

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, SOCIALES Y HUMANISTICAS



**“FACTORES ACTITUDINALES SOBRE CREENCIAS DEL
COMPORTAMIENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGIA Y
MEDICINA DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA SEDE
VALLEDUPAR, CESAR, 2019.”**

Trabajo de Grado tipo Monografía

Elaborado Por:

Duvan Steven Gonzalez Aristizabal

Para optar por el título de Psicólogo

Tutor:

Jonattan Pumarejo

Valledupar, Cesar

2019

“Ella hablaba de suicidarse. No muchas veces, algunas, durante sus últimos años de vida. Pero ninguno de nosotros se lo creía. Son cosas que no se creen. Todos los suicidios son, en el fondo, inexplicables para aquellos que deberían haber visto lo que estaba sucediendo”.

La quinta mujer" (1996)

Henning Mankell.

NOTA DE ACEPTACION

FIRMA JURADO

FIRMA JURADO

FIRMA JURADO

VALLEDUPAR, CESAR _____ DE _____ DE 2019.

Agradecimientos

Deseo expresar mi agradecimiento a mi asesor de este proyecto de grado el Dr. Jonattan Pumarejo, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas. Gracias por la confianza ofrecida desde que llegué a esta facultad.

Así mismo, agradezco a la Dra. Ana Maria Aya líder del laboratorio de psicología por su apoyo personal y humano, quien con su paciencia y conocimientos contribuyó de manera significativa en la organización de mi proyecto de grado y siempre estuvo presta a responder mis inquietudes.

Por otro lado, deseo agradecer al Dr. Guillermo Pulido, con cuyo trabajo estaré siempre en deuda, gracias por su amabilidad para facilitarme sus conocimientos en materia de la metodología de la investigación, su tiempo y sus ideas, realmente lo considero una eminencia en este tema, mi más sincera admiración y respeto.

Gracias a mi familia, a mis padres y a mi hermana, porque siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y este proceso académico.

Finalmente, a todos los docentes, amigos, conocidos y personas que directa e indirectamente contribuyeron al desarrollo y finalización de este proyecto de grado, no queda duda que un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales.

A todos, muchas gracias.

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados en mi vida, ser psicólogo.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hijo, son los mejores padres.

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Tabla de contenido

Portada.....	i
Epígrafe.....	ii
Nota de aceptación.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Dedicatoria.....	v
Tabla de contenido.....	vi
Índice de tablas.....	vii
Índice de graficas.....	viii
Resumen.....	10
(Abstract).....	11
Introducción.....	12
1. CAPITULO I.....	14
1.1.Planteamiento del problema.....	14
1.2.Formulación del problema.....	19
1.3.Objetivos.....	19
1.3.1 Objetivo General.....	19
1.3.2 Objetivos específicos.....	19
1.4 Justificación.....	20
2. CAPITULO II.....	22
2.1 Antecedentes.....	22
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	24
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	28
2.1.3. Antecedentes locales.....	28
2.2. Marco teórico.....	29
2.2.1 Teorías sobre la conducta suicida.....	29
2.2.1.1 Teorías sociológicas.....	30
2.2.1.2 Teoría de Vulnerabilidad Biológica.....	31
2.2.1.3 Teoría cognitivo-conductual.....	32
2.2.1.4 Teoría Psicodinámica.....	33
2.2.1.5 Teoría Psicosocial del Estrés.....	34
2.2.2 Concepto de Suicidio.....	35
2.2.3 Factores de riesgo asociados al suicidio.....	36
2.2.3.1 Factores Sociodemográficos.....	37
2.2.3.2 Factores Genéticos y Biológicos.....	38
2.2.3.3 Factores Clínicos y Psiquiátricos.....	39
2.2.3.4 Factores Psicosociales.....	40
2.2.4 Otros conceptos asociados.....	40
2.2.4.1 Suicidio Consumado.....	41
2.2.4.1 Ideación suicida.....	40

2.2.4.1 Intento de suicidio o tentativa suicida.....	40
2.2.5 La Adolescencia.....	40
2.2.6 Suicidio en jóvenes y Adolescentes.....	41
2.2.7 Conducta Suicida.....	42
2.2.8 Suicidio en Universitarios.....	43
2.2.9 Carreras de Psicología-medicina y el suicidio.....	43
2.2.10 Creencia, actitud y comportamiento.....	43
2.2.11 Factores actitudinales sobre el comportamiento suicida.....	43
2.2.11.1 Legitimación del suicidio.....	43
2.2.11.2 Suicidio en enfermos terminales.....	44
2.2.11.3 Dimensión moral del suicidio.....	44
2.2.11.4 El propio suicidio.....	45
2.2.12 Suicidio y Trastorno Mental.....	46
2.2.13 Criterios DSM-5 trastorno de comportamiento suicida.....	46
2.3 Marco conceptual.....	47
2.4 Marco geográfico.....	49
2.5 Marco Jurídico.....	50
2.6 Operacionalización de variable.....	53
3.0 CAPITULO III	54
3.1 Marco metodológico.....	55
3.2 Tipo de investigación.....	55
3.3 Diseño de la investigación.....	56
3.4 Alcance en la investigación.....	56
3.5 Población.....	56
3.6 Muestra.....	58
3.7 Instrumentos y Procedimiento.....	59
3.8 técnicas de análisis de resultados.....	60
4. CAPITULO IV	61
4.1 Análisis de resultados.....	61
4.2 Discusión y conclusiones.....	73
4.3 Recomendaciones.....	76
Bibliografía.....	79
Anexos.....	85

Índice de tablas

Tabla 1. Estimaciones de tendencia central y dispersión de factores.....45

Tabla 2. Cuadro de operacionalizacion de Variable.....52

Índice de figuras

Figura 1. Distribución porcentual por sexo.....	45
Figura 2. Distribución porcentual por religión.....	46
Figura 3. Distribución porcentual por edad.....	47
Figura 4. Distribución porcentual por estrato.....	48
Figura 5. Distribución porcentual por programa	49
Figura 6. Distribución porcentual por semestre.....	50
Figura 7. Medias (línea azul) y puntajes relativos (línea roja).....	51
Figura 8. Medias de participantes de sexo femenino.....	52
Figura 9. Medias de participantes por religión.....	53
Figura 10. Medias de participantes comparación por edad.....	54
Figura 11. Medias de participantes comparación por estrato.....	55
Figura 12. Medias de participantes comparación por programa.....	56
Figura 13. Medias de participantes por Semestre Actual.....	57
Figura 14. Datos de la formula estadística identificación de muestra.....	12
Figura 15. Formula estadística identificación de muestra.....	12
Figura 16. Resultado formula aleatoria simple.....	12

Resumen

Objetivo: Identificar los factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Area Sede Valledupar, Cesar, 2019. **Material y métodos:** Se trata de un estudio cuantitativo de alcance descriptivo transversal. La población se compuso de 663 estudiantes universitarios, 604 de psicología y 59 de medicina, la muestra fue de n=300 estudiantes en donde el 83% fueron mujeres y 17% hombres. En cuanto a la edad los participantes en 43% de 18 a 20 años, y el 41% de 21 a 27 años. El instrumento aplicado fue el cuestionario CCCS-18 y las variables sexo, edad, estrato, religión, programa y semestre fueron tenidas en cuenta para realizar comparativa. **Resultados:** Los estudiantes de psicología tienen mayor rechazo moral (17,0) pero también mayor aceptación del propio suicidio (9,3). En cambio, los estudiantes de medicina tienen mayor actitud hacia legitimación del suicidio (12,1) y mayor actitud hacia la justificación de éste en enfermos terminales (13,0). Las mujeres tienden a tener mayor rechazo moral, pero también mayor aceptación del propio suicidio. En cambio, los hombres tienen mayor actitud hacia legitimación del suicidio y de éste en enfermos terminales. Los participantes que no profesan ningún credo religioso, presentan mayor aceptación moral del suicidio (19,6) con relación a los que profesan una religión. Los participantes de 8° semestre tienen mayor favorabilidad en cuanto al suicidio en sus diferentes dimensiones, ya que en todos los factores oxiló en puntajes altos. **Conclusiones:** Los estudiantes tienen mayor favorabilidad hacia la aceptación del suicidio en enfermos terminales y el Rechazo moral del suicidio, por lo cual que consideran el suicidio como un acto justificable y la moral interviene para tomar tal decisión.

Palabras clave: Actitudes, suicidio, intento suicida, ideación suicida, conducta suicida, factores, creencia y universitarios.

Abstract

Objective: To identify the attitudinal factors on beliefs of suicidal behavior in psychology and medicine students of the University Foundation of the Valledupar Area, Cesar, 2019.

Material and methods: This is a quantitative study with a transversal descriptive scope. The population consisted of 663 university students, 604 of psychology and 59 of medicine, the sample was $n = 300$ students where 83% were women and 17% men. Regarding age, the participants were 43% from 18 to 20 years old, and 41% from 21 to 27 years old. The instrument applied was the CCCS-18 questionnaire and the variables sex, age, stratum, religion, program and semester were taken into account to make comparisons. **Results:** Psychology students have greater moral rejection (17,0) but also greater acceptance of suicide (9,3). On the other hand, medical students have a greater attitude toward the legitimation of suicide (12,1) and a greater attitude toward the justification of suicide in terminally ill patients (13,0). Women tend to have greater moral rejection, but also greater acceptance of suicide. On the other hand, men have a greater attitude toward the legitimation of suicide and of it in the terminally ill. Participants who do not profess any religious creed have greater moral acceptance of suicide (19,6) in relation to those who profess a religion. The participants of 8th semester have greater favorability regarding suicide in its different dimensions, since in all the factors oxiló in high scores. **Conclusions:** Students are more favorably towards the acceptance of suicide in the terminally ill and the moral rejection of suicide, which is why they consider suicide as a justifiable act and morality does not intervene to make such a decision.

Keywords: Attitudes, suicide, suicide attempt, suicidal ideation, suicidal behavior, factors, beliefs and university students.

Introducción

En los últimos años Colombia ha tenido un incremento en los índices de suicidio, lo que ubica en el tercer país Latinoamericano, después de Cuba y Brasil, (Martínez & Robles, 2016, p. 89), por lo cual la presente investigación tiene como finalidad identificar los factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Área Sede Valledupar, Cesar, 2019, Para analizar esta problemática es necesario mencionar que en Valledupar, las tasas de suicidio e intento suicida han aumentado considerablemente en los últimos años, en el año 2018 se presentan altas cifras en el Cesar y especialmente en población universitaria (Andrade, 2018, p. 09), lo cual demuestra la necesidad de abordar este tema desde los factores actitudinales.

Dicha investigación se realiza tras el interés de brindar un aporte importante a la comunidad científica, debido a que no se encuentran estudios realizados con estas variables a nivel regional y mucho menos local, además considerando que en Colombia, son limitadas las investigaciones que han abordado el suicidio desde las actitudes, se reconoce este estudio como innovador y como una propuesta importante a la comunidad psicológica, el cual aporta resultados interesantes los cuales pueden contribuir como referentes en otros procesos de investigación a mayor escala que se realicen teniendo en cuenta el comportamiento suicida desde el punto de vista de los factores actitudinales y las creencias en los estudiantes universitarios. Por otro lado, se denota un interés académico, ya que los resultados obtenidos son considerados de gran significancia, teniendo en cuenta que la muestra selección es representativamente importante, por lo cual los datos obtenidos pueden servir como referentes para la Fundación Universitaria del Área Andina, en miras de evaluar los riesgos suicidas a los cuales están expuestos los estudiantes de psicología y medicina y a partir de

este realizar otras investigaciones que permitan la elaboración de políticas en materia de salud mental para prevenir posibles comportamientos suicidas.

Por otra parte, la presente investigación se constituye un estudio de tipo cuantitativo, de alcance de tipo descriptivo, con un diseño no experimental transversal, se tomó una población total de 663 estudiantes, los cuales corresponden a todos los semestres de 1° a 10° del programa de psicología (604 estudiantes) y de 1° y 2° semestre del programa de medicina (59 estudiantes) con ello se conforma el total de la población universal $N=663$. La muestra tomada es de tipo no probabilística por conveniencia, el instrumento utilizado fue el cuestionarios de Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida-CCCS 18-, el analisis de datos se realiza a través del SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) y de Excel. Esta investigación establece como objetivo específicos indagar la legitimización como visión racionalmente aceptada del comportamiento suicida en los estudiantes de psicología y medicina, estimar de manera comparada la postura de aceptación de la muerte asistida en enfermos terminales, detallar la aceptación moral del comportamiento suicida en los estudiantes y establecer la visión de la propia conducta suicida como salida ante una determinada situación.

Finalmente, la presente investigación en el capítulo I presenta la descripción del problema, la formulación de la pregunta de investigación, se presentan los objetivos, se define la justificación y la contextualización del comportamiento suicida en estudiantes universitarios, en el capítulo II se exponen los aspectos teóricos así como como la revisión de antecedentes tanto internacionales, nacionales y locales así como el marco legal, geográfico y conceptual. Posteriormente en el capítulo III se evidencia la metodología, en cuanto a los instrumentos y técnicas utilizadas, para finalmente en el capítulo IV se realiza la interpretación, analisis de resultados, se presentan las discusiones y conclusiones.

2.1 Capítulo I: Descripción del problema

En los últimos años se ha observado un incremento de la conducta suicida, considerándose como un problema de Salud Pública y Mental, lo que genera preocupación a nivel mundial. Según estadísticas de la OMS (2018), durante los últimos 50 años las tasas del suicidio se han incrementado en 60 % (Bastos et. Al, 2018, p. 12). Cada año se suicidan más de un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por 100.000 habitantes o una muerte cada 40 segundos, además la misma organización calcula, que por cada muerte atribuible a esta causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos, lo que se traduce en lesiones, hospitalizaciones, traumas emocionales y mentales (Carmona, Gaviria & Bernal, 2014, p. 102).

Según Castañeda (2016) numerosas investigaciones han concordado que los adolescentes presentan mayor vulnerabilidad hacia el comportamiento suicida debido a que es una etapa de cambios físicos y psicológicos atribuidos especialmente a modificaciones en los procesos hormonales, que marcan un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Durante la adolescencia se generan cambios psicosociales asociados con la adaptación e integración de una nueva estructura corporal, la reestructuración de la identidad y la anticipación de un futuro a través de la construcción de un proyecto de vida.

Sin embargo Collazo (2013) afirma que en los últimos años, uno de los aspectos que mayor preocupación ha generado se orienta a la tendencia a la ideación suicida, los intentos suicidas y los suicidios consumados que han ido creciendo exponencialmente en estudiantes universitarios, llegando a considerarse desde hace algunos años, a los programas de psicología y medicina como carreras que presentan tasas elevadas de depresión y ansiedad, por encima de lo observado en la población en general, lo repercute como factores de riesgo asociados al comportamientos suicida.

Cortés et al. (2010) afirma que los universitarios/ as constituyen un sector particular de los jóvenes, caracterizado por su acceso a un nivel más alto de formación y a mayores oportunidades académicas, económicas y laborales. Abordar el suicidio en este subgrupo social, fenómeno relativamente menos estudiado, constituye un reto importante y significa un aporte tanto para el reconocimiento del problema como para la exploración de los distintos enfoques científicos y disciplinarios y para esbozar posibilidades de acción desde el ámbito universitario.

Franco (2017) afirma que el comportamiento suicida es un proceso complejo que puede incluir ideaciones suicidas, amenazas, gestos e intentos, hasta desembocar en el suicidio propiamente dicho, aunque puede ocurrir suicidio sin ideación previa, así como ideaciones que no lleven a la muerte autoinfligida. La presencia de cualquiera de los elementos antes mencionados puede considerarse como signo de riesgo en la persona que los presenta (Carmona, Gaviria & Bernal, 2014, p. 102). Sin embargo según Castañeda (2016) las cifras tan alarmantes ha despertado en la comunidad psicológicas el interés por estudiar esta importante problemática, y en los últimos años se ha encontrado que para hablar de suicidio es de gran relevancia abordarlo desde el estudio de las creencias actitudinales de los individuos, ya que las actitudes se consideran una respuesta a un estímulo que contiene componentes cognitivos, afectivos y de comportamiento extendiéndose a todos los aspectos de inteligencia y comportamiento. Es decir se trata de una disposición interior o propensión a la acción que afecta la elección de la acción o conducta a ser adoptada.

García (2008) considera que en la evaluación de actitudes relacionadas al comportamiento suicida deben ser tenidas en cuenta como importantes la percepción de la propia competencia profesional, sentimientos negativos (rabia , distanciamiento e

impotencia) en relación a la persona con comportamiento suicida y actitudes moralistas o condenatorias, en relación al comportamiento suicida, además se aborda la importancia de conocer la percepción de los estudiantes frente al comportamiento suicida en personas con enfermedades terminales, la favorabilidad o rechazo hacia la justificación del propio suicidio y el de otros, todos estos indicadores permiten identificar la importancia de las actitudes en el estudio del comportamiento suicida.

Por otro lado, González, Medina & Ortiz (2016) considera que el suicidio es un fenómeno frecuente, complejo, con fuerte impacto y serios cuestionamientos a las personas y la sociedad. Justamente por ello es frecuente una actitud evasiva frente a él, e inclusive todavía es para algunos un tema tabú. Siendo el suicidio el acto de quitarse la vida a sí mismo, implica una decisión autónoma que genera interrogantes éticos, jurídicos y religiosos, y conlleva mensajes confusos para sus destinatarios (Bastos et. Al, 2018, p. 12). Es por ello que la tendencia suicida puede pensarse como un proceso que empieza con la idea de quitarse la vida, pasa por el intento de suicidio hasta finalizar con el suicidio consumado. La ideación suicida es una fracción compleja de este proceso (Larrotta et al, 2014, p. 57). Las ideas suicidas pueden implicar desde pensamientos de falta de valor de la vida hasta la programación de un acto letal, atravesando por deseos más o menos intensos de muerte. En torno a lo anterior se considera de gran importancia el estudio desde el punto de vista actitudinal en miras de conocer e identificar las percepciones de los estudiantes frente a las manifestaciones del comportamiento suicida (Carmona, Gaviria & Bernal, 2014, p. 102).

Por lo cual, Según Castañeda (2016) se consideran que son muchos los factores, asociados a la conducta suicida, apuntados la literatura han sido diversos, lo que demuestra que es un evento multifactorial o multidimensional dentro de los más relevantes se evidencia la falta de esperanza, impulsividad, agresividad, percepción del cuerpo, dificultades de

comunicación y falta de la sensación de pertenecer socialmente, han sido apuntados como posibles factores que desencadenan el proceso de ideación suicida. Además según Martínez & Robles (2016) se anexan aspectos como variables demográficas y socioeconómicas; orientación sexual; práctica religiosa; comportamiento suicida en la familia y entre amigos; consumo de alcohol; y síntomas depresivos, también han ganado relevancia en la literatura.

Por otro lado el estudio de Chite (2015) afirma que a nivel actitudinal también existen algunos factores que son importantes mencionar dentro de los cuales se evidencian la legitimación del suicidio el cual se compone de la visión del suicidio como algo racionalmente aceptable, sugiriendo el hecho de contar con establecimientos para que los suicidas puedan quitarse la vida de manera privada, y con menor sufrimiento. El suicidio en enfermos terminales que incluye al suicidio en enfermos que no tienen posibilidad de vivir, la dimensión moral del suicidio el cual considera la soledad de las personas sujetas a depresión fuerte y finalmente el propio suicidio, que considera que las personas con pensamientos suicidas tienen una actitud favorable hacia la conducta suicida en general y hacen el propio suicidio (Chite, 2015, p. 89).

Por tanto, es evidente que existen muchos factores que están asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios y estos a su vez pueden presentarse en un cualquier momento de la vida, en el cual diversas transformaciones están ocurriendo, los que demandan madurez y autonomía para la toma de decisiones frente a las determinaciones rígidas del ambiente académico (Carmona, Gaviria & Bernal, 2014, p. 102). De esa forma, identificar los factores que se asocian a la presencia de ideación suicida, en los estudiantes universitarios desde el componente actitudinal puede constituir una importante herramienta para la gestión de acciones de prevención y protección por parte de los gestores de la universidad y así minimizar los riesgos asociados (Bastos et. Al, 2018, p. 12).

Se resalta que la literatura internacional ha producido algunas informaciones sobre la ideación suicida dirigida a esa población, ya que a nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (OMS), expone que el suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, ya que se encuentra entre las tres primeras causas de muerte, y pronostica un incremento del mismo, en donde la cifra se aproximaría a un millón de muertes en el 2020. (Villalobos, 2009, p. 90). En este mismo sentido, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el año 2018, señaló que en América Latina, Colombia ocupa el tercer lugar en tasas, lo que la ubica después de países como Cuba y Brasil, con una tasa para ese año de 3,8. En cuanto al departamento de Antioquia esta corresponde a 5,2; y para la ciudad de Medellín fue de 5,1 (Bastos et al, 2018, p. 78).

En el año 2018 se registraron en el departamento del Cesar, 36 casos de suicidios, 22 de ellos en la capital del Cesar, y el resto en Aguachica, Codazzi, Chimichagua, La Gloria, Río de Oro, Pelaya, Pailitas, San Alberto y La Jagua de Ibirico (Andrade, 2018, p. 09), lo cual converge con el estudio realizado en Valledupar por Martínez & Robles (2016) la cual concluye que aspectos como la situación social y económica genera desesperanza en especial en la población más joven, lo que se convierte en un estresor vital que conlleva a la población vallenata a suicidarse.

Por lo cual teniendo en cuenta lo anterior, surge el interés de la presente investigación en abordar la problemática del suicidio que afecta principalmente a la población joven desde el punto de vista de las creencias actitudinales, por lo cual se establece como población objeto los estudiantes universitarios de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Área Andina, en miras de identificar los factores actitudinales asociados al comportamiento suicida y con ello brindar un aporte teórico que sea utilizado como sustrato en la elaboración de políticas públicas de salud mental, en la prevención e intervención del suicidio.

1. 2. Formulación Del Problema

¿Cuáles son los factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Area Sede Valledupar, Cesar, 2019?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Identificar los factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Area Sede Valledupar, Cesar, 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Indagar la legitimización como visión racionalmente aceptada del comportamiento suicida en los estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Area Sede Valledupar, Cesar, 2019.
- Estimar de manera comparada la postura de aceptación de la muerte asistida en enfermos terminales en estudiantes universitarios.
- Detallar la aceptación moral del comportamiento suicida en los estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Area Sede Valledupar, Cesar, 2019.
- Establecer la visión de la propia conducta suicida como salida ante una determinada situación en los estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Area Sede Valledupar, Cesar, 2019.

1.4 Justificación

De acuerdo con Andrade (2018) afirma que en Valledupar los casos de autoeliminación en Valledupar cada vez son más graves. Desde menores de edad hasta adultos mayores llegan a tomar esta fatídica decisión, [...] “hasta ahora 13 casos se han confirmado en la capital del Cesar en lo que va corrido del año” (p.10). Por lo cual teniendo en cuentas estas cifras surge el interés de la presente investigación en estudiar el suicidio desde una perspectiva de las actitudes de los estudiantes sobre factores asociados a las creencias del comportamiento suicida.

Es importante mencionar que la presente investigación centra su interés en jóvenes universitarios, ya que de acuerdo con el estudio realizado por López et al., (2009) explica que los estudiantes universitarios, representan una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad frente al comportamiento suicida, y manifiesta que dentro de las carreras con mayor riesgo psicosocial están los estudiantes de psicología y medicina, debido a las largas jornadas Académicas, así como la exigencia demandante de las carreras, por lo cual se considera de gran relevancia la escogencia de esta población como objeto de estudio en miras de brindar un aporte teórico significativo en materia de investigaciones realizadas a nivel local.

Se considera que dicho estudio traerá consigo grandes beneficios a la comunidad psicológica y en general a la población estudiada, debido a que de acuerdo con la revisión bibliográfica, se evidencia que son pocas y limitadas las investigaciones hechas en la ciudad que tuvieron una finalidad parecida al objetivo del presente estudio, por lo cual hoy en día abordar el tema del suicidio permite en el contexto local, brindar un aporte significativo que contribuye a la adquisición de conocimientos y datos importantes para comprender las manifestaciones y alcance de la problemática del suicidio en jóvenes universitarios.

Ademas, se resaltar la importancia practica del presente estudio, debido a que sus resultados brindan un acercamiento a las creencias de los estudiantes universitarios sobre el comportamiento suicida, lo cual repercute en beneficios para la institucion de educación superior, ya que a partir de la información suministrada y el analisis realizado, se puede tener una línea de base que ayude a reunir esfuerzos para mitigar el impacto del suicidio en los estudiantes universitarios y en caso de reconocerse estudiantes en riesgo suicida inmediatamente activar la ruta de atención para el debido proceso.

Por otro lado, cabe mencionar que este estudio propone un gran valor teórico, debido a que abordar el suicidio desde las actitudes de los estudiantes, lo cual se considera un valor agregado teniendo en cuenta que la mayoría de estudios a nivel nacional y regional no han lo han abordado desde esta magnitud.

Cabe resaltar, que este estudio representa una relevancia metodológica, ya que la muestra escogida para este estudio se reconoce como significativa, debido a que abarca un número importante de estudiantes del programa del psicología y medicina, lo cual permite que los resultados obtenidos representen un aporte significativo que repercute de manera favorable en miras de ampliar y generalizar este estudio a escalas mayores que sean aplicables a nivel Regional y Nacional.

Ademas, se reconoce el valor único e innovador del presente estudio, ya que no se encuentra registro bibliográfico de antecedentes realizados con las variables actitudinales asociados al suicidio, por lo cual la presente propuesta de investigación se reconoce de gran importancia y relevancia tanto a nivel local como regional, en miras de aportar un producto científico que contribuirá a aumentar el conocimiento sobre los factores actitudinales asociados al comportamiento suicida en jovenes universitarios.

2.1 Capítulo II: Antecedentes de Investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

En Arequipa, Perú, Chite (2015) proponen un artículo con el objetivo de conocer las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida relacionadas al sexo, edad y convivencia familiar en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la I.E. Santa Rosa de Lima, Arequipa, 2015. A través de una investigación observacional, prospectivo y transversal. La población se compuso de 114 estudiantes, 53 del sexo masculino y 61 del femenino, con edades de 14, 15 y 16 años. Para identificar la presencia de creencias favorables hacia el comportamiento suicida se utilizó el cuestionario CCCS-18 y las variables sexo, edad y convivencia familiar fueron identificadas con una encuesta. Los resultados reflejan que la presencia en general de creencias favorables hacia el comportamiento suicida fue del 65,8%, siendo mayor en el sexo femenino (53,3%). En relación a la edad, los adolescentes de 15 años mostraron creencias favorables en una mayor frecuencia (56%) que los de 14 años (24%) y 16 años (20%). Respecto a las dimensiones del suicidio, sólo se halló dependencia en el caso de creencias favorables hacia el propio suicidio relacionadas al sexo y edad ($\chi^2=3,92$ y $6,88$; p). Se concluye que las creencias del suicidio van acorde con variables de la edad y del sexo, en las dimensiones donde más se presenta respuesta favorable está en el propio suicidio y en los comportamientos morales asociados al suicidio.

En Brasilia, Brasil, Bastos, Pertile, & Carvalho (2018) tuvo como objetivo identificar la actitud de profesionales y estudiantes de enfermería, fisioterapia, medicina y psicología de un hospital universitario ante el suicidio asistido y la eutanasia. El estudio fue desarrollado por medio de un cuestionario de auto-llenado y contó con 354 participantes, entre los cuales el 68,1% concordó con la legalización del suicidio asistido y el 73,2% con la legalización de la eutanasia para pacientes con enfermedades terminales. La concordancia con la legalización

del suicidio asistido o de la eutanasia fue del 46,9% en casos de pacientes con enfermedades neurodegenerativas progresivas y del 30,8% en casos de tetraplejia. En los casos de enfermedades terminales, si se legalizara, el 45% de los participantes practicaría suicidio asistido, el 57% solicitaría eutanasia, el 36,5% colaboraría en el suicidio asistido y el 39,9% colaboraría en la eutanasia. Se concluye que la amplia aceptación de la legalización de la eutanasia y del suicidio asistido entre los participantes enfatiza la necesidad de ampliar la discusión sobre el tema entre la población.

En puerto Rico, Collazo (2013) propone una tesis titulada perfil psicológico y psicosocial de estudiantes universitarios de primer año con riesgo suicida, el autor propone desarrollar el perfil psicológico y psicosocial del estudiante de primer año universitario con riesgo suicida. A través de la recolección de datos obtenidos por un Programa de Prevención de Suicidio realizado durante los años 2006-2009. La información analizada representa los datos de 500 estudiantes que obtuvieron las puntuaciones más altas en el factor de riesgo suicida en la escala IRSA administrada por el programa. Las conclusiones a las cuales llegó la investigación fue que existe la conducta suicida en estudiantes universitarios representada por pensamientos, deseos e intentos. De igual manera, los datos demostraron la existencia de factores y características comunes que inciden en los estudiantes universitarios de primer año con riesgo suicida, lo cual repercute por causales como estrés académico, falta de afrontamiento de la frustración, situaciones de vulnerabilidad entre otras.

En la Habana, Cuba, Cortés et al. (2010) en su estudio se plantea como objetivo identificar los factores que se asocian con el intento suicida. La información se obtuvo del cuestionario diseñado al efecto para la investigación. Se calcularon medidas descriptivas para variables cualitativas; para identificar asociación se utilizó la prueba Chi cuadrado de Mantel. Las causas mayormente referidas fueron la familia, seguida de problemas en la escuela para

las edades de 10-14 años y en la relación de pareja, seguida por causas familiares para las edades de 15-19 años. Las variables que mostraron asociación con el intento suicida fueron la presencia de ideación y planes suicidas como el deseo de hacerse daño, la elaboración de planes anteriores, presencia de desesperanza y comunicación de la ideación suicida. Se concluye que las tentativas de suicidio se han incrementado considerablemente antes de los 20 años de edad en las últimas décadas. Se realiza un estudio de caso y caso-control de los adolescentes que hicieron intento suicida en la provincia de Sancti Espíritus.

2.1.2 Investigaciones Nacionales

En Barrancabermeja, Colombia, León, Oses, & Villareal (2018) proponen un estudio con el objetivo de determinar las diferencias en las creencias sobre el suicidio en las personas según el grupo etario al que pertenezcan, se adelantó un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Los participantes fueron una muestra no probabilística de 100 personas, mayores de 16 años. Se aplicó el Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18). Los resultados obtenidos indican que en la dimensión moral del suicidio para el grupo etario de 21 a 40 años se evidencia una puntuación alta de 4,5 en la mediana; indicando una diferencia significativa para este factor, es decir que tienen una posición menos moralista frente a quien comete el acto suicida, con respecto a los demás grupos etarios. Se concluye que existe una diferencia significativa en el grupo etario de 21 a 40 años en la dimensión moral del suicidio, mostrando una mediana muy superior con respecto a los otros grupos, es decir que las manifestaciones causales del suicidio pueden tener su influencia en el componente del pensamiento denominándose ideación suicida, como lo menciona en el trabajo sobre la relación entre alta ideación suicida y variables psicosociales.

En Bucaramanga, Colombia, Larrotta et al. (2014) Propone un estudio con el objetivo de establecer cuáles de las variables de tiempo, modo y lugar, propias del contexto penitenciario y carcelario, aparecen con mayor frecuencia en 60 internos que se vieron involucrados con pensamientos de suicidio, intento de suicidio y suicidio consumado, en las cárceles y penitenciarías adscritas al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia (INPEC), durante el primer trimestre del 2013. Método. La muestra intencional estuvo constituida por 60 internos, de los cuales el 68,3 % eran hombres y el 31,7 % mujeres, con una edad promedio de 28,02 años y una desviación estándar de 8,03 años. Resultados. A través de un formato de uso exclusivo del INPEC y mediante el software estadístico (SPSS), se obtuvo que el intento de suicidio, con un 76,7 %, es la conducta que con mayor frecuencia se presenta. Asimismo, a través de la prueba de chi-cuadrado de Pearson (χ^2) se estableció la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre el tipo de conducta suicida y el género, el género y el método utilizado, el lugar del acontecimiento y el tipo de conducta suicida. Conclusiones. La etapa inicial del encarcelamiento es el lapso de mayor riesgo (uno a cinco meses) en la aparición del intento suicida (41,7 %). Se concluye que a partir del desajuste afectivo y emocional que fragmenta la vida habitual del interno, en cuanto a sus relaciones interpersonales e intrapersonales, donde hay ausencia de comunicación positiva, y se evidencia el estrés moral y la tensión psicológica.

En Bogotá, Colombia, Sánchez, Guzmán, & Cáceres (2015) proponen un artículo con el objetivo de evaluar la imitación como factor de riesgo asociado con las conductas suicidas en estudiantes universitarios adolescentes. Se realizó un muestreo multietápico, estratificado, con 197 estudiantes (como representantes de la población universitaria). Los datos de las mediciones se obtuvieron mediante entrevistas psiquiátricas. Se encontró que 56 estudiantes

(28,4%, IC 95%: 22,2%-35,3%) estuvieron expuestos a información sobre alguna persona que cometió suicidio, principalmente un amigo. La exposición a este tipo de información fue llamada, para fines del presente estudio, riesgo de imitación. El pertenecer a grupos sociales (especialmente deportivos), tener diagnóstico psiquiátrico del espectro depresivo, tener acceso a métodos letales e historia de abuso físico en la infancia se asoció con riesgo de imitación. Se concluye que los adolescentes con aislamiento social, trastornos de ansiedad y uso de sustancias psicoactivas tienen riesgo de imitación si el suicidio lo comete un amigo. Este estudio sugiere que la imitación desempeña un papel importante como factor de riesgo en algunos grupos de adolescentes, principalmente cuando hay coexistencia de trastornos psiquiátricos.

2.1.3 Investigaciones locales

En Valledupar, Cesar, Martínez, & Robles, (2016) proponen un estudio con el fin de determinar la percepción de los diferentes actores sociales sobre la conducta suicida en la ciudad de Valledupar (Cesar-Colombia). A través de una perspectiva cualitativa exploratoria, con enfoque hermenéutico, mediante el uso de la técnica de grupos focales. Los participantes fueron 55 jóvenes y adultos (28 mujeres y 27 hombres), con edades comprendidas entre los 16 y 65 años, pertenecientes a la comunidad de Valledupar. Los resultados refieren que los participantes perciben que enfermedades mentales y físicas son predisponentes para que se pueda contemplar el suicidio, debido a que se encuentra en un estado vulnerable; demás, señalan que la edad, el género y la ausencia o presencia de hijos, son factores a la hora de contemplar la idea de quitarse la vida. Así mismo, se encontró que aspectos como la situación social y económica del país genera desesperanza frente al futuro, en especial en la población más joven, lo que se convierte en un estresor vital. Se concluye

que el suicidio es un evento originado por múltiples variables de índole individual, social, familiar y cultural. Finalmente, se discute cómo estas variables deben ser incluidas en los planes de prevención e intervención de la política de Salud Mental.

En Valledupar, Muñoz, Bernal, Guarín & Arévalo (2015) en su artículo proponen como objetivo caracterizar la demanda de servicios en salud mental, de la población afiliada a una aseguradora en salud en Colombia durante el año 2012 la cual cubre población Vallenata. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con base en información de 52.624 afiliados y 463.522 atenciones en 16 ciudades. Se determinaron frecuencias por servicio y grupo diagnóstico, y se compararon proporciones mediante la prueba estadística Chi cuadrado. Se encontró que las mujeres tuvieron mayor uso de servicios a partir de los 15 años. El trastorno mental registró el mayor número de atenciones. El abuso y dependencia al alcohol y a sustancias psicoactivas predominaron en los hombres, mientras que intento de suicidio, lesiones autoinfligidas y violencias, en las mujeres. Respecto a los diagnósticos relacionadas con abuso y dependencia de alcohol y sustancias psicoactivas ilegales, se observó que los hombres fueron quienes registraron una mayor proporción, mientras que, para los diagnósticos relacionados con intento de suicidio, lesiones autoinfligidas y violencias, la proporción fue mayor para las mujeres. Se concluye que respecto a la distribución de atenciones por ciudad se encuentra que la demanda está dada principalmente para las consultas de psicología y urgencias por intentos suicidas e ideas suicidas en Valledupar, Cesar.

En Valledupar, Bernal (2017) en su proyecto de grado propone implementar estrategias para la disminución de la autoagresión en la Institución Educativa Leónidas Acuña en los grados sexto y séptimo, con el fin de concientizar a la población sobre la

problemática y reducir los índices de esta acción. El proyecto realizado en esta institución con los jóvenes de sexto grado entre edades 11 a 12 años, con la idea de aportarles a muchos jóvenes estudiantes que vienen con esta clase de problema que a ciencia cierta afecta a ellos mismos, a sus familias y sociedad. A través de una metodología cualitativa de tipo acción participativa. Los resultados reflejan que dentro de los resultados alcanzados se observó que en la mayoría de los núcleos familiares el funcionamiento familiar era de regular a malo, se constató la presencia de crisis familiares en la totalidad de las familias estudiadas, con un predominio de las crisis por eventos de desorganización, desmoralización y desmembramiento. Se concluye la necesidad de aliviar este trastorno desenfrenado que tienen los chicos a través de este método. Con esto se quiere decir que se le aporta a los jóvenes a ser más seguros de sí mismo, y tener confianza y amor propio.

En Bucaramanga, Suárez, Restrepo, & Caballero (2016) proponen un estudio con el objetivo identificar la relación entre ideación suicida e inteligencia emocional en jóvenes universitarios colombianos. A través de un metodología de estudio descriptivo correlacional, de diseño transversal. Se analizó la presencia de ideas suicidas en una muestra de 186 estudiantes universitarios, entre los 18 y 37 años de edad. Como instrumentos de medición se aplicaron los inventarios de ideación suicida de Beck y el Trait Meta Mood Scale-24. Se analizaron los datos en comparación a hallazgos previos en el tema del suicidio en el país. Los resultados reflejan que el mantenimiento de ideas suicidas entre universitarios colombianos responde a dificultades de éstos jóvenes para comprender sus estados emocionales, reparar emociones negativas y afrontar problemas. Se concluye que las habilidades de inteligencia emocional son factores psicológicos que juegan un rol fundamental en la aparición y mantenimiento de ideas suicidas en los jóvenes universitarios.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Teorías sobre la conducta suicida

2.2.1.1 Teorías sociológicas

En ellas se encuentra la Teoría sociocultural que vendría representada por la obra *Suicide* de Durkheim (1982), que recibe la influencia del pensamiento europeo predominante de la época. Durkheim considera que los hechos sociales deben ser estudiados como cosas, es decir, como realidades exteriores al individuo. Hipotetiza que todos los suicidios resultan de perturbaciones en la relación entre el individuo y la sociedad, y en base a ello establece cuatro formas de suicidio: el egoísta, el altruista, el anómico y el fatalista (Bastos et al., 2018, p. 45).

Según Chite (2015) afirma que el Suicidio egoísta, donde existe un trastorno en la integración en la colectividad social y un exceso de individualización de la persona, se produce siempre que se da una desintegración de las estructuras sociales. 2) Suicidio altruista, aquí el yo no se pertenece, se confunde con otra cosa que no es que está situado fuera de sí mismo. 3) Suicidio anómico, depende de un fallo o dislocación de los valores sociales que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación en la vida. el 4) Suicidio fatalista, se caracteriza por una excesiva reglamentación, es el que cometen los sujetos cuyo porvenir está implacablemente limitado.

De la obra de Durkheim (1982 citado en Collazo, 2013) se pueden obtener, entre otras, como conclusiones más relevantes: a) El suicidio progresa con la ciencia. El hombre se mata porque la sociedad de la que forma parte ha perdido su cohesión. b) La religión ejerce una acción profiláctica sobre el suicidio porque constituye una sociedad. c) El suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el individuo.

2.2.1.2 Teoría de Vulnerabilidad Biológica (Bobes García, 1994)

Las teorías biológico-genetistas plantean si existe una herencia específica al desarrollo de determinadas enfermedades mentales que puedan llevar al suicidio. Incluso también han llegado a preguntarse si la propia inclinación suicida está ya escrita en la dotación genética de algunas personas. (Echávarri, 2010, p. 67). Aun cuando los resultados experimentales no son concluyentes, diversos estudios bioquímicos demuestran que un número considerable de las personas que se suicidan tienen marcados desequilibrios en ciertas sustancias presentes a nivel cerebral –los neurotransmisores- y que tienen que ver con el estado de ánimo del sujeto.

Es importante tener presente que no todas las depresiones llevan al suicidio, sino solamente aquellas en las cuales la actividad inhibitoria serotoninérgica es deficitaria, Campanilla (1985). Así, este autor distingue dos tipos de depresión; una «agitada» con déficit de la actividad inhibitoria serotoninérgica, que implica un elevado riesgo de suicidio, y otra «anérgica» con insuficiencia funcional del sistema impulsor noradrenérgico que requiere un tratamiento antidepresivo totalmente diverso al que se aplica al primer caso. En esta perspectiva, la administración descontrolada de antidepresivos desinhibitoria es un factor suicidógeno (Franco et al. 2017, p. 78).

Las teorías neuroquímicas, diversos estudios sobre las emociones han concluido que estas pueden ser adscritas a centros específicos del cerebro (Snyder, 1975 citado en León, Osés & Villareal, 2018, p. 27). En el campo neurobioquímico de la investigación suicida han existido dos grandes hipótesis la hipótesis de la noradrenalina y la hipótesis de la serotonina (Lapin, et al., 1969 citado en León, Osés & Villareal, 2018, p. 27).

2.2.1.3 Teoría cognitivo-conductual (Freeman y Reinecke, 1995)

De acuerdo con Muñoz et al. (2015) afirma que cada persona tiene una determinada estructura cognitiva que ha ido construyendo a la largo de su vida, basada en la concepción que tiene de sí mismo y de su entorno. Esto da lugar a una forma única y personal de entender y valorar la existencia humana. Esta estructura comienza a edificarse ya en los primeros años de vida a manera de pilares sobre los cuales se construye toda la estructura cognitiva de la persona. Son los denominados esquemas cognitivos.

Según Castañeda (2016) afirma que los esquemas cognitivos son estructuras cognitivas inconscientes que se encargan de sostener todo el sistema de valores de la persona y son capaces de provocar todo un repertorio de pensamientos automáticos. Para que lo entendamos de una manera más sencilla, los esquemas cognitivos son las reglas y presunciones no manifiestas con las que vivimos y que nos ayudan a evaluar con efectividad todas las circunstancias que nos rodean, que se establecen en la primera infancia fundamentalmente por la interrelación con las figuras referenciales (generalmente los padres o personas significativas) y que se definen y consolidan mediante nuestra propia experiencia lo largo de la vida.

De acuerdo con García (2008) En una reciente revisión sistemática, se analizaron estudios que emplearon TCC o tratamientos compuestos por métodos cognitivo-conductuales para reducir o prevenir la conducta suicida. La TCC parece efectiva con población adulta, pero no con adolescentes; la conclusión que se ofrece en el estudio es que la conducta suicida cuando la muestra es principalmente adolescente es más difícil de tratar. Los autores señalan que es necesario tener en cuenta la escasez de los estudios incluidos con adolescentes y la heterogeneidad de los estudios incluidos

2.2.1.4 Teoría Psicodinámica

Desde esta perspectiva, Según Rodríguez, de Rivera, Revuelta & Hernández (1990) afirma que la base de la conducta suicida hay que situarla desde el punto de vista de un narcisismo patológico, recogido en el DSMIV como un trastorno de la personalidad. Para esta persona la muerte es contemplada como una liberación de los conflictos que le rodean y que le impiden ser feliz. No es la solución ideal, pero es solución al fin y al cabo ante determinados deseos que no puede satisfacer ni restaurar (muerte de un ser querido, rupturas afectivas, etc.). (Echávarri, 2010).

Estos deseos insatisfechos generan en el individuo una serie de sentimientos negativos de odio, rencor, agresividad, hacia sí mismo y hacia los demás, que no es capaz de expresar y canalizar adecuadamente. Morir es menos doloroso que seguir viviendo. Y la propia muerte es una forma de autocastigo y una forma de castigar a los demás.

Las aportaciones más relevantes de la obra de Freud son: a) la idea fundamental del suicidio como parte del homicidio, b) la ambivalencia amor y odio que está presente en la dinámica de todo suicida, y c) la asociación de la agresividad, y por tanto del suicidio, a la manifestación de un instinto o pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio. Horney (1950 citado en León, Oses, & Villareal, 2018, p. 23) considera, a diferencia de estas doctrinas freudianas, que las formas distorsionadas del desarrollo nacen de trastornos provocados culturalmente (religión, política, figuras paternas) en el desarrollo del niño, produciendo así un desarrollo neurótico. De esta forma aparecen actitudes que, tarde o temprano, inducen a un proceso de «angustia básica».

2.2.1.5 Teoría Psicosocial del Estrés

Según Martínez, Romero, Rey, & Cañón (2011) afirma que esta perspectiva, que se ha utilizado para comprender los mecanismos psicológicos del suicidio, parte de la comprensión del modelo psicológico del estrés, comprendido como tensión sostenida con efectos negativos sobre el comportamiento psicosocial, inmunológico y neurobioquímico. Entendido el estrés y sus consecuencias emocionales como un proceso, se reconoce que existen fuentes de estrés propias para cada etapa de la vida incluso para cada sexo. Al respecto, también resulta imprescindible considerar que existe una amplia gama de diferencias individuales en lo que respecta al nivel otorgado a la vulnerabilidad de los acontecimientos. Por tal motivo, Lazarus y Folkman (1986) citado en Santos et al., (2017) plantearon que aún ante acontecimientos estresantes extremos medios o ante los estresantes vitales más ordinarios, la vulnerabilidad de las respuestas es muy grande, ya que lo que puede ser estresante para una persona en un momento dado, no lo es para otro.

Con base en lo anterior, el proceso de la conducta suicida, se puede explicar mediante el esquema psicológico que explica la aparición del estrés como resultado de la interacción hombre-medio. Sin embargo, en el caso del suicidio, este proceso es más lento y participan estructuras y mecanismos esenciales de la personalidad cuyo deterioro o funcionamiento mal adaptativo va provocando en la persona la pérdida de sentido de vida.

En este sentido, se menciona que una fuente permanente de estrés es la tensión producida por la contradicción entre lo que el individuo piensa y lo que hace, aun cuando su actuación responda a su deseo personal. Debido a que la manera en la cual se refleja y se percibe la realidad, es lo que va a desempeñar el papel mediador principal para que ocurra un incremento del afecto negativo, en las personas que llevan a cabo conductas de riesgo como el intento suicida y el suicidio consumado (Siabato & Salamanca, 2015, p. 145).

2.2.2 Concepto de Suicidio

De acuerdo con Villalobos (2009) afirma que el suicidio se define como “la muerte producida por heridas, envenenamiento o sofocación, donde hay evidencia explícita o implícita de que el daño fue autoinfligido y que el occiso intentaba matarse a sí mismo” (p. 67) Ello implica entonces que la definición se basa en tres aspectos que es una muerte como resultado de cualquier daño se ejerza, posteriormente que es provocado por la misma víctima y su objetivo es intencionadamente infligido.

Por otro lado, Franco, et. Al (2017) afirma que “lo que diferencia al suicidio es la intención que el individuo tenga de acabar con su propia vida, primando la funcionalidad de la conducta; se encuentra en un estado emocional tal que le es difícil determinar o aceptar si estaba buscando o no su propia muerte” (p.269) en este orden de ideas, la intención no podría ser usada como un criterio, dado que el motivo de la persona puede ser demasiado incierto o muy complejo, como para llegar a identificarlo con certeza y en la totalidad de los casos por ello el suicidio es un tema tan complejo que de alguna manera requiere especial cuidado.

Durkheim (1974, citado en García, 2008, p.234) denomina suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la persona misma, sabiendo que ella misma debía producir ese resultado; por lo tanto el suicidio es un acto consciente e intencional. Así, separa al suicidio de las muertes por imprudencia y por accidentes. Becheler (1975, citado en Sarró, 1991) define al suicidio como una conducta que busca y encuentra una solución al problema existencial a través de la muerte. Chávez, (1982, citado en Gómez, 1996), indica que el suicidio es un fenómeno complejo con factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan entre sí.

2.2.3 Factores de riesgo asociados al suicidio

De acuerdo con Collazo (2013) afirma que la OMS define un factor de riesgo como “toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor” (p.45) es decir según la OMS es toda circunstancia o agente que genera algún riesgo para el ser humano es decir genera algún tipo de vulnerabilidad o predispone a la persona para contraer una enfermedad o una situación de vulnerabilidad.

De acuerdo con lo anterior, el suicidio no puede ser explicado solamente en relación a una enfermedad mental, ya que la mayoría de los estudios, hacen referencia en que la conducta suicida se puede determinar en gran parte por las influencias sociales, económicas y culturales que posea cada individuo. Asimismo, también resulta importante que se tenga en cuenta, el papel que juegan la frustración, la enajenación y el aislamiento, que son considerados en la actualidad como aspectos fundamentales que van a influir en el surgimiento de problemas de diversa índole, como el consumo de drogas y la conducta suicida (García, 2008, p.236).

2.2.3.1 Factores Sociodemográficos

Según Castañeda (2016) afirma que en los últimos 20 años, se ha observado en Europa un aumento del suicidio en las personas de 15 a 29 años, sobre todo en los hombres, lo mismo ocurre en Estados Unidos, Asia, Oceanía y en América Latina (Diekstra, 1993). En algunos países, las estadísticas indican que es la tercera causa de muerte (después de los accidentes de tránsito y el homicidio) entre los jóvenes de 15 a 25 años de edad. La mayoría de los estudios que se han realizado, mencionan que tanto la edad, como el sexo son factores que

se relacionan con la conducta suicida. Por lo tanto, se puede decir que la frecuencia de suicidios entre los hombres, es tres veces mayor al de las mujeres, sin embargo las mujeres lo intentan más.

2.2.3.2 Factores Genéticos y Biológicos

Según Mingote et al. (2013) afirma que la importancia de los factores biológicos del comportamiento suicida, surgió a partir de estudios sobre suicidio consumado, los cuales demostraban una tasa de concordancia superior en los gemelos monocigotos respecto a los dicigotos. Dichos resultados apuntaban a la posible existencia de una predisposición genética, relacionada con ciertos neurotransmisores, ligada a una disfunción de la transmisión serotoninérgica en el sistema nervioso central (SNC) siendo eficaz para prevenir la profilaxis con litio.

Es importante considerar, que no solo los trastornos serotoninérgicos sino también el aumento en la sensibilidad y especificidad de posibles factores biológicos pronósticos de la conducta suicida, conlleva al análisis simultáneo de distintas variables bioquímicas.

2.2.3.3 Factores Clínicos y Psiquiátricos

Diversos estudios han demostrado, que la mayoría de los suicidios los cometen pacientes con enfermedades psiquiátricas. Black y Winokin en 1990 encontraron que el 90% de los pacientes que se habían suicidado, padecían afecciones psiquiátricas de tipo afectivo o relacionado con el consumo del alcohol. Otros estudios (Shafer, 1996 y Brent, 1999) han demostrado que en las mujeres el factor de riesgo más significativo, para que se presente la conducta suicida, es la presencia de depresión mayor y en los hombres es el comportamiento destructivo, seguido por la depresión (Ros, 1998 citado en Bernal, 2017, p. 24).

Loza, Lucio y Durán (1998), realizaron una investigación con dos grupos de mujeres adolescentes. El primer grupo con intento suicida, era la muestra clínica, el segundo grupo

era la muestra normativa, y estaba conformado por adolescentes estudiantes de secundaria y preparatoria sin intento. Ambos grupos incluyeron 38 adolescentes de entre 14 y 18 años de edad. El objetivo de la investigación era el identificar si existían diferencias de personalidad y la ocurrencia de sucesos estresantes. Lo que se obtuvo fue, que la muestra clínica presentó un mayor índice de psicopatología que las adolescentes sin intento (Bernal, 2017, p. 24).

Lo cual demuestra que según los estudios gran proporción de pacientes con intentos suicida presentan alguna alteración mental por ello es de gran importancia evaluar a los pacientes con diferentes procesos de entrevista para que con ello sea posible mejorar las condiciones de vida y la identificación de los posibles riesgos suicida.

2.2.3.4 Factores Psicosociales

Entre estos factores, se encuentran los aspectos familiares: una historia familiar de suicidio, divorcio, violencia familiar, abuso sexual o físico, entre otros. Mardomingo, (1993, citado Bernal, 2017, p. 24). Menciona que existen ciertos rasgos psicológicos frecuentes en la conducta suicida de los adolescentes como son: la impulsividad, la baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, pensamiento rígido e inflexible, sentimientos de soledad y rechazo y el estrés cotidiano.

Por su parte, Gastamiza (1990, citado en Carmona et al., 2014, p. 109) menciona que los cambios sociales que han ocurrido en estas últimas década, han desencadenado conductas suicidas principalmente en los adolescentes. Afirma que entre los principales problemas que pueden desencadenar una conducta suicida se encuentra, la imitación y la repercusión de los medios de comunicación. Con ello queda claro que son muchos los factores que se consideran de riesgo para los jóvenes en cuanto a los comportamientos suicidad, de allí que se establece la importancia de establecer proceso de intervención que contribuyan a mitigar los daños que se presentan con estas problemáticas.

2.2.4 Otros conceptos asociados

Diferentes autores plantean que el surgimiento de las conductas y pensamientos suicidas están relacionados, es el resultado de un proceso que varía de menor a mayor gravedad, implicando: ideación suicida, gestos suicidas, estilos de vida riesgosos, planes suicidas, tentativas suicidas y suicidio (Villalobos, 2009, p.45).

2.2.4.1 Suicidio Consumado

Según Villalobos (2009) afirma que se le denomina suicidio consumado o completo y hace referencia “a la muerte que se da como consecuencia de un acto suicida, esta definición le asigna importancia al resultado (la muerte) y al agente causal (el propio sujeto), pero explícitamente desecha el asunto de la intencionalidad como parte de la definición de los actos suicidas y, por ende, del suicidio” (p.45) es así como se entiende que el suicidio es un acto consumado en donde el sujeto de una manera autónoma decide y se quita la vida.

2.2.4.2 Ideación suicida

Es la forma más común de conducta suicida y a menudo es el precursor más importante de más graves conductas suicidas posteriores. Esta conducta suicida se identifica cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, durante por lo menos dos semanas y haciendo algún plan e identificando los medios necesarios para conseguirlo (Villalobos, 2009, p.46).

2.2.4.3 Intento de suicidio o tentativa suicida

Como ya se mencionó, ésta es una de las definiciones en las cuales no se ha podido llegar a acuerdos. Y se entiende como el intento de suicidio era el acto suicida en sí, que había sido detenido por otra persona, razón por la cual no había tenido como resultado la muerte. La OMS en su orientación europea del fenómeno suicida, define el intento de suicidio como el acto suicida cuyo resultado no fue la muerte (Villalobos, 2009, p.46).

2.2.5 La Adolescencia

En sí, la adolescencia es una etapa en la que el individuo se hace cada vez más consiente de sí mismo, intenta poner a prueba sus conceptos desorganizados del yo y trabaja gradualmente para dar paso a una estabilización que va a caracterizar su vida adulta. Aprende el rol personal y social que adaptará al concepto de sí mismo que se vaya forjando, así como al concepto que tenga de los demás y busca el status como individuo. En esta época, también es cuando las relaciones de grupo adquieren mayor importancia debido a que el adolescente necesita lograr un status entre los individuos de su misma edad. A la par van surgiendo los intereses sexuales, lo que conlleva a hacer complejas y conflictivas sus emociones y actividades (García, 2008, p.238).

Según Castañeda (2016) afirma que la adolescencia es una etapa de transformaciones físicas, emocionales e intelectuales, que comprende una reorganización del esquema psicológico para adecuarse a grandes cambios sexuales que tienen un efecto muy importante en el individuo. Por ejemplo, los cambios físicos repercuten en el curso que toman los afectos y el concepto que la persona tiene de sí misma. Por su parte, la identidad también se ve influenciada por el aumento de la estatura y por lo tanto de las extremidades, es probable que el crecimiento desigual de los huesos y de la cara, hagan que el adolescente se pueda sentir inseguro debido a su apariencia.

Como ya se ha mencionado la adolescencia es una etapa de constantes cambios, los cuales son de índole psicológica, física y social. Dichos cambios hacen que el adolescente se torne más vulnerable, ya que surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a las demandas familiares y de la sociedad, lo cual les produce sentimientos de ansiedad, tensión, estrés, etc (Blandón, Carmona, Mendoza & Medina, 2015, p. 470).

2.2.6 Suicidio en jóvenes y Adolescentes

De acuerdo con García (2008) afirma que “el inicio de la edad adulta, coincide con la culminación de los estudios, el comienzo de la vida laboral y la aceptación de una serie de nuevas responsabilidades frente a la propia vida y la de los demás” (p.67 esto genera según lo culturalmente aceptado la definición del éxito o el fracaso de las personas, pues si logran tener un buen empleo, se desarrollan académicamente serán exitosos, de otra manera no será así. Según García (2008) La presencia de conductas suicidas en esta etapa, muestra relaciones importantes con estos nuevos requerimientos, pues cuando los jóvenes no logran acceder o encasillarse en este tipo de conductas se genera frustración y sentimientos de inferioridad e insatisfacción” (p.68) a lo cual muchas veces las respuestas finales son la ideación suicida o en peor de los casos una problemática frente a un suicidio consumado.

2.2.7 Conducta Suicida

Según Bastos, Pertile, & Carvalho (2018) La conducta suicida es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos

La manifestación de la conducta suicida a menor edad, se comprende por una alteración del balance biopsicosocial en la adolescencia, es decir, por los cambios profundos que se experimentan con motivo del inicio de la pubertad, la cual tiende a presentarse a más temprana edad (Bastos, Pertile, & Carvalho, 2018, p. 89). El grupo de edad más afectado en general dentro de la población infantil, oscila entre los 10 a 13 años. (Cabra et al., 2010 citado en Larrotta, Luzardo, Vargas, & Rangel, 2014, p. 90).

2.2.8 Suicidio en Universitarios

Martínez, & Robles (2016) afirma que el suicidio en los estudiantes universitarios es uno de los fenómenos más difíciles de comprender ya que se trata de una etapa de la vida que por lo general se caracteriza por ser un tiempo de mucha ilusión y planificación hacia el futuro. Para los profesionales de ayuda, la presencia de conducta e ideación suicida es una de las situaciones que mayor reto presenta por la dificultad en el manejo y el potencial de peligrosidad que conlleva. Aunque el suicidio completado es un fenómeno relativamente infrecuente, la conducta e ideación suicida es más prevalente en la población por ser un síntoma que puede estar presente en múltiples trastornos mentales como la Depresión Mayor y el Trastorno Bipolar.

Según Castañeda (2016) afirma que la conducta e ideación suicida se puede ver como una gama de conductas y pensamientos que va en un continuo de severidad desde ideación suicida leve (ej. pensamientos de querer morir), amenazas de quitarse la vida, intentos o gestos moderados, hasta intentos serios y suicidio completado.

La ideación y la conducta suicida se detecta con mayor frecuencia en los estudiantes universitarios que buscan ayuda en los centros universitarios de consejería. En las últimas décadas se ha visto un alza nacional en los estudiantes que presentan problemas de salud mental severos y que buscan ayuda en los centros de consejería. Se estima que hay más de 1,000 suicidios por año en las universidades (American Association of Suicidology, 2006). Un estudio que llevó a cabo una revisión sistemática de la efectividad de intervenciones para prevenir el suicidio a nivel internacional encontró que las estrategias más efectivas fueron la educación a médicos en la identificación y el tratamiento de la depresión y la restricción a métodos letales (Muñoz et al. 2015, p. 87).

2.2.9 Carreras de Psicología-medicina y el suicidio

Desde hace más de 15 años comenzó a hacerse notorio entre el personal médico y los estudiantes de medicina de cualquier nivel que se presentaban tasas elevadas de depresión y ansiedad, por encima de lo observado en la población en general (Mavor et al., 2014). Uno de los aspectos que mayor preocupación generó en su momento era la posibilidad de que la tendencia a la ideación suicida, los intentos suicidas y los suicidios consumados fuesen mayores en ese sector académico (López et al., 2009).

Por lo cual, numerosos estudios han concluido que dentro de las carreras con mayor riesgo psicosocial se encuentran psicología y medicina, presentando una alta prevalencia en comorbilidad con alteraciones tales como depresión y ansiedad.

Es bien sabido que en la mayor parte de las instituciones educativas de medicina en el mundo, el nivel de exigencia para el aprendizaje de conocimientos extensos y el dominio de técnicas de diagnóstico y tratamiento quirúrgico hacen que los estudiantes de medicina estén expuestos a niveles de ansiedad y estrés que pudieran ser superiores a los observados en otras disciplinas (Slavin, 2016). Los estudiantes de medicina se enfrentan a horarios de clase partidos, evaluaciones complicadas, alto nivel de competitividad, carga excesiva de trabajo, pocas horas de sueño e incertidumbre sobre la aplicación de sus conocimientos teóricos en situaciones reales y sobre sus logros a futuro (Martínez et al., 2016).

Rodríguez, de Rivera, Revuelta, & Hernández (1990) proponen que los estudiantes de medicina y psicología al inicio de su carrera presentan alteraciones psicológicas o psiquiátricas de prevalencia similar a la observada en otras carreras; sin embargo, al parecer esta situación se va modificando conforme el estudiante avanza en su preparación, especialmente antes de finalizar su formación académica.

2.2.10 Creencia, actitud y comportamiento

Según Castañeda (2016) afirma que el término actitud etimológicamente bien del latín *aptus* que significa capacidad, conveniencia o adaptación, actitud probablemente por su forma connota un estado subjetivo o mental de preparación para la acción. Abbagnano indica que actitud es un término utilizado para señalar la orientación selectiva y activa del individuo en general en relación con una situación o un problema cualquiera o bien como un proyecto de comportamiento que permite efectuar elecciones de valor frente a una situación determinada.

Por otro lado Katz citado en Santos et al. (2017) dice que actitud es la predisposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto de este mundo. Las actitudes incluyen entonces, un núcleo afectivo o sensible del agrado o desagrado y 31 los elementos cognoscitivos que describen el afecto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos

Pepitone citado en Santos et al. (2017) considera a las creencias como conceptos normativos creados y enraizados en los grupos culturales, “son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa de cosas, eventos, personas y procesos. Para Ramos, las creencias poseen funciones psicológicas: proporcionan apoyo emocional, control cognoscitivo, regulación moral y una identidad grupal, éste autor plantea el hecho de que las creencias sean enunciados no verificados. En base a los estudios anteriores se puede asumir entonces que las creencias además de ser enunciados aun no verificados difieren del conocimiento también por poseer funciones, psicológicas y específicas: proporcionan apoyo emocional, control cognoscitivo, regulación moral y una identidad grupal, por otro lado y específicamente en los temas del comportamiento suicida (Sánchez, et al. 2017, p. 25).

2.2.11 Factores actitudinales sobre el comportamiento suicida

Son muchos los trabajos que han ido aportando sobre el papel las actitudes en los comportamientos suicidad, por lo cual se considera la existencia de unos factores que permiten la identificación de indicadores sobre los comportamientos suicidas por eso se establecen dentro de los más importantes están:

2.2.11. 1 Legitimación del suicidio

Incluye la visión del suicidio como algo racionalmente aceptable, sugiriendo el hecho de contar con establecimientos para que los suicidas puedan quitarse la vida de manera privada, y con menor sufrimiento. En resumen, el suicidio debería ser una forma legítima de morir, sería una causa moral en una sociedad ideal y en ciertas circunstancias, aceptar ciertas formas de suicidio (Valencia et. Al, 2011, p. 619)

2.2.11. 2 Suicidio en enfermos terminales

Incluye al suicidio en enfermos que no tienen posibilidad de vivir, por lo que debe permitirse el suicidio de una manera digna en estas personas, ya que el suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable (Valencia et. Al, 2011, p. 619)

2.2.11.3 Dimensión moral del suicidio

Según Chite (2015) este indicador considera la soledad de las personas sujetas a depresión fuerte. Considera que el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida y viceversa; es decir, que la moral interviene para tomar la decisión.

2.2.11. 4 El propio suicidio

Las personas con pensamientos suicidas tienen una actitud favorable hacia la conducta suicida en general y hacen el propio suicidio, que aquellas que no tienen ideación suicida (Chite, 2015, p. 89).

2.2.12 Suicidio y Trastorno Mental

Los trastornos mentales más frecuentes en adultos que han realizado intentos de suicidio son depresión, distimia, bipolaridad, trastorno de personalidad, ansiedad, agorafobia, abuso de sustancias (drogas psicoactivas, alcohol y tabaco), esquizofrenia, somatización y trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa. En adolescentes se encuentran trastornos de conducta, depresión, fobias simples y ansiedad generalizada (Pelkonen & Marttunen, 2003 citado en Cortés et al. 2010, 89). También existe relación entre suicidio y trastornos de alimentación en adolescentes mujeres, trastornos de conducta en hombres (límite y sociópata) y abuso de sustancias en ambos sexos.

Existe mayor riesgo de suicidio en los primeros meses después de ser diagnosticado con algún trastorno afectivo (Castro-Díaz et al., 2009 citado en Cortés et al. 2010, 89).), depresión psicótica y trastorno bipolar (Steele & Doey, 2007 citado en Cortés et al. 2010, 89).). El riesgo aumenta en los primeros días o semanas de inicio de un tratamiento farmacológico ya que en dicho período suele empeorar la sintomatología (Healy & Alfred, 2005; citado en Cortés et al. 2010, 89).), y en los días siguientes al alta hospitalaria, sobre todo en aquellos que consultan en urgencias.

2.2.13 Criterios DSM-5 trastorno de comportamiento suicida

Por primera vez aparece el suicidio como parte de una edición del DSM, por lo cual la manifestación fundamental del trastorno de comportamiento suicida es un intento de suicidio. Un intento de suicidio es un comportamiento que el individuo ha llevado a cabo con, al menos, cierta intención de morir. (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014). El comportamiento puede dar lugar o no a lesiones o consecuencias médicas graves.

Hay varios factores que pueden influir en las consecuencias médicas del intento de suicidio, como una planificación pobre, la falta de conocimiento acerca de la letalidad del método elegido, por lo cual los criterios son los siguientes:

A. El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses. Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El “momento de inicio” es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.

C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.

D. El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión.

E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.

Especificar si: Actual: No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento.

En remisión inicial: Han transcurrido 12-24 meses desde el último intento.

Especificadores

El comportamiento suicida a menudo se categoriza por la violencia del método utilizado. Habitualmente las sobredosis con sustancias legales o ilegales se consideran métodos no violentos, mientras que precipitarse, las heridas por arma de fuego y otros métodos se consideran violentos. Otra dimensión para clasificarlo son las consecuencias médicas del comportamiento, definiéndose los intentos de alta letalidad como aquellos que requieren una hospitalización médica que supere una visita al servicio de urgencias (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014).

2.2 Marco conceptual

Agresión impulsiva: Tendencia a responder a la provocación o a la frustración con hostilidad o agresividad (David Brent lo emplea para tratar de explicar la conducta suicida en adolescentes). Aumenta la probabilidad de que una persona lleve a cabo los pensamientos suicidas porque tienen dificultades para evaluar los riesgos y generar alternativas apropiadas cuando se enfrentan a los problemas (Ministerio de salud y protección social, 2018, p. 06).

Autolesión: actos voluntarios deliberados de provocarse dolor, destructivos o lesivos sin intención de morir. Es una conducta potencialmente lesiva autoinflingida para la que existe evidencia implícita o explícita de que la persona no tiene intención de matarse, puede no provocar lesiones graves o producir una muerte autoinflingida no intencionada. Se relaciona con la conducta parasuicida (Ministerio de salud y protección social, 2018, p. 06).

Conducta suicida. Es “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM, 2015, citado en Ministerio de salud y protección social, 2018, p. 03)

Eutanasia: Provocar la muerte de una persona de manera intencional y consciente por medios ajenos al sujeto o acortar la vida del mismo por mecanismos directos o indirectos. Está castigado por ley (Ministerio de salud y protección social, 2018, p. 05).

Ideación suicida. “Se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”. Se refiere al “paso anterior a la

actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas (Ministerio de salud y protección social, 2018, p. 03).

Intento de suicidio. El Protocolo de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública establece que un caso confirmado de intento de suicidio es “conducta potencialmente lesiva auto-inflingida y sin Boletín No 2, julio de 2017 3 resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método (Ministerio de salud y protección social, 2018, p. 04).

Plan suicida: Además del deseo de morir implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida. Implica un alto riesgo de pasar al intento (Ministerio de salud y protección social, 2018, p. 03).

Suicidio. Según el Ministerio de salud y protección social, (2018) afirma que la muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o cortopunzante, lanzamiento al vacío, a un vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida y con la intención de provocar el propio fallecimiento (Ministerio de salud y protección social, 2018, p. 03)..

Suicidio asistido: Se produce ante una enfermedad grave en la que el paciente solicita ayuda a otras personas para suicidarse. Como en ocasiones las consecuencias de la enfermedad impiden cometer el suicidio, la persona pide ayuda a otros para que le faciliten los medios necesarios (generalmente medicación con efectos letales) (Ministerio de salud y protección social, 2018, p. 03).

2.4 Marco geográfico

La Fundación Universitaria del Área Andina (o Areandina) es una Institución de Educación Superior IES en Colombia, fundada en 1984 en la ciudad de Bogotá, Cundinamarca. Está integrada por 7 facultades que tienen 85 programas académicos en pregrado y posgrado, ofrecidos en modalidad presencial, virtual y a distancia que comprenden carreras profesionales, programas técnicos, programas tecnológicos, especializaciones y maestrías. Su sede principal se encuentra en Bogotá y cuenta con una seccional en Pereira y una sede en Valledupar. Siete de sus programas cuentan con la Acreditación de Alta Calidad, conferida por el Ministerio de Educación Nacional de Colombia: Instrumentación Quirúrgica (en Pereira), Tecnología en Radiología e imágenes diagnósticas (en Bogotá), Diseño de Modas (en Bogotá), Mercado y publicidad (en Bogotá); Enfermería en (Pereira), e Ingeniería de minas (en Valledupar).

La Fundación Universitaria del Área Andina tiene 35 años de trayectoria académica, busca mejorar la calidad de vida de sus estudiantes desarrollando competencias educativas y humanas, para el perfeccionamiento de la convivencia y supervivencia de la sociedad. La Fundación Universitaria del Área Andina es una entidad de derecho privado, de utilidad común y sin ánimo de lucro, dotada de Personería Jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, sometida a la Constitución Política y leyes de Colombia.

La Fundación Universitaria del Área Andina en sus más de 34 años de trayectoria académica busca excelencia, perseverancia y mejoramiento de la calidad de vida de sus estudiantes, desarrollando competencias educativas y humanas, para el perfeccionamiento de la convivencia y supervivencia de la sociedad.

2.5 Marco Legal

Ley 1616 del 2013- ley de salud mental

El intento de suicidio es el principal predictor del suicidio consumado, por lo que resulta necesario implementar sistemas que permitan la identificación a nivel nacional los casos de intento suicida, con el fin de hacer una intervención integral a los casos identificados. La prevención del suicidio empieza con la vigilancia para definir el problema y comprenderlo, seguido de la identificación de los factores de riesgo y a quienes afecta, en concordancia con el Plan Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida 2017-2021 (Ministerio de salud y protección social, 2013, p. 13).

En cuanto a normatividad, la Ley 1616 de 2013 del Congreso de la República su artículo 35 ordena implementar al Ministerio de Salud y Protección Social el sistema de vigilancia de la conducta suicida, y el plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 estableció como uno de sus componentes el dirigido a la promoción de la convivencia social y salud mental.

Uno de los objetivos de este componente es fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos.

Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada

en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. (Ministerio de salud y protección social, 2013).

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. (Ministerio de salud y protección social, 2013).

La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamientos y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos. (Ministerio de salud y protección social, 2013).

En Colombia el intento de suicidio no es considerado un delito. Inducir, ayudar o instigar a otra persona al suicidio sí es considerado un delito y puede ser penalizado con 1 a 6 años de prisión, dependiendo de la existencia o no de una intención humanitaria. La ley 599 de 2000 por la cual se expide el Código Penal, en su artículo 107 reza así:

“Inducción o ayuda al suicidio. El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años.

DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	DEFINICION CONCEPTUAL	N° PREGUNTAS	VARIABLE ASOCIADAS	CRITERIO	POBLACION
Factores Actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida	Nombre: Cuestionario de Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida-CCCS 18.	Legitimación del suicidio.	La visión del suicidio como un acto racionalmente aceptable. Este factor busca medir la creencia sobre la legalidad que tiene el acto de suicidio en ciertas circunstancias de vida de la persona.	incluye 6 ítems relativos	Sexo Edad Religión Estrato	Masculino Femenino Menores de edad 18 a 20 21 a 27 Adultos	Estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Área Andina
	Tiempo: aprox. 20 min de acuerdo al tiempo de respuesta de cada individuo. Tipo de pregunta: Escala likert con puntuaciones de 1 a 7. No. Preguntas: 18 preguntas totales. Materiales: Hojas, lapiceros, grapas.	Suicidio en enfermos terminales.	Este factor busca conocer si el suicidio puede ser un método viable para las personas que sufren de alguna enfermedad terminal y con pocas o ningunas probabilidades de vivir.	Incluye 4 ítems relativos	Programa Semestre	Católica Cristiana Otras de orientación cristiana Ninguna 1 y 2 3 y 4	

		La Dimensión moral del suicidio.	Desde el punto de vista social se centra en la percepción del suicidio desde la moral de cada individuo y si esta se encuentra intrínseca dentro de las creencias propias.	Incluye 4 ítems relativos		5	
		El propio suicidio.	Este factor busca conocer si las personas cometiesen el acto suicida bajo circunstancias que indiquen presión o inestabilidad emocional.	Incluye 4 ítems relativos		1 semestre 2 semestre 3 semestre 4 semestre 5 semestre 6 semestre 7 semestre 8 semestre 9 semestre 10 semestre	Psicología Medicina

Tabla 2

Cuadro de operacionalización de Variable

En la tabla 2, se muestra el cuadro de operacionalización de variable en donde se evidencia la operacionalización de los indicadores y las variables del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida CCCS-18, donde se operacionaliza con el objetivo de entender cuáles son los criterios que tendrá el instrumento y con ello establecer los indicadores a evaluar.

Fuente: elaboración propia

3. Capítulo III: Metodología

3.1 Enfoque y tipo de investigación

El enfoque escogido para la presente investigación es de tipo cuantitativo, ya que en torno a lo planteado por Hernandez, Baptista & Fernández (2010) plantea que la metodología cuantitativa es un método de investigación basado en la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. La recolección de los datos se fundamenta en la medición. Esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica. (p.37) es evidente que este tipo de investigación de acuerdo con el autor permite realizar análisis de datos tomando la base numérica como apoyo debido a que toma datos que sean reales y objetivos los cuales permiten a los profesionales de investigación recolectar información para tomar con ello datos reales directamente del contexto sin intervenciones de los investigadores o subjetividades.

3.2 Alcance de Investigación

La presente investigación tiene un alcance de tipo descriptivo ya que buscan específica las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas sin embargo realiza una comparación de información de una manera descriptiva (Hernandez, Baptista & Fernández, 2010, p. 120). Con ello se explica que este tipo de alcance permite describir y especificar diferentes a tributos y características con relación a como se están presentando en el momento, esto permite identificar y medir información para conocer cómo afectan a los individuos las variables estudiadas.

3.3 Diseño de Investigación

Esta investigación propone un diseño no experimental transversal, ya que este tipo de diseños son aquellas en las cuales el investigador no tiene el control sobre la variable independiente. En estas investigaciones, la variable independiente ya ha ocurrido cuando el investigador hace el estudio. Es decir, ha ocurrido un cierto fenómeno, que es tomado como variable independiente (Hernandez, Baptista & Fernández, 2010, p. 234) y son trasversales ya que se realizan en un tiempo único y con única aplicación. A partir de lo anterior se identifica importante este diseño ya que se realizará una descripción sobre los factores actitudinales de las creencias del comportamiento suicida las cuales ya ocurrieron y solo se estudiarán sus atributos, y se aplicará en un tiempo específico y en un momento específico.

3.4 Población

La Fundación Universitaria del Área Andina es una entidad de derecho privado, de utilidad común y sin ánimo de lucro, dotada de Personería Jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, sometida a la Constitución Política y leyes de Colombia. En sus más de 34 años de trayectoria académica busca excelencia, perseverancia y mejoramiento de la calidad de vida de sus estudiantes, desarrollando competencias educativas y humanas, para el perfeccionamiento de la convivencia y supervivencia de la sociedad. Para el estudio de los factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Área Andina, se tomó una población total de 663 estudiantes, los cuales corresponden a todos los semestres de 1° a 10° del programa de psicología (604 estudiantes) y de 1° y 2° semestre del programa de medicina (59 estudiantes) con ello se conforma el total de la población universal N=663. Esta información fue proporcionada por los respectivos Directores de cada programa la Dra. Jesica Gutierrez y el Dr. Jose Carlos Rodríguez.

3.5 Muestra y Muestreo

La muestra tomada es de tipo no probabilística por conveniencia, de acuerdo con Hernandez, Baptista & Fernández, (2010) afirma que consiste en seleccionar una muestra de la población por el hecho de que sea accesible. Es decir, los individuos empleados en la investigación se seleccionan porque están fácilmente disponibles, no porque hayan sido seleccionados mediante un criterio estadístico. Esta conveniencia, que se suele traducir en una gran facilidad operativa y en bajos costes de muestreo (p. 189). En ese orden de ideas se establece que la muestra fue tomada de acuerdo a lo designado por los Directores de los Programas anteriormente mencionados, ellos escogieron de acuerdo a su criterio la conveniencia de los grupos seleccionados (población objetivo) para realizarle la aplicación del instrumento para la recolección de datos. Teniendo en cuenta lo anterior se realiza una muestra a $n=300$ estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Además es importante mencionar que teniendo en cuenta la importancia y viabilidad de este estudio, se realiza la aplicación de la fórmula estadística para calcular el tamaño de la muestra probabilística, con el objetivo de tener un indicador que permitiese identificar a cuanto equivaldría el número de la muestra de forma que representará una población significativa, por lo cual el resultado fue el siguiente:

La figura 14 muestra los valores establecidos para la aplicación de la fórmula de la muestra representativa en donde N (tamaño de la población), se maneja un indicador de confianza (z) de 95%, un error máximo (e) del 5%, una probabilidad de éxito (p) de 0,5 y una probabilidad de fracaso (q) de 0,5. Fuente:

$$\begin{array}{ll}
 N = 663 & \\
 1 - \alpha = 95\% & z = 1,96 \\
 e = 5\% & e = 0,05 \\
 p = 0,5 & q = 0,5
 \end{array}$$

Figura 14. Datos de la formula estadística identificación de muestra. Fuente: Elaboración Propia.

$$n_0 = \frac{z^2 \times Pq}{e^2}$$

$$n_1 = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{n}}$$

Figura 15. Formula estadística identificación de muestra. Fuente: Elaboración Propia.

La figura 16 muestra el resultado de la aplicación de la fórmula para reconocimiento del número de la muestra representativa, en ella es evidente que 244 es el número de la muestra significativa teniendo en cuenta que se utilizó un margen de confianza del 95% y un intervalo de error máximo de 8%, sin embargo es importante resaltar que el número total de la muestra fue de n=300 estudiantes, lo cual se considera una muestra muy significativa la cual contribuirá a conocer las actitudes de los estudiantes universitarios sobre el suicidio.

$$\begin{aligned}
 n_0 &= \frac{(1,96)^2 \times (0,5 \times 0,5)}{(0,05)^2} \\
 &= \frac{3,84 \times 0,25}{0,0025} = \frac{0,96}{0,0025} = 384 \\
 n_1 &= \frac{384}{1 + \frac{(384 - 1)}{663}} = \frac{384}{1 + \frac{383}{663}} = \frac{384}{1 + 0,57} = \frac{384}{1,57} \\
 n_1 &= 244
 \end{aligned}$$

Figura 16. Resultado formula aleatoria simple. Fuente: Elaboración Propia.

3.6 Técnicas, instrumentos y metodos de recolección de datos

Para la evaluación de los factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Área Andina se hizo uso del cuestionarios de Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida-CCCS 18- (Anexo 1), este cuestionario fue validado por José Antonio Ruiz Hernández, Juana Navarro Ruiz, Ginesa Torrente Hernández y Ángel Rodríguez González, en la Universidad de Murcia en España, en el año 2004, con el fin de obtener un instrumento breve y manejable para la evaluación de las actitudes hacia el suicidio.

El banco inicial que usaron fue de 60 ítems, construidos y revisados siguiendo criterios precisos, el cual fue administrado a una muestra de 219 sujetos. Los análisis que realizaron concluyeron seleccionando 18 ítems con una estructura interna de 4 factores. Tanto el cuestionario resultante como los factores identificados presentaron una consistencia interna (0,73 y 0,87). Los resultados obtenidos indicaron que las dimensiones del CCCS podrían estar estrechamente relacionadas con la propensión al comportamiento suicida. Finalmente, señalan la principal función del cuestionario que es identificar jóvenes con creencias favorables hacia el comportamiento suicida, permitiendo la evaluación de las variables asociadas.

Cada factor comprende varios ítems, el primer factor, que se denomina *Legitimación del suicidio*, incluye 6 ítems relativos a la visión del suicidio como un acto racionalmente aceptable. Este factor busca medir la creencia sobre la legalidad que tiene el acto de suicidio en ciertas circunstancias de vida de la persona. El segundo factor se refiere a *Suicidio en enfermos terminales*, incluye 4 ítems relativos al suicidio en enfermos graves. Este factor busca conocer si el suicidio puede ser un método viable para las personas que sufren de alguna enfermedad terminal y con pocas o ningunas probabilidades de vivir. El tercer factor,

la *Dimensión moral del suicidio* que desde el punto de vista social se centra en la percepción del suicidio desde la moral de cada individuo y si esta se encuentra intrínseca dentro de las creencias propias. Por último, el cuarto factor se centra en *el propio suicidio* y sus posibilidades de realizarlo. Este factor busca conocer si las personas cometiesen el acto suicida bajo circunstancias que indiquen presión o inestabilidad emocional.

En este sentido, el instrumento mide los factores anteriores por medio de una escala de puntuaciones de 1 a 7, especificando el grado de desacuerdo o acuerdo para los ítems desde el criterio subjetivo del participante sobre las creencias acerca del comportamiento suicida. De esta manera, se indica que las puntuaciones altas hacen referencia a una postura favorable hacia el acto suicida y las puntuaciones bajas corresponden a una postura de rechazo hacia el suicidio según el factor determinante

Sin embargo es importante mencionar que el cuestionario no está validado en Colombia y mucho menos en la Región, sin embargo se realiza la adaptación de este para la aplicación en el contexto Local.

3.7 Analisis de Datos

El analisis de datos se tiene en cuenta la estadística descriptiva la cual es la representación de los datos estadísticos mediante conceptos de longitud, área, volumen auxiliados por medio de figuras geométricas y sus propiedades, con el apoyo de los sistemas de coordenadas, a través de tablas de distribución de frecuencia que se usan para enfatizar la presentación de datos estadísticos (Hernandez, Baptista & Fernández, 2010). Además se realiza el analisis de datos a través del SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) y de Excel, los cuales contribuyeron a organizar la información en tablas de frecuencia en donde se diferencien las categorías y la información encontrada y así generar la organización de un analisis para la comprensión de la información que se obtuvo de la recolección de datos,

ya que para su análisis es importantísimo la organización de la información, con ello se pudo establecer las gráficas de comparación de unas variables con otras, así como realizar la descripción de los resultados de moda y frecuencia de respuesta.

3.8 Procedimiento

Fase I: Se realiza el acercamiento a los directivos de cada programa manifestando la necesidad de la aplicación del instrumento para la recolección de información sobre los factores actitudinales de las creencias del comportamiento suicida. Los directores asignan los grupos de aplicación y autorizan el acceso a los estudiantes.

Fase II: Se hace entrega del consentimiento informado a los mayores de edad y a los menores de edad se le entrega copia para que sea firmado por su tutor, padre y/o responsable y al día siguiente lo trajera firmado y realizaron el diligenciamiento del cuestionario. La aplicación del cuestionario se realizó durante las horas de clases, asignados por los directores del programa, 15 minutos iniciada la clase, ya que se podía contar con la mayor cantidad de estudiantes presentes.

Fase III: Se realiza el análisis de la información a través del programa SPSS y Excel donde se organizan las tablas y se tabula la información en barras, tablas y gráficas.

Fase IV: Se realiza la presentación del análisis final y la interpretación a través de las discusiones y las conclusiones.

4. Capítulo IV: Resultados

4.1 Características de la muestra

En la figura 1 se observa la variable del sexo la cual en los participantes predomina el sexo femenino con 83% mientras que el sexo masculino se evidencia con el 17%. (Ver Figura 1),

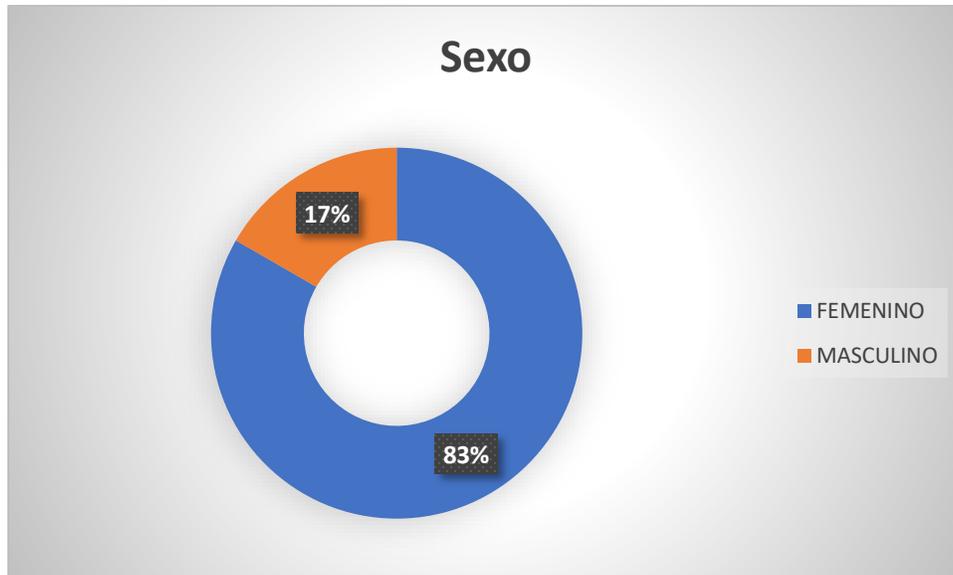


Figura 1. Distribución porcentual por sexo de los participantes de la investigación. n=300.

Fuente: Elaboración Propia

Por otro lado, en la gráfica 2 en cuanto a la variable religión se evidencia que el 61% de los participantes profesan la religión católica, el 27% profesa una religión cristiana, además se evidencia que el 1% de la población profesan manifestaciones religiosas derivadas del cristianismo de tipo evangélica y trinitaria respectivamente, además se encuentra que el 8% de estudiantes no profesan ninguna religión y los agnósticos el 8% los cuales creen en Dios sin embargo no profesan ninguna religión.

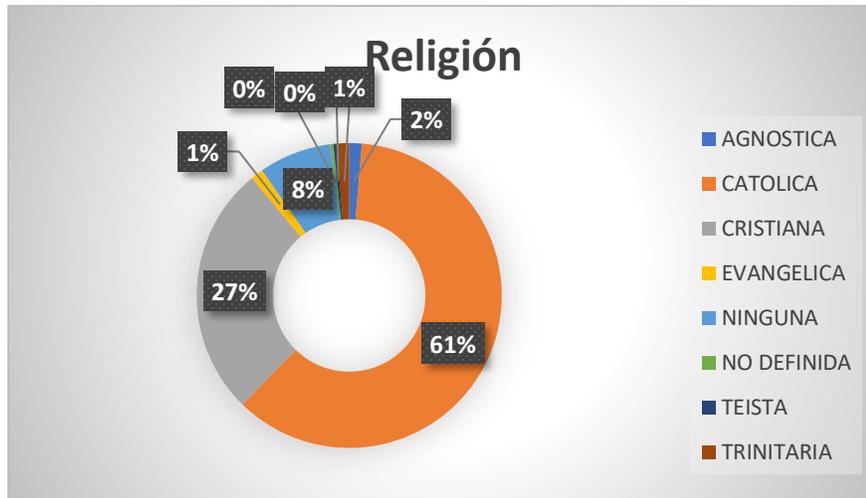


Figura 2. Distribución porcentual por religión de los participantes de la investigación. n=300.

Fuente: Elaboración Propia

En la figura 3, se observa la distribución porcentual de los participantes en la investigación por edad, lo cual evidencia que el 43% de participantes se establecen entre los 18 a 20 años, el 41% se encuentran entre los 21 a 27 años, el 10% son menores de edad y 6% representan personas adultas.

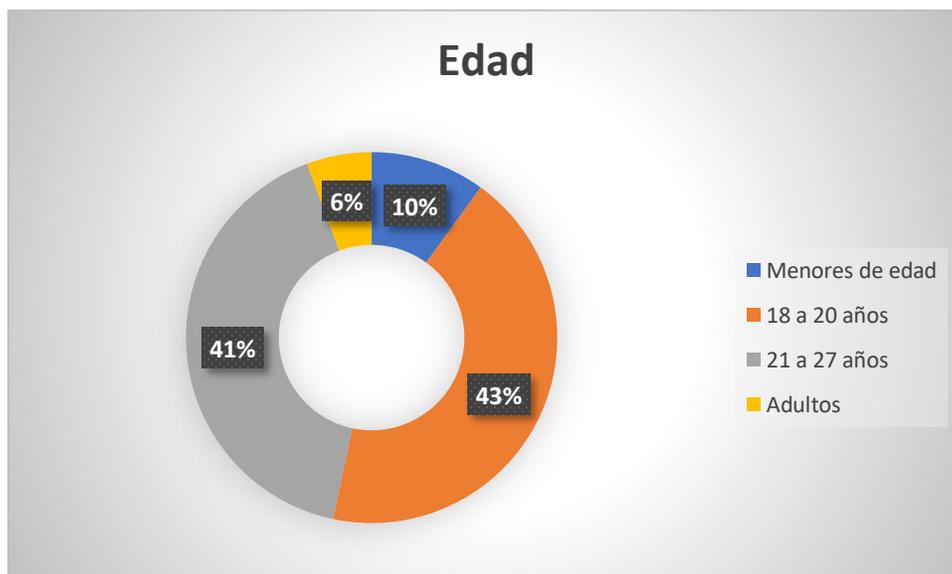


Figura 3. Distribución porcentual por edad de los participantes de la investigación. n=300.

Fuente: Elaboración Propia.

En la figura 4, se observa la distribución porcentual de las características de la muestra por estrato lo cual permite concluir que el 49% de los participantes pertenecen a estrato 3, el 28% a estrato 2, el 12% manifiestan ser del estrato 1 y un dato importante el 8% afirma ser estrato 4, y la menor proporción son los de estrato 5 con un 3%, es importante mencionar que no se encuentran estudiantes de estrato 6.

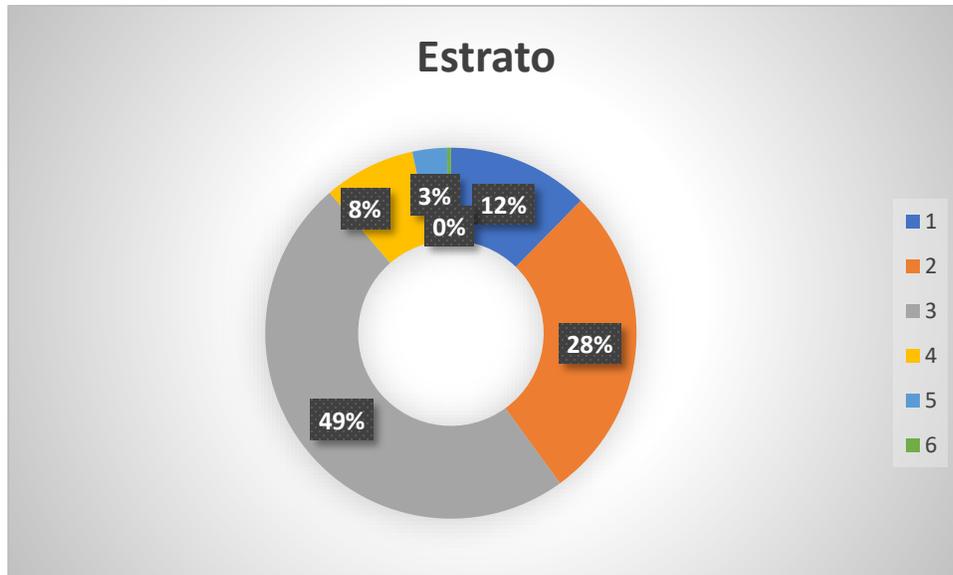


Figura 4. Distribución porcentual por estrato de los participantes de la investigación. n=300.

Fuente: Elaboración Propia.

En la figura 5, se observa la distribución porcentual de las características de la muestra por programa académico, en el cual se encuentra que el 82% de los participantes hacen parte del programa de psicología, mientras que el 18% corresponde a estudiantes de medicina.

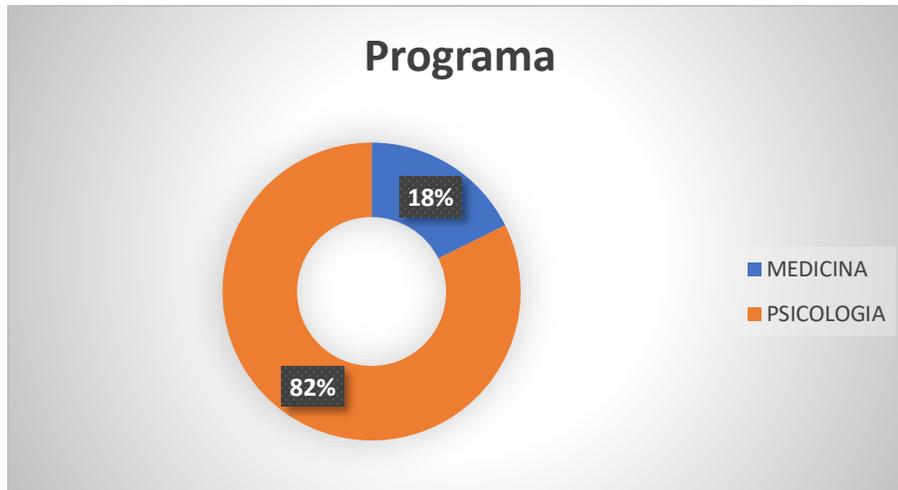


Figura 5. Distribución porcentual por programa de los participantes de la investigación. n=300. Fuente: Elaboración Propia.

En la figura 6, se observa la distribución porcentual de las características de la muestra por semestre, y los resultados refieren que el semestre con mayor número de participantes con un 17% son de primer semestre, posteriormente con un 15% estudiantes de segundo semestre, se evidencia que el semestre con menor porcentaje de participación con un 5% fueron los de cuarto semestre.

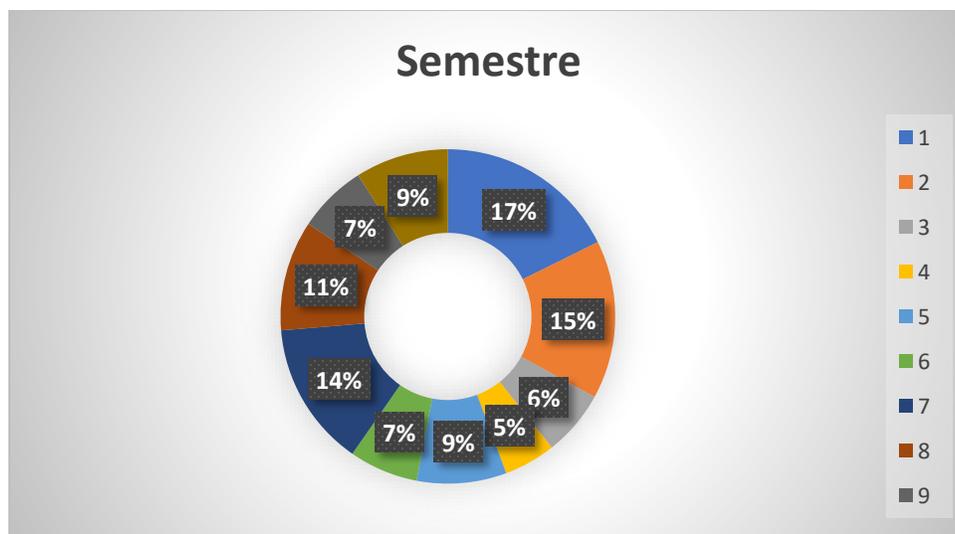


Figura 6. Distribución porcentual por semestre de los participantes de la investigación. n=300. Fuente: Elaboración Propia.

4.2 Resultados descriptivos de las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida

La Tabla 1 muestra los datos descriptivos de tendencia central y dispersión de la medición de los cuatro factores medidos mediante el CCCS-18; de igual forma, la Figura 3 hace una comparación de puntajes entre las dimensiones. La dimensión con menor puntaje promedio fue *El propio suicidio-(EPS)*, con 8,96. En la Figura puede verse como el puntaje promedio dista del puntaje máximo de la escala, dado que la proporción fue de 0,3. La dimensión con mayor puntaje fue *Dimensión Moral del Suicidio-(DMS)*, con una media de 16,89 y la proporción respecto al puntaje más alto posible fue alta, de 0,6. Las dimensiones *Legitimación-LS* y *Suicidio en Enfermos Terminales-(SET)* tuvieron un comportamiento similar, con baja proporción respecto al puntaje máximo posible, y nos promedios de 10,94 y 11,49 respectivamente. Llama la atención que la variable con menor variación de datos fue EPS, lo cual quiere decir que el grupo se caracteriza en general en tener actitud negativa hacia justificar el propio suicidio.

Tabla 1

Estimaciones de tendencia central y dispersión de los cuatro factores medidos mediante el CCCS-18

Factor	Puntaje máx. posible	Media	Mediana	S	Mín.	Máx.
Legitimación del suicidio	42	10,94	9,00	5,83	6	42
Suicidio en enfermos terminales	28	11,49	10,00	6,67	4	28
Dimensión moral del suicidio	28	16,89	17,00	6,09	4	28
El propio suicidio	28	8,96	9,00	4,92	4	28

Nota: Datos propios de la investigación. n=300

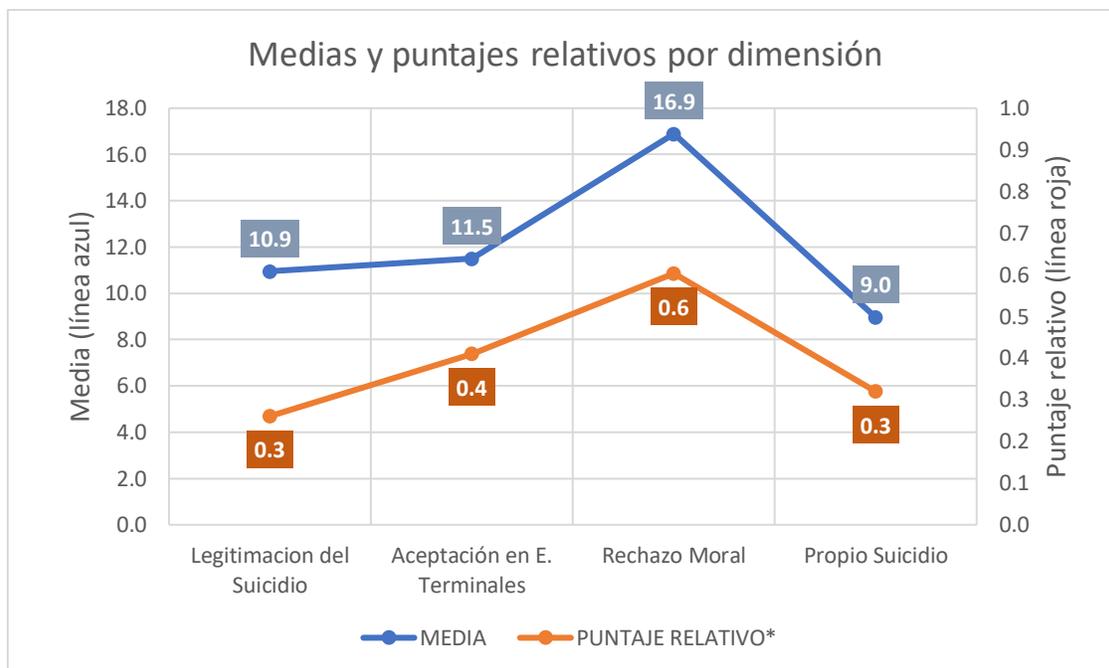


Figura 7. Medias (línea azul) y puntajes relativos (línea roja) de cada una de las mediciones de las dimensiones del CCCS-18. n=300. Fuente: Elaboración Propia. (*) El puntaje relativo es la proporción de puntaje promedio del grupo sobre el puntaje máximo posible de la sub-escala.

La figura 7 muestra los resultados de las mediciones de las dimensiones del CCCS-18 con cada uno de los factores que evalúa el cuestionario, por lo cual se encuentra que el puntaje promedio de la escala evidenciado en la media de cada factor, muestra mayor puntaje en los indicadores de *aceptación del suicidio en enfermos terminales* y en el *Rechazo moral del suicidio*, por lo cual se considera que los estudiantes mostraron mayor favorabilidad en la justificación del suicidio para personas con enfermedades terminales, lo que se conoce como la eutanasia, y así mismo al rechazo moral de suicidio, sin embargo se observa que el puntaje promedio dista del puntaje máximo de estas escalas, teniendo en cuenta el puntaje máximo posible por cada escala, lo cual permite conocer las actitudes favorables hacia estos factores.

Resultados comparativos

La Figura 8 muestra la comparación por sexo de las dimensiones de actitudes frente al comportamiento suicida. Las mujeres tienden a tener mayor rechazo moral, pero también mayor aceptación del propio suicidio. En cambio, los hombres tienen mayor actitud hacia legitimación del suicidio y de éste en enfermos terminales. No obstante, los puntajes no difieren notoriamente entre las 4 dimensiones.

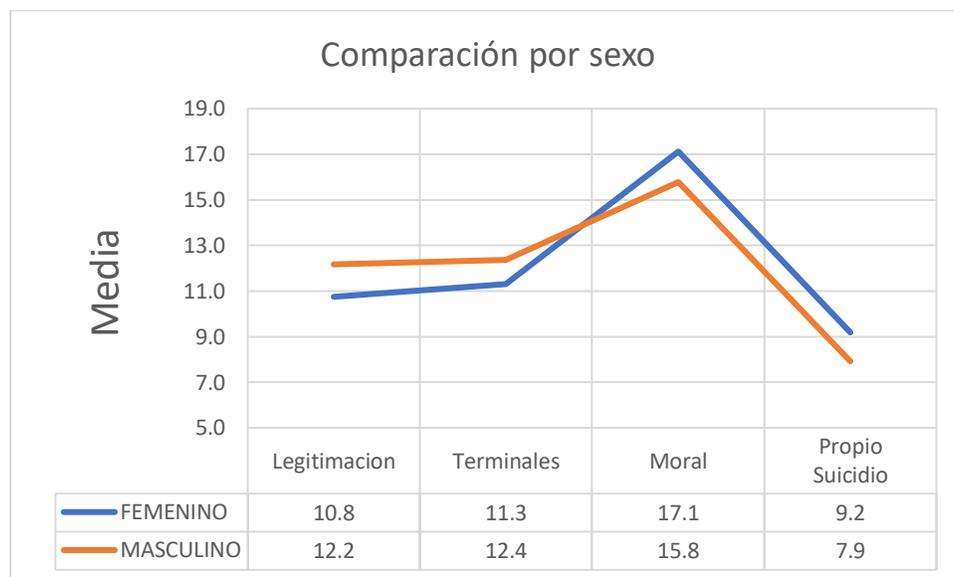


Figura 8. Medias de participantes de sexo femenino (línea azul) y masculino (línea roja) en cada una de las mediciones de las dimensiones del CCCS-18. n=300. Fuente: Elaboración Propia.

La figura 9 muestra el comparativo por religión de las dimensiones de actitudes frente al comportamiento suicida. Los participantes que profesan un credo con denominación del cristianismo (como lo son *católica, cristiana y otras denominaciones derivadas del cristianismo*) tienen menor legitimación del suicidio, respecto a los que profesan *ninguna religión*, por otro lado los participantes que no profesan ningún credo religioso, presentan mayor aceptación moral del suicidio (19,6) en comparación con las denominaciones de tipo

cristianas. Se evidencia que los participantes que no profesan ningún credo religioso tienen mayor justificación del propio suicidio (10,1), que de los participantes que sí. Por ende, se afirma que existe una relación inversamente proporcional entre profesar una religión y aceptación del suicidio, ya que a mayor práctica de algún credo religioso, menos favorable es la actitud hacia el suicidio en sus diferentes factores, legitimación, enfermos terminales, aceptación moral y propio suicidio.

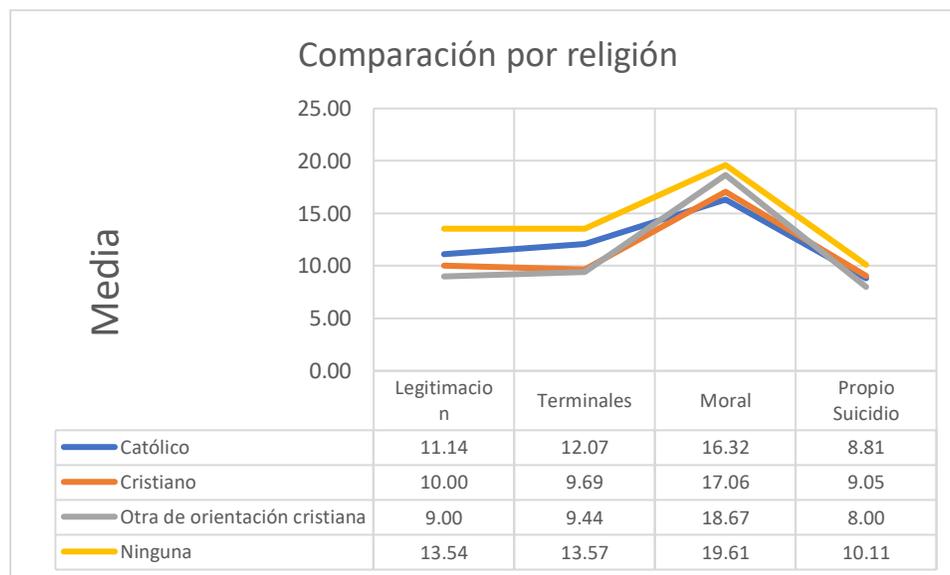


Figura 9. Medias de participantes por religión, Católico (línea azul), Cristiano (línea naranja), otras orientaciones cristianas (línea gris) y Ninguna (línea Amarilla) en cada una de las mediciones de las dimensiones del CCCS-18. n=300. Fuente: Elaboración Propia.

La figura 10 muestra la comparación por edad de las dimensiones de actitudes frente al comportamiento suicida. En ella se evidencia que los participantes con edades entre 21 a 27 años presentan mayor rechazo moral (17,2) junto con los de 18 a 20 años (17,0), por otro lado, los participantes con edades entre 21 a 27 presentan mayor actitud hacia la legitimación del suicidio (11,1) en comparación con las otras edades. Los menores de edad tienen menor actitud hacia el propio suicidio (7,5) en comparación con las otras edades, sin embargo los

adultos manifiestan tener mayor justificación del propio suicidio (9,6). Se evidencia en menores de edad una diferencia significativa en la actitud favorable de aceptación hacia el suicidio en enfermos terminales (14,8) con relación a la de los adultos (10,7) y las otras edades.

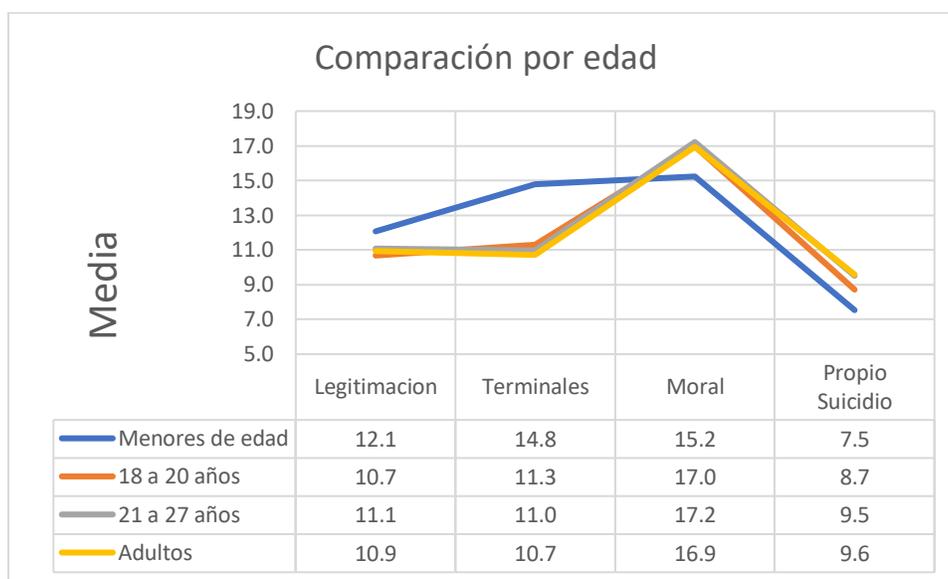


Figura 10. Medias de participantes comparación por edad Menores de edad (línea azul), de 18 a 20 años (línea naranja), de 21 a 27 años (línea gris) y adultos (línea amarilla) en cada una de las mediciones de las dimensiones del CCCS-18. n=300. Fuente: Elaboración Propia.

En la figura 11 se muestra la comparación por estrato de las dimensiones de actitudes frente al comportamiento suicida. En ella se evidencia que los estratos del cuatro al seis demuestran tener mayor actitud hacia los factores de legitimación del suicidio (12,5) y aceptación en enfermos terminales (12,7), que en comparación a los demás estratos se consideran diferencias significativas, sin embargo se evidencia mayor rechazo moral (17,7) con respecto a los otros estratos. Por otro lado, los participantes del estrato uno presentan mayor actitud hacia el propio suicidio (9,9), en comparación con los otros estratos. Se afirma de acuerdo a los resultados que existe una relación directamente proporcional en cuanto a que a mayor

estrato de vivienda mayor es la actitud de aceptación hacia el suicidio en sus dimensiones, ya que los participantes de los estratos cuatro al seis tienen mayor actitud en los factores de legitimación, aceptación en enfermos terminales y el propio suicidio. Sin embargo en estratos menos favorecidos se evidencia mayor actitud hacia el propio suicidio.

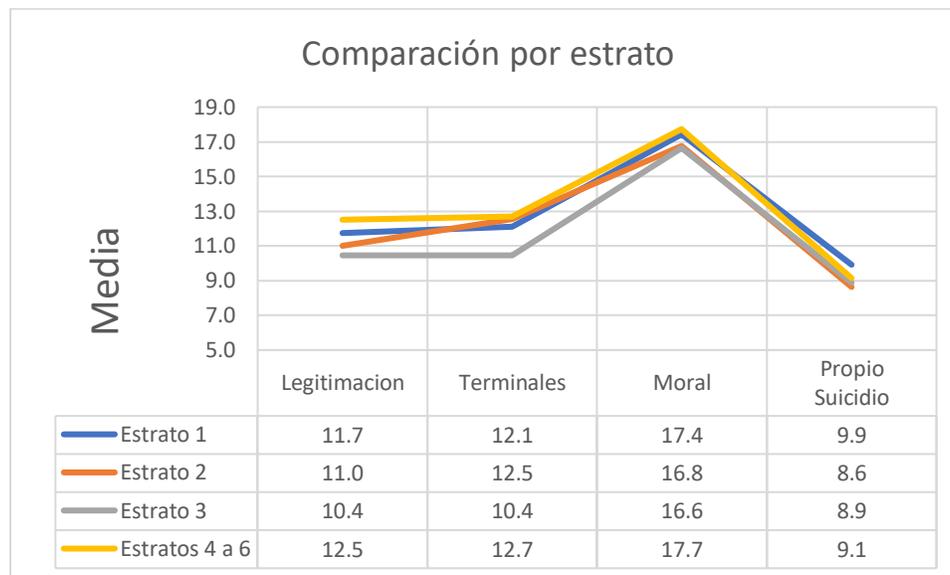


Figura 11. Medias de participantes comparación por estrato uno (línea azul), estrato dos (línea naranja), estrato tres (línea gris) y estrato del cuatro al seis (línea amarilla) en cada una de las mediciones de las dimensiones del CCCS-18. n=300. Fuente: Elaboración Propia.

La Figura 12 muestra la comparación por programa de las dimensiones de actitudes frente al comportamiento suicida. Los estudiantes de psicología tienden a tener mayor rechazo moral (17,0) pero también mayor aceptación del propio suicidio (9,3). En cambio, los estudiantes de medicina tienen mayor actitud hacia legitimación del suicidio (12,1) y mayor actitud hacia la justificación de éste en enfermos terminales (13,0).

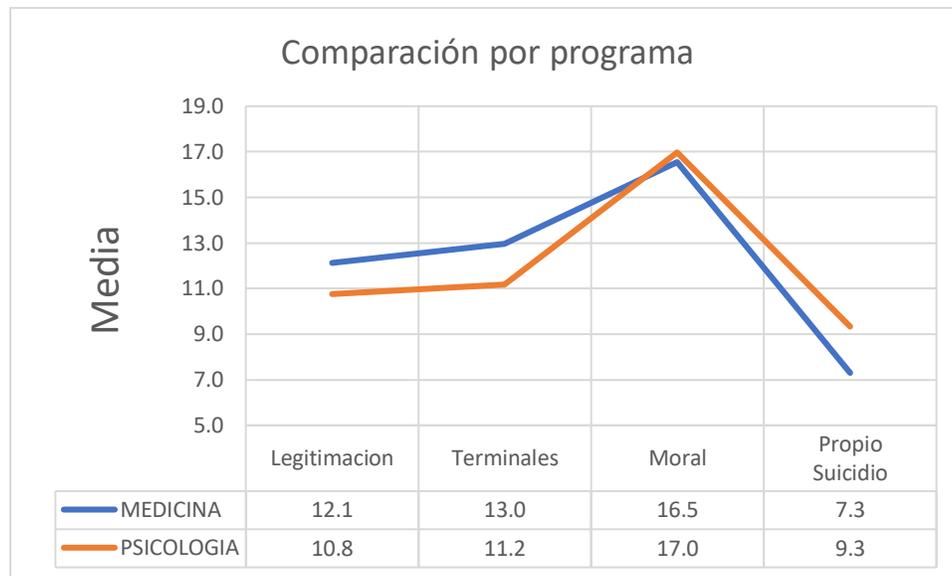


Figura 12. Medias de participantes comparación por programa, Medicina (línea azul), Psicología (línea naranja), en cada una de las mediciones de las dimensiones del CCCS-18. n=300. Fuente: Elaboración Propia.

La Figura 13 evidencia las medias por dimensión de cada grupo organizado según el semestre al que pertenece. En *legitimación del suicidio*, los puntajes más altos corresponden a 6° (12,3) y 8° (12,2) semestre. De igual forma, los grupos con media más baja son 4° (8,9) y 10° (8,4). En el factor *suicidio en enfermos terminales* se encuentra que los puntajes más altos corresponden 1° (12,8) y 8° (12,7), de igual forma los grupos más bajos son 4° (9,7) y 9° (9,1). En el factor de la *dimensión moral del suicidio*, se encuentra que los grupos más altos son 8° (18,4) y 9° (17,4). Los más bajos fueron 5° y 6° (16,5) respectivamente. Finalmente en el *propio suicidio* arroja los resultados más altos en 5° (10,8) y 8° (9,9) los resultados más bajos fueron en 3° (8,0) y 4° (8,2) respectivamente.

Teniendo en cuenta estos resultados se evidencia que el 8° semestre tiene el mayor puntaje de favorabilidad en cuanto al suicidio en sus diferentes dimensiones, ya que en todos los factores oxiló en puntajes altos, lo que genera gran interés en dicha investigación en

considerar el grupo con una actitud favorable con relación al suicidio y permite comprender la aceptación de este semestre con relación a las otras categorías. Por otro lado resulta además interesante que el 4° semestre marca significativa diferencias en cuanto al nivel más bajo de respuesta manifestando que los estudiantes de este semestre evidenciaron menor aceptación frente al suicidio en sus diferentes manifestaciones.

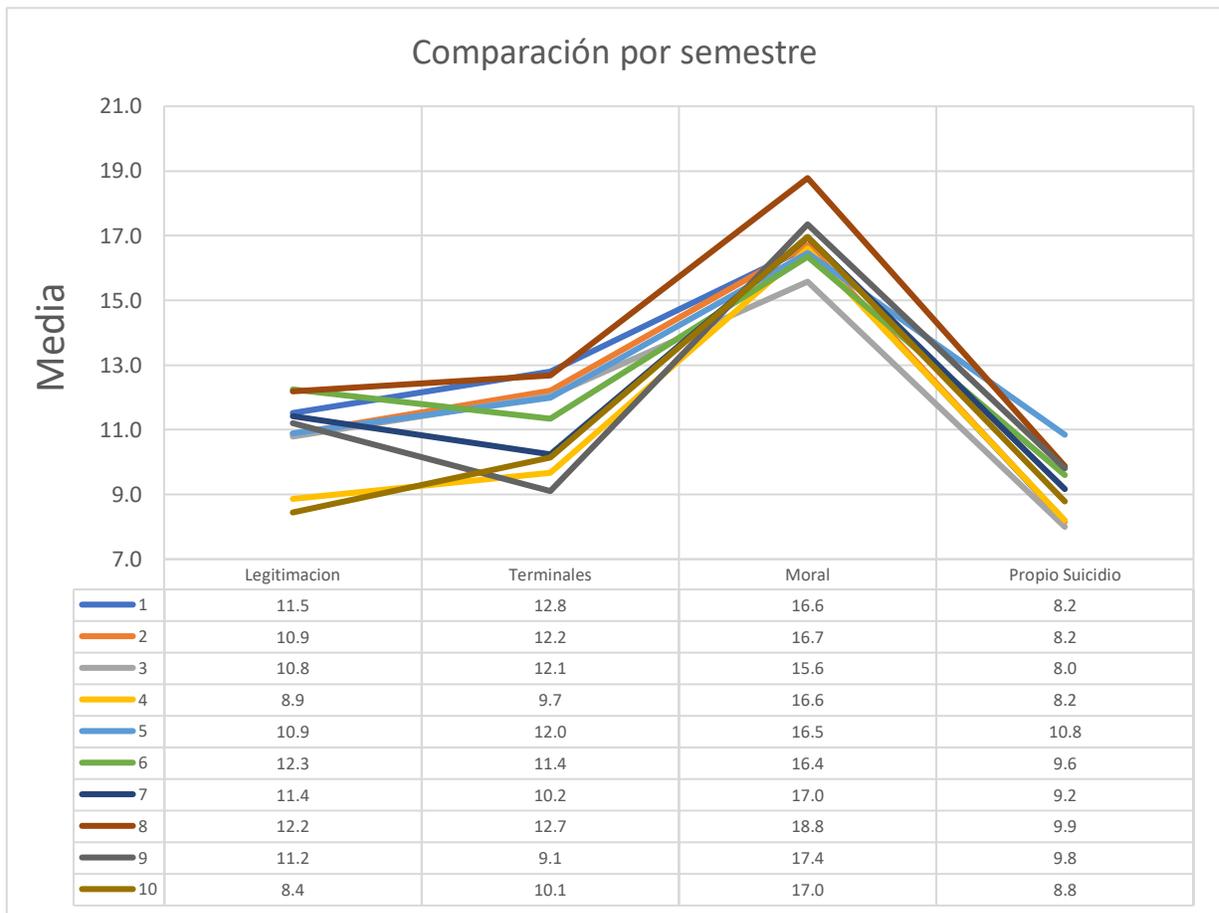


Figura 13. Medias de participantes por Semestre Actual en cada una de las mediciones de las dimensiones del CCCS-18. n=300. Fuente: Elaboración Propia.

Discusión y Conclusiones

El principal hallazgo evidenciado es que la muestra considera mayor favorabilidad hacia los factores de aceptación del suicidio en enfermos terminales y el Rechazo moral del suicidio, por lo cual se considera que los estudiantes mostraron mayor favorabilidad en la justificación del suicidio para personas con enfermedades terminales, y así mismo al rechazo moral de suicidio, lo cual converge con los resultados del estudio de Bastos, Pertile, & Carvalho (2018) que concluyen que el 68,1% de los estudiantes concordó con la legalización del suicidio asistido para pacientes con enfermedades terminales, ya que en los casos de enfermedades terminales, si se legalizara, el 45% de los participantes practicaría suicidio asistido, el 57% solicitaría eutanasia, el 36,5% colaboraría en el suicidio asistido y el 39,9% colaboraría en la eutanasia.

Otro hallazgo importante es que las mujeres tienden a tener mayor rechazo moral, pero también mayor aceptación del propio suicidio. En cambio, los hombres tienen mayor actitud hacia legitimación del suicidio y de éste en enfermos terminales, lo cual se diferencia con los resultados de la investigación de Chite (2015) en donde las creencias actitudinales favorables hacia la legitimación del suicidio en relación al sexo mostraron una frecuencia mayor de favorabilidad en mujeres con un (55,8%), mientras que las creencias hacia el propio suicidio fue mayor en los varones (53,4%). Sin embargo convergen en cuanto a que en ambos estudios las creencias favorables hacia el suicidio en enfermos terminales obtuvieron mayor frecuencia en varones (53%).

Un hallazgo que se considera con gran significancia se relaciona con el hecho de que los participantes que profesan un credo con denominación del cristianismo tienen menor legitimación del suicidio, respecto a los que no profesan ninguna religión, es decir que los participantes que no profesan ningún credo religioso, presentan mayor aceptación moral del

suicidio (19,6), lo cual se asocia a lo propuesto por Sánchez, Guzmán, & Cáceres (2015) el cual afirma que la espiritualidad y religiosidad son elementos adicionales y complementarios a las intervenciones psicosociales tradicionales, para un mejor manejo de los cuadros depresivos con riesgo suicida. Existe un creciente interés en la psicología de la religión y hay evidencia que destaca el rol protector de la espiritualidad y religiosidad en la salud y bienestar en general, sea físico o mental, lo cual permite concluir que los estudiantes que profesan alguna religión, tienen mayor rechazo al suicidio.

En la investigación desarrollada por León, Osés, & Villareal (2018) se concluye que existe una diferencia significativa en el grupo etario de 21 a 40 años en la dimensión moral del suicidio, mostrando una mediana muy superior con respecto a los otros grupos, sin embargo en el presente proyecto llama la atención que los participantes con edades entre 21 a 27 años presentan mayor rechazo moral (17,2) junto con los de 18 a 20 años (17,0) lo cual permite comprender que las manifestaciones causales del suicidio pueden tener su influencia en el componente del pensamiento denominándose ideación suicida, como lo menciona en el trabajo sobre la relación entre alta ideación suicida y variables psicosociales asociadas a la moral.

Se evidencia que los menores de edad tiene menor actitud hacia el propio suicido (7,5) en comparación con las otras edades, sin embargo los adultos manifiestan tener mayor justificación del propio suicido (9,6), lo cual converge con el estudio desarrollado por Martínez, & Robles, (2016) en donde afirma que los participantes con edades comprendidas entre los 40 y 65 años mostraron mayor actitud favorable a la hora de contemplar la idea de quitarse la vida, por lo cual se concluye que la edad, el género y la ausencia o presencia de hijos, son factores que influyen en los adultos al momento de contemplar la idea de suicidarse.

Por otro lado, los participantes mujeres con edades entre 21 a 27 presentan mayor actitud hacia la legitimación del suicidio (11,1) en comparación con las otras edades, este resultado se relaciona con lo planteado por Muñoz, Bernal, Guarín & Arévalo (2015) ya que su investigación se encontró que las mujeres tuvieron mayor uso de servicios a partir de los 15 años, para los diagnósticos relacionados con intento de suicidio, lesiones autoinfligidas y violencias, la proporción fue mayor para las mujeres. Lo que demuestra que el intento de suicidio, lesiones autoinfligidas y violencias es más usual en mujeres adolescentes que en hombres en ambos estudios.

Se encuentra que los estudiantes de psicología tienden a tener mayor rechazo moral (17,0) pero también mayor aceptación del propio suicidio (9,3). En cambio, los estudiantes de medicina tienen mayor actitud hacia legitimación del suicidio (12,1) y mayor actitud hacia la justificación de éste en enfermos terminales (13,0). Lo cual se asocia con los resultados de la investigación de Suárez, Restrepo, & Caballero (2016) Los resultados reflejan que el mantenimiento de ideas suicidas entre universitarios colombianos responde a dificultades de éstos jóvenes para comprender sus estados emocionales, reparar emociones negativas y afrontar problemas.

Un hallazgo importante, refiere que los participantes del 8° semestre tiene el mayor puntaje de favorabilidad en cuanto al suicidio en sus diferentes dimensiones, ya que en todos los factores oxiló en puntajes altos, lo que genera gran interés en dicha investigación en considerar el grupo con una actitud favorable con relación al suicidio y permite comprender la aceptación de este semestre con relación a las otras categorías. Por otro lado resulta además interesante que el 4° semestre marca significativa diferencias en cuanto al nivel más bajo de respuesta manifestando que los estudiantes de este semestre evidenciaron menor aceptación frente al suicidio en sus diferentes manifestaciones. Lo cual comparando estos resultados con

la investigación de Collazo (2013) el cual concluye que existen factores y características comunes que inciden en los estudiantes universitarios de primer año con riesgo suicida, lo cual repercute por causales como estrés académico, falta de afrontamiento de la frustración, situaciones de vulnerabilidad entre otras. Es decir según el autor, existe mayor riesgo suicida en estudiantes universitarios de semestres inferiores, sin embargo, en la presente investigación se evidencia mayor riesgo suicida en estudiantes de semestres superiores, lo cual representa un dato importante en miras de sugerir en las recomendaciones la realización de un proceso de intervención por parte de los directivos de la Universidad.

Finalmente, teniendo en cuenta lo anterior planteado se reconoce la investigación presenta algunas limitaciones ya que la muestra fue tomada en una sola institución, por lo cual los resultados no se pueden generalizar en los jóvenes universitarios de la ciudad, y mucho menos en el país, lo cual representa una limitación al momento de realizar una explicación teórica que se adapte al contexto Colombiano en General.

Por otro lado, se reconoce que el instrumento utilizado no está validado en el país, sin embargo es importante mencionar que este cuestionario fue validado por José Antonio Ruiz Hernández, Juana Navarro Ruiz, Ginesa Torrente Hernández y Ángel Rodríguez González, en la Universidad de Murcia en España, en el año 2004, por lo cual se realiza una adaptación de este a nivel local. Otra limitación se orienta al hecho de que este estudio es de alcance descriptivo y no permita identificar variables relacionadas o factores causales que estén influyendo en las actitudes del suicidio lo cual representa un limitante al momento de identificar causalidades o factores asociados.

Sin embargo, se deben resaltar algunos aspectos importantes de la investigación, como es el hecho que se realiza una comparativa que aunque sea de alcance descriptivo es una comparación con ciertas variables importantes y dicha comparación arrojó unos

resultados interesantes los cuales permitieron conocer las actitudes de los estudiantes universitarios hacia el comportamiento suicida, teniendo en cuenta el sexo, la edad, el programa, el estrato, la religión entre otras.

Otro dato interesante, es que de acuerdo con la revisión bibliográfica hecha se concluye que no hay evidencia de investigaciones realizadas en la región y mucho menos en Valledupar en donde se haya realizado una caracterización desde el tema actitudinal frente a la aceptación o rechazo hacia el comportamiento suicida en estudiantes universitarios, por lo cual se considera que se realiza un aporte significativo en materia de conocer e identificar factores actitudinales sobre el comportamiento suicida en esta población en la ciudad de Valledupar, Cesar.

Recomendaciones

Se realizan algunas recomendaciones para la comunidad psicológica, dentro de alguna de ellas se establece la importancia de realizar muestras representativas y significativas sobre las actitudes de los estudiantes universitarios tanto a nivel Local, como a nivel regional, en miras de identificar cuáles son los factores actitudinales sobre el comportamiento suicida y a partir de dichos resultados establecer un análisis que permita generalizarlos y contextualizarlos a nivel Nacional en otros escenarios de educación superior.

Además, se reconoce la importancia de validar el instrumento de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida, CCCS-18, ya que esto contribuirá a que los estudios realizados tengan mayor relevancia e impacte de manera más significativa los resultados de estudios contextualizados en la población Colombiana. Por otro lado, se reconoce la importancia de realizar investigaciones donde se hagan estudios de correlaciones o análisis de regresión que contribuyan a identificar la causalidad o los factores causales, en

miras de obtener teorías que expliquen las actitudes sobre el comportamiento suicidas en los jóvenes universitarios, además se sugiere a la comunidad psicológica en general continuar estudiando este fenómeno para ampliar los conocimientos sobre este importante tema.

Por otra parte, se realizan recomendaciones para la institución de educación superior, la Fundación Universitaria del Área Andina, para que concentre esfuerzos en la prevención del suicidio en los grupos que evidencian mayor riesgo como las personas que no tienen una religión y los estudiantes de octavo semestre, para con ello realizar la apropiación de este importante tema reconociendo los grupos con mayor vulnerabilidad ante esta situación, lo cual permitirá la identificación de casos específicos que contribuya a realizar dicha evaluación de una manera más rigurosa y con mayor impacto. Finalmente se reconoce la importancia de la identificación de casos específicos en los estudiantes, para con ello activar las rutas de atención sobre la conducta suicida, teniendo en cuenta los parámetros establecidos por la Ley 1616 de 2013 sobre salud mental, en donde el objeto es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental, con lo cual se ayuda a reducir los casos de intentos suicidas y con ello establecer una política de prevención.

Referencias Bibliográficas

Andrade L. (29 junio, 2018) Suicidio: un tema que alerta a Valledupar. *El pilón*, (15), p. 10.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana

Bastos B, Pertile R, & Carvalho A (2018) Suicidio asistido y eutanasia en la perspectiva de profesionales y estudiantes de un hospital universitario. Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc), *Revista Bioética*. 26(2): pp. 12-56. Doi: 10.1590/1983-80422018262242

Bernal L. (2017) *Implementación de estrategias para la disminución del cutting en la institución educativa Leónidas acuña en la ciudad de Valledupar*. (Tesis de grado) Universidad Nacional Abierta Y A Distancia UNAD Valledupar Cesar. Pp. 23-78. Tomado de <https://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/13606/1/49796064.pdf>

Blandón C., Carmona P., Mendoza O. & Medina P., (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), pp. 469-478. Tomado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000500006&lng=es&tlng=es.

Carmona P. Gaviria H. & Bernal, (2014) Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas. *Revista de psicología*. 9(1) pp. 102-111 Fundación Universitaria Los Libertadores Bogotá, Colombia. Tomado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5778680622345002>

- Castañeda I, N. (2016). Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 19(36), pp. 336-346. Tomado de <https://dx.doi.org/10.17081/psico.19.36.1302>
- Chite H. (2015) *Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de La I.E. Santa rosa de Lima, Arequipa*, (tesis de grado) Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa. Arequipa – Perú. pp. 34-90. Tomado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4230/Mdchhufb.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Collazo R. S. (2013). *Perfil psicológico y psicosocial de estudiantes universitarios de primer año con riesgo suicida* (tesis de doctorado) Universidad Del Turabo, Gurabo, Puerto Rico. 45-134. Tomado de <http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=https://search.proquest.com/docview/1468435993?accountid=50441>
- Cortés A, Aguilar V, Medina S, Toledo P, & Echemendía, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(1): 89-97. Recuperado en 06 de junio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000100003&lng=es&tlng=es.
- Echávarri G. (2010) Teorías explicativas de la conducta suicida II. *Rev. conducta suicida y psicopatología*. 4(12), 45-78. Tomado de <ftp://ftp.formainap.navarra.es/2014/2014-3E604-9971-SUICIDIO/TEMA%203.pdf>

Franco, S. A., Gutiérrez, M. L., Sarmiento, J. C, Decsy, T., Barrios, M., Ballesteros, M. del Pilar, Zamora, S. & Rodríguez, C. I., (2017). Suicidio en estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia, 2004–2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 269-278. Tomado de <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.22452015>

García R. N. (2008) *ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. (Tesis de pregrado), 67-345. Universidad Nacional Autónoma De México, Mexico. Tomado de http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/panidos/tesis/tesis_nayeli.pdf

González S., P., Medina P. O., & Ortiz V., J., (2016). Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 56-78. Tomado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100015&lng=es&tlng=es

Larrotta C., Luzardo B., Vargas C., & Rangel N., (2014). Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, 56 (1): 83-95. Tomado de <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n1/v56n1a06.pdf>

León V., Oses S, & Villareal V. (2018) *Diferencias en la percepción del suicidio según grupos etarios en la población del Municipio de Barrancabermeja*. (Proyecto de Grado). Universidad Cooperativa de Colombia Facultad de Psicología Barrancabermeja, Colombia. pp. 1-27. Tomado de http://repository.ucc.edu.co/bitstream/ucc/6472/2/2018_suicidio_grupo_etario.pdf

- Martínez, E., Romero, M., Rey de Cruz, N., & Cañón W. (2011). Riesgo de suicidio en jóvenes universitarios de Bucaramanga en el año 2011. *Revista Cuidarte*, 2(1), 182-187.. Tomado de <https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.55>
- Martínez, J., & Robles, A. (2016). Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: Análisis de contenido a través de grupos focales. *Informes Psicológicos*, 16(2), pp. 53-68. <http://dx.doi.org/10.18566/ infpsicv16n2a04>
- Mingote A. J., Crespo H. D., Hernández Á. N., & García P. C. (2013) Prevention of suicide in doctors. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 176-204. Tomado de <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200002>
- Muñoz G, Bernal G, Guarín T. & Arévalo R. (2015). Caracterización de la demanda en servicios de salud mental en una aseguradora de servicios de salud en Colombia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(2), 63-80. Tomada de <https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.55>
- Ministerio de salud y protección social (2013) Ley 1616 de 2013, salud mental y se dictan otras disposiciones. 02-20. Tomado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Ministerio de salud y protección social (2018) Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Bogotá (D.C.), agosto de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

- Rodríguez P, de Rivera A, Revuelta, R, & Hernández F. (1990) El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Rev. Psiquis*, 11(2), 374-380. Tomado de http://www.psicoter.es/ arts/90_A077_12.pdf
- Santos H. B, Marcon S. R, Espinosa M. M, Baptista M. N, & Paulo P. M (2017) Factors associated with suicidal ideation among university students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 45(2): 45-89. Tomado de DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878.m>
- Sampieri, R, Fernández, C, & Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación* (5ta. ed.). D.F., México: McGraw Hill. 80-445.
- Sánchez P, Guzmán Y, & Cáceres R. (2015). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 12-25. Retrieved June 06, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100002&lng=en&tlng=es.
- Siabato M, E. & Salamanca C. Y., (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(1), 71-81. Tomado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862015000100006&lng=en&tlng=es.
- Suárez C, Restrepo C, & Caballero C. (2016). Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 48(4), 470-478. <https://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n4-2016005>
- Valencia U. H, Campo, G., Borrero C., C., García G., Á., & Patiño G., M (2011). Caracterización de la población con intento de suicidio en el Hospital Universitario

del Valle, Cali (1994-2010). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4), 619-636.

Tomado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000400003&lng=en&tlng=es.

Villalobos F. H., (2009) *ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior* (Tesis doctoral), 45- 159. Universidad De Granada, Granada, España. Tomado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>

Anexos

Anexo 1

Cuestionario de Creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18"



CCCS-18								
CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA								
GÉNERO			EDAD			ESTRATO		
PROGRAMA			SEMESTRE			RELIGIÓN		
<p>A continuación aparecen una serie de frases sobre lo que las personas piensan y sienten acerca del comportamiento suicida. Ten en cuenta que no hay frases buenas ni malas, ni correctas ni incorrectas, sólo nos interesa tu opinión al respecto. Por favor, trata de responder con sinceridad y usa tu propio criterio. Tus respuestas son totalmente anónimas.</p> <p>Para contestar, marca con una X en cada frase la opción que mejor indique tu grado de acuerdo o desacuerdo mediante la siguiente escala:</p> <p>1= Totalmente en desacuerdo, 2= Bastante en desacuerdo, 3= Un poco en desacuerdo, 4= Indiferente, 5= Un poco de acuerdo, 6= Bastante de acuerdo, 7= Totalmente de acuerdo.</p>								
01.	Aceptaría ciertas formas de suicidio (ej.: sobredosis de pastillas)	1	2	3	4	5	6	7
02.	Debería permitirse el suicidio de una manera digna a las personas con enfermedades incurables	1	2	3	4	5	6	7
03.	El suicidio va en contra de la moral	1	2	3	4	5	6	7
04.	Es posible que me suicidara si estuviese en una situación extrema	1	2	3	4	5	6	7
05.	Si alguien quiere intentar suicidarse, es asunto suyo y no deberíamos intervenir	1	2	3	4	5	6	7
06.	El suicidio es un medio aceptable de querer terminar con una enfermedad incurable	1	2	3	4	5	6	7
07.	El suicidio es un acto inmoral	1	2	3	4	5	6	7
08.	El suicidio debería ser una forma legítima de morir	1	2	3	4	5	6	7
09.	Bajo ningún concepto me suicidaría	1	2	3	4	5	6	7
10.	Aceptaría el suicidio en personas mayores	1	2	3	4	5	6	7
11.	Es comprensible ayudar a suicidarse a un enfermo terminal	1	2	3	4	5	6	7
12.	Los suicidas son personas que atentan contra la sociedad	1	2	3	4	5	6	7
13.	Si me sintiese muy solo y deprimido intentaría suicidarme	1	2	3	4	5	6	7
14.	Debería haber clínicas para que los suicidas puedan quitarse la vida de una manera privada y con menos sufrimiento	1	2	3	4	5	6	7
15.	Aceptaría el suicidio en personas a las que les queda poco tiempo de vida	1	2	3	4	5	6	7
16.	Se debería prohibir el suicidio porque es un asesinato	1	2	3	4	5	6	7
17.	Algunas veces, el suicidio es la única vía de escape ante los problemas de la vida	1	2	3	4	5	6	7
18.	El suicidio sería una cosa normal en una sociedad ideal	1	2	3	4	5	6	7

MUCHAS GRACIAS.

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

Valledupar, ____ de _____ de 2019

Cordial saludo,

Estimado Padre de Familia

La presente investigación corresponde al desarrollo del proyecto de grado de modalidad Monografía, el cual tiene como propósito identificar los factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Area Sede Valledupar, Cesar, 2019.

De tener preguntas sobre la participación de su hijo en este estudio, puede contactar al Dr. Jonattan Pumarejo Sanchez docente y asesor del proyecto de grado del estudiante, al correo electrónico jpumarejo2@areandina.edu.co.

A continuación, se describen las condiciones de la participación de su hijo en la investigación:

1. La participación es libre y voluntaria. Luego de iniciada la investigación, Ud. puede decidir retirarse y disentir cuando lo desee.
2. Sus datos y resultados individuales serán usados únicamente con fines académicos, descartando cualquier uso económico, laboral o cualquier otro. En caso de tener dudas o reclamos al respecto, podrá comunicarse con el investigador y también podrá adelantar el debido proceso por medio de la Fundación Universitaria del Área Andina, así como por el Colegio Colombiano de Psicólogos COLPSIC, según lo establece la Ley 1090 de 2006 para la profesión de psicología.
3. Los datos y resultados individuales serán usados de manera confidencial, según lo exige el artículo 2 numeral 5 de la Ley 1090 de 2006 al rol del psicólogo. La única excepción a esta condición sucede si alguna autoridad judicial competente (por ejemplo, fiscalía) solicita a los investigadores el acceso a la información, o si hay inminencia de riesgo al bienestar físico o mental del participante.

4. Los investigadores tienen el derecho de realizar publicación en medios de comunicación académicos como revistas, seminarios, foros, etc., de los resultados obtenidos en la investigación.
5. Los investigadores pueden cancelar o terminar unilateralmente la toma de datos o intervención, previa información a usted.
6. No habrá costo alguno para usted por las evaluaciones relacionados con este estudio. Usted no recibirá pago por participar en este estudio.
7. A usted se le informará cualquier información nueva conocida durante el estudio que le pueda hacer cambiar de parecer en cuanto a permanecer en el estudio. Al final del estudio, a usted se le informará cuando los resultados estén disponibles, y cómo conocer sobre éstos, de manera generalizada.

Yo _____ padre de familia y/o cuidador identificado con documento de identidad No. _____, manifestó que he sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este proyecto de grado y de las características de la participación de nuestro hijo (a) _____ estudiante del programa de _____ de la Fundación Universitaria del Área Andina. Reconocemos que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

Manifiesto que he sido informado(a) de que podemos hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que podemos retirar nuestro consentimiento del mismo cuando así lo decidamos, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión, así como las propiedades de la presente investigación la cual no reconoce ningún riesgo inminente para nuestro hijo (a) ni para su salud física o mental.

Por lo cual dejé constancia que acepto voluntariamente la participación de nuestro hijo (a) en la investigación denominada factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Área Sede Valledupar.

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD

Valledupar, ____ de _____ de 2019

Cordial saludo,

La presente investigación corresponde al desarrollo del proyecto de grado de modalidad Monografía, el cual tiene como propósito identificar los factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Area Sede Valledupar, Cesar, 2019.

Docente encargado: de tener preguntas sobre la participación en este estudio, pueden contactar al Dr. Jonattan Pumarejo Sanchez docente y asesor del proyecto de grado del estudiante, al correo electrónico jpumarejo2@areandina.edu.co.

A continuación, se describen las condiciones de participación en la investigación:

8. La participación es libre y voluntaria. Luego de iniciada la investigación, Ud. puede decidir retirarse y disentir cuando lo desee.
9. Sus datos y resultados individuales serán usados únicamente con fines académicos, descartando cualquier uso económico, laboral o cualquier otro. En caso de tener dudas o reclamos al respecto, podrá comunicarse con el investigador y también podrá adelantar el debido proceso por medio de la Fundación Universitaria del Área Andina, así como por el Colegio Colombiano de Psicólogos COLPSIC, según lo establece la Ley 1090 de 2006 para la profesión de psicología.
10. Los datos y resultados individuales serán usados de manera confidencial, según lo exige el artículo 2 numeral 5 de la Ley 1090 de 2006 al rol del psicólogo. La única excepción a esta condición sucede si alguna autoridad judicial competente (por ejemplo, fiscalía) solicita a los investigadores el acceso a la información, o si hay inminencia de riesgo al bienestar físico o mental del participante.

11. Los investigadores tienen el derecho de realizar publicación en medios de comunicación académicos como revistas, seminarios, foros, etc., de los resultados obtenidos en la investigación.
12. Los investigadores pueden cancelar o terminar unilateralmente la toma de datos o intervención, previa información a usted.
13. No habrá costo alguno para usted por las evaluaciones relacionados con este estudio. Usted no recibirá pago por participar en este estudio.
14. A usted se le informará cualquier información nueva conocida durante el estudio que le pueda hacer cambiar de parecer en cuanto a permanecer en el estudio. Al final del estudio, a usted se le informará cuando los resultados estén disponibles, y cómo conocer sobre éstos, de manera generalizada.

Nosotros, abajo firmantes, manifestamos que hemos sido informado(a)s de los objetivos, alcance y resultados esperados de este proyecto de grado y de las características de nuestra participación. Reconocemos que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

Manifestamos que hemos sido informados(a)s de que podemos hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que podemos retirarnos del mismo cuando así lo decidamos, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Nosotros abajo firmantes con número de identificación dejamos constancia que aceptamos voluntariamente participar en la investigación denominada factores actitudinales sobre creencias del comportamiento suicida en estudiantes de psicología y medicina de la Fundación Universitaria del Area Sede Valledupar,

N°	NOMBRE Y APELLIDO	N° DE DOCUMENTO	PROGRAMA	SEMESTRE	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						