



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



LA IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACIÓN CON LA
DESESPERANZA Y AUTOEFICACIA EN ESTUDIANTES DEL
COLEGIO DE BACHILLERES PLANTEL ROSARIO:
COMPARACIÓN ENTRE TURNO MATUTNO Y TURNO
VESPERTINO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLÓGIA
P R E S E N T A:
YESENIA JAZMIN MÉNDEZ PARRA

COMISIÓN DICTAMINADORA
Dra. Martha Hermelinda Córdova Osnaya
Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo
Lic. José Carlos Rosales Pérez



Los Reyes Iztacala., Tlalnepantla, Estado de México.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTO

A la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico por el apoyo recibido para la realización de la presentes investigación mediante el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) con registro IN302506.

DEDICATORIA

A DIOS:

Gracias por permitirme llegar con vida y salud hasta este magnifico momento, por ser mi consuelo en momentos de oscuridad, por brindarme todo lo que hasta hoy tengo en compañía de todos mis seres queridos.

A MIS DOS GRANDES AMORES:

Este trabajo lo dedicó primeramente a mi esposo y a mi pequeña princesa, ya que han cambiado completamente mi vida y la han colmado de dicha y felicidad, permitiéndome ir conociendo e ir aprendiendo junto a mis dos grandes amores esta nueva faceta, impulsándome cada día a continuar y sacar lo positivo de día a día, muy a pesar de todas las adversidades.

Gracias por formar parte de mi vida. Los amo.

A MIS PADRES:

Dedicó esta etapa concluida ya que siempre han creído en mí y han estado en todo momento a mi lado apoyándome aún en los momentos más difíciles a pesar de la poca gratitud que he mostrado. Mil gracias les doy por todas las enseñanzas que me han brindado, por su amor, paciencia y apoyo para llegar hasta donde he logrado llegar. Simplemente por ser mis padres mil gracias les doy.

A MIS HERMANOS:

Son mi más grande ejemplo aunque sean más pequeños, porque me han enseñado a luchar y a seguir adelante y sobre todo me han enseñado que el perdón es el don más grande del ser humano. Gracias por formar parte de este proyecto y sobre todo gracias por ser mis hermanos.

A MIS ABUELITAS:

Gracias por estar ahí cuando más las he necesitado y por escucharme en mis momentos difíciles, por apoyarme de todas las formas posibles para lograr esta meta. Gracias.

A TERESA Y LETICIA:

Mis dos grandes amigas, por apoyarme y ayudarme durante esta gran etapa, por que siempre estuvieron en el momento preciso para darme una palabra de aliento o simplemente su apoyo incondicional. Gracias por haber confiado en mí y preocuparse continuamente.

AGRADECIMIENTOS

A los grandes guadores de este presente proyecto, a los asesores, por su apoyo, tiempo, conocimientos y confianza para culminar con éxito.

A la Dra. Martha Córdova Osnaya, por su tiempo, dedicación y paciencia ofrecida, por creer en mí y motivarme día a día, por brindarme una asistencia oportuna en los momentos de duda, por sus apreciables aportes para concluir con éxito dicho proyecto.

A la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo, por sus comentarios y correcciones ya que sin ello no hubiese sido posible pulir dicha obra.

Y al Lic. José Carlos Rosales Pérez, por sus ideas y comentarios ya que sin su orientación no hubiera adquirido la calidad que tiene dicho trabajo.

INDICE

| | Páginas |
|---|----------------|
| INTRODUCCIÓN | |
| CAPITULO I.- EL SUICIDIO | |
| 1.1. El Suicidio en la Historia | 5 |
| 1.2. Definición del Suicidio | 8 |
| 1.3. Etiología del Suicidio. Aspectos Sociales y Psicológicos. | 11 |
| 1.4. El proceso del Suicidio | 14 |
| 1.5. Factores de Riesgo del Suicidio | 15 |
| 1.6. Factores Protectores del Suicidio | 17 |
| | |
| CAPITULO II.- IDEACIÓN SUICIDA, DESESPERANZA Y AUTO-EFICACIA | |
| 2.1. Ideación Suicida | 19 |
| 2.2. Desesperanza | 23 |
| 2.3. Auto-eficacia | 16 |
| | |
| CAPITULO III.- METODOLOGÍA | |
| 3.1.- Planteamiento del problema | 29 |
| 3.1.1.- Pregunta de Investigación | 29 |
| 3.1.2.- Objetivo | 29 |
| 3.1.2.1.-Objetivos Específicos | 30 |
| 3.1.3.- Hipótesis | 30 |
| 3.2.- Método | 31 |
| 3.2.1.- Definición de la Población | 31 |
| 3.2.2.- Descripción de los Sujetos | 31 |
| 3.2.3.- Descripción de los Materiales | 31 |
| 3.2.4.- Descripción de Instrumentos y Aparatos | 31 |
| 3.2.5.- Descripción del Lugar | 32 |
| 3.2.6.- Definición de las Variables | 32 |

| | |
|--|-----------|
| 3.3.- Procedimiento | 33 |
| 3.3.1.- Diseño de Investigación | 33 |
| 3.3.2.- Forma de Muestreo | 33 |
| 3.3.3.- Tamaño de la Muestra | 33 |
| 3.3.4.- Descripción de Sesiones, Fases o Ensayos | 36 |
| | |
| CAPÍTULO IV.- ANÁLISIS DE RESULTADOS | 35 |
| | |
| CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN | 57 |
| | |
| REFERENCIAS | |
| | |
| ANEXOS | |

RESUMEN

En el presente estudio se aborda el primer eslabón del suicidio consumado, la ideación suicida, primeramente como una problemática de salud pública seguida por el poco énfasis que se le ha hecho a dicho fenómeno. Se tuvo como objetivo conocer, comparar y analizar la posible relación entre la presencia y ausencia de la ideación suicida con la desesperanza y la auto-eficacia en estudiantes de nivel medio superior de dos turnos: matutino y vespertino. La población que participó en dicho proyecto oscila entre los 13 a 29 años, siendo ésta una de las poblaciones más vulnerables ante dicho fenómeno.

Para lograr dicho objetivo se aplicaron cuatro instrumentos de evaluación (Instrumento Sociodemográfico, Escala de Auto-eficacia de Sherer, Maddux, Mercadante, Prentice-Duna, Jacobs y Rogers, Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler y la Escala de Ideación Suicida de Roberts), dichos instrumentos se aplicaron a una muestra significativa de 1282 estudiantes del Colegio de Bachilleres plantel Rosario de ambos turnos. Los resultados obtenidos en dicho estudio demuestran que no existe diferencia significativa entre el turno matutino y el turno vespertino en relación a las variables de desesperanza y la auto-eficacia, sin embargo si existe diferencia significativa entre el turno matutino y el vespertino en relación a la ideación suicida ya que en el turno vespertino existe mayor grado de ideación. Mediante una correlación se obtuvo que exista relación entre los puntajes de ideación suicida y de desesperanza, así como, ideación suicida y auto-eficacia en ambos turnos (matutino y vespertino). Así mismo se obtuvo una diferencia significativa entre aquellos alumnos que obtuvieron bajos puntajes de auto-eficacia y desesperanza, de aquellos que obtuvieron altos puntajes en dichas variables ya que en el primer caso se obtuvo un menor grado de ideación, dicho fenómeno se presentó de igual forma en el turno vespertino. No existe diferencia significativa en relación al grado de ideación suicida entre un turno y otro cuando se presentan bajos y altos puntajes de desesperanza y auto-eficacia. Por último las variables sociodemográficas que más se relacionan son las situaciones que han perturbado o alterado la vida del estudiante, esas situaciones se relacionan con:, ha recibido atención psicológica, la causa por la que se recibió atención y alguna persona cercana al estudiante ha intentado suicidarse.

INTRODUCCIÓN

La problemática del suicidio en la adolescencia y juventud es un tema de suma relevancia, asociando a estas dos etapas los cambios biológicos, físicos y psicológicos, pero no nos detenemos a pensar que hay más allá de todos estos cambios y sobre todo como pasan los jóvenes dichos cambios. También son consideradas como una etapa de consolidación que corresponde a la cristalización de la elección vocacional, cuando el joven estudiante se prepara más para convertirse en profesionista y obtener mejores posibilidades laborales ya que los cambios tecnológicos y la complejidad de la sociedad requieren de una preparación superior para poder convertirse en profesionales y trabajadores efectivos. La función fundamental que se les plantea a los jóvenes en su transición a la edad adulta, es la de definir sus relaciones con la sociedad mediante la relación personal y laboral.

Sin embargo, en la mayoría de los jóvenes, hasta en aquellos que todavía tienen el apoyo de sus familias, sienten temor a la soledad, a la responsabilidad, al error y al fracaso; que aparecen con la perspectiva de que tendrán que hacerse cargo de sí mismos en un futuro cercano (González- Forteza y cols., 1998).

Ante todos estos cambios muchos jóvenes no se encuentran preparados y recurren a métodos como el suicidio que aunque no es la vía adecuada si es muy recurrida, para abordar adecuadamente el tema del suicidio es importante en primera instancia definir los términos y conceptos que rodean a dicho término.

Al adentrarnos en el estudio del suicidio requiere de una cuidadosa definición de algunos términos y delimitaciones de conceptos, ya que existe controversia en el campo de la suicidiología con relación a cómo caracterizar a los sujetos bajo estudio, (Artasánchez, 1999).

La palabra suicidio fue utilizada por Desfontaneis en 1937 (citado en García y Peralta, 2002), dicha palabra esta compuesta del latín *sui* (de sí mismo) y *caedere* (matar), y esto hace referencia a “darse muerte por uno mismo”.

Por su parte Durkheim (1998) menciona que es “todo caso de muerte que resulte directa indirectamente de un acto, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (pág. 14).

El término “conducta suicida” es utilizado indistintamente, aunque suele incluir toda una gama de conceptos, como suicidio completado, intento suicida, gestos suicidas, daño auto-inflingido, auto-mutilación con o sin intento suicida, amenazas suicidas, e ideación suicida, para suicidio, auto-envenenamiento deliberado, etc. (Cohen et al, citado en Artasánchez, op. cit.).

Refiriéndonos al término anterior Pérez (2004) menciona que se pueden observar que se sigue todo un proceso el cual se conforma de tres fases:

- Ψ La ideación suicida. Pensamientos de terminar con la propia existencia.
- Ψ Intento de suicidio. También denominado para suicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo se hace daño a sí mismo, también llamado suicidio fallido.
- Ψ El suicidio consumado. Es cualquier lesión auto infringida deliberadamente por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

Teniendo claro el proceso anterior, la presente investigación hace mayor hincapié en la ideación suicida, por lo que se parte del siguiente planteamiento ¿cómo se relaciona la desesperanza y la auto-eficacia con la ideación suicida?

Considerando lo anterior, se parte de un objetivo “conocer, comparar y analizar la posible relación entre la presencia y ausencia de la ideación suicida con la desesperanza y la auto-eficacia en estudiantes de nivel medio superior de dos turnos: matutino y vespertino.”.

En el capítulo 1 se aborda el suicidio de manera general donde se incluye su marco histórico, así como las diferentes definiciones que se han aportado, las diferentes causas

que conllevan a dicha conducta, el proceso por el que pasa la conducta suicida, así como sus factores de riesgo y los protectores.

En el capítulo 2 se hace referencia a dos de las características cognitivas (auto-eficacia y desesperanza) relacionadas con la ideación suicida retomando aquellos estudios llevados a cabo con dichos conceptos.

En el capítulo 3 se describe la metodología que se siguió para llevar a cabo la presente investigación, retomando a la población en estudio, los instrumentos empleados y su aplicación.

Una vez obtenidos los datos necesario, en el capítulo 4 se realiza el análisis de resultados, donde se relacionan las variables, logrando así el objetivo propuesto para dicho proyecto.

Por último en el capítulo 5 se presentan las conclusiones y la discusión a la que se llegó en dicho trabajo.

CAPITULO 1

EL SUICIDIO

El suicidio es una compleja expresión de la conducta humana que a lo largo de la historia ha despertado diversas actitudes, desde su aceptación como un acto elogiado, hasta su condenación y repudio.

Desde que se inicia la cuestión del suicidio, nos enfrentamos a un problema médico, psicológico y sociológico de los más vastos; con mucha frecuencia, objeto de animados debates, tomando en cuenta que se encaran posiciones frecuentemente herméticas, a lo sumo personalizadas por la historia vivida y por el proyecto filosófico anterior de cada quién. Por lo tanto es difícil, con bases tan diversas, adoptar hacia el suicidio una definición que no prejuzgue la finalidad del acto, ni la más poderosa razón de sus motivaciones.

En el presente capítulo abordaré de manera general los antecedentes que se tienen registrados del suicidio, así como las diversas definiciones que se han propuesto, sus causas sociales y psicológicas, el proceso que sigue el suicidio y por último los factores de riesgo y los factores protectores, para así generar un panorama general de dicho fenómeno.

1.1 El suicidio en la historia

Un tema de gran interés es la relación del hombre con su vida y consecuentemente, con su muerte; ésta es parte de la vida y la manera de morir es una parte integral de la manera de vivir. Una de estas maneras es el suicidio, siendo una práctica más o menos frecuente en todos los grupos humanos, así mismo se le ha juzgado de diferentes maneras dependiendo de la época y las diferentes civilizaciones.

Según Deshaces (1947; citado en Moron, 1987.) el estudio histórico del suicidio puede abordarse bajo dos perspectivas:

- El suicidio en la historia: el estudio se basa en los aspectos socio-culturales y nos informa sobre la forma en que se juzgó, sintió y comprendió el suicidio en diferentes épocas.

- La historia del suicidio: es decir, los principales trabajos que inspiró; con científicos sólo a partir del siglo XIX.

En todos los tiempos, el hombre ha intentado ejercer sobre sí mismo el derecho de vida y muerte. Pasando revista a los grandes períodos de la historia, podemos tratar de conocer rápidamente, los factores que, en algún país y en determinada época, llevaron a los hombres al suicidio.

El suicidio en Asia era tomado como forma de religión, éste era la búsqueda del nirvana, donde se suicidaban durante las fiestas religiosas, los tipos de suicidas que se daban dentro de esta religión es:

- En la búsqueda de la perfección
- El que huía ante el enemigo

Por su parte en el Japón, el concepto de honor incitaba a los nobles a hacerse el hara-kiri. Durante el culto, algunos creyentes no dudaban en suicidarse para alcanzar a sus divinidades.

Así mismo en Grecia, se castigaba el suicido, al cadáveres le privaba de sepultura, su mano derecha era amputada y enterrada en otro lugar. En Roma por su parte, los suicidios fueron numerosos sobre todo en el período de la decadencia.

Adentrándonos un poco a la religión se dice que el cristianismo prohíbe el suicidio y a raíz de esto hubo varios concilios que se pronunciaron sucesivamente en el mismo sentido “no matarás, ni a otro ni a ti mismo, ya que el que se mata ¿no es acaso el asesino de un hombre?” y por lo tanto se les niega cristiana sepultura.

En los siglos XII y XIII se registraron muchos casos: la herejía cátara incitaba a algunos de sus miembros, los “Perfectos”, a realizar el “suicidio sagrado”. La represión fue violenta,

tanto religiosa como secular: el cadáver del suicida se arrastraba sobre un zorzo, de cara al suelo y luego se exhibía en las calles.

Santo Tomás de Aquino precisó la doctrina de la Iglesia que admite poco más tarde las excepciones del “Furiosus” y del “Insanus” del derecho romano, al introducir el concepto del suicidio patológico y, por ello, la disculpa.

Como lo menciona Fernández (1976) durante el siglo XVI se creía que los suicidios eran aquellos que habían vendido su alma al diablo y que, llegado el momento de pagar el alto precio, tenían que quitarse ellos mismos la vida para entregar su alma a las tinieblas de Satanás. A raíz de esta suposición, los suicidas no podían ser enterrados en un camposanto, sino que después de prender fuego a sus cadáveres, debían ser arrojados aún en llamas a las cañadas, a las cavernas o bien a los pozos secos, lugares en donde la creencia popular imaginaba los dominios de Satanás en ésta época era inadmisibles que un hombre se suicidara por locura o por dolor. Se encontraba prohibido quitarse la vida a sí mismo y aquellos que se arrancaban del mundo de los vivos negaban a Dios con su acto y declaraban su vínculo con lo infernal.

Así como estas costumbres, inspiradas en la legislación canónica, que negaba la sepultura eclesiástica, han llegado a una u otra forma hasta nuestro siglo, pero existían otro tipo de costumbres las cuales se mencionan a continuación:

- El entierro del asno: el hombre que se quitaba la vida se le enterraba acompañado de un asno ya que perdía su alma dejando de ser humano y se le trataba como un asno, el cadáver era paseado por todo el pueblo, desnudo y adherido a su cuerpo una cola y orejas de asno, a fin de recibir escupitajos e infamias de los espectadores.
- La ventana: existía también la costumbre de no sacar a los suicidas por las puertas sino arrojarlos por las ventanas, para hacer manifiesto el desprecio y abandono familiar; nadie los velaba y los cadáveres pasaban varias horas a intemperie, hombres muy pobres, juzgados de cínicos y amorales, eran los únicos que, ya sea

por piedad o como reto a la sociedad, recogía a los suicidas y les daban sepultura en lugares alejados.

- Los comedores de pecados. Los cargos de culpa y deshonra no solamente eran dirigidos contra el suicida, sino que recaían además en sus familiares y se creía que el cielo les sería negado debido a los graves pecados del suicida que pesaban sobre los espíritus de los parientes. Para ganar indulgencias en este sentido, los parientes de los suicidas ejecutaban rituales muy penosos, ayunando y flagelándose.
- La sanción no solo era de orden moral o religioso, era también habitual que se procediera a la confiscación de bienes y se le negara la capacidad para tener herederos.

En el siglo XVII la represión fue enérgica; el suicidio es “un crimen de lesa majestad”, divina y humana.

En el siglo XVIII las nuevas ideas ponen en boga el suicidio. Montesquieu y Rousseau tocan el tema en la *Nouvelle Heloise*, y después en la *Encyclopedie* cuyo espíritu general es derrumbar los prejuicios y hacer triunfar la razón.

En general podemos observar que el concepto de suicidio como hecho social, ha sido castigado durante mucho tiempo por la misma sociedad, de la que es producto.

Por su parte, Jiménez y González-Forteza (2003), mencionan que en México, el suicidio es un problema de salud pública, ya que, según los registros de la Secretaría de Salud, las tasas de morbilidad por esta causa han aumentado en los últimos años.

Gómez y Borges (1996), mencionan que en la historia de México sobresalen dos casos trascendentales de suicidio:

- El tercer emperador mexica, Chimalpopoca, quien se ahorcó dentro de una jaula antes de aceptar ser vasallo de los tepanecas.

- El cadete del Colegio Militar que se tiro al vacío envuelto en su bandera para no entregarla al enemigo.

El suicidio consumado en personajes de la historia ha sido un fenómeno relativamente poco frecuente en México y, por consiguiente, muy poco estudiado.

Por su parte, Rodríguez (1974), menciona que el fenómeno del suicidio ha sido estudiado en forma aislada por médicos psiquiatras, en casos privados en clínica. Así mismo reconoce que muy esporádicamente surgen estudios relacionados, principalmente con los programas de prevención del suicidio y también como aporte a las reuniones internacionales sobre dicho tema.

Así mismo si se manejan datos estos nos dan como resultado que en México la proporción de intentos de suicidio asociados con una enfermedad mental, como causa que motivó el intento es de 4.3% en hombres y 2.6% en mujeres. (Rascón, Gutiérrez, Valencia, Díaz, Leños y Rodríguez 2004).

Con todo lo anterior Espinosa, Almeida, Cortés, y Leo, (2003), mencionan que en nuestro país existen diversas fuentes de información sobre los aspectos epidemiológicos del suicidio, como el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI), la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud, la Procuraduría de Justicia y los ministerios públicos. Aunque cabe mencionar que estas fuentes no son del todo confiables ya que llega a surgir una contradicción entre la estadísticas que maneja el INEGI y las que maneja el Servicio Médico Forense (SEMEFO) del estado de Querétaro, por ejemplo.

1.2 Definición del Suicidio

Al adentrarnos en el estudio del suicidio requiere de una cuidadosa definición de algunos términos y delimitaciones de conceptos, ya que existe controversia en el campo de la suicidiología con relación a cómo caracterizar a los sujetos bajo estudio, (Artasánchez, 1999).

La palabra suicidio fue utilizada por Desfontaneis en 1937 (citado en García y Peralta, 2002), dicha palabra esta compuesta del latín *sui* (de sí mismo) y *caedere* (matar), y esto hace referencia a “darse muerte por uno mismo”.

Abordando un enfoque sociológico clásico sobre el suicidio se dice que:

“Todo caso de muerte que resulte directa indirectamente de un acto, realizado por la victima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (Durkheim, 1998, pág. 14).

Por otro lado para Merani (1976) el suicidio es una conducta intencional que lleva a quitarse la vida, o a la omisión de actividades necesarias para preservarla: negligencia ante los peligros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como un acto con resultado fatal que es deliberadamente iniciado por una persona contra sí misma y con el conocimiento o expectativa de que éste le causará la muerte, (Castelli, 2002).

Por su parte Quidu (citado en Moron, op cit), adopta una definición más amplia que permite abordar la conducta suicida bajo sus diferentes aspectos:

- El suicidio, acto de matarse, acto que se logra y se sanciona con la muerte, por definición, acto incompleto que tienen como resultado un fracaso.
- La veleidad del suicidio, acto más o menos esbozado.
- La idea del suicidio, simple representación mental del acto, teóricamente debe excluirse de un estudio sobre la conducta suicida, que por definición comienza por el gesto.
- El chantaje del suicido, puesto que se acompaña de un gesto suicida y la actitud psicológica que resulta está muy cerca, por su ambigüedad, de la actitud de cualquier suicida.

Así mismo Moron (Ibid), menciona que el suicidio a primera vista puede parecer un síntoma de patología mental, es mucho más que esto; es un concepto conocido por el individuo normal y posee un valor afectivo y ético, un significado existencial.

“Si los filósofos ven el suicidio una afirmación de la libertad humana, si para los sociólogos constituye un concepto de un hecho social susceptible de ser reducido a un análisis factorial, para los psiquiatras el suicidio es una preocupación mayor, cotidiana, concreta. Al poner entre paréntesis todas las consideraciones morales, religiosas o filosóficas, han tratado el suicidio partiendo de casos clínicos concretos y tratando de asir la realidad misma del suicidio a través del suicida.” (pág. 3).

Lo cual me pone a pensar que este termino se puede definir dependiendo de la postura desde la cual se este estudiando, ya que de aquí va a depender darle una interpretación y por lo tanto una posible definición.

1.3 Etiología del suicidio. Aspectos Sociales y Psicológicos

Si bien es cierto el suicidio no tienen una sola causa sino es considerado multifactorial. Por lo tanto se pretende describir algunos de los factores que se encuentran relacionados con dicha conducta.

Aspectos sociales:

La vertiente sociológica explica el suicidio como producto de un conjunto de aspectos de la sociedad, sus estructuras y características.

El sociólogo francés E. Durkheim (op cit), llevo acabo un estudio de las diferentes conductas que pueden presentar los individuos suicidas; luego de realizar un análisis de las estadísticas sobre suicidio en distintas épocas de la historia y en varios países, llego a la conclusión de que había tres tipos de conducta auto-aniquilativa que corresponden a las siguientes clases de suicidio:

- Suicidio Egoísta. Es consecuencia de la falta de integración social o de una individuación excesiva. Gran cantidad de investigaciones posteriores en el campo de la epidemiología psiquiátrica y psicológica han comprobado que la familia, es

como una forma de integración social, la cual afecta a la tasa de suicidios en la adolescencia y a los adultos.

- Suicidio Altruista. Existen dos tipos de individualizaciones una excesiva y una insuficiente, ambas producen los mismos efectos a diferencia que en la primera existe más riesgo a suicidarse. Cuando el hombre está desligado de la sociedad se mata más fácilmente. No se encuentra muy extendido en nuestra sociedad actual, ya que la potenciación de determinados valores relacionados con el individualismo hacen que la persona se sienta menos obligada a ciertas acciones por el hecho de que estas sean valoradas socialmente.
- Suicidio Anómico. Aparece cuando la sociedad esta perturbada por transformaciones demasiado repentinas, no es capaz de ejercer su acción reguladora, “anomia” y el individuo pierde los puntos de referencia.

Aspectos Psiquiátricos

Dentro la orientación psiquiátrica clásica, el suicidio ha sido considerado como una enfermedad mental, esto visto desde la perspectiva individual y patológica. Y aunque esta orientación deja de lado algunos tipos de explicaciones tales como: ¿porqué algunos enfermos psiquiátricos se suicidan y otros no?, no toma en cuenta las vivencias, situaciones y problemas del sujeto y por último el diagnóstico es dado a posteriori del suicidio, por otro lado se tiene la epidemiología psiquiátrica y esta enlaza aspectos psicopatológicos, personales con variables sociales. Por su parte esta corriente se encuentra enlazada con estudios analíticos y descriptivos, aunque incline más a los factores de riesgo relacionados a la conducta suicida.

Así mismo Shciles y Strosshal (1989, citado en Duarte, 1998), indicaron que ninguna persona mentalmente “sana” se suicida, al menos que padezca un trastorno mental el cual puede radicar en un proceso hereditario. Algunas de las enfermedades psiquiátricas relacionada con el suicidio son:

Esquizofrenia: se presenta en menor grado que la depresión, pero puede presentarse como función de las enormes variaciones psicopatológicas que se presentan dentro de la enfermedad.

Depresión: es la afección que da cuenta de un mayor porcentaje de suicidio.

Estados neurótico, fóbicos, histéricos y obsesivos entre otros. Aquí la persona puede ver el suicidio como única salida a sus problemas

Aspectos Psicológicos

Los factores psicológicos son amplios y complejos y a continuación se describen:

- Motivaciones interpersonales. Se producen cuando la persona trata de provocar con su conducta una acción por parte de otras personas o cambio en la actitud o sentimientos de esas personas, por lo tanto, se puede considerar el intento suicida como un medio para influir, persuadir, manipular o dominar los sentimientos o conductas del otro.
- Motivaciones intrapersonales. Cuando las personas padecen sentimientos de soledad y tienen la sensación de no ser necesarias para nadie, su estado de ánimo a menudo es de depresión, agotamiento físico y emocional.
- Crisis de identidad. Slakiev, (1988, citado en Duarte, op cit). La vida tiene aspectos internos como externos que incluyen gente, lugares, valores, entre otros; los cuales permiten al hombre definirse y explorar nuevas formas de vida que dentro de su desarrollo van unidas a vivenciar cierto tipo de crisis ya sean de tipo emocional, de identidad, las cuales se presentan cuando la persona tiene cambio de actitudes radicales, siente que ya no tiene control de las situaciones y en sus formas más graves se encuentran sentimientos de desesperanza e incapacidad para resolver problemas.
- Desesperanza. Beck (1991), define la desesperanza como las actitudes o expectativas negativas acerca del futuro en las que predominan sentimientos de desesperación, decepción y desilusión. Por consiguiente, considera a la

desesperanza como un patrón cognitivo característico, consistente en atribuciones negativas del futuro.

- Depresión. De acuerdo a Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), manifiesta que la esencia de la depresión se encuentra en un conjunto de pensamientos negativos, la persona tienen una visión negativa de sí misma, del mundo y del futuro. La persona deprimida percibe los eventos como un amañera en su dominio personal, lo que trae como consecuencia la tristeza. Por lo tanto puede desencadenar una ideación suicida.

1.4 El Proceso del Suicidio

El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicida, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo, (Gutierrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006).

El término “conducta suicida” es utilizado indistintamente, aunque suele incluir toda una gama de conceptos, como suicidio completado, intento suicida, gestos suicidad, daño auto-inflingido, auto-mutilación con o sin intento suicida, amenazas suicidas, e ideación suicida, para suicidio, auto-envenenamiento deliberado, etc. (Cohen et al, citado en Artasanchez, op cit.).

La importancia de estudiar el acto suicida, es entender las señales que anteceden a dicho acto. Para esto Stengel, 1965 detectó una serie de indicadores de un acto suicida inminente, los cuales se enumeran a continuación:

- Ψ Depresión con sentimientos de culpa, desvalorización y auto-acusaciones.
- Ψ Hipocondría severa
- Ψ Insomnio con preocupación por sí mismo
- Ψ Temor a la pérdida de control a herir a otros o a sí mismo
- Ψ Intento previo de suicidio
- Ψ Hablar del suicidio

- Ψ Aislamiento social
- Ψ Antecedentes familiares de suicidio
- Ψ Enfermedad física grave
- Ψ Afición por el alcohol o algún tipo de droga

Si bien es cierto el estudio del suicidio consumado, así como los motivos por los que se llega a dicha conducta, tienen un cierto grado de dificultad para ser conocidos, existe una población que presentan conductas suicidas y aquellos que presentan pensamientos suicidas. Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho multifactorial en el que intervienen los factores biológicos, psicológicos y sociales. El intento y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida (Peña, Casas, Padilla, Gómez y Gallardo, 2002).

1.5.- Factores de Riesgo del Suicidio

González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez, (1996), mencionan que se han realizado una serie de investigaciones orientadas a explorar los factores que pudieran identificar los elementos conductuales que colocan a los jóvenes en riesgo de suicidarse. Los anteriores autores citan a Clum, Pstsiokas y Luscomb, (1979) los cuales proponen que la ideación y el riesgo suicida se incrementa cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento o rigidez cognitiva, vive situaciones estresantes que le producen sentimientos de depresión, desesperanza y conductas suicidas.

Por otro lado Garland y Zigler (1993), identificaron los siguientes factores de riesgo:

- Ψ Desequilibrio en los neurotransmisores y predoctores genéticos
- Ψ Trastornos psiquiátricos
- Ψ Baja capacidad para resolver problemas
- Ψ Abuso sexual y físico
- Ψ Problemas de identidad y de preferencias sexuales
- Ψ Acceso a armas de fuego
- Ψ Abuso de sustancias
- Ψ Desempleo y problemas laborales

En relación a lo anterior en un estudio realizado a dos generaciones de estudiantes de licenciatura de una universidad privada (generación 93 y generación 95), llevado a cabo por González-Forteza, García, Medina- Mora, y Sánchez (1998), encontraron que entre los factores más comunes se encuentran:

- Ψ Estrés en las relaciones familiares y de pares
- Ψ Las respuestas de enfrentamiento inadecuadas e ineficientes como resultado de la falta de un repertorio para lidiar y resolver los conflictos cotidianos.

Cabe mencionar que en dicho estudio las respuestas agresivas de enfrentamiento ante los conflictos familiares fue predictora de riesgo, en el caso de los hombres y en el caso de las mujeres la constante fue el estrés social, por lo tanto se puede decir que estos factores varían dependiendo el género.

Por su parte Cole (1989), encontró que los algunos de los factores cognitivos relacionados con el suicidio son:

- Ψ Creencias en la autoeficacia
- Ψ Habilidades de enfrentamiento

Ya que si estas no son poseídas por el individuo y se les agrega la desesperanza la probabilidad de llegar a un acto suicida es favorable, aunque es importante señalar que no siempre es una predictor significativo del intento suicida.

Así mismo Cole (Ibid), menciona que la incapacidad para la resolución de problemas interpersonales y la negativa de buscar ayuda, también han sido asociadas con la conducta suicida.

González-Forteza, et al, (1996), mencionan que los antecedentes familiares del suicidio también deben tomarse en cuenta como factor de riesgo, si se consideran los modelos de imitación social y de herencia genética, sin dejar de lado los estresores psicosociales al que

se enfrentan los jóvenes en la actualidad y que conforme avanza el tiempo éstos van aumentando.

Por último en una recopilación llevado a cabo por González-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999), mencionan que el principal factor de riesgo en los hombres en el ambiente familiar y en las mujeres lo son además de éste, el sentirse en desventaja con sus amigas, la baja autoestima, la impulsividad la mala comunicación con la madre y el preferir aislarse en situaciones problemáticas.

1.5.- Factores Protectores del Suicidio

González-Forteza, et al. (1998), en el estudio que llevaron a cabo con dos generaciones de estudiantes de licenciatura de una universidad privada (generación 93 y generación 95), mencionan que los factores protectores de a ideación suicida en los jóvenes han sido:

- Ψ La autoestima
- Ψ La percepción del apoyo familiar
- Ψ Ambiente familiar

En ambas generaciones y en ambos géneros la variable predoctora común que protege de la ideación suicida a los hombres fue la autoestima.

La interacción de los factores de riesgo y de los factores protectores configura una complicada red que es necesario esclarecer para incidir adecuada y oportunamente en el malestar emocional. De acuerdo con el alcance de los resultados que se obtuvo en dicha investigación, se requiere involucrar en las propuestas profilácticas y de prevención, no solo al joven mismo, sino a toda la familia. La interacción de estos dos sistemas puede ser articulada en un ambiente externo como la escuela que, por sus recursos humanos, su infraestructura y funcionamiento, se considera como una alternativa para la prevención del malestar emocional y para la promoción de educación para la salud integral de los alumnos.

Así mismo en otro estudio realizado por Castillo, Haquin, Larraguibel y Cabezas (2004) se pretende hacer un aporte para la creación de estrategias de prevención, puesto que el

conocer los factores protectores y de riesgo de la población facilita el saber donde es necesario destinar recursos para lograr intervenciones eficaces. Se estudió una muestra representativa de la población de séptimo básico a cuarto medio de la educación municipalizada de la ciudad de Calama (n = 1 069, 543 hombres y 526 mujeres). Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de factores protectores y de riesgo en salud mental para adolescentes entre 11 y 18 años de edad, Cuestionario psicopatológico para adolescentes, Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y Cuestionario de ideación e intento de suicidio. Este cuestionario permite determinar la presencia de variables que faciliten la identificación de riesgo en salud mental y factores protectores, evaluando las puntuaciones en 12 variables: A) Expectativas a futuro, B) rendimiento escolar, C) inserción en el colegio, D) destrezas sociales, E) pertenencia a grupos, F) conductas de riesgo social, G) conductas de riesgo asociada al consumo de alcohol y drogas, H) conductas de riesgo en sexualidad, I) autoconcepto/autoestima, J) capacidad de resolución de problemas, K) familia y L) presencia de maltrato (físico y psicológico). Validado en Chile. En relación a los resultados arrojados se dice que en la población estudiada los factores de riesgo predominantes son las variables falta de destrezas sociales y pertenencia a grupo, bajo autoconcepto/autoestima y situación familiar irregular. Los factores protectores más frecuentes son expectativas futuras, ausencia de conductas de riesgo social, de alcohol y drogas y sexuales y ausencia de maltrato.

Al estudiar los factores de riesgo por grado escolar se observa que la variable bajo autoconcepto/autoestima se mantiene a través de los grados escolares como factor de riesgo. A medida que avanzamos en escolaridad, aparecen las conductas de riesgo en relación al tema de abuso de alcohol y drogas y sexualidad, así como el sentido de pertenencia e inserción escolar.

Respecto de la variación por sexo a nivel de los factores de riesgo o de protección, no se observan variaciones significativas, salvo un margen general superior de mujeres con predominio de factores de riesgo, durante el período que va entre 1° y 2° medio.

En el siguiente capítulo se abordarán dos aspectos cognitivos como lo son la desesperanza y la auto-eficacia, ambas relacionadas con la ideación suicida.

CAPITULO 2

IDEACIÓN SUICIDA, DESESPERANZA Y AUTO-EFICACIA

Para la investigación del comportamiento suicida se ha dividido en tres grandes áreas, Ideación Suicida, intento suicida y suicidio consumado. Concretamente en la presente investigación se consideró a la Ideación Suicida como el objetivo de investigación, por consiguiente en este apartado abordaré a la Ideación, así como algunos aspectos cognitivos que se han considerado para una posible explicación, como lo es, la desesperanza y la autoeficacia.

2.1 Ideación Suicida

La Ideación suicida se identifica con la intención, manifiesta o no, que tiene la persona para quitarse la vida; sin importar, ni el grado de reflexión o perfeccionamiento de la tentativa, ni el resultado de la misma, es un intento concreto de suicidio. El análisis de la ideación suicida, permite tomar medidas preventivas o para evitar la realización de un intento suicida o del mismo suicidio. Beck (1974), establece que la evaluación de la ideación suicida otorga al psicoterapeuta elementos concretos para poder intervenir, en sentido positivo en la salud mental del paciente, donde se distinguen los siguientes niveles:

- Ψ Deseo de muerte
- Ψ Representación suicida consistentes en fantasías pasivas de suicidio
- Ψ La idea suicida con un método inespecífico o indeterminado. Aquí se consideran, algunas formas de ideación por parte del sujeto sin definición alguna, pero que expresan deseos de matarse.
- Ψ Ideas suicida con método específico no planificado.
- Ψ El plan suicida o idea suicida planificada.

Este concepto es muy amplio ya que alude a pensamientos cuyo contenido puede ser considerablemente variado. Puede referirse desde pensamientos fugaces sobre que la vida no merece la pena vivirse, pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y bien meditados para matarse.

De acuerdo a Pérez (1997) los suicidas en riesgo presentan con mayor frecuencia representaciones mentales en la que piensan o se imaginan “muerto” y dan lugar a la planificación, asociándose con otros factores llamados de riesgo, lo que se puede desembocar en la realización de un acto suicida.

Para Beck (op. cit.) las ideas de suicidio también pueden interpretarse como una expresión extrema de un deseo de escapar a aquellos problemas o situaciones que parecen irresolubles e intolerables. Y se presupone que los pensamiento suicidas surgen cuando el paciente conceptualiza su situación como insostenible.

Así mismo López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzón y Rojas 1995; mencionan que esta es una primera etapa del suicidio, y se encuentra manifestada de forma verbal. La lógica que se sigue en dichas verbalizaciones es “Yo estaría mejor muerto”, “Para que vivir, sino vale la pena”, “Es mejor estar muerto que dar tantos problemas”, “vale más morir que vivir”, entre otras. Y aunque en ocasiones estos mensajes nos suenen comunes y cotidianos es de suma relevancia ponerle atención debido a que son verdaderos mensajes de deseos de morir. Se ha prestado suma atención a la ideación suicida como un indicador del riesgo de suicidio cuando es especialmente acentuada, dado a que en algunos tipos de suicidio consumado los sujetos han avisado de la ideación de manera verbalizada.

Beck, Kovacs y Weissman (1979; citado en: González, Díaz, Ortiz, González-Forteza, y González; 2000), mencionan que la ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas sin embargo, no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero son interrelacionados.

Las personas que tienen la idea de suicidarse posiblemente tengan el siguiente comportamiento (The university of Texas, 2001):

- Ψ Presencia de verbalizaciones, como las antes mencionadas.
- Ψ Muestra de desinterés por actividades placenteras.
- Ψ Regalan sus pertenencias, tiran sus posesiones.
- Ψ No presentan higiene ni cuidado personal.

Ψ Dejan de mantener relaciones con familiares y amigos.

Ψ Abusan de drogas o alcohol.

Cabe mencionar que el lugar que ocupa la ideación suicida es de suma importancia ya que es considerado como predictor directo del intento suicida y del suicidio consumado (García, 2003).

Lo anterior se puede ver asociada con los estudios que realizaron Terroba, Saltijeral y Gómez (1988), donde intentaron detectar el riesgo y la prevalencia de la ideación suicida y de los intentos de suicidio en la población que recibe atención médica en los servicios de consulta externa (n=392), hospitalización (n=349) y urgencias (n= 353) de un hospital general. De los 1094 pacientes que se estudiaron, 3% había tenido ideas suicidas severas durante el último año, y ameritaban tratamiento debido al alto riesgo que corrían al intentar suicidarse de nuevo. Los pacientes manifestaron que su deseo de quitarse la vida obedecía a su necesidad de escapar y resolver sus problemas, principalmente los de índole familiar (2.7%) y los afectivos (1.4%). En este estudio ponen de manifiesto que algunos de las cogniciones más frecuentes son:

Ψ *“no vale la pena vivir”*

Ψ *“vale más morir que vivir”*

Por otro lado Rascón, Gutiérrez, Valencia, Díaz, Leños y Rodríguez, (2004) y López, et al. (op. cit) mencionan que a la ideación suicida se encuentra relacionada la desesperanza y la baja autoestima, la depresión y el abuso de sustancias.

González-Forteza, et al. (1998), se llevo a cabo mediante una entrevista a estudiantes de nivel medio superior para conocer el consumo de drogas y las variables psicosociales asociadas, se llevo a cabo a dos generaciones (1993 y 1995), cuyo objetivos es conocer la prevalencia de la ideación suicida entre los jóvenes universitarios, establecer la relación que hay entre las variables protectoras y de riesgo, con la ideación suicida, así como identificar aquellas variables predictoras de dicho estado emocional. Los síntomas de ideación

suicida oscilaron entre 27% y 30% de los universitarios. Fue más frecuente encontrar los cuatro síntomas en las mujeres, así como la persistencia de la ideación, que fue de alrededor de 3%. La autoestima resultó ser la variable predictora de protección, común a las dos generaciones y a ambos sexos. En cuanto a las variables predictoras de riesgo, se encontró que el estrés social era común en los hombres de la generación 93 y en las mujeres de ambas generaciones.

En un estudio realizado por Villardón (1993) en jóvenes adolescente de Barcelona, España, donde recurrieron a la Escala de Ideación Suicida diseñada por Beck, relacionando la ideación suicida y el intento de suicidio con diversas variables, obteniendo los siguientes resultados respecto a la posibilidad predictiva/explicativa de los aspectos psicosociales del suicidio:

- Ψ La depresión es el aspecto que mejor explica la variabilidad de la ideación suicida.
- Ψ La desesperanza, el auto-concepto, el estrés y el afrontamiento mal adaptativo contribuyen a la explicación del pensamiento de suicidio.
- Ψ No es necesaria la presencia de todas las variables para que se dé la conducta suicida, pero, la combinación de varios factores aumenta la predisposición a la ideación suicida.

Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (1998), realizaron un estudio en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” perteneciente a la Secretaria de Salud, encontrando que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza y depresión, al igual que con el consumo de drogas y alcohol, lo que demuestra la necesidad de crear programas de prevención para el suicidio y más específicamente para la ideación suicida. Así mismo también se demuestra una estrecha relación entre la desesperanza y la ideación suicida. El riesgo de tener ideación suicida es altísimo cuando se presenta más desesperanza.

Por último, López, et. al. (op. cit.) en su estudio realizado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaria de Educación Pública en estudiantes de educación media y media superior, realizaron un análisis sobre la relación que existía entre la ideación suicida en los

jóvenes y el abuso de sustancias tóxicas proponiendo cuatro reactivos para evaluar la ideación suicida a las que los adolescentes debían de responder “no podía seguir adelante”, “tenía pensamientos de muerte”, “sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto”, “pensé en matarme”. Los resultados encontrados fueron que un 47% de los estudiantes presentaron al menos un síntoma de ideación suicida, 17% reportó haber pensado en quitarse la vida, y 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos de la escala; dichos autores concluyeron que la ideación suicida constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas y de bebidas alcohólicas, es decir que a mayor consumo de drogas y bebidas alcohólicas, mayor riesgo de ideación suicida.

Así mismo en otra investigación llevada a cabo por los autores anteriores se comparó a mujeres adolescentes estudiantes con mujeres adolescentes hospitalizadas por haber intentado suicidarse y se encontró una prevalencia de ideación suicida de 11.8% en las estudiantes y un 56.7% en las pacientes.

2.2 Desesperanza

Entre los factores que hacen a una persona más propensa al suicidio se encuentra la desesperanza. Dicho concepto surge en el seno de la perspectiva cognitiva y particularmente en el modelo de explicación de la depresión reactiva o aprendida.

Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974, mencionan que es la percepción del futuro, de sí mismo y del medio, en forma desesperanzadora.

Beck (op cit) la define como las actitudes o expectativas negativas acerca del futuro. Por consiguiente, considera a la desesperanza como un patrón cognitivo característico, consistente en atribuciones negativas del futuro.

La desesperanza es vista como cogniciones y expectativas que pueden influir en la ocurrencia de eventos negativos de la vida, especialmente, en el esquema cognitivo toma la forma de expectativas negativas o pesimismo acerca de las consecuencias o los

acontecimientos futuros, dando como resultado la pérdida de la motivación y/o la presencia de sentimientos negativos acerca del futuro, (Gómez, 1996).

La Triada Cognitiva propuesta por Beck se divide en los siguientes puntos, formando parte de estos la desesperanza:

- Ψ Un concepto Negativo de Sí mismo: Sintiéndose defectuoso, inadecuado. Autoestima Negativa.
- Ψ Atribuciones Negativas: Tendencia a interpretar las experiencias propias en forma negativa. Tendencia desde un inicio a realizar interpretaciones negativas, que le conducen a conclusiones negativas (Estilo Atribucional).
- Ψ Visión Negativa del Futuro. Desesperanza.

Quintanilla, Haro, Flores, Celis de la Rosa y Valencia (2003), mencionan algunas características que presenta la desesperanza:

1. Tendencia a establecer una similitud o continuidad entre el presente y el futuro.
2. Existe una falla para integrar las expectativas de éxito. Sus expectativas son tan intensas que incluso cuando logra un éxito en alguna tarea específica, espera fallar en la siguiente ocasión.
3. Es dinámica y no estática
4. Su intensidad varía de una persona a otra
5. Su intensidad varía en la misma persona a través del tiempo (Sensibilidad de Desesperanza).

Para entender el papel de la desesperanza es importante reconocer que el concepto de desesperanza es dinámico y no estático: la intensidad de la desesperanza no solo varía de persona en persona, sino que también varía en una misma persona a través del tiempo, donde se asocia a la desesperanza con la depresión presentando dos componentes: a) la desesperanza individual de base, b) el incremento en la desesperanza en función de la severidad de la depresión y en función de la sensibilidad de la depresión. Es por esta razón que muchos autores recurren a la depresión para explicar la desesperanza, aún cuando este más relacionada con el suicidio, (Nuñez, 2000).

Es tan alta la importancia de evaluar la desesperanza para conocer el nivel de ideación y/o intento suicida en pacientes suicidas que se recomienda para conocer los pensamientos y planes autodestructivos. Es de suma importancia, cuando se trabaja con pacientes en riesgo que se evalúe inicialmente la desesperanza y la ideación, para así determinar el grado de riesgo. La propia autoevaluación de su capacidad de solucionar sus problemas predice la desesperanza, para lo cual se recomienda utilizar la prueba de desesperanza de Beck, (Guibert, 2002).

El estudio más importante con respecto a la desesperanza es el llevado a cabo por Beck y cols. (1974), quienes concluyeron que la desesperanza es uno de los indicadores más precisos del riesgo suicida lo que los llevo a desarrollar el instrumento conocido como Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS) la cual evalúa las expectativas de las personas sobre su futuro, donde se evalúan tres factores: afectivo, motivacional y el cognitivo

Algunos de los estudios realizados en nuestro país fue llevado a cabo con pacientes de tentativa suicida (N=78) en el Hospital Civil de Guadalajara y un grupo de referencia (N=89) sin ideación y sin tentativa suicida en población abierta. A ambos grupos se les aplicó la escala de desesperanza de Beck, que evalúa desesperanza e identifica si el factor es de tipo cognitivo, motivacional o afectivo. Al grupo de tentativas suicida se le hizo, además, un cuestionario sociodemográfico para caracterizar factores asociados al suicidio. De los pacientes de tentativa suicida, 78% presentaron algún nivel de desesperanza contra 38% del grupo de referencia. Estas diferencias fueron altamente significativas con $p < .01$ mediante la prueba de Chi cuadrada. El tipo o factor de desesperanza que se identificó en cada grupo también mostró una diferencia significativa de $p < .05$ con la prueba de Chi cuadrada. La distribución porcentual de los factores de desesperanza en el grupo de tentativa suicida fue: 52.5% cognitivo, 41% motivacional y 6.6% afectivo; en tanto que en el grupo de referencia, 47.1% fue cognitivo, 29.4% motivacional y 23.5% afectivo, (Quintanilla y cols, op cit).

Es un estudio que llevaron a cabo Mondragón y cols. (op cit), cuyo objetivo fue conocer la relación entre la ideación suicida, con la desesperanza y el abuso de drogas y el alcohol en 1094 participantes de entre 18 a 65 años, de diferente nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad y ocupación, del hospital general “Dr. Manuel Gea González” y aunque el alpha de Cronbach es de 0.56 lo cual indica una confiabilidad baja, pero aún así concluyeron que los pacientes con niveles elevados de desesperanza tiene un riesgo 6 veces mayor de presentar ideación suicida. Lo cual los llevo a mencionar que existe una estrecha relación entre la ideación suicida y la desesperanza., donde el riesgo de tener ideación es altísimo cuando se presenta más desesperanza. Dicho vínculo se debe a que generalmente se ha relacionado la conducta suicida con las características cognitivas.

2.3 Auto-eficacia

La teoría de la auto-eficacia se desprende de la teoría del Aprendizaje social de Bandura, (1999), donde postula la existencia de un mecanismo cognitivo a través del cual las personas ejercen cambios en su conducta y su motivación, así mismo define a la auto-eficacia como la fuente de información de la creencia, de que uno es capaz de ejecutar con éxito un determinado comportamiento requerido para obtener unos resultados específicos. Dicho autor menciona que existen cuatro factores que incrementan la autoeficacia son las experiencias de éxito, el éxito vicario, la persuasión social y la reducción de la ansiedad, siendo un requisito la atribución interna del control y éxito de la conducta.

Para Contreras, (2001) y Buendía, Riquelme y Ruiz (2004), la eficacia que un individuo cree poseer puede llevarle a una mayor persistencia en la realización de una actividad o un determinado rol, donde se ponen en juego las habilidades para el convencimiento de que podrá desarrollarla adecuadamente, con relativa independencia de su capacidad real para dicha ejecución. De la misma forma, la incapacidad percibida para la interacción con determinadas exigencia contextuales puede evocar patrones de pensamiento desadaptativo, con las consiguientes reacciones emocionales capaces de instaurar sentimientos de desesperanza.

Bandura (1997; citado en: González, 2002) dentro de amplio análisis distingue tres dimensiones en las expectativas de auto-eficacia:

- Ψ La Magnitud, refiriéndose a la estimación personal que realiza un sujeto sobre cuál es el mejor rendimiento posible par él en el momento y circunstancia.
- Ψ La Fuerza, hace referencia a la confianza que experimenta la persona en cuanto a poder alcanzar un rendimiento dado.
- Ψ La Generalidad, que se refiere al grado en el que el individuo considera que supone de los recursos precisos para poder solucionar cualquier situación, o de ser eficaz tan sólo ante algunas circunstancias concretas y específicas.

Bandura (Ibid), menciona que para la percepción de la auto-eficacia se contribuye en el desarrollo y funcionamiento cognitivo a través de cuatro principales procesos:

- Ψ Las cogniciones
- Ψ El aspecto motivacional
- Ψ El aspecto afectivo
- Ψ Los procesos de selección

Y encuentra constituida a la auto-eficacia por cuatro fuentes de información:

1. La fuente de información más importante para la auto-eficacia provienen de la observación que el individuo hace de sus ejecuciones y del desarrollo percibido de sus habilidades, es decir, el auto-registro y auto-observar.
2. La siguiente fuente proviene de la observación a otros, donde se compara las propias habilidades con la de los modelos y esto puede tener como consecuencia una modificación en las creencias y capacidades.
3. La tercera fuente es la persuasión verbal y algunos tipos de influencia social de personas que poseen ciertas capacidades.
4. La última fuente es la activación emocional que puede ser dada por estados fisiológicos o afectivos.

Por lo tanto, estas cuatro fuentes de información o mejor dicho la Teoría de Auto-eficacia en su conjunto, supone que los sujetos que denotan expectativas altas de auto-eficacia

(autoeficacia positiva) tiende a mostrarse más saludables, afectivos y exitosos, en comparación con los individuos cuyos niveles de expectativa de auto-eficacia son bajos (auto-eficacia negativa). Dicho de otra manera los resultados de las acciones que se interpretan como exitosas aumentan la auto-eficacia, mientras que los resultados considerados como fracasos la disminuyen.

Schotte y Clum (1987) señalan que es frecuente encontrar entre quienes han intentado suicidarse un bajo sentido de eficacia para la resolución de problemas relacionados con acontecimientos vitales estresantes asociados a una actitud indiferente respecto a la vida.

Así mismo en la adolescencia, etapa marcada por continuos cambios y retos, la búsqueda del afianzamiento personal, las expectativas de autoeficacia suponen un mediador del comportamiento especialmente poderoso, capaz de actuar como factor de protección cuando se realizan autoevaluaciones positivas de eficacia, o facilitando, por el contrario, el desarrollo de valoraciones disfuncionales respecto a situaciones problemáticas que pueden devenir en un incremento del riesgo suicida.

En el capítulo tres se abordará la metodología que se siguió para lograr el objetivo de dicho proyecto.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3.1.-Planteamiento de la Problemática

Gómez y Borges (1996), mencionan que una problemática constante a la que nos enfrentamos es al querer estudiar el problema del suicidio desde un punto de vista histórico y sociológico netamente mexicano, ya que en la mayoría de los artículos, los autores se apoyan en teorías elaboradas en otros países, y es muy difícil extrapolar la información procedente de otras culturas y sociedades a las nuestras.

Beck (1974) identificó a la desesperanza como un importante predictor del intento suicida más que la depresión y se cree que media entre ésta y la conducta suicida. En relación a esto en 1993, Beck, Steer, Beck y Newman, al trabajar con adultos con y sin trastornos de ánimo demuestran que la desesperanza es 1.3 veces más importante que la depresión para explicar la presencia de ideación suicida.

Sin embargo, también se observa que no solo la desesperanza, es un predictor significativo del intento suicida. Cole (1989), encontró otros factores cognitivos (creencias en la autoeficacia, habilidades de enfrentamiento, entre otras) que influían en la relación entre desesperanza y suicidio, especialmente entre los hombres.

El considerar variables como ideación suicida y desesperanza relacionadas con la autoeficacia se llegó a la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo se relaciona la desesperanza y auto-eficacia con la ideación suicida?.

3.1.2 Objetivo General

Conocer, comparar y analizar la posible relación entre la presencia y ausencia de la ideación suicida con la desesperanza y la auto-eficacia en estudiantes de nivel medio superior de dos turnos: matutino y vespertino.

3.1.2.1 Objetivos Específicos

- Ψ Identificar a los estudiantes de nivel medio superior con ideación suicida.
- Ψ Identificar a los estudiantes de nivel medio superior con desesperanza.
- Ψ Identificar a los estudiantes de nivel medio superior con auto-eficacia.
- Ψ Relacionar la ideación suicida en estudiantes de nivel medio superior de dos turnos de una escuela pública ante los puntajes bajos y altos en auto-eficacia.
- Ψ Relacionar la ideación suicida en estudiantes de nivel medio superior de dos turnos de una escuela pública con altos y bajos puntajes de desesperanza.
- Ψ Relacionar la ideación suicida en estudiantes de nivel medio superior de dos turnos de una escuela pública ante las variables sociodemográficas.

3.1.3 Hipótesis de Investigación

- Ψ El grado de desesperanza es diferente entre el turno matutino y el turno vespertino.
- Ψ El grado de auto-eficacia es diferente entre el turno matutino y el turno vespertino.
- Ψ El grado de ideación suicida es diferente entre el turno matutino y el turno vespertino.
- Ψ Existe relación entre los puntajes de ideación suicida y los puntajes de desesperanza en estudiantes del turno matutino y del turno vespertino.
- Ψ Existe relación entre los puntajes de Ideación Suicida y los puntajes de Auto-eficacia en estudiantes del turno matutino y turno vespertino.
- Ψ En el turno matutino la muestra con bajos puntajes de desesperanza y auto-eficacia presenta un menor grado de ideación suicida comparado con la muestra con altos puntajes de desesperanza y auto-eficacia.
- Ψ En el turno vespertino la muestra con bajos puntajes de desesperanza y auto-eficacia presenta un menor grado de ideación suicida comparado con la muestra con altos puntajes de desesperanza y auto-eficacia.
- Ψ El grado de Ideación Suicida es diferente entre el turno matutino y el turno vespertino cuando hay interacción de puntajes bajos de desesperanza y auto-eficacia.
- Ψ El grado de Ideación Suicida es diferente entre el turno matutino y el turno vespertino cuando hay interacción de puntajes altos de desesperanza y auto-eficacia.

- Ψ Las variables sociodemográficas que manifiestan los estudiantes del turno matutino con ideación suicida baja son diferentes a las variables sociodemográficas cuando la ideación es alta.
- Ψ Las variables sociodemográficas que los estudiantes del turno vespertino con ideación suicida baja son diferentes a las variables sociodemográficas cuando la ideación es alta.

3.2.- Método

3.2.1 Población

Estudiantes de nivel medio superior de una escuela pública Colegio de Bachilleres Plantel “Rosario”, de ambos turnos matutino y vespertino

3.2.2 Sujetos

Estudiantes de bachillerato de la escuela pública: Colegio de Bachilleres Plantel “Rosario”, de ambos turnos, 773 alumnos del turno matutino y 509 del turno vespertino, dicho plantel se encuentra ubicada en Av. De las Culturas y Mecánicos, Unidad Infonavit El Rosario, Azcapotzalco, C.P. 02430. Los participantes oscilan entre los 13 y 29 años en ambos turnos, los cuales se encuentran matriculados en el ciclo escolar 2007-1.

3.2.3 Descripción de los materiales

Los materiales que se ocuparon para llevar a cabo dicho proyecto fueron:

- Ψ Lápices marca Berol punto mediano
- Ψ Fotocopias (impresas con el instrumento a aplicar)
- Ψ Sacapuntas
- Ψ Gomas y plumas

3.2.4 Descripción de instrumentos y aparatos

El instrumento que se utilizó para el presente proyecto fue: el *instrumento sociodemográfico* (Ver Anexo 1), consta de 23 ítems, por medio del cual se intentó obtener la mayor cantidad de datos posibles de cada participante. Las preguntas son de índole abierta y cerrada, los datos que se obtuvieron son confidenciales y cada instrumento fue

foliado para su registro. *Escala de Auto-eficacia de Sherer, Maddux, Mercadante, Prentice-Dunn, Jacobs y Rogers (1982)*, (Ver Anexo 2), el cual consta de 13 reactivos. *Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler, (1974)* (Ver Anexo 3), el cual consta de 11 reactivos y *Escala de Ideación Suicida de Roberts, (1988)* (Ver Anexo 4), el cual consta de 4 reactivos, donde el nivel de ideación suicida se identifica con el número de reactivos que se contesta positivamente.

Así mismo también se utilizará una computadora LG, con un procesador Intel Dual Core, la cual cuenta con una paquetería de Office 2003, impresora y copiadora. Para el análisis se utilizará el programa de SPSS versión 10.

3.2.5 Descripción del lugar

El lugar donde se llevó a cabo las aplicaciones de dichos instrumentos fue en El Colegio de Bachilleres Plantel “Rosario”. El lugar fue el salón que a cada grupo le correspondía, así mismo contaban con 40 pupitres, aproximadamente, un pizarrón y una dimensión de 5.5 metros por 7 metros aproximadamente, con buena ventilación e iluminación.

3.2.6 Definición de Variables

3.2.6.1 Definición conceptual de las variables.

Auto-eficacia. Considerada como la percepción de la eficacia personal para ejecutar los comportamientos adecuados para situaciones específicas, así como del comportamiento correcto de tales comportamientos (Sherer, Maddux, Mercadante, Prentice-Dunn, Jacobs y Rogers, 1982).

Desesperanza. Estimando esta variable como la percepción del futuro, de si mismo y del medio, en forma desesperanzadora (Beck, Weissman, Lester y Trexler 1974).

Ideación suicida. Considerada como los pensamientos asociados al deseo de morir, de quitarse la vida y de planeación del acto (Roberts, E. 1988).

3.2.6.2 Definición operacional de las variables

Autoeficacia. Puntaje de 13 reactivos de la escala de autoeficacia de Sherer, Maddux, Mercadante, Prentice-Dunn, Jacobs y Rogers, (1982).

Desesperanza. Puntaje de 11 reactivos de la escala de desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974).

Ideación Suicida. Puntaje de 4 reactivos de la escala de ideación suicida de Roberts, E. (1988).

3.3 Procedimiento

3.3.1 Diseño de Investigación

El presente estudio fue de acuerdo con el periodo en que se captó la información *prospectivo*, debido a que toda la información recabada fue después de la planeación de la misma. De acuerdo con la evolución del fenómeno el estudio fue *transversal*, debido a que solo se aplicará una sola vez la batería antes descrita. Tomando en cuenta la comparación de las poblaciones, el estudio será *comparativo*, donde se pretende comparar aquella población que tiene características cognitivas relacionadas con la ideación suicida, de aquellas que no la poseen. Por último de acuerdo a la interferencia del investigador, el estudio estuvo orientado a lo *observacional*, debido a que se describió y midió las distintas características cognitivas en aquellos estudiantes de nivel medio superior con ideación suicida. (Méndez, Namihira, Moreno, y Sosa, 1987).

3.3.2 Formas de Muestreo

La forma en que la población fue elegida de modo no aleatorio intencional.

3.3.3 Tamaño de la Muestra

Se obtuvo una muestra de 1282 estudiantes del plantel Colegio de Bachilleres “Rosario”, participaron 773 alumnos del turno matutino, de los cuales 289 son del sexo masculino, 482 son del sexo femenino y 509 alumnos del turno vespertino, de los cuales 275 son del sexo masculino, 233 son del sexo femenino.

3.3.4 Descripción de sesiones, fases y ensayos

Para poder llevar a cabo dicho proyecto, a continuación se describen las fases en las que se dividió para obtener un resultado favorable:

- a. Preparación de las cuatro Escalas a utilizar.
- b. Solicitud a la Dirección de la escuela Colegio de Bachilleres Plantel Rosario para la aplicación del instrumento.
- c. Aplicación de cuestionarios

Se identificó el lugar, las condiciones y la hora (esto fue de acuerdo a las posibilidades de cada plantel)

Una vez seleccionado el salón:

1. Presentación de los aplicadores a los alumnos y al profesor.
2. En casos en los que no se contó con la lista se procedió a pasar una lista, donde los alumnos se apuntaron con su nombre. Donde se les mencionó que lo anterior solo fue para llevar un control e informar a las autoridades de quienes participaron.
3. Se procedió a recoger la lista. Y de acuerdo a ella se entregaron en orden los cuestionarios, para certificar el número de folio con el de la lista.
4. Una vez entregados los cuestionarios, se leyó la primera hoja, todos juntos, para posteriormente dar inicio a la contestación del mismo. Donde se subrayó la importancia de la participación de cada joven y que sí no querían, no tienen porque hacerlo. Pero que si decidían hacerlo, se esforzaran por contestar todas las preguntas, de acuerdo a lo que pensaban, sentían y vivían en este momento. Ya que ello incluso podría ayudarlos. Todas las dudas fueron aclarada en el momento.
5. Inicio de la aplicación, se les dijo que durante ese lapso no platicaran entre ellos, ya que era individual. No porque copearan, sino porque es importante que cada quién pusiera atención de acuerdo a lo que estaba viviendo en lo personal. El aplicador se sentó en alguna esquina y en algunos momentos se mantuvo parado en una esquina, donde estaba atento a cualquier duda.
6. Recepción de los cuestionarios, hasta recibir el último.
7. Se agradeció al profesor y a los alumnos por su colaboración.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de datos se llevó a cabo a través del programa SPSS (Programa Estadístico para las Ciencias Sociales) en versión 10.0. La descripción que a continuación se presenta se llevó a cabo de acuerdo a la presentación y relación de las variables a trabajar.

- Ψ Primeramente se presentarán características sociodemográficos de las muestras.
- Ψ Las propiedades estadísticas de los reactivos de cada instrumento empleado, haciendo referencia a la sensibilidad y discriminación.
- Ψ Las propiedades estadísticas de los instrumentos en relación a las muestras totales.
- Ψ Finalmente se relacionarán las variables de desesperanza y auto-eficacia con la ideación suicida para así poder llegar a la confirmación o rechazo de las hipótesis y dar respuesta a la pregunta de investigación.

4.1 Características sociodemográficas de las muestras

Las características sociodemográficas obtenidas mediante la aplicación del Instrumento Sociodemográfico a 1282 alumnos tanto del turno matutino como del vespertino del Colegio de Bachilleres plantel Rosario, arrojaron los siguientes resultados:

Como se muestra en la tabla N° 1 (ver anexo 5) la mayoría de los estudiantes del turno matutino oscilan entre los 13 y 16 años a comparación del turno vespertino los cuales oscilan entre los 17 y 20 años, en relación al sexo en el matutino hay 62.4% de mujeres y en el vespertino 54.0% de hombres, en ambos casos la mayor parte de los estudiantes se encuentran en el primer año de sus estudios en este nivel, el promedio en ambos casos es de 8, así mismo su estado civil en ambos turnos es el soltero y si trabajan con un 80.9% en el turno matutino y 68.2% en el turno vespertino, pero aún así en ambos casos los dos padres son el sostén económico del hogar.

En relación al lugar que ocupan como hijos la mayoría de los alumnos del turno matutino son el primero o el único a diferencia del vespertino donde gran mayoría son el tercero o más. La gran mayoría reporta haber vivido su infancia y/o adolescencia en un núcleo familia estructurado por papá, mamá y hermanos. No existe manifestación de enfermedades que requieran medicación continua y en el caso de aquellos que reportaron que si (7.1% para el turno matutino y 4.5% para el turno vespertino), la enfermedad más común son los problemas en las vías respiratorias. No es muy frecuente el consumo de sustancias para sentirse bien. En ambos turnos la religión que más predomina es la católica. En relación a la preferencia sexual un 91.2% para el turno matutino y un 91.4% para el turno vespertino es heterosexual, donde es muy alto el porcentaje de aquellos que niegan tener novio y por lo tanto relaciones sexuales. Por último se menciona no tener situaciones que los trastornen y en el caso de aquellos que mencionan que sí, su situación que los ha trastornado ha sido la familia. Un alto porcentaje no ha recibido atención psicológica y en casos inversos ha sido por trastornos emocionales, seguido por problemas familiares y por último los problemas escolares. En relación a que si han sido victimas de situaciones humillantes en el turno matutino se obtuvo un 66.4% para la respuesta negativa y en el vespertino se obtuvo un 63.9% para el mismo tipo de respuesta, y en su mayoría los estudiantes reportan que ninguna persona cercana a ellos se ha suicidado o lo ha intentado, (80.6% para el turno matutino y 76.4% en el turno vespertino).

4.2 Los reactivos de las escalas. Propiedades estadísticas de las muestras.

A continuación se presentan las propiedades estadísticas de los reactivos de los tres diferentes instrumentos empleados para la presente investigación (Ideación Suicida de Roberts, -1988- Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler, -1974- y Auto-eficacia de Sheres, Maddux, Mercadante, Prentice-Dunn, Jacobs y Rogers, 1982), haciendo relación a las dos diferentes muestras. Para cada instrumento se presentará la sensibilidad de los reactivos.

4.2.1 Sensibilidad

Ideación Suicida

En la tabla 2 (ver anexo 6) se muestran las propiedades estadísticas de los reactivos en las dos muestras, obteniendo como resultado que la media va desde .16 hasta .54, lo cual indica que los datos se encuentran distribuidos entre las dos primeras opciones de respuesta, esta es la respuesta esperada ya que nos puede indicar que gran parte de la población de ambos turnos se encuentra ubicado en bajos puntajes, lo anterior se puede corroborar con la varianza ya que los datos más separados son en el reactivo dos con un 1.01 en el turno matutino y los reactivos dos (1.53) y tres (1.18) en el turno vespertino, el resto de reactivos es menor a 1, en relación al sesgo en ambos turnos es positivo, en el caso del reactivo cuatro se tiene registrado el sesgo más alto (5.332 turno matutino y 4.321 para el turno vespertino) lo cual nos indica que gran parte de nuestra población se encuentra ubicada en las primeras respuestas y por último la curtosis es positiva y es mayor a 1, en el reactivo cuatro se observa una mayor agrupación de los datos (29.670 turno matutino y 19.019 turno vespertino) a diferencia del resto de los reactivos.

Desesperanza

En la tabla 3 (ver anexo 7) se muestran las propiedades estadísticas de los reactivos que integran el instrumento de desesperanza, en relación a la media en ambos turnos se encuentra ubicada entre uno y dos lo cual nos indica que existen bajos puntajes siendo esta la respuesta esperada, esto se observa en la varianza ya que a diferencia del instrumento de Ideación Suicida, aquí existe mayor dispersión (no mayor a 2) entre los alumnos a excepción de los reactivos dos y siete en ambos turnos y tres en el turno matutino ya que son menor a 1. En el caso del sesgo en ambos turnos es positivo, los sesgos más altos se encuentran en los reactivos dos, tres, siete y ocho en ambos turnos y seis en el turno matutino, esto se ve reflejado en la curtosis ya que los reactivos anteriores son los que tiene mayor agrupación en los datos debido a que son mayor a 1, en el caso de los reactivos cuatro (ambos turnos), nueve y diez (turno vespertino) son negativos los cuales indican que son menor a cero y en caso del reactivo diez (turno matutino) se tiene una curtosis de cero lo cual indica que los datos se encuentran dentro de una normalidad.

Auto-eficacia

Por último en la tabla 4 (ver anexo 8) se presentan las propiedades estadísticas de los reactivos que integran el instrumento de Auto-eficacia, en la media se puede observar que existe bajos puntajes siendo esta la respuesta esperada, en el caso de la varianza los reactivos tres y ocho (ambos turnos) y uno (turno matutino) son menor a uno y en el caso del reactivo seis es de 2 y el resto de los reactivos es de uno lo cual indica la dispersión que hay entre los participantes. En el caso del sesgo en ambos turnos es positivo y el sesgo mayor los tienen los reactivos tres, ocho y diez en ambos turnos y el reactivo nueve en el turno vespertino y el resto es menor a uno, lo anterior se ve reflejado en la curtosis ya que el sesgo que es mayor a 1 la curtosis también, en el caso de los reactivos dos, cinco, siete, nueve, once y doce en ambos turnos y trece (turno matutino) son negativos y menor a .9 y en el caso del reactivo seis (ambos turno) y trece (turno vespertino) son negativos y mayor a -1 lo cual indica que todas las opciones de respuesta tienen una alta frecuencia, en el caso de los reactivos tres, ocho y diez son positivos y mayores a 1, indicando que gran parte de alumnos se encuentran en las opciones de respuesta 1 y 2.

4.3 Propiedades estadísticas de las escalas de medición

A continuación se presentan las propiedades estadísticas de los tres instrumentos empleados (Ideación Suicida, Desesperanza y Auto-eficacia), considerando los puntajes totales en cada escala.

Ideación Suicida

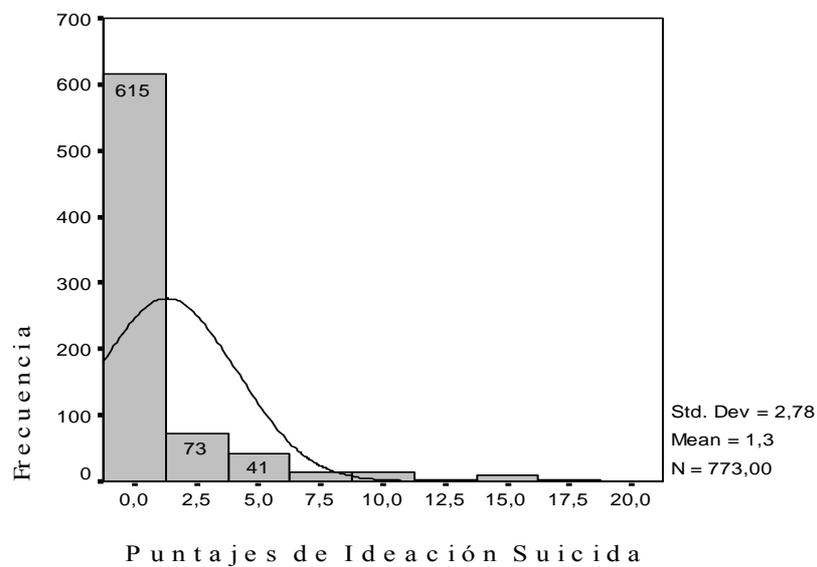
Como se puede observar en el cuadro 1 (el cual se muestra en la página siguiente), en el instrumento de Ideación Suicida la media no varía mucho de un turno a otro, (1.31 para el turno matutino y 1.53 para el turno vespertino) lo cual nos indica que gran parte de la población se encuentra en puntajes bajos, de acuerdo a la desviación estándar se puede decir que no existe mucha dispersión entre los datos, en el caso del turno matutino los estudiantes que obtuvieron un puntaje que oscila entre 0 a 4 se encuentran dentro de la normalidad, esto equivale al 85.25% de la población total (N= 773), en el caso del turno vespertino aquellos estudiantes que oscilan entre 0 a 4.4 se encuentran dentro de la normalidad, esto equivale al 87.42% de la población total (N= 509). El sesgo de ambos

turnos es positivo y mayor a 1 lo cual se puede ver reflejado en la curtosis ya que los datos se agrupan hacia la izquierda de la gráfica, como se puede observar en la gráfica 1 y 2. Por último el grado de confiabilidad de Alpha Crombach's es de .76 para el turno matutino y de .69 para el turno vespertino.

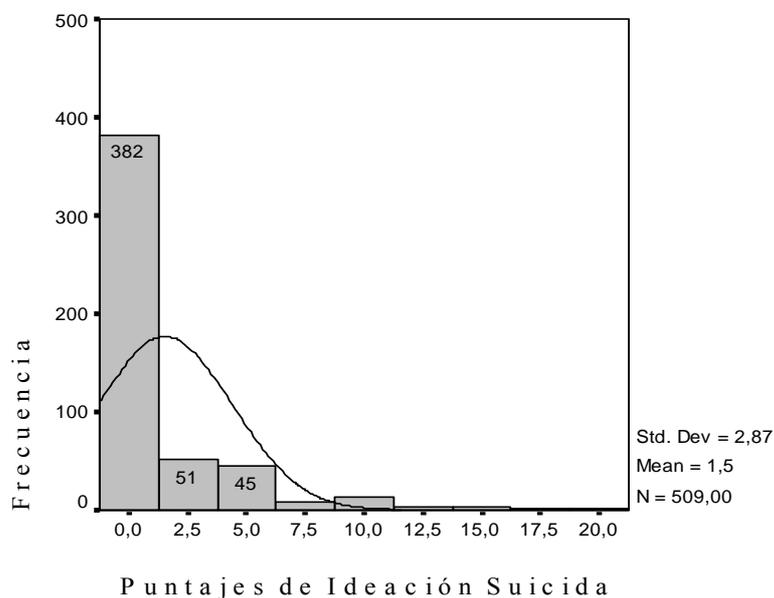
Cuadro 1. Muestra las propiedades estadísticas del instrumento de Ideación Suicida con muestras totales por turnos.

| | Ideación Suicida Turno Matutino | Ideación Suicida Turno Vespertino |
|------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Media | 1.31 | 1.53 |
| Desviación Estándar | 2.78 | 2.87 |
| Sesgo | 3.46 | 2.86 |
| Curtosis | 13.91 | 10.01 |
| Confiabilidad | .76 | .69 |

Gráfica 1. Puntajes de Ideación Suicida de estudiantes del Colegio de Bachilleres del turno matutino.



Gráfica 2. Puntajes de Ideación Suicida de estudiantes del Colegio de Bachilleres del turno matutino.



Desesperanza

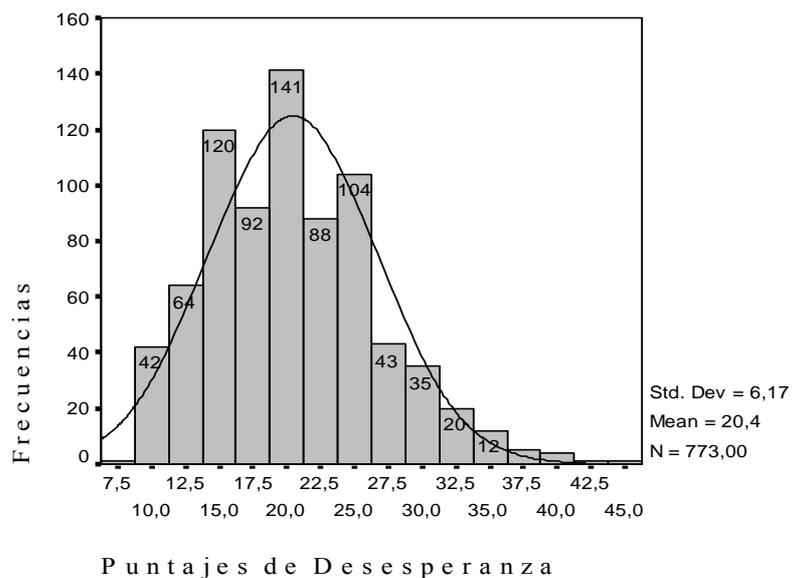
Para el instrumento de Desesperanza se puede observar en el cuadro 2 que la media es similar entre un turno y otro (20.44 para el turno matutino y 21.32 para el turno vespertino). En el caso de la desviación estándar en el turno matutino, aquellos puntajes que oscilan entre 14 y 26 se encuentran dentro de la normalidad, esto equivale al 70.5% en relación a la población total (N= 773), aquellos puntajes del turno vespertino que oscilan entre 14 y 28 y que corresponde al 76%, se encuentran dentro de la normalidad de una población de N= 509 alumnos. El sesgo en ambos turnos es positiva y menor a 1 y por lo tanto la curva de la gráfica se encuentra aplanada, como se puede observar en la gráfica 3 y 4. Por último el grado de confiabilidad de Alpha Crombach`s para esta prueba es de .78 para ambos turnos.

Cuadro 2. Muestra las propiedades estadísticas del instrumento de Desesperanza con muestras totales por turnos

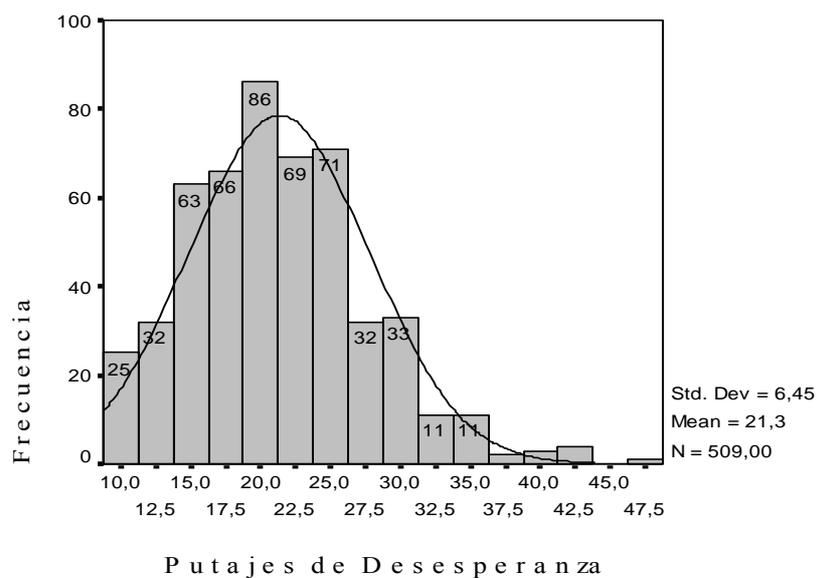
| | Desesperanza Turno Matutino | Desesperanza Turno Vespertino |
|---------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Media | 20.44 | 21.32 |
| Desviación Estándar | 6.17 | 6.45 |
| Sesgo | .612 | .668 |

| | | |
|---------------|------|------|
| Curtosis | .213 | .671 |
| Confiabilidad | .78 | .78 |

Gráfica 3. Puntajes de Desesperanza de estudiantes del Colegio de Bachilleres turno matutino.



Gráfica 4. Puntajes de Desesperanza de estudiantes del Colegio de Bachilleres turno vespertino.



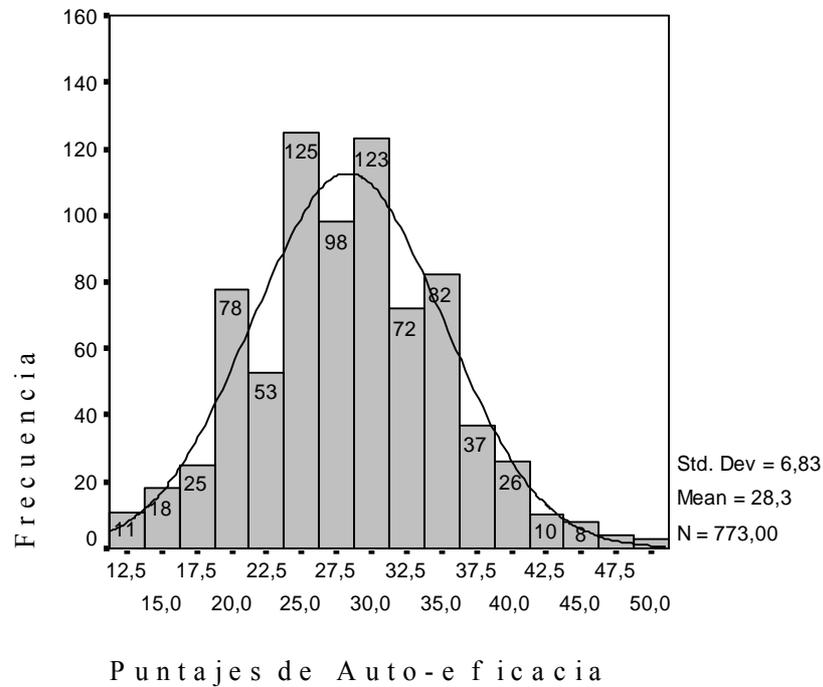
Auto-eficacia

En el cuadro 3 se muestra la media de la auto-eficacia, como se observa no existe mucha variabilidad entre la media del turno matutino (28.30) y la del turno vespertino (28.77). Haciendo referencia a la desviación estándar en el turno matutino se observa que aquellos alumnos que oscilan entre 21 y 35 se encuentran dentro de la normalidad, el cual se encuentra representado por el 73.4% de la muestra total (N=773) y en el caso del turno vespertino se observa que aquellos alumnos que oscilan entre 22 y 36 es representada por el 44.6% los cuales se encuentran dentro de la normalidad de N= 509 de la población total. En relación al sesgo en ambos casos es positivo y con una curtosis negativa lo cual indica que se encuentra más por de bajo de la normalidad, lo anterior se puede observar en la gráfica 5 y 6. Por último el grado de confiabilidad de Alpha Crombach`s es de .69 para el turno matutino y de .71 para el turno vespertino.

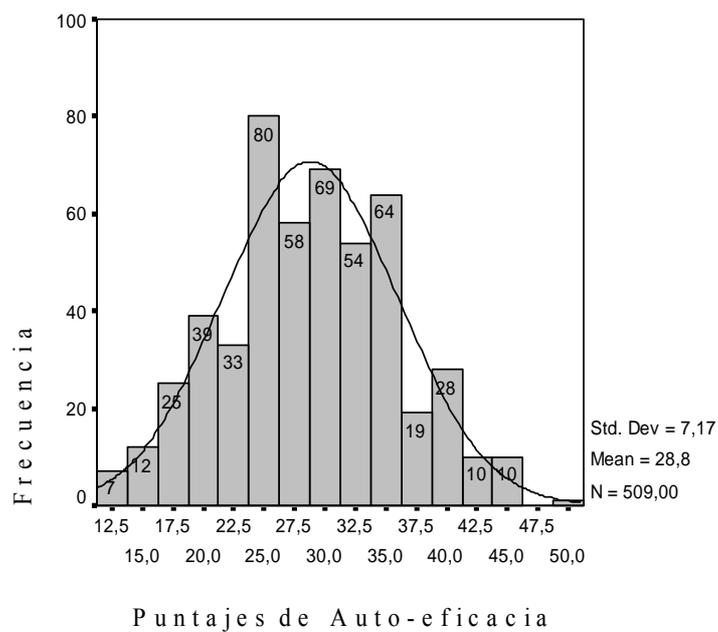
Cuadro 3. Muestra las propiedades estadísticas del instrumento de Auto-eficacia con muestras totales por turnos.

| | Auto-eficacia Turno Matutino | Auto-eficacia Turno Vespertino |
|---------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Media | 28.30 | 28.77 |
| Desviación Estándar | 6.83 | 7.17 |
| Sesgo | .177 | .103 |
| Curtosis | -.015 | -.320 |
| Confiabilidad | .69 | .71 |

Gráfica 5. Puntajes de la prueba de Auto-eficacia de estudiantes del Colegio de Bachilleres turno matutino.



Gráfica 6. Puntajes de la prueba de Auto-eficacia de estudiantes del Colegio de Bachilleres turno vespertino.



4.4 Validez de los Instrumentos

A continuación se presenta la validez de contenido de los tres instrumentos empleados llevado a cabo mediante el análisis factorial por el método de extracción: Análisis de componentes principales y por el método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser, con el propósito de conocer si los instrumentos empleados miden lo que teóricamente se menciona que miden.

Ideación Suicida

Como se puede observar en el cuadro 4 el análisis de factores arrojó que para esta escala todos los reactivos se agruparon en un solo factor al cual se le nombró presencia de Ideación Suicida, este factor tiene una varianza explicada total del 56.53%, lo cual quiere decir que este instrumento mide única y exclusivamente la Ideación.

Cuadro 4. Factor de la escala de Ideación Suicida del turno matutino

| Factores de IS | Reactivos | Nombre del Factor | Varianza Explicada | Varianza Explicada Total |
|----------------|-------------|-------------------------------|--------------------|--------------------------|
| Factor 1 | 1, 2, 3 y 4 | Presencia de Ideación Suicida | 56.53% | 56.53% |

Desesperanza

En el cuadro 5 se muestra el análisis de factores, donde se observa que los reactivos se agruparon en dos factores, al primero se le denominó expectativas negativas del futuro, la varianza explicada de este primer factor es de 22.82 % y al segundo factor se le denominó expectativas positivas del futuro, la varianza explicada de este segundo factor es de 22.72%, para dar una varianza explicada total del 44.54%.

Cuadro 5. Factores de la escala de desesperanza de ambos turnos.

| Factores de Desesperanza | Reactivos | Nombre del Factor | Varianza Explicada | Varianza Explicada Total |
|--------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------|--------------------------|
| Factor 1 | 2, 3, 5, 8 y 10 | Expectativa negativa del futuro | 22.82% | 44.54% |
| Factor 2 | 1, 4, 6, 7, 9 y 11 | Expectativa positiva del futuro | 22.72% | |

Auto-eficacia

Por último al aplicar el análisis de factores para la escala de Auto-eficacia se observa (cuadro 6) que se agrupan en tres factores, el primero lo denominé perseverancia en las acciones, su varianza explicada de este primer factor es de 15.88%, el segundo factor se le nombró evasión de los problemas y su varianza explicada es de 14.27% y el tercer factor se le denominó problemas de socialización y la varianza explicada de este tercer factor es de 12.20%, entre los tres factores dan una varianza explicada total del 42.37%.

Cuadro 6. Factor de la escala de Auto-eficacia de ambos turnos.

| Factores de Auto-eficacia | Reactivos | Nombre del Factor | Varianza Explicada | Varianza Explicada Total |
|---------------------------|-----------------|-------------------------------|--------------------|--------------------------|
| Factor 1 | 1, 3, 7, 8 y 10 | Perseverancia en las acciones | 15.88% | |
| Factor 2 | 5, 6, 9 y 11 | Evasión de los problemas | 14.27% | 42.37% |
| Factor 3 | 12 y 13 | Problemas de socialización | 12.20% | |

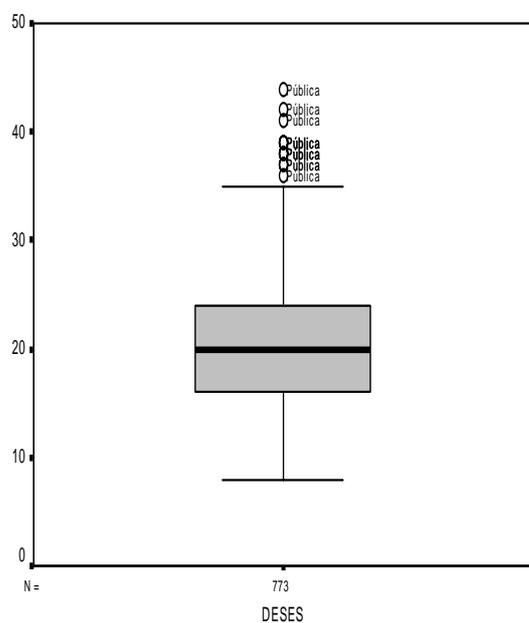
4.5 Comprobación de las Hipótesis de Investigación

De acuerdo a lo planteado en el capítulo anterior se retoman nuevamente las hipótesis para recordarle al lector cuales fueron las planteadas en el presente proyecto, a continuación se presenta cada hipótesis y su análisis correspondiente.

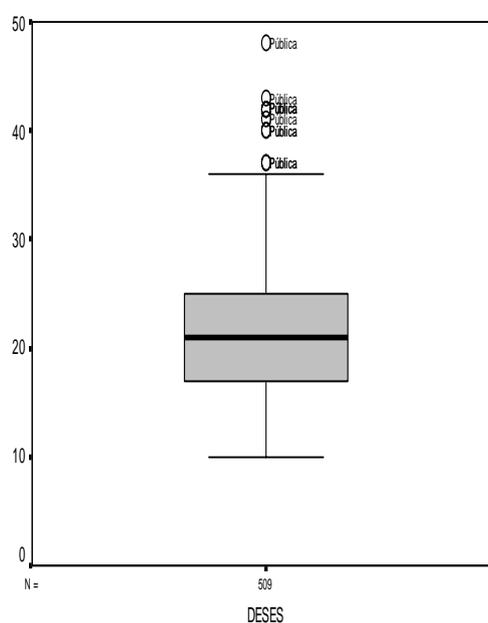
Hipótesis 1. El grado de desesperanza es diferente entre el turno matutino y el turno vespertino.

Para comprobar esta hipótesis se procedió a realizar una t de “student”, dicho cálculo no arrojó una diferencia significativa ($\alpha= 0.45$), lo que indica que no hay diferencia entre el grado de desesperanza entre el turno matutino y el turno vespertino, lo cual puede verse visualmente en las gráficas 7 y 8. Por lo tanto se rechaza esta hipótesis, ya que no existe diferencia significativa en el grado de desesperanza entre el turno y el turno vespertino, es decir son iguales en relación a dicho fenómeno.

Gráfica 7 y 8. Puntajes de la escala de Desesperanza de estudiantes del Colegio de Bachilleres de ambos turnos.



Puntajes de Desesperanza Turno Matutino



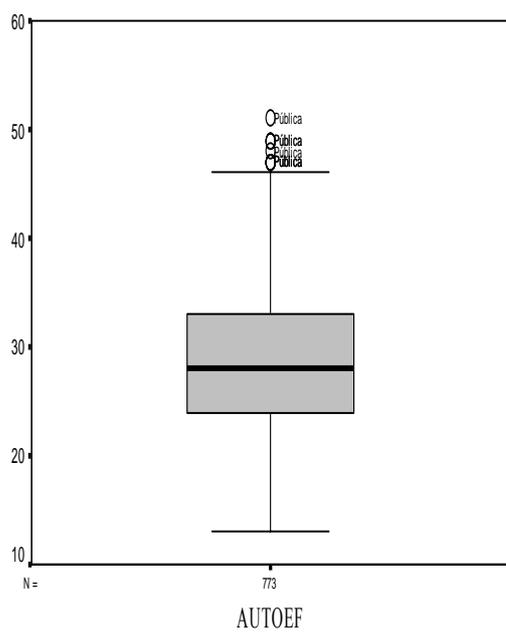
Puntajes de Desesperanza Turno Vespertino

Hipótesis 2. El grado de auto-eficacia es diferente entre el turno matutino y el turno vespertino.

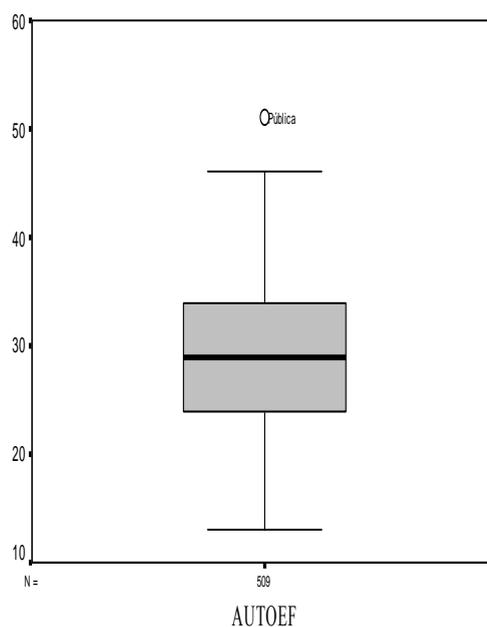
Al igual que en la hipótesis anterior se procedió a realizar una t de “student”, dicho cálculo no arrojó una diferencia significativa ya que se obtuvo un $\alpha = .145$, lo que indica que no existe diferencia entre el turno matutino y el turno vespertino en relación al grado de auto-eficacia, esto puede observarse en las siguientes gráficas (9 y 10).

Por lo tanto, se rechaza esta hipótesis, debido a que no existe diferencia significativa entre el turno matutino y el turno vespertino en relación al grado de auto-eficacia, es decir son iguales en relación a este fenómeno.

Gráfica 9 y 10. Puntajes de la escala de Auto-eficacia de estudiantes del Colegio de Bachilleres de ambos turnos.



Puntajes de Auto-eficacia Turno Matutino



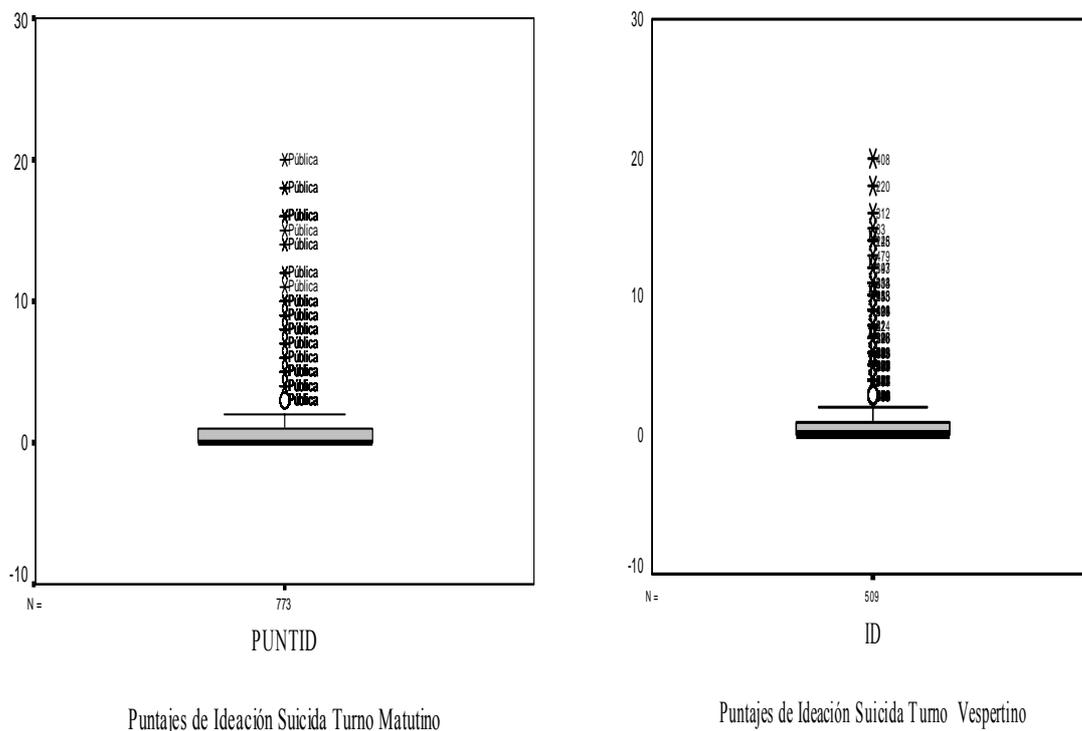
Puntajes de Auto-eficacia Turno Vespertino

Hipótesis 3. El grado de ideación suicida es diferente entre el turno matutino y el turno vespertino.

Al llevar a cabo la t de “student” dicho cálculo arrojó una significancia estadística ($\alpha \leq .05$), lo que indica que si hay diferencia entre el turno matutino y el turno vespertino en relación al grado de Ideación Suicida, así mismo se obtuvo una $t = -1.364$ lo que indica que en el turno vespertino existe mayor ideación suicida, lo anterior puede observarse en la gráfica 11 y 12.

Por lo tanto y de acuerdo a lo anterior se acepta dicha hipótesis, debido a que si existe una diferencia significativa entre el turno matutino y el turno vespertino en relación al grado de Ideación Suicida.

Gráfica 11 y 12. Puntajes de la escala de Ideación Suicida de estudiantes del Colegio de Bachilleres de ambos turnos.



Hipótesis 4. Existe relación entre los puntajes de ideación suicida y los puntajes de desesperanza en estudiantes del turno matutino y del turno vespertino.

Para comprobar dicha hipótesis se llevo a cabo una correlación a través de un coeficiente de correlación de Pearson, dicho cálculo arrojó una relación entre los puntajes de Ideación Suicida y los puntajes de Desesperanza ($r= 0.248$), esta relación es estadísticamente significativa ($\alpha<0.05$), lo anterior indica que mientras la variable de Ideación Suicida aumenta o decrementa la variable de desesperanza hace lo mismo.

Por lo tanto y de acuerdo a lo anterior, la hipótesis se acepta, es decir, hay relación entre los puntajes de Ideación Suicida y Desesperanza, en otras palabras cuando hay puntajes altos en ideación suicida también se presentan puntajes altos en desesperanza.

Hipótesis 5. Existe relación entre los puntajes de Ideación Suicida y los puntajes de Auto-eficacia en estudiantes del turno matutino y turno vespertino.

Al llevar a cabo la correlación a través del coeficiente de correlación de Pearson, dicho cálculo arrojó una $r=.167$ significativa estadísticamente ($\alpha<0.05$), lo cual indica que existe relación entre los puntajes de Ideación Suicida y los puntajes de Auto-eficacia. Por lo tanto se acepta esta hipótesis, es decir, existe relación entre los puntajes de Ideación Suicida y Auto-eficacia, es decir, cuando la Ideación Suicida aumenta o decrementa en sus puntajes la Autoeficacia presenta el mismo fenómeno.

Cabe mencionar que para el planteamiento de las siguientes hipótesis (6 a 9) se procedió a conformar una muestra que tuviera en forma simultánea bajos puntajes tanto en desesperanza como en auto-eficacia, partiendo del siguiente planteamiento ¿a partir de que punto se considera un puntaje bajo?, el criterio que se empleo fue el estadístico de la desviación estándar de tal forma que se asignó el número 1 a aquellos puntajes tanto de desesperanza como de auto-eficacia que estuvieran debajo de una desviación estándar La intersección de un bajo puntaje en desesperanza y auto-eficacia arrojó la muestra de nuestro interés. De la misma manera se procedió para seleccionar la muestra que tuviera los puntajes altos de desesperanza y auto-eficacia aquellos puntajes arriba de una desviación

estándar se le dio el valor de 3. Las muestras encontradas se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 7. Tamaño de la muestra obtenida en la intersección de puntajes bajos, puntajes medios y puntajes altos de Desesperanza y de auto-eficacia.

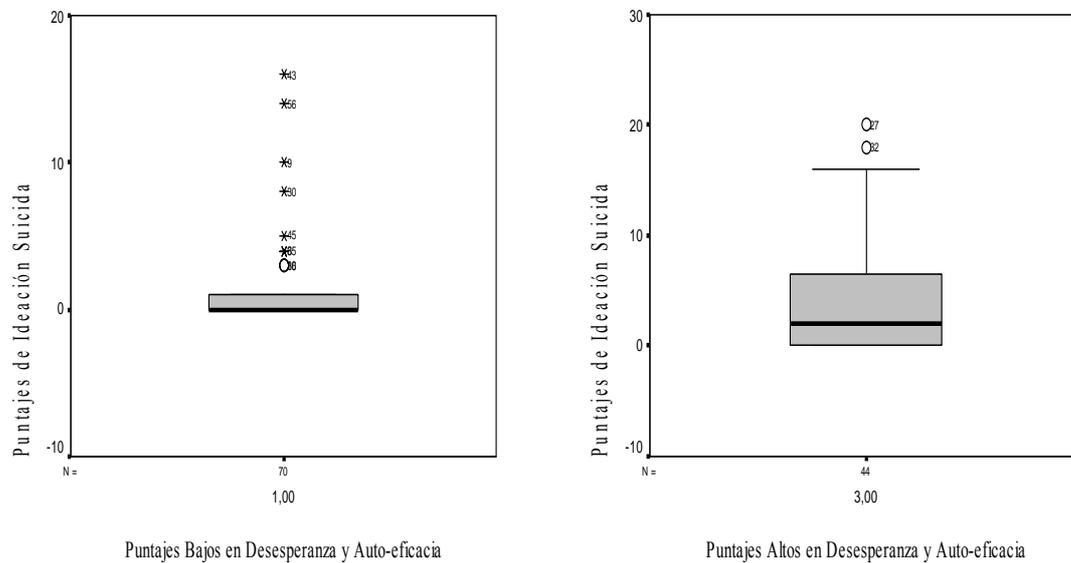
| Bajos Puntajes Debajo de una desviación estándar | | Puntajes Medios Dentro de una desviación estándar | | Altos Puntajes Arriba de una desviación estándar | |
|--|------------|---|------------|--|------------|
| Matutino | Vespertino | Matutino | Vespertino | Matutino | Vespertino |
| 70 | 39 | 659 | 445 | 44 | 25 |

Ya teniendo identificadas las muestras tanto de puntajes bajos como altos de desesperanza y auto-eficacia se procedió a corroborar las siguientes hipótesis;

Hipótesis 6. En el turno matutino la muestra con bajos puntajes de desesperanza y auto-eficacia presenta un menor grado de ideación suicida comparado con la muestra con altos puntajes de desesperanza y auto-eficacia.

En la gráfica 13 se presenta la distribución de la Ideación Suicida del turno matutino en la intersección de bajos puntajes tanto de desesperanza como de auto-eficacia y en la gráfica 14 se muestra la Ideación Suicida de aquellos alumnos que presentaron altos puntajes en ambas variables. Para comprobar dicha hipótesis se procedió a realizar una t de “student”, dicho cálculo arrojó una $t = -3.390$ siendo significativa al $\alpha = .000$, lo anterior indica que existe diferencia significativa en relación al grado de Ideación Suicida entre aquellos alumnos que presentaron bajos puntajes de desesperanza y auto-eficacia de aquellos que presentaron altos puntajes en ambas variables, mostrando que en este último grupo existe mayor grado de Ideación. Por lo tanto, se acepta dicha hipótesis, es decir, existe diferencia significativa entre aquellos alumnos que presentan bajos puntajes en la intersección de desesperanza y auto-eficacia de aquellos que presentan altos puntajes de la intersección de dichas variables, ya que, estos últimos presentan mayor grado de Ideación Suicida.

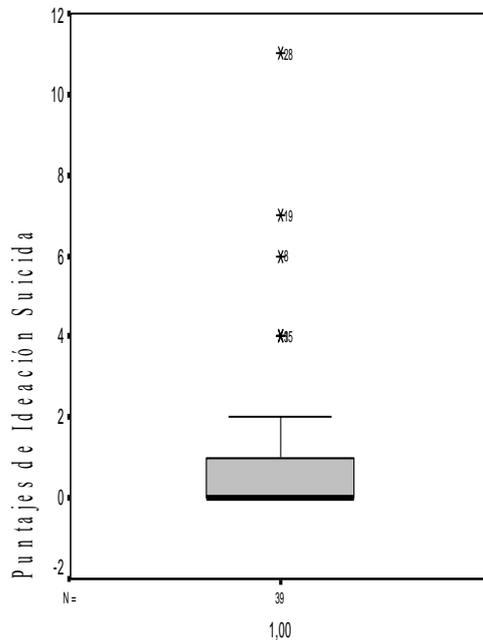
Gráfica 13 y 14. Puntajes de Ideación Suicida del turno matutino de aquellos alumnos que presentaron bajos y altos puntajes.



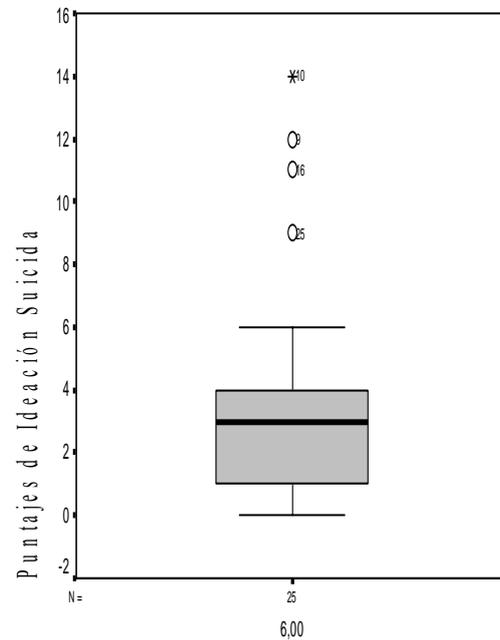
Hipótesis 7. En el turno vespertino la muestra con bajos puntajes de desesperanza y auto-eficacia presenta un menor grado de ideación suicida comparado con la muestra con altos puntajes de desesperanza y auto-eficacia.

En la gráfica 15 se presenta la distribución de la Ideación Suicida del turno vespertino en la intersección de bajos puntajes de desesperanza y auto-eficacia y en la gráfica 16 muestra la Ideación Suicida de aquellos alumnos que presentaron altos puntajes en la intersección de ambas variables. Para comprobar dicha hipótesis se procedió a realizar una t de “student”, dicho cálculo arrojó una $t = -2.889$ siendo significativa al $\alpha = .008$, lo anterior indica que existe una diferencia significativa en relación al grado de Ideación Suicida entre aquellos alumnos que presentaron bajos puntajes de desesperanza y auto-eficacia de aquellos que presentaron altos puntajes en dichas variables, mostrando que en este último grupo existe mayor grado de Ideación. Por lo tanto, se acepta dicha hipótesis, es decir, existe diferencia significativa entre aquellos alumnos que presentan bajos puntajes de desesperanza y auto-eficacia de aquellos que presentan altos puntajes en dichas variables, ya que, estos últimos presentan mayor grado de Ideación Suicida.

Gráfica 15 y 16. Puntajes de Ideación Suicida del turno vespertino de aquellos alumnos que presentaron bajos y altos puntajes.



Puntajes Bajos en Desesperanza y Auto-eficacia

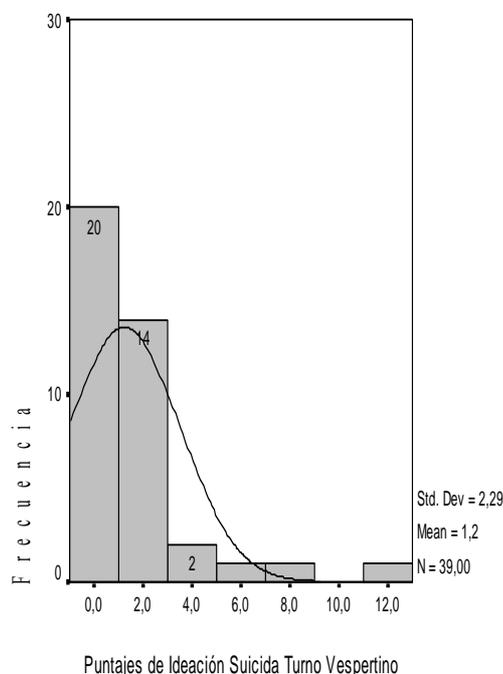
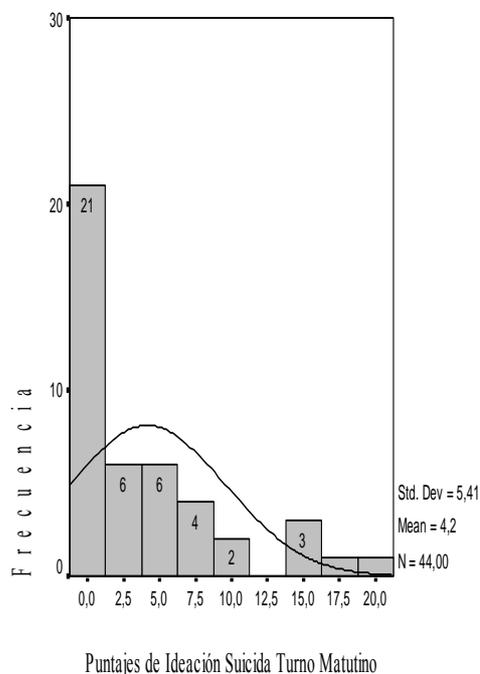


Puntajes Altos en Desesperanza y Auto-eficacia

Hipótesis 8 El grado de Ideación Suicida es diferente entre el turno matutino y el turno vespertino cuando hay interacción de puntajes bajos de desesperanza y auto-eficacia.

Primeramente se procedió a comparar la ideación suicida en la muestra con bajos puntajes en desesperanza y auto-eficacia, la cual se muestra en la grafica 17 para el turno matutino y en la gráfica 18 se muestran los puntajes bajos en desesperanza y auto-eficacia para el turno vespertino.

Gráfica 17 y 18. Puntajes de Ideación Suicida cuando hay intersección de puntajes bajos de Desesperanza y Auto-eficacia

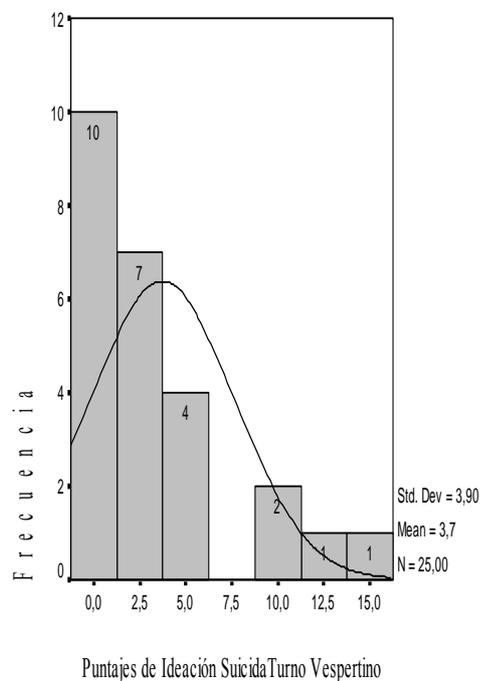
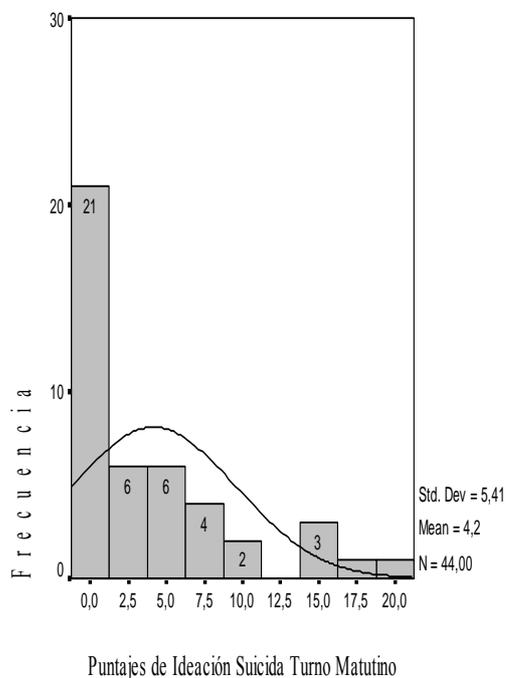


Posteriormente se procedió a hacer una comparación de la ideación suicida entre las dos muestras a través de una t de “student”, encontrando que $t = -0,172$ ($\alpha > 0,05$). Lo cual indica que no hay diferencia significativa en la ideación suicida cuando se tienen puntajes bajos tanto en desesperanza como en autoeficacia en el turno matutino como en el turno vespertino, por consiguiente se rechaza esta hipótesis de investigación, es decir son iguales las distribuciones de la ideación suicida en ambos turnos.

Hipótesis 9. Altos puntajes tanto en desesperanza como en auto-eficacia presenta una distribución de ideación suicida diferente entre el turno matutino y el turno vespertino.

Primeramente se procedió a comparar la ideación suicida en la muestra con altos puntajes en desesperanza y auto-eficacia, la cual se muestra en la grafica 19 para el turno matutino y en la gráfica 20 se muestran los puntajes altos en desesperanza y auto-eficacia para el turno vespertino.

Gráfica 19 y 20. Puntajes de Ideación Suicida cuando hay intersección de puntajes altos de Desesperanza y Auto-eficacia.



Posteriormente se procedió a hacer una comparación de la ideación suicida entre las dos muestras a través de una t de “student”, encontrando que $t = .389$ ($\alpha > 0.05$). Lo cual indica que no hay diferencia significativa en la ideación suicida cuando se tienen puntajes altos tanto en desesperanza como en autoeficacia en el turno matutino como en el turno vespertino, por consiguiente se rechaza esta hipótesis de investigación, es decir son iguales las distribuciones de la ideación suicida en ambos turnos.

Para lograr comprobar las últimas dos hipótesis el puntaje de la ideación suicida se clasificó como bajo y alto a partir de una desviación estándar.

Hipótesis 10. Las variables sociodemográficas que manifiestan los estudiantes del turno matutino con Ideación Suicida baja son diferentes a las variables sociodemográficas cuando la Ideación Suicida es alta.

La comprobación de esta hipótesis se llevó a cabo a través de una t de “student” entre las muestras de baja puntuación en ideación suicida y alta ideación suicida con las variables sociodemográficas.

Las variables sociodemográficas que resultaron significativas entre baja y alta Ideación Suicida se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 8. Puntajes bajos y altos de ideación suicida del turno matutino en relación con las variables sociodemográficas.

| Reactivos | t de “student” | Significancia |
|---|----------------|-----------------|
| 1.13 ¿En los últimos tres meses has vivido situaciones que han perturbado o alterado tú vida? | t= -2.509 | $\alpha < 0.05$ |
| 1.20 ¿Has recibido atención psicológica o psiquiátrica? | t= -2.881 | $\alpha < 0.05$ |
| 1.21 La causa por la que recibiste atención psicológica o psiquiátrica fue: | t= -1.932 | $\alpha < 0.05$ |
| 1.21b Otra ¿cuál? | t= -1.000 | $\alpha < 0.05$ |
| 1.23 ¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o ha intentado suicidarse? | t= -1.894 | $\alpha < 0.05$ |

Por lo tanto de las 23 variables sociodemográficas solo son significativas cinco, de lo cual podemos afirmar que aquellas variables relacionadas son significativas con el grupo de altos puntajes en ideación suicida, por lo tanto se acepta la hipótesis, ya que existe diferencia significativa entre los bajos puntajes y los altos puntajes en ideación suicida, por lo menos en cinco variables sociodemográficas.

Hipótesis 11. Las variables sociodemográficas que manifiestan los estudiantes del turno vespertino con Ideación Suicida baja son diferentes a las variables sociodemográficas cuando la Ideación Suicida es alta.

Las variables sociodemográficas que resultaron significativas entre baja y alta Ideación Suicida se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 12. Puntajes bajos y altos de ideación suicida del turno vespertino en relación con las variables sociodemográficas.

| Reactivos | t de "student" | Significancia |
|---|----------------|-----------------|
| 1.2 Sexo | t= -2.777 | $\alpha < 0.05$ |
| 1.13 ¿En los últimos tres meses has vivido situaciones que han perturbado o alterado tú vida? | t= - 3.399 | $\alpha < 0.05$ |
| 1.14. Estas situaciones que han perturbado o alterado tú vida se relacionan con: | t= -1.489 | $\alpha < 0.05$ |
| 1.20 ¿Has recibido atención psicológica o psiquiátrica? | t= -1.748 | $\alpha < 0.05$ |
| 1.21 La causa por la que recibiste atención psicológica o psiquiátrica fue: | t= -1.485 | $\alpha < 0.05$ |
| 1.23 ¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o ha intentado suicidarse? | t= -2.550 | $\alpha < 0.05$ |

Después de la aplicación de la t de "student" se puede observar que solo seis variables son significativas estadísticamente, por lo tanto, se acepta la hipótesis ya que existe diferencia significativa entre aquellos alumnos que obtuvieron puntajes bajos de aquellos que obtuvieron puntajes altos en ideación suicida en relación a las variables sociodemográficas.

En el capítulo siguiente se abordará la conclusión y la discusión

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Como se mencionó al principio de esta presente investigación en México se han llevado una serie de estudios donde se aborda el fenómeno del suicidio, pero es sumamente complejo poder predecir a ciencia cierta aquellos factores que intervienen para que se de dicho fenómeno, ya que se sabe que no es un solo factor el que lo causa si no son una serie de factores. Ahora bien, al no poder trabajar directamente con la población suicida se recurrió al primer paso del proceso suicida, la ideación, pues este es un buen predictor del suicidio consumado.

Dentro de esta amplia gama de factores que intervienen en la ideación suicida, en la presente investigación se abordaron dos factores la desesperanza y la auto-eficacia, para dicha investigación se partió de un cuestionamiento ¿cómo se relaciona la desesperanza y la auto-eficacia con la ideación suicida?, donde se tuvo como objetivo conocer, comparar y analizar la posible relación entre la presencia y ausencia de la ideación suicida con la desesperanza y la auto-eficacia en estudiantes de nivel medio superior de dos turnos: matutino y vespertino. Partiendo de dicho objetivo se plantearon una serie de hipótesis, mismas que se retomaran nuevamente para contrastar los resultados obtenidos en dicha investigación con resultados de otras investigaciones ya publicadas.

Primeramente se pretendió conocer el grado de desesperanza, auto-eficacia e ideación suicida que presentó nuestra población en estudio y si existe una diferencia significativa entre el turno matutino y el turno vespertino, en lo cual se encontró que en relación a las dos primeras variables no existe diferencia significativa entre un turno y otro ya que el grado de desesperanza y auto-eficacia es muy similar. Sin embargo el grado de ideación suicida que presentó el turno matutino es menor a comparación de la que presentó el turno vespertino, siendo éste el que más grado de ideación suicida manifestó. Aceptándose únicamente esta última hipótesis.

Así mismo se trabajó la relación que existe entre las variables en cuestión (desesperanza y auto-eficacia) con la ideación suicida, obteniéndose como resultado que con la

desesperanza existe más relación ($r= 0.248$) a comparación de la auto-eficacia ($r= 0.167$) pero en ambos casos es estadísticamente significativa.

Por otro lado se trató de conocer si la muestra con bajos puntajes de desesperanza y auto-eficacia presentan un menor grado de ideación suicida comparado con la muestra con altos puntajes de desesperanza y auto-eficacia, planteándose esto para ambos turnos. Se encontró que en ambos casos existe diferencia significativa, lo cual nos indicó que existe diferencia de aquellos alumnos que obtuvieron bajos puntajes de aquellos que obtuvieron altos puntajes en ideación suicida ya que en ambos casos en los últimos puntajes (altos) es donde más se presenta la ideación suicida.

Se encontró que el grado de ideación suicida no es diferente entre el turno matutino y el vespertino cuando hay intersección de puntajes bajos de desesperanza y auto-eficacia, sin embargo, cuando se presentan altos puntajes de desesperanza y auto-eficacia el grado de ideación suicida tampoco varia entre un turno y otro. Rechazándose así las hipótesis planteadas.

En relación a lo encontrado en dicha investigación y en contraste con otras investigaciones se puede decir lo siguiente: El estudio más importante con respecto a la desesperanza es el llevado a cabo por Beck y cols. (1974) quienes concluyeron que la desesperanza es uno de los indicadores más precisos del riesgo suicida. A esto Mondragón y cols (op cit.), analizaron la relación entre la ideación suicida, variables sociodemográficas, desesperanza, abuso de drogas y alcohol entre pacientes adultos hospitalizados de 18 a 65 años, utilizaron entrevistas semi-estructuradas y emplearon las Escalas de Desesperanza y de Ideación Suicida de Beck, mencionan que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno, y este se encuentra relacionado con la desesperanza y la depresión. Concluyendo que los pacientes con niveles elevados de desesperanza tienen un riesgo 6 veces mayor de presentar ideación suicida ya que se encuentra más vinculado la conducta suicida con las características cognitivas, así mismo, comentan sobre la necesidad de crear programas de prevención para el comportamiento suicida, en especial la ideación suicida, sobre todo cuando los resultados en su estudio muestran una estrecha relación de esta y la desesperanza.

En otro estudio llevado a cabo por Beck y cols (1993), donde pretendían determinar si el diagnóstico de depresión intervenía en la relación de desesperanza e ideación suicida en una población de pacientes psiquiátricos, encontraron que la desesperanza era más importante que la depresión para explicar la prevalencia de la ideación suicida.

Rich y cols. (1992, en Mondragón 1996) realizaron un estudio con el propósito de examinar las diferencias de género en la ideación suicida y los correlatos psicosociales implicados en el modelo de vulnerabilidad-estrés. Los resultados indican que fueron significativas las diferencias de género en el auto reporte de la ideación suicida, depresión, razones para vivir, aislamiento y abuso de sustancias (variables estudiadas). Los hombres y las mujeres se separaron en dos grupos diferentes, cuatro de las variables se encontraron como predictores significativos de la ideación: es decir, la depresión, la desesperanza, el abuso de sustancias y las pocas razones para vivir. Finalmente el resultado más importante del estudio, es que la desesperanza fue la primera variable predictora en toda la muestra, y explicó la mayoría de la varianza en los puntajes de ideación (30%-40%).

En un estudio realizado por Villardón (1993) en jóvenes adolescentes de Barcelona, España, en donde recurrieron a la Escala de Ideación Suicida de Beck, para relacionar la ideación suicida y el intento de suicidio con diversas variables, obteniendo los siguientes resultados respecto a la posibilidad predictiva/explicativa de los aspectos psicosociales del suicidio:

- Ψ La depresión es el aspecto que mejor explica la variabilidad de la ideación suicida.
- Ψ Además de la depresión, las razones para vivir, la desesperanza, el auto-concepto, el estrés y el afrontamiento mal adaptativo contribuyen a la explicación del pensamiento de suicidio.
- Ψ Por último se confirmó que no es necesaria la presencia de todas las variables para que se dé la conducta suicida y es combinatorio, por que la combinación de varios factores aumenta la predisposición a la ideación suicida.

Villardón, menciona que la desesperanza es una variable estudiada en las investigaciones de suicidio y consiste en la percepción negativa del futuro por parte del individuo. Es una

característica cognitiva frecuente en algún tipo de depresión aunque se diferencia de ella. Parece estar más vinculada a las conductas suicidas de alta letalidad.

Cole (1989), menciona que uno de los elementos cognoscitivos más asociados con la conducta suicida es la desesperanza, sin embargo, también se observa que no siempre es un predictor significativo del intento suicida. Así mismo encontró otros factores cognitivos (auto-eficacia, habilidades de enfrentamiento, entre otros) que influían en la relación entre desesperanza y suicidio, especialmente entre los hombre.

Las últimas dos hipótesis planteadas se relacionan con las variables sociodemográficas que manifestaron los estudiantes de ambos turnos con una ideación suicida baja o alta, las variables que resultaron más significativas fueron: Para el turno matutino: situaciones que han perturbado o alterado su vida, ha recibido atención psicológico o psiquiátrica, causa por la que se recibió atención psicológica, otro tipo de causas y personas cercanas al estudiante que se han intentado suicidar o se han suicidado. Para el turno vespertino las variables más significativas son: el sexo, situaciones que han perturbado o alterado su vida, las situaciones perturbantes se relacionan con:, ha recibido atención psicológica o psiquiátrica, causa por la que se recibió la ayuda y si alguna persona cercana se ha intentado suicidar o se ha suicidado.

González-Forteza y cols. (1996) mencionan que los trastornos afectivos, de conducta o de la personalidad, son un buen indicador del riesgo de conducta suicida. Se ha encontrado que buena parte de las víctimas de suicidio había estado sometida a tratamiento psiquiátrico. Existe otro grupo minoritario de víctimas que sólo presentaban características obsesivas y de ansiedad que los volvían vulnerables ante cualquier cambio. Asimismo, los adolescentes con problemas en la conducta alimenticia se constituyeron en otro grupo de riesgo debido a los componentes autodestructivos de ésta. Mencionan que las experiencias humillantes, el fracaso escolar o laboral, el rechazo, los conflictos interpersonales con la pareja o con los padres, la frustración, problemas escolares así como el abuso físico o sexual, todos han sido identificados como factores precipitantes de la conducta suicida.

De acuerdo a lo encontrado en dicha investigación y a lo reportado en otras investigaciones, se puede observar que no existen muchos reportes acerca de la ideación suicida y su relación con la auto-eficacia, por lo cual se recomienda continuar con esta línea de investigación para seguir aportando aún más acerca de esta relación sin olvidar que también existen otras variables que influyen para que se dé dicho fenómeno.

Por último, se puede decir que la pregunta de investigación se respondió ya que se pudo observar que existe relación entre las tres variables estudiadas y se sigue comprobando que la desesperanza es un buen predictor de la ideación suicidase y en el caso de la auto-eficacia aunque su relación es mínima pero se dio un primer avance y el objetivo planteado se logró ya que sus objetivos específicos se realizaron y se permitió observar con mayor claridad la relación de dichas variables.

REFERENCIAS

- Artasánchez, F (1999) *Factores de riesgo para la ideación suicida. Análisis retrospectivo de factores de interacción y crianza*. Tesis Maestra en psicología clínica. Facultad de psicología de división de estudios superiores de posgrado. México.
- Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Beck, A. (1974). *The prediction of suicide*. New York: Charles Press
- Beck, A. (1991). *Reestructuración Cognitiva, en Caballo, Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de conducta*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Editorial Desclee de Brouwer, S. A.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S. & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 139-145.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42: 861-865.
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruíz, J.A. (2004). *El Suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida*. España: Universidad de Murcia.
- Castelli, C. P. y Serrano, C. (2002). Caracterización de los factores asociados al suicidio. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, (2). México

Castillo, V., Haquin, F., Larraguibel, Q., y Cabezas, A. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de Calama. (Versión electrónica) *Sociedad Chilena de Pediatría*, 5, 75, 425-433. En:

Recuperado el 6 de abril de 2007, de

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062004000500003&script=sci_arttext

Cole, D., (1989). Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, coping beliefs and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 248-255.

Contreras, A. (2001). La teoría del aprendizaje social. (Versión electrónica) Disponible: (En Red). Recuperado el 4 de septiembre de 2007

www.comunit.com/la/lapm/sid-404.html

Duarte, R. (1998). *Propuesta de intervención al intento suicida bajo el enfoque conductual*, Tesis de Licenciatura en Psicología, FES-Iztacala, México.

Durkheim, E. (1998). *El suicidio*. México; Tomo.

Espinosa, F; Almeida, M; Cortés, S y Leo, A. (2003). Análisis de muertes por suicidio en el estado de Querétaro. *Salud mental*. 6, 26, 47-54.

Fernández, A (1976). *¿Es usted un suicida en potencia?*. México; Posada.

García, R. (2003). El suicidio adolescente: un análisis de variables predictoras. *American Journal of Psychiatry*, 7, 1, 23-38.

García, J. y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo suicida. (Versión electrónica) *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 25, 3, 87-96. Recuperado el 5 de Mayo de 2007.

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25-3html>

- Garland, A. & Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention. Current research and social policy implications. *American Psychologist*, 48, 2, 169-182.
- Gómez, C. y Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental*, 1, 19, pp. 45-55.
- González-Forteza, C. C., Berenzon, S. y Jiménez, A. (1999). Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes. *Salud Mental*. No. Especial. 145-153.
- González-Forteza, C. C., Borges, G., Gómez, C., y Jiménez, T. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19, 33-37.
- González- Forteza, C. C., García, G., Medina- Mora, M. E., y Sánchez, M. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21, 3, 1-9.
- Gonzalez, H. (2002). *Variables de auto-eficacia asociadas con la depresión en adultos mayores*. Reporte de Investigación. UNAM. Fes-Iztacala, México.
- González, M; Díaz, M. Ortiz, L. González, y González, N. (2000). Características Psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 2, 23, 21-30.
- Guibert, R. W. (2002). Enfrentamiento especializado del paciente suicida. (Versión electrónica) *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 18, 2. Recuperado el 15 de agosto de 2007
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi08202
- Gutierrez-García, A., Contreras, C. y Orozco-Rodríguez, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29, 5, 66-74.

- Hawthorn, K. & Catalán, J. (1983). *Attempted suicide. A practical guide to its nature and managment*. New York; Oxford University Press.
- Jiménez, T. y González-Forteza, (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigación Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 6, 26, 35-46.
- López, L; Medina-Mora, Villatoro, J; Juárez, F; Carreño, S; Berenzon, S. y Rojas, E. (1995). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*. 4, 18, 25-32.
- Méndez, R. I., Namihira, G. D., Moreno, A. L. & Sosa, M. C. (1987). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. (2ª ed.) México; Trillas.
- Merani, A. (1976). *Psicología de la Edad Evolutiva: Infancia, pubertad y adolescencia*. Barcelona; Editorial Grijalbo.
- Mondragón, B. L., (1996). *La ideación suicida en relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México, D. F.
- Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*. 21, 5, 20-27.
- Moron, P. (1987). *¿Qué sé? El Suicidio*. México; Publicaciones Cruz.
- Núñez, O., (2000). *Constructos cognoscitivos relacionados con la depresión infantil. Pensamientos automáticos, desesperanza, anedonía y sintomatología depresiva*.

Tesis de Especialidades en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. México, D.F.

Peña, G. L., Casas, R., Padilla, C., Gómez, A. y Gallardo, A. M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes jóvenes. *Revista Cubana Médica Militar*, 31, 3, 182-187.

Pérez, B. (1997). El suicidio, comportamiento y prevención. Oriente Santiago de Cuba.

Pérez, B. S. A. (2004). ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?. *Psicología en línea*. (Versión electrónica). Recuperado el 3 de diciembre de 2007.

<http://www.psicología-online.com/ebooks/suicidio/comportamiento.shtml>

Quintanilla, R., Haro, J., Flores, V., Celis de la Rosa, A. y Valencia, A. (2003). Desesperanza y Tentativa Suicida (Versión electrónica), *Investigación en Salud*, 5, 002.

Recuperado el 16 de agosto de 2007, de

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14250206.pdf>

Rascón, G.; Gutiérrez, L.; Valencia, C.; Díaz, M.; Leños, G. y Rodríguez, V. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicida de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 5, 27, 44-52.

Roberts, E. (1988). Escala de Ideación Suicida. En: González-Forteza C. (1992). Escala validada para adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y bachillerato. *Instituto Nacional de Psiquiatría*.

Rosales, M. y Caballero, R. (2005). *Relación entre la ideación suicida, desesperanza, soledad y características sociodemográficas en estudiantes universitarios de 17 a 29 años*. Tesis de Licenciatura. UNAM. Fes-Iztacala. México.

- Rodríguez, G. (1974). *Suicidios y suicidas en la sociedad mexicana*. México; UNAM
- Schotte, D. E. & Clum, G. A. (1982). Suicide ideation in a collage population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 690-696.
- Sherer, M., Maddux, J., Mercadante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R. (1982). The Self-efficacy Scale: Construction and Validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires; Paidós.
- Terroba, G., Saltijeral, T. y Gómez, M. (1988). “El suicidio y el intento de suicidio. Una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años”. *Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 4, 310-315.
- The university of Texas (2001, Septiembre). Entendiendo el suicidio de los adolescents. County psychiatric center. (Version electronica)En:
http://hcpc.uth.tmc.edu/spanish_teensuicide.htm#whattodo.
- Villardón, G. L., (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Rontegui.

ANEXOS

ANEXO 1

SECCIÓN 1. DATOS GENERALES

Instrucciones: Anota brevemente el dato que se te pide o marca (X) en la opción que consideres responde a cada una de las siguientes preguntas.

- 1.1. Edad: _____ de los padres y otros familiares
() 6. Solo tíos, abuelos, o hermanos
- 1.2. Sexo:
() 1. masculino
() 2. femenino () 7. Otras personas
- 1.3. Año escolar _____
- 1.4. Promedio aproximado de calificación que tienes en este momento en la Escuela: _____
- 1.5. Lugar que ocupas como hijo(a):
() 1. Único(a) o primero(a)
() 2. Segundo(a)
() 3. Tercero(a) o más
- 1.6. Estado civil:
() 1. Soltero(a)
() 2. Casado(a)
() 3. Unión libre
- 1.7. ¿Trabajas?
() 1. No
() 2. Si
- 1.8. Sostén económico de tú familia
() 1. Padre
() 2. Madre
() 3. Ambos padres
() 4. Hermano(s)(as)
() 5. Padres y hermanos
() 6. Tú
() 7. Esposo(a)
() 8. Otros
- 1.9. Tu infancia y adolescencia la viviste con:
() 1. Papá y Mamá
() 2. Papá, mamá y hermano(s)
() 3. Solo mamá, o solo papá
() 4. Solo hermano(s)
() 5. Con ambos padres o algunos
- 1.10. ¿Padeces alguna enfermedad que requiera tratamiento continuo?
() 1. No (*pasa a la preg. 1.12*)
() 2. Si
- 1.11. ¿Cuál enfermedad?

- 1.12. ¿Acostumbras o necesitas consumir alguna de las siguientes sustancias con frecuencia para sentirte bien? (puedes marcar más de 1)
() 1. Cigarros
() 2. Café
() 3. Bebidas energéticas
() 4. Alcohol
() 5. Drogas
() 6. Medicamentos
() 7. No consumo algo para sentirme bien
- 1.13. ¿En los últimos tres meses has vivido situaciones que han perturbado o alterado tú vida?
() 1. No (*pasa a la pregunta 1.15*)
() 2. Si, una
() 3. Sí, más de una
- 1.14. Estas situaciones que han perturbado o alterado tú vida se relacionan con (puedes marcar más de una opción):
() 1. La familia
() 2. La pareja
() 3. Amistades
() 4. Escuela
() 5. Trabajo
() 6. Otro ¿cuál? _____
- 1.15. ¿Tú religión es?

- 1. Católica
- 2. Evangélica (protestante)
- 3. Otra, ¿cuál? _____
- 4. Ninguna (*pasa a la pregunta 1.17*)

- 1.23. ¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o ha intentado suicidarse?
- 1. No
 - 2. Si

1.16. ¿Qué tanto practicas tu religión?

- 1. Nada
- 2. Un poco
- 3. Regular
- 4. Bastante
- 5. Muchísimo

1.17. Tu preferencia sexual es:

- 1. Heterosexual
- 2. Homosexual
- 3. Bisexual

1.18. ¿Tienes novia(o)?

- 1. No
- 2. Si

1.19. ¿Tienes relaciones sexuales regularmente?

- 1. No
- 2. Si

1.20. ¿Has recibido atención psicológica o psiquiátrica?

- 1. No (*pasa a la pregunta 1.22*)
- 2. Si

1.21. La causa por la que recibiste atención psicológica o psiquiátrica fue:

- 1. Trastorno emocional (depresión, ansiedad, etc.)
- 2. Drogadicción
- 3. Alcoholismo
- 4. Problemas familiares (divorcio, violencia, etc.)
- 5. Problemas escolares
- 6. Otra ¿cuál? :

1.22. ¿Crees que has sido víctima de situaciones humillantes?

- 1. No
- 2. Sí

ANEXO 2

ESCALA DE AUTO-EFICACIA DE SHERER, MADDUX, MERCADANTE, PRENTICE-DUNN, JACOBS Y ROGERS, 1982

Instrucciones: A continuación se te presentan una serie de afirmaciones que pueden reflejar lo que has pensado o como te has sentido últimamente. En cada afirmación marca la columna que identifique tu grado de acuerdo o desacuerdo, conforme a la siguiente escala:

| | | | | |
|--|----------------------|---|-------------------|----------------------------------|
| TD | D | N | A | TA |
| <i>Totalmente en de Desacuerdo</i> | <i>En Desacuerdo</i> | <i>Ni de acuerdo Ni en desacuerdo</i> | <i>De Acuerdo</i> | <i>Totalmente de Acuerdo</i> |

Ejemplo:

| | TD | D | N | A | TA |
|---|----|---|---|---|----------|
| <i>Soy una persona que cumple lo que dice</i> | | | | | X |

En este ejemplo, la persona marcó la casilla **TA** indicando que esta totalmente de acuerdo en que siempre cumple lo que dice. Ahora marca tu respuesta para cada una de las afirmaciones que siguen.

| | Totalmente en Desacuerdo | En Desacuerdo | Ni Acuerdo ni Desacuerdo | De Acuerdo | Totalmente de Acuerdo |
|--|-----------------------------|------------------|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| | TD | D | N | A | TA |
| 1. Cuando hago planes, estoy seguro que puedo hacer que funcionen | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Uno de mis problemas es que no puedo ponerme a trabajar cuando debería | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Si no puedo hacer un trabajo la primera vez, sigo intentándolo hasta que puedo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Abandono las cosas antes de completarlas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Evito enfrentarme a las dificultades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Si algo me parece demasiado complicado no me molesto en intentarlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Cuando tengo que hacer algo desagradable, me pongo a hacerlo hasta que lo acabo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Cuando decido hacer algo, voy directo a trabajar sobre ello | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 9. Evito intentar aprender cosas nuevas cuando me parecen demasiado difíciles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. El fracaso sólo hace que lo intente con mayor fuerza | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. No parezco capaz de tratar con la mayoría de los problemas que surgen en la vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Me es difícil hacer nuevos amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. No me desenvuelvo bien en las reuniones sociales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO 3
ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK, WEISSMAN,
LESTER Y TREXLER 1974

| | Totalmente en Desacuerdo | En Desacuerdo | Ni Acuerdo ni Desacuerdo | De Acuerdo | Totalmente de Acuerdo |
|--|-----------------------------|---------------|-----------------------------|------------|--------------------------|
| | TD | D | N | A | TA |
| 1. Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Más vale que abandone todo, porque no puedo conseguir que mi vida pueda mejorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Mi futuro parece oscuro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Tengo bastante tiempo para realizar las cosas que más deseo hacer | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Tengo gran fe en el futuro | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 Es muy poco probable que tenga verdadera satisfacción en el futuro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Preveo tiempos mejores que peores | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

ANEXO 4

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE ROBERTS 1988

Para terminar, nos ayudaría saber si durante la semana pasada has pensado lo que indican las siguientes frases. Para lo cual te pedimos marques aproximadamente el número de días en que pensaste o te sentiste de acuerdo a lo que indica cada frase, durante la semana pasada:

| Durante la semana pasada: ¿Cuántos días te sentiste o pensaste así? | 0 | 1-2 | 3-4 | 5-7 |
|--|---|-----|-----|-----|
| 1. No podía seguir adelante | | | | |
| 2. Tenía pensamientos sobre la muerte | | | | |
| 3. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a) | | | | |
| 4. Pensé en matarme | | | | |

ANEXO 5
TABLA N° 1

Muestra los datos sociodemográficos encontrados en los estudiantes del Colegio de Bachilleres, plantel “Rosario”, de ambos turnos.

| <i>Ítems</i> | <i>Categorías</i> | <i>Bachilleres Matutino</i> | <i>Bachilleres Vespertino</i> |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Edad | No responde | .3% | 1.2% |
| | De 13 a 16 años | 58.8% | 32.2% |
| | De 17 a 20 años | 40.3% | 61.1% |
| | De 21 a 28 años | .6% | 5.2% |
| | 29 en adelante | | .4% |
| Sexo | No responde | .3% | .2% |
| | Masculino | 37.4% | 54.0% |
| | Femenino | 62.4% | 45.8% |
| Año Escolar | No responde | 1.0% | |
| | 1° | 52.1% | 67.4% |
| | 2° | 13.9% | 11.4% |
| | 3° | 32.7% | 21.2% |
| Promedio | No responde | 17.4% | 7.8% |
| | De 6 a 6.9 | .6% | 2.3% |
| | De 7 a 7.9 | 27.2% | 33.0% |
| | De 8 a 8.9 | 39.9% | 44.0% |
| | De 9 a 10 | 14.6% | 12.7% |
| Lugar que ocupa como hijo (a) | No responde | 1% | .4% |
| | Único(a) o primero(a) | 39.8% | 29.9% |
| | Segundo(a) | 28.8% | 33.0% |
| | Tercero(a) o más | 30.1% | 36.7% |
| Estado Civil | No responde | 1.7% | .4% |
| | Soltero(a) | 95.3% | 96.5% |
| | Casado(a) | 1% | .6% |
| | Unión libre | 1.9% | 2.6% |
| ¿Trabajas? | No responde | 1.7% | .8% |
| | Si | 80.9% | 68.2% |
| | No | 17.5% | 31.0% |

| | | | |
|--|--|-------------|-------------|
| Sostén económico de la familia | No responde | 1.4% | .8% |
| | Padre | 35.6% | 29.1% |
| | Madre | 13.6% | 16.9% |
| | Ambos padres | 39.2% | 32.2% |
| | Hermanos (as) | .5% | 1.8% |
| | Padres y hermanos | 5.7% | 8.6% |
| | Tú | 1.2% | 3.9% |
| | Esposo(a) | .4% | .2% |
| | Otros | 1.3% | 3.5% |
| | 2 opciones Mas de 3 opciones | 1.0% .1% | 2.4% .6% |
| Tu infancia y/o adolescencia la viviste con: | No responde | 1.3% | .4% |
| | Papá y mamá | 12% | 11.8% |
| | Papá, mamá y hermanos | 67.1% | 64.0% |
| | Solo papá o solo mamá | 8.8% | 11.6% |
| | Solo hermanos | .3% | .4% |
| | Con ambos o algunos de los padres y otros familiares | 7.9% | 6.7% |
| | Solo tíos, abuelos, o hermanos | 1.6% | 2.9% |
| | Otras personas 2 opciones | 1% .8% | 1.4% .8% |
| ¿Padeces alguna enfermedad que requiera tratamiento continuo? | No responde | 2.5% | 2.6% |
| | No | 90.4% | 92.9% |
| | Si | 7.1% | 4.5% |
| ¿Cuál enfermedad? | No responde | 95.7% | 95.9% |
| | Problemas en vías respiratorias | 2.1% | 1.8% |
| | En aparato circulatorio | .1% | .4% |
| | Problemas de la cabeza | .3% | .4% |
| | Problemas en aparato digestivo | .1% | .4% |
| | Problemas de la piel | .4% | |
| | Problemas psiquiátricos | | .2% |
| | Otras | 1.3% | 1.0% |
| ¿Acostumbras o necesitas consumir alguna de las siguientes sustancias con frecuencia para sentirte bien? | No responde | 4.7% | 3.5% |
| | Cigarros | 5% | 9.8% |
| | Café | 3.6% | 4.3% |
| | Bebidas energéticas | 1.3% | 2.0% |
| | Alcohol | .5% | 1.4% |
| | Drogas | .1% | 1.2% |
| | Medicamentos | 1.2% | .8% |
| | No consumo algo para sentirme bien | 78.9% | 67.4% |

| | | | |
|--|----------------------------|-------|-------|
| | Cigarros y café | .6% | 2.2% |
| | Cigarros, o café y alcohol | 1.7% | 3.5% |
| | Otros (2 o mas) | 2.3% | 3.9% |
| ¿En los últimos tres meses has vivido situaciones que han trastornado tú vida? | No responde | 3.0% | 3.7% |
| | No | 58.5% | 54.4% |
| | Si, una | 25.5% | 28.3% |
| | Si, mas de una | 12.9% | 13.6% |
| Estas situaciones que han perturbado o alterado se relacionan con: | No responde | 59.9% | 55% |
| | La familia | 13.7% | 14.5% |
| | La pareja | 5.2% | 5.3% |
| | Amistades | 3.2% | 3.1% |
| | Escuela | 2.6% | 3.9% |
| | Trabajo | .6% | 2.0% |
| | 2 diferentes | 1.4% | 1.2% |
| | 3 o más | 8.8% | 10.2% |
| | Otro | 4.5% | 4.7% |
| Otro ¿Cuál? | No responde | 99% | 97.8% |
| | Salud física o psicológica | .1% | .4% |
| | Economía | .1% | .4% |
| | Social | .4% | .6% |
| | Personal (otro) | .4% | .8% |
| Tu religión es: | No responde | 1.2% | 2.4% |
| | Católica | 80.5% | 72.3% |
| | Evangélica (protestante) | .9% | .8% |
| | Otra | 7.1% | 5.9% |
| | Ninguna | 10.3% | 18.7% |
| ¿Qué tanto practicas tú religión? | No responde | 8.9% | 13.6% |
| | Nada | 16.2% | 24.0% |
| | Un poco | 38.8% | 36.1% |
| | Regular | 31.4% | 24.2% |
| | Bastante | 3.5% | 1.8% |
| | Muchísimo | 1.2% | .4% |
| Tu preferencia sexual es: | No responde | 5.7% | 5.5% |
| | Heterosexual | 91.2% | 91.4% |
| | Homosexual | 1.3% | 1.0% |
| | Bisexual | 1.8% | 2.2% |
| ¿Tienes novio(a)? | No responde | .3% | .6% |
| | No | 59.6% | 54.4% |
| | Si | 40.1% | 45.0% |
| Tienes relaciones sexuales regularmente | No responde | 1.2% | .6% |
| | No | 86.8% | 70.1% |
| | Si | 12.0% | 26.3% |

| | | | |
|--|--|--|---|
| ¿Has recibido atención psicológica o psiquiátrica? | No responde No Si | .9% 85.8% 13.3% | 2.0% 79.6% 18.5% |
| La causa por la que recibiste atención psicológica o psiquiátrica fue: | No responde Trastornos emocionales Drogadicción Alcoholismo Problemas familiares Problemas escolares Más de una Más de tres Otra | 86.0% 4.0% .1% .1% 3.5% 3.1% .3% 2.6% | 80.6% 5.3% .6% .2% 4.7% 4.7% .1% .4% 2.4% |
| Otra ¿cuál? | No responde Problemas físicos en general Traumas Solo solicita ayuda Otros problemas psiquiátricos | 97.8% .1% .6% 1.3% .1% | 97.8% .4% .4% 1.0% .4% |
| ¿Crees que has sido víctima de situaciones humillantes? | No responde No Si | .4% 66.4% 33.2% | .4% 63.9% 35.8% |
| ¿Alguna persona cercana a ti se ha suicidado o intentado suicidarse? | No responde No Si | .3% 80.6% 19.1% | .4% 76.4% 23.6% |

ANEXO 6 TABLA N° 2

Muestra las propiedades estadísticas de los reactivos del instrumento de Ideación Suicida, aplicado a las dos muestras.

| REACTIVOS | BACHILLERES MATUTINO | | | |
|---|-------------------------|----------|-------|----------|
| | Media | Varianza | Sesgo | Curtosis |
| 1.No podía seguir adelante | .45 | .95 | 2.947 | 9.263 |
| 2.Tenia pensamientos sobre la muerte | .41 | 1.01 | 3.210 | 10.559 |
| 3.Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a) | .30 | .89 | 3.815 | 14.695 |
| 4.Pensé en matarme | .16 | .51 | 5.332 | 29.670 |

| REACTIVOS | BACHILLERES VESPertino | | | |
|---|---------------------------|----------|-------|----------|
| | Media | Varianza | Sesgo | Curtosis |
| 1.No podía seguir adelante | .39 | .71 | 3.416 | 14.024 |
| 2.Tenia pensamientos sobre la muerte | .54 | 1.53 | 2.681 | 6.391 |
| 3.Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a) | .40 | 1.18 | 3.126 | 9.276 |
| 4.Pensé en matarme | .22 | .69 | 4.321 | 19.019 |

ANEXO 7 TABLA N° 3

Muestra las propiedades estadísticas de los reactivos del instrumento de Desesperanza, aplicado a las dos muestras.

| REACTIVOS | BACHILLERES MATUTINO | | | |
|---|----------------------|----------|-------|----------|
| | Media | Varianza | Sesgo | Curtosis |
| 1.Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza | 1.94 | 1.09 | 1.071 | .763 |
| 2.Más vale que abandone todo, porque no puedo conseguir que mi vida pueda mejorar | 1.48 | .68 | 1.904 | 4.025 |
| 3.Mi futuro parece oscuro | 1.60 | .87 | 1.700 | 2.689 |
| 4.Tengo bastante tiempo para realizar las cosas que más deseo hacer | 2.24 | 1.40 | .752 | -.245 |
| 5.Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro | 2.06 | 1.06 | .924 | .708 |
| 6.No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro | 1.78 | 1.00 | 1.124 | .888 |
| 7.En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa | 1.39 | .58 | 2.394 | 6.884 |
| 8.Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero | 1.68 | 1.00 | 1.589 | 2.118 |
| 9.Tengo gran fe en el futuro | 2.13 | 1.26 | .842 | .183 |
| 10.Es muy poco probable que tenga verdadera satisfacción en el futuro | 2.06 | 1.17 | .736 | .003 |
| 11.Preveo tiempos mejores que peores | 2.08 | 1.07 | .893 | .623 |

| REACTIVOS | BACHILLERES VESPERTINO | | | |
|---|------------------------|----------|-------|----------|
| | Media | Varianza | Sesgo | Curtosis |
| 1.Contemplo el futuro con entusiasmo y esperanza | 2.04 | 1.18 | 1.034 | .596 |
| 2.Más vale que abandone todo, porque no puedo conseguir que mi vida pueda mejorar | 1.49 | .66 | 1.928 | 4.232 |
| 3.Mi futuro parece oscuro | 1.75 | 1.15 | 1.314 | 1.050 |
| 4.Tengo bastante tiempo para realizar las cosas que más deseo hacer | 2.41 | 1.65 | .485 | -.813 |
| 5.Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro | 1.86 | 1.05 | 1.045 | .578 |
| 6.No consigo oportunidades y no hay razón para creer que las tenga en el futuro | 2.05 | 1.06 | .920 | .536 |
| 7.En el futuro espero tener éxito en lo que más me interesa | 1.44 | .60 | 2.119 | 5.500 |
| 8.Es una estupidez desear algo, pues nunca consigo lo que quiero | 1.79 | 1.25 | 1.395 | 1.257 |
| 9.Tengo gran fe en el futuro | 2.18 | 1.17 | .612 | -.188 |
| 10.Es muy poco probable que tenga verdadera satisfacción en el futuro | 2.17 | 1.30 | .616 | -.178 |
| 11.Preveo tiempos mejores que peores | 2.14 | 1.15 | .801 | .132 |

ANEXO 8

TABLA N° 4

Muestra las propiedades estadísticas de los reactivos del instrumento de Auto-eficacia, aplicado a las dos muestras.

| REACTIVOS | BACHILLERES MATUTINO | | | |
|---|----------------------|----------|-------|----------|
| | Media | Varianza | Sesgo | Curtosis |
| 1.Cuando hago planes, estoy seguro que puedo hacer que funcionen | 2.00 | .92 | .887 | .610 |
| 2.Uno de mis problemas es que no puedo ponerme a trabajar cuando debería | 2.68 | 1.69 | .188 | -.954 |
| 3.Si no puedo hacer un trabajo la primera vez sigo intentándolo hasta que puedo | 1.59 | .72 | 1.611 | 3.266 |
| 4.Abandono las cosas antes de completarlas | 1.98 | 1.04 | .946 | .395 |
| 5.Evito enfrentarme a las dificultades | 2.32 | 1.47 | .566 | -.659 |
| 6.Si algo me parece demasiado complicado no me molesto en intentarlo | 2.63 | 2.01 | .344 | -1.220 |
| 7.Cuando tengo que hacer algo desagradable, me pongo a hacerlo hasta que lo acabo | 2.51 | 1.55 | .487 | -.594 |
| 8.Cuando decido hacer algo, voy directo a trabajar sobre ello | 1.82 | .78 | 1.086 | 1.591 |
| 9.Evito intentar aprender cosas nuevas cuando me parecen demasiado difíciles | 2.11 | 1.58 | .962 | -.062 |
| 10.El fracaso sólo hace que lo intente con mayor fuerza | 1.81 | 1.10 | 1.358 | 1.504 |
| 11.No parezco capaz de tratar con la mayoría de los problemas que surgen en la vida | 2.18 | 1.32 | .721 | -.236 |
| 12.Me es difícil hacer nuevos amigos | 2.19 | 1.70 | .839 | -.392 |
| 13.No me desenvuelvo bien en las reuniones sociales | 2.50 | 1.65 | .432 | -.888 |

| REACTIVOS | BACHILLERES VESPERTINO | | | |
|---|------------------------|----------|-------|----------|
| | Media | Varianza | Sesgo | Curtosis |
| 1.Cuando hago planes, estoy seguro que puedo hacer que funcionen | 2.07 | 1.01 | .707 | .085 |
| 2.Uno de mis problemas es que no puedo ponerme a trabajar cuando debería | 2.72 | 1.68 | .160 | -1.143 |
| 3.Si no puedo hacer un trabajo la primera vez sigo intentándolo hasta que puedo | 1.55 | .63 | 1.649 | 3.518 |
| 4.Abandono las cosas antes de completarlas | 1.92 | 1.00 | .857 | .075 |
| 5.Evito enfrentarme a las dificultades | 2.50 | 1.77 | .435 | -.977 |
| 6.Si algo me parece demasiado complicado no me molesto en intentarlo | 2.53 | 2.05 | .466 | -1.136 |
| 7.Cuando tengo que hacer algo desagradable, me pongo a hacerlo hasta que lo acabo | 2.70 | 1.68 | .266 | -.941 |
| 8.Cuando decido hacer algo, voy directo a trabajar sobre ello | 1.82 | .82 | 1.056 | 1.267 |
| 9.Evito intentar aprender cosas nuevas cuando me parecen demasiado difíciles | 2.06 | 1.61 | 1.032 | -.046 |
| 10.El fracaso sólo hace que lo intente con mayor fuerza | 1.89 | 1.15 | 1.287 | 1.183 |
| 11.No parezco capaz de tratar con la mayoría de los problemas que surgen en la vida | 2.21 | 1.46 | .664 | -.404 |
| 12.Me es difícil hacer nuevos amigos | 2.23 | 1.68 | .704 | -.614 |
| 13.No me desenvuelvo bien en las reuniones sociales | 2.59 | 1.74 | .327 | -1.072 |