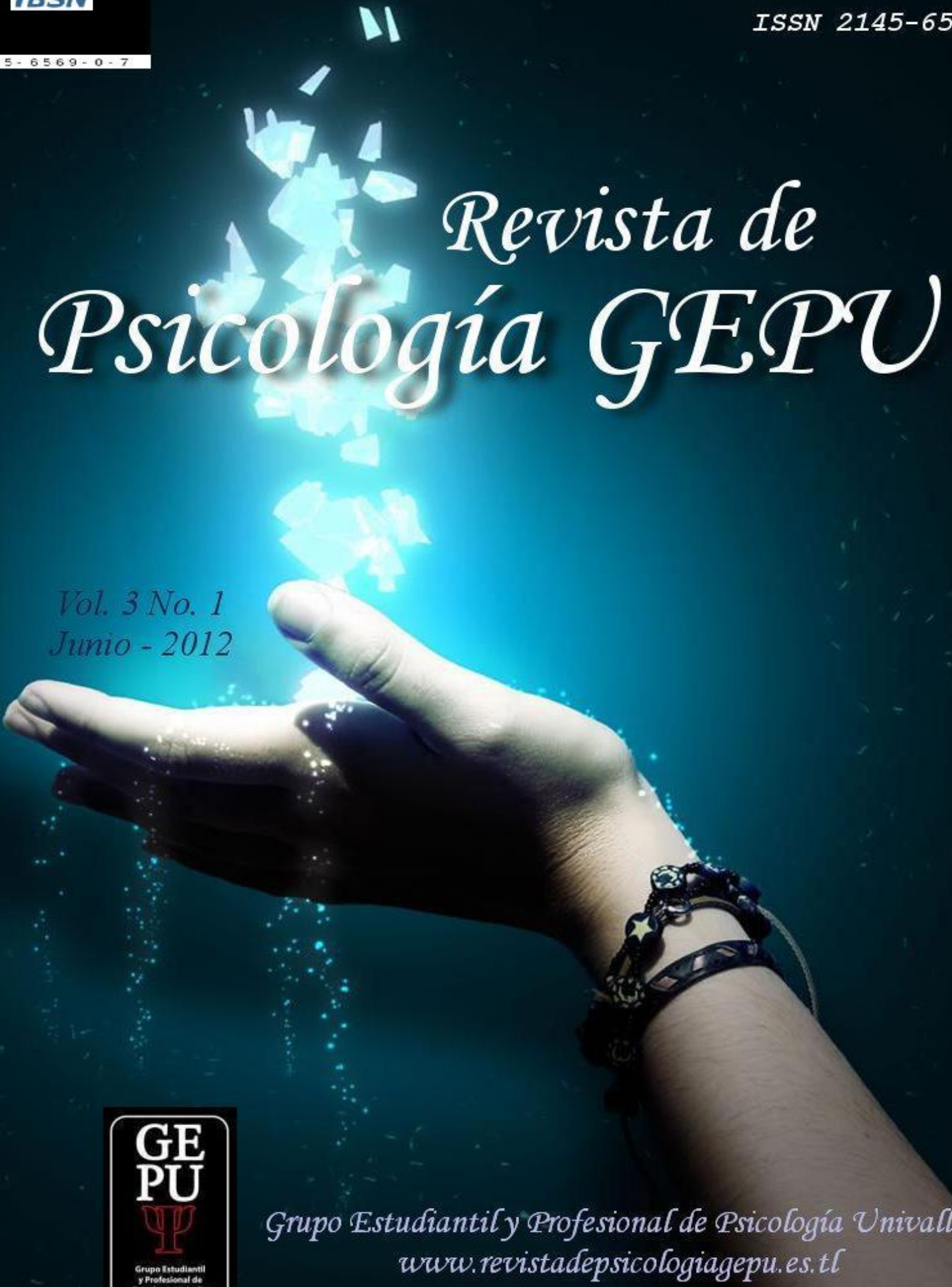
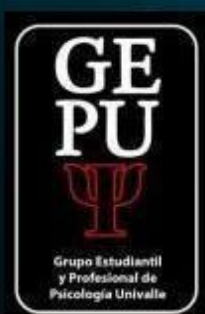


A hand is shown from the wrist up, palm facing up, holding a cluster of glowing blue, crystalline fragments. The fragments are irregular in shape and emit a bright blue light. The background is dark, and there are faint, glowing blue particles floating around the hand and the fragments. The hand is wearing a dark, patterned bracelet with a star and a small bell.

Revista de Psicología GEPU

*Vol. 3 No. 1
Junio - 2012*



*Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle
www.revistadepsicologiagepu.es.tl*

Yuly Suárez Colorado



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 3 No. 1 – Junio de 2012
ISSN 2145-6569



Editor

Andrey Velásquez Fernández
andreyvelasquez@psicologos.com

COMITÉ EDITORIAL

Adriana Narváez Aguilar
Universidad del Valle

Wilson Lozano Medina
Universidad del Valle

Marlon Muñoz Méndez
Universidad del Valle

Jeffri Alexander Zúñiga Uriago
Universidad del Valle

Vivian Alexa Vásquez Ocampo
Universidad del Valle

Juan Fernando Rosero
Universidad del Valle

Didier Molina
Universidad del Valle

Luz Adriana Rodríguez
Universidad del Valle

Andrea Dueñas Ríos
Universidad del Valle

Héctor Leandro Sánchez Mora
Universidad del Valle

Juan Camilo Gómez Díaz
Universidad del Valle

William López Gutiérrez
Universidad del Valle

Lina Vanessa Sánchez
Universidad del Valle

CONSULTORES NACIONALES

Ximena Nathalia Ortega Delgado
Universidad Mariana

Jorge Alexander Daza
Universidad Católica de Pereira

Andrés de Bedout Hoyos
Universidad San Buenaventura

Daniel Hurtado Cano
Universidad de Manizales

Nancy Esperanza Flechas
Universidad del Bosque

CONSULTORES INTERNACIONALES

Robert Mitchel Briceño
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Emilio Juan Compte
Universidad de Belgrano

Marcela Alejandra Parra
Universidad Autónoma de Barcelona

Rodrigo Andrés Mardones
Universidad de Chile

Miguel Omar Gallegos
Universidad Nacional de Rosario

David Alonso Ramírez
Universidad Autónoma de Centro América

Jonathan Fernando Ayala
Universidad de Palermo

Nilson Berenchtein Netto
Pontificia Universidade Católica de
São Paulo

Nayane Martoni Piovezan
Universidade São Francisco

Wilbert Cozzarelli
Universidad Autónoma de Chiriquí

COORDINADORES DE DISTRIBUCION

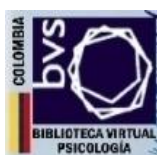
Margarita Ojeda
Asociación Paraguaya de Neuropsicología

Mario Rosero Ordoñez
Universidad Mariana

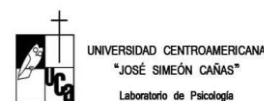
Nora Couso
Área de Medición Educativo Provincia del
Chubut de Argentina

Pablo Antonio Vásquez
Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica
y la Salud Mental

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



Agradecimientos especiales en este número a la Asistente Editorial Magda Cristina Burbano. La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio 385, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle.

Hecho en Colombia - Sudamérica.

Safe Creative Código 1208022058361



Revista de Psicología GEPU Vol. 3 No. 1 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol.-.-3-No.-.-1.htm>





La Inteligencia Emocional como Factor Protector ante el Suicidio en Adolescentes

Yuly Suárez Colorado

Universidad del Magdalena / Colombia

Referencia Recomendada: Suárez-Colorado, Y. (2012). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 182 - 200.

Resumen: Para 1990 los profesores Mayer y Salovey plantean por primera vez un nuevo concepto que revolucionaría la psicología, en especial los teóricos de la inteligencia, la “inteligencia emocional” (IE). Hoy en día se considera como un constructo relativamente nuevo, interesante, pero a la vez muy cuestionado, sin embargo, en los últimos tiempos los diversos estudios han realizado importantes contribuciones a las distintas áreas de la psicología, de forma especial: la organizacional y educativa, algunos ya han incursionado en la clínica haciendo evidente la importancia de la IE para el desarrollo humano, la salud y la calidad de vida. Esta revisión considera la relevancia estadística del suicidio en poblaciones cada vez más jóvenes, la relación entre los factores de riesgo suicida y la IE afectada, de modo que estima su importancia al ser un elemento que puede llegar a prevenir las conductas suicidas (ideación, intento, suicidio consumado) en los adolescentes.

Palabras Clave: Inteligencia Emocional, Adolescentes, Suicidio, Factor Protector, Factor de Riesgo.

Abstract: For 1990 professors Mayer and Salovey raised for the first time a new concept that revolutionary psychology, in particular theorists of intelligence, "emotional intelligence" (IE). Today is regarded as a relatively new construct, interesting, but at the same time very controversial however in recent times the various studies have made important contributions to the various areas of psychology, in particular: the organizational and educational, some have already penetrated in the clinic by making clear the importance of EI for human development the health and quality of life. This review considers the statistical relevance of suicide in younger populations, the relationship between suicide risk and factors affected EI, in a way which estimated its importance as an element that can prevent behaviors suicide (ideation, attempted and completed suicide) in adolescents.

Key Words: Emotional Intelligence, Adolescents, Suicide, Protective Factor, Risk Factor.

Recibido: 13/03/2011 **Aceptado con Recomendaciones:** 23/07/2011 **Aprobado:** 26/09/2011

Yuly Suárez Colorado es estudiante del programa de psicología de la Universidad del Magdalena, pertenece al grupo de investigación Cognición y Educación. Correo electrónico: yu-ramz@hotmail.com

Introducción

El Suicidio y los Adolescentes

Los estudios presentados por las distintas organizaciones mundiales, nacionales y locales, no brindan un panorama esperanzador acerca de esta epidemia creciente y devastadora, no solo del núcleo familiar, sino también de la sociedad (Pérez, Del pino y Ortega, 2002). Para 1995, la Organización Mundial De La Salud (OMS), registraba que la mortalidad por el suicidio se había incrementado cerca del 60%, en los últimos 45 años, y durante estos el mayor índice de suicidios había pasado de una población de edad avanzada a una más joven, (35 y 45 años, e incluso 15-25 años en algunos lugares). Además proyectaba que para el 2020, las muertes por causa del suicidio ascenderían de 900.000 mil a 1.53 millones (OMS, 1995). En el continente Americano existen entre 2 y 13 suicidios por cada 100.000 habitantes aproximadamente, en Colombia, las tasas de suicidio han variado en forma importante durante los últimos 20 años oscilando entre 3 y 5 por cada 100.000 habitantes; para el año 2006, la tasa de suicidios en menores de 18 años era de 6 por cada 100.000 habitantes (González y Hernández, 2007, citado en Cervantes y Melo, 2008). Mientras que la tasa para la ciudad de Santa Marta ha oscilado entre 3.3 y 7.8 por cada 100.000 habitantes, en años recientes (Ceballos, 2004).

De acuerdo a Ceballos (2004) la sociedad se encuentra no solo ante un problema de salud pública sino también ante un fenómeno epidemiológico mundial. Este fenómeno impacta de tal manera al entorno al que la víctima pertenecía, generalmente el más inmediato, la familia, transformando su percepción social y la percepción sobre si misma, como lo confirman Arroyave, Díaz, del Toro y Ceballos (2007) en un estudio descriptivo-retrospectivo llevado a cabo en la ciudad de Santa Marta, Colombia con los familiares de los casos de suicidios registrados en medicina legal entre 2002 y 2005, encontrando que el 56% de las familias de los suicidas manifiestan sentimientos de culpa por no haber hecho nada por evitarlo y el 60% prefieren considerar que las causas provienen de factores internos otorgándole menor importancia a factores externos (ambientales y sociales) como por ejemplo la decepción amorosa, desempleo siendo estos aún más representativos estadísticamente (Aarón, 2000, citado en Arroyave et al, 2007).

Según la OMS, la adolescencia es la etapa comprendida entre los 12 y 19 años, aun así existen autores que prolongan este rango a los 24 años de edad, dividida en tres fases: adolescencia temprana (10-14), adolescencia media (14-16), y adolescencia tardía (16-19) (Aliño, López y Navarro, 2006). En estas fases el adolescente no solo va creciendo evolutivamente de manera biopsicosocial, también se generan a lo largo de este desarrollo variedades de conflictos, cuyas no resoluciones se convierten en problemas que muy bien se manifiestan en la conducta observable del individuo en el consumo de sustancias psicoactivas como alcohol, drogas, tabaco (Ledoux, Sizaret, Hassler, y Choquet, 2002); conductas disociales (Sefarty, Casanueva, Zavala, Andrade, Boffi-Boggero, Marchena, Masautis, y Flogia 2001); trastornos alimenticios, anorexia, bulimia (Fernández y Rodríguez, 2000); trastornos de la conducta sexual, VIH, embarazos (Cortes, Fiffe, García, Mezquia y Pérez, 2007); trastornos emocionales, ansiedad, depresión (Pérez, 2010), los cuales de una u otra manera propician la conducta suicida (Cervantes y Melo, 2008).

Quienes estudian el desarrollo humano consideran a este grupo una de las poblaciones más vulnerables de la sociedad, susceptibles a los riesgos sociales y ligeramente frágiles a abatirse por las situaciones o circunstancias de su entorno, pues han de encontrarse en un etapa de transición que los llevará de la niñez a la adultez, caracterizada por un sinnúmero de transformaciones en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos (Arias, Marco, Martin, Arias y Deronceré, 2009), tales cambios de una u otra manera intervienen en la toma de decisiones y resolución de problemas del adolescente (Cortés, Aguilar, Medina, Toledo y Echemendia, 2010).

El suicidio en adolescentes si bien tiene relevancia a nivel estadístico se ha convertido en la tercera causa de muerte a nivel mundial en menores de 45 años (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud, 2002) por cuanto las tasas crecen desmesuradamente de forma improvisada también tiene una connotación y efecto social. En la mayoría de los casos este fenómeno se desencadena en esta población por sujetos con trastorno de personalidad y rasgos histéricos; por motivación familiar y escolar; con antecedentes patológicos familiares de conducta suicida, en familias donde predominaba inconsistencia y permisividad hijos de padres separados, entre otros.

Estos adolescentes se enmarcan en contextos como el alcoholismo, violencia física en el hogar, en la escuela, dificultad en el aprendizaje, poco interés cognoscitivo y en el aspecto psicológico, impulsividad, baja tolerancia a las frustraciones y autoimagen negativa (García, González, Toledo, Díaz y Negrín, 2007). Es decir, que las expectativas de vida para los adolescentes se ve crudamente congelada, porque existe una estilos de afrontamiento inadecuados, de resolución de problemas, de control de emociones, que si bien se pueden originarse naturalmente de los cambios físicos y psicológicos, de las interacciones y relaciones sociales que son propias de la edad (Gonzales, Ramos, Caballero y Wagner, 2003), también se causa por ser una carencia de factores protectores y no únicos o específicos de mutaciones biopsicosociales perteneciente al ciclo vital (Cervantes y Melo, 2008).

Factores Protectores y Factores de Riesgos

El comportamiento suicida como problema epidemiológico social se desencadena por una serie de agentes socio-demográficos, biológicos y socio-ambientales que predisponen al individuo, acelerando su realización. El suicidio en el adolescente tiende a producirse según Pérez (2010) por la impulsividad e irreflexión, no obstante con base en que es una expresión multifactorial, diversos autores (Cabrera y Álvarez, 2009; Ceballos, 2004; Cervantes y Melo, 2008; Herrera, 1999; Pascual, Villena, Rayo, Téllez y López, 2005) señalan los siguientes como factores de riesgo:

Socio demográficos: Adolescencia o tener más de 65 años, soltería, o vivir en unión libre, desempleo, bajo nivel en educación, bajo nivel socioeconómico, grupos inmigrantes indígenas.

Ambientales y sociales: antecedentes suicidas en familiares o personas cercanas, perdida de un ser querido, abuso de sustancias adictivas (alcohol, drogas, tabaco, tranquilizantes), desórdenes alimenticios (anorexia, bulimia), orientación sexual (homosexualismo), estrés o estresores psicosociales, familia conflictiva, inadecuadas pautas de crianza (permisividad, autoritarismo, agresividad), dificultades académicas, fácil alcance a instrumentos o métodos para llevar a cabo el suicidio.

Cognitivas, patológicas y de personalidad: Estilos cognitivos y de personalidad (trastorno incipiente de la personalidad), poseer una enfermedad crónica (VIH, cáncer, etc.), presencia de síntomas o enfermedad psiquiátrica (depresión, ansiedad, esquizofrenia, psicosis, intentos previos de suicidio), inestabilidad emocional (irritabilidad, humor inestable), impulsividad, conducta antisocial, estilos de afrontamiento inadecuados y resolución de problemas.

Biológicos: disminución de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo (Laferté y Laferté, 2000).

Por otro parte, todos aquellos agentes que protejan al adolescente y que disminuyan las probabilidad de aparición de algún proceder suicida, deben infundirse desde la infancia y la adolescencia, preferiblemente por los integrantes del núcleo familiar, o bien por los más inmediatos cuidadores, es decir, que la presentación de cualquier factor protector está determinado por la labor que realice la familia en su interior, de manera que el adolescente pueda utilizarlos como mecanismo de defensas ante cualquier signo de turbulencia. Entre ellos se encuentran: Óptimas relaciones familiares, amigos, apoyo familiar o de personas específicas, manejo de habilidades sociales, autoconfianza, autoestima, aceptación, participación en organizaciones deportivas, religiosas, tolerancia a la frustración, tener sentido de vida, buenas influencias ambientales, además de ser receptores de estímulos afectivos de calidad (Cervantes y Melo, 2008).

La Inteligencia Emocional (Mayer & Salovey, Bar-on y Goleman)

Es evidente que la consolidación del constructo inteligencia, y sobre todo de la inteligencia emocional, es producto de un desarrollo histórico que se hizo efectivo al transcurrir un sinnúmero de actividades investigativas que suplieran falencias y que añadiera nuevas perspectivas, con las cuales se obtuviera un concepto coherente, aplicable, y generalizable. Desde Galton, Catell, Binet, Thorndike, Weschler, Piaget, Sternberg, se observa este proceso de nacimiento y evolución del término, hasta llegar a Gardner quien postula que en los seres humanos existen siete tipos de inteligencias, la auditiva musical, cenestésica-corporal, visual-espacial, verbal-lingüística, lógico matemática, y las que darían origen posteriormente a la IE, la inteligencia interpersonal e interpersonal (Trujillo y

Rivas, 2005). Sin embargo la popularización tanto teórica como práctica de la inteligencia emocional se alcanza con la obra de Goleman (1995) "*Emotional intelligence*", pero son los profesores Mayer y Salovey (1990), quienes estructuran el concepto en base a las inteligencias interpersonal e intrapersonal diseñadas por Gardner (Chamarro y Oberest, 2004).

Se encuentran más de 200 modelos por los cuales se explica la IE. Aun así los más conocidos y aceptados son: el modelo de habilidades propuesto por Salovey y Mayer (1990); y los modelos mixtos, presentado por Goleman (1995) y Bar-on (1997).

El modelo de habilidades consideran a la inteligencia emocional como un conjunto de habilidades adaptativas (Salovey y Mayer, 1990 citado en Chamarro y Oberest, 2004; Mayer y Salovey, 1997):

Comprensión, percepción y apreciación de emociones: basada en la expresión correcta de la emociones en relación con las personas del medio circundante.

Facilitación emocional del pensamiento y comportamiento: fundamental para el logro de la atención selectiva, autocontrol, auto motivación.

Comprensión, análisis y utilización del conocimiento emocional: incluye etiqueta de emociones, interpretación del significado de las emociones, habilidad para entender sentimientos complejos, diferenciación de emociones.

Regulación reflexiva de la emociones para el desarrollo intelectual y emocional: corresponde a la habilidad para mantenerse dispuesto a experimentar emociones agradables y desagradables. Esta permite la adaptación social y solución de problemas.

Este modelo enmarca a la IE como una inteligencia, desde la perspectiva procesamiento de la información emocional de manera que no se desecha a las funciones cognitivas a la hora de expresar, regular y utilizar las emociones (Schutte et al. 1998 citado en Chamarro y Oberest, 2004).

Daniel Goleman (1998), concibe a la inteligencia emocional mucho más determinante que la cognitiva, en este caso el coeficiente intelectual no sería la condición necesariamente exclusiva para el éxito, sino que se requiere el uso o

manejo de competencias sociales, propone diversas definiciones de la inteligencia emocional: un conjunto de habilidades que incluyen el autocontrol, el celo y la persistencia, así como la habilidad para motivarse a uno mismo" y la habilidad para "controlar los impulsos, retardar la gratificación, regular los estados de ánimo propios, evitar el estrés y mantener la esperanza" (Goleman, 1998 citado en Chamarro y Oberest, 2004, p.210).

La obra de Goleman (1998) citado en Trujillo y Rivas (2005) comprende tanto habilidades sociales, como comunicativas, las cuales establecerán la comprensión y expresión de las emociones, tomando en cuenta cinco dimensiones: autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales

El modelo mixto planteado por Daniel Goleman es aún criticado por su poca científicidad, además sus instrumentos de medición están más orientados al campo organizacional.

De los modelos mixtos o también llamado modelo de rasgos, Reuven Bar-on, 1997 (citado en Regner, 2008, p. 33); contempla a la inteligencia como un "conjunto de habilidades personales, sociales y emocionales, no cognitivas, que le permiten al individuo adaptarse y afrontar las demandas del ambiente de manera efectiva" igualmente, considera 4 factores: "habilidades intrapersonales (autoconciencia emocional, asertividad, autoestima, auto actualización e independencia), habilidades interpersonales (empatía, relaciones interpersonales, responsabilidades sociales), adaptabilidad (soluciones de problemas, comprobación de la realidad, flexibilidades sociales), manejo de estrés (tolerancia al estrés, control de impulsos sociales), y estado anímico general (optimismo, felicidad)" (Trujillo y Rivas, 2005, p. 18), así también distingue dos tipos de habilidades emocionales a las que llamo, core factors o capacidades básicas y core factor o capacidades facilitadoras (Bar-on, 1997, citado en Regner, 2008).

La Inteligencia Emocional como un Factor Protector

Usualmente en la cultura popular al mencionarse algún caso de suicidio se expresan ideas como: "Que bruto o que poco inteligente es este hombre o mujer", y de cierta forma no están muy lejos de la realidad, la inteligencia emocional hace

referencia claramente al uso o manejo inteligente de las emociones. Evidentemente no hay estudios en donde se refleje la relación entre el suicidio y la inteligencia emocional de manera fidedigna, aunque se puede encontrar algunas, pocas investigaciones que sutilmente arrojan afirmaciones de relación entre estas variables. Chan y Nock (2009), concluyen que la Inteligencia Emocional es un factor protector tanto de la ideación como de intentos suicida, estudiando sujetos víctimas de una situación estresante (abuso sexual), en los cuales encontró que la tendencia a la ideación suicida estaba moderada por la IE, sin embargo las relaciones no fueron significativas, proponiendo de esta manera a la Inteligencia Emocional como un factor protector mas no de riesgo.

Por otro lado existen evidencias que la inteligencia emocional desde cualquier modelo que se explore, difiere en sujetos con ideación (I) o intento suicida (IS), a aquellos que no han padecido estas patologías, es el caso de Ahmdian, Shamshiri, Badvee, & Homayouni (2009) quienes a través de un estudio cuasiexperimental, analizaron los componentes de la IE en una muestra de 60 participantes, 30 no clínicos y 30 con intentos recientes de suicidio (últimos tres días), utilizando la prueba t-student y la formula de chi-cuadrado. Esta investigación demostró que si existen diferencias significativas en los componentes de inteligencia emocional entre los grupos: Resolución de problemas ($t=2.316$), felicidad ($t=3.065$), tolerancia al estrés ($t=2.011$), auto-realización ($t=-2.579$), a un $p < 0.05$. Estos autores recomiendan la ejecución de otros estudios que confirme estos resultados, pero aclaran que los hallazgos sugieren la pertinencia de la inteligencia emocional en la educación para disminuir el riesgo de la conducta suicida, sobre todo en los jóvenes.

Desde el modelo de capacidad podría indicarse que quienes presenta ideación, intentos suicidas, y el mismo individuo que lleva a cabo el acto de autolesión, procesan la información emocional de manera distinta que aquellas personas que gozan de bienestar psicológico, bienestar psicológico, salud mental, menor sintomatología depresiva y ansiosa, menor tendencia a tener pensamiento intrusivos (Extremera y Fernández-Berrocal, 2003), menor estrés (Extremera, Duran y Rey, 2007), entre tanto el modelo de rasgo explicaría las diferencias en habilidades interpersonales, intrapersonales, adaptabilidad, afrontamiento de estrés y estado anímico general (Bar-On, 1997, citado en Dolores, Ferrándiz,

Ferrando, Sáinz, Bermejo y Hernández, 2008) tal y como anteriormente se mencionó. Se espera que los estudios en IE en relación a este fenómeno progresen y se produzcan explicaciones mucho más próximas.

Pero ¿Por qué pensar que la inteligencia emocional funciona como moduladora de las conductas suicidas, aunque no existan claras evidencias? Los exhaustivos estudios han producido un importante material bibliográfico en cuanto a la función de la IE ante: el bienestar psicológico, salud mental, menor sintomatología depresiva y ansiosa, menor tendencia a tener pensamiento intrusivos (Extremera y Fernández-Berrocal, 2003), menor estrés (Extremera, Duran y Rey, 2007).

De la misma manera algunos autores Extremera, Fernández-Berrocal, 2002; Mestre, Guil y Segovia, 2007 (citado en Garrido y Repetto, 2008) han propuesto a la IE como factor protector de conductas problemas como violencia, impulsividad, y el desajuste emocional. Así también como factor protector contra conductas de riesgo para la salud, como adicciones a drogas, tabaco o alcohol (Ruiz-Aranda, Fernández-berrocal, Cabello y Extremera, 2006). Cabe resaltar aquí, que tanto la ansiedad como la depresión, así como el consumo de sustancias psicoactivas son factores de riesgos para la conducta suicida, y en este último es necesario enfatizar que las personas recurren al consumo drogas, tabaco, alcohol, lo hacen por escapar de una realidad intolerable. Pero sobre todo es realmente importante el hecho de que el individuo que expresa cualquier forma de conducta suicida se caracteriza primordialmente por la incapacidad de afrontar las demandas del ambiente (Ceballos, 2004; Cervantes y Melo, 2008; Chan y Nock, 2009; Ruiz-Aranda et al. (2006) (ver tabla 1).

Si bien es cierto, la inteligencia emocional se asocia con mayor bienestar psicológico, estabilidad y equilibrio emocional, no hay duda que un sujeto saludable emocionalmente no recurrirá a cualquier tipo de comportamiento de autolesión. En la investigación, factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas, Reyes y Alonso (2001) plantean que muchas de las razones específicas para intentar suicidarse, encuentran su origen en la vulnerabilidad psicológica del individuo, por lo tanto la IE de este se ve afectada, y se manifiesta en una incapacidad para expresar apropiadamente los sentimientos.

Tabla. 1 Estudios sobre la función de la IE

Autor	Instrumento	Resultados	Conclusión
Suárez, Peñate y Crespo (2009)	Trait Meta-Mood Scale-24,	Diferencias significativas en la estructura de la Inteligencia Emocional en un grupo con diagnóstico de debut (sida) y otro similar con una evolución de más de un año, es decir mayores niveles de ansiedad, depresión, y pensamiento rumiativos en el primer grupo, que obstaculiza el ajuste emocional alterando la satisfacción vital y la salud mental, caso contrario en el segundo en donde la expresión de la IE (atención, claridad, reparación emocional), fue más optima	La Inteligencia emocional en personas que viven con VIH mejora la calidad de vida, y puede ayudar a fortalecer el sistema inmunológico de los sujetos. Las investigadoras recomiendan desarrollar planes de intervención que desarrolle habilidades emocionales teniendo en cuenta la importancia de la IE para el bienestar biopsicosocial en los individuos. Estos resultados permitieron concluir que sin duda el desarrollo de la Inteligencia Emocional permite la autorregulación de la personalidad y funciona como un potencial salutogénico
Ruiz-Aranda, et al. (2006)	Trait Meta-Mood Scale-24,	Quienes poseían mayores puntajes de IE recurrían menos al consumo de sustancias psicoactivas, mientras que aquellos que puntuaban en bajos niveles de inteligencia emocional	Suponen que las personas que tienen habilidades de IE más desarrolladas no recurrirán al consumo de drogas y alcohol para sobrellevar los estados emocionales negativos. así

		acudían a las drogas y alcohol como forma de regular las emociones negativas	mimo conciben a la IE como factor protector antes consumo de sustancias psicoactivas.
(Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello y Extremera, 2005).	Trait Meta-Mood Scale-24,	Los estudiantes en los que se encuentran afectado el componente claridad emocional, muestran padecimiento de depresión. Caso contrario experimentan sensación de felicidad y satisfacción vital.	los autores concluyen que la inteligencia emocional juega un importante en el equilibrio psicológico y en el bienestar general del individuo
(Extremera, Durán y Rey (2006	Trait Meta-Mood Scale-24,	Estudio sobre una muestra adolescente la relación entre optimismo/pesimismo y ajuste psicológico, en un total de 509 adolescentes de la provincia de Huelva (España). Se encontró relación entre la reparación emocional, el optimismo y la satisfacción con la vida. De manera que ante una situación estresante el adecuado manejo de emociones permitirá al sujeto mayor control de igual forma destacan que la reparación del estado anímico predice el ajuste psicológico.	Los autores resaltan la importancia de las emociones en el desarrollo del bienestar psicológico, ya que se ha demostrado que la regulación de un alto estado de ánimo se asocia con menor sufrimiento emocional,

Limonero, Fernández-castro, Tomas y Aradilla, s. f (citado en Fernández-Berrocal, y Extremera 2009)	Trait Meta-Mood Scale-24	Identificó que los estudiantes que se consideran más felices tienen altas puntuaciones en las escalas de IE, así de esta manera la presencia de estos componentes de la IE propicia la utilización en mayor cantidad de las estrategias de afrontamiento.	Los autores plantean que la IE modula la felicidad y que existen determinadas estrategias de afrontamiento para estos sujetos. cuando en una situación estresante se asumen mecanismos de afrontamiento inadecuados, puede prevalecer la conducta suicida
Bermúdez, Álvarez y Sánchez (2003),	el Inventario de Pensamiento Constructivo (CTI)	Se encontró relación entre inteligencia emocional y bienestar psicológico, por tanto a mayor inteligencia emocional, mayor bienestar psicológico. Así mismo los resultados arrojan que existe una correlación positiva entre la estabilidad emocional y la inteligencia emocional.	A mayor inteligencia emocional, mayor bienestar psicológico.
Palmer, Donaldson y Stough (2002)	Trait Meta-Mood Scale-24	Se halló que la satisfacción de la vida correlacionada positivamente con el TMMS y negativamente con el TAS-20__(Dificultad para identificar los sentimientos)	La IE es propiciatoria de la satisfacción en la vida.

Es decir que en todos aquellos factores de riesgo la IE actúa como moderadora, y como favorecedor de la salud (física, mental) en los sujetos. Por otra parte es interesante examinar los estudios realizados en los pacientes con trastorno de personalidad Borderline quienes presentan un menor propósito en la vida a lo que

equivale un mayor vacío existencial (Valvidia, 2007), agregando características diagnosticas asociadas al riesgo suicida como lo es la inestabilidad emocional, la alteración de la identidad y la impulsividad (APA, 2000 citado en Gardner y Qualter, 2009). Este trastorno está ligado al comportamiento impulsivo, autoimagen inestable y las relaciones interpersonales y dificultades en la gestión de la emoción y el estado de ánimo, al evaluar la inteligencia emocional a través de la prueba de IE (MSCEIT) se hallan correlaciones negativas entre la capacidad emocional o bien componentes de la IE y el trastorno TLP, a pesar de que los déficit de esta habilidad parecen menos relevantes para los componentes afectivos del trastorno (Gardner y Qualter, 2009).

Ahora bien desde el punto de vista sociológico, Emile Durkheim (1989, p.214) explica la conducta suicida en su obra *El Suicidio*, de la siguiente manera “*el suicidio va en relación inversa del grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el individuo*” es decir que para este tipo de eventualidad resulta importante la adaptación social del sujeto al medio. Fernández y Barraca, s.f (citado en Fernández-Berrocal, Extremera, Palomera, Ruiz-Aranda, Salguero y Cabello, 2009) estudia la relación existente entre inteligencia emocional y la adaptación psicosocial en estudiante Madrileños de distintos grados educativos, con edades entre 13 y 41 años, el estudio estableció que entre mayor inteligencia emocional existe mayor adaptación social.

Conclusiones

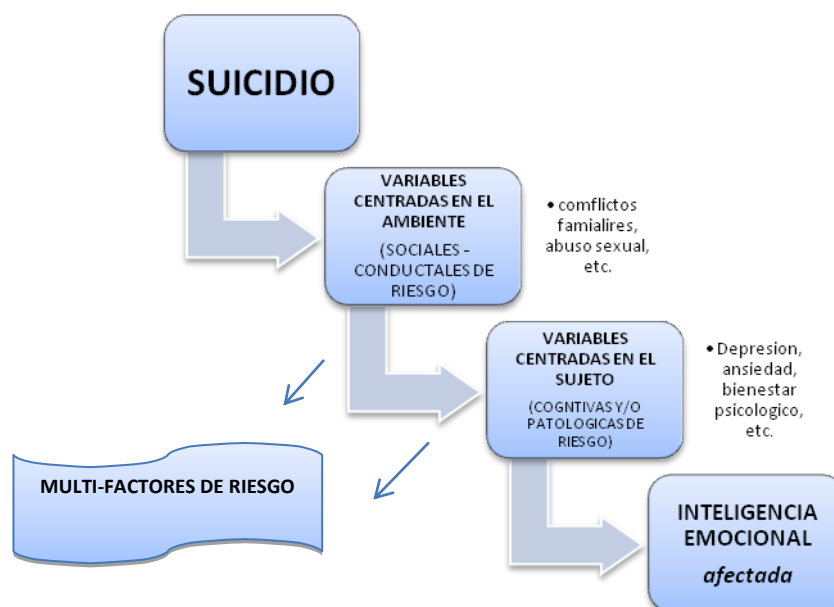
Realmente la ideación suicida (IS) referente al pensamiento de llevar acabo la conducta suicida, y el desencadenamiento de la conducta suicida propiamente se debe a una cantidad diversa de elementos, que aceleran o propician su incidencia, por lo cual es un fenómeno de expresión multifactorial y no un fenómeno aislado (Jiménez y González, 2003). Los estudios sobre el suicidio en su mayoría se han centrado ya sea en dar descripciones sociodemográficas acerca de las poblaciones afectadas, o bien en identificar posibles factores asociados o de riesgos, sin embargo no existe un consenso de que lo causa, y como realizar actividades de prevención efectivas. Pero ¿cómo funciona la IE ante el deseo de morir, la representación de la conducta suicida, la idea suicida con un plan no determinado, la idea con un plan específico en los adolescentes? Pensar en la inteligencia

emocional como factor causal sería imprudente y científicamente infundamentado, pero si cabe resaltar el papel protector que ejerce sobre todos aquellos elementos ambientales, sociales, de personalidad, cognitivas, etc. que origina en un adolescente o un joven alguna forma de comportamiento suicida. Es decir que la inteligencia emocional afectada o para otros baja IE, hace propenso al sujeto a los factores de riesgo y estos así mismos predisponen al suicidio (grafica.1).



Gráfica. 1

En cuanto a las variables centradas en el sujeto sean cognitivas o patológicas que favorecen el suicidio (estilos cognitivos, depresión, ansiedad, bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento, satisfacción con la vida, etc.) lo antecedentes reflejan la función predictiva de la IE (Extremera y Fernández-Berrocal, 2003; Ruiz-Aranda, et al. 2005; Extremera, et al. 2006; Palmer, et al. 2002). Mientras en aquellos fenómenos o condiciones ambientales y sociales (Abuso sexual, violencia escolar: bullying, consumo de sustancias psicoactivas, adaptabilidad social etc.), los estudios(Chan, y Nock, 2009; Vásquez, Ávila, Márquez, Martínez, Mercado y Severiche, 2010; Ruiz-Aranda, et al. 2006; Fernández y Barraca, s.f citado en Fernández-Berrocal, Extremera, Palomera, Ruiz-Aranda, Salguero y Cabello, 2009) afirman su condición de factores de riesgo para la conducta suicida y al mismo tiempo consideran que la IE en sujetos con estas características se encuentra afectada. Todos los anteriores clasifican en la gran cantidad de factores que conducen al suicidio (grafica. 2).



Gráfica. 2

Cabe preguntarse por qué no todos los individuos al ser sometidos a las mismas experiencias ambientales (abuso sexual, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato, disfunción familiar etc. estos mismos apreciados como factores de riesgo suicida) no presentan ideaciones, ni llevan a cabo el acto de autolesión. ¿Existe otro tipo de variable mediadora entre tales condiciones negativas y el suicidio? Al encontrar respuesta a este interrogante podrían generarse una posible opción para el decrecimiento de esta problemática. Resulta interesante indagar en nuevas variables en relación al suicidio que pueda indicar posibles alternativas de prevención (inteligencia emocional), muy a pesar de ser un constructo relativamente nuevo, y de ser cuestionado por algunos investigadores, hay que resaltar la solidez psicométrica, teoría, y practica que ha surgido en los últimos tiempos ¿Cómo podría explicarse que frente a las mismas experiencias negativas los sujetos presentan diferencias? De acuerdo a Chan y Nock (2009), no todos los sujetos abusados tienen ideación e intento suicida, ¿qué intervienen en tal aparición? La Inteligencia emocional trabaja como mediadora.

Referencias

Ahmdian, M., Shamshiri, T., Badvee, I. & Homayouni, A. (2009). Comparison The Emotional Intelligence Components of Suicidal Patients and Non-Clinical Samples. *Europeana Psychiatry*, 24 (1).

Aliño, M., López, J. y Navarro, R. (2006). Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 22 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100009&lng=en&nrm=i

Arias, M., Marco, S., Martín, M., Arias, J. y Deronceré, O. (2009). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *Medisan*, 13 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192009000100005&script=sci_arttext

Arroyave, J., Díaz, S., Del Toro, J. y Ceballos, G. (2007). Percepción Social de los Familiares de las Personas que Consumaron Suicidios Durante los años 2002-2005, en la ciudad de Santa Marta, (Colombia). *Duazary*, (4) 2, 112-118.

Bar-on, R. (1997). *The Emotional Intelligence Inventory (EO-I): Technical manual*. Toronto (Canada): Multi-Health Systems.

Bermúdez, Álvarez, I. y Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 2(1), 27-32.

Cabrera, N. y Álvarez, M. (2009). Prevalencia de Ideación Suicida en Usuarios que Solicitan Servicio Médico o Psicológico en una Clínica-Escuela Universitaria. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12 (4), 105-120

Ceballos, G. (2004). Características de las Personas que Consumaron Suicidio en la Ciudad de Santa Marta (Colombia) Durante el año 2002: Un Informe de Casos. *Duazary*, 1(1), 24-28.

Cervantes, W. y Melo, E. (2008). El Suicidio en los Adolescentes: Un Problema en Crecimiento. *Duazary*, 2 (5), 148-154.

Chan, C.B. y 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.

Cortés, A., Aguilar, J., Medina, R., Toledo, J. y Echemendia, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la provincia Saneti Spiritus. *Rev cub hig epidemiológica*, 48 (1), 15-18.

Cortes, A., Fiffe, Y., García, P., Mezquia, A. y Pérez, D. (2007). Características socio Demográficas y del Comportamiento Sexual y Reproductivo en Adolescentes y Jóvenes. *Revista cubana medicina general integral*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252007000100006&script=sci_arttext&lng=en

Chamarro, A. & Oberest, U. (2004). Modelos Teóricos en Inteligencia Emocional y su Medida. *Revista psicología, ciències de l'educació i de l'esport*, 24, 209-217.

Dolores, M., Ferrándiz, C., Ferrando, M., Sáinz, M., Bermejo, R. y Hernández, D. (2008). Inteligencia Emocional en Alumnos Superdotados: un Estudio Comparativo entre España e Inglaterra. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15 (6), 297-320.

Durkheim, E. (1989). *El suicido*. 3ª Edición. Akal. España.

Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2002). La inteligencia emocional en el aula como factor protector de conductas problema: violencia, impulsividad, y desajuste emocional. En: Muñoz, A., Molina, B. y Jiménez, F. *Actas del I Congreso Hispanoamericano de Educación y Cultura de Paz* (pp 559–605). Editorial Universidad de Granada: Granada.

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos desde sus efectos en el aula. *Revista de educación* 332, 97-116.

Extremera, N., Duran, A. y Rey, L. (2006). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism–pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42, 1069–1079.

Extremera, N., Duran, A. y Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement, y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de educación*, 342, 239-256.

Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 251-254.

Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2009). La inteligencia emocional y el estudio de la felicidad. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 66 (23,3), 73-84.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Palomera, R., Ruiz-Aranda, D., Salguero, J., y Cabello, R. (2009). *Avances en el estudio de la inteligencia emocional*. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional. Fundación Marcelino Botín. ISBN 84-96655-51-2

Fernández, L. y Rodríguez, T. (2000). Aspectos Patogénicos de los Pacientes con Trastorno del comportamiento Alimentario. *Psiquis*, 21(6), 317-325.

García, A., Gonzales, A., Toledo, J., Díaz, N. y Negrin, Y. (2007). Intento suicida en niños y adolescentes. Aspectos epidemiológicos. *Gaceta Medica Espirituana*, 9 (2). Recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(2\)_04/p4.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(2)_04/p4.html)

Garrido, M. y Repetto, E. (2008). Estado de la investigación en España sobre inteligencia emocional en el ámbito educativo. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6 (2), 400-420.

Gardner, K. y Qualter, P. (2009). Emotional intelligence and Borderline personality disorder. *Personality and Individual Differences* 47, 94-98.

Gonzales, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F. (2003). Correlatos Psicosociales de Depresión, Ideación, e Intento Suicida en adolescentes mexicanos. *Revista Psicothemas*, 4 (15), 532-544.

Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional ¿Por qué es más importante que el cociente emocional?* Edición Zeta. Argentina.

Herrera, P. (1999). Principales Factores de Riesgos Psicológicos y Sociales en el Adolescente. *Revista Cubana pediatra*, 71(1), 39-42.

Jiménez, A., y Gonzales, C. (2003). Veinticinco años de Investigación sobre suicidio en la Dirección de investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente. *Salud mental*, 6 (26), 35-46.

Laferté, A., y Laferté, L. (2000). Comportamiento del suicidio en ciudad de la habana. Intervención de Enfermería en la Atención Primaria de Salud. *Revista cubana de enfermería*, 16 (2), 78-87.

Ledoux, S., Sizaret, A., Hassler, C. & Choquet, M. (2002). Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Adolescencia. Análisis de los Estudios de Cohorte. *Adicciones*, 12 (2), 255-279.

Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En: Salovey, P. y Sluyter, D. J. (eds). *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. New York: Basic Books, 3-31.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995). *Estudios de Intervención Multicentro sobre Comportamientos Suicidas*. Supre-Miss: Protocolo Supre-Miss. Recuperado de <http://www.who.int/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). *Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud*. Recuperado de http://dip-alicante.es/hipokrates_1/pdf/ES/436.pdf//

Palmer, B., Donaldson, C., Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences* 33, 1091-1100.

Pascual, P., Villena, A., Morena, S., Téllez, J. y López, C. (2005). El paciente suicida. *Guías clínicas*, 5 (38), 1-3.

- Pérez, J., Del Pino, J. y Ortega, F. (2002). *El adolescente, la muerte y el suicidio. Jornada Europea para la prevención de la violencia en el medio escolar*. Alicante. Recuperado de www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_I/pdf/ESP/436e.pdf
- Pérez, I. (2010). Trastornos Emocionales en la Adolescencia. *Revista Digital Transversalidad Educativa*, 31. Recuperado de http://www.enfoqueseducativos.es/transversalidad/transversalidad_31.pdf#page=135
- Reyes, W., y Alonso, A. (2001). Factores Epidemiológicos y Psicosociales que Inciden en los Intentos Suicidas. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 17 (2), 155-63.
- Regner, E. (2008). Validez convergente y discriminante del inventario de cociente emocional (EQ-i). *Interdisciplinar*, 25 (1), 25-41.
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R. y Extremera, N. (2006). Inteligencia Emocional Percibida y Consumo de Tabaco y Alcohol en Adolescentes. *Ansiedad y estrés*, 12 (2-3), 223-230.
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R. y Extremera, N. (2005). *Inteligencia emocional y depresión en una muestra italiana*. Interpsiquis, 6º Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 febrero-28. Recuperado de [http://emotional.intelligence.uma.es/pdfs/desiree%20et%20al.%20\(2005\).pdf](http://emotional.intelligence.uma.es/pdfs/desiree%20et%20al.%20(2005).pdf)
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition C and Personality*, 9, 185-211.
- Sefarty, E., Casanueva, E., Zavala, M., Andrade, J., Boffi-Boggero, H., Marchena, L., Masautis, A. y Flogia, V. (2001). Violencia y riesgos asociados en adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría, Alcmeón*, 10 (3), 1-14.
- Suárez, D., Peñate, A. y Crespo, Y. (2009). La Inteligencia Emocional en Personas que Viven con VIH. *Duazary*, 6 (1), 10-24.
- Trujillo, M. y Rivas, L. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. *Revista de ciencias administrativas y sociales, INNOVAR*. 15, (25), 9-24.
- Valvidia, A. (2007). Vacío existencial y riesgo suicida en pacientes con trastorno de personalidad Bordeline. *Persona* 10, 179-197.
- Vásquez, F., Ávila, N., Márquez, L., Martínez, G., Mercado, J., & Severiche, J. (2010). Inteligencia emocional e índices de bullying en estudiantes de psicología de una universidad privada de barranquilla, Colombia. *Psicogente* 13 (24), 306-328.