

# EXPOSICIÓN Y CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, ESTIGMA, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RECURSOS EN ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO, RECINTO DE RÍO PIEDRAS\*

EXPOSURE AND KNOWLEDGE OF SUICIDE PREVENTION, STIGMA, COPING STRATEGIES, AND RESOURCES IN FRESHMAN OF THE UNIVERSITY OF PUERTO RICO, RIO PIEDRAS CAMPUS

Recibido: 12 de enero de 2017 | Aceptado: 6 de marzo de 2017

Vidalina **Feliciano-López** <sup>1</sup>, Jesús **Ortega-Guzmán** <sup>1</sup>, María Isabel **Jiménez-Chafey** <sup>1</sup>,  
Yovanska **Duarté-Vélez** <sup>1</sup>, Mayra **Chárriez-Cordero** <sup>1</sup>, Guillermo **Bernal** <sup>1</sup>

<sup>1</sup>-Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, San Juan, Puerto Rico

## RESUMEN

El suicidio es un problema serio de salud pública y es imperativo desarrollar estrategias para prevenirlo. Los/as universitarios/as, en especial los/as de nuevo ingreso, pudieran estar en mayor riesgo debido a las demandas de la vida universitaria. La campaña de concientización es una de las estrategias para llevar el mensaje de prevención. El objetivo de esta investigación fue evaluar la exposición y conocimiento sobre la prevención del suicidio, estigma, estrategias de afrontamiento y recursos en estudiantes de nuevo ingreso de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. La mayoría reportó no haber estado expuestos a la campaña, solo el 23.4% conoce sobre los recursos de servicios de salud mental para referir a una persona en riesgo suicida. Los/as estudiantes reportan mayor estigma público, mientras los varones reportan más estigma personal y público; y diferencia por sexo en las estrategias de afrontamiento ante eventos estresantes. La mayoría recurriría a su novio/a o pareja, padres y otro familiar, al confrontar un problema emocional o pensamientos suicidas, mientras un 19% o más no recurrirían a nadie. Es imperativo desarrollar estrategias para mejorar el bienestar emocional y la búsqueda de ayuda profesional de estos/as jóvenes cuando es necesario.

**PALABRAS CLAVE:** Campañas de prevención, estigma, estrategias de afrontamiento, estudiantes universitarios, prevención del suicidio.

## ABSTRACT

Suicide is a serious public health problem and it is imperative to develop prevention strategies. College students, especially freshman, could be at greater risk due to the demands of university life. Awareness campaigns are one of the most widely used prevention strategies. The main objective of this study was to evaluate the exposure and knowledge of the suicide prevention, stigma, coping strategies and resources in freshman students of the University of Puerto Rico, Río Piedras Campus. Most students reported no exposure to awareness campaigns, only 23.4% are aware of available health care resources to refer a person at risk of suicide. The students report more public stigma, and men report more personal and public stigma than women, and sex differences in coping strategies in the face of stressful events. Most would go to their boyfriend/girlfriend or couple, parents, and other relatives for support for emotional problems or suicidal thoughts, while 19% or more would probably not go to anyone. It is imperative to implement strategies to improve their emotional well-being and encourage appropriate help seeking behavior.

**KEYWORDS:** Prevention campaigns, stigma, coping strategies, college students, suicide prevention.

\* Este estudio fue apoyado por una subvención denominada como GLS Campus Suicide Prevention del Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA; 1U79SM060519) otorgado al Dr. Guillermo Bernal y María Isabel Jiménez Chafey, co-directores del proyecto. Agradecemos a los/as asistentes de investigación Jennifer Morales, Natasha Morales, Lyanne Díaz, Jahaira Felix, Natalie Franceschi, Laura Palacios Hernández, Raúl Camacho y Lisandra Torres Aponte, por su colaboración en este estudio, así como al Decanato de Estudiantes y al Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil (DCODE), y a los/as universitarios/as que participaron en el mismo.

1. Comunicaciones sobre este trabajo pueden dirigirse a: Dra. Vidalina Feliciano-López, Universidad de Puerto Rico, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigación Psicológica (IPsi), PO Box 23174, San Juan, PR 00931-3174. E-mail: vfeliciano@ipsi.uprrp.edu

El suicidio es un problema serio de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés) más de 800,000 personas mueren cada año por suicidio (World Health Organization [WHO], 2014). En los Estados Unidos (EE.UU.) el suicidio es la segunda causa de muerte violenta en jóvenes de 15 a 34 años (National Center for Injury Prevention and Control, 2014) y es la tercera causa de muerte violenta, ubicándose dentro de las principales 15 causas de muerte violentas en la Isla según la Comisión para la Prevención del Suicidio de Puerto Rico (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2015). En el contexto universitario, en EE.UU., también es la segunda causa de muerte (The Jed Foundation, 2016). La prevención del suicidio es un imperativo global (WHO, 2014).

Para muchos/as jóvenes la vida universitaria puede ser el comienzo de la realización de las metas profesionales, pero al mismo tiempo puede ser una etapa de transición estresante caracterizada por cambios personales y académicos (Goldston et al., 2010; VanDeusen, Ginebaugh, & Walcott, 2015). En un estudio en jóvenes universitarios que solicitaron servicios de consejería en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras (UPR-RP), Jiménez-Chafey y Villafañe-Santiago (2008), reportaron que la toma de decisiones, la autoestima y la identidad fueron algunas de las necesidades que con mayor frecuencia presentaron los/as estudiantes durante los años 2002-2007, seguidos por relaciones de pareja, relaciones paterno-maternas filiales, trastornos mentales y manejo de estrés. A su vez, los trastornos mentales más frecuentes fueron: depresión, problemas de aprendizaje, desorden alimentario, alcoholismo, ansiedad, trastorno bipolar, déficit de atención y desorden de sueño. En dicho estudio la ideación o intento suicida (categoría de intervención en crisis) obtuvo una frecuencia variada durante los años analizados, desde 51 en el 2001-02 hasta 34 en el 2006-07 (Jiménez-Chafey & Villafañe-

Santiago, 2008). Otro estudio reportó que la depresión y la ansiedad social incidían en el progreso académico en estudiantes universitarios (Serra Taylor, 2010a, 2010b). En otra investigación donde se midieron algunos factores de riesgo psicológico en estudiantes de primer año se encontró que el 50.6% presentó síntomas de depresión, el 26.6% síntomas de ansiedad y en el 28.0% se observó una autoestima baja (Jiménez Chafey, Serra Taylor, Villafañe Santiago, & Jiménez Pastrana, 2011). A su vez, Reyes-Rodríguez y colegas (2010), en una muestra de estudiantes de nuevo ingreso de la UPR (2004-05 y 2005-06), observó que el 36.64% de los/as jóvenes que presentaron síntomas de trastornos de alimentación también presentaron síntomas de depresión (*Beck Depression Inventory*, [BDI]) y de estos/as un 5.93% ( $n=14$ ) reportó ideación suicida ("Quiero matarme" y "Me mataría si tuviera la oportunidad"). Datos recientes reportan que un 9.2% de 541 estudiantes de la UPR-RP que solicitaron servicios de consejería durante el periodo de enero a junio de 2015 han pensado en quitarse la vida (suicidarme) (Jiménez-Chafey, comunicación personal, 25 de septiembre, 2015).

Por otro lado, si examinamos la población de adolescentes en Puerto Rico, los datos reflejan un porcentaje mayor en ideación suicida. Una encuesta representativa realizada entre adolescentes puertorriqueños/as (10-19 años) de escuelas públicas y privadas ( $n=10,134$ ), entre los años 2010 al 2012, reflejó que un 20.1% tuvo ideación suicida alguna vez en la vida (Colón, Moscoso Alvarez, Reyes Pulliza, & Rodríguez Figueroa, 2012). A su vez, estos/as jóvenes presentan otros factores de riesgo que podrían incidir en su bienestar emocional: por ejemplo, la percepción de fácil acceso a sustancias (43.9%); bajo desempeño académico (26.3%), ausentismo y bajo compromiso escolar (12.7%). Algunos/as jóvenes reportaron factores de riesgo ambientales y familiares como, por ejemplo, un ambiente familiar conflictivo (15.4%), uso de sustancia en la familia (12.6%) y pobre manejo familiar (10.1%).

Otro factor de riesgo medido dentro de la categoría de conductas violentas fue el acceso a las armas de fuego, en donde casi un 5% de los/as adolescentes reportó andar con armas y el 21.5% informó que se le haría fácil conseguir un arma de fuego (Colón et al., 2012). Es relevante señalar que los varones de escuela superior mostraron mayor prevalencia en varios de los factores de riesgo reportados (e.g., ausentismo, fácil acceso al alcohol y armas de fuego).

Por esto, factores de riesgo como la ideación suicida, acceso a sustancias controladas, pobre desempeño académico, ambiente familiar conflictivo, y exposición a la violencia, entre otros, sugieren una vulnerabilidad de los/as jóvenes, especialmente en varones cuyo porcentaje de suicidio es mayor que en las féminas, aunque menor en los intentos (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2015). A su vez esto pudiera sugerir una vulnerabilidad mayor para estudiantes universitarios de nuevo ingreso (Eagan et al., 2014), ya que podrían estar más vulnerables desde la escuela superior y por encontrarse en una etapa de transición (The Jed Foundation, 2016). Existen otros factores de riesgo que pueden incidir en la búsqueda de ayuda de salud mental en los/as jóvenes (e.g., estigma hacia la salud mental, falta de conocimiento de recursos de servicios de salud mental, apoyo social, familiar o personas de confianza, pobres estrategias de afrontamiento) (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2015; Masango, Rataemane, & Motojesi, 2008). Específicamente, en universitarios/as Brougham y Mendoza (2009) encontraron diferencias por género en las estrategias de afrontamiento utilizadas en diferentes situaciones de estrés. Kieffer, Cronin, y Gawet (2006) encontraron que los varones universitarios recurren más al uso de alcohol.

De acuerdo a Goffman (1963), el estigma es un atributo profundamente devaluado que degrada y rebaja a la persona portadora. Asimismo, Crocker, Major, y Steele (1998) señalan que los individuos estigmatizados

poseen (o creen poseer) algún atributo o características con una identidad social devaluada en un contexto social particular. De acuerdo a la literatura estos atributos se manifiestan en peligrosidad, debilidad de carácter, incapacidad o incompetencia, impredecibilidad de su carácter y reacciones, y la falta de control. Como consecuencia, estas creencias generan miedo, temor y desconfianza hacia las personas que padecen algún trastorno mental (Angermeyer, Schulze, & Dietrich, 2003; Corrigan, 2004). Mientras el estigma público se refiere a como la sociedad mantiene los mismos estereotipos negativos o prejuicios sobre la salud mental (e.g., las personas con enfermedad mental son peligrosas), y la percepción del individuo del estigma público es referida como el estigma público percibido (Corrigan, 2014).

Por otro lado, en un estudio en jóvenes universitarios reportó que el estigma público percibido fue más alto que el estigma personal, mientras que el estigma personal está asociado significativa y negativamente con la búsqueda de servicios de salud mental en la población universitaria, en especial en hombres, jóvenes, asiáticos, internacionales, más religiosos y bajo ingreso familiar (Eisenberg et al., 2009).

Aunque la información en Puerto Rico sobre el suicidio es limitada, especialmente en jóvenes universitarios, entendemos que el problema es serio, prevalente y se necesita tomar medidas para crear conciencia sobre el problema, así como estrategias viables para reducirlo. Es necesario, a su vez, explorar algunos de los factores de riesgo de los/as jóvenes universitarios/as para proveerle la ayuda que necesitan, y teniendo en consideración que varias universidades en la Isla proporcionan estos servicios de manera gratuita o a bajo costo. Por ello, en 2011, se inició el proyecto ConVida en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. El objetivo principal del proyecto fue crear una cultura universitaria de concienciación y compromiso con la prevención del suicidio. Su meta era reducir

el comportamiento suicida mediante el desarrollo de estrategias a nivel institucional, ambiental e individual. Se crearon varios equipos de trabajo en conjunto con diferentes unidades o departamentos de la Universidad para impactar tanto a la población estudiantil, principal grupo de interés, así como al personal en puestos claves (e.g., decanos de asuntos estudiantiles, docentes, oficiales de seguridad). Uno de estos equipos de trabajo fue el de concientización para la prevención del suicidio.

Este grupo estaba a cargo de diseñar un plan estratégico de prevención y organizar las actividades para incrementar la conciencia sobre el suicidio, la búsqueda de ayuda, así como la reducción del estigma. En colaboración con una agencia publicitaria, *pro bono*, se diseñó una campaña de sensibilización. Para el diseño de la campaña se proveyó a la agencia con datos de investigaciones sobre el tema del suicidio en Puerto Rico, en especial en jóvenes universitarios, y el insumo de varios estudiantes. Además, se consideraron guías recomendadas para el desarrollo de campañas de concienciación sobre el suicidio y actividades educativas (e.g., *Suicide Prevention: Guidelines for Public Awareness and Educational Activities* y *Safe and Effective Messaging for Suicide Prevention*). La campaña de sensibilización es una de las estrategias avalada por las guías del *National Strategy for Suicide Prevention* (United States Department of Health and Human Services [USDHHS], 2012) para la prevención del suicidio.

La campaña fue enfocada hacia todos/as los/as estudiantes del recinto, específicamente en aquellos/as que pudieran estar en riesgo, y en sus pares, estudiantes líderes, que pudieran servir como recursos de primera ayuda en la identificación y conexión con los profesionales de ayuda en el recinto. El desarrollo de la campaña se concentró en el proceso de cambio que pudieran estar experimentando los/as jóvenes en la universidad y que pudieran

mediar como factores de riesgo, generando sentimientos de soledad y desesperanza. Estos factores de riesgo junto con el desconocimiento sobre los servicios de ayuda profesional disponible en el recinto y el miedo para utilizar los mismos, pueden poner a algunos estudiantes en mayor riesgo. La campaña debía llevar un mensaje positivo y ser innovadora de forma que ayudara a los/as estudiantes a reconocer sus emociones, informándoles que existen recursos dentro y fuera del recinto y a la misma vez motivarlos a que buscaran ayuda. Es decir, a través de un mensaje positivo y refrescante se buscaba que los/as estudiantes se aferraran a la vida y desistieran del intento suicida. De esta manera, lograr un cambio en la comunidad universitaria (sistema social) a través de un efecto domino (Egan, March, 2011). Sin embargo, era la primera vez que se realiza una campaña de prevención del suicidio en el recinto. La evaluación de su efectividad era un aspecto relevante y a la misma vez un reto para el equipo del proyecto.

Los lemas o *slogans* creados para la campaña fueron: "Hoy es un gran día para vivir" y "Dale *like* a la vida". Es relevante destacar que junto a estos mensajes principales también se encontraba otro que decía "Si has perdido tus deseos por vivir", llama a los teléfonos del Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil (DCODE) de la Universidad de Puerto Rico y la Línea PAS (Primera Ayuda Sicosocial). Además, los artículos promocionales contenían un QR code que proveen un enlace al blog ConVida UPRRP (<https://convidauprrp.wordpress.com>) donde podían obtener más información sobre las señales de alerta, los factores protectores y de riesgo, así como información de otros recursos de ayuda dentro de la universidad y a nivel nacional. Algunos de los artículos o medios promocionales utilizados fueron: carteles, materiales educativos, cine foros, videos, bolígrafos, pegatinas, marcadores de libros, tatuajes temporeros, camisetas, pitos, abanicos de mano, cuñas radiales, videos, y presentaciones.

En el 2013, comenzamos formalmente la campaña de prevención. La primera actividad con mayor exposición fue las "Justas 2013". Esto gracias a la colaboración de varios departamentos y del Decanato de Estudiantes. Las "Justas" es un evento deportivo intercolegial en donde participan todas las universidades del País. Desde este momento el proyecto tuvo mayor presencia y participación en las actividades que tuvieran algún impacto entre los/as estudiantes como, por ejemplo, orientaciones a los/as estudiantes de nuevo ingreso, campañas de seguridad, casa abierta, ferias de salud y bienestar, las Justas 2014, y las actividades en celebración del Día Mundial de la Prevención del Suicidio (10 de septiembre de 2013) o del Día de la Salud Mental (10 de octubre de 2014).

Durante estos años, como meta principal del programa, buscamos impactar con la campaña al mayor número de estudiantes para crear un cambio dirigido a implementar la prevención del suicidio en toda la comunidad universitaria. Sin embargo, aunque las campañas de prevención del suicidio son estrategias utilizadas y recomendadas a nivel mundial para llevar el mensaje a la mayor cantidad de personas, los estudios realizados sobre la efectividad de las mismas en la reducción del suicidio reportan datos mixtos, contradictorios o difícil de medir (Chambers et al., 2005; du Roscoät & Beck, 2013; Dumesnil & Verger, 2009; Mann et al., 2005; Matsubayashi, Ueda, & Sawada, 2014; Smith, 2006). La mayoría de los estudios implementaron varias estrategias junto con la campaña de prevención (e.g., talleres de capacitación), lo que dificulta la medición de la efectividad. Por ello es importante explorar cuántos estudiantes estuvieron expuestos a la misma y que sirva de línea base para una post-prueba en el segundo año académico (2014-2015). Sin embargo, también es relevante evaluar factores de riesgo que pueden influenciar en el bienestar de los/as estudiantes de primer año 2013-2014 (p.e. el nivel de estigma personal y público, las

estrategias de afrontamiento ante eventos adversos, a quien recurrirían si tiene problemas emocionales y pensamiento suicida).

El propósito de este estudio fue explorar el conocimiento sobre la campaña de prevención del suicidio, el nivel de estigma personal y público, las estrategias de afrontamientos ante eventos adversos, y recursos relacionados a la prevención y al suicidio en los/as jóvenes universitarios/as de primer año. Se estableció como hipótesis que la mayoría del estudiantado, entre un 80 a un 100%, no estarían expuestos o tendrían conocimiento sobre la campaña de prevención realizada por el Programa ConVida, ya que eran estudiantes de nuevo ingreso. Sin embargo, a nivel nacional se han realizado varias campañas de prevención y promocionado lugares de referido o líneas de crisis de salud mental como, por ejemplo, la Línea de Primera Ayuda Sicosocial (PAS), por lo que algunos/as de estos/as jóvenes pudieran reportar conocimiento al respecto. Se esperaba menos de un 1% de participación de las actividades de concientización del suicidio realizadas por el proyecto. Se estableció como hipótesis que la mayoría, entre un 80 a un 100%, no tendrían conocimiento de los servicios de salud mental ofrecidos por el recinto. Por otra parte, se exploró si existe diferencia entre estigma personal y estigma público (campus), y si hay diferencias por sexo (Eisenberg, Downs, Golberstein, & Zivin, 2009; Masuda, Anderson, & Edmonds, 2012). A su vez, se exploró si existe diferencia por sexo entre las estrategias de afrontamiento ante un hecho estresante (e.g., el uso de alcohol en varones versus mujeres) (Brougham, Zail, Mendoza, & Miller, 2009; Canetto & Celart, 2012; Kieffer et al., 2006), a quien recurrirían ante un problema personal o emocional y pensamientos suicidas. Esta información nos ayudará a tener un perfil del estudiante de nuevo ingreso y a enfocar las campañas de prevención, y otras estrategias, así como los servicios de salud mental.

## MÉTODO

### Participantes

Los/as participantes de este estudio fueron 1,221 jóvenes universitarios de primer año 2013-2014 de la UPR-RP, residentes en Puerto Rico, entre las edades de 16 a 25 años ( $M = 17.63$ ;  $DE = .603$ ). Mientras que parte de la muestra (ver Tabla 1) se identificó con otros grupos étnicos. La mayoría de los/as jóvenes no se hospedaban, mientras que los/as que se hospedaban (20.4%), se distribuían en 14.1% que se hospedaban dentro del campus, 17.9% lo hacía fuera, pero cerca y 67.9% distantes del recinto. Se seleccionaron jóvenes de diferentes características sociodemográficas para asegurar la heterogeneidad en la muestra. Esta se seleccionó por disponibilidad. Se requirió que los/as participantes supieran leer y escribir en español. Los/as participantes no debían mostrar evidencia significativa de problemas sensoriales, neurológicos u otros problemas de tipo cognitivo o físico que pudieran impedir su participación en el estudio. No se excluyó ninguna persona por razones de género, raza, credo, grupo étnico o cualquier otra característica no mencionada anteriormente como criterio de exclusión.

TABLA 1.  
Descripción de características de la muestra.

Demográficos	No.	%
Sexo		
Hombre	401	34.6
Mujer	758	65.4
Con que grupo te identificas		
Norteamericano	55	4.8
Puertorriqueño	1,098	96.1
Cubano	32	2.8
Dominicano	43	3.8
Estudiante internacional		
Sí	50	4.6
No	1,041	95.4
Hospedaje		
Sí	231	20.4
No	901	79.6
Matrícula		
Tiempo completo	1,023	93.5
Medio tiempo	71	6.5

### Instrumento

Cuestionario de Exposición y Conocimiento sobre la Prevención del Suicidio (SPEAKS por sus siglas en inglés)

Este cuestionario fue desarrollado, y traducido al español, para la agencia *Substance Abuses and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) para evaluar la exposición y conocimiento sobre la campaña de prevención de suicidio que se llevaba a cabo en la UPR-RP como parte de una subvención de SAMHSA. Este evalúa la exposición de los/as jóvenes a la campaña de prevención del suicidio, el conocimiento de los recursos de ayuda de salud mental ya sean dentro y fuera del recinto, la percepción sobre la búsqueda de ayuda a nivel personal y a nivel público, el estigma hacia la búsqueda de servicios de salud mental, las estrategias de apoyo ante eventos estresantes, las personas de apoyo ante problemas personales, emocionales o pensamientos suicidas, así como información demográfica (e.g., la edad, el sexo, la facultad, la nacionalidad, el estatus en la universidad, si se hospedaban, entre otra información). La versión del instrumento para esta investigación constó de 32 reactivos. No hay evidencia disponible de las propiedades psicométricas del instrumento en su totalidad. Sin embargo, la sub-escala para evaluar el estigma es una versión adaptada de la literatura, por ejemplo, *Stigma Scale for Receiving Psychological Help* (SSRPH; Komiya, Good, & Sherrod, 2000 en VanDeusen et al., 2015). La escala original de 5 reactivos tiene una estructura de un solo factor y una consistencia interna aceptable entre los rangos de .72 a .77 (Komiya et al., 2000 en Van Deusen et al., 2015). La consistencia interna en este estudio fue de .89, una escala de 6 reactivos y un solo factor (3 estigma personal percibido y 3 estigma público "campus" percibido).

### Procedimiento

Después de obtener la autorización del Comité Institucional para la Protección de los

Seres Humanos en la Investigación de la UPR-RP, se realizaron reuniones con la Decana de Estudiantes y su equipo de trabajo para coordinar el proceso de administración de los cuestionarios durante la actividad de orientación para los/as estudiantes de nuevo ingreso (agosto 2013-2014). En esta actividad participaron alrededor de 2,138 estudiantes de nuevo ingreso, de estos 1,221 jóvenes accedieron a participar en el estudio. El cuestionario se aplicó de manera grupal dentro del teatro de la Universidad. Al comienzo de la actividad de orientación, mientras los/as estudiantes entraban al teatro se repartieron los cuestionarios junto con la hoja de consentimiento informado, se les explicó que su participación era voluntaria y confidencial, y se les orientó a que leyeran la hoja de consentimiento con detenimiento antes de llenar el cuestionario. En la hoja de consentimiento informado también se detallan los objetivos del estudio y en qué consistía su participación. Además, durante la actividad se realizó una presentación sobre el Programa ConVida: Prevención del Suicidio y se les orientó de los servicios que ofrece el DCODE. El personal del proyecto estaba disponible para responder las dudas de los/as participantes. El cuestionario fue recogido al finalizar la orientación.

#### Análisis de Datos

El programa estadístico utilizado para este estudio fue "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) versión 23 para el procesamiento y análisis de datos. En este estudio, se calcularon, primeramente, estadísticas descriptivas y distribuciones de frecuencias de cada una de las contestaciones a las preguntas en el cuestionario administrado. Se dividió la muestra por sexo (mujeres y varones). Se utilizó el estadístico de *Kolmogorov – Smirnov* para verificar el supuesto de normalidad en las diferentes distribuciones. Tanto en los análisis de dos medidas independientes, como en el de dos medidas pareadas se rechazaron las hipótesis de normalidad. Para estos casos se utilizaron

los estadísticos no paramétricos *Mann Withney U* para medidas independientes y *Mann Withney – Wilcoxon* para las medidas pareadas. El primero busca si dos grupos pertenecen a la misma población. El segundo busca diferencias en las puntuaciones de dos condiciones comparadas. También se utilizó el Ji-cuadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson para asociación que permite comparar las frecuencias entre categorías e identificar si existe prueba de asociación entre estas (Field, 2009). El supuesto que rige la utilización o no de esta prueba es que los valores esperados sean mayores de 5 en todas las casillas y todas las comparaciones cumplieron con el supuesto. Entre las hipótesis que nos planteamos al hacer los análisis de *Mann – Whithney U* y *Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test* están el que podría existir diferencias entre la percepción de estigma personal y estigma de campus y que este último tenía más probabilidad de ser mayor. Nos interesaba hacer el análisis tratando de responder si eran los hombres los que percibían más estigma personal y/o de campus en comparación con las mujeres. Otra hipótesis que tuvimos fue que las mujeres percibían tener más estrategias de afrontamiento de lo que tienen los hombres. Otras hipótesis que intentamos responder con el  $Ji^2$ , por un lado, fueron la posibilidad que algunas estrategias de afrontamiento como obtener apoyo de los demás, rezar o meditar, obtener ayuda o consejos de terceros eran asuntos más comunes a las mujeres que a los hombres. Por otro lado, esperábamos que los hombres utilizaran en proporción más alcohol y drogas que las mujeres y entendíamos que también percibían reírse más de las situaciones. También esperábamos que los hombres tuvieran más probabilidad de no recurrir a nadie en caso de un problema personal y emocional. Luego de esto nos interesaba saber a quién recurrían con más frecuencia los hombres si recurrían a alguien comparado con las mujeres.

## RESULTADOS

El 18.5% del estudiantado participante afirmó que ha estado expuesto a materiales sobre prevención de suicidio en el recinto y solo un poco más de la mitad de estos/as aproximadamente, consideran que estarían más dispuestos/as en buscar ayuda de salud mental. Al ser estudiantes de nuevo ingreso, solo un 0.8% participó directamente en actividades de prevención de suicidio y todos/as ellos/as expresaron que su participación ha sido a través de talleres dirigidos al tema.

Solo 23.8% del total de estudiantes indicó conocer un recurso local al cual podría referir a otro/a estudiante que parezca correr riesgo suicida y también cerca de este porcentaje conocen al menos un número telefónico de emergencias, al cual podrían llamar en caso de alguna crisis de salud mental. Otro 23% indicó que obtuvieron un aumento en su

conocimiento sobre centros de ayuda disponibles para prevenir el suicidio.

Los/as estudiantes leyeron tres premisas que respondían de cierta manera al estigma existente sobre el suicidio. Se les pidió a los/as participantes que contestaran estas preguntas pensándolas como individuos (personal) y también que contestaran según entendían que el resto de los/as estudiantes pensaban (campus). Para contestar marcaron una de 5 opciones de contestación entre (1) Completamente en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (3) Ni en desacuerdo ni en acuerdo, (4) De acuerdo y (5) Completamente de acuerdo. Estas categorías fueron reagrupadas en 2 categorías para presentar la siguiente tabla, la primera: De acuerdo y la segunda: Desacuerdo. La categoría de ni en desacuerdo ni de acuerdo se eliminó de esta tabla, pero se mencionará los resultados en la descripción bajo la misma.

TABLA 2.  
Percepciones de los/as estudiantes sobre estigma personal y público (campus).

Aseveraciones	Estigma personal		Estigma público (campus)	
	De acuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Desacuerdo
Considero que es una señal de debilidad personal o de carácter recibir tratamiento por pensamientos y/o conductas suicidas	8.3%	83.3%	8%	80.4%
Se empobrecería mi opinión sobre una persona si me enterara que recibió tratamiento por pensamientos y/o comportamientos suicidas	2.6%	90.1%	6.1%	82.3%
Considero que es aconsejable que las personas oculten que fueron tratados por pensamientos y/o comportamientos suicidas	7%	69.7%	9.9%	64.2%

La Tabla 2 indica que para las tres aseveraciones los/as participantes estuvieron más en desacuerdo que de acuerdo con las mismas, tanto para Estigma personal como para Estigma social (campus). También podemos percatarnos que los porcentajes en la variable en desacuerdo son mayores en cuanto a estigma personal comparado con el estigma social o de campus. En la primera aseveración hay una diferencia de 10% entre la categoría de desacuerdo para estigma personal (83.3%) contra la misma categoría

en estigma de campus (73.3%). En la segunda aseveración sucedió algo parecido, cerca de un 10% menor la categoría "Desacuerdo" de estigma de campus (74.4%), comparado con la misma en estigma personal (85%). Para la tercera aseveración la diferencia para esta misma categoría fue un poco menor que las anteriores, en esta ocasión fue de aproximadamente 7%, mostrando desacuerdo en un 64% de los encuestados para estigma personal y un 57.1% para estigma social. La categoría de "Ni en

desacuerdo ni en acuerdo” estuvo cerca al 7% para las primeras dos aseveraciones en cuanto al estigma personal y cerca del 11% para las mismas aseveraciones en cuanto al estigma en el campus. Para la tercera aseveración esta categoría de “Ni en desacuerdo ni en acuerdo” obtuvo mayores porcentos tanto para estigma personal como de campus con 21.5% y 23% respectivamente. Entendimos que podría haber diferencias entre la percepción de estigma personal y de campus, siendo este último mayor. Se analizó si había diferencias entre las puntuaciones de percepción de estigma personal y de campus. Hubo diferencias estadísticamente significativas,  $z = 6.815$ ,  $p < .001$ , entre estigma personal ( $Mdn = 5$ ) y estigma de campus ( $Mdn = 5$ ) con un tamaño de efecto  $r = .20$ .

Nos interesó también analizar si eran los hombres o las mujeres quienes en mayor medida percibían mayor estigma personal y de campus. Entendíamos que eran los hombres los que podrían mostrar mayor

puntuación en los resultados. Estos reportaron mayor estigma personal ( $Mdn = 5$ ) que las mujeres ( $Mdn = 4$ ),  $U = 122,891$ ,  $z = 4.178$ ,  $p < .001$ , con un tamaño de efecto  $r = .12$ . También reportaron mayor estigma de campus ( $Mdn = 5$ ) que las mujeres ( $M = 5$ ),  $U = 121,168$ ,  $z = 2.43$ ,  $p = .015$  y tamaño de efecto de  $r = .08$ .

Los siguientes resultados ofrecen información sobre la participación de los/as estudiantes en el campus y su grado de conexión con este (ver Tabla 3). Gran parte de los/as estudiantes (38.7%) indicaron estar ni en desacuerdo ni de acuerdo en estar involucrados en actividades extracurriculares, mientras que el 39.7% también eligió esta categoría en la aseveración sobre sentir que está rodeado/a de un grupo solidario de amigos/as en el campus. La última aseveración, la mayoría (45.2%) contestó estar de acuerdo o completamente de acuerdo.

TABLA 3.  
Participación y conexión con el recinto (campus).

Aseveraciones	Completamente en desacuerdo/ En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Completamente de acuerdo/De acuerdo
Estoy involucrado/a en las actividades extracurriculares en el campus.	38.1%	38.7%	23.1%
Siento que estoy rodeado/a de un grupo solidario de amigos/as en el campus.	16.2%	39.7%	44.1%
Siento que tengo una sensación de cercanía con mis pares.	13.5%	41.4%	45.2%

Sobre las estrategias de afrontamiento ante eventos estresantes en su vida, el 50.1% contestó siempre, 48% a veces y 1.9% nunca concentran sus esfuerzos en hacer algo al respecto. Sobre obtener apoyo emocional de los demás, la mayoría buscó a veces con 66.7%, un 27.6% siempre, mientras un 5.6% nunca. La mayoría a veces (67.7%) se vuelca al trabajo u otras actividades que puedan distraerle y 24.8% lo hace siempre, y el 7.5% nunca. Un 13.3% a veces consumen alcohol y drogas para sentirse mejor, la gran mayoría contestó

nunca (84.7%), y un 2% contestó siempre. La mayoría (62.8%) reportó que a veces aprenden a vivir con ello, a reírse de la situación (68.4%), a rezar o meditar (56.6%), obtener ayuda de terceros un (75.4%), hacer algo para distraerse (59.2%) (e.g., ir al cine, ver tv, oír música). Por otro lado, la mayoría de los/as jóvenes nunca (70.6%) se rinden o dejan intentar cuando afrontan un hecho estresante y un 28.3% a veces. Mientras que algunos se culpan a veces (50.6%) ante eventos estresantes en su vida y otros nunca (44.1%) lo hacen. En el caso de estrategias

de afrontamiento entendíamos que eran las mujeres que percibían que tenían más estrategias de afrontamiento ante un hecho estresante. Al hacer los análisis encontramos diferencias entre las estrategias de los hombres ( $Mdn = 14$ ) y las mujeres ( $Mdn = 14$ ); teniendo los hombres según los resultados más estrategias de afrontamiento,  $U = 138,980$ ,  $z = 2.42$ ,  $p = .016$  y tamaño de efecto  $r = .071$ . Aun estos resultados, pensamos que podría haber diferencias de sexo por tipos de estrategias e hicimos los análisis a nivel individual. Las mujeres informan que obtienen apoyo de los demás cuando afronta un hecho estresante,  $X^2(2, N$

$= 1114) = 18.666$ ,  $p < .001$ , también rezan o meditan,  $X^2(2, N = 1117) = 24.349$ ,  $p < .001$ , y obtienen ayuda o consejos de terceros  $X^2(2, N = 1103) = 10.712$ ,  $p = .005$  en mayor cantidad de veces que los hombres. Por su parte, los hombres consumen en proporción más alcohol y drogas que las mujeres,  $X^2(2, N = 1127) = 10.643$ ,  $p = .005$ , y reportan reírse más que las mujeres de las situaciones  $X^2(2, N = 1113) = 8.099$ ,  $p = .017$ . En la Tabla 4 se presenta las respuestas sobre a quién recurrirían si tuvieran un problema personal o emocional y pensamientos suicidas.

TABLA 4.

A quien recurriría en dos situaciones, problema emocional y pensamiento suicida.

¿A quien recurriría?	Problema emocional		Pensamientos suicidas	
	Improbable	Probable	Improbable	Probable
Novio/a o Pareja íntima	11.2%	88.8%	22.6%	77.4%
Amigo/a no relacionado con usted	36.5%	63.5%	48.8%	51.2%
Padres	17.9%	82.1%	27.2%	72.8%
Otro pariente/familiar	31.8%	68.2%	38.8%	61.2%
Profesional de salud mental/orientador escolar	53.3%	46.7%	31.6%	68.4%
Doctor/médico general	65.1%	34.9%	47.1%	52.9%
Miembro del clero	80.3%	19.8%	71.1%	28.9%
No recurriría a nadie	77.1%	22.9%	80.2%	19.8%

Al preguntar a quién recurriría si tuviese un problema emocional, los porcentos más altos en la categoría de probable están en novio/a o pareja íntima (88.8%), padres (82.1%), otro pariente/familiar (68.2%), amigo/a no relacionado con usted (63.5%) y profesional de salud mental/orientador (46.7%). Las respuestas varían un poco sobre a quién recurrirían si tuvieran pensamientos suicidas; novio/a o pareja íntima (77.4%), padres (72.8%), profesional de salud mental/orientador (68.4%), otro pariente/familiar (61.2%) y doctor (52.9%). Fue una variable de interés el no recurrir a nadie si presentan un problema personal o emocional. Entendíamos que eran los hombres los que en mayor proporción no recurrían a nadie si presentaran un problema personal o emocional. Efectivamente los resultados indican que los hombres en

nuestra muestra tienen mayor probabilidad de no recurrir a nadie,  $X^2(1, N = 882) = 5.714$ ,  $p = .017$ ; pero si deciden recurrir a alguien, probablemente recurrirían a un amigo no relacionado a él,  $X^2(1, N = 1021) = 17.849$ ,  $p < .001$  y lo mismo ocurre si tuvieran pensamientos suicidas,  $X^2(1, N = 933) = 16.072$ ,  $p < .001$ . La gran mayoría de los/as participantes (76.2%) indicaron no saber dónde hay un centro de ayuda en el recinto, el 6.3% de estos/as reportaron haber recibido servicios de consejería en su facultad y un 11.8% conocen a otros/as estudiantes que hayan recibido servicios de consejería en la Universidad.

#### DISCUSIÓN

Este estudio exploró el conocimiento y exposición sobre la prevención del suicidio,

estigma, estrategias de afrontamiento y recursos en estudiantes de nuevo ingreso del recinto. La mayoría de la muestra no estuvo expuesta a los materiales de la campaña de prevención de suicidio del Programa ConVida, ni había participado directamente en actividades de prevención del suicidio. Menos de un 24% reportó conocer al menos un recurso local de ayuda profesional al cual podrían ir o referir a un/a compañero/a. Este porcentaje es ligeramente menor al conocimiento sobre los servicios de salud mental fuera del recinto (26.7%) reportados por jóvenes universitarios en un estudio sobre el estigma hacia la salud mental (Serra-Taylor, Feliciano-López, & Barreto, 2015). La mayoría tampoco conoce sobre los servicios ofrecidos dentro del recinto, y esto es de esperar por el tipo de muestra y el momento del recogido de datos. Esto en contraste con un 56.5% de estudiantes universitarios de diferentes años académicos que reportaron no conocer nada o casi nada de los servicios de salud mental que se ofrecen en el recinto (Serra-Taylor et al., 2015).

Un factor que pudo contribuir en las respuestas es que hayan interpretado que podían incluir el conocimiento de los servicios de salud mental que ofrecía su escuela superior, ya que casi un 6.3% reportó haber recibido servicios de salud mental en la universidad o facultad. Esto no es viable porque son estudiantes recién admitidos y el cuestionario fue administrado antes de comenzar el semestre académico. No obstante, puede que estaban respondiendo a tono con lo socialmente deseable, por lo que la deseabilidad social es algo que debemos de considerar en estudios futuros. Algunos de los profesionales de salud mental mencionados como primera opción para buscar ayuda o referir a alguien con ideas suicidas fueron: psicólogos (107), trabajadores sociales (31), consejeros (56), hospitales en general o de salud mental (64), sistema de emergencia o policía (31).

Lo mismo sucede cuando se preguntó sobre recursos de ayuda en una crisis de salud mental en general. El desconocimiento de recursos de ayuda, en especial de las líneas de crisis o ayuda nacional, puede ser un factor de riesgo tanto en una crisis de salud mental como en una de riesgo suicida (Goldstons et al., 2010). Recientemente, du Roscoät y Beck (2013) identificaron que la implementación de un centro de llamadas de emergencia es una estrategia efectiva para prevenir el suicidio. No obstante, de la mano de la implementación de esos centros de llamadas de emergencias deben existir estrategias para que las personas conozcan esos números telefónicos (e.g., campañas de concientización).

Otro factor que puede influir en la búsqueda de ayuda de salud mental o una crisis suicida es el estigma. El estigma hacia las personas que padecen un trastorno de salud mental ha sido identificado como una barrera relevante (Eisenberg, Downs, Golberstein, & Zivin, 2009), y este fenómeno impacta a diferentes grupos étnicos (Masuda et al., 2012; Masuda et al., 2009). Los/as jóvenes de esta muestra reportaron mayor estigma público al igual que lo reportado por Eisenberg y colegas (2009) en jóvenes universitarios en Estados Unidos, pero los varones reportaron mayor estigma personal. En este estudio los varones reportaron mayor estigma personal y público. Aunque la muestra de jóvenes en este estudio pareciera estar en desacuerdo con la estigmatización de una persona que busca o recibe ayuda de salud mental por pensamiento o conducta suicida, existe una diferencia significativa entre estigma personal y público. En especial lo que yo percibo que las otras personas (personal o estudiantes del recinto) piensan sobre la gente que tiene pensamiento o comportamiento suicida. Por ejemplo, los reactivos de empobrecimiento de mi opinión hacia esa persona y el ocultar que recibieron servicios de salud mental pudieran ser un reflejo del refrán: “la ropa sucia se lava en casa”. También pudiera ser un reflejo, en especial de los varones, de que las personas

deben resolver sus problemas sin recurrir a nadie (Brougham et al., 2009). Otro posible factor es el miedo a la etiqueta de "loco" o "enfermo mental" que está vinculado negativamente con la búsqueda o uso de los servicios de salud mental (Link, 1987). Aunque es una población joven se refleja en cierta medida la existencia del tabú en relación a la salud mental y al uso de servicios. Esto pudiera afectar más a los varones, ya que reportaron mayor nivel de estigma personal como público, un dato relevante a considerar en el desarrollo de las campañas de prevención.

Un elemento positivo es que informan estar rodeado de un grupo de amigos solidarios en el recinto y cercanía con sus pares. Se ha encontrado que los/as jóvenes acuden más a sus amigos o pares en situaciones de salud mental (VanDeusen et al., 2015) y que esto puede ser un factor protector (apoyo familiar, amigos/as, comunidad). Esto se evidencia en este estudio, ya que indicaron que probablemente recurrirían a un amigo no relacionado, es decir a pares, en caso de una situación emocional y pensamientos suicidas. Los datos también señalan que aplica más a los varones que a las mujeres, ya que se encontró diferencia significativa por sexo. Esto señala la importancia del rol de amigos o pares en la identificación de las señales de riesgo y en el manejo adecuado de la situación (talleres de primeros auxilios con personas en riesgo suicida) (Aldrich & Cerel, 2009; Egan, March, 2011; King, 2001). La importancia de los talleres de capacitación para el manejo adecuado de personas en riesgo suicida ha sido señalada en diversos estudios (USDHHS, 2012).

Además, es necesario darle mayor exposición a las organizaciones estudiantiles que puedan servir de ayuda para estos/as jóvenes, principalmente los/as estudiantes de nuevo ingreso. No solamente se debe brindar un papel principal a estas organizaciones en las actividades universitarias, sino que se necesita capacitar a los/as jóvenes que componen la misma

para que puedan brindar la ayuda adecuada en una crisis de salud mental (incluyendo el riesgo suicida). Los padres también es una población a considerar involucrar en este tipo de ofrecimiento como parte de las orientaciones a los/as estudiantes de nuevo ingreso, ya que los identifican como recursos de apoyo. El conocimiento de los recursos es importante, ya que conocemos que no necesariamente los/as jóvenes conocen dónde buscar ayuda profesional de salud mental. También cobra importancia la actividad de orientación a los/as estudiantes de nuevo ingreso y la información que se divulga, principalmente se debe poner énfasis sobre las ayudas de salud mental disponibles gratuitamente en el recinto, recordando que la mayoría de esta muestra reportó no conocer dónde se ofrecen servicios de salud mental, pero reportó que recurrirían a un profesional si tuvieran pensamientos suicidas.

A pesar de ser estudiantes de nuevo ingreso un 50.9% de esta muestra reportó sentirse conectado con el campus. El personal de ayuda universitario debe aprovechar este sentido de conexión fomentando un ambiente seguro y ameno con actividades extracurriculares, ya que las mismas pueden ser dirigidas a orientación sobre los recursos, adiestramientos, charlas para reducir el estigma, entre otras actividades. Esto puede beneficiar al estudiantado, a la comunidad universitaria y a la vez convertirse en otro factor protector (King, Strunk, & Sorter, 2011).

Las conductas de afrontamiento ante un hecho estresante juegan un rol importante ya sea como factor protector o de riesgo (Kieffer et al., 2006; Masango et al., 2008). Dependiendo de las conductas de afrontamientos utilizadas por los/as estudiantes, estos/as están en mayor o menor riesgo. Por ejemplo, se reportaron diferencias por sexo: los varones recurren a consumir alcohol o drogas para sentirse mejor cuando afrontan un hecho estresante o reírse más de la situación, aunque las

mujeres reportan que buscan más apoyo. Estas diferencias fueron identificadas en jóvenes universitarios (Kieffer et al., 2006; VanDeusen et al., 2015). Sin duda una parte de la población de los/as jóvenes universitarios son vulnerables, en especial los/as de nuevo ingreso, ya que un porcentaje presenta varios factores de riesgo y más de un 19% de los/as jóvenes probablemente no recurrirían a nadie si presentara algún problema emocional o pensamientos suicidas. En esta muestra los varones reportan un porcentaje mayor en que nunca buscaría apoyo emocional o ayuda o consejo de terceros cuando afrontan un hecho estresante, así como un porcentaje mayor en la categoría de siempre consumen alcohol o drogas para sentirse mejor, lo que evidentemente refleja una vulnerabilidad. Los estudios señalan que el uso de sustancia (alcohol o drogas) incrementa el riesgo suicida (Masango et al., 2008). Es apremiante evaluar el perfil de estos/as jóvenes que nos ayude a identificarlos, así como crear estrategias efectivas para movilizarlos a que busquen ayuda.

Los hallazgos de esta investigación sugieren que, las estrategias de prevención en jóvenes universitarios/as, nuevo ingreso, deben tomar en consideración las diferencias por sexo. El personal universitario de apoyo al estudiantado necesita conocer los factores de riesgo y los factores protectores para crear estrategias efectivas que faciliten el desempeño académico y profesional, pero sobretodo la salud mental de los/as estudiantes. Si bien es fundamental reconocer la importancia de proyectos de prevención del suicidio a nivel nacional y en las universidades, a su vez es relevante conocer las características de los/as jóvenes para mejorar las estrategias a utilizar en programas de prevención y asegurar así servicios de ayuda directa. Evidentemente se necesita implementar estrategias de prevención que tomen en consideración el estigma, las estrategias de afrontamiento y los recursos de los/as jóvenes. Este es un primer paso para evaluar algunas

características que pudieran influir como factores protectores y de riesgos de los/as estudiantes de nuevo ingreso al recinto. Las estrategias deben ser más personalizadas a las características de los/as estudiantes en Puerto Rico y la población latina en los Estados Unidos que están a riesgo, lo que es crucial para su efectividad, así como la evaluación de la eficacia de las mismas para estas poblaciones.

#### Limitaciones

Estos resultados deben ser considerados dentro de las limitaciones metodológicas del estudio. Los resultados no son generalizables a la población universitaria del recinto o nacional, por el tipo muestra seleccionada, estudiantes del primer año de la UPR-RP. Esto es algo a considerar en el desarrollo de las estrategias de prevención del suicidio para estudiantes universitarios. El instrumento utilizado fue diseñado y traducido al español para la agencia que nos otorgó la subvención (SAMHSA) y aunque es ampliamente utilizado en diferentes territorios y estados como parte de la evaluación de la efectividad, versión en inglés, no conocemos las propiedades psicométricas, solo datos de algunas subescalas.

## REFERENCIAS

- Aldrich, R. S., & Cerel, J. (2009). The Development of Effective Message Content for Suicide Intervention Theory of Planned Behavior. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30(4), 174-179. doi:10.1027/0227-5910.30.4.174
- Angermeyer, M. C., Schulze, B., & Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma - A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 593-602. doi:10.1007/s00127-003-0680-x
- Brougham, R. R., Zail, C. M., Mendoza, C. M., & Miller, J. R. (2009). Stress, Sex Differences, and Coping Strategies Among College Students. *Current Psychology*, 28(2), 85-97. doi:10.1007/s12144-009-9047-0
- Canetto, S. S., & Celart, A. (2012). Men, masculinities and suicidal behavior. *Social Science and Medicine*, 74(4), 461-465.
- Chambers, D. A., Pearson, J. L., Lubell, K., Brandon, S., O'Brien, K., & Zinn, J. (2005). The science of public messages for suicide prevention: A workshop summary. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(2), 134-145. doi:DOI 10.1521/suli.35.2.134.62871
- Colón, H. M., Moscoso Alvarez, M. R., Reyes Pulliza, J. C., & Rodríguez Figueroa, L. (2012). El uso de sustancias en los escolares puertorriqueños: Consulta Juvenil VIII, 2010-2012. Bayamón, Puerto Rico: Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. Retrieved from <http://www2.pr.gov/agencias/assmca/Documents/BibliotecaVirtual/Consultas/Consulta%20Juvenil%20VIII%202010-2012.pdf>.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. doi:10.1037/0003-066x.59.7.614
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., pp. 504-553). New York, NY: McGraw-Hill.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2015). Comisión para la prevención del suicidio. Retrieved from <http://www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Pages/Unidades-Operacionales/Comision-para-la-Prevencion-de-Suicidio.aspx>
- du Roscoät, E., & Beck, F. (2013). Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. *Revue D Epidemiologie Et De Sante Publique*, 61(4), 363-374. doi:10.1016/j.respe.2013.01.099
- Dumesnil, H., & Verger, P. (2009). Public Awareness Campaigns About Depression and Suicide: A Review. *Psychiatric Services*, 60(9), 1203-1213.
- Eagan, K., Stolzenberg, E. B., Ramirez, J. J., Aragon, M. C., Suchard, M. R., & Hurtado, S. (2014). *The American freshman: National norms fall 2014*
- Egan, R. H. (March, 2011). *Love Out Loud Campaign: The Use of Public Relations in a Suicide Prevention Program (B.S. Journalism)*, California Polytechnic State University, California Polytechnic State University, San Luis Obispo.
- Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and Help Seeking for Mental Health Among College Students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522-541. doi:10.1177/1077558709335173
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.): SAGE Publications
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Goldston, D. B., Walrath, C. M., McKeon, R., Puddy, R. W., Lubell, K. M., Potter, L. B., & Rodi, M. S. (2010). The Garrett Lee Smith memorial suicide prevention program. *Suicide Life Threat Behav*, 40(3), 245-256. doi:10.1521/suli.2010.40.3.245
- Jiménez Chafey, M. I., Serra Taylor, J., Villafañe Santiago, A., & Jiménez Pastrana, W. (2011). Hijos adultos de

- madres/padres alcohólicos y factores de riesgo psicológicos en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas En Educación*, 11(1), 1-20.
- Jiménez Chafey, M. I., & Villafañe Santiago, A. (2008). Necesidades psicosociales de los estudiantes que han recibido servicios del Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil (DCODE) de la UPR, Recinto de Río Piedras. *Cuaderno de Investigación En La Educación*, 23, 193-209.
- Kieffer, K. M., Cronin, C., & Gawet, D. L. (2006). Test and study worry and emotionality in the prediction of college students' reasons for drinking: An exploratory investigation. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 50(1), 57-81.
- King, K. A. (2001). Developing a comprehensive school suicide prevention program. *Journal of School Health*, 71(4), 132-137.
- King, K. A., Strunk, C. M., & Sorter, M. T. (2011). Preliminary Effectiveness of Surviving the Teens (R) Suicide Prevention and Depression Awareness Program on Adolescents' Suicidality and Self-Efficacy in Performing Help-Seeking Behaviors. *Journal of School Health*, 81(9), 581-U585. doi:10.1111/j.1746-1561.2011.00630.x
- Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental-Disorders - an Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112. doi:Doi 10.2307/2095395
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., . . . Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies - A systematic review. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 294(16), 2064-2074. doi:DOI 10.1001/jama.294.16.2064
- Masango, S. M., Rataemane, S. T., & Motojesi, A. A. (2008). Suicide and suicide risk factors: A literature review. *South African Family Practice*, 50(6), 25-29. doi:10.1080/20786204.2008.10873774
- Masuda, A., Anderson, P. L., & Edmonds, J. (2012). Help-Seeking Attitudes, Mental Health Stigma, and Self-Concealment Among African American College Students. *Journal of Black Studies*, 43(7), 773-786. doi:10.1177/0021934712445806
- Masuda, A., Hayes, S. C., Twohig, M. P., Lillis, J., Fletcher, L. B., & Gloster, A. T. (2009). Comparing Japanese International College Students' and US College Students' Mental-Health-Related Stigmatizing Attitudes. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 37(3), 178-189.
- Matsubayashi, T., Ueda, M., & Sawada, Y. (2014). The effect of public awareness campaigns on suicides: Evidence from Nagoya, Japan. *Journal of Affective Disorders*, 152, 526-529. doi:10.1016/j.jad.2013.09.007
- National Center for Injury Prevention and Control. (2014). 10 Leading Cause of Death by Age Group, United States - 2014 (Vol. 2015). [http://www.cdc.gov/injury/images/lc-charts/leading\\_causes\\_of\\_death\\_age\\_group\\_2014\\_1050w760h.gif](http://www.cdc.gov/injury/images/lc-charts/leading_causes_of_death_age_group_2014_1050w760h.gif): Center for Disease Control and Prevention.
- Reyes-Rodríguez, M. L., Franko, D. L., Matos-Lamour, A., Bulik, C. M., Von Holle, A., Cámara-Fuentes, L. R., . . . Suárez-Torres, A. (2010). Eating Disorder Symptomatology: Prevalence among Latino College Freshmen Students. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 666-679. doi:10.1002/jclp.20684
- Serra-Taylor, J., Feliciano-López, V., & Barreto, E. (2015, 29-30 de octubre). *Estigma en salud mental en el contexto universitario*. Paper presented at the XXXVIII Convención Anual de la Asociación Puertorriqueña de Consejería Profesional, San Juan, Puerto Rico.
- Serra Taylor, J. (2010a). Aspectos psicosociales y rendimiento académico

- en estudiantes universitarios. *Cuaderno de Investigación En La Educación*, 25(4), 75-89.
- Serra Taylor, J. (2010b). *Autoeficacia, Depresión y el Rendimiento Académico en Universitarios*. (Ph.D.), Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España
- Smith, W. A. (2006). Social marketing: an overview of approach and effects. *Injury Prevention*, 12, 38-43. doi:10.1136/ip.2006.012864
- The Jed Foundation. (2016). National Alliance on Mental Illness and JED Release "Starting the Conversation: College and Your Mental Health". <https://www.jedfoundation.org/national-alliance-on-mental-illness-and-the-jed-foundation-release-starting-the-conversation-college-and-your-mental-health/>
- United States Department of Health and Human Services [USDHHS]. (2012). *2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and objectives for action* Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/>
- VanDeusen, K. M., Ginebaugh, K. J. L., & Walcott, D. D. (2015). Campus Suicide Prevention: Knowledge, Facts, and Stigma in a College Student Sample. *Sage Open*, 5(2). doi:10.1177/2158244015580851
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Washington, DC: World Health Organization.