientes el uso que se le dará a esta información además de los objetivos que se persiguen y las funciones que emprenderá el investigador, así se busca determinar roles y dar a entender al sujeto de estudio sus deberes y derechos respecto a las características de estudio y el proceso que este implica. Esto incluye principios de anonimato y confidencialidad para el paciente y la determinación de los fines académicos de la investigación en curso.

Consentimiento informado

Este estudio se ajusta a la normatividad vigente nacional e internacional para la realización de investigaciones sociales con seres humanos de la Resolución 8430 de 1993 en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y el Código Deontológico y Bioético en Psicología dispuesto en la Ley 1090 de 2006.

Objetivo: esta investigación busca clasificar los factores de riesgo y protectores que impiden el paso de la ideación al acto suicida en estudiantes universitarios.

Procedimiento: se realizará una entrevista en la cual se hable acerca de sus experiencias, vivencias y significados sobre algunos aspectos relacionados con la conducta suicida en estudiantes universitarios. Esta entrevista será grabada para fines de recolección y análisis de datos.

Riesgos: esta investigación representa un riesgo mínimo como consecuencia inmediata o tardía del estudio, para las personas que participen de ella. De la misma forma será suspendida para los sujetos de la investigación que así lo manifiesten

Beneficios: la participación en esta investigación no generará una ganancia económica. Al finalizar la investigación el participante será informado con los resultados de ésta.

Responsabilidades: La investigación se suspenderá de inmediato si se llega a identificar algún riesgo o daño para la salud del sujeto que esté participando. Si la entrevista llega a generar algún una molestia o un riesgo el participante será orientado y remitido con un profesional.

Consideraciones éticas

Durante la recolección y análisis de la información se garantiza que se protegerá la privacidad y el anonimato del participante y se le recuerda que no se publicara su nombre ni otro tipo de información que lo identifica.

La participación en la recolección de información es de manera voluntaria. El participante puede decidir si responde completa o parcialmente las preguntas planteadas en la entrevista. De igual forma puede retirarse del estudio en cualquier momento y dejar de participar en él sin que esto genere algún problema. Se solucionarán todas las dudas respecto al propósito de la investigación, la entrevista y el trato de la información o cualquier otra indagación sobre la investigación que en el momento en el que se requiera.

Los resultados de esta investigación aportarán nuevos conocimientos sobre el objeto de estudio y a su vez puede contribuir a la implementación de diferentes formas de intervenir en instituciones universitarias ante esta problemática.

La investigadora principal se compromete a clarificar oportunamente cualquier duda o inquietud que los participantes tengan. Para ello pueden comunicarse con Johana Torres Henao al celular 300599499 o a la cuenta de correo electrónico johana.torresh@udea.edu.co.

Si usted está de acuerdo con participar en la investigación, por favor firme abajo.

Lugar y Fecha:

FIRMA PARTICIPANTE

FIRMA ESTUDIANTE DE PSICOLOGÍA

FIRMA ASESOR

Capítulo I

Narrativas de Vida o Muerte

En este primer capítulo se muestran algunas narraciones derivadas de las entrevistas que se realizaron con el fin de darle la voz a 15 estudiantes que, desde sus experiencias sobre la conducta suicida (tomando conducta suicida como la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado), ya sea propia o de alguien cercano a ellos, quisieron hablar sobre la forma en cómo se enfrentan o enfrentaron a esos sucesos, y el papel que jugó su familia, amigos, pareja, las redes sociales y la universidad en todo este proceso. Lo que se quiere es ver el fenómeno de la conducta suicida desde el punto de vista de los estudiantes que han pasado por esta experiencia, la forma en cómo interpretan las situaciones que han sido parte de su vida y las acciones que han realizado con base a dichas interpretaciones. Algo que se pudo notar en la mayoría de los entrevistados y que será el tema central de este capítulo es como pasan de un discurso de muerte en los momentos de hablar de las razones que llevan a pensar en el suicidio o a cometerlo, a un discurso de vida en el que se referían al por qué no se realiza dicha acción a pesar de pensarlo.

Narraciones de muerte

Se iniciará por esta narrativa en donde se mencionan temas tales como la visión negativa de la vida, el pesimismo, el no hacerse cargo de sus actos y las consecuencias que estos mismos producen, el tabú de las familias frente a la conducta suicida y la forma en cómo se enfrentan a estas situaciones, y cómo desde este discurso se da paso a una narrativa de vida en donde se habla del por qué el acto suicida no es realizado, de la aceptación de tener un problema, de la búsqueda de ayuda y soluciones, la autodeterminación y la resiliencia.

En algunos de los entrevistados se podía notar como tenían una visión negativa de sus propias vidas, y se evidenciaba por medio de frases tales como:

“porque en realidad este mundo es una mierda... estamos regidos por un sistema económico que lo que busca es instrumentalizarnos e independientemente de lo que hagas, cualquier, así pequeñas acciones, no vas a lograr conseguir porque por ejemplo no somos de familias muy ricas entonces si vos querés tener otra vida diferente no lo vas a lograr por más que lo intentes” (entrevista #1),

Lo anterior, a pesar de no ser el motivo principal por el cual el entrevistado presentaba una conducta suicida, se mostraba como una razón por la que ésta persona no buscaba esmerarse por cambiar dicha conducta. Pero en otros casos estos discursos pueden develar la razón principal por la cual una persona piensa en el acto suicida como la salida de una vida sin sentido:

“osea la vida se vuelve una experiencia muy, cómo decirlo, hostigante y molesta, mucho esfuerzo para nada, a la final todos nos volvemos, no sé, cadáveres, cenizas... No, la verdad es que es así, simplemente el deseo de morir, no tengo ninguna razón” (Entrevista #10)

Pero esta forma negativa de ver la vida no sólo era mencionada de manera general sino que también se hacía hincapié en el estilo de vida que es llevado por el entrevistado al momento de tener ideaciones suicidas:

“Más que todo me llevo a eso problemas de mi familia, entonces digamos que muchos conflictos en mi familia, abusos y cosas así fueron los que más o menos a esa edad fueron llevándome a mi límite, entonces en algún momento yo sentí que ya estaba al borde de la desesperación que no soportaba más estar en mi casa, vivir con mi familia, tratar con ellos y que no podía como con todo lo que ya tenía por dentro, entonces ponele que a eso

de las 14 más o menos ya fue cuando yo dije como bueno, lo he pensado, mucho me quiero morir y voy a empezar a intentar cosas” (entrevista #4)

Y en ocasiones no sólo es la propia vida la que tiene dicho tinte negativo sino que al mirar a sus iguales se puede realizar una comparación de lo que se está viviendo en su momento:

“Aquí en la universidad hay un grupo en Facebook que se llama logia y asamblea, pero más en logia, hacen preguntas a veces, entonces a veces hablan de la salud mental y darse cuenta que hay tanta gente que siente más o menos como uno, es como, aquí no hay nada que hacer, y ver tanta noticia negativa, pues es como aquí no hay solución”. (Entrevista #3)

La anterior visión negativa de la vida se muestra cargada de pesimismo que según la RAE (23.ª Ed) es la tendencia a juzgar y ver las cosas desde sus elementos más desfavorables y que no solo se hizo presente al momento de hablar de sus vidas en general sino también de las cosas que creían no merecer:

“es como esa sensación de la culpa, de no merecer ciertas cosas, me gradué en el 2014 y me presenté a la universidad, a esta, pero no pase y no me volví a presentar hasta el 2017 porque sentía que yo no merecía estar en la de Antioquia y en ninguna universidad” (entrevista #3)

O de lo que sentían que no lograrían conseguir:

“uno sí ve como gente con mi misma edad y ya tiene un montón de cosas que yo no puedo lograr... entonces juega mucho con las expectativas y con la comparación de que la, lo que tienen los otros a lo que yo tengo y en esa comparación uno empieza como ‘es que yo pudiera tener otras cosas que no tengo pero que de pronto nunca voy a alcanzar, entonces...’ (Entrevista #1)

En la forma en cómo se relacionaban con sus amigos:

“yo a veces me canso hasta de mí. ‘No qué pereza usted otra vez hablando de lo mismo, que manera tanta quejadera’ y así soy con mis amigos, por eso es que casi ya no les hablo, porque si no tengo nada más que decir pues que les voy a decir, osea pues, ellos no me dicen nada pero yo siento que yo los canso porque yo me canso.” (Entrevista #3)

En los eventos que les pueden ocurrir en un día común:

“Incluso a veces que estoy medianamente bien con los problemas digo ‘ay morir sería un descanso tan interesante’ y hay ideas muy extrañas, es como cuando uno va caminando por la calle y piensa ‘sería bueno que me pisara un carro y se acabara todo’ o pasara algo, incluso un tiempo fumaba porque decía ‘yo creo que simplemente fumo hasta que me de cáncer y ya, o si me da un cáncer, pues que me dé un cáncer y ya’, son ideas extrañas con las que uno convive” (entrevista #5)

En las cosas que depara un futuro incierto:

“no tengo. No, no tengo... no me pongo a hacer planes porque no sé si el día de mañana estoy vivo entonces eso es huevonada, que las cosas se desarrollan... estoy estudiando y quisiera trabajar pero no me hago planes, el mañana es incierto” (entrevista #10)

O en el caso del siguiente entrevistado, pensar que quizás ese futuro no sea el mejor:

“yo me las imagino como a futuro si me pasaran ciertas cosas o no, por ejemplo si llego a tener como enfermedades muy graves pues muy dolorosas o enfermedades como el Alzheimer o pérdida de memoria yo he pensado, osea me imaginaba como si tuviera la enfermedad y yo creo que pues recurriría al suicidio no sé eso es lo que pienso”

(entrevista #6)

También se puede evidenciar cómo en algunos casos se buscaban estrategias o excusas para no responsabilizarse por los actos que se perpetraron, a pesar de que la persona tuviera un motivo concreto por el cual realizaba dichos actos parecía existir un temor que les evitaba aceptar la responsabilidad que conlleva la consecuencia de sus actos. Como un ejemplo de lo anterior, la siguiente persona entrevistada se remite a su propia historia y cuenta cómo fue su experiencia al tratar de suicidarse por quinta vez:

“ya mi mamá me llevaba al hospital, entonces me decía ‘usted que tiene’ y yo ‘no sé, no sé qué me pasó, me picó algo’ y yo no le quería decir... fue muy humillante porque en algún momento tuve que contar la verdad, entonces fue la primera vez que se dio cuenta todo el mundo que yo me había intentado suicidar” (entrevista #4)

Busca encontrar una unión con alguien que la apoye, generar un vínculo o validar el apego que ya existe, a su vez trata de que el acto parezca un accidente y que no fue planeado por la persona que trata de cometer el acto suicida es otra forma de no hacerse responsable de las acciones realizadas:

“y en estos días estuve tomando muchas pastillas porque estuve muy enferma de la columna entonces me mandaron muchas y para acabar de ajustar me mandaron otras del colon y entonces en total estaba tomando muchas, por ahí 6 pastillas cada 12 horas, entonces yo como que... tenía un trago escondido, entonces me lo tomé, yo me lo tomé, y yo ‘ay verdad es la hora de las pastillas’ y yo como ‘XXXX no se la tomé porque son muchas pastillas que estás tomando’ y me las tomé, pero por dentro yo estaba pensando como ‘si me muero queda como si hubiera sido sin culpa pero mejor’” (Entrevista #4)

El negarse a buscar o a aceptar una ayuda psicológica también fue un tema recurrente en las entrevistas, esto se daba por diferentes razones pero todas llegaban a la misma conclusión que era el no hacer parte de un proceso psicológico.

Entrevista #5:

“yo igual seguía tratando de buscar ayuda psicológica pero mi cuerpo y mi mente no me respondían y me sentía muy rara entonces yo pensé que tenía algún tipo de enfermedad física, entonces pedí otra vez autorización, pedí otra vez autorización y pedí atención médica... pero que por el historias que yo tenía de depresión que muy posiblemente eran otros síntomas diferentes de la depresión”

Entrevista #10:

“hace 2 años fui a psicología a recibir diagnóstico pero más que ayuda lo único que hacían era preguntar y perder... más que todo sentía que estaba perdiendo el tiempo y yo no necesito que un man me diga qué es lo que me la paso pensando y cuál es el problema de lo que le estoy diciendo entonces me fui para psiquiatría y en psiquiatría me dieron medicamentos”

Entrevista #12:

“digamos que lo busqué, pero nunca lo concreté, digamos que lo intente, busque la forma de ir a una cita precisamente en la universidad pero de cierta manera también llegaba a un punto como que ‘no, pa’ que hijueputas, eso no me va a servir de nada, igual no me van a ayudar con los problemas que son míos’ cierto, entonces también como que cuando sentía que de pronto se me calmaba un poco la crisis, no, simplemente no finiquitaba eso”

Entrevista #14:

“pues yo creo que estoy en el intermedio porque ósea sí, porque me sentía con mucho desgana incluso como para intentarlo porque... pues sí hubo como ocasiones en las que yo... pues porque mi punto era como... mmm... osea que como intenciones por intentar buscar ayuda, por intentar hacerlo, pero realmente me quedé en un punto medio en donde no tenía ganas ni ánimos de hacer ninguna, no conseguí esfuerzos para hacer ninguna.”

A pesar de que no se acepta la ayuda psicológica, el mero hecho de tratar de buscar una alternativa para solucionar lo que les está ocurriendo es el inicio del camino para llegar a la ayuda en salud mental

El discurso de muerte asimismo se reflejó en los entrevistados al hablar del temor que les producía el acto suicida ya fuera por lo que pudieran sentir ellos, “lo hago, si lo hago voy a pues si voy a sufrir, voy a sufrir, me va a doler, no me va a doler, a quien le voy hacer daño pues si van a sufrir las personas que son conmigo”(entrevista #1) como por las emociones que podrían generar en personas cercanas “fue en ese momento en el que dije no es justo que mi mamá llegué y, y me encuentre ahí y el niño, esto no, eso no está bien, entonces yo en ese momento si lo pensaba” (Entrevista #2).

En la entrevista #5 el tema salió a flote de la siguiente manera:

“porque no creo que uno tenga miedo a morir sino al cómo va a morir la mayoría de las veces, porque uno dice ‘bueno si me tomo las pastillas y no funciona se los daños que puede causar o sé que si me voy a ahorcar y producir una hipoxia, si no lo hago bien voy a quedar muy mal’, entonces la idea es como el plan, incluso uno desarrolla cierto respeto y admiración a los suicidas, porque uno sabe que una persona que se suicida, en la mayoría de los casos, se ha imaginado miles de veces su propia muerte”

Y la persona #7 entrevistada, afirmó:

“nunca lo intente, yo nunca he sido, nunca, nunca he sido, nunca he intentado quitarme la vida, siento, me da mucho miedo verme como, le tengo, tengo físico miedo a darle como rienda suelta, o darle ‘play’ a esos sentimientos de tristezas o a esos pensamientos negativos porque siento que nunca sería, me niego rotundamente a alguna vez en la vida estar en la situación en la que pueda decir ‘intente suicidarme’ creo que de haber tomado una decisión de esas, o tomar esa decisión en algún momento sería absolutamente drástico y lo haría, osea me aseguraría totalmente de que lo haría entonces no acudiría a cómo, a cosas como unas pastillas o cosas así que, que luego me permitan decir ‘intente suicidarme’ sino que sería muy drástica en tomar esa decisión entonces prefiero no darle rienda suelta a esos sentimientos y trato de no hacerlo, cuando lo pensé o cuando pensé que eso de pronto podría ser una salida a mi situación, me daba mucho miedo pensar eso por lo que te digo, entonces trataba de no pensarlo”

Dentro de los temas tratados en las entrevistas, se nombró en un par de ocasiones la forma en cómo los miembros de la familia evitaban este tema y por ende cuando es mencionado en alguna conversación se hace visible un tabú que puede llevar a comentarios prejuiciosos o que incomodan a la persona que se está enfrentando a esta situación. Al realizarse la entrevista #2 la persona entrevistada cuenta “incluso en mi familia todo eso es muy tabú. Yo me acuerdo cuando mi hermana hizo eso mi papá llegó y dijo ‘ah pues sí se quería morir pues bueno, ella verá’” y a continuación narra otra historia pero esta vez ya no basada en la experiencia de su hermana sino desde su experiencia propia:

“Yo a mi papá nunca le conté la verdad sobre eso. Él está en Bogotá en este momento. Ahorita él sabe que yo tomo pastillas pero nunca me ha dicho "ay esa para que es", yo a él como que no y él tampoco quiere saber. Porque para él todo eso es muy tabú...”

estábamos hablando de un caso similar que me estaba contando mi sobrino y mi papá dijo " ay esa gente atrae los malo, entonces piensa que le va a pasar algo malo y atraer lo malo" y yo " no, eso no es voluntario ósea no es que yo quiera que me pase algo malo, no eso no es así" entonces yo trato de explicarle y todo pero para él todavía es muy, porque él ya tiene como 60, para ellos eso es otra cosa, a ellos les enseñaron que eso es llamar la atención, sí que es otra cosa diferente. Yo le he tratado de decir y de explicar pero no es tan fácil.”

La persona de la entrevista #3 también mencionó una historia en la que había vivido una situación similar a la anterior:

“También hay una tía que no sé quién se lo mencionó porque a mí no me gusta mencionar esas cosas. Por eso no me gusta hablar con mi hermana porque yo sé que ella es la que agranda las cosas y, y pues como esa privacidad que yo busco no, no la encuentro entonces una tía me dijo disque “que usted está tomando droga, se volvió loca o qué” pues con esos comentarios despectivos.”

O como ocurrió en la entrevista #4 en donde un miembro de la familia trata de buscar las razones por las cuales el entrevistado tuvo un intento de suicidio y no se detiene a escuchar los motivos que se le están presentado:

“...solamente esa tía y ella me decía como ‘usted porque hizo eso’ y yo le decía ‘porque yo estoy aburrida de todo lo que está pasando, tantos problemas, como ustedes lo tratan a uno’ y yo le explicaba eso pero en realidad ella lo veía como ‘no, usted es por el novio que tiene’ pues o sea mi novio era x, yo sentía que había problemas más grandes que era mi familia, pero ellos no eran capaz cómo debe asumir su culpa y era como ‘no, ella es un adolescente que se quiere morir por el novio’ y realmente se lo convencieron”

Pero estos comentarios no siempre se hacen con la intención de invalidar el sentimiento o pensamiento de la persona que presenta la conducta suicida, en ocasiones se pueden dar por la falta de información que las familias tienen sobre estos temas, como lo presentan en la entrevista #7:

“pero mi familia por ejemplo no era que me apoyara demasiado, osea mi mama en su amor de madre, pero en la ignorancia de las cosas, me reprochaba mucho y como que ‘aagg tu porque no eres feliz, tienes todo para ser feliz y porque no eres feliz’ y mi hermano tampoco era que me apoyara demasiado”

Pensamiento que es compartido en la entrevista #15:

“hay como mucho falta de información respecto a todas estas cosas osea a todo lo referente a la salud mental... entonces es como que este... es desaprender totalmente lo que se tiene culturalmente aprendido y cómo en realidad, cómo volver a cuestionarse un montón de cosas como ‘No, es que no se siente así, y no estás haciendo esto porque está aburrida o por qué no tiene nada que hacer o por llamar la atención o porque...’ cierto, sino que ya es sentarse y ‘que te pasa, que sientes’ y es cómo el hecho de... y es un poquito ceder el control como en el caso de los padres porque ya no es como que ‘ah usted se siente así entonces haga esto’ sino que es ceder un poquito el control de la conversación y ‘bueno entonces dinos cómo te podemos ayudar’ eso ha sido muy importante”

Para muchos la idea no desaparece (“nunca lo he dejado de contemplar, las pastillas siguen en mi casa...”, entrevista #5) pero ya no es vista como la primera opción (“Desde eso sí ha mejorado obviamente hay momentos en que uno lo piensa pero es sólo la idea y ya digamos que hacerlo real es distinto”, entrevista #2), a pesar de que se estuviera mencionando las razones

por las cuales cada uno había pensado o pensaba en realizar el acto suicida, la mayoría buscaban la forma de hacer visible los motivos por los cuales en el momento presente a la entrevista ya no se tenía dicho acto como una opción y cómo, a pesar de seguir enfrentando situaciones difíciles, se aprende a vivir con todo esto porque al fin y al cabo “cuando uno se quiere morir como que hay menos posibilidades de que uno se muera...” Entrevista #10), porque más vale deprimido que muerto.

Pero se llega a un momento en el que la persona trata de sentirse a gusto con la vida que lleva y a pesar de no tener un horizonte claro, va y viene por las opciones que tiene, tratando de encontrar algo de motivación que sea un ancla en la vida.

“En el 2015 estuve en el Sena... y me salí porque supuestamente estaba bien y me estaba yendo muy bien pero no sé porque tengo como, de la nada me quiero ir de los sitios, de las personas, y así... Estuve trabajando también y también me quería ir de allá entonces el presentarme a la de Antioquia fue como la excusa, porque no sé porque siento que debo tener una excusa para poderme salir del trabajo... comencé con otra psicóloga con la que básicamente concluí que no quería estudiar bioingeniería y me salí y me presente a artes y no pase.” (Entrevista #3)

Narraciones de vida

Bajo la anterior consigna, muchos de los entrevistados hablan sobre como sobrellevar sus días a pesar de que en ocasiones se cruce por sus mentes la ideación suicida pero sin la intención de llevarla a cabo. En la entrevista #1 la persona entrevistada habla de cómo trata de darle un giro a su vida al punto de sentirse conforme con ella:

“Entonces en ese sentido ya cuando me siento muy dolida o muy triste, pues sí lloraré pero no de pegarle las paredes, no de gritarle a otras personas, o no de con la, de quebrar

cosas, porque también quebré muchas cosas, dañe muchas cosas entonces en ese sentido sí ha cambiado mi vida. Y pues he intentado también como pues ya que no me pude morir me va tocar hacer una vida con la que me sienta conforme”

La siguiente persona se refirió a que aprendió a manejar los momentos de aflicción que ocurrían en su vida por lo que el acto suicida ya no es una opción para ella.

“He tenido momentos tristes y ya hasta le cogí el chiste a eso... yo a veces molestó mucho con eso pero no, realmente no lo he vuelto a pensar, no ha pasado pues por mi cabeza como ‘ay me quiero morir’,” no. Pasan cosas malas pero ya sé de pronto cómo manejarlo“(Entrevista #2)

Este mismo aprendizaje fue mencionado por la persona de la entrevista #4:

“yo lo intentaba y salía del hospital por lo que me pasaba y quedaba más deprimida todavía porque no me moría y así pasaban más meses y yo seguía sumiéndome en la depresión... entonces yo como que “ay no, yo estoy harta, uno no se muere aunque intente, es como que yo no me sé matar ni siquiera entonces ya no voy a intentar esta mierda, voy a sobrevivir como se pueda” y desde eso pues fue una lucha eterna con la depresión y pues no sé, si ahora me preguntas si yo soy amante a la vida, no, creo que nunca lo he sido y tal vez nunca lo sea, pero de que hoy fuera capaz de suicidarme, ya no lo haría o no lo intentaría, por lo menos no en estos momentos, porque uno como que aprende a llevar la cruz, no sé, aprende a vivir así sea difícil y no sea como el ideal, ni nada, pero ya no estoy en los momentos de desesperación que yo decía “o me muero, o me muero”

En la Entrevista #3 se habla de la importancia de las personas que rodean al entrevistado como un factor que ayuda a sobrellevar los momentos difíciles y de esta forma no llegar al acto suicida:

“Yo no he intentado nada por muchos factores, la gente dice que es muy cobarde el que se suicida pero en realidad se necesita demasiada valentía para tomar esa decisión. Yo siempre, el problema que yo tengo es que yo siempre pienso en el otro más que en mí entonces no he tomado la decisión, ni siquiera por mí sino por el otro”

Esta misma preocupación se hace presente durante la entrevista #9: “Cómo qué piensa en eso pero piensa en las personas a las que le podría hacer daño por hacerlo y se preocupa más por todas las personas a las que le haría daño y por eso no lo hace”

Como fue mencionado anteriormente por la persona entrevistada #3, la valentía también fue citada en la entrevista #12 como la faltante para lograr llevar a cabo el acto suicida:

“pensaba que era un acto demasiado cobarde, pero ya después pensaba lo contrario porque me parecía muy valiente el hecho de que las personas que tuvieran esta tendencia suicida pudieran encontrar la forma de poderse despegar de todos esos prejuicios morales de la sociedad como para decir ‘no, listo, me quiero morir y me voy a matar’ entonces la última, pues en la época en donde lo llegue a pensar realmente no sentía que era lo suficiente valiente para poder realizarlo entonces de por si no lo intente aunque lo pensara, pero no lo intente, no”

El temor a volver a repetir la experiencia del intento de suicidio también es un factor que hace que uno de los entrevistados, a pesar de aun pensarlo, no lo intente de nuevo, por lo que permanece triste pero vivo.

“yo me siento desesperado, me siento ansioso, me vengo al balcón, miró a la ciudad y uno es como ‘nada cambia’ y no sé, supongo que igual lo intento... aunque uno a veces todavía se siente como que los problemas a veces son demasiados y pasa uno que otro pensamiento por la cabeza de uno pero uno como que después de haber visto pues de haber pasado por eso por carne propia y ver todos los casos que uno tiene alrededor uno como que piensa las cosas diferente.” (Entrevista #11)

Pero en ocasiones hasta la razón más simple puede ser la que impida que dicho pensamiento se haga real, en la entrevista #15 cuentan:

“Pero igual siempre osea como que cuando los pensamientos eran así ya muy fuertes osea a nivel cómo "es posible que lo haga" siempre hay algo que me ata a no hacerlo... Pues puede ser algo tan sencillo como que alguien me escribió y me llegó la notificación al celular o que apareció mi perro, pues porque yo tengo un perro, pues en mi casa hay varios perros pero pues uno es mío, mío, y pues ese perro y yo somos unidos como para todo... cómo cierto tipo de cosas así, o suena el teléfono y uno ya como que se mete en otro cuento, pues así cosas como de la vida”

La lucha constante por enfrentarse a los pensamientos que invaden al sujeto sobre realizar el acto suicida fue algo que se dio a ver en la mayoría de los entrevistados, como para poderse pensar de manera vital debieron de resolver algo con la muerte pero que, como se mostró anteriormente, cada uno encontró diferentes formas de enfrentarlo y así, a pesar de no ir por la vida sintiendo una enorme felicidad, tampoco llegan al punto de quitársela.

“estoy aprendiendo a quererme y aceptarme más porque he tenido muchos defectos, muchas crisis, muchos problemas y siempre he tratado de salir de alguna forma entonces

es en parte una decisión pero uno necesita su apoyo porque uno con depresión igual sigue tratando de vivir, es una lucha constante, no cesa.”(Entrevista #5)

Pero muchos de los entrevistados, a su vez dieron evidencia de cómo el discurso de muerte fue cambiando a un discurso de vida gracias a diferentes factores (factores protectores que serán retomados y ampliados más adelante), que ayudaron a hacer un frente al problema y generar un cambio positivo en sus vidas, ya sea por medio de la autodeterminación, la resiliencia, el apoyo de personas cercanas u otros métodos que fueron de utilidad en el transcurso de este proceso.

“el último rompimiento que tuve fue muy catastrófico y en un momento como que se me pasó por la cabeza pero inmediatamente como que lo reemplace con una idea de ‘no parece, es que yo tampoco voy a llegar hasta ese punto y menos por una mujer’ entonces como que me ayudó, pues empecé a ver cómo esas estrategias que he trabajado a lo largo de los años me han ayudado mucho” (entrevista #8)

Lo principal visualizado que llevaba al cambio de este discurso es la aceptación de que se tiene un problema “me sentía, sentía muchas ganas de encontrar respuestas, con muchas ganas de ir a hablar con otras personas, de ir y comunicar lo que me pasaba, tratar de encontrar razonamientos sobre eso, tratar de encontrar explicaciones lógicas a lo que me está pasando.”(entrevista#7) y la búsqueda de ayuda para enfrentarlo “Entonces lo que yo hice fue llamar a la línea de prevención del suicidio de la alcaldía, pues de acá de Medellín, me atendió una muy buena psicóloga y ella me pidió que fuera a urgencias” (entrevista #2) y al momento de encontrar la ayuda aceptarla, “yo siempre fui muy reticente a utilizar medicación pero me vi tan mal y tan maluca, tan sintiéndome tan poco dueña de mi misma que me dije ‘bueno, intentemos la medicación’”(entrevista #5)

“porque uno empieza a aceptarse a entenderse, digamos que de cierta forma más que el sistema, cuando uno empieza a luchar por uno mismo y a buscar ayuda es un paso muy grande... una de mis frases en estos momentos es que las circunstancias no son lo que afectan las personas sino la actitud que tiene ante ellas” entrevista #5

En esa búsqueda de ayuda, la persona entrevistada #1 intento la terapia dialéctica conductual la cual fue de mucha ayuda:

“dialéctico comportamental, algo así, no me acuerdo bien las siglas de esa... y allá me enseñaron como a regular las emociones, a controlarlas, a manejar ciertas, pues las emociones, si, las emociones más intensas, como intentar controlarlas o por lo menos enfocarlo en algo más, entonces en ese sentido ya cuando me siento muy dolida o muy triste, pues si llorare pero no de pegarle las paredes, no de gritarle a otras personas, o no de con la, de quebrar cosas, porque también quebré muchas cosas, dañe muchas cosas entonces en ese sentido sí ha cambiado mi vida. Y pues he intentado también como pues ya que no me pude morir me va tocar hacer una vida con la que me sienta conforme, entonces también he intentado como hacer, tomar otros... no, bueno no otros caminos, porque sigo haciendo lo mismo pero intentar ver la vida un poco diferente no tan pesimista, pero es muy duro, uno siempre ha visto la vida desde un lado muy negativo, muy pesimista, entonces verla desde un lado positivo es muy complejo. Y yo sigo siendo pesimista pero intento por lo menos pues disfrutar de algunas cosas, de tener otros pasatiempos, que me llenen por lo menos un poco, la relación con las otras personas también puede mejorar pues mis relaciones más, de mayor calidad”.

Mientras que la persona entrevistada #2 optó por llamar a una línea de ayuda en donde encontró excelentes recomendaciones y que le ayudaron a empezar un tratamiento psicológico y psiquiátrico:

“Entonces lo que yo hice fue llamar a la línea de prevención del suicidio de la alcaldía, pues de acá de Medellín, me atendió una muy buena psicóloga y ella me pidió que fuera a urgencias, me dijo ‘ve a urgencias’, yo no quería ir pero, pero digamos que si ya me veía como, ya pues, ya lo estaba planeado, entonces yo fui a urgencias y allá me remitieron de una a psicólogo, a psiquiatra... realmente la persona que me atendió supo realmente como direccionarme y decirme "cálmate, métele lógica, espera un momento, porque vas a hacer eso, piénsalo bien" entonces ella supo direccionarme muy bien, y hablarme bien”

El hecho de hacerle frente al problema ayudó a que la persona de la entrevista #8 buscara y encontrara soluciones a las dificultades que estaba pasando:

“el matoneo hubo que controlarlo más por mi propio lado, se realizó el proceso de duelo en cuanto a la persona que falleció y actualmente me encuentro recibiendo mucho apoyo no solamente de mi psicólogo y mis amigos sino también por parte de la universidad para poder alivianar un poco la carga de estrés con estas últimas cosas que tengo que hacer en el trabajo de grado y las prácticas.”

De igual forma, en la entrevista #15 se habla de las alternativas buscadas por la persona entrevistada para superar un momento difícil que vivió:

“Ya después del brote psicótico dije como bueno, porque las recomendaciones eran cita psiquiátrica cada 3 meses y una cita psicológica cada mes, entonces en Santa Rosa se me asignó un psicólogo que me tenía que ver cada mes pero yo sentía que la cita psicológica debería de ser más a menudo entonces dije ‘voy a buscar ayuda en la universidad’ bueno

tenía esa idea como de buscar ayuda, buscar ayuda, y por el hecho de que siempre había sanado en mi individualismo, no sé qué tan bueno o malo sea eso, busqué alternativas yo misma entonces ahí fue donde empecé a hacer ejercicio, también empecé a compartir más con mis amigas, a no ensimismarme como en el mismo pensamiento Y últimamente con un proyecto que sacó la facultad de educación pedir una cita psicológica pero estaba ocupada, cómo que había tenido muy buena acogida el proyecto y no habían citas, quedé en una lista de espera pero nunca me llamaron y ahora con esa situación...”

Por medio de la autodeterminación, la mayoría de los entrevistados buscan la forma de superar los sucesos que los llevaron a pensar en el suicidio como una opción al momento de solucionar las adversidades a las que se enfrenta, como ejemplo está lo mencionado por la persona de la entrevista #8 “cada una de las experiencias ha generado un cambio muy grande, un cambio de mentalidad sobre todo acerca de cómo tratar esos diferentes tipos de situaciones”.

En la entrevista #2 también se habla de la autodeterminación:

“Porque yo también creo que si uno no se quiere ayudar uno mismo tampoco nadie lo va a hacer, porque en ese momento yo, hace un año, yo creo que sí yo busqué ayuda es porque no me quería ver así...Y también uno aprende a ponerle mucha lógica, pero ya cuando está por fuera de la crisis, cómo bueno pros y contras, porque voy a hacer esto, y yo qué gano con esto, nada, entonces para qué lo voy a hacer jajajajajajaja pero es muy difícil uno darse cuenta al principio porque es lo que te digo, si todo el día te sientes mal y ya estás como condicionado a eso, no le ves salida a nada, entonces es muy complicado.”

Pero como se mencionaba anteriormente, cada sujeto tiene su propia forma de enfrentarse a las cosas que les sucede:

“también ha sido muy importante porque después de que yo logre revelar cómo el secreto de la violación que había guardado por tanto tiempo yo sentía que me había liberado de un peso... Me quería reconocer a mí misma, quería enfrentar como todos mis demonios entonces dije "bueno, esto hace parte de mi historia, tengo que nombrarlo para que de alguna forma, no sé, terminé por aceptarlo o deje de ser esa sombra que se aparece en algún momento porque como no la he reconocido, como no he aprendido a vivir con ella sigue haciéndome daño"(entrevista #13)

Ver la forma en cómo los entrevistados se refieren a los sucesos y situaciones que vivieron sobre el fenómeno del suicidio, da cuenta de que cada persona le adjunta un significado subjetivo a sus propias vivencias y a su vez, narran una historia de superación, en donde a pesar de tener la ideación suicida y las diferentes historias de tinte negativo que vivieron por este fenómeno, se pasa por un proceso el cual los lleva a buscar estrategias de ayuda para vivir, con o sin ideas suicidas, pero sin rendirse.

Capítulo II

Factores de Riesgo

En este capítulo se hablará acerca de los factores de riesgo que fueron identificados en las entrevistas realizadas a los estudiantes que participaron de manera voluntaria en esta investigación. Los factores de riesgo son las razones por las cuales una persona podría desarrollar una conducta suicida (Vargas y Saavedra, 2012). Se identificaron factores individuales, familiares, sociales, biológicos y psicológicos, y algunos de estos se dividen en subcategorías. Para dar una idea de lo anterior se realizará un ejemplo: dentro de los factores de riesgo familiares se encuentran los antecedentes familiares y estos abarcan el consumo de alcohol, los diagnósticos psiquiátricos y la ideación y el intento suicida en la familia.

Carmona et al (2017) en sus investigaciones sobre la conducta autodestructiva en jóvenes, se refieren a que las personas se suicidan a causa de los significados ya que ellos tienen la capacidad de transformar las acciones de la persona o la forma en cómo se relaciona con los otros y es por esto que no se puede reducir la conducta suicida a razones únicas, porque a pesar de que dos personas tengan vivencias similares, la subjetividad de cada una hará que se propicie un significado que no necesariamente es igual entre ellos.

Factores individuales

Se empezará por los factores individuales. Dentro de esta primera categoría se encuentra la edad de inicio de la ideación suicida y el intento suicida, el consumo de drogas psicoactivas y bebidas alcohólicas por parte del entrevistado y el abuso sexual.

El inicio de la ideación suicida a una temprana edad, entre los siete y los veinte años, fue algo que se vio en todos los entrevistados, algunos sabían la edad exacta “Pero eso... fue como, en el cambio, en plena crisis de los 20, de los 20 años” (12), otros hacían una aproximación a la

edad “Ocho o diez años tal vez” (2) o simplemente se referían a ello como “Cuando estaba más niño” (10). De la misma forma ocho de las quince personas entrevistadas tuvieron uno o varios intentos suicidas (1, 2, 4, 5, 8, 10, 11 y 13) los cuales además se presentaron en edades tempranas, de los 12 a los 22 años aproximadamente “entonces ponele que a eso de las 14 más o menos ya fue cuando yo dije como bueno, lo he pensado mucho, me quiero morir y voy a empezar a intentar cosas” (4).

Vargas y Saavedra (2012) dicen que durante la adolescencia las ideas y los intentos suicidas están ligados a algún tipo de trastorno en especial a los trastornos del ánimo o al consumo de sustancias psicoactivas. Estos autores afirman que hay un incremento de la conducta suicida en la adolescencia tardía pero que antes de la pubertad y en una edad adulta no es tan frecuente. “Entre los 10 y los 14 años la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional” (Krauskopof, 1999), se genera una nueva imagen corporal y se va ajustando a los cambios corporales que se dan con el pasar del tiempo, a su vez el estado del ánimo se vuelve variable y se empieza a comprender la necesidad de tener apoyo y comprensión por parte de las personas mayores.

Para algunos adolescentes, los cambios que se presentan en esta etapa se pueden dar a la par con situaciones hostiles que generen una gran carga de estrés, “el suicidio es poco frecuente en la infancia y la adolescencia temprana, se incrementa considerablemente en los últimos años de adolescencia y continúa el riesgo hasta los 24 años” (Sánchez y Robles)

“Los problemas psicosociales a los que se enfrentan, tanto los naturales como los adversos, pueden percibirse de forma muy amenazante y casi irresoluble, lo que arrastra que, para algunos adolescentes y jóvenes, el suicidio pueda parecer una solución más que viable” (2014)

Al indagarse por el consumo de droga psicoactiva, los entrevistados que afirman consumir algún tipo de droga sólo hicieron referencia a la marihuana (1, 6, 8, 10, 11, 12) no se mencionó ninguna otra droga psicoactiva. A su vez ninguna de los entrevistados afirmó asociar la ideación suicida con el consumo de marihuana, contrario a esto, decían consumirla como un método de relajación. A pesar de las declaraciones de los entrevistados, Siabato y Salamanca (2015) en su investigación sobre factores asociados a ideación suicida en universitarios encontraron que había un nivel mayor de ideación suicida en estudiantes que poseían problemas con las drogas y el alcohol.

De la misma forma seis de los entrevistados dijeron consumir bebidas alcohólicas (1, 4, 5, 6, 10, 12 y 14), pero a diferencia con el consumo de drogas psicoactivas, el consumo de alcohol si fue asociado a las conductas suicidas por algunos de los entrevistados que expresaron consumirlo (4, 12 y 14).

“puede que a veces ayuda, ayuda porque precisamente si yo no estoy pensando el hecho de que no tengo un papel definido en el mundo y llego y salgo un fin de semana a beber y a volverme como una mica y al llegar ese fin de semana enguayabado a la casa y no hacer nada ese fin de semana...” (12)

Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta, y Suárez (2008) en su investigación sobre los factores asociados al intento suicida e ideación suicida, encontraron que la principal sustancia relacionada con el acto suicida es el alcohol ya que es aceptada socialmente y da pie a la impulsividad, la autocrítica y desmejora los trastornos psiquiátricos y depresivos de la persona. Salvo et al (2013), en su estudio sobre la soledad, la impulsividad y el consumo de alcohol, los resultados tuvieron una relación significativa y de forma directa con los actos suicidas.

El abuso sexual hizo parte de la narración de varios de los entrevistados al referirse a los motivos por los cuales pensaron o cometieron el intento suicida (3, 4, 9 y 13) “revele una violación que había tenido a los 16 años y que de hecho esa era la razón de las ideas suicidas, temas de mi familia mezclados con esa experiencia de violación” (13). Calvo, Sánchez y Tejada (2003) en la investigación sobre la prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios identificaron que el factor que más se relaciona con la ideación suicida son los antecedentes de violación.

Factores familiares

En los factores de riesgo familiares se habló sobre los antecedentes familiares, las relaciones familiares, la salud física de un miembro de la familia y las características socioeconómicas. En los antecedentes familiares se mencionó la ideación e intento suicida en algún miembro de la familia, antecedentes de diagnóstico psiquiátrico y consumo de drogas. De los temas más mencionados por todos los entrevistados fue las relaciones familiares: los problemas con los padres, los vínculos con los padres y la familia, y el ambiente familiar.

El primer factor a tratar serán los antecedentes familiares los cuales abarcan la ideación e intento suicida, los diagnósticos psiquiátricos y el consumo de alcohol. La ideación suicida se presentó en miembros de la familia del primer, segundo y tercer grado de consanguinidad (1, 13 y 15) igual en los intentos suicidas (1, 2 y 4).

“mi hermana mayor tuvo, ha tenido episodios, episodios en los que lo han internado y ha sido muy duro para ella, sobre todo para manejarlo... yo tengo dos hermanas, la del medio y la mayor, la del medio es la que ha estado internada sino que mi hermana la del medio, ella hace, 10 años ya, ella también se tomó un montón de pepas, pastillas que nunca supimos que eran, con licor, y ella si duro en coma 8 días, casi se muere. Ella duró

casi 8 días en coma, la verdad no sabemos cómo sobrevivió a eso porque los médicos, todos, le decían a mi mamá que ella no se iba a despertar, que ella no, que no. Y finalmente despertó”. (2)

Calvo, Sánchez y Tejada (2003) hablan acerca de diversos factores de riesgo dentro de los cuales mencionan los antecedentes familiares de suicidio como un factor que puede llevar a los sujetos a tener ideaciones, pero estos autores no se refieren a este factor como imitación de los actos del familiar sino más desde un aspecto genético. Por el contrario Vargas y Saavedra (2012) dicen que la historia familiar de suicidio, en diversas investigaciones, se ha asociado de manera directa con la conducta suicida en adolescentes, pero hacen la aclaración de que el factor de riesgo son los intentos suicidas de algún familiar y que los suicidios consumados no han sido directamente relacionados con la conducta suicida de los jóvenes.

También hubo mención de diagnósticos psiquiátricos en la familia de cinco de los entrevistados (5, 7, 8, 13 y 15) y los antecedentes de consumo de alcohol solo fueron mencionados en una de las entrevistas (4). A su vez, una de las personas entrevistadas mencionó el deterioro de la salud de un miembro de su familia como el detonante de la conducta suicida en su caso específico (2). Antón et al (2013) hace referencia a la herencia de la conducta suicida entre familias, sea por medio de la imitación, las enseñanzas del manejo y solución de adversidades o la genética de las psicopatologías familiares en primer orden.

“la predisposición... como la predisposición...que sería eso... congénita que tengo a ser... tengo mucho riesgo a tener y a desarrollar enfermedades psicológicas por el factor hereditario... diagnosticadas hay varias personas de mi familia por ejemplo tengo un tío pero no estoy muy segura creo que el diagnóstico es esquizofrenia... mi hermana, mi

hermana por ejemplo, lo más cercano, lo más cercano que he tenido, diagnosticado por ejemplo es mi hermana, mi hermana le diagnosticaron una depresión” (7)

Nuevamente, Vargas y Saavedra hacen referencia a como la salud física de un miembro de la familia lleva a que un sujeto presente conductas suicidas y como este tema ha sido poco estudiado y los resultados de dichas investigaciones fueron inconclusos. Mientras que al reseñar sobre la salud mental de un familiar y la conducta suicida de alguien cercano a este, resaltan que existen más evidencias de investigación pero que a pesar de esto no se encuentra una asociación directa entre una cosa y la otra. “Hay más evidencia de una asociación entre consumo de alcohol y drogas por miembros de la familia y un incremento de la prevalencia de fenómenos suicidas en adolescentes, pero nuevamente esta asociación parece ser indirecta” (2012) dicen los anteriores autores, es por esto que, tanto los diagnósticos psiquiátricos en la familia, el consumo de alcohol y el deterioro de la salud física de un miembro de la familia, no cuentan con suficientes investigaciones para poder afirmar que pueden generar una conducta suicida en las personas que están cerca de este tipo de fenómenos y actos.

En las relaciones familiares se conversó sobre los problemas y discusiones con los padres (1, 5, 14), pero en cuanto a los vínculos con los padres y la familia se podía notar, por las historias contadas por los entrevistados, que no había una unión muy fuerte entre el entrevistado y su familia cercana, por lo que fue muy común escuchar que los entrevistados no compartían sus pensamientos o problemas con sus padres (2, 3, 5, 9, 10, 12, 13, 14), algunos afirmaban no tener la suficiente confianza con sus padres para hablar de estos temas, otros simplemente decían que temían al tabú que pudieran tener con relación a la conducta suicida y que por eso no lo contaban. Asimismo fue muy común ver como la mayoría de ellos buscaban una ayuda psicológica o psiquiátrica por sus propios medios, sin el apoyo o la ayuda de un familiar.

“Yo a mi papá nunca le conté la verdad sobre eso...” (2)

“Con mi mamá si bien, ella no sabe casi nada de esto...” (3)

“mi papá solamente me ha ayudado con los medicamentos, pero él nunca realmente se preocupó por saber que es” (5)

“ella no tiene esa confianza con su familia, su familia no sabe nada de la vida de ella” (9)

“Cuento con su apoyo pero la verdad no es necesario repetir algo que ya saben. Entonces simplemente sigo con lo mío.”(10)

“mi familia no tanto, yo no tengo esa confianza con mi familia” (12)

“cuando yo tenía ideación suicida era precisamente porque mi núcleo familiar no estaba muy fuerte” (13)

“siempre me ha costado bastante hablar con mi familia” (14)

La investigación realizada por Pérez et al (2011) sobre estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes, dio como resultado que los adolescentes que no tienen una buena comunicación con sus padres y, por ende, no tiene el apoyo emocional que ellos les puede brindar y sienten que les manifiestan poco afecto, tienden a presentar síntomas depresivos que en muchos casos pueden ir seguidos de ideas suicidas, “los resultados de la investigación coinciden con las afirmaciones de estudios que evidencian que los problemas de comunicación, tanto con la madre como con el padre, facilitan la aparición de síntomas depresivos en los hijos”. Resultados similares se mostraron en la investigación de Muñoz et al (2006) sobre la ideación suicida y la cohesión familiar, en donde parte de la muestra manifiestan que no tienen la capacidad de conversar con sus padres sobre los problemas que los aquejan y que esto ocurre en familias desunida.

En cuanto al ambiente familiar, varios de los entrevistados aseguraron que por lo general no tenían buenas relaciones con los miembros de la familia o que eran muy común los conflictos entre los mismos integrantes (3, 4, 5, 6, 8, 11, 13) y por lo tanto podían llegar a sentir que eran más un factor estresor que un factor protector, “ser hija de un hogar disfuncional con padres separados y con tanta disfuncionalidades dentro de esa familia que hacen que muchas veces las cosas no vayan bien y terminan desencadenando todo ese tipo de pensamientos” (6).

Investigaciones han dado como resultado que las personas que no tiene buena relación con sus padres, sus hermanos y con ellos mismos tiene mayor riesgo a presentar conductas suicidas (Blandón, Carmona, Mendoza y Medina, 2015), “Mi familia es más un factor estresor que realmente una red de apoyo debido a diferentes inconvenientes dentro del núcleo familiar” (8). Espinoza et al (2010) en su investigación sobre violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en adolescentes universitarios, identificó como dicha violencia generaba en los jóvenes universitarios conducta suicida, en especial si se trataba de abuso sexual, factor de riesgo que fue mencionado con anterioridad en este mismo capítulo. Por su parte Rosales, Córdoba y Ramos también mencionan los problemas familiares como los conflictos con los padres o la hostilidad de los padres como un factor de riesgo, pero en esta investigación este factor está asociado más que todo a la conducta suicida en mujeres.

Parte de los entrevistados tuvieron como factor común las características socioeconómicas (2, 3, 4, 9, 12, 14) como un tema que les preocupa al punto de generar las ideas suicidas, “Bueno, a nivel personal temas relacionados con la estabilidad económica” (12).

Rosales, Córdoba y Ramos (2012) lograron identificar este factor de riesgo en su muestra evaluada, pero en el caso de esta investigación, fue un factor que se asociaba principalmente a los hombres, quienes sentían que la cantidad de dinero con la que contaban no era suficiente para

suplir sus necesidades básicas y por lo tanto se veía afectada su comodidad personal llevándolos a tener ideaciones suicidas. En el caso de esta investigación, las personas entrevistadas fueron más mujeres que hombres, así que al momento de hablar de sobre este factor de riesgo, ellas fueron quienes lo manifestaron más. Asimismo, Vargas y Saavedra (2012) al momento de referirse a este factor, señala dos características notables en la conducta suicida de jóvenes: el estrés o la preocupación sobre la situación económica de la familia y el nivel de educación del padre. Ellos afirman que ambas características resaltan al momento de asociar los pensamientos suicidas con el estado socioeconómico.

Factores sociales

En los factores de riesgo sociales, más de la mitad de los entrevistados hicieron fuerte énfasis en la exposición de conductas suicidas de amigos y personas cercanas, pero no fue el único tema tratado dentro de esta categoría, ya que a su vez se habló sobre relaciones amorosas, la desinformación de las amistades sobre el tema del suicidio o sobre las enfermedades mentales, el aislarse de las amistades, el ambiente escolar, los acontecimientos vitales estresantes que en este caso en particular se refiere a la muerte de un ser querido y la exposición a medios de comunicación.

Más de la mitad de los entrevistados estuvieron expuestos a las conductas suicidas por parte de un amigo cercano (1, 2, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15), a los pensamientos, intentos o suicidio consumado.

“diría yo que es casualidad de la vida pues que me ha tocado estar como cerca de personas que, o lo han hecho o que han intentado quitarse la vida creería yo que es casualidad preferiría pensar que es mera casualidad... era una persona muy introvertida aunque éramos del mismo círculo de amigos y éramos pues ya muy amigos porque fue el

mejor amigo de mi novio de la infancia entonces éramos muy cercanos, y este muchacho se suicidó” (7).

El suicidio como imitación ha sido estudiado bajo el nombre de efecto Werther refiriéndose al libro escrito por Goethe que fue publicado en 1774 y que al momento de publicarse incitó el aumento de la tasa de suicidio de la época, en especial en la población joven. En la Revista Colombiana de psiquiatría, Sánchez, Guzmán y Cáceres (2005) publicaron un artículo de la investigación que realizaron sobre la imitación como un factor de riesgo en la ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. El resultado de dicha investigación apuntó a como la imitación de la conducta suicida se da por lo general cuando la conducta suicida es vista en un amigo y se presentaba en sujetos con diagnósticos psiquiátricos de depresión. “Conjuntamente, una posible identificación con un par cercano que haya intentado suicidarse o bien que consume el hecho, incrementa la ideación en 2,8 y 3,8 veces respectivamente” (Blandón, Carmona, Mendoza y Medina, 2015).

Ciertos entrevistados (1, 2, 5, 11, 12) mencionaron el impacto negativo que les generó alguna relación amorosa y la razón más aludida para esto era la violencia tanto física como psicológica que se vivía durante la relación.

“Yo he pensado en el suicidio hace muchos años, yo he tenido muchos problemas en mi vida, muchos problemas en las relaciones... tuve una relación muy, muy, muy tormentosa, una persona que me violentaba mucho pero más que todo físicamente, fue una relación que tuve con una persona que era mayor, entonces me hizo la vida picadillos” (5)

Existe una enorme relación entre pobres relaciones con pares y las ideas suicidas de las personas (Vargas y Saavedra, 2012). Los anteriores autores hablan de cómo, a pesar de que las

malas relaciones con pares se consideran un factor de riesgo en la conducta suicida, la buena relación con pares no precisamente logra ser un factor protector. Las rupturas amorosas en especial en mujeres jóvenes son un enorme factor de riesgo.

Tres de los entrevistados hablaron de cómo todo éste proceso los llevó a alejarse de sus círculos sociales o a generar uno nuevo (3, 14 y 15). El estar más de ocho horas sólo durante el día, es otro factor concerniente a la conducta suicida sin importar si el sujeto cuenta o no con el apoyo de alguien más (Calvo, Sánchez y Tejada, 2003).

“Así soy con mis amigos, por eso es que casi ya no les hablo, porque si no tengo nada más que decir pues que les voy a decir, osea pues, ellos no me dicen nada pero yo siento que yo los canso porque yo me canso. O también a veces uno les habla y como que cambiando el tema entonces es muy incómodo” (3).

Un solo entrevistado hizo referencia a la muerte de una persona cercana y apreciada por él como uno de los motivos por los cuales, en algún momento de su vida, presentó conductas suicidas, “el fallecimiento de una pareja caí en una depresión muy grande que llevó también a ese tipo de pensamientos o situaciones” (8). Los acontecimientos vitales estresantes y la concordancia que presentan con la conducta suicida son mencionados por Vargas y Saavedra (2012) quienes hacen un énfasis en los jóvenes que tienen un diagnóstico psiquiátrico como los más vulnerables al momento de enfrentarse a un acontecimiento estresante.

Y para finalizar esta categoría social, está la exposición a medios de comunicación, en este caso en particular se hizo referencia a las redes sociales (1, 3, 4, 5, 7, 9, 13, 14, 15). Por lo general, los estudios realizados sobre los medios de comunicación como un factor de riesgo, hacen referencia a los suicidios por imitación, que se dan en el momento en el que se divulga el suicidio o la muerte de una figura pública (Sánchez, Guzmán y Cáceres, 2005), pero en este caso

en particular, las personas entrevistadas hicieron referencia a otras razones por las cuales las redes sociales podían ser tomadas como un riesgo para las personas con ideación suicida. Dentro de estas razones se encuentran las publicaciones de personas que aparentemente tienen vidas perfectas y sirven como comparación negativa de la vida propia, el bullying que se genera en estos espacios virtuales, la búsqueda de métodos para llevar a cabo el suicidio, el acceso a información errada referente a la salud mental, las publicaciones de noticias negativas de todo tipo, entre otras.

“el internet realmente se convierte en algo muy, como muy... de mucha presión para uno, se le sale de las manos el manejo del internet en una situación de esas porque uno al principio lo usa como escape y luego eso se le convierte en un problema, primero el acceso a la información, la saturación de la información, uno tratando de conseguir respuestas se puede saturar de información y muchas veces la información puede ser errada, puede jugar en contra de uno en vez de ayudarlo, ponerlo más hipocondríaco, más alerta, cómo estresarse más. Las redes sociales por ejemplo le pueden jugar a uno una mala pasada porque puede servirle como distractor... cuando menos piensa ya ha pasado un montón de horas del día pegado al internet y entre las redes sociales por ejemplo muchas personas les afecta demasiado el tema de la aceptación social entonces el tener muchos contactos en redes sociales y el medirse por ‘likes’ o por cosas así les afecta demasiado, entonces ahí puede haber, como digamos puede ser muy contraproducente la utilización en exceso de redes sociales” (7)

Factores biológicos

En cuanto a la categoría de los factores de riesgo biológicos, se encontró la existencia de algún tipo de enfermedad médica como la causante de la conducta suicida (1, 2, 6 y 12). Pérez,

Ibáñez, Reyes, Atuesta y Suárez (2008) hablan de las enfermedades médicas como un factor de riesgo para la conducta suicida, lo mismo es dicho por Calvo, Sánchez y Tejada (2003) y por Vargas y Saavedra (2012) quienes afirman que el deterioro de la salud física añade una carga adicional que impulsa a los sujetos a una conducta suicida. A pesar de que las historias tenían este factor en común, cada narración era única en su esencia.

En la entrevista 1 y 12 se menciona a cerca de una enfermedad muy dolorosa la cual lleva al sujeto que la padece a querer terminar con su vida para evitar seguir sintiendo dicho dolor, “su caracterización está relacionada con, pues su caracterización es una tendencia a esa problemática que está relacionada con enfermedades biológicas, físicas” (12).

“de lo primero que recuerdo de las ideas suicidas era cuando me entraba a bañar que yo empezaba a llorar y a gritar y a decir me quiero morir, porque era un dolor tan, pues era un dolor físico pero también emocional” (1).

La persona de la entrevista número 2 cuenta que sufre de una desregulación serotoninérgica que es precisamente lo que la conduce a sentirse mal al punto de presentar una conducta suicida, pero que en el momento en el que la diagnostican y empieza a recibir un debido tratamiento para este rasgo, su estado de ánimo empieza a mejorar.

“yo fui a urgencias y allá me remitieron de una a psicólogo, a psiquiatra, me mandaron exámenes y se dieron cuenta que no produzco casi serotonina, entonces ya me tienen medicada... y el psiquiatra... él fue el que me mandó todos los exámenes del Tac y de sangre y todo y me dijo "ah no, es que usted no produce suficiente serotonina, qué le vamos a hacer, tratamiento con pastillas porque es lo único que te va a ayudar...”

Mientras que en la entrevista número 6, la persona entrevistada no sufre de ningún tipo de enfermedad pero a pesar de esto no descarta la posibilidad de que en un futuro, si así llega a suceder, recurriría al suicidio para no tener que enfrentarse a eso.

“yo me las imagino como a futuro si me pasaran ciertas cosas o no, por ejemplo si llego a tener como enfermedades muy graves pues muy dolorosas o enfermedades como el Alzheimer o pérdida de memoria yo he pensado, osea me imaginaba como si tuviera la enfermedad y yo creo que pues recurriría al suicidio”

Factores psicológicos

Y por último pero no menos importante, se encuentran los factores de riesgo psicológicos, los cuales abarcan los trastornos mentales en cuanto al diagnóstico psiquiátrico o al no tener un diagnóstico oportuno de estos, el abandonar o no recibir terapia psicológica o psiquiátrica, la baja autoestima, las frustraciones intensas y las alteraciones del sueño

Algo que cabe resaltar es que de las quince personas que decidieron participar de manera voluntaria en las entrevistas para la elaboración de este trabajo de grado, doce de ellas tienen un diagnóstico psiquiátrico de los cuales ocho son con depresión y de los cuatro restantes, tres tienen un trastorno afectivo bipolar.

“depresión moderada y trastorno límite de la personalidad” (1)

“me diagnosticaron hace un año con trastorno mixto de ansiedad y depresión con agorafobia” (2)

“con diagnóstico hace 10 meses de depresión y ansiedad” (3)

“Depresión mayor con ideación suicida.” (5)

“tengo diagnosticado un TAB (trastorno afectivo bipolar), un TOC (trastorno obsesivo compulsivo) y depresión...” (7)

“Trastorno afectivo bipolar” (8)

“ella sufre de depresión y ansiedad” (9)

“depresión aguda y esquizofrenia leve” (10)

“tenía algo que ver con ansiedad y depresión esquizoide.” (11)

“déficit de atención” (12)

“tengo trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo” (13)

“trastorno afectivo bipolar” (15)

Ciertos entrevistados atestiguan que un factor de riesgo fue el no entender lo que les pasaba, el motivo de sus pensamientos negativos y tristezas causadas por un trastorno psiquiátrico que no había sido diagnosticado oportunamente (2, 7, 10, y 15)

“¿que si yo he tenido ideación suicida?, sí, claro, claro. cuando no comprendía qué era lo que estaba sintiendo, o como por ejemplo el hecho de no entender porque me siento triste, porque estoy triste y porque siento esta gran tristeza si nada grave está sucediendo en mi vida”... “, como teniendo esa ignorancia de esa situación, se deja uno sumir más por los sentimientos negativos y por las tristezas y termina uno pensando que la forma de acabar con tanto sufrimiento y como una salida a todo está, como a toda esa tormenta de sentimientos es quitándose la vida” (7)

En los adolescentes que efectúan el suicidio Vargas y Saavedra (2012) encontraron que el 90% sufre de algún tipo de trastorno psiquiátrico al instante de su muerte, el 50% presentaban un trastorno psiquiátrico en los últimos 2 años y entre más trastornos presentará el sujeto es mayor el riesgo de suicidio. Por lo tanto, como una de las principales estrategias para lograr la prevención del suicidio sería la identificación pertinente y el trato oportuno de las condiciones psiquiátricas (Calvo, Sánchez y Tejada, 2003).

Pero al igual que el no tener un diagnóstico oportuno representa un factor de riesgo, el no recibir un adecuado tratamiento o atención al momento de tener el diagnóstico o de pasar al acto suicida, también lo es.

“me llevaron un padre, ni siquiera un psicólogo para que me tratara, hablara conmigo, me consolara, sino que llevaron un cura y yo no soy católica, yo no creo en ninguna religión, entonces el padre me decía como “eso es pecado, si usted muere ese es el único pecado que no tiene perdón” y entonces ya me metió más miedo y yo como “si me hubiera muerto, me hubiera condenado para toda la eternidad” o sea mira, entonces me parece que todo fue tan mal llevado...” (4)

En cuanto a la ayuda brindada por parte de los especialistas en salud mental, muchos de los entrevistados contaban sus anécdotas de cómo, por múltiples razones, abandonan sus terapias psicológicas o psiquiátricas y a su vez los tratamientos farmacológicos (1, 3, 4, 5, 10, 11, 12 y 13). En cuanto a las terapias psicológicas, se habló en repetidas ocasiones sobre no comprender la finalidad de estas mismas, no sentir un avance o cambio significativo en la vida y por lo tanto no continuar asistiendo a las citas y no sentir una alianza terapéutica por parte del paciente con el profesional en salud mental.

“desde chiquita me mandaban pa'l psicólogo, pero yo nunca vi un avance grande con psicología y era como ir a contar las penas de uno con alguien y yo no sé eso para qué sirve, entonces yo siempre como que las dejó botadas” (1)

Rosselló, Duarte, Bernal y Zuluaga (2011) en su artículo sobre las respuestas que tenían los adolescentes con ideación suicida frente a la terapia cognitiva conductual, hablan de cómo los jóvenes que tienen un diagnóstico de depresión y a su vez presentan un comportamiento

suicida, tienen mayores probabilidades de no culminar sus tratamientos o de continuar deprimidos al terminarlo.

“antes del brote psicótico busqué ayuda psicológica en la universidad, tuve una cita y no sé, cómo que no conecte con la psicóloga, no me sentí bien como para, cómo con confianza para hablar de eso entonces decidí dejar de ir.” (13)

Ya por parte de las citas psiquiátricas, los entrevistados coinciden en el abandono de las terapias farmacológicas por dos razones: el alto costo de los medicamentos formulados y los efectos secundarios que los medicamentos les provocaba.

“las pastillas a mí me costaba 240 mil pesos y entonces solo me las pude tomar creo que 2 meses porque le dije a mi papá que me las diera y me las tuve que dejar de tomar porque ya eran muy costosas” (5)

Otro detalle que se señaló fue la dificultad para conseguir las citas de psicología y psiquiatría, ya fueran por medio de la EPS o en la universidad en la que estudia cada entrevistado.

“cuando me atendieron me atendió un señor, me dijo que tal vez yo debería de ir al psiquiatra y, y no quise volver, porque la otra cita era otra vez dentro de dos meses más entonces como que no pues, si tuviera todos estos meses de aguantarme eso pues imagínate no, no perdamos el tiempo, no y no volví” (4)

La baja autoestima se hizo presente en cuatro entrevistas (1, 3, 5 y 14) en donde las personas minimizan el auto concepto que tenían de sí mismas, las cosas que merecían en la vida o el impacto que podrían generar en el mundo que las rodea, “yo no sirvo para nada pues que le estoy aportando a este mundo” (1). Hay reportes de que la autoestima puede presagiar la

conducta suicida sin discriminar hombres o mujeres, ya que esta condición está ligada con el afecto negativo el cual impacta directamente en la ideación suicida (Sarmiento y Aguilar, 2011)

En las frustraciones intensas, el abatimiento presente como la pérdida de la energía y el ánimo o la sensación de ser derrotados por las vicisitudes de la vida fue el más mencionado (1, 4, 2, 5, 7, 10, 11, 12 y 14), “aburrimento como el desasosiego que uno tiene por la vida como que las cosas no funcionan, no salen como uno quiere” (1). Esta sensación de derrota se evidencia en más de la mitad de los entrevistados cuando se refieren al por qué pensaron en quitarse la vida.

“simplemente ganas de morirme y ya, no... osea la vida se vuelve una experiencia muy, cómo decirlo, hostigante y molesta, mucho esfuerzo para nada, a la final todos nos volvemos, no sé, cadáveres, cenizas... No, la verdad es que es así, simplemente el deseo de morir, no tengo ninguna razón” (10)

Las alteraciones del sueño, a pesar de ser mencionadas por pocos entrevistados (3, 4, 7 y 11), es un factor de riesgo mencionado en la bibliografía revisada, “entonces ya llegué a puntos en donde son altas horas de la madrugada y yo sigo sin sueño” (11)

“una vez tuve una crisis que como no sabía que me estaba sucediendo pues me deje llevar y pase muchos días en casa, en una, en un estado de vegetación, llorando todo el tiempo, con un desorden del sueño terrible” (7)

Igualmente, Vargas y Saavedra (2012) hablan sobre las dificultades para dormir o problemas similares a ese, como las pesadillas o el insomnio, hacen parte de las características que pueden incrementar los intentos de suicidio.

En la identificación de los factores que los universitarios consideran como los causantes de las conductas suicidas, se puede notar como la ideación a temprana edad es un factor que se tuvo en común en la mayoría de los entrevistados, al igual que las relaciones familiares y la

existencia de un diagnóstico psiquiátrico. El reconocimiento de estos factores pueden ser de utilidad a la hora de enfrentarse a las conductas suicidas ya que pueden configurar el plan de acción que se debe de realizar.

Capítulo III

Factores protectores

El tema central de este capítulo serán los factores protectores los cuales reducen el riesgo de que las personas lleguen a una conducta suicida. Suarez (2012) comenta que estos agentes protectores deben de ser comunicados por las personas más cercanas al sujeto, ya sean sus familiares o cuidadores y en edades tempranas como lo es la infancia y la adolescencia, y así el joven los podrá usar como un mecanismo de defensa frente a situaciones estresantes. Dentro de los factores protectores mencionados por Cervantes y Melo (2008) están las relaciones, el apoyo y el afecto brindado por parte de la familia, amigos y personas concretas, la autoestima, la confianza y aceptación de sí mismo, las habilidades sociales, la tolerancia a la frustración, tener sentido de la vida, realizar algún deporte o hacer parte de una organización religiosa.

En esta investigación en particular, se hablará de los factores protectores que fueron mencionados por los entrevistados y que se dividen en los mismos grupos que en los factores de riesgo: individuales, familiares, sociales, biológicos y psicológicos.

“pues puede ser algo tan sencillo como que alguien me escribió y me llegó la notificación al celular o que apareció mi perro, pues porque yo tengo un perro... cómo cierto tipo de cosas así, o suena el teléfono y uno ya como que se mete en otro cuento, pues así cosas como de la vida”(15)

Factores individuales

En los factores de protección individuales, los entrevistados hablaron acerca de sus hobbies, la resiliencia, el proyecto de vida y sus mascotas.

De la totalidad de los entrevistados, nueve afirmaron que el tener algún tipo de hobbies les ayudaba para no tener o controlar mucho más los pensamientos suicidas (1, 5, 8, 10, 11, 12,

13, 14 y 15) y de estos entrevistados siete coincidieron con que el hobby que más les servía para la eliminación y la distracción de las ideaciones era hacer ejercicio. También se mencionaron actividades como pintar, jugar videojuegos, leer y hacer manualidades

“En su momento fue el equipo de ultimate del colegio, luego de eso fue la capacidad de poder salir más con mis amigos teniendo la libertad de tener la mayoría de edad y poder compartir con ellos cuando ya no era posible, actualmente es más en el mundo del deporte otra vez, lo que se refiere a salir a hacer ejercicio y todo ese tipo de cosas me ayudan mucho con esos pensamientos” (8)

Hernández y Pino (2014) hacen énfasis en la importancia de realizar actividades físico-recreativas para el sustento de una buena salud, gracias a que ayuda a disminuir malos hábitos como beber, fumar o consumir drogas y en el caso de las personas con conductas suicidas ayuda en mejorar la calidad de vida y en la integración social, a mejorar el autoestima, a regular las emociones, a incrementar la confianza en el éxito, a generar sentimientos de pertenencia a un grupo y baja los niveles de depresión y ansiedad.

La resiliencia, como uno de los elementos más investigados a la hora de hablar de factores protectores, se notó con claridad en el discurso de seis de los entrevistados (2, 5, 7, 8, 13, 15) buscar veracidad de este comentario. De los factores protectores que más se han estudiado esta la resiliencia que Quiceno y Vinaccia (2013) definen como “la habilidad de luchar y madurar en un contexto cuando hay circunstancias adversas u obstáculos... o la capacidad de responder y desarrollarse ante las experiencias de eventos vitales estresantes” y que es fomentada por medio de emociones positivas que se aprecian desde la niñez como lo son las familias con un apego seguro, las redes de apoyo y el aumento de satisfacción por la vida.

Me sentía, sentía muchas ganas de encontrar respuestas, con muchas ganas de ir a hablar con otras personas, de ir y comunicar lo que me pasaba, tratar de encontrar razonamientos sobre eso, tratar de encontrar explicaciones lógicas a lo que me está pasando (7)

La definición de resiliencia que es usada en la investigación de Sánchez y Robles (2014) es: “concepto interactivo que se relaciona con la combinación de experiencias de riesgo significativas y consecuencias psicológicas relativamente positivas a pesar de esas experiencias”. Para estos dos autores, el elemento clave que fomenta la resiliencia está el auto concepto positivo que serían las capacidades, habilidades y actitudes que identifican los jóvenes en ellos mismos.

El proyecto de vida también fue un motivo por el cual los entrevistados mencionan el no querer pasar al acto a pesar de tener una ideación suicida. Ya sea porque planifican sus días a días o porque tenían sueños y planes para el futuro, estas ideas logran que los sujetos no pasen de la idea al acto suicida (4, 11, 12 y 13).

“pensaba de pronto en una forma de realizarlo pero ya después pensaba que si lo realizo mi familia qué, entonces mis amigos qué y mis proyectos grupales que, entonces ya iba más al hecho de sopesar lo que, ósea si las cargas que yo soltaría con el hecho de hacer este acto serían mucho más positivas que lo que sería para las personas que están cerca de mí el hecho de que realizara este acto, algo así... Ya voy a terminar la u y sé que voy a tener un trabajo... bueno esto si me lo estoy inventando porque todavía no voy a terminar la u y no voy a tener un trabajo” (12)

Corona, Hernández y García (2016) al igual que en esta investigación, identificaron dentro de los factores protectores indiciales la existencia de unas metas profesionales y un proyecto de vida en los sujetos, al igual que Quiceno y Vinaccia (2013) quienes dicen que las

ideas claras sobre el futuro y verlo de forma optimista, junto con la felicidad y el apoyo familiar, evitan la conducta suicida.

El tener una mascota como un factor que evita que las personas culminen el acto suicida, es la razón de dos de los entrevistados (5, 15), “Yo pensaba que si yo me moría no iba a tener nadie que cuidara a mis gatas como yo, puede que sea una idea absurda pero me sostenía en la vida” (5). Sobre las mascotas como factor protector de la conducta suicida, no se encontró material, lo que da a entender que es un tema poco trabajado hasta ahora.

Factores familiares

Los factores familiares trató principalmente de las relaciones del entrevistado con los miembros de su núcleo familiar bajo dos premisas: el lazo que se tiene con los padres o con otros integrantes de la familia (“general unos de la familia muy específicos y mis amigos son aquellos que me han ayudado en ese tipo de situaciones.”, 8) y la red de apoyo que estos representan para el sujeto (“apoyo siempre ha sido mi familia, siempre, porque no ha habido reproches, pues ni por parte de mi madre, ni por parte de mi padre”, 1). A pesar de que al momento de hablar de factores de riesgo, muchos de los entrevistados afirmaron no compartir las ideas suicidas con sus padres o su familia, algunos de ellos si tenían a su núcleo familiar como red de apoyo que les ayudará a enfrentar este tipo de conductas.

“que mi red de apoyo es como mi familia... ha sido como la base de todo porque osea sin el apoyo como principal de ellos y sin... sí, sin el apoyo y el acompañamiento, Y cómo el estar ahí atentos cómo abrirse a escuchar en realidad lo que pasa... es ceder un poquito el control de la conversación y "bueno entonces dinos cómo te podemos ayudar" eso ha sido muy importante.” (15)

Como se puede notar, las relaciones familiares pueden ser tanto factor de riesgo como factor protector, esto depende de cómo es percibido por el joven (Quiceno y Vinaccia, 2013). Cuando se percibe en la familia una unión y apoyo entre las personas que la integran, una adecuada locución de emociones y pocas dificultades, la familia es vista como un factor proyectos para el joven que pertenece a ella (Rivera y Andrade, 2006). De la misma manera, el tener un hijo pequeño que depende del joven es una variable que se asocia a la protección de la conducta suicida del sujeto (Antón et al, 2013).

Factores sociales

En los factores protectores sociales se ubicaron las relaciones con pares, ya fueran amigos, compañeros de trabajo o relaciones amorosas y la exposición a medios de comunicación. Como se mencionó anteriormente, Quiceno y Vinaccia (2013) en el momento de hablar sobre el aumento de la satisfacción por la vida, hacían énfasis en la felicidad que esto producía y cómo esta emoción era parte importante para fomentar la resiliencia. Pero no solo se vio en la resiliencia, también fue identificado como un factor importante a la hora de entablar relaciones sociales con pares.

Cinco de los entrevistados hablaron del apoyo que representaba sus parejas sentimentales (1, 2, 4, 13, 15), “Con mi esposo... Si, él es el mayor apoyo” (4)

Más de la mitad de los entrevistados (2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 14) hicieron un fuerte énfasis en cómo se apoyaban en las relaciones con sus amigos y lo mucho que esto les ayudaba para seguir adelante día a día. Algunos mencionan como sus amigos, con el mero hecho de escucharlos y tratar de comprenderlos, los hacía sentir mucho mejor. Otros hablaban de cómo las conversaciones con estas personas cercanas les ayudaba a identificar el problema por el cual estaban pasando y de esta misma forma los motivaban a buscar la ayuda que necesitaban.

“creo que aprendí mucho a apegarme en mis amistades, la red de apoyo es fundamental, por ejemplo mis compañeras de la universidad me han aguantado mucho cuando he estado en mis crisis porque les hablo y así el diálogo sea muy fuerte, muy pesado, es un diálogo duro, ellas no lo entienden pero tratan de acompañarte y estar ahí” (5)

Así mismo, los entrevistados hablaron de que gracias a sus amigos supieron cuál era el tipo de ayuda que necesitaban buscar, ya fuera psicológica, psiquiátrica o espiritual, y porque medios llevar a cabo estos procesos.

“y digamos que lo que lo evitó fue hablar con uno de mis compañeros, que él sufre de algo similar y me dijo como “no, espera llama este número”.” lo que lo evitó, fue digamos tener a alguien como un apoyo que realmente me dijo cuál era el paso a seguir, cierto, osea qué hacer, cómo no dejarme llevar de eso.” (2)

En la investigación realizada por Rivera y Andrade (2006) hablan sobre los recursos ciudadanos los cuales son las redes de apoyo y la capacidad de utilizarlas. Estos dos autores hacen la claridad de que tanto los adolescentes que han tenido ideación e intento suicida como los que no, tienen una red de apoyo pero que la diferencia radica en que los segundos sabe cómo usar la red de apoyo con la que cuentan. Es por lo anterior que estos autores consideran que este factor debe de ser tenido en cuenta al momento de generar estrategias que prevengan la conducta suicida en donde se promueva el acercarse a las personas que rodean al joven y lograr pedir la ayuda necesaria.

Parte del papel jugado por la familia y amigos en estos casos sería el detectar de manera precoz la conducta suicida en los jóvenes para orientar a cerca de los servicios de salud mental necesarios en estos casos, ya que por lo general los adolescentes que se encuentran en la fase inicial de la ideación no tienden a buscar este tipo de ayudas (Sánchez y Robles, 2014).

Referente a la exposición a medios de comunicación, nuevamente se hace más énfasis en el internet y las redes sociales (2, 8, 13, 15) y en cómo por estos medios encuentran el apoyo requerido en otras personas pero de forma virtual, mantienen comunicación con las amistades que no ven seguido, encuentra grupos de apoyo que hablan de temas que les llama la atención, encuentra información acertada sobre salud mental, entre otras.

“Digo que sí pero en mi caso, no sé si en el de otras personas, pero en el mío ha sido beneficioso debido a que las redes sociales me han permitido mantener contacto no solamente con el núcleo de amigos más cercano sino algunos quienes ya hacen su vida más por otro lado pero que se permiten tener contacto por esos medios, me ha permitido realmente darme cuenta a veces de que quizás valoro que tanto signifique en la vida de las personas, me ayuda mucho a revisarme en este tipo de casos, en lo social, y por mi propio lado siempre intento cómo seguir cosas que me gusten, o sea no nada que me haga sentir mal, sino como que me motiven, que me hagan sentir bien, que me hagan reír, como mantenerlo siempre muy positivo”. (8)

Factores psicológicos

Los factores psicológicos abarcan tanto las terapias psiquiátricas como psicológicas y otro tipo de alternativas usadas por los entrevistados como la terapia espiritual y las terapias homeopáticas.

Nuevamente, a pesar de que la deserción de las terapias psicológicas y psiquiátricas fueron parte de los factores de riesgo de los entrevistados en esta investigación, más de la mitad hablaron de la forma en cómo estas terapias les ayudó en el momento en el que asistieron a ellas (1, 2, 4, 7, 8, 10, 11, 13, 15) y no todos abandonaron los procesos psicológicos o dejaron de tomar los medicamentos recomendados por el psiquiatra.

“tengo dos buenos psicólogos, uno está aquí en la universidad, es el psicólogo de la facultad, es muy teso y me ayudó a entender muchas de las cosas que sentía como esos vacíos afectivos y de por qué, él me ayudó mucho con eso. La psicóloga de la EPS me ayudó a entender cosas más de la infancia, una psicóloga muy buena.” (2)

Rosselló, Duarte, Bernal y Gema (2011), mencionan en su investigación que a pesar de que se han realizado diversos estudios que hablan de la realización de psicoterapia en jóvenes que sufren de depresión e ideación suicida, son pocas las investigaciones que tienen como conclusión la eficacia de dichos tratamientos en esta área. A pesar de lo anterior, en el año 2015, Echeburúa habla del plan de acción que se debe de llevar a cabo cuando un sujeto consulta por ideación suicida. Echeburúa dice que lo primero que se debe de hacer es identificar si el sujeto sufre algún tipo de patología para así poder definir los objetivos terapéuticos. La entrevista psicológica debe de permitir que el sujeto comunique los síntomas, sentimientos y pensamientos que lo abordan y ayudar a que su red de apoyo haga parte del proceso.

En cuanto a la terapia psiquiátrica (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 15), son muy pocos los entrevistados que los toman de manera intermitente o que los han abandonado por completo y las razones por las cuales lo hacen fueron dos muy específicas: porque al sentirse mejor de ánimo creen que pueden continuar una vida normal sin necesidad de los medicamentos o porque no cuentan con el dinero para cubrir el costo de este mismo. Pero los demás entrevistados que afirmaron tomar medicamentos, siguen con las recomendaciones médicas al pie de la letra.

“me redirigió al psiquiatra, en ese entonces también estaba el psiquiatra XXXXX, él me escribía las fórmulas, y luego yo las iba a hacer autorizar en la EPS, la EPS me proporcionaba el medicamento que necesitaba y así estuve... yo uso sertralina, quetiapina y ácido valproico” (7)

El fin de estos tratamientos es reducir el malestar emocional y a su vez la conducta suicida, “el clínico debe de favorecer el control, la autoestima y la capacidad de hacer frente a los problemas, así como promover una mayor participación e integración en el entorno familiar y social” (Echeburúa, 2015).

Dos de las personas entrevistadas hablaron acerca de tratar con terapias alternativas, por lo que se hizo referencia a la terapia espiritual y a los tratamientos homeopáticos, ambos con resultados positivos para los sujetos que lo hicieron.

“estoy yendo a una terapia espiritual, que fue un regalo de una persona muy querida y... y estoy asistiendo a eso cada mes, una vez al mes... esta última terapia del mes pasado fue el reconocimiento de la niña interna, los traumas que nosotros tenemos guardados y como esos traumas nos han elaborado para ser la mujer que hoy somos, entonces aprender a reconocer eso” (4)

Taha, Florenzano, Sieverson, Aspillaga y Alliende (2011), realizaron una investigación referente a la espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida, y concluyeron que la espiritualidad y la religiosidad eran de gran ayuda al momento de realizar las intervenciones psicosociales en estas mujeres, por lo que recomiendan la realización de trabajos interdisciplinarios y de cooperación entre la psicología y la espiritualidad. La forma en cómo este factor protector actúa es devolviendo las ganas de vivir al sujeto que pensó o intentó quitarse la vida generando un bien físico y mental, y esto a su vez ayuda a que la persona visualice un mejor futuro para su vida. Antón et al (2013) también hace referencia a las creencias religiosas como un factor protector por medio de la apreciación que se da por medio de estas acerca del suicidio, el ritual que representa para los sujetos y la integración y participación en la sociedad o en actividades comunitarias.

“yo estuve en unos tratamientos homeopáticos como para mermar la ansiedad por que a veces tengo muchísima, muchísima, muchísima ansiedad y hace como dos meses había tenido como varios ataques de ansiedad muy... en un margen de tiempo muy seguido entonces bueno eso” (15)

Otro

Existe un factor que impidió que gran parte de los entrevistados no cometieron el acto suicida y se trata del “miedo” (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12). El miedo no es nombrado en la literatura revisada para este trabajo, como un factor de riesgo o protector, pero fue un tema que apareció de manera repetitiva en el discurso de los entrevistados.

“no fui capaz, me dio como miedito... es como un miedo, que uno se imagina todas las formas de morir y uno piensa cómo moriría que pasaría después cual forma seria menos dolorosa... creo que fue más el miedo a morir mal porque no creo que uno tenga miedo a morir sino al cómo va a morir” (5)

Este capítulo muestra cómo, según el contexto vivido por la persona, los factores pueden ser de riesgo o protectores. En esta investigación en particular no se vieron casos de factores protectores biológicos, no porque no existan, sino que dentro de los factores significativos para los entrevistados, no fueron mencionados. Dentro de los factores más indicados por los entrevistados se encuentran los hobbies, las relaciones de vínculo afectivo con sus iguales y las terapias psicológicas, factores que se pueden potenciar con el fin de reducir la conducta suicida.

Capítulo IV

La universidad como factor de riesgo y factor protector

Este capítulo va a tratar de dos factores en específicos, el ambiente universitario y las redes sociales. Se iniciará por el ambiente universitario ya que, cuando los jóvenes llegan a la vida universitaria, se enfrentan a un cambio que requiere de múltiples y varias adaptaciones necesarias para finalizar sus estudios con éxito. En su mayoría, las personas entrevistadas durante esta investigación pertenecían a dos universidades de la ciudad de Medellín, la universidad nacional (cuatro personas) y la universidad de Antioquia (diez personas), es por esto que se hablarán de los factores de riesgo y los factores protectores identificados por los entrevistados, en ambas universidades. Lo menos que se pretende con este capítulo es culpar o acusar a las universidades sobre la forma en cómo están realizando sus trabajos, lo que se busca con esta investigación es escuchar las historias de los estudiantes desde su punto de vista subjetivo e individual sin generalizar o dar certeza de que los procesos sean buenos o malos en cada universidad. A continuación se hablara un poco las universidades.

La Universidad de Antioquia (s.f.) fue fundada hace más de doscientos años y cuenta con la dependencia de Bienestar universitario que fue creada para realizar un acompañamiento a los estudiantes, docentes y empleados que hacen parte de la institución con la finalidad de generar calidad de vida, formación integral y sentido de comunidad, por medio de los departamentos de desarrollo humano, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y los deportes. Cada unidad académica cuenta con un coordinador de Bienestar ubicado en las sedes de Medellín y en las regiones.

Esta dependencia se enfoca en la equidad y las oportunidades, los hábitos y estilos de vida saludables, el desarrollo personal y la vida profesional y la participación y vida universitaria.

Bienestar universitario (s.f.) cuenta con un equipo de psicólogos que generan un espacio de escucha a los estudiantes que lo necesiten en donde pueden ser orientados para la construcción de respuestas a las dificultades sobre la vida académica o la vida personal.

¡Ánimo! Es un servicio de bienestar universitario dirigido a pensar la salud mental como la “la capacidad de las personas para disfrutar la vida, asumir responsabilidades y proyectos, relacionarse entre sí y con el entorno, y enfrentar temores y tensiones de manera favorable en coherencia con su proyecto académico y proyecto de vida” y es aquí donde nace “prevención al suicidio: juntos decimos: ¡sí a la vida!” el cual es una ruta de prevención del suicidio que cuenta con estrategias guías para dar un apoyo a las personas vulnerables a este fenómeno. “La prevención del suicidio se trabaja desde el desarrollo de habilidades para el cuidado de la vida, el reconocimiento de factores protectores, factores de riesgos y rutas de atención”.

La Universidad Nacional (s.f.) fue fundada en el año 1826 con sedes en Bogotá, Caracas y Quito. Ya fue para el año 1887 que abrió sus puertas en la ciudad de Medellín. Esta universidad también cuenta con el servicio de Bienestar Universitario en donde se ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas que hacen parte de la comunidad universitaria, por medio de programas y actividades que se realizan a partir de cinco áreas: cultura, salud, actividad física y deporte, acompañamiento integral, gestión y fomento socioeconómico.

Dentro del área de salud, se brinda un acompañamiento a todas las personas que lo requieran, por medio de “programas formativos, actividades lúdicas, consejos, asesoría, acompañamiento y múltiples apoyos, con el fin de que le apueste a su autocuidado como estilo

de vida”. En este programa, que lleva por nombre “jueves de la salud” se promueve la salud física, sexual y reproductiva, nutricional, oral, mental, la prevención de cáncer y de sensaciones y conductas adictivas.

Fomento de la salud mental: Brindar alternativas para que la persona trate de manera asertiva aquellos sentimientos de angustia, depresión y ansiedad que puedan surgir en el transcurrir de su vida universitaria. Incluye los talleres de manejo de emociones, manejo del estrés y relajación, identificación y manejo de la depresión.

La Universidad Nacional también cuenta con un programa en psicología que está dirigido a los estudiantes de pregrado los cuales pueden acceder al servicio después de pagar un monto específico.

Ahora bien, haciendo referencia a los factores de riesgo y los factores protectores identificados por los estudiantes que fueron entrevistados y que hacen parte de estas dos universidades, de forma general se habló de ciertos factores que según el contexto pueden ser vistos como de riesgo o protectores. Los factores en común mencionados por los estudiantes de ambas universidades fueron: el rendimiento académico, los servicios prestados por la universidad y la efectividad y pertinencia de estos mismos, la difusión de dichos servicios y el apoyo de los maestros.

Factores de riesgo

Carmona et al (2017) dicen que para muchas personas, empezar a estudiar en la universidad, genera nuevos retos a los cuales deben enfrentarse y no solo a los nuevas formas de enseñanza y aprendizaje, sino que, algunas personas deben de cambiar de ciudad, vivir solos y extrañar a los compañeros de bachillerato, por lo que estos cambios requieren que el joven asuma más autonomía y se generen nuevas responsabilidades que antes no existían como por ejemplo el

tema económico: pensar en tener un lugar donde vivir, pagar los servicios, comprar su propia comida, entre otros. Es por lo anterior, que en esta población se pueden generar conductas suicidas por lo que los autores recomiendan brindar información acerca de los factores de riesgo y protectores a los jóvenes universitarios.

“la universidad ha querido tomar parte en tratar de mitigar un poco de estos, de esta problemática social en cuanto a la salud mental y ha hecho unos esfuerzos muy grandes y muy loables de todo esto, qué más que poner un profesional, que los profesionales a disposición de nosotros... sin embargo creo que se le sale de las manos, osea los esfuerzos en realidad se quedan muy pequeños, muy cortos, hace un gran esfuerzo pero ese gran esfuerzo aún sigue siendo muy pequeño para la gran problemática que hay ahorita en cuanto a eso” (7)

El ambiente escolar fue mencionado como un factor de riesgo (1, 8, 10, 11 y 12), “el estudio, la universidad, la pertinencia de mi estudio para mi vida precisamente” (12). Los entrevistados que se refirieron a este tema describen la ansiedad y el estrés que el ámbito académico les generaba y el bullying al que alguna vez se enfrentaron.

“En la universidad por ejemplo saben que soy depresivo entonces hacen los chistes como si ‘vamos a hacer una marrana, no sé, llamemos a (y se nombra a sí mismo en tercera persona) para que deprima el marrano Y el marrano se suicide” (10).

En el ámbito universitario coexisten ciertos factores que pueden generar a los estudiantes estrés, ansiedad, tensión y hasta depresión, factores que pueden desembocar en una conducta suicida. García, Moncada y Quintero (2013) se refieren a la intimidación o acoso por parte de los mismos compañeros de estudio como un acto que abunda en las universidades y que tienen como

consecuencia la ideación o el acto suicida ya que la víctima se aísla y se confina en sí misma al punto de no encontrar una salida a lo que le ocurre.

Las actividades académicas son un factor de riesgo cuando es percibido como una sobrecarga que genera ansiedad haciendo que el estudiante realice acciones autodestructivas al punto de generar una conducta suicida (1, 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13, 14).

“es en momento en el que como que se encierra en ciertos pensamientos y lo que hace la carga académica es generar más presión entonces por ejemplo aquellas personas que sufren de ansiedad se les aumenta la ansiedad por la carga académica, sienten que no van a hacer las cosas bien y posiblemente ahí tengan más facilidad, por decirlo de alguna manera, sean más propensas a aparecer las ideaciones suicidas, o no tanto suicidas como tal pero sí para hacerse daño porque conozco varias personas que por carga académica suelen hacerse daño mediante el cutting o suelen hacerse en algún tipo de castigo hacia sí mismo.” (13)

Los entrevistados también hicieron mención de los momentos en los que se viven irregularidades académicas, tales como los paros o las asambleas permanentes, que provocan que los semestres académicos se alarguen más tiempo del establecido o en ocasiones sea suspendido, lo que conduce a que los estudiantes se demoren más de lo previsto en la culminación de sus carreras y que en el momento en el que regresa la regularidad del semestre, las responsabilidades académicas se junten al punto de hacer sentir saturado al estudiante, y en este punto el estudio también se siente como una sobrecarga.

“El problema viene cuando se descuadran los calendarios, entonces cuando hay paros, cuando hay ese tipo de cosas, tenemos este tipo de situaciones, se nos acumula el trabajo, se nos acumulan fechas de entrega, se nos acumulan parciales y cosas así, entonces ahí es

cuando viene el atropello y el estrés, el atropello académico, entonces ahí sí como que uno dice "no, no nomás" pues incluso me toca en esos tiempos, me toca reforzar la medicación de sertralina porque el TOC se me dispara y me comienzo a comer las uñas, comienzo a comer el cabello, me da tricotilofagia, onicofagia, se me disparan todos los tics, no mejor dicho, entonces en esos tiempos se me descuadra el sueño y sí, sí influye la carga académica si influye pero creo que más que porque sea mucha carga académica es porque el tema del descuadre de calendario hace que todo se acumule, entonces hay que resolver muchas cosas a la vez, creo que es eso." (7)

En el transcurso de la vida académica, durante los tiempos de exámenes o en la finalización del semestre el estrés puede aumentar en los jóvenes universitarios, por lo que estas épocas son vistas como una causa específica de comportamientos suicidas en ciertos estudiantes (Carmona et al, 2017).

A pesar de que las universidades utiliza diversos canales de difusión de información en donde resaltan los servicios que prestan, ciertos estudiantes afirman que no todos tienen claridad de dichos servicios y el desconocimiento de estos hace que los sujetos no busquen ni reciban la ayuda que requieren (1, 13, 14).

“sino que muchas veces uno desconoce esa clase de apoyos uno como estudiante no sabe”
”ay yo podría, yo pude haber ido a hablar antes, hubiera podido antes de hacerlo por lo menos intentar hablar para ver” entonces en ese desconocimiento pues uno no puede uno acceder a esos apoyos.” (1)

Algunos estudiantes se refirieron al costo que debían de pagar para obtener la atención requerida y el proceso que se debía llevar a cabo para la asignación de las citas. Sobre el costo de las citas se dijo lo siguiente:

“la mayoría de la gente se queja mucho de eso porque hay que pagar la cita y uno no siempre tiene plata, son como 4000 o 5000 pesos, pero son, en una universidad pública es plata que no todo el mundo tiene o que le sirve para los buses o que le sirve para el almuerzo o bueno, y además lo que yo he sabido por mis compañeros es que solo tratan temas académicos, entonces si la depresión es académica, si la ansiedad es académica, si eso se lo está causando la universidad, sino no”. (2)

La efectividad del proceso es algo que se puso en duda por varios estudiantes (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12), pero desde diferentes puntos de vista. La mayoría concordaban con que el servicio prestado en bienestar se tardaba demasiado a causa de la enorme cantidad de solicitudes, por lo que la asignación de citas era algo muy retrasado y se demora aproximadamente de 15 días a un mes para la asignación de una cita.

“pues cuando yo estaba con el psicólogo que era el que estaba en prácticas, las citas eran cada ocho días, pero en bienestar son como cada 15, cada 20 días, entonces es como el tardarse tanto, es bastante molesto. Pues el psiquiatra, yo asumo que tengo que entender que él en este momento, por ejemplo, me asignó cita para dentro de dos meses” (3)

Uno de los entrevistados sentía que se debían de realizar demasiadas acciones para lograr que se le asignara una cita con psicología y que eso lo desmotivaba al punto de preferir no solicitar la atención en bienestar universitario.

“Por ejemplo en la universidad para ir a las citas psicológicas, tienes que hacer un proceso de... primero ir a averiguar cómo es que se daban, tienes que ir a pagar un valor en el banco, después de pagar ese valor en el banco te acercas a una dependencia de la universidad y de ahí si te asignan las citas, entonces a mí también como que hacer todos esos trámites yo como que “no que pereza siempre lo que lleva, antes lo que yo quiero es

no hacer nada, me van a poner a buscar un montón de papeleo y burocracia para esto” entonces prefería no hacerlo... si vos estas en plena crisis física, psicológica, no se... si estás en plena crisis y necesitas ayuda y cuando vas a buscar la ayuda lo que hacen es ponerte a hacer papeleos, a mandarte de un lado para el otro y tienes que esperar tanto, ósea brindan la ayuda pero de que sea oportuna, creo que no.”(12)

Otro de los motivos es la alta rotación de psicólogos y el no sentir la suficiente afinidad con ellos. Sobre esto se dijo que al ser atendidos por psicólogos practicantes, al finalizar la práctica el psicólogo se va y otro nuevo toma su lugar, por lo que los procesos se ven afectados al no ser continuos con un mismo profesional.

“Hay un problema en bienestar y es que tengo la sensación de que hay mucha rotación de psicólogos, porque había una psicóloga con la que yo sentía mucha empatía que yo quería que me atendiera que se llamaba xxxxx y la busque y ya no estaba en la universidad entonces me di la oportunidad de buscar otro psicólogo y encontré a otro, pero por vacaciones, en vacaciones no me pudo atender por lo de la universidad pero cuando lo fui a buscar tampoco estaba” (5)

Factores protectores

Carmona et al (2017) en la investigación sobre el suicidio y otros comportamientos autodestructivos en jóvenes universitarios, dio cuenta de que “los espacios en que se desenvuelven los adolescentes también pueden ser un factor protector” y que las universidades al ser uno de estos espacios, tienen la capacidad de prevenir la conducta suicida, por medio de los vínculos y las redes de apoyo creadas por los estudiantes, el proceso de formación y las actividades académicas, el proyecto de vida que se crea a partir de estudiar una carrera, la calidez de los profesores y las demás personas que hacen parte de la vida universitaria.

Los profesores de la universidad fueron percibidos por algunos de los entrevistados como pieza fundamental de los factores protectores a causa del apoyo, la comprensión y la guía recibida por parte de ellos (1, 2, 4, 15). “Varios estudiantes hicieron referencia a los vínculos académicos como un factor que les ayudó a superar el deseo de quitarse la vida” (Carmona et al, 2017).

“pero pues también me he sentido supremamente acompañada de mi asesora de tesis, es una profesora de la u... la mayoría de profesores han sido muy amables, han sido demasiado humanos, osea como que ya les deja de importar cómo de qué " ay si el trabajo, el parcial" sino que en serio como que me brindan un espacio de acompañamiento y escucha” (15)

Como se dijo anteriormente, hay factores que pueden ser de riesgo o protectores en la conducta suicida. Uno de estos factores son los vínculos afectivos, dentro de los cuales se encuentran la inspiración producida por una persona que es considerada como un modelo a seguir, en este caso los maestros. Pero así mismo, si se llega a producir una decepción frente a este modelo, se puede pasar de ser un factor protector a un factor de riesgo (Carmona et al, 2017).

A continuación se dará un ejemplo de como una de las personas entrevistadas considera que las actividades académicas son un factor que alejan la conducta suicida de sí y que es un pensamiento compartido por otros entrevistados (1, 4, 8, 15).

“eso me sostiene, por ejemplo en estos momentos estoy muy deprimida y me influye el que yo no tengo casi clases entonces no hay mucho que hacer, me la pasó todo el día en la casa y entonces digamos que, antes cuando estoy estudiando... y aquí tengo a mis

amigas, me encanta mucho estudiar, eso a mí me gusta mucho, aparte me gusta mucho estar disciplinada, eso a mí también me mantiene bien” (4)

Los estudiantes se muestran de acuerdo frente a la pertinencia de los servicios prestados en bienestar universitario, y a pesar de las sucesos que ven como un problema a la hora de solicitar los servicios, reconocen que el apoyo que se brinda en estos espacios y por parte de los profesionales a cargo, es el indicado según sus necesidades (2, 3, 5, 7, 9, 10, 13, 15). Es por lo anterior que Carmona et al (2017) considera que “el trabajo propio de la comunidad académica del campo de la salud es mantener este factor en el lugar que le corresponde, tanto en la explicación como en la intervención del fenómeno del suicidio”.

“pase a la de Antioquia y obtuve un soporte, una ayuda profesional, a tiempo, muy, pues de mucho apoyo y como una atención muy acorde a lo que yo estaba necesitando en ese momento, entonces fue la universidad en donde yo encontré el apoyo que requería en esa situación... si, en primera instancia acudí al, al auxi... no como era, al, al practicante de psicología que había en la facultad, vio que era un asunto que digamos que requería un poco más de atención entonces me redirigió al bloque 22 que es como bienestar central en la universidad, entonces allí hay unos profesionales que están todo el tiempo, entonces allí me atendió una psicóloga que yo la veía... cada vez que la necesitaba la veía, cada vez que si... si cada semana necesitaba verla, cada semana podía separar una cita con ella, entonces si entre semana necesitaba apoyo en la facultad también me abrían el espacio, y luego ella me redirigió al psiquiatra, en ese entonces también estaba el psiquiatra xxxxxx que a mí me parece, a mí me ayudó mucho, a mi hermana también, y me parece un gran profesional entonces a mí también él me dio soporte y ya, con la

fórmula, el me escribía las fórmulas, y luego yo las iba a hacer autorizar en la EPS, la EPS me proporcionaba el medicamento que necesitaba y así estuve..." (7)

Lo mismo ocurre con la difusión de los servicios prestados por bienestar universitario. A pesar de que en algunas entrevistas se dijo que hay estudiantes que desconocen dichos servicios y cómo funcionan, muchos otros hablaron sobre los métodos usados por las universidades para dar a conocer las ayudas que brindan a la comunidad universitaria (1, 2, 7, 9, 13).

"Por ejemplo vivamos la U, van y dicen y hacen las pedagogías, van y dan los volantes "miren muchachos la línea de atención 24/7, abrimos esto, si necesitan esto en cualquier momento pidan la cita, no necesitan cita, si la atención se necesita rapidito no necesitan cita, ta ta ta" (7)

Es de suma importancia que la universidad de información confiable y clara acerca de los factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida en estudiantes universitarios, ya que muchos de ellos sienten que la universidad como tal, juega un papel importante en la prevención de este fenómeno y a su vez cuenta con suficientes recursos para elaborar estrategias que ayudan a promover la vida en los estudiantes (Carmona et al, 2017).

"Pero bienestar como tal si tiene, envían correos, hacen campañas, hay el jueves de la salud qué es una vez al mes creo que es el último jueves del mes y tiene como tal un toldito de salud mental, cuál es la ruta de atención en caso de que pase algo o si quieres hacer algo, osea como tal si lo tiene." (2)

A pesar de los factores de riesgo identificados por los entrevistados en las universidades, cabe resaltar la buena labor realizada por los profesionales que hacen parte de bienestar universitario y de la comunidad universitaria en general, para tratan de enfrentarse a este fenómeno que se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial.

Conclusiones

Con el pasar de los años el aumento del suicidio a nivel mundial ha generado que se convierta en un problema de salud pública al que muchas personas se han tenido que enfrentar. Los jóvenes, vistos como una de las poblaciones más vulnerables frente a este tema, han prestado su voz para hacer parte de esta investigación en donde se analizaron los factores de riesgo y los factores protectores que conllevan o evitan las conductas suicidas, desde la subjetividad y los significados otorgados por cada participante. Dentro de las narraciones se pudo observar cómo, a pesar de compartir experiencias similares, cada sujeto tiene formas diferentes de interpretarlas y asumirlas, lo que daba cuenta de los diversos factores existentes en cada uno de los entrevistados.

Las historias narradas por cada uno de los universitarios participantes, fueron divididas en dos componentes, las narrativas de muerte que hacen referencia a los sucesos o situaciones que los llevaron a una conducta suicida, la fuera ideación, planeación o intento de suicidio, y una narrativa de vida que tenía como propósito explicar cómo, a pesar de tener o haber tenido una conducta suicida, el suicidio no fue consumado. Cada entrevista dejó visualizar cómo los estudiantes buscan la forma de enfrentarse a estos pensamientos por diferentes medios.

Las razones por las cuales una persona piensa o no en cometer un acto suicida es multifactorial. Van desde factores individuales, familiares, sociales, biológicos y psicológicos que se pueden comportar tanto como factores de riesgo como factores protectores según el contexto en el que se encuentren. Como decía Carmona et al (2017) las personas se suicidan por significados, se conocen casos de personas que han pasado por situaciones similares y no necesariamente generan una conducta suicida ya que el significado y el peso que tiene dicha situación es proporcionado de manera subjetiva por el sujeto que la vive. Pero del mismo modo,

la persona puede cambiar dichos significados y lograr quitar el valor de factor de riesgo de la vivencia, evitando llegar a la conducta suicida.

Dentro de los factores de riesgo identificados en la muestra, la ideación suicida a temprana edad, entre los siete y los veinte años, fue uno de los que se tuvo en común dentro de las personas entrevistadas. Al igual que el estar expuestos a la conducta suicida de una persona cercana, las relaciones familiares, el tener un diagnóstico psiquiátrico y la exposición a los medios de comunicación, en este caso a las redes sociales.

La identificación de estos factores de riesgo pueden dar la posibilidad de que los profesionales en la salud generen estrategias que prevengan las conductas suicidas en los diversos espacios que frecuentan los jóvenes, ya sean en el hogar, en las instituciones educativas, en las zonas de recreación, entre otros.

Los factores protectores, que evitan que las personas pasen de la ideación a la planeación o al acto suicida y que fueron los más mencionados por los entrevistados son los hobbies, dentro de los que se resalta la realización del ejercicio y las actividades deportivas. Más de la mitad de los entrevistados hicieron alusión al apoyo que encuentran los jóvenes en sus amistades y de igual forma, en el cambio que generó en sus vidas llevar procesos de psicoterapia y citas con el área de psiquiatría.

La búsqueda de métodos para potenciar los factores protectores, es primordial a la hora de promocionar la vida y prevenir el suicidio. Pero no debería de pensarse en potenciar estos factores solamente en las personas que presentan las ideaciones suicidas, sino también en los sujetos que aún no dan cuenta de dichos comportamientos y en las familias y amigos de los jóvenes. Las redes de apoyo, como uno de los factores principales de protección, deben de saber

cómo actuar al momento de que una personas cercana muestre indicios de conductas suicidas, de esta forma se puede realizar una intervención oportuna.

Las universidades son de los espacios más frecuentados por los participantes de esta investigación y por ende puede ser visto como un factor protector o un factor de riesgo para los sujetos. Muchos de ellos señalaron la carga académica como un estresor que los llevó a presentar conductas autodestructivas en algún momento de la vida universitaria. También se tocó el tema de Bienestar Universitario, que es la dependencia de la universidad que se encarga de proporcionar a los estudiantes, espacios, talleres y actividades para que su estancia en la universidad sea mucho más favorable. Esta dependencia es la que asigna las citas con los profesionales de salud mental y a pesar de que muchos de los estudiantes hablaron sobre las demoras que se presentaban en los servicios o la alta rotación de los profesionales, se resaltó lo mucho que Bienestar Universitario ayudaba a la comunidad en general, y cómo por medio de sus diferentes medios de difusión de información promocionan sus servicios con el fin de que el estudiantado y las demás personas pertenecientes al campus, pudieran acceder a la ayuda requerida.

Estamos en una etapa, en donde la tecnología hacer parte fundamental de la vida de las personas. Muchos acontecimientos nos han llevado a que cada día se use con frecuencia los computadores, celulares, tablets y el internet. Es por eso que estos medios deben de ser una parte fundamental al momento de pensar estrategias que ayuden a los jóvenes a prevenir el suicidio. La comunicación frecuente por medio de correos electrónicos o la participación en redes sociales como Facebook, twitter o Instagram pueden ser usados como canales de difusión que ayuden a fortalecer los vínculos y evitar los comportamientos autodestructivos.

Referencias

- Agudelo, D.M., Casadiegos, C.P., & Sánchez D.L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, Vol. 1, No. 1, pp. 34-39.
- Andrade, J.A., Bonilla L.L., & Valencia Z.M. (2010). Factores Protectores de la ideación suicida en 50 mujeres del Centro Penitenciario: “Villa Cristina” Armenia – Quindío (Colombia). *Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas*, 17 (6), 6-32.
- Antón, J.M., et al. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de psicología*, vol. 29, nº 3, 810-815.
- Arias, H.A. (2013). Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, Volumen 3, Número 2, 215-225.
- Barrionuevo, J. (2009). Suicidio e intentos de suicidio. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología
- Blandón, O., Carmona, J., Mendoza, M. & Medina, O. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Rev. Arch Med Camagüey*, Vol 19 (5), 469-478
- Caballero Domínguez, C.C., Suárez Colorado, Y.P. & 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.
- Calvo, J., Sánchez, R., & Tejada, P. (2003). Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *Rev. Salud pública*, 5 (2), 123-143.
- Carmona, J., Carmona, D., Maldonado, N., Rivera, C., Fernández, O., Cañón, S, Jaramillo, J., Narváez, M. y Alvarado, S. (2017). El suicidio y otros comportamientos autodestructivos

- en jóvenes universitarios de Colombia y Puerto Rico: acciones interacciones y significaciones. Manizales: Universidad de Manizales.
- Carvajal, G. & Caro, C. (2011). Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009. *Colombia Médica*, vol. 42, núm. 2, pp. 45-56.
- Ceballos, G., & Suárez, Y. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de psicología. *Revista CES Psicología*, 5(2), 88-100
- Cervantes, W., & Melo, E. (2008). El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento. *DUAZARY*. Vol. 5 N° 2, 148-154.
- Córdova, M., Rosales, M.P., Caballero, A., & Rosales, J.C. (2007). Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios: su Asociación con Diversos Aspectos Psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, vol. 15, núm. 2, pp. 17-21.
- Coffin, N., Álvarez, M., & Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 14 No. 4, 341-354.
- Corona, B., Hernández, M., & García R.M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100
- Echávarri, A. (2010). Concepto y clasificación de la conducta suicida.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, Vol. 33, N° 2, 117-126.
- Espinosa, P., Hernández, H., López, R y Lozano, S. (2018). Muestreo de bola de nieve. Departamento de Probabilidad y Estadística.

- Espinoza, F., Zepeda, V., Bautista, V., Hernández-Suárez CM, Newton-Sánchez OA, Plasencia-García GR. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Pública Mex* 2010; 52:213-219.
- Franco, S. et al. (2017). Suicidio en estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia, 2004-2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 269-278.
- Feldman, L., et al. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *UNIVERSITAS PSYCHOLOGICA*, V. 7 NO. 3, 739-751.
- García Peña, J. J., Moncada Ortiz, R. M. y Quintero Gil, J. (julio-diciembre, 2013). El bullying y el suicidio en el escenario universitario. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 298-310.
- Goethe JW. *Las desventuras del joven Werther*. Madrid: Ediciones Cátedra S.A.; 1997.
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C., & González, J.J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, V. 23, No. 2, 21-30.
- Hernández, A y Pino, Y. (2014). Actividades físico-recreativas para la inserción social de los parasuicidas jóvenes (15-19 años) del municipio Urbano Noris. Trabajo de Diploma para optar por el título de Licenciado en Cultura Física.
- Hernández, P.A y Villarreal R.E. (2015). Estudio psicosociológico: factores de riesgo de la conducta suicida. *MEDISAN*, 19(8): 1051.
- Hernández, S., Fernández, C y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana.

- Jiménez, A. y Gonzáles, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del instituto nacional de psiquiatría. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 6, 35-46.
- Krauskopof, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, (vol.1 n.2).
- Mejías, Y., García, M.P., Schmidt, J., Quero, A., & Gorlat, B. (2011). Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. *An. Sist. Sanit. Navar*, Vol. 34, Nº 3, 431-441.
- Monje, C.A. (2011). En *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa guía didáctica*. Neiva. Universidad Surcolombiana
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N. & Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, lima 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 23(4).
- Pérez, A. & et al. (2011). Estilos parentales como predictores de la ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el caribe*, Vol. 30, n.º 3, pp. 551-568.
- Páramo, D. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *pensamiento y gestión*, Nº 39, 7-14.
- Perales, A., Sánchez, E., Parhuana, A., Carrera, R., & Torres, H. (2013). Conducta suicida en estudiantes de la escuela de nutrición de una universidad pública peruana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 76, núm. 4, pp. 231-235.
- Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J., Atuesta, J. & Suárez, M. (2008). Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Rev. Salud pública*, 10 (3), 374-385

- Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. *Terapia psicológica*, Vol. 31, N° 2, 263-271.
- Quintanilla, R., Haro, L., Flores, M., Celis de la Rosa, A. & Valencia, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*, vol. V, núm. 2.
- Real academia española: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.3 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [Fecha de la consulta].
- Rivera, M.E., & Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 8, núm. 2, pp. 23-40.
- Rosales, J.C., Córdova M., & Escobar, M.P. (2013). Ideación suicida en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Tlaxcala y variables asociadas. *Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época, Número 28*, 20-32.
- Rosales, J., Córdoba, M., & Ramos, R. (2012). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud*, Vol. 22, Núm. 1, 63-74.
- Roselló, J., Duarte, Y., Bernal G., & Gema, M. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, Vol. 45, Núm. 3, pp. 321-330
- Salicrú, C. (1924). *Análisis del suicidio monografía sobre el suicidio sus causas y remedios*. Barcelona: Imprenta de EUGENIO SUBIRANA.
- Salman, D.G. (2011). *Futuro imperfecto: dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún*. México, D.F.

- Salvo et al, L. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y suicidalidad en adolescentes. *Rev Med Chile*, (141), 428-434
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 22, 407-16.
- Sánchez, J.C., Villarreal M.E, y Musitu, G. (s.f). CAPÍTULO 12. IDEACIÓN SUICIDA. 2019. Sitio web: <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13.pdf>
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 22, 407-16.
- Sánchez, R., Guzmán, Y. & Cáceres, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV, núm. 1, pp. 12-25.
- Sánchez, D., & Robles, M.A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, vol. 35, núm. 3, pp. 181-192.
- Sarmiento, C. & Aguilar, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, Vol. 21, Núm. 1, 25-30.
- Sandoval, C.A. (1996). *Investigación cualitativa*. Bogotá, Colombia: Editores e Impresores Ltda.
- Serrano, M.G., & Flores M.M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología 224 y Salud*, Vol. 15, Núm. 2, 221-230.
- Siabato, E.F., Forero, I.X., & Salamanca, Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, Vol 15, No 1, pp. 51-61
- Siabato, E., & Salamanca, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 71-81.

- Suárez, Y. (2012). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 182 - 200.
- Taha, N., Florenzano, R., Sieverson, C., Aspillaga, C., & Alliende, L. (2011). La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*, 49 (4), 347-360.
- Universidad de Antioquia (s.f.). Acerca de Memoria.
<http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/campanas/memoria>
- Universidad de Antioquia. (s.f.). El Bienestar en la UdeA.
<http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/bienestar/bienestar/>
- Universidad Nacional de Colombia (s.f.). Bienestar Universitario.
<https://bienestaruniversitario.medellin.unal.edu.co>
- Universidad Nacional de Colombia (s.f.). Historia. Creacion de la Escuela Nacional de Minas.
<https://medellin.unal.edu.co/linea-de-tiempo.html>
- Vargas, B. & Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatr*, 75 (1), 19-28.