

Características de inteligencia emocional en un grupo de universitarios con y sin ideación suicida

Characteristics of Emotional Intelligence in a Group of Higher Education Students with and without Suicidal Ideation

Carmen Cecilia Caballero Domínguez¹, Yuly Paola Suárez Colorado², Henry David Bruges Carbonó³
Universidad del Magdalena, Colombia

Forma de citar: Caballero Domínguez, C.C., Suárez Colorado, Y.P. & Bruges Carbonó, H.D. (2015) Características de inteligencia emocional en un grupo de universitarios con y sin ideación suicida. *Revista CES Psicología*, 8(2), 138-155.

Resumen

Estudio de tipo descriptivo-comparativo y diseño transversal que tuvo por objetivo identificar y comparar las características de la inteligencia emocional (IE) en un grupo de jóvenes universitarios con y sin ideación suicida (IS). La muestra estuvo conformada por 22 sujetos con IS y 22 sujetos sin IS. Los instrumentos utilizados fueron el *Traid Meta Mood Scale* y el Inventario de ideación suicida de Beck. Los resultados indican diferencias significativas entre los grupos en el componente de atención ($Z=-3.089$, $p=0.002$), claridad ($Z=-3.089$, $p=0.002$) y reparación emocional ($Z=-2.627$, $p=0.009$). Se concluye que los sujetos con ideas suicidas reportan dificultades en habilidades emocionales necesarias para atender, comprender y regular emociones, contrario a lo que ocurre con quienes no presentan ideas de autolesión.

Palabras clave: Ideación Suicida, Inteligencia Emocional, Estudiantes Universitarios, Salud Mental.

Abstract

This is a comparative study of a descriptive and transversal type designed to identify the characteristics of emotional intelligence (EI) in a group of higher education students with and without suicidal ideation. The sample consisted of 22 subjects with IS and 22 subjects without suicidal ideation. The instruments used were the *Traid Meta Mood Scale* and Beck's Suicide Ideation Inventory. The results indicated significant differences between groups in the care component ($Z = -3.089$, $p = 0.002$), clarity ($Z = -3.089$, $p = 0.002$) and emotional repair ($Z = -2.627$, $p = 0.009$). It was concluded that the sample of subjects without suicidal thoughts report better emotional skills compared with the IS group.

Keywords: Suicidal Ideation, Emotional Intelligence, Academics, College Students, Mental Health.

¹ Doctora en Psicología de la Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. Docente de la Universidad del Magdalena. Miembro del grupo de investigación Psicología y Salud. carmencaballero69@hotmail.com

² Psicóloga de la Universidad del Magdalena, Colombia. Joven Investigadora de Colciencias. Estudiante de la Maestría en Psicología de la Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. Miembro del grupo de investigación Psicología y Salud. fsuarez@yahoo.com

³ Psicólogo de la Universidad del Magdalena, Colombia. henrybrugescarbono@gmail.com

Introducción

Problemática de salud mental en jóvenes universitarios

La salud ha sido definida como la ausencia de afecciones o enfermedades y como un estado de bienestar físico, mental y social completo, que permite al individuo ser consciente de sus propias capacidades para afrontar las tensiones normales de la vida, trabajando de forma productiva y contribuyendo a su comunidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

La salud mental de los jóvenes universitarios puede verse afectada en distintas dimensiones propias de la etapa del ciclo vital que viven, tales como el logro de la autonomía social-económica, la consolidación de una carrera universitaria, el moldeamiento de la identidad, el establecimiento de relaciones de compromiso y conflictos familiares (Caballero, Palacio & Hederich, 2012; Rice, 1997). En el contexto académico, estas situaciones implican preocupación por el rendimiento, las demandas y exigencias de competitividad (Gallardo, 2011). En el ambiente sociofamiliar, se presentan casos en los que falta apoyo social y de disfunción familiar (Londoño, et al., 2010; Torres, Pompa, Meza, Ancer & González, 2010; Figueras, Celis, Arroyo & Rayo, 2011). Y también se presentan posibles fallas en los recursos psicológicos personales (Cabanach, Souto, Freire & Ferradás, 2014; Rivera, Llanes, Garrido, Maldonado & Sánchez, 2014).

Los estresores provenientes de las dimensiones emocional, social, familiar y personal podrían generar problemáticas de salud en los universitarios (Álvarez, Aguilar & Lorenzo, 2012; Gutiérrez, Montoya, Toro, Briñón, Rosas & Salazar, 2010; López-

Maldonado, Villar & de Silva, 2011; Rodríguez, Amaya & Argota, 2011; Osornio & Palomino, 2009; Palacio, Caballero, González, Gravini & Contreras, 2012; Pérez, Osnaya & Clatempa, 2013; Preciado-Serrano & Vásquez-Goni, 2010; Varela, Salazar, Cáceres & Tovar, 2010). Diversas investigaciones realizadas con jóvenes universitarios colombianos confirman el deterioro de su salud mental, caracterizada por el padecimiento de ansiedad, depresión, juego patológico, baja autoestima, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar (Cogollo-Milanés, Arrieta-Vergara, Blanco-Bayuelo, Ramos-Martínez, Zapata & Rodríguez-Berrio, 2011; Ceballos, Romero, Carrascal, Oviedo, Herazo & Campo, 2013; Ceballos, Montoya, Romero, Herazo, Oviedo & Campo, 2013; Ceballos, Barliza, Villafañe, Herazo, Oviedo & Campo, 2013). Es importante tener en cuenta que estas problemáticas en algunos casos propician el origen de conductas autodestructivas tales como ideas e intentos suicidas y suicidio consumado (Córdova, Rosales, Caballero & Rosales, 2007; Sánchez, Cáceres & Gómez, 2002; Tuesca & Navarro, 2003).

La exposición a eventos estresantes o problemáticos permite observar diversos estilos de respuesta en los sujetos que están determinados, en parte, por sus recursos personales (Augusto-Landa, López-Zafra, & Pulido-Martos, 2011; Paris & Omar, 2009). Cuando fallan los recursos psicológicos como las estrategias de afrontamiento, resiliencia, esperanza, *engagement* (compromiso), optimismo e inteligencia emocional se presentan signos psicopatológicos (Barrios, Sánchez & Salamanca, 2013; Yescas, Asencio, Vargas, Barbosa & Lugo, 2013; Pavez, Mena & Vera-Villaruel, 2012; Suárez & Mendoza, 2014; Quiceno, Mateus, Cardenas, Villareal & Vinaccia, 2013).

El Suicidio en Jóvenes Universitarios

El suicidio se concibe como un problema de salud pública, producto de la interacción de múltiples factores: personales, contexto social familiar y del sistema social (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu & Martínez, 2010). Se considera que el suicidio proviene de causas psicológicas y sociológicas y por tanto su expresión es proporcional a la integración y regulación social (Durkheim, 1989; Shneidman, 1987).

Las lesiones auto infligidas, como el suicidio, se traducen en violencia dirigida hacia sí mismo con el objetivo de causar la muerte (OMS, 2002). Previo a la ejecución del acto suicida existe un complejo proceso que pasa por el deseo de morir y la elaboración detallada del plan. La literatura informa diversas formas de expresión de los comportamientos suicidas, desde ideas o intenciones, autolesión o gestos, amenazas de realización, intentos, hasta el suicidio consumado. El presente estudio tiene en cuenta las ideas o intenciones de suicidio, esto es, ideación suicida (IS) catalogadas como pensamientos de acabar con la propia vida, con o sin el propósito de materializarlos (Robledo, 2007).

La temporalidad de las ideas suicidas varía en cada caso y podría explicarse por la configuración de riesgos psicosociales que rodean al sujeto, de este modo se categoriza a los sujetos de acuerdo al nivel de riesgo. La OMS (2000) destaca diferentes niveles de riesgo de suicidio: a) bajo riesgo, casos en los que el individuo presenta ideas suicidas tales como “no puedo seguir adelante”, “desearía estar muerto” “no tengo ganas de vivir”, “no encuentro razones para seguir” pero no existe un plan concreto para acabar con su vida; b) mediano riesgo, cuando los

individuos presentan ideas suicidas y contemplan un plan sin detalles o sin voluntad de ejecutarlo; y c) alto riesgo, casos en los que la persona tiene un plan definido y detallado en método y tiempo.

De acuerdo con organismos internacionales, cada año se suicidan en el mundo alrededor de un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por 100.000, o una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años esta problemática ha aumentado un 60% a nivel mundial y, aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se registran en los varones de edad avanzada, los casos en los jóvenes han ido en aumento, de modo que hoy representa el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países. Es importante resaltar que las estadísticas anteriores no incluyen las tentativas de suicidio que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado (OMS, 2009).

En los últimos años en Norteamérica se ha detectado un incremento en el número de estudiantes que presentan problemas de salud mental severos y que buscan ayuda en los centros de consejería (Haas, Hendin & Mann, 2003; Kitzrow, 2003). Además se estima que en las universidades norteamericanas hay más de 1.000 suicidios cada año (American Association of Suicidology, 2006).

En el contexto latinoamericano la tasa de mortalidad por suicidio en sujetos entre 10 y 24 años de edad es de 5,7 por 100.000 habitantes; la tasa más alta se encuentra entre los hombres con un 7,7 y en el caso de las mujeres es de 2,4. Los países con las tasas de mortalidad más altas por suicidio son Guyana, Surinam, Nicaragua, El Salvador, Chile y Ecuador; y los países con las tasas de

mortalidad más bajas son México, Venezuela, Cuba, Brasil y Puerto Rico. No obstante, se encontró un aumento significativo de la mortalidad por suicidio entre los jóvenes en países como Argentina, Chile, Ecuador, México y Surinam (Quinlan-Davidson, Sanhueza, Espinosa, Escamilla-Cejudo, Maddaleno, 2014).

De acuerdo al Instituto de Medicina Legal, en Colombia la tasa de suicidio consumado del 2009 al 2014 ha presentado un comportamiento constante. La tasa para el 2014 fue de 4,33 por cada 100.000 habitantes. Se registraron como causas, conflictos con la pareja o expareja, enfermedad física o mental, dificultades económicas, desamor, muerte de un familiar o amigo, dificultades escolares o educativas, jurídicas, laborales, maltrato físico, sexual, psicológico, suicidio de un familiar o amigo, entre otras. Los casos se presentan de manera marcada en el género masculino y en edades comprendidas entre los 20 y 24 años, seguido por el grupo de edades entre 25 y 29 años (Instituto Medicina Legal, 2014). En la ciudad de Santa Marta, capital del departamento del Magdalena (Colombia), entre los años 2004 y 2010 se reportaron 112 casos de suicidio, para un promedio anual de 16. De estos, el grupo etario más representativo está entre los 20 y 34 años, con 50 casos (44.6%). Le sigue el grupo de 35 a 49 años con 28 casos (25%). En el 2014 se registró una tasa de 5,58 suicidios por cada 100.000 habitantes (Instituto Medicina Legal, 2014).

La inteligencia emocional como factor protector de conductas autodestructivas

El modelo teórico de habilidades emocionales de Salovey y Mayer (1990) considera que la inteligencia emocional (IE) se fundamenta en el uso adaptativo de las

emociones de manera que el individuo pueda solucionar problemas y adaptarse de forma eficaz al medio que le rodea. Según este modelo, la IE está conformada por cuatro elementos o habilidades: a) percepción emocional, entendida como la habilidad para identificar y reconocer sentimientos propios y de personas cercanas; b) facilitación o asimilación emocional, que se refiere a la habilidad para razonar y solucionar problemas sin olvidar los sentimientos; c) comprensión emocional, concebida como la habilidad de entender señales y etiquetar emociones, así como la capacidad de reconocer las categorías en las que se agrupan los pensamientos, es decir, entender causas y consecuencias de nuestras emociones; y d) regulación emocional, que consiste en la habilidad más compleja, pues requiere estar abiertos tanto a sentimientos positivos como negativos con el fin de descartar o aprovechar la información de mayor utilidad (Mayer & Salovey, 1997; Salovey & Mayer, 1990).

Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004) adaptaron el modelo de IE americano de Salovey y Mayer (1990) al contexto español, actualmente, su versión es la más utilizada en investigaciones empíricas en países de habla hispana. En esta versión los componentes quedaron reorganizados así: atención, claridad y reparación emocional.

La *atención emocional* es el estado de alerta que permite reconocer aspectos fisiológicos, cognitivos y afectivos de la experiencia de una emoción y la habilidad que permite decodificar las señales emocionales como la voz, expresión facial y movimiento corporal. La *claridad emocional* tiene como rol discriminar el repertorio de señales emocionales para etiquetar emociones y agrupar los sentimientos en categorías. Es

una habilidad anticipatoria y reflexiva cuando genera el reconocimiento de las causas del estado anímico y la predicción de futuros comportamientos como consecuencia de las emociones, comprendiendo sus significados. La *reparación emocional* no excluye la experimentación de emociones negativas sino que implica la experiencia emocional positiva y negativa para seleccionar el valor utilitario de estas y así –ante eventos problemáticos– lograr la modulación de las negativas y la intensificación de las positivas (Fernández-Berrocal & Extremera, 2005).

Investigaciones tanto internacionales como locales han sugerido el papel de protección que propicia la IE con respecto a las conductas de autolesión: suicidio consumado, intento e ideación.

Una investigación desarrollada en el continente europeo con el propósito de comparar los componentes de IE en 60 participantes discriminados en pacientes suicidas (intento de suicidio en los últimos tres días) y una muestra no clínica, demostró diferencias significativas en las características de IE entre los grupos en resolución de problemas, felicidad, tolerancia al estrés y autorrealización. Los autores concluyeron que los programas de educación de IE pueden ser relevantes para la reducción del riesgo del comportamiento suicida en la población joven (Ahmadian, Shamshiri, Badvee & Homayouni, 2009).

Otra investigación desarrollada en Norteamérica para comprobar si la IE disminuye la probabilidad de que se presente ideación e intento suicida en sujetos en riesgo (abuso sexual en la infancia), reflejó que dichos comportamientos fueron moderados por la IE de los adolescentes, es decir, altamente predictivos en las personas

con bajo IE, débilmente predictivos en las personas con IE media y sin ninguna relación con las personas que tienen un alto IE (Chan & Nock, 2009).

Un estudio realizado en Colombia con el objetivo de identificar la relación entre la IS y las características de IE en estudiantes de psicología de una universidad estatal del departamento de Magdalena, indicó adecuadas habilidades de IE en la muestra general, 5,1% de estudiantes con IS, y una asociación negativa entre la IS y reparación emocional (Ceballos & Suárez, 2012).

La IE como recurso psicológico protector resulta importante. Al considerar que los individuos ante una misma adversidad no aprecian (atención emocional), entienden (compresión emocional) y responden (regulación emocional) de la misma manera, podría existir algún tipo de habilidad y/o competencia que explique las diferencias de respuestas comportamentales. Esta habilidad/competencia sería reconocida como IE.

Con base en las evidencias empíricas del papel de la IE en la salud mental nos preguntamos cuáles son las diferencias en la IE de jóvenes universitarios con y sin IS. La respuesta a esta pregunta aportará mayor evidencia científica a la compresión de la conducta suicida desde el procesamiento de la información emocional, contribuyendo a futuros diseños de programas de prevención e intervención enfocados en potenciar recursos personales desde la educación socioemocional.

El objetivo principal de esta investigación es identificar y comparar las características de la IE en estudiantes de Psicología y Administración de Empresas con ideas y sin ideas suicidas.

Metodología

Tipo y diseño

Estudio de tipo descriptivo comparativo de corte trasversal en el cual se identifican y comparan las diferencias de las habilidades emocionales en dos grupos, a través de la recolección de la información en un solo

momento y tiempo (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Participantes

La población objeto de estudio estuvo constituida por estudiantes de los programas de Psicología (16) y Administración de empresas (28) de una universidad pública del Departamento de Magdalena, Colombia.

Tabla 1. Descripción de la muestra

Grupo	Hombres	Mujeres	Edad
Grupo 1. Sujetos sin ideas suicidas	6 (22%)	16(73%)	18 a 30 M=20.8 DT=2.74
Grupo 2. Sujetos con ideas suicidas	6(22%)	16(73%)	18 a 30 M=20.8 DT=2.74

La muestra fue seleccionada por conveniencia, es decir, que el investigador determinó la representatividad de la misma (Casal & Mateu, 2003). La muestra se conformó con 22 sujetos que presentaban IS y 22 sujetos sin ideas suicidas (Tabla 1).

Instrumentos

Escala Rasgo de Meta-Conocimiento Emocional o Traid Meta Mood Scale-TMMS 24 (Fernández-Berrocal, et al., 2004). Evalúa el auto-informe de las características de IE a nivel intrapersonal, indicando el meta-conocimiento de las habilidades emocionales en 24 ítems bajo opciones de respuesta tipo Likert de 5 puntos: (1) nada de acuerdo, (2) algo de acuerdo, (3) bastante de acuerdo, (4) muy de acuerdo, (5) totalmente de acuerdo.

Esta escala evalúa la IE en tres dimensiones o habilidades:

1. Atención emocional: Habilidad para atender a las emociones. Ejemplo de preguntas dimensión atención: Presto mucha atención a los sentimientos, pienso en mi estado de ánimo constantemente (Alfa de cronbach de 0.86).
2. Claridad emocional: Habilidad para comprender las emociones. Ejemplo de preguntas dimensión claridad: Frecuentemente puedo definir mis sentimientos, normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas (Alfa de cronbach de 0.87).
3. Reparación emocional: Habilidad para recuperarse emocionalmente. Ejemplo de preguntas dimensión reparación: Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo, aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista (Alfa de cronbach de 0.82).

El cuestionario incluye baremos diferenciados por género clasificados en: debe mejorar, adecuado o excelente; y en el caso del componente de atención emocional la categorización es: poca, adecuada o demasiada, en la que los extremos indicarían que el sujeto debe mejorar en el desarrollo de esta habilidad.

Inventario de ideación suicida de Beck-ISR o Scale for Suicide Ideation (Beck, Kovacs & Weissman, 1979). Estudio psicométrico adaptado al español por González, Díaz, Ortiz, González y González (2000). Evalúa la ocurrencia de ideas o pensamientos suicidas por medio de 19 reactivos, bajo opciones de respuesta entre 0 y 2 que permiten seleccionar el nivel de intensidad de la característica de IS a explorar en cada ítem. El inventario se compone de cuatro subescalas:

1. Características de las actitudes hacia la vida y la muerte. Ejemplo: Deseo de vivir, deseo de realizar un intento de suicidio (Alfa de cronbach 0.90).

2. Características de los pensamientos y los deseos de suicidarse. Ejemplo: Dimensión temporal, control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo (Alfa de cronbach 0.45-0.65).

3. Características del proyecto de intento suicida. Ejemplo: Método (accesibilidad, oportunidad, sensación de 'capacidad' para llevar a cabo el intento) (Alfa de cronbach de 0.61).

4.- La actualización del intento suicida. Ejemplo: Notas acerca del suicidio, preparativos finales ante la anticipación de la muerte (seguro, testamento, donaciones) (Alfa de cronbach 0.45).

La aplicación del Inventario se suspende si la puntuación de los reactivos (4) Deseo de 'intentar suicidarse' y (5) 'Intento pasivo de

suicidarse', es 0. Este inventario contiene un par de ítems (20 y 21) que solo presentan valor descriptivo, de modo que no participan en la sumatoria de los ítems de la escala. El rango de la puntuación total es de 0-38. Una puntuación igual o mayor a 1 es indicativa de riesgo de suicidio, lo que equivale a decir que a valores más altos se incrementa el riesgo.

Consideraciones Éticas

Para este estudio se tuvieron en cuenta los aspectos éticos de la investigación con seres humanos considerados en la Ley 1090 de 2006 o Ley del Psicólogo en Colombia que comprende el secreto profesional, derecho a la no participación y retiro, consentimiento informado y la devolución de resultados. La propuesta de investigación fue sometida a evaluación por el comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena. Los sujetos identificados con algún riesgo suicida se remitieron a su respectiva EPS. El evaluador diligenció una boleta de remisión que contenía datos personales y el motivo por el cual era remitido. La boleta de remisión a un profesional de la salud no obligaba a la EPS a generar la atención pero su diligenciamiento notificaba al sujeto de la urgencia de buscar ayuda. El individuo debía realizar el procedimiento que corresponde de acuerdo al régimen del sistema de salud.

Procedimiento

Previo a la ejecución se solicitó permiso a los programas académicos para aplicar los instrumentos de investigación en las aulas de clase, seguidamente se explicó a los participantes el objetivo de la investigación y los aspectos éticos relacionados. Firmado el consentimiento informado, se procedió a la entrega de los cuestionarios a un colectivo de

estudiantes de Psicología y Administración de Empresas. Esta aplicación tomó una semana por programa, recolectando 351 evaluaciones para filtración de sujetos con ideas suicidas (Grupo 2) y una selección aleatoria de sujetos sin ideas suicidas (Grupo 1). Finalmente se efectuó el análisis de resultados.

Procesamiento estadístico

Los datos recolectados fueron procesados a través del *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 19.0, utilizando medidas de tendencia central: media y moda. Como medida de variabilidad se utilizó la desviación estándar. Del mismo modo, se utilizaron las pruebas no paramétricas de

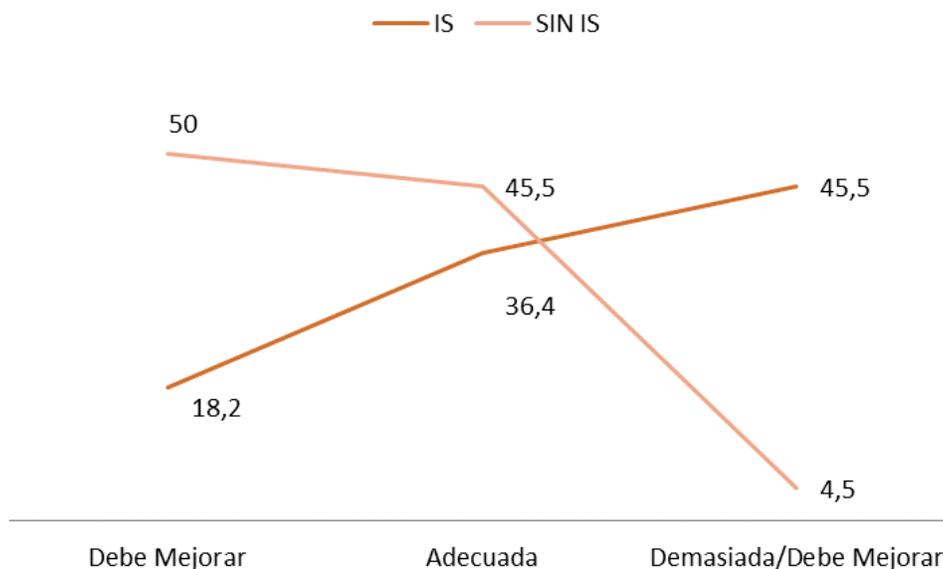
Rho. Spearman para identificar asociaciones y U de Mann-Whitney para estimar las diferencias entre muestras independientes.

Resultados

Se registraron las siguientes características de IE al interior de los grupos con y sin IS:

En el componente de atención emocional o habilidad para percibir y atender las emociones, el grupo con IS demostró representativamente demasiada atención a sus emociones, en contraste, el grupo sin IS reportó adecuada atención emocional (Gráfico 1).

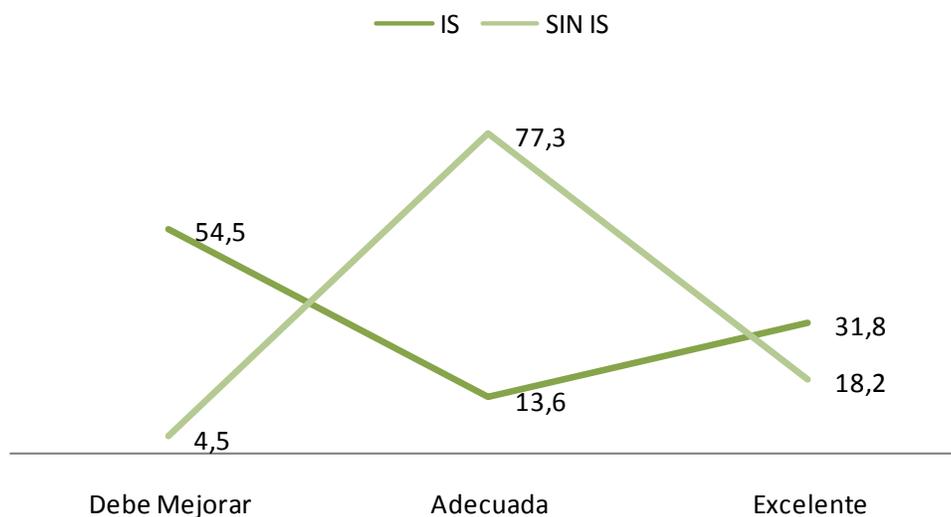
Gráfico 1. Atención emocional en un grupo de estudiantes con y sin ideación suicida



Por otra parte, según los resultados, la claridad emocional o habilidad para comprender emociones y sentimientos debe mejorar mayoritariamente en el grupo con IS;

y se presentó de manera adecuada en el grupo exento de ideas de autolesión (Gráfico 2).

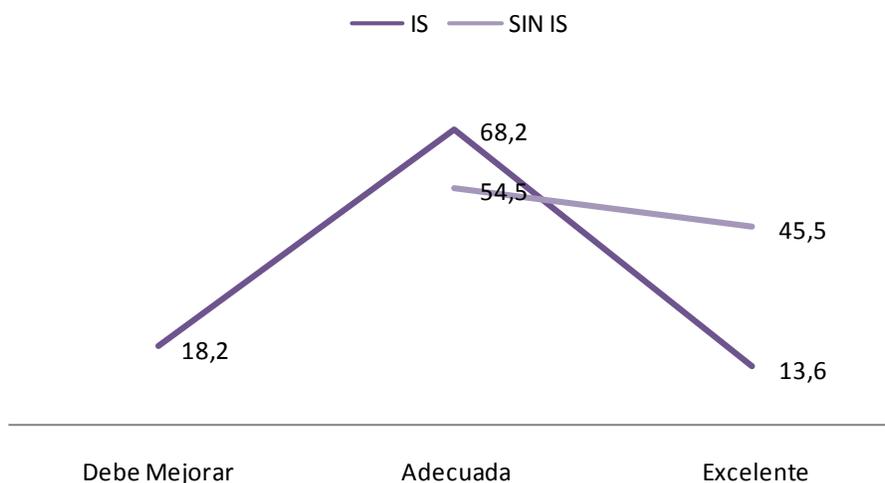
Gráfico 2. Claridad emocional en un grupo de estudiantes con y sin ideación suicida



Mientras la reparación emocional o habilidad para anteponer emociones positivas a las emociones negativas debe mejorar en el grupo con IS, se presenta el caso contrario en

el grupo sin IS en el que no se identificaron casos que deban mejorar este componente, pero sí sujetos con adecuada y excelente reparación emocional (Gráfico 3).

Gráfico 3. Reparación emocional en un grupo de estudiantes con y sin ideación suicida



En el grupo de universitarios con ideas suicidas se presentó un 13.6% de riesgo alto-

muy alto y un 22,7% de riesgo medio (Tabla 2).

Tabla 2. Riesgo de suicidio de acuerdo a pensamientos suicidas

Nivel de Riesgo Suicida	Rango de Riesgo	F	%
Ninguno	0	22	50
Bajo	1-4	6	13.6
Medio	5-16	10	22.7
Alto	17-27	3	6.8
Muy alto	28-38	3	6.8

En la muestra general de 351 sujetos evaluados por medio de la prueba Spearman se identificó asociación significativa entre la atención ($r_s=0.143$, $p=0.007$), claridad ($r_s=-0.190$, $p=0.00$), reparación emocional ($r_s=-0.130$, $p=0.015$) y el riesgo de suicidio, lo que demuestra que entre más altas son las puntuaciones en claridad y reparación emocional, desciende el riesgo suicida. La atención emocional se comporta distinto, con mayores puntuaciones, mayor es la valoración del riesgo de autolesión. La prueba de U de Mann-Whitney confirma

estos resultados, puesto que evidencia que las habilidades emocionales como atención emocional ($Z=-3.303$, $p=0.001$), claridad emocional ($Z=-3.089$, $p=0.002$) y reparación emocional ($Z=-2.627$, $p=0.009$) son distintas en los grupos. Esto indica que la claridad y la reparación emocional se encuentran en mejor estado en el grupo sin riesgo de suicidio, caso contrario a la atención emocional que se presenta en mayor medida en el grupo con un riesgo elevado de suicidio (Tabla 3).

Tabla 3. Comparación de las habilidades emocionales en un grupo con y sin ideación suicida

Componente de IE	Grupo	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Z	Sig*
Atención emocional	G1 (Sin IS)	16.11	635.50	101.500	-3.303	0.001
	G2 (Con IS)	28.89	354.50			
Claridad emocional	G1 (Sin IS)	28.45	364.00	364.000	-3.089	0.002
	G2 (Con IS)	16.55	626.00			
Reparación emocional	G1 (Sin IS)	27.57	383.50	383.500	-2.627	0.009
	G2 (Con IS)	17.43	606.50			

Con respecto al programa académico no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características de IE. Ni la atención ($Z=-0.122$, $p=0.903$), ni la claridad

($Z=0.000$, $p=1.000$) o reparación emocional ($Z=-0.429$, $p=0.688$) presentan estados distintivos en Psicología y Administración de empresas (Tabla 4).

Tabla 4. Comparación de las características de inteligencia emocional e ideación suicida entre el programa de psicología (G1) y administración de empresas (G2)

Variable	Componente	Grupo	Rango Promedio	Suma de Rangos	U de Mann-Whitney	Z	Sig*
Inteligencia emocional	Atención emocional	G1	22.81	365.00	219.000	-0.122	0.903
		G2	22.32	625.00			
	Claridad emocional	G1	22.50	360.00	224.000	0.000	1.000
		G2	22.50	630,00			
	Reparación emocional	G1	21.41	342.50	206.500	-0.429	0.688
		G2	23.13	647.50			
Ideación Suicida	Ideación suicida	G1	26,28	420,50	163.500	-1,579	0,114
		G2	20,34	569,50			

Discusión

En el presente trabajo se hicieron notorias las diferencias en habilidades emocionales entre un grupo de universitarios con y sin IS. El grupo sin IS presenta mejores habilidades para comprender y reparar las emociones negativas generando emociones positivas ante situaciones adversas. El grupo con IS se caracterizó por disponer demasiada atención a sus emociones, es decir, los sujetos evidencian una excesiva rumiación y valorización especialmente de las emociones negativas a partir de su reconocimiento fisiológico, cognitivo y afectivo, y la decodificación de señales emocionales.

Fernández-Berrocal, Extremera, Palomera, Ruiz-Aranda, Salguero y Cabello (2009), registran diferencias de la IE en pacientes clínicos y personas sin diagnósticos clínicos. El grupo clínico compuesto por pacientes con patologías como agorafobia, distimia, trastorno límite de personalidad, ansiedad, depresión, etc., registra diferencias

significativas con respecto al grupo control en cuanto a atención ($t=2,918$ $p=0,004$) y reparación emocional ($t=-2,692$ $p=0,008$), pero no en cuanto a claridad ($t=0,148$ $p=0,883$). Las diferencias positivas en atención y negativas en reparación hacen alusión a la sobreatención emocional y baja regulación emocional en pacientes clínicos. Sin embargo, en el presente estudio se encontró que las personas con IS no presentan claridad emocional, es decir, son individuos que al no comprender emociones y sentimientos procesan la información emocional desadaptadamente hasta manifestar ideas autodestructivas. Esta relación inadecuada consigo mismo y con los otros se explicaría mediante la teoría de la IE y su modelo jerárquico o escalar por el cual el sujeto requiere percibir, facilitar y comprender para lograr regular las emociones (Mayer & Salovey, 1997).

Estos hallazgos son importantes teniendo en cuenta el vínculo entre atención emocional, estilo rumiativo y depresión-disforia. Se ha

encontrado que demasiada atención a las emociones se asocia a la depresión (Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello & Extremera, 2005); al mismo tiempo que un estilo rumiativo, entendido por Martin y Tesser (1996) como pensamientos recurrentes sobre una misma idea, y por Robinson y Alloy (2003) como una tendencia a pensar repetitivamente sobre las inferencias negativas, también está asociado a la atención emocional y depresión; incluso Grafton y MacLeod (2013) asocian el estilo rumiativo a la disforia. De modo que demasiada atención a las emociones puede vincularse a la rumiación frente a circunstancias vividas por los sujetos, generando un conjunto de emociones negativas que desembocan en ideas de autolesión.

El papel de la IE en sujetos que presentan IS ha sido poco explorada, sin embargo, existen algunas evidencias. Ahmadian, Shamshiri, Badvee & Homayouni (2009) encontraron diferencias negativas significativas en solución de problemas ($T=-2.316$ $p< 0.05$), felicidad ($T=-3.065$ $p< 0.05$), tolerancia al estrés ($T=-2.011$ $p< 0.05$) y autorealización ($T=-2.579$ $p< .05$) entre el grupo con IS y el grupo control; es decir, sujetos con IS tienen dificultades en solución de problemas, menor percepción de felicidad, intolerancia al estrés y baja autorealización. Así también, Chan y Nock (2009) concluyen que la IE es un factor protector de la IS en sujetos víctimas de abuso sexual. Recientemente, Dour, Cha y Nock (2011) afirman que las emociones y la habilidad para resolver problemas puede predecir los intentos suicidas en adolescentes.

Durkheim (1989) sostiene que la conducta suicida es incompatible con una adecuada

integración a los grupos sociales y al mismo tiempo, es discordante con el despliegue de excelentes habilidades emocionales pues estas proporcionan al individuo bienestar y satisfacción (Gallagher & Vella-Brodrick, 2008; Rey, Extremera & Peña, 2011; Yunus, Mustafa, Nordin & Malik, 2015). De tal modo, que las diferencias en los estilos comportamentales de respuesta ante una situación adversa estarían condicionados por las habilidades emocionales y competencias sociales.

Los resultados de la presente investigación demuestran que existe un vínculo entre la forma en que los sujetos procesan la información emocional y las ideas de autolesión, de modo que el papel de la IE parece ser un factor importante para proteger a los individuos. En este sentido, Bisquerra (2006) y, Reyes y Alonso (2001), sostienen que el desarrollo de la IE funcionaría como una herramienta protectora para los individuos ante diversas formas de comportamiento suicida, puesto que esta inteligencia colaboraría en la formación de una personalidad resistente y tolerante a las frustraciones; y de sujetos optimistas, asertivos, con un estilo de comunicación efectiva-afectiva, capacidad de resolver conflictos, afrontar las demandas del ambiente y tomar decisiones.

Teniendo presente que las diferentes circunstancias que experimentan los jóvenes universitarios, interfieren en su desempeño, éxito, o retraso, insatisfacción y abandono de los estudios (Feldman et al., 2008; Salanova, Martínez, Bresó, Llorens & Grau, 2005), es relevante que el contexto universitario atienda las necesidades y problemas relacionados con la salud mental de sus estudiantes.

De manera particular, los resultados de la presente investigación sugieren la necesidad de introducir la educación emocional a los currículos con el fin de optimizar la adaptación social de los individuos a través del aprendizaje de competencias básicas para la vida (Bisquerra, 2003); educación emocional entendida como:

[...] un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con objeto de capacitarle para la vida. Todo

ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social (Bisquerra, 2005, p. 96).

Aunque el estudio presenta limitaciones para su generalización, estos resultados nos aproximan a comprender el procesamiento de la información emocional en sujetos con IS. Se recomienda para futuros estudios explorar estas variables en pacientes con exposición previa a situaciones problemáticas o estresantes en las cuales se adopten instrumentos de IE que representen aptitudes reales ante tareas emocionales.

Referencias

- Ahmdian, M., Shamshiri, T., Badvee, I., & Homayouni, A. (2009). Comparison of the Emotional Intelligence Components of Suicidal Patients and Non-Clinical Samples. *European Psychiatry, 24*(1), 143-153.
- Álvarez, J., Aguilar, J. M., & Lorenzo, J. J. (2012). La ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 10*(26), 333-354.
- American Association of Suicidology (2006). Youth Suicide Fact Sheet. Washington, DC.: American Association of Suicidology.
- Augusto-Landa, J. M., López-Zafra, E., & Pulido-Martos, M. (2011). Inteligencia emocional percibida y estrategias de afrontamiento al estrés en profesores de enseñanza primaria: propuesta de un modelo explicativo con ecuaciones estructurales (SEM). *Revista de psicología social, 26*(3), 413-425.
- Barrios, N. L., Sánchez, L. K., & Salamanca, Y. (2013). Relation between personality patterns and coping given among psychology students. *Psicología. Avances de la Disciplina, 7*(2), 45-53.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assesment of suicide intent: The scale for suicide ideation. *Journal Consult Clinic Psychology, 47*, 343-352.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de investigación educativa, 21*(1), 7-43.
- Bisquerra, R. (2005). La educación emocional en la formación del profesorado. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado, 19*(3), 95-114.

- Bisquerra, R. (2006). Orientación psicopedagógica y educación emocional. *Estudios sobre Educación, 11*, 9-25.
- Caballero, C., Palacio, J., & Hederich, C. (2012). El burnout académico: Prevalencia y factores asociados en estudiantes universitarios del área de la salud de la ciudad de Barranquilla. Disertación Doctoral. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Casal, J., & Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev, 1*, 3-7.
- Ceballos, G., & Suárez, Y. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *Revista CES Psicología, 5*(2), 88-100.
- Ceballos, G., Romero, K., Carrascal, S., Oviedo, H., Herazo, E., & Campo, A. (2013). Asociación entre religiosidad y síntomas ansiosos y depresivos en estudiantes universitarios. *Revista ciencias biomédicas MedUNAB, 16*(1), 19-23.
- Cabanach, R. G., Souto Gestal, A., Freire Rodríguez, C., & Ferradás Canedo, M. D. M. (2014). Relaciones entre autoestima y estresores percibidos en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology, 7*(1), 41-55.
- Ceballos, G., Barliza, L., Villafañe, Y., Herazo, E., Oviedo, H. & Campo, A. (2013). Cuestionario breve para juego patológico: desempeño psicométrico en universitarios. *Revista ciencias biomédicas, 4*(2), 242-246.
- Ceballos, G., Montoya, M Romero, A., Herazo, E., Oviedo, C., & Campo, A. (2013). Asociación entre orientación sexual y autoestima en estudiantes universitarios. *Revista Ciencias Biomédicas, 4*(2), 270-274.
- Chan, C.B., & Nock, M.K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*, 422-430.
- Cogollo-Milanés, Z., Arrieta-Vergara, K., Blanco-Bayuelo, S., Ramos-Martínez, L., Zapata, K., & Rodríguez-Berrio, Y. (2011). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Rev. Salud pública, 13*(3), 470-479.
- Córdova, M., Rosales, M. D. P., Caballero, R., & Rosales, J. C. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana, 15*(2) 17-21.
- Dour, H. J., Cha, C. B., & Nock, M. K. (2011). Evidence for an emotion–cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behaviour research and therapy, 49*(4), 294-298.
- Durkheim, E. (1989). *El suicidio*. España: Akal.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón, G. C., Zaragoza, J., Bagés, N., & De Paulo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica, 7*(3), 739-752.

- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2005). La inteligencia emocional y la educación de emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interamericana de Formación del Profesorado*, 19(2), 63-93.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Palomera, R., Ruiz-Aranda, D., Salguero, J., & Cabello, R. (2009). Avances en el estudio de la inteligencia emocional. *I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional*. Santander: Fundación Marcelino Botín.
- Figueras, A. D., Celis, R. R., Arroyo, L. M., & Rayo, I. G. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20(2), 147.
- Instituto Medicina Legal. (2014). *Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis*, 16(1), 319-350.
- Gallagher, E., & Vella-Brodrick, D. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 44, 1551-1561.
- Gallardo, C. (2011). Juventud, trabajo, desempleo e identidad: un enfoque psicosocial. *Athenea Digital: revista de pensamiento e investigación social*, 11(3), 165-182.
- González, M. S., Díaz, M. A., Ortiz, L. S., González-Forteza, C. & González, N. J. (2000). Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (isb) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- Grafton, Ben. & MacLeod, C. (2013). Don't start what you can't stop: Differentiating individual differences in ruminative onset and ruminative persistence, and their contributions to dysphoria. *Emotion*, 13(6), 1080-1085.
- Gutiérrez, J. A., Montoya, L. P., Toro, B. E., Briñón, M. A., Rosas, E., & Salazar, L. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1), 7-17.
- Haas, A.P., Hendin, H., & Mann, J.J. (2003). Suicide in college students. *American Behavioral Scientist*, 46, 1224-1240.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México D.F: Mc Graw Hill.
- Kitzrow. M.A. (2003). The Mental health needs of today's college students: Challenges and recommendations. *NASPA Journal*, 41, 167-181.
- Londoño, N. H., Marín, C. A., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B.,... & López, I. C. (2010). Psychosocial and Environmental Risk Factors Associated With Mental Disorders. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68.

- López-Maldonado, M., Villar, M., & De Silva, E. (2011). Consumo de drogas licitas en estudiantes de enfermería de una Universidad Privada en Bogotá, Colombia. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 19, 707-713.
- Martin, L., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In *Advances in social cognition*, 9, 1-48.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En Salovey, P., & Sluyter, D. J. (Eds.). *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). *Informe mundial sobre violencia y la salud*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2009/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Osornio, L., & Palomino, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en medicina familiar*, 11(1), 1-2.
- Palacio, J., Caballero, C., González, O., Gravini, M., & Contreras, K. (2012). Relación del burnout y las estrategias de afrontamiento con el promedio académico en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 11(2), 535-543
- Paris, L., & Omar, A. (2011). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*, 19(2), 167-175.
- Pavez, P., Mena, L., & Vera-Villarroel, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, 11(2), 369-380.
- Pérez, J. C. R., Osnaya, M. C., & Clatempa, R. R. (2013). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud*, 22(1), 63-74.
- Preciado-Serrano, M. & Vázquez-Goni, J. (2010). Perfil de estrés y síndrome de burnout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*, 48(1), 11-19.
- Quiceno, J. M., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D., & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 107-117. DOI <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.2.2013.12767>

- Quinlan-Davidson, M.P.H., Sanhueza, A., Espinosa, I, Escamilla-Cejudo, J., & Maddaleno, M. (2014). Suicide Among Young People in the Americas Meaghen. *Journal of Adolescent Health, 54*, 262-268. DOI: [10.1016/j.jadohealth.2013.07.012](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.012)
- Rey, L., Extremera, N., & Pena, M. (2011). Perceived Emotional Intelligence, Self-Esteem and Life Satisfaction in Adolescents. *Psychosocial Intervention, 20*(2), 227-23.
- Reyes, W., & Alonso, A. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana Medicina General Integral, 17*(2), 155-63.
- Rice, F. P. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. México: Pearson Educación.
- Rivera, M. C. A., Llanes, O. F. G., Garrido, V. A. P., Maldonado, C. R. Q., & Sánchez, C. A. Z. (2014). Inteligencia emocional, estrés, autoeficacia, locus de control y rendimiento académico en universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 19*(1), 21-35.
- Robinson, M., & Alloy, L. (2003). Negative cognitive stiles and stress-reactive rumination interactto predict depression: a prospective study. *Cognitive Therapyan Research, 27*(3), 275-292.
- Robledo, A. (2007). Suicide in adolescents: what the equipment of health must know. *Rev. Perú Pediatr, 60*(1), 61-64.
- Rodríguez, U., Amaya, A., & Argota, A. (2011). Inteligencia emocional percibida y ansiedad de rasgo-estado en estudiantes universitarios. *Psicogente, 14*(26), 310-320.
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., & Extremera, N. (2005). Inteligencia emocional y depresión en una muestra italiana. Bibliopsiquis. *Boletín Interpsiquis, 6 Congreso Virtual de Psiquiatría*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/3328>
- Salanova, M., Martínez, I., Bresó, E., Llorens, S., & Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de psicología, 21*(1), 170-180.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*, 185-211.
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, G. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: Prevalencia y factores asociados. *Biomédica, 22*, 407-416.
- Sánchez-Sosa, J., Villarreal-González, M., Musitu, G., & Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Intervención psicosocial, 19*(3), 279-287.
- Shneidman, E. (1987). *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons.
- Suárez, Y., & Mendoza, J. A. (2014). Indicadores de salud mental y engagement en empleados de una empresa promotora del desarrollo económico. *Revista Económicas CUC, 35*(2), 133-148.

- Torres, F., Pompa, E.G., Meza, C., Ancer, L., & González, M. T. (2010). Relación entre auto concepto y apoyo social en estudiantes universitarios. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 5(2), 298-307.
- Tuesca, R., & Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Revista Científica Salud Uninorte*, 17, 19-28. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4165/2564>
- Varela, M. T. A., Cáceres, E. D. R., & Tovar, J. (2010). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 31-45.
- Yescas, E., Asencio, L., Vargas, S., Barbosa, E., & Lugo, G. (2013). Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *Psicología y Salud*, 18(1), 81-89.
- Yunus, F. W., Mustafa, S. M. S., Nordin, N., & Malik, M. (2015). Comparative Study of Part-time and Full-time Students' Emotional Intelligence, Psychological Well-being and Life Satisfactions in the Era of New Technology. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 170, 234-242.

Recibido: Enero 26-2015 Revisado: Agosto 28-2015 Aceptado: Octubre 28-2015