

Universidad y conducta suicida: respuestas y propuestas institucionales, Bogotá 2004-2014

University and suicidal behavior: institutional response and actions, Bogotá 2004-2014

Miguel Barrios-Acosta, Magnolia del Pilar Ballesteros-Cabrera, Sara Zamora-Vázquez,
Saúl Franco-Agudelo, Martha L. Gutiérrez-Bonilla, Javier Tatis-Amaya,
Julián C. Sarmiento-López, Decssy Cuspoca, Alejandro Castillejo-Cuellar
y Carlos I. Rodríguez-Melo

Recibido 13 abril 2016 / Enviado para modificación 4 noviembre 2016 / Aceptado 3 febrero 2017

RESUMEN

Objetivo Analizar las respuestas institucionales frente a la conducta suicida de estudiantes de cinco universidades de Bogotá y su relación con los lineamientos de la Política Nacional de Salud Mental (PNSM), de la Atención Primaria Integral en Salud (APS) y los planes establecidos para su abordaje y, a partir de estos, formular recomendaciones para la acción.

Métodos Estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo basado en la consulta a la memoria de 66 agentes universitarios quienes aportaron acerca del hecho suicida y sus características, y sobre las respuestas y propuestas institucionales asumidas en cinco universidades de Bogotá. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas.

Resultados Las universidades participantes presentan comprensiones heterónomas frente al fenómeno del suicidio y mecanismos de atención diferentes principalmente direccionados al apoyo administrativo y a la prevención de contagio del comportamiento suicida.

Conclusiones Los suicidios consumados de estudiantes le han servido a las universidades para reflexionar sobre esta problemática y a partir de ello se ha hecho más visible el problema de la deshumanización en la formación, el papel del bienestar universitario y los servicios de salud. Emerge con fuerza el tema de la conveniencia de las redes de trabajo interinstitucional e intersectorial, la psicoeducación, la corresponsabilidad, así como la activa participación de los jóvenes en la discusión y formulación de enfoques y programas orientados hacia su bienestar.

Palabras Clave: Suicidio, universidades, estrategias locales, adulto joven (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To analyze the institutional responses and actions towards suicidal behavior of students from five universities in Bogotá, and their relation with the National Mental Health Policy (NMHP), the Comprehensive Primary Health Care Guidelines (APS), and the plans established for approaching this issue, to finally make suggestions based on them.

Methods Qualitative, exploratory-descriptive study based on the experiences of 66 university workers, who provided inputs on suicide and its characteristics; this study is also grounded on the institutional response of five universities in Bogotá. Semi-structured interviews were also used.

Results Participating universities have a heteronomous understanding of the phenomenon of suicide, as well as different attention mechanisms, which are mainly directed to administrative support and the prevention of suicidal behavior contagion.

M.B.: MD. Pediatra. Ph. D. Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. mebarriosa@unal.edu.co
Ma.B: Psi., Ph. D. Salud Pública. Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia. magnoliaballesteros@usantotomas.edu.co
S.Z.: Antrop. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. saraz1999@gmail.com
S.F.: MD, Ph. D. Salud Pública. Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia. saulfranco@usantotomas.edu.co
M.G.: Enf. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. ml.gutierrez@javeriana.edu.co
J.T.: Soc. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. tatisj@javeriana.edu.co
J.S.: Psi. M. Sc. Desarrollo infantil. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. jcsarmientol@unal.edu.co
D.C.: TS. M.Sc. Antropología. Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia. djcuspoca@gmail.com
A.C.: Antropólogo. Departamento de antropología, Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia. acastill@uniandes.edu.co
C.R.: MD. M. Sc. Planeación Socioeconómica. Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia. carlosirodriguez@usantotomas.edu.co

Conclusion The consummate suicides of students have served the universities to reflect upon this problem, which has made more visible the problem of dehumanization in training, and the role of university well-being and health services. The appropriateness of inter-institutional and intersectoral networks, psychoeducation, co-responsibility, and the active participation of young people in the discussion and formulation of welfare-oriented approaches and programs are strong aspects that arise from this reflection.

Key Words: Suicide, universities, local strategies, young adult (*source: MeSH, NLM*).

Como en el mundo, en Colombia el suicidio es un problema relevante para la salud pública. Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el suicidio ocupa el cuarto lugar entre las formas de muerte violenta, destacándose un claro incremento en la niñez, la adolescencia y la juventud, donde entre las mujeres, la frecuencia más alta se registra en los grupos de 15 a 17 años, mientras que en los hombres se presentan picos altos entre 20 a 24 años y entre los 70 y 74 (1). Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las tasas de suicidio están en incremento especialmente entre personas jóvenes, siendo la tercera causa de muerte a nivel mundial (2).

Al respecto, mientras la perspectiva biomédica sostiene que el 90 % de los casos de suicidio tiene una psicopatología de base que los explica (3); desde una perspectiva social, el incremento en las tasas de suicidio entre las personas más jóvenes y los adultos mayores tiene relación con las condiciones estructurales¹.

Es así, como la respuesta social e institucional a la conducta suicida se da desde los dos anteriores polos de entendimiento del fenómeno. Por un lado, se comprende el mismo como un problema individual, producto de una enfermedad mental que se facilita por otros factores de riesgo interpersonales, familiares y sociales, y se interviene principalmente por la psiquiatría y la psicología; y por el otro, como un comportamiento individual pero que se comprende en relación con las condiciones históricas, culturales, económicas, políticas y sociales dentro de contextos y períodos específicos.

Las respuestas y propuestas a la conducta suicida dentro de comunidades locales educativas, incluyendo las universidades, plantea muchos interrogantes, y algunos de ellos aún no tienen respuestas científicas. Por ejemplo, falta por establecer la efectividad real de la mayoría de las acciones preventivas de la conducta suicida que se hacen en las comunidades.

El suicidio de estudiantes universitarios en general ha sido poco explorado tanto a nivel mundial como local², por ello, este documento, discute el capítulo de resultados

y propuestas institucionales del estudio adelantado por Franco *et al.* (4), con el objetivo de formular recomendaciones para la acción y analizar como un todo las respuestas institucionales frente a la conducta suicida de estudiantes universitarios de cinco comunidades locales –universidades de Bogotá– según: a. Los enfoques predominantes; b. Los lineamientos de la Política Nacional de Salud Mental y los planes y modelos establecidos para su abordaje, y c. Los lineamientos de la Atención Primaria Integral de Salud-APIS. Vale la pena aclarar que no se pretende ni puede dar respuesta a todos los vacíos señalados; sin embargo, presenta aportes para la comprensión de la actual respuesta institucional de las universidades a la conducta suicida, y con base en el análisis de la misma, propone algunas medidas necesarias y posibles de implementar a corto, mediano y largo plazo.

MÉTODOS

Los resultados analizados corresponden a un capítulo del estudio basado en la consulta a la memoria de 66 participantes (docentes, directivos, administrativos, personal de bienestar universitario, programas de salud y atención psicológica o pastoral), la mayoría mujeres entre 40 y 60 años cuyo tiempo de vinculación institucional era de 10 o más años. La indagación se realizó en la Universidad Nacional de Colombia, Universidad Santo Tomás, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de Los Andes y Universidad Manuela Beltrán, todas de Bogotá.

Las entrevistas realizadas se grabaron, transcribieron y para la organización, categorización y análisis de la información se usó el programa Atlas Ti, versión 6.0. La codificación de la información se realizó de forma individual por cada universidad y posteriormente se condensó en una unidad hermenéutica con la totalidad de los casos.

Dentro de esta pesquisa las propuestas se comprenden como aquellas acciones que los entrevistados entienden como desarrolladas por sus instituciones ante la conducta suicida en general, así como aquellas que consideran se deben implementar.

¹ González JO. [Contextos explicativos de los suicidios en Bogotá, 1996-2005]. Tesis de grado de Doctorado en Salud Pública [2009]. Se encuentra en la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

² Ballesteros-Cabrera, M. [Rol del Conocimiento científico en la Política pública de Salud Mental. Estudio de caso sobre el suicidio 1990-2010]. Tesis de grado de Doctorado en Salud Pública [2013]. Se encuentra en la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

El sistema de categorías analíticas con las cuales se comprenden las respuestas y propuestas obtenidas incluye: **a.** Los enfoques de entendimiento de la conducta suicida que subyacen en las respuestas y propuestas; **b.** La coherencia que existe entre las respuestas y propuestas hechas por los participantes con los lineamientos contemplados en la Política Nacional de Salud Mental y los planes y modelos establecidos para el abordaje de la conducta suicida, y; **c.** Los preceptos de la APIS incluidos en las respuestas y propuestas realizadas.

La investigación se acogió a los principios éticos y a la normatividad existente en Colombia para investigación con humanos. Las entrevistas se realizan previa toma del consentimiento informado y la aprobación de la investigación por los comités de ética universitarios. Esta investigación, de acuerdo con la legislación vigente en Colombia, corresponde a una exploración con riesgo mínimo.

RESULTADOS

A continuación se describen los resultados de investigación organizados por categorías e ilustrados con fragmentos de testimonios de los 66 participantes, a partir de quienes se identifican 45 casos de suicidio consumados entre 2004-2014, sin que pueda establecerse por la metodología de búsqueda, que ese número corresponde a la totalidad de los casos existentes.

Respuestas de carácter individual en las universidades frente al suicidio consumado

El impacto individual que produce el suicidio consumado, es el primer elemento significativo que conlleva a respuestas personales evidentes en la evocación de la memoria, estas son muy variadas y se llevan a cabo fundamentalmente por docentes y estudiantes. Entre los ejemplos documentados están: ejercicios de reflexión, llevar flores, el uso de películas, el minuto de silencio, entre otros que facilitan la expresión de sentimientos.

Como características comunes en este tipo de respuestas se identifican, una gran emotividad asociada, predomina el sentimiento de solidaridad con la víctima, por regla son de corta duración muy conexas temporalmente con el acto. Lo anterior da cuenta que la existencia de “comunidades locales” en cada universidad no es nominativa, es una realidad y lo anterior tiene implicaciones prácticas dentro de la salud colectiva; más aún si se tiene en cuenta que en ninguno de los documentos oficiales de la política pública de salud mental en Colombia se contempla específicamente el trabajo dentro de comunidades universitarias.

Respuesta institucional de las universidades frente al suicidio consumado

Las acciones en las universidades varían según se trata o no de un estudiante activo, si el lugar del hecho es el campus, del impacto inmediato percibido en los centros educativos, entre otras. Sin embargo, existe una respuesta bastante uniforme relacionada con asesoría económica, legal y religiosa que puede incluir el envío de coronas fúnebres, realización de misas, apoyo económico mediante el cobro del auxilio funerario, seguro estudiantil por muerte y trámites de cierre académico.

Hay otra característica que permea tanto la respuesta institucional universitaria como la familiar: el estigma asociado al suicidio como determinante sociocultural de la respuesta ante la conducta suicida. Mucho se ha documentado sobre el papel que tiene el estigma como condicionante de la implementación de respuestas adecuadas a problemas de salud, particularmente en las enfermedades mentales y el VIH/SIDA; de hecho, algunos autores consideran que el estigma produce mayor daño al enfermo mental que la misma condición patológica (5).

Así, el estigma del suicidio tiene particularidades propias que trascienden las de la enfermedad mental, sin negar que con frecuencia se superponen –por ejemplo en la población del estudio se encuentra que en 35,6 % de los casos identificados, los entrevistados señalaron conocer algún tipo de enfermedad diagnosticada como antecedente de salud en quienes consumaron suicidio, siendo la depresión (17 %), el Trastorno Afectivo Bipolar (7 %) y el Trastorno de Asperger (4 %) los más representativos (4).

Otra respuesta común en las universidades frente a los casos de suicidio consumado son las acciones que se emprenden para apoyar a los compañeros/as del suicida y de alguna manera prevenir otros casos “por contagio”. La literatura científica ha documentado el “efecto Werther”, es decir el incremento de otros casos de suicidio posterior al conocimiento de un caso índice. (6). Dicho fenómeno se produce con mayor probabilidad si el suicida es una persona reconocida, si se publicita y facilita información morbosa acerca de los detalles, si de algún modo se “glorifica” al suicida, o simplemente si existe una relación o contacto cercano con esa persona (6).

En las Facultades pequeñas el impacto suele ser mayor y la respuesta demuestra mayores niveles de cohesión, generando efectos en otras instancias administrativas, que por ejemplo, facilitan la movilización de las áreas de salud y bienestar universitario, en los aspectos asistenciales, de acompañamiento y seguimiento a los afectados (familia, amigos, docentes). De cualquier modo, las instancias universitarias que terminan por

asumir centralmente la respuesta institucional son el área de la salud y de bienestar universitario, aunque no son las únicas.

Existe otra respuesta común clasificada como jurídico-penal. Esta se genera por el temor de algunos directivos de las universidades a una posible demanda penal de parte de las familias de los suicidas. Al respecto se anota que la culpa (7), también permea a una parte de la comunidad universitaria, específicamente aquella que tuvo relación cercana con el suicida.

Otro nivel de reacción ante los casos de suicidio se da en las aulas de clase e involucra actividades formales dadas desde las directivas, así como acciones que involucran a profesores y estudiantes; y hacen referencia tanto a facilitar acciones de expresión de dolor y solidaridad de la comunidad en las aulas, como a respuestas nulas de los profesores tal como expresa una estudiante: “No, nada. La vida sigue igual. Acá nadie se da cuenta de nada, nunca” (E04-012).

Este apartado de respuestas de las universidades ante los casos de suicidio consumado de sus estudiantes se ha presentado siguiendo la teoría del actor-red que incluye la participación de algunos actores no tradicionales según la interpretación de Latour (8,9). Esta concepción plantea el seguimiento de las acciones por las trayectorias que se generan en cadena, desde las interacciones entre los distintos actores de la red o comunidad local.

Propuestas para la prevención y el abordaje de la conducta suicida en ambientes universitarios

Desde una perspectiva individual la conducta suicida se entiende como un espectro complejo que en las personas tiene diferentes grados de expresión como ideación, intento y suicidio consumado (10). En los contextos universitarios, según los participantes se vienen adelantando propuestas puntuales y se han considerado otras apuestas de mejoramiento.

Estas propuestas transitan entre un trabajo fuertemente influenciado desde marcos de gestión de riesgo hasta el trabajo de APIS orientado a la comunidad universitaria, tanto para la evaluación de las problemáticas como para la generación de recursos de intervención, articulando el trabajo de las redes y el sistema de salud y aumentando el grado de psicoeducación y de corresponsabilidad de todos/as como integrantes de la comunidad frente a un evento emergente.

Dentro de las propuestas implementadas es posible ubicar una serie de acciones multinivel enfocadas en la identificación y transformación de factores de riesgo, la promoción de habilidades para la vida y estilos de vida saludable y el fomento de la búsqueda de ayuda e identificación de síntomas.

Las acciones incluyen detectar las necesidades sentidas desde los jóvenes universitarios, elaboración de protocolos de actuación, rutas de remisión, fortalecimiento y divulgación de los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, del suicidio y de la deserción académica; y acciones de promoción llevadas a cabo a través de estrategias psicoeducativas en la semana de inducción e incorporadas en el currículo cuya finalidad es promover ejercicios autoreflexivos, que formen no sólo académicamente a los jóvenes, sino también en el nivel personal. Estas acciones incluyen el uso de las cátedras regulares para promover el diálogo sobre los hechos de la vida y reflexiones personales sobre la propia experiencia académica y personal (por ejemplo frente a los procesos de pérdida académica y/o de la calidad de estudiante); y las electivas diseñadas para promover prácticas de autoconocimiento y facilitar la expresión de la emocionalidad:

...Digamos que el modelo pedagógico de las artes es un modelo muy de consejería, el estudiante tiene un proyecto individual a partir de su historia de vida, y lo traduce o lo expresa por medio del lenguaje fotográfico, de la pintura, de la instalación, de lo que sea, pero parte de él, y eso hace que el profesor pueda conocer un poco más cercanamente al estudiante y acompañarlo (E02-008).

Por su parte, las campañas de educación social y sensibilización dirigidas a toda la comunidad universitaria, que a través de talleres abordan aspectos de vulnerabilidad psicológica y estrés académico describen una mezcla indiferenciada de enfoque de riesgos con APIS. Algunos ejemplos que ilustran esta integración son las campañas de “ciberconvivencia” y los talleres educativos sobre el manejo de emociones, habilidades sociales, muerte y duelo, pérdidas afectivas (rupturas de pareja), conflictos familiares, orientación sexual, proyecto de vida y enfermedad mental, entre otros.

En esta misma línea, se identifican los programas de screening y entrenamiento a gatekeepers (guardianes) dentro de los ambientes universitarios, que consisten en desarrollar un conjunto de estrategias diseñadas para educar y capacitar a todos aquellos susceptibles de tener ese primer contacto con los estudiantes en riesgo.

En este sentido se adelantan acciones de promoción e identificación de las redes de apoyo que constituyen los propios compañeros, y que en algunas universidades son llamados “monitores-tutores”, quienes son capacitados como pares en un trabajo de acción de contención, soporte y búsqueda de recursos. También están los “brigadistas”, quienes son trabajadores que reciben una capacitación especial para ocasiones de crisis y eventos catastróficos,

facilitando el adecuado reporte y activación del sistema de atención de urgencias; y la asesoría espiritual ofrecida por las divisiones de pastoral universitaria, en las instituciones con tradición religiosa.

Otra de las herramientas de detección consiste en las “figuras mediadoras” o “consejeros”, cuya función es la de escuchar al estudiante y articular las funciones de bienestar dentro de cada una de los programas académicos, a través del sistema de alertas tempranas y los llamados Programas Apoyar o de desarrollo integral estudiantil, que tienen como tarea identificar estudiantes en riesgo (ya sea de carácter académico o psicosocial), centralizando la información de seguimiento, los reportes y atenciones en los mismos consejeros. Este ejercicio ha demostrado ser bastante efectivo en Facultades pequeñas donde existen relaciones de horizontalidad con los estudiantes, facilitando la comunicación entre estos, sus docentes y el personal administrativo. “Nosotros como docentes podemos desarrollar esas habilidades y ser el primer respondiente ante el suicidio, porque somos nosotros con quienes tienen contacto todo el tiempo y que podamos saber a quién acudir y qué hacer en estos casos.” (E05-010).

Algunas de las propuestas sugeridas para implementarse en un futuro incluyen el mejoramiento de los procesos de selección de aspirantes, los programas de detección de factores de riesgo, el establecimiento de mecanismos que permitan la consolidación de los casos de riesgo o de suicidio mediante la implementación de bases que se alimenten con el registro de los datos de cada uno de los programas o facultades con centralización de toda la información y la formulación de protocolos para el manejo de los casos.

DISCUSIÓN

El estudio realizado permite comprender que la conducta suicida es un fenómeno multidimensional y complejo que no puede reducirse a determinantes específicos como la enfermedad mental, si no por el contrario requiere de la lectura de múltiples factores que hacen parte de las experiencias de cada individuo. Entre este universo de dimensiones se pueden resaltar las condiciones sociales, ambientales, políticas, culturales, económicas y médicas, como aquellas de mayor frecuencia de afectación. De esta forma se puede afirmar que no existe un único enfoque para la comprensión, prevención e intervención de la conducta suicida.

Sobre conducta suicida autores como Hepp, Wittmann, Schnyder y Michel (11) señalan que una vez el paciente ha traspasado la barrera del intento de suicidio, el umbral para la repetición se reduce, de manera que los esfuerzos para disminuir el comportamiento suicida deben tener

en cuenta que el suicidio es un comportamiento y no una enfermedad, por lo que los modelos de enfermedad biomédica no encajan fácilmente. La evidencia también sugiere que probablemente las tendencias suicidas no se puedan curar, por lo cual las intervenciones deben apuntar a mejorar la capacidad de resiliencia de los pacientes y a proporcionar estrategias de afrontamiento para hacer frente a futuras crisis. Sobre este aspecto, McDowell (12) desarrolla un supuesto sobre cómo se hace necesario un desplazamiento desde los factores de riesgo hacia una explicación clara y precisa que sustente mejores y más efectivas formas de intervención.

Desde la perspectiva de las respuestas y propuestas sobre el suicidio en las universidades, se hace evidente que se requiere un enfoque e intervención estratégica amplia que fusione las contribuciones de los servicios públicos y de las organizaciones institucionales y comunitarias, con la investigación académica, los estudiantes, entre otros posibles actores.

La exploración realizada en cinco universidades bogotanas respecto a las acciones que se efectúan sobre la conducta suicida muestra que sus comprensiones y estrategias sobre el suicidio son heterogéneas, con diferencias en la planeación, implementación, seguimiento y evaluación, lo cual dificulta la articulación de acciones interinstitucionales (13-15).

Estas universidades son redes abiertas permeadas por distintos tipos de actores, para el caso de la conducta suicida centralmente incluyen: las políticas y programas educativos nacionales e institucionales, la política de salud mental, el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), el enfoque de comprensión de la conducta suicida, las redes de soporte institucional para el bienestar estudiantil, como los servicios de apoyo psicológico o los programas de esparcimiento, así como los sujetos de las comunidades –directivos, profesores, estudiantes y trabajadores–, entre otros (8,9,16-18).

No obstante, al interior de las universidades el enfoque predominante en los servicios médicos, psiquiátricos y psicológicos, es el biomédico con una importante apuesta preventivista. Dentro de ella, se combinan estrategias de prevención universal dirigidas a toda la comunidad universitaria con otras de tipo secundario para la detección temprana de problemas en curso.

En el año 2013 se aprobó en Colombia la ley 1616 o de Salud Mental (19), la cual se fundamenta en los preceptos del enfoque promocional de la calidad de vida y la atención primaria en salud (APS), incorporando la acción transsectorial e intersectorial. Estos lineamientos son integrados dentro del Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021 –PNSM– (20), Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

–PDSP– (28) y el Modelo para una Intervención Integral de la Conducta Suicida –MIICS– (10) por parte del Ministerio de Salud de Colombia. Estos cuatro documentos condensan el enfoque, la política, los lineamientos del sector de la salud y sus instituciones, así como las herramientas de trabajo sobre la conducta suicida, estableciendo las acciones a realizarse en los distintos niveles del SSGS desde el enfoque general de la gestión del riesgo y la APS, con énfasis en la creación y consolidación de redes sociales.

Si bien el objetivo general del MIICS (10), es brindar herramientas técnico-científicas para articular estrategias de salud pública que contribuyan a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, es claro que aún falta adelantar un ejercicio juicioso que permita diferenciar aspectos transculturales, la aprehensión de lo simbólico y su conexión con el ambiente universitario.

Según Isaac et al., (21) y en concordancia con lo expuesto anteriormente la mayoría de las estrategias de prevención se orientan hacia dos categorías: reducir los factores de riesgo y a la búsqueda e identificación de casos. Al respecto, Peña y Caine (22) han encontrado en contra de la evidencia científica, que para muchos directores de instituciones educativas el screening no sólo es costoso, sino que puede generar un efecto iatrogénico incrementando la ideación suicida y el estrés emocional.

Por su parte, las intervenciones basadas en la comunidad como las campañas antiestigma en los medios de comunicación, capacitaciones para gatekeepers y la divulgación y apoyo de los grupos de autoayuda (líneas de ayuda), han demostrado ser eficaces para reducir el comportamiento suicida (21).

Miller, Eckert y Mazza (23), en una revisión de programas de prevención, concluyen que los aspectos específicos que tienen relevancia particular en la escuela son el fortalecimiento de la conducta positiva en lugar de centrarse exclusivamente en la disminución de los problemas de comportamiento; donde la inclusión de elementos de construcción de habilidades (habilidades de afrontamiento y resolución de problemas) parece ser un componente importante de los programas.

Las anteriores iniciativas contrastan con el abordaje al estigma incluido en los lineamientos técnicos y de políticas públicas del Estado Colombiano, las cuales hasta el momento sólo contemplan el trabajo con los medios de comunicación y el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), específicamente en referencia al programa SUPRE (Prevención del Suicidio), que fue formulado por la OMS en 1999.

A nivel nacional, una buena parte de los estudios sobre conducta suicida se centran principalmente en la identificación de los factores de riesgo para la conducta suicida

(31-35), siendo su objetivo principal evaluar la relación entre factores de riesgo y comportamiento suicida, describir las características sociodemográficas y clínicas de casos sobre ideación, intento y suicidio consumado y determinar la prevalencia y los comportamientos de riesgo.

No obstante, el escenario percibido por los participantes sobre las condiciones de bienestar y salud mental de los estudiantes en general es preocupante, pues algunos estudios ratifican que existen problemas importantes en esta área para adolescentes y jóvenes en Colombia, incluidos los universitarios (24,27,28,34).

Existe una necesidad de servicios en salud mental que contrasta con la baja cantidad de profesionales vinculados, la limitación de horarios de atención y la resistencia de muchos estudiantes para participar en procesos de acompañamiento e intervención emocional. Por lo anterior, algunas universidades han identificado redes de atención externa, tales como la Red ISUAP (Red de Instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica) o han implementado líneas de atención telefónica las 24 horas, siendo conveniente destacar el interés por ofrecer servicios integrales, ampliar la red de atención, diseñar protocolos de actuación y mejorar los procesos de referencia y contrarreferencia.

Ahora bien, en salud mental se han formulado propuestas de intervención con enfoque comunitario guiadas desde la APIS (38). Estas actividades se dirigen a toda la comunidad universitaria y abordan la problemática del suicidio de modo integral, trascendiendo el entendimiento del mismo como un problema emocional-mental de cada estudiante y se incluyen dentro de su comprensión los determinantes sociales de la salud.

Los suicidios consumados de sus estudiantes le han servido a las universidades para reflexionar sobre esta problemática y a partir de ello se ha hecho más visible el problema de la “deshumanización” en la formación universitaria, el papel del bienestar universitario y los servicios de salud. De lo anterior, emerge con fuerza el tema de la conveniencia de las redes de trabajo interinstitucional e intersectorial, la psicoeducación, la corresponsabilidad, así como la activa participación de los jóvenes en la discusión y formulación de enfoques y programas orientados hacia su bienestar.

De este modo, entender la anterior complejidad permite a su vez el reconocimiento de las limitaciones de la acción universitaria frente al suicidio, sin desconocer la importancia de la etapa universitaria en el proceso formativo de las personas. La universidad tiene entonces un espacio a la vez amplio y restringido o muy condicionado en el proceso vital de sus estudiantes. Lo anterior, en lugar de desestimular la intervención universitaria al respecto del

fenómeno estudiado, busca provocar la discusión acerca la delimitación de su alcance sobre temas-problema como el suicidio, para potenciarlos y plantear la necesidad de la acción interinstitucional continua, entendida no sólo entre pares, sino con instituciones como la familia y las organizaciones juveniles, deportivas y culturales.

La meta de prevenir un número mayor de suicidio de estudiantes universitarios adquiere matices realistas; puede ser posible mediante la creación de programas amplios centrados en el bienestar, con enfoques diversos, intervenciones de multinivel y con la participación de variados actores. Este tipo de apuesta es aplicable no solo dentro de las universidades sino en otras comunidades locales; sin embargo, es preciso reconocer que el desarrollo de intervenciones articuladas al interior y entre las instituciones universitarias parece ser una meta difícil de alcanzarse a corto plazo ♦

Agradecimientos: A todos los participantes del estudio.

Conflictos de interés: Ninguno.

REFERENCIAS

- Ramírez LA, Naranjo CA. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2014. *Forensis*. 2015;16(1):319-47.
- Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de salud y sus tendencias. En Salud en las Américas, 2007.
- Nordentoft, M. Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2011; 35 (4): 848–853.
- Franco S. Franco; Saúl A.; Gutiérrez M; Sarmiento J; Cuspoca D; Tatis J; Castillejo A; Barrios M; Ballesteros-Cabrera M; Zamora S; Rodríguez C. et al. Informe de investigación Suicidio en estudiantes universitarios, Bogotá 2004-2014. Bogotá. Universidad Santo Tomás; 2014
- Stuart H, Arboleda-Florez J, Sartorius N. The Nature and Nurture of Stigma. In *Paradigms Lost, Fighting Stigma and the lessons learned*. Oxford University Press; 2012.
- Álvarez TS. Efecto Werther: Una propuesta de intervención en la facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV/EHU) Norte de salud mental. 2012; 10(42): 48-55.
- Kunstmann H. Violencia y suicidio. En *Violencia en sus distintos ámbitos de expresión*. Dolmen Editores;1997.
- Latour B. *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires, Ediciones Manantial; 2008.
- Latour B. *Investigación sobre los modos de existencia. Una antropología de los modernos*. Buenos Aires, Paidós; 2013.
- Modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria. MIN. Salud y Protección Social. [Internet]. <https://goo.gl/5HKp1U>. Consultado marzo de 2016.
- Hepp U, Wittmann L, Schnyder U, Michel K. Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies. *Crisis*. 2004; 25(3): 108-117.
- McDowell I. From risk factor to explanations in public health: *Journal of Public Health*. 2008; 30 (3): 219-223.
- Joshi S, Hartley S, Kessler M, Barstead M. School-based suicide prevention: Content, process, and the role of trusted adults and peers. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2015; 24:353–370. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2014.12.003>.
- Mirkovic B, Belloncle V, Rousseau C, Knafo A, Guilé JM, Gérardin P. Stratégies de prévention du suicide et des conduites suicidaires à l'adolescence: revue systématique de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014; 62: 33-46.
- Sareen J, Isaak C, Katz L, Bolton J, Enns M, Stein M. Promising Strategies for Advancement in Knowledge of Suicide Risk Factors and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014; 47(3S2):S257–S263.
- Marchioni M. Sanidad, salud y comunidad. En *La utopía posible. La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales*. 1994. Editorial Bencho. pp. 163-206.
- Marchioni M. Elementos teóricos y planteamientos básicos de la intervención comunitaria. En: *Comunidad, participación y desarrollo*. Editorial Popular; 1999. pp. 9-44.
- Machín V, Velasco M, Silva E, Moreno A. ECO2 ¿Un modelo de incidencia en políticas públicas? Estudio de caso de la REMOISSS. México: Caritas; 2010.
- República de Colombia. Ley 1616 de 2013.
- Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental, 2014-2021.
- Hegerl U. Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): an evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*. 2009; 9: 428. Published online 2009 November 23. doi: 10.1186/1471-2458-9-428.
- Peña J, Caine ED. Screening as an Approach for Adolescent Suicide Prevention. *Suicide and Life-Threat Behavi*. 2006; 36: 614–637. doi: 10.1521/suli.2006.36.6.614.
- Miller D, Eckert T, Mazza J. Suicide Prevention Programs in the Schools: A Review and Public Health Perspective. *School Psychology Review*. 2009; 38(2): 168–188.
- Amézquita ME, González RE, Zuluaga D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2003; 32(4).
- Barón BOP. *Adolescencia y suicidio. Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. 2000; 6: 48-69.
- Calvo JM, Sánchez R, Tejada PA. Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2003; 5 (2): 123-143.
- Cogollo Z, Campo-Arias A. Asociación entre síntomas depresivos con importancia clínica y rendimiento académico en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev. Cienc. Salud. Bogotá (Colombia)*. 2007; 5 (1): 33 -39.
- Cortina E, Peña M, Gómez Y. Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16 – 25 años del Valle de Aburrá. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 2009; 1(1).
- García-Rábago H, Sahagún-Flores JE, Ruiz-Gómez A, Sánchez-Ureña GM, Tirado- Vargas JC, González-Gámez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2010; 12 (5): 713-721.
- Grossman DC, Mueller BA, Riedy C, Dowd MD, Villaveces A. Gun Storage Practices and Risk of Youth Suicide and Unintentional Firearm Injuries. *JAMA*. 2005; 293:707-714.
- Palacio A, Pérez G, Alcalá G, Gálvez A, Consuegra A. Comportamientos de riesgo para la salud en estudiantes colombianos recién ingresados a una universidad privada en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2008; 24(2): 235-247.

32. Rueda-Jaimes GE, Rangel AM, Castro-Rueda VA, Camacho PA. Suicidabilidad en adolescentes, una comparación con población adulta. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2010; 39(4).
33. Sánchez R, Guzmán T, Cáceres H. Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2005; XXXIV (1).
34. Silva de Souza M, Daher AS, Nunes M. Relación entre apoyo familiar, salud mental y comportamientos de riesgo en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de psicología.* 2010; 13 (1): 143-154.
35. Villalobos-Galvis FH. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental.* 2009; 31:165-171.