

Suicidio en estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia, 2004-2014

Suicide in University students in Bogotá, Colombia, 2004-2014

Saúl Alonso Franco ¹

Martha Lucía Gutiérrez ²

Julián Sarmiento ³

Decsy Cuspoca ⁴

Javier Tatis ²

Alejandro Castillejo ⁴

Miguel Barrios ³

Magnolia del Pilar Ballesteros-Cabrera ¹

Sara Zamora ³

Carlos Iván Rodríguez ¹

Abstract *We report the results of a retrospective, descriptive, qualitative study of suicide among university students in Bogotá, Colombia. The objective of this study was to document the magnitude, principal characteristics, and impact of this phenomenon in the selected population. A semi-structured survey was employed to collect information from 66 individuals linked to the universities. A total of 45 cases of suicide were documented in the study period (2004–2014). Of these, 69% occurred in males and 31% in females. The age range was 17–27 years, with 62% of the cases in the 19–22 year-old group. The most common mechanisms employed were suffocation and poisoning, followed by intentional falls, use of a firearm, and drug overdose. The selected location was the place of residence in 52% of cases and the university campus in 16% of cases. The distribution of students by area of knowledge showed a predominance of social and human science (44%) followed by engineering (22%). A history of difficulties in family and affective relationships was common among victims, as was a history of exposure to intolerance of differences in sexual orientation. The individuals surveyed expressed a wide range of interpretations of the significance of suicide, both positive (courage, self-affirmation, autonomy) and negative (defeat, despair, and an inability to adapt).*

Key words *Suicide, Universities, Qualitative research, Colombia*

Resumen *Estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo y retrospectivo en cinco universidades de Bogotá, Colombia, para conocer la magnitud, las principales características y significados y el impacto del suicidio de estudiantes universitarios. Se realizaron 66 entrevistas semiestructuradas a personal institucional. Se identificaron 45 casos de suicidio consumado en el periodo 2004 - 2014. El 69% de los casos fueron hombres y el 31% mujeres. El rango de edad estuvo entre 17 y 27 años; 62% entre 19 y 22 años. Las formas más frecuentes de cometer el suicidio fueron el ahorcamiento y el envenenamiento, seguidos del lanzamiento al vacío, el uso de armas de fuego y el consumo de sustancias psicoactivas. El 52% de los casos eligió el lugar de residencia para cometer el hecho; el 16% eligió el campus universitario. Áreas de conocimiento: el 44% pertenecía a ciencias sociales y humanas y el 22% a ingenierías. Motivos y procesos desencadenantes del suicidio identificados, el principal grupo se relaciona con lo familiar, en especial desintegración familiar, ruptura de relaciones de pareja e intolerancia a opciones sexuales diferentes. Los entrevistados expresaron diversos significados del suicidio, tanto positivos: acto de valor y ejercicio de la autonomía, como negativos: impotencia, desadaptación y derrota.*

Palabras clave *Suicidio, Universidades, Investigación cualitativa, Colombia*

¹ Universidad Santo Tomás. Carrera 9 n.º 51-11. Bogotá Colombia. saulfranco@hotmail.com

² Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá Colombia.

³ Universidad Nacional de Colombia. Bogotá Colombia.

⁴ Universidad de los Andes. Bogotá Colombia.

Introducción

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.

El suicidio adquiere significados y repercusiones específicas y con frecuencia mayores cuando quienes deciden hacerlo son personas jóvenes. Justamente por tratarse de vidas apenas en crecimiento y por las expectativas que las sociedades tienen puestas en los jóvenes, su decisión temprana de interrumpir la vida produce un impacto demoledor y cuestionamientos de fondo a sus entornos y a la sociedad. 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. En años recientes, el estudio de los relatos del pasado y la intersección entre procesos personales y procesos históricos más amplios ha adquirido relativa relevancia en el país. Aunque buena parte de la discusión académica ha girado en torno a las memorias de la violencia política, lo cierto es que un aspecto del estudio del pasado es cubierto por el relato y la narración de la experiencia personal o la experiencia vivida. En este sentido, el relato es una “forma de articular de la experiencia”, en el que el sujeto se pone en juego narrativo con la sociedad y los eventos que lo constituyen^{1,2}, configurando su sentido de identidad.

Tratando de avanzar en esa dirección, un grupo de docentes-investigadores de cinco universidades colombianas de la ciudad de Bogotá, decidió emprender un proyecto conjunto, colaborativo y multidisciplinario, para estudiar el problema del suicidio consumado de estudiantes universitarios de dichas instituciones en el período 2004-2014, mediante el recurso a la memoria individual de personas vinculadas a las instituciones y cercanas a los eventos suicidas. El grupo se propuso estudiar en profundidad el tema del suicidio, describir su magnitud, principales ca-

racterísticas e impactos y explorar sus significados, implicaciones y posibles líneas de acción en las instituciones universitarias.

Múltiples miradas en torno a un mismo hecho

Allí donde el suicidio se observa como un hecho objetivo, como si se tratase de galaxias o partículas elementales, el observador se aleja tanto más de la muerte voluntaria cuántos más datos y hechos recoge³.

Abordar teóricamente el suicidio constituye una empresa difícil, por tratarse de un fenómeno complejo. Para dar cuenta de dicha complejidad, basta con revisar las distintas definiciones del suicidio tanto entre diferentes campos disciplinarios como al interior de un campo particular como ocurre, por ejemplo, con la filosofía, cuyas diversas perspectivas han acuñado un repertorio de conceptualizaciones sobre el suicidio. Otros saberes como la psicología, la psiquiatría, la biología, la epidemiología, la sociología o la antropología, se han dado también a la tarea de comprender este evento.

Son múltiples las cuestiones que emergen al leer la bibliografía existente y las diversas miradas acerca del suicidio. Algunas de ellas siguen vigentes a pesar de los estudios y abordajes de diferentes disciplinas como. ¿Debe entenderse el suicidio como una problemática individual o como un producto de condiciones estructurales socioculturales que lo hacen posible? ¿Su consumación traduce una expresión de autonomía, libertad y una respuesta contestataria, o más bien constituye un acto de cobardía, impotencia o fracaso? Algunas de estas preguntas intentarán responderse, al menos parcialmente, dando un rápido vistazo a los planteamientos de diversos saberes en distintas épocas y, obviamente, desde los hallazgos del estudio.

Etimológicamente, el término suicidio proviene del latín *sui caedere* – matarse a uno mismo – y se entiende como el acto de quitarse la vida⁴. Para Durkheim, [...] *se llama suicidio, toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma*⁵. Desde su propia definición Durkheim empieza a dudar al plantear que: *La intención es una cosa demasiado íntima, para que pueda ser apreciada desde fuera*⁵ en lo que atañe al acto suicida y a la naturaleza íntima de los diversos medios y fines que conducen a él.

Quizás podría encontrarse aquí un rasgo común entre Durkheim y la perspectiva fenome-

nológica enunciada por Améry³ en relación a la intención de quien comete suicidio, pues en el amplio espectro de los sujetos que acuden a él, dicho autor señala cómo en realidad el común denominador de las personas que se suicidan (Amery las denomina suicidantes o suicidarios), no es otro que *el hecho objetivamente comprobable de que acabarían con su vida*. Y es allí donde la realidad desnuda permite adentrarse en la subjetividad de quien se “autoaniquila”, pues en palabras de Améry es lo que acerca a la persona para comprender el comportamiento suicida (*comportamiento suicidario* para el autor) a partir de su singularidad, o mejor, *la absoluta singularidad de su situación*³.

Sin embargo, los anteriores esbozos conceptuales solo sirven de introducción a la amplia producción teórica que han elaborado sobre el suicidio otros campos relevantes del saber. Tal es el caso de los aportes derivados del psicoanálisis, que Freud plasma en sus obras *Aflición y melancolía* (1915) y *Más allá del principio del placer* (1920). En esta última,

[...] *consideró dos tipos de pulsiones instintivas, que luchan con un determinismo evidente; unas a favor de la vida que surgirían del instinto de conservación, y otras, a favor de la muerte, que nacerían del instinto de muerte. Cuando las segundas son más poderosas que las primeras, el suicidio es inevitable*⁶.

Por otra parte, en el área de la salud la mirada predominante sobre el suicidio se proyecta desde el discurso biomédico, particularmente por la amplia producción disciplinar de la psiquiatría, la psicología y la epidemiología. En términos psicopatológicos, la comprensión del suicidio se fundamenta en la manifestación de conductas que abarcan ideas, gestos, e intentos, llegando incluso a la propia consumación del hecho⁷.

Algunos datos sobre suicidio en jóvenes

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS⁸, cada año se suicida aproximadamente un millón de personas. La tasa de mortalidad general por suicidio es de 16 por cada 100.000 habitantes, lo que representa una muerte cada 40 segundos. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años. En los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado un 60% a nivel mundial. Estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. La OMS estima que para el año 2020

el suicidio representará 2,4% de la carga global de morbilidad.

Los datos que aporta la Organización Panamericana de la Salud, OPS⁹, para América Latina muestran que esta región ha tenido tasas de suicidio inferiores al promedio mundial y a la de América del Norte que es de 10.1 por 100.000 habitantes. La tasa ajustada de suicidio para América Latina y el Caribe es de 5,2 por 100.000 habitantes. Cuba y Guyana ocupan el primer lugar con una tasa de 16,3 y 16,04 por 100.000 habitantes, respectivamente, seguidos de Suriname (14,8), Trinidad y Tobago (12,4) y Uruguay (10,9). En Latinoamérica los hombres siguen teniendo las tasas más altas de suicidio: 11,5 por 100.000, frente a 3,0 por 100.000 entre las mujeres en 2005-2009.

En Colombia, el suicidio representa la cuarta causa de muerte violenta y en jóvenes constituye la tercera causa de muerte por causas externas, después del homicidio y los accidentes^{10,11}. Entre 2004 y 2014 la tasa no superó el 4,4 por 100.000 habitantes, presentando un comportamiento estable. El año de mayor incremento fue 2002, con una tasa 4,9 y el más bajo 2013 con 3,8. Llama la atención las elevadas tasas de suicidio en hombres en relación con las mujeres en los diferentes grupos de edad. Por cada mujer que se suicida, hay entre 3 y 4 hombres que lo hacen, y en mayores de 70 años la relación llega a ser de 1/12. Es importante señalar el incremento gradual en las tasas de suicidio de mujeres adolescentes y jóvenes^{10,11}.

Los estudios que abordan el tema de suicidio en universitarios y jóvenes en Colombia y América Latina, centran su mirada principalmente en la ideación suicida y los instrumentos para medirla, y en factores de riesgo suicida¹²⁻¹⁵. Algunos focalizan su trabajo en la relación del suicidio con la depresión, la ansiedad¹⁶ y otros trastornos psiquiátricos¹⁷; otros muestran que el rendimiento académico no constituye un factor de riesgo significativo en jóvenes^{6,18}. En Colombia merecen destacarse la investigación realizada en la Universidad de los Andes de Bogotá⁶, que abordó la relación entre rendimiento académico y muerte por suicidio en sus estudiantes en el período 1992-2002, y la investigación exploratoria -aproximativa al suicidio efectuada en estudiantes de la Universidad Javeriana de Bogotá en 1994¹⁹. Dicho trabajo encuestó 1.120 estudiantes activos de 31 carreras y comparó las variables entre estudiantes con intento y sin intento de suicidio. De los encuestados, el 23% había realizado intento de suicidio en la etapa universitaria. No se encon-

tró diferencia significativa por sexo en relación con el intento de suicidio. Se halló una diferencia significativa entre los estudiantes que intentaron suicidarse y los que no en relación con la forma de convivencia con los padres. Los jóvenes investigados enfatizaron que la drogadicción y las enfermedades mentales tuvieron importancia en los intentos de suicidio.

El estudio de la Universidad de los Andes señala que la mayor proporción de casos de suicidio se presentó en las facultades de ciencias sociales (41%), ingeniería (27%) y economía (14%). El 82% vivía con sus padres y un porcentaje igual de casos había recibido ayuda psiquiátrica o psicológica alguna vez en su vida y todos eran considerados como personas con problemas emocionales. En cuanto a la tasa de suicidio calculada para el período, fue de 26,8 por 100.000 estudiantes. La mayor frecuencia de casos ocurrió en los estudiantes de 20, 21 y 25 años.

Es muy escasa a nivel internacional la literatura específica sobre suicidio consumado en estudiantes universitarios. Merecen destacarse los estudios al respecto de la Universidad de Oxford²⁰, los de la década del 80 al 90 en las universidades pertenecientes al "Big Ten"²¹, los de la Universidad de Harvard a raíz de los casos que se registraron en 1998^{22,23}, y el trabajo sobre suicidio de estudiantes de college en Estados Unidos de Norteamérica entre 1990 y 2004²⁴.

Metodología

Se abordó el fenómeno del suicidio desde una perspectiva cualitativa, descriptiva, retrospectiva y exploratoria²⁵. Se estudió el suicidio consumado en cinco universidades de la ciudad de Bogotá, en el período comprendido entre junio de 2004 y junio de 2014. Se indagó la memoria del personal universitario: docentes, directivos de los diferentes niveles institucionales, responsables de bienestar universitario, funcionarios de programas de salud y de programas de asesoría o atención psicológica o pastoral; y compañeros que estuvieron cerca de los jóvenes (En esta investigación la referencia "jóvenes", corresponde a los hombres y mujeres en edad juvenil, en Colombia de 14 a 28 años; "jóvenes universitarios" hace referencia a hombres y mujeres vinculados a las universidades en estudio) universitarios activos (Por estudiante activo se entiende cualquier estudiante de pre o posgrado que cumpla con los siguientes requisitos: a) estar matriculado o estar legalmente en periodo de aplazamiento, c) no haber perdido la

condición de estudiante por alguna circunstancia establecida en las normas de la universidad) que se suicidaron durante el período. La memoria se entiende en este estudio como la o las formas de recordar y archivar el pasado de acuerdo a sus contextos, disputas y coyunturas, que producen y recrean historias^{26,27}. Las memorias contienen las narrativas y los relatos. Las narrativas son las formas de contar los hechos pasados; los relatos son el cuerpo de lo contado, medios por los cuales se logró recordar y reconstruir los casos de suicidio.

La metodología incluyó un ejercicio teórico para comprender el suicidio²⁸. Se reconocieron en el campo científico tres posturas principales para la comprensión del fenómeno: el enfoque biomédico, de corte positivista; el enfoque social cultural, sustentado en disciplinas como la sociología, la antropología, y las humanidades; y los enfoques críticos. Con base en lo anterior se construyeron las categorías de investigación que orientaron el diseño de la entrevista semiestructurada aplicada a los 66 participantes. La entrevista indagó las características socio-demográficas y académicas asociadas; las principales circunstancias que rodearon los casos; las razones o motivos que desencadenaron los suicidios; las formas de suicidio empleadas; el impacto ocasionado por los casos de suicidio en la vida universitaria, en sus pares y en el curso cotidiano de la unidad académica; las respuestas y propuestas generadas por el acto dentro de las comunidades universitarias y finalmente, las nociones y significados sobre el suicidio. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Se codificaron usando el programa Atlas.Ti versión 6.0, para su procesamiento y análisis posterior.

El tipo de muestreo fue de carácter cualitativo tipo sujetos voluntarios, a partir de su recordación de los casos de suicidio. Los actores fueron identificados mediante un barrido exploratorio. Se les solicitó su participación voluntaria, la cual fue formalizada mediante la firma de un consentimiento informado.

La investigación generó dos tipos de datos. Por una parte, información factual de casos concretos de suicidio, con aspectos generales de las personas que los cometieron. De aquí emergen algunas referencias de las tendencias comparables con otros contextos. Por otra parte, surgen otro tipo de cuestiones hermenéuticas, producto de las interpretaciones que realizaron los propios entrevistados. Así, la acción de los investigadores consistió en la categorización de dichas interpretaciones y en dilucidar exploratoriamente algunas de ellas. Estos dos registros de información son complementarios.

Presentación y discusión de resultados

De los 45 casos de suicidio referidos por las personas entrevistadas, el 68,9% correspondió a población masculina y el 31,1% a población femenina, lo cual coincide, aunque en proporciones variables, con toda la literatura sobre el suicidio consumado^{6,8,9,11,25,26}.

Al relacionar el sexo con el mecanismo empleado para el suicidio (Figura 1), puede observarse que los hombres recurrieron al ahorcamiento, intoxicación, proyectil de arma de fuego, caída al vacío, sobredosis de sustancias psicoactivas y lanzamiento a un vehículo; el grupo femenino utilizó el ahorcamiento, intoxicación y caída al vacío, lo cual coincide con los datos nacionales y regionales^{9,11}. Los mecanismos más utilizados por ambos sexos, sugieren su relación con la eficacia, disponibilidad y planeación del hecho suicida.

El lugar de residencia fue el principal escenario elegido por los suicidas de ambos sexos (50% mujeres y 51,6% hombres) para llevar a cabo su decisión. En relación con la elección de otros espacios, se observó que las mujeres optaron en un 28,6% por lugares diferentes al campus universitario y al hogar. Por el contrario, el 19,4% de los hombres prefirieron el uso del campus universitario y otros ambientes. Podría pensarse en una posible relación entre el mecanismo y el lugar

elegido por las personas suicidas, considerando el sentido de intimidad, la capacidad de planificación, el acceso a los materiales y el carácter tabú de dicho acto. En los casos sucedidos en el campus universitario, los mecanismos más frecuentes fueron: caída al vacío (11,1%) e intoxicación (4,4%). Quienes eligieron el campus universitario, tenían entre 22 y 27 años.

En relación con la edad, se encuentra una mayor frecuencia de casos en los hombres entre 17 y 27 años, con un pico entre 19 y 21 años, a diferencia de las mujeres donde los casos se presentaron a los 17, 19, 21 y 22 años (Figura 2).

Los datos referentes a la agrupación de los casos de suicidio en función de las áreas de conocimiento se presentan en la Figura 3. Por carreras, la mayor frecuencia se registró en psicología.

Significados del suicidio

Los significados analizados se refieren tanto al hecho del suicidio como a los sujetos a los cuales se refería la investigación, es decir, a los jóvenes universitarios. Los dos componentes de la categoría – suicidio/juventud – pueden diferenciarse, pero no separarse, en los discursos analizados. En general las opiniones se basaban sobre las percepciones y vivencias personales sobre el tema, ampliadas en algunos casos por lecturas,

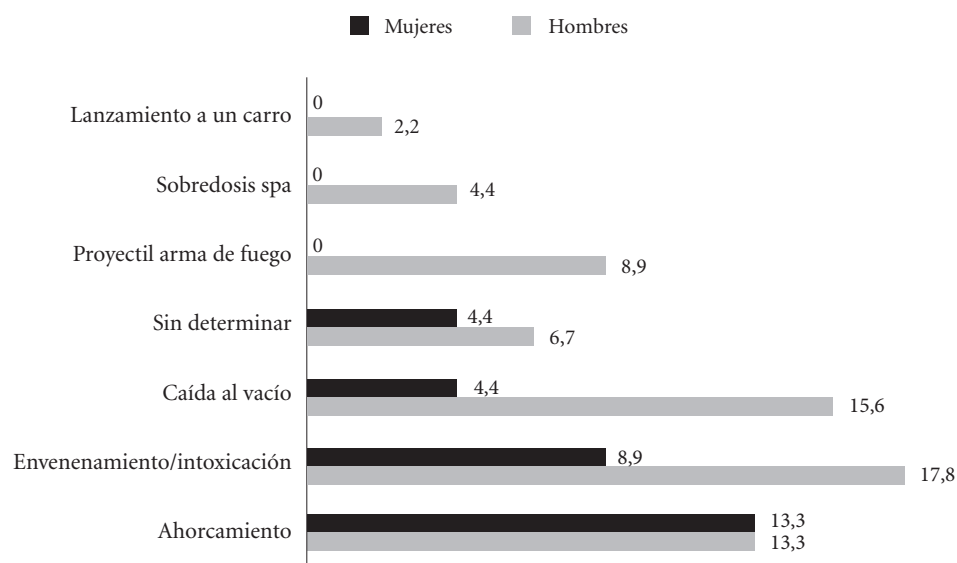


Figura 1. Sexo versus Mecanismo.

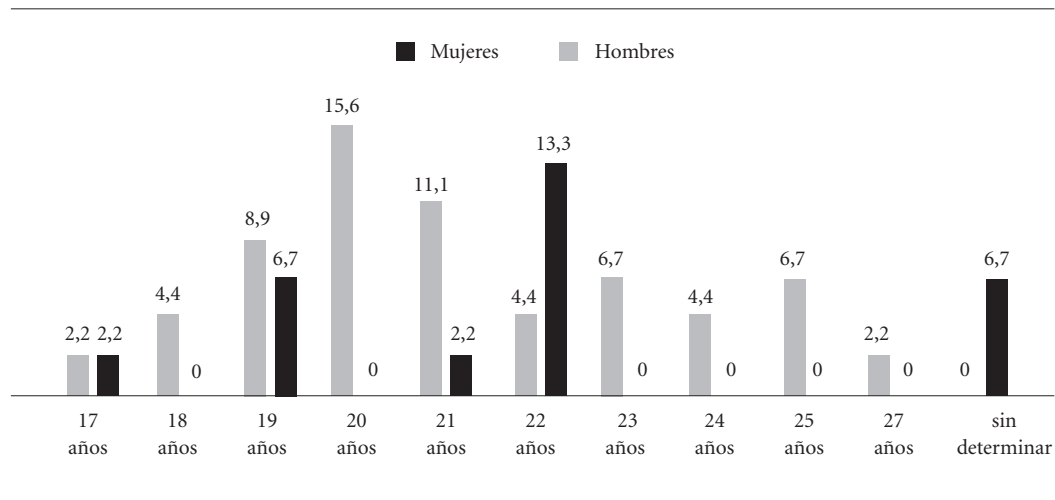


Figura 2. Edad versus Sexo.

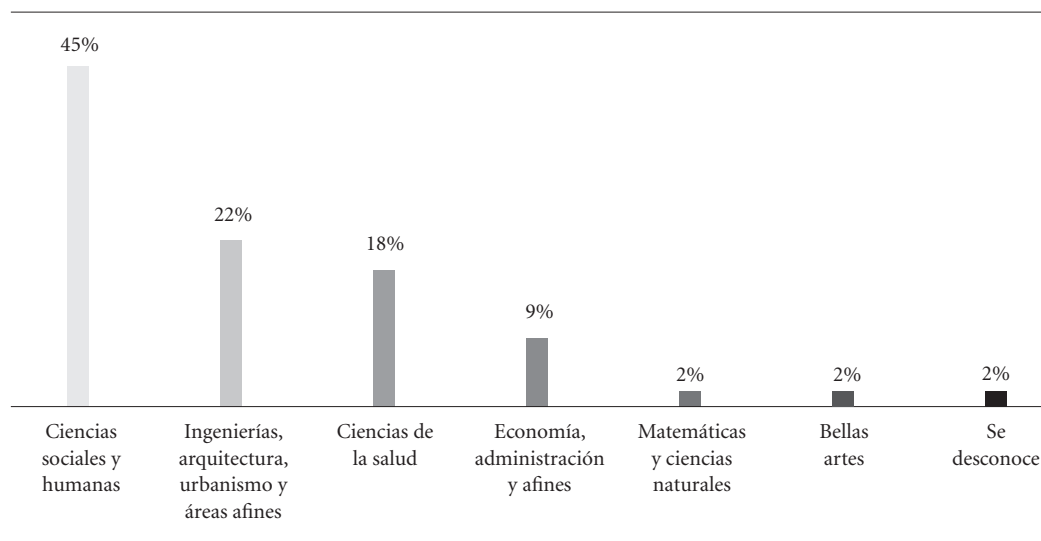


Figura 3. Porcentaje de casos por área de conocimiento.

conversaciones y discusiones, o por elementos teóricos adquiridos en la formación y en el ejercicio profesional.

Sobre la juventud los entrevistados expresaron un conjunto de significados que oscilan entre el reconocimiento de la plena vitalidad y las potencialidades casi sin límites de los jóvenes, y su inmadurez, debilidad, soledad e impotencia. Es común a ambos conjuntos de significados la percepción de la juventud como una fase de transición en los órdenes biológico, emocional, cultural, económico y de inserción social. Dichas transiciones generan una serie de tensiones

y confrontaciones entre el sujeto joven y los entornos familiar, afectivo, académico, ideológico y político. Los jóvenes se sienten con frecuencia impotentes frente a un mundo que no los entiende y que les imposibilita vivir significativamente, tema bien desarrollado por autores como Moreira y Sloan²⁹.

Las nociones de suicidio se agruparon en dos grandes bloques. Un primer bloque hace referencia al suicidio como acto supremo de libertad, autonomía y de absoluta singularidad de la persona, del ejercicio pleno de los derechos del ser humano, y opción válida en caso de enfrentar

indignidades, desgracias o dolores extremos. *Son reacciones de rabia, de autonomía, de independencia, de libertad*, expresó el entrevistado 05-003. ... *el paciente lo ve como una solución a un problema*, se dijo en la entrevista 05-006. Esta posición tiene profundas raíces en la historia del pensamiento, desde Séneca, pasando por David Hume, Nietzsche y Schopenhauer³⁰ hasta Amery³, e inclusive hasta pensadores católicos contemporáneos, como Hans Kung³¹.

Para el otro bloque de nociones, el suicidio tiene un significado en varios sentidos: uno de ellos, como agresión contra sí mismo, contra el entorno familiar, laboral o estudiantil. *Me parece que es una autoagresión, la máxima que puede haber y una agresión para las personas cercanas*, (E05-002). Aristóteles, citado por Bonete³⁰, lo consideraba como agresión no sólo contra el entorno más inmediato sino “contra la ciudad”, es decir, contra la sociedad. Una segunda dimensión de este sentido que podría valorarse como negativa, lo considera como impotencia, inmadurez, como un fracaso, una derrota, un cierre de caminos, una imposibilidad para enfrentar los problemas, un no futuro. *La decisión de la persona es la incapacidad de poder seguir viviendo, no tener los recursos personales, ni la suficiente autoestima ni cariño, como no encontrarle anclas a la vida*, (E05-007).

No se encontró en el estudio una condena ético-religiosa al suicidio, como se encuentra en un sector de la tradición religiosa cristiana, en especial en el pensamiento de San Agustín, para quien el mandato de “No matarás” implica también “No te matarás”, y de Tomás de Aquino, para quien, al pertenecerle la vida a Dios y no a nosotros, quitárnosla es un pecado mortal³⁰. Pero sí hubo en las personas entrevistadas expresiones que trascienden los dos bloques de significados enunciados y califican al suicidio como un hecho propio de la condición humana, un misterio insondable de lo humano y una experiencia filosófica.

Antecedentes, motivos y desencadenantes del suicidio. La investigación trató de aproximarse a las razones que motivaron el suicidio de los casos relatados por las personas entrevistadas. En su formulación más general y simple la pregunta sería: ¿Por qué decidió suicidarse cada uno/a de estos universitarios? La pregunta podría también formularse así: ¿qué experiencias vitales y acontecimientos previos pudieron ir generando la decisión de suicidarse? Y en términos inmediatos: ¿qué hecho pudo haber desencadenado finalmente el suicidio? Asumiendo los riesgos de toda

agrupación, pueden enunciarse los siguientes tipos de antecedentes/motivos y desencadenantes: a) familiares, b) antecedentes de enfermedad, entre ellas las enfermedades mentales, c) relaciones personales y d) otros.

Familiares. Fueron los más frecuentemente señalados. Se relacionan con problemas de desintegración del núcleo familiar, debidos a cambios en la dinámica, a la prioridad dada por los padres a actividades laborales, económicas y profesionales, a los cambios de residencia, en particular a vivir lejos del hogar para lograr el acceso a la universidad. Se señalaron también problemas en el ejercicio de la autoridad al interior de la familia, traducidos tanto en términos de exceso y autoritarismo, como lo contrario, de carencia de autoridad, de controles y de imagen paterno-materna de identificación. *Estaban separados los papás, ella se suicidó con la corbata, se ahorcó con la corbata del papá. Ella no iba casi y fue esas vacaciones... donde el papá y se suicidó... Y la mamá no estaba, eso es lo que cuentan* (E02-002). Otro aspecto que se destacó en algunos casos tiene que ver con la no aceptación o el manejo inadecuado al interior de la familia de diferencias importantes en las ideas y las formas de vida, en particular ciertas opciones sexuales tales como la homosexualidad. Por cualquiera de estas vías, o su entrecruzamiento, algunos de los y las jóvenes que posteriormente cometieron suicidio fueron viviendo la soledad, la incomprensión, la incomunicación y el rechazo. En general no salen bien libradas las actuales estructuras y dinámicas familiares en la génesis de los casos de suicidio estudiados, y sería uno de los campos prioritarios a cuestionar y trabajar en un abordaje de fondo del problema.

Antecedente de enfermedades, en especial enfermedades mentales. Este antecedente ha sido reconocido en la literatura, tanto en el suicidio consumado como en la ideación y en los intentos de suicidio, en especial en relación con la depresión y otras alteraciones psicoactivas^{6,19,30}, y fue destacado también por los entrevistados como interviniente en la génesis de los suicidios estudiados. En algunos casos se informó de enfermedades orgánicas o mentales debidamente diagnosticadas, pero en otros casos se trataba sólo de la opinión presuntiva de algunos de los entrevistados. En el 40% de los casos no se sabía de este tipo de antecedente, y en el 25% de los casos los entrevistados afirmaron que no había antecedentes de padecer alguna enfermedad. En el 35,6% de los casos se refirió conocimiento del antecedente, con alteraciones en el estado de ánimo (depresión) en un 4,4%, especialmente en

mujeres; dos casos de antecedente de enfermedad mental y uno de VIH/SIDA. La relación entre el VIH /SIDA y el suicidio ha sido estudiada desde la década del 90³². En el presente estudio, a este conjunto de antecedentes se le atribuyó un peso determinante en la decisión de los suicidios.

Hubo opiniones muy variadas en torno al papel de los medicamentos en la evolución de los casos de suicidio, como se ilustra en el siguiente testimonio: *Él era depresivo diagnosticado. Llevaba tomando medicamentos más de seis meses, no sabía decirle cuánto. Paso por varios antidepresivos, ahora yo no me acuerdo cuáles eran los últimos que tenía, pero para cuando se suicidó estaba tomando dos o tres* (E04-009). Así mismo, se resaltó el consumo de sustancias psicoactivas por parte de algunas de las personas que cometieron suicidio: *Pues fue un caso de verdad muy duro para todos, porque era un muchacho que tenía problemas y al parecer, por lo que ellos mismos me contaron aquí tanto él como el papá, él tuvo problemas de drogadicción, pero ya en ese momento estaba tratando de dejar las drogas y estaba en tratamiento psiquiátrico con mucho medicamento* (E02-005). Se comentó también el mayor riesgo que puede implicar la disponibilidad de medicamentos de uso psiquiátrico por parte de personas con enfermedades mentales que consideren la posibilidad de suicidarse. En uno de los casos se planteó la posibilidad de que el consumo del medicamento indicado para la enfermedad mental pudo haber inducido la decisión suicida, y en otros casos se planteó que la baja adherencia al tratamiento con medicamentos pudo haber facilitado el descontrol de la enfermedad y el suicidio.

Relaciones interpersonales. No pudo identificarse una especie de patrón de relaciones interpersonales de los actores que cometieron suicidio, a partir de la información suministrada por los entrevistados. En algunos casos aludieron a ellos como personas tímidas, con baja autoestima, aisladas, tristes y con dificultades para interactuar, y en otros las describieron como personas simpáticas, sociables, de buenas relaciones interpersonales e inclusive, como líderes. Cuando estaba de por medio una diferencia específica, como una opción homosexual, las relaciones se dificultaban, generando incompreensión, rechazo, actitudes desafiantes e intolerancia, que pudieron precipitar la decisión suicida.

Con frecuencia los entrevistados destacaron la importancia de las relaciones de pareja de los jóvenes que cometieron suicidio. Dada su intensidad, la dependencia que se genera en ellas, su significado en la vida de las personas y la re-

lativa inmadurez para enfrentar las dificultades inevitables en su interior, los conflictos de pareja emergen como uno de los escenarios potenciales de riesgo suicida y, en algunos casos como determinantes de la decisión. *La otra niña fijate que también es emocional. Porque el compañero de la otra niña era un picaflor, un hijuemadre de esos tenaces, las enamoraba a todas, enamoró a esta niña. Ella no era de una autoestima muy fuerte y resultó, como todas, matándose. Y otra... ella se sentía la más fea, la más no sé qué, un problema de autoestima. Y termina suicidándose en el baño de su casa, cuando su papá estaba en la sala.* (E02-010)

Otros antecedentes y posibles motivos. Por rastrearse de estudiantes universitarios, se intentó rastrear en la información suministrada la posible influencia de las condiciones propias de la vida universitaria en el proceso y la decisión suicida. Si bien no pueden formularse enunciados concluyentes, se pueden hacer algunas anotaciones al respecto. En primer lugar, la vida universitaria genera una serie de desafíos en rendimiento académico, adaptación a nuevos entornos, ritmo de trabajo, exposición a presentaciones públicas y participación en actividades afines. Si no se dispone de equilibrio emocional, o si se padece alguna alteración mental o afectiva, las condiciones enunciadas pueden precipitar situaciones de crisis y aumentar el riesgo suicida. Si bien algunos de los suicidas tenían un alto reconocimiento académico, la mayoría tenía un rendimiento promedio y pudo observarse una disminución de su rendimiento y aumento del ausentismo en el período anterior al suicidio. A partir de los eventos suicidas, algunos de los entrevistados formularon cuestionamientos a las dinámicas y métodos de aprendizaje despersonalizados que pueden contribuir a la frustración emocional y a dificultar la detección oportuna del riesgo.

Las condiciones económicas de los casos estudiados y su posible influencia en el evento no pudieron ser suficientemente observadas a través de los relatos de los entrevistados. Consta que pertenecían a los estratos socioeconómicos medio, medio-alto y alto, y que, con excepción del caso de un recién egresado desempleado, al parecer no hubo una determinación económica fuerte en la decisión suicida.

Conclusiones y recomendaciones

Dadas la complejidad del suicidio, la diversidad de sus significados y la intensidad emocional de su impacto, en especial cuando se trata del sui-

cidio de jóvenes, se confirma la importancia de un abordaje conceptual y metodológico amplio e interdisciplinario para investigarlo. Ningún método ni enfoque ni disciplina particular son suficientes para tratar de entender e interpretar un fenómeno de esta naturaleza. El recurso a la memoria de las personas cercanas al acontecimiento contribuye a reconocer dimensiones importantes, pero resulta también insuficiente y debe complementarse con otros recursos. Sin pretender conclusiones definitivas y extrapolables a otros contextos, conviene destacar algunos aspectos encontrados en esta investigación que pueden contribuir a la comprensión y enfrentamiento del problema, y a nuevas investigaciones.

Más allá de los indicios dados por las narrativas y los datos cuantitativos de los suicidios de jóvenes universitarios, las indagaciones sobre nociones y significados del hecho y sobre las posibles condiciones que lo posibilitaron permiten también formular algunos enunciados útiles para el debate, la acción y la investigación. El primero se refiere a la amplitud de significados que tiene el suicidio para las personas que han estado cerca, y que van desde asumirlo como un acto de libertad, ejercicio de derechos y autonomía, opción válida ante encrucijadas, enfermedades o dolores que parecen insuperables, hasta su calificación como acto de impotencia, cobardía, fracaso e inmadurez. Al igual que sobre el suicidio, también sobre la juventud se expresaron una serie de nociones y significados diversos y entrecruzados. Sobre la base común de una etapa de transiciones, replanteamientos y reasentamientos biológicos, afectivos y sociales, se resaltan o la vitalidad, expectativas y potencialidades casi sin límites, o las insuficiencias, desadaptación e incompreensión. Tales connotaciones pueden servir de base para conductas y decisiones suicidas.

En cuanto a los procesos, condiciones y situaciones que pudieron llevar al suicidio de estos jóvenes universitarios, a partir de los aportes de

los entrevistados se pueden resaltar tres tipos principales: los relacionados con la familia, con antecedentes de enfermedades mentales u orgánicas y con las relaciones interpersonales. Los antecedentes familiares fueron considerados como los de mayor importancia y posible relación con la decisión suicida, en especial los procesos de desintegración del núcleo familiar, de exceso o carencia de autoridad, de comunicación entre los integrantes del núcleo, y la falta de comprensión de su condición de joven y de aceptación de diferencias, en especial en cuanto a la opción sexual. Un adecuado abordaje del problema del suicidio en jóvenes requeriría, por tanto, de un análisis a profundidad y de acciones en los campos de la estructura, la dinámica, los valores y la comunicación a nivel familiar. En cuanto a los antecedentes de enfermedades parece tener especial importancia el de enfermedad mental, en especial la depresión y el trastorno bipolar, y patologías que producen estigma social, como el VIH/SIDA. La detección temprana y el adecuado manejo de este tipo de antecedentes deben hacer también parte de una estrategia robusta y de largo plazo frente al suicidio de jóvenes. Si bien no hay un patrón específico de relaciones interpersonales de quienes cometieron suicidio, el presente trabajo permite reforzar la importancia de las relaciones de pareja en los jóvenes, como elemento protector en caso de su adecuado funcionamiento o como riesgo potencial y posible detonante del acto suicida en caso contrario. Las condiciones propias de la vida universitaria no parecen propiciar por sí mismas las decisiones suicidas y sólo parecen actuar como agravantes en caso de carencias o dificultades en los otros antecedentes ya enunciados. No puede concluirse, en todo caso, que exista una especie de "ruta suicida" o de personalidad suicida o de unicausalidad del suicidio. Se trata de un hecho complejo, individual y social al mismo tiempo, que reta la razón, afecta el sentimiento y desafía a la sociedad.

Colaboradores

SA Franco, ML Gutiérrez, J Sarmiento, D Cuspo-ca, J Tatis, A Castillejo, M Barrios, MP Ballesteros-Cabrera, S Zamora y CI Rodríguez participaron igualmente en todas las etapas de la investigación y de la elaboración del texto.

Referências

1. Castillejo A. *Los Archivos del Dolor. Ensayos sobre la Violencia, el Terror y la Memoria en la Suráfrica contemporánea*. 2ª ed. Bogotá: Universidad de los Andes; 2013.
2. Ochs E, Capps L. Narrating the Self. *Annurev. Anthro.* 1996; 25(1):19-43
3. Amery J. *Levantar la mano sobre uno mismo, discurso sobre la muerte voluntaria*. Valencia: Pre-textos; 2005.
4. Cano JA. *Fenomenología del suicidio* [trabajo de grado]. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana; 2010.
5. Durkheim E. *El suicidio*. 6ª ed. Madrid: Ediciones Akal S.A.; 2008.
6. Torres L ¿Existe una relación entre rendimiento académico y muerte por suicidio? Estudio retrospectivo en la Universidad de los Andes, 1992-2002. Publicación Universidad de los Andes No. 004. Bogotá. 2003, abril. [acceso en 2014 oct 30]. Disponible en: <http://www.worldcat.org/title/existe-una-relacion-entre-rendimiento-academico-y-muerte-por-suicidio-estudio-retrospectivo-en-la-universidad-de-los-andes-1992-2002/oclc/433133399>
7. Rosselló J, Berríos Hernández MN. Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños. *Interamericana de Psicología IJP* 2004; 38(2):295-302.
8. Organización Mundial de la salud (OMS). Prevención del Suicidio (SUPRE). 2012. [acceso en 2015 jul 14]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Mortalidad por suicidio en las américas. Informe Regional*. Washington: OPS; 2014.
10. Moya DM. Comportamiento de lesiones de causa externa, Colombia, 2013. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2013. [acceso en 2014 oct 30]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+1-+lesiones+de+causa.pdf/8fde3e7c-f9e8-488a-8592-0916b81caef>
11. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLyCF). *Forensis, datos para la vida*. Bogotá: IMLyCF; 2014.
12. Sánchez R, Guzmán Y, Cáceres H. Estudios de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2005; XXXIV(1):12-30.
13. González S, Díaz A, Ortiz A, González C, González JdeJ. Características psicométricas de la Escala de Ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental* 2000; 23(2):24-30.
14. Calvo JM, Sanchez R, Tejada P. Prevalencia y factores asociados a ideación suicida em estudiantes universitarios. *Rev Salud Pública* 2003; 5(2):123-143.
15. Villalobos FH. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental* 2009; 32(2):165-171.
16. 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. *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2003; XXXII (4):341-356.
17. Micin S, Bagladi V. Salud Mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia Psicológica* 2011; 29(1):53-64.
18. Tuesca R, Navarro E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Rev científica Salud Uninorte* 2003; 17:19-28.
19. Cárdenas I, Chingla JC, Franco MC, Martínez M, Ramos V, Rolón I, Sánchez JM. *¿Suicidio, una alternativa de muerte, suicidio una alternativa de vida? Estudio aproximativo al suicidio en universitarios javerianos*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1994.
20. Hawton K, Simkin S, Fagg J, Hawkins M. Suicide in Oxford University students. *BJ Psych* 1995; 166(1):44-50.
21. Silverman MM, Meyer PM, Sloane F, Raffel M, Pratt DM. The Big Ten student suicide study: a 10-year study of suicide on Midwestern University Campus. *Suicide Life Threat Behav* 1997; 27(3):285-303
22. Del Pino J. Harvard lucha contra los suicidios. El País: España. 24 octubre de 1998. [acceso en 2015 sep 8]. Disponible en: http://elpais.com/diario/1998/10/24/ultima/909180001_850215.html
23. Jacobs DG, editor. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1999.
24. Schwartz AJ. College student suicide in the United States: 1990-1991 through 2003-2004. *J Am Coll Health* 2006; 54(6):341-352.
25. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 5ª ed. México: McGrawHill; 2010.
26. Jelin E. ¿De qué hablamos cuando hablamos de memoria? In: Jelin E. *Los trabajos de la Memoria*. Madrid: Editorial Siglo Veintiuno; 2002. p.17-38.
27. Castillejo A. La globalización en el testimonio: historia, silencio endémico y los usos de la palabra. *Antipoda* 2007; 4:76-99.
28. Minayo MCS. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
29. Moreira V, Sloan T. *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Editora Escuta; 2002.
30. Bonete E. *¿Libres para morir? En torno a la Tánato-Ética*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2004.
31. Salazar P. 'Nadie está obligado a soportar lo insostenible': Hans Küng. El Tiempo. 2013, octubre 8. Sección Temas del día. [acceso en 2015 sep 8]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13107847>
32. Dannenberg AL, McNeil JG, Brundage JF, Brookmeyer R. Suicide and HIV infection. Mortality follow-up of 4147 HIV-seropositive military service applicants. *JAMA* 1996; 276(21):1743-1746.

Artigo apresentado em 06/08/2015

Aprovado em 05/12/2015

Versão final apresentada em 07/12/2015