

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Licenciatura en Psicología



RELACIÓN ENTRE SUICIDALIDAD, IMPULSIVIDAD Y  
AUTOEFICACIA EN ADOLESCENTES  
DEL COLEGIO ADVENTISTA  
DE CHILE

TRABAJO FINAL INTEGRADOR  
Presentado en el cumplimiento parcial de los  
requisitos para optar al título de Psicólogo  
y grado de Licenciado en Psicología

Por:  
Helen Abigail Cofré Concha  
Rodolfo Andrés Hidalgo Sepúlveda  
Muriel Andrea Espinoza Valenzuela

Directora del TFI: Mg. Carolina Andrea Mora Riquelme

Chillán, noviembre de 2014



## RESUMEN

El suicidio es un fenómeno que en los últimos años ha aumentado considerablemente en la población mundial, según datos entregados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio está presente dentro de las 20 causas de muerte más importante a nivel mundial, por lo que es considerada una de las problemáticas fundamentales y de gran interés para la Salud Pública. En la población adolescente las tasas han aumentado de forma consecutiva cada año, aumentando desde el 5,7% al 7,0 % entre el año 2005 y 2010, considerándose la población con mayor riesgo (OMS, 2012). Es por esto, que se estima relevante conocer la relación entre la variable suicidalidad, y diversas aristas que podrían influir o ser factores relevantes asociadas a este fenómeno. Para este fin, hemos considerado describir la relación entre suicidalidad, impulsividad y autoeficacia en adolescentes del colegio adventista de Chile (CACH). La muestra estuvo constituida por 225 adolescentes del Colegio Adventista de Chile (CACH) comprendido desde 7° de enseñanza básica a 4° de enseñanza media de la ciudad de Chillán, Chile. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Suicidalidad de Okasha (Salvo, Castro & Melipillán, 2008), la Escala de Impulsividad de Barrat (Salvo & Castro, 2013), y finalmente la Escala de Autoeficacia Generalizada (Cid, Orellana & Barriga, 2010). No se encontró una relación significativa entre las variables suicidalidad, impulsividad y autoeficacia. Sin embargo, se descubrió que los adolescentes con mayor autoeficacia poseen menor riesgo de suicidalidad, y las adolescentes mujeres presentan mayor ideación suicida que los hombres, además de no encontrarse relación significativa entre suicidalidad e impulsividad.

**Palabras Claves:** Suicidalidad, Impulsividad, Autoeficacia, Adolescencia.

## DEDICATORIA

Dedicado en primer lugar a Dios, que nos acompañó durante todo nuestro proceso académico. A nuestras familias, especialmente a nuestros padres, quienes nos han apoyado incondicionalmente, y a nuestros amigos que siempre han estado junto a nosotros.

## RECONOCIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a los profesores que nos acompañaron y guiaron durante todo nuestro proceso formativo, en especial a las que forman parte de la comisión de tesis, Carolina Mora Riquelme y Mireya Cerda Jiménez, quienes siempre confiaron en nosotros y nos entregaron una palabra de aliento para culminar este proceso. Agradecer de igual forma a la profesora Gisella Biaggi Luz, por guiarnos y orientarnos de forma totalmente desinteresada.

Agradecer también a los directivos, alumnos y apoderados del Colegio Adventista de Chile (CACH), que permitieron que esta investigación se llevara a cabo de la mejor manera.

A todas aquellas personas que nos apoyaron de forma discreta y generosa, y que en algún momento nos entregaron una palabra optimista y cariñosa, que en momentos complejos nos ayudaron a seguir adelante.

Finalmente, a nuestras familias, amigos y compañeros de viaje por los gratos momentos y por acompañarnos a disfrutar esta maravillosa experiencia.

## TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE TABLAS .....	vii
CAPÍTULO	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
Introducción.....	1
Problema de Investigación.....	2
Objetivo general .....	3
Objetivos específicos.....	3
Justificación de la Investigación.....	3
Limitaciones .....	4
Delimitaciones .....	5
Supuestos .....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	6
Suicidio .....	6
<i>Acto suicida</i> .....	6
<i>Suicidio</i> .....	6
<i>Ideación Suicida</i> .....	6
<i>Intento de Suicidio</i> .....	6
Suicidio y Adolescencia .....	10
Impulsividad .....	13
<i>Impulsividad Motora IM</i> .....	18
<i>Impulsividad Cognitiva IC</i> .....	18
<i>Impulsividad No Planeada INP</i> .....	18
Autoeficacia.....	20
Procesos activados por la Autoeficacia.....	21
<i>Procesos Cognitivos</i> .....	21
<i>Procesos Motivacionales</i> .....	22
<i>Procesos Afectivos</i> .....	22
<i>Procesos de Selección</i> .....	23
3. MARCO METODOLÓGICO .....	27
Tipo de Investigación y diseño .....	27
Población y muestra .....	27
Definición de variables .....	28
Instrumentos de recolección de datos .....	29
Procedimientos.....	30
4. RESULTADOS.....	32

5. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	38
Discusión.....	38
Conclusiones .....	41
Recomendaciones.....	42
ANEXOS.....	43
Anexo 1: Consentimiento informado.....	44
Anexo 2: Escala de Suicidalidad de Okasha.....	45
Anexo 3: Escala de Impulsividad de Barrat BIS-11 .....	46
Anexo 4: Escala de Autoeficacia General .....	48
LISTA DE REFERENCIAS.....	49

## LISTA DE TABLAS

1. Frecuencia y porcentaje en cuanto a género .....	27
2. Frecuencia y porcentaje en cuanto a edad .....	28
3. Alfa de Cronbach según Escalas y sus dimensiones .....	30
4. Media, desviación estándar y diferencia de grupos mediante prueba <i>t</i> de suicidalidad de Escala de la escala de suicidalidad para hombres y mujeres .....	33
5. Media, desviación estándar y diferencia de grupos mediante prueba <i>t</i> de autoeficacia de la Escala de autoeficacia general para hombres y mujeres.....	33
6. Media, desviación estándar y diferencia de grupos mediante prueba <i>t</i> para impulsividad de la Escala de impulsividad de Barrat BIS-11 .....	34
7. Correlaciones entre dimensiones de suicidalidad, autoeficacia, impulsividad en adolescentes, hombres y mujeres del colegio adventista de chile (CACH) .....	36



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### Introducción

Actualmente una de las problemáticas fundamentales y de gran interés para la salud pública es el suicidio, ya que cada año se suicidan casi un millón de personas. En los últimos 45 años la tasa de suicidio ha aumentado un 60 % a nivel mundial, siendo una de las primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años y la segunda en el grupo de 10 a 24 años, según los datos entregados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). Las mayores tasas de suicidio consumado se han registrado en varones de edad avanzada, pero en los últimos años la tasa entre los jóvenes ha ido en aumento siendo en la actualidad el grupo con mayor riesgo. Para la OMS, la adolescencia es un periodo comprendido entre los 10 y 19 años, en el cual se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales. Dicha institución señala que el 20 % de los adolescentes padece algún problema de salud mental, siendo el suicidio unas de las principales causas de muerte entre los jóvenes (OMS, 2012).

En nuestro país, se ha desarrollado a nivel primario, un plan de acción integral orientado a la prevención de este fenómeno, ya que en Chile, las tasas de suicidio han ido en aumento, sobre todo en la población adolescente.

Sin embargo, a pesar de las investigaciones que han aportado datos empíricos acerca de las causas de dicho fenómeno, no se puede hablar de una causa determinante, debido a que éste se trataría de un fenómeno multicausal.

Diversas investigaciones han relacionado la variable suicidio con otras problemáticas asociadas a la salud mental, algunas de ellas son el consumo y abuso de sustancias (Alcántar, 2002), trastornos psiquiátricos graves (Sánchez, Cáceres & Gómez, 2002), y la situación familiar (Salvo & Melipillán, 2008).

Salvo y Castro (2013) señalan que la impulsividad se relaciona de manera significativa con la ideación y conducta suicida, puesto que, para los individuos muchas veces la impulsividad disminuye su ansiedad y les produce una sensación placentera produciendo así liberación en dicho sujetos. Para la Asociación Americana de Psiquiatría (citada en Salvo & Castro, 2013), la impulsividad forma parte de distintos trastornos, representando un criterio diagnóstico o un síntoma significativo. Además, se relaciona con conducta suicida y agresividad.

Con respecto a la Autoeficacia, entendiendo ésta como un recurso personal, se concibe que tenga relación con el optimismo y la autoestima de los individuos. La percepción de la autoeficacia es de suma relevancia puesto que se circunscribe en el comportamiento a futuro del individuo, desarrollando una conducta óptima o desadaptativas para enfrentar las exigencias que

le presenta la vida cotidiana. Debido a esto, se considera un recurso personal que podría, según las investigaciones revisadas, actuar como factor cognitivo de importancia ante las conductas suicidas.

En la presente investigación se describirá la relación que existe entre las variables suicidalidad, impulsividad y autoeficacia en los adolescentes, hombres y mujeres, del Colegio Adventista de Chile.

### **Problema de Investigación**

De acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio está presente dentro de las 20 causas de muerte más importante a nivel mundial. Se estima que casi un millón de personas al año se suicida, lo que supone una tasa de mortalidad global de  $16 \times 100000$  o una muerte cada 40 segundos. En las últimas décadas, el aumento del suicidio ha incrementado en un 60% a nivel mundial, poniendo en evidencia este acto autoinflingido, y posesionándolo dentro de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 40 años en algunos países y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años (OMS, 2012). Esta cifra no influye en las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que las tasas de suicidio consumado. Tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado en varones de edad avanzada, sin embargo, las tasas entre los jóvenes ha ido en aumento llegando a ser el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado, como en el mundo que está en vías de desarrollo (OMS, 2012).

Dentro de los factores asociados a este fenómeno se encuentran principalmente la depresión, trastornos por consumo de alcohol, abuso de sustancias, la violencia, sensaciones de pérdida, y diversos entornos culturales y sociales (OMS, 2012).

El suicidio y los intentos suicidas han aumentado en la población adolescente de numerosos países, llegando a considerarse un problema de salud pública. En Chile, el suicidio está representando una proporción creciente de las muertes entre los adolescentes. En los años 80' representaban alrededor de 5, 5% del total de fallecimientos entre los 10 y 24 años; en el año 2003, dicha cifra alcanzó el 15, 9% en el mismo rango de edad. En el año 2009, se encontró que el 19,1% de los adolescentes de la ciudad de Chillán había intentado suicidarse. Del total de los intentadores, el 50% había realizado dos ó más intentos de suicidio. El 77, 2% de los adolescentes presentó ideas suicidas (Salvo y Melipillán, 2008).

En la actualidad, la prevención del suicidio constituye un reto para los profesionales del área de la salud, y especialmente para los trabajadores de la salud mental, puesto que la población adolescente entre 15 y 25 años en riesgo ha presentado un aumento considerable. Es por esto,

que nos parece relevante el estudio de variables que se relacionen con esta problemática, además de conocer el tipo de relación y cómo impactan en los adolescentes entre 12 y 19 años pertenecientes al Colegio Adventista de Chile (CACH).

### **Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre suicidalidad, impulsividad y auto-eficacia en adolescentes hombres y mujeres, entre 12 y 19 años de edad pertenecientes al Colegio Adventista de Chile (CACH), de la comuna de Chillán.

### **Objetivos específicos**

1. Describir la relación entre suicidalidad, impulsividad y autoeficacia en adolescentes del Colegio adventista de Chile (CACH).
2. Describir la relación entre suicidalidad e impulsividad en adolescentes del Colegio Adventista de Chile (CACH).
3. Describir la relación entre suicidalidad y autoeficacia en adolescentes del Colegio Adventista de Chile (CACH).
4. Describir la relación entre impulsividad y autoeficacia en adolescentes del Colegio Adventista de Chile (CACH).

### **Justificación**

El suicidio es una de las causas más importantes de defunción en todas las edades. Cada año se suicida casi un millón de personas según la OMS (2012), sin embargo la literatura revisada indica que la población con mayor riesgo suicida es la adolescencia. Además, esta problemática se ha relacionado directamente con trastornos mentales, los cuales con una pesquisa temprana podrían evitar una consecuencia grave como lo es el suicidio.

En la población de edad comprendida entre los 15 y 44 años, las lesiones autoinflingidas constituyen la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad, teniendo un alto impacto en términos de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio que según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002) son hasta veinte veces más frecuente que los casos de suicidio consumado.

En nuestro país, la mortalidad de los adolescentes por causas externas (accidente de todo tipo, homicidios y suicidios) ha tenido un preocupante aumento en los últimos años. Actualmente, estas causas representan el 60% del total de las muertes en adolescentes, según el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (MINSAL, 2011).

La tasa de suicidios para los adolescentes aumentó de 5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes entre el 2005 y el 2010, siendo los adolescentes hombres quienes registran una mayor tasa, casi tres veces más que las adolescentes mujeres (10 por 100.000 en hombres (144 casos), 3,8 por 100.000 en mujeres, 52 casos).

Según el MINSAL (2011), la región del Biobío está dentro de las cuatro regiones con mayor cantidad de muertes por suicidio.

Tradicionalmente, las mayores tasas de suicidio se han registrado en los varones de edad avanzada, no obstante, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo.

Este aumento se ha manifestado en nuestro país considerablemente, como bien se demostró en los datos recopilados por el MINSAL, y así lo demuestran las investigaciones de Salvo & Melipillán (2008) en la ciudad de Concepción y Chillán que afirman que la región del Biobío posee un alto índice de ideación suicida en adolescentes.

Debido al aumento del suicidio y del intento de éste en la población adolescente, hemos considerado relevante estudiar la relación que existe entre el riesgo suicida y variables que estén asociadas a este fenómeno. Las variables a estudiar son la impulsividad y la autoeficacia, tomando en cuenta que la impulsividad podría actuar como un factor precipitante como se ha señalado en diversas investigaciones antes citadas, y la autoeficacia como un factor de protección para el adolescente en situaciones que le produzcan un desequilibrio emocional.

Con esto pretendemos aportar con datos empíricos sobre el estado actual frente a la temática tratada.

**Limitaciones.** El presente estudio pretende dar a conocer y describir la relación que existe entre las variables suicidalidad, impulsividad y autoeficacia en adolescentes de Colegio Adventista de Chile (CACH), por esta razón queda fuera de nuestro alcance describir y abordar toda relación de causa- efecto que pudiese tener relación con la problemática abordada. El presente estudio sólo se limitará a describir la relación entre las variables antes expuestas; también es importante mencionar que este estudio se restringe solo a la población estudiantil desde 7° básico a 4° de enseñanza media del Colegio Adventista de Chile (CACH), ubicado en la ciudad de Chillán, quedando fuera de nuestro alcance otros grupos etarios, circunscribiéndonos sólo a los adolescentes. Además, la investigación se realizará solo en el Colegio Adventista de Chile, perteneciente a la ciudad de Chillán, por lo que no será posible generalizar los datos

obtenidos a la población adolescente total de la ciudad ni del país, salvo cumplan las mismas características de la muestra.

**Delimitaciones.** Expuesto lo anterior, la delimitación de la investigación está comprendida en las temáticas suicidalidad, impulsividad y autoeficacia, además de dos ítems para género y edad; y de la relación que se da entre estas variables, mediante instrumentos previamente analizados según la pertinencia con el enfoque de la investigación. La presente investigación es de enfoque cuantitativo, con alcance exploratorio, descriptivo y correlacional. La muestra se compondrá de estudiantes en calidad de alumnos regulares del Colegio Adventista de Chile (CACH) en la región del Biobío, provincia de Ñuble, Chillán. La información se recopilará en dependencias del establecimiento en hora de actividades académicas, y la investigación será llevada a cabo durante siete meses.

**Supuestos.** La OMS y diversas organizaciones como la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) y Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), le han puesto énfasis en la importancia de prevenir el fenómeno suicidio, puesto que se categoriza como una de las principales causas de muerte en los adolescentes y adultos, además de haber aumentado considerablemente.

La idea de una investigación sobre suicidalidad nace del aumento que ha tenido la ideación y el intento suicida, además de considerar los casos en que se ha llegado al suicidio consumado. Dichas investigaciones han sido realizadas en nuestro país, y algunas en nuestra región, cosa que nos hace querer contribuir con la ciencia e indagar como se da esta problemática en los adolescentes específicamente los del Colegio Adventista de Chile de la ciudad de Chillán.

Además de esto, son los adolescentes los que presentan mayores ideación e intento suicidio, ya que la adolescencia es vista como una etapa crítica del ciclo vital, esto debido a los cambios fisiológicos y psicológicos de los jóvenes, además de tener que afrontar decisiones que involucran su futuro, por esta razón, la adolescencia es vista como una etapa cargada de estrés.

## MARCO TEÓRICO

### **Suicidio**

Según la Real Academia Española, la palabra suicidio proviene del latín conformado por el termino *sui* (de sí, a sí) y *caedĕre* (acto de matar, del verbo matar o cortar) denotando la acción de quitarse la vida.

Autores como Van Egmond & Diekstra (1989, citado en Alcántar, 2002) hablan de parasuicidio, para referirse a una conducta que es disímil del intento suicida, puesto que en efecto es un comportamiento de autoagresión para el sujeto, pero este es consciente que dicha conducta no será mortal ya que no cuenta con las características para autoaniquilarse.

La conducta suicida es comprendida como un continuo, que abarca desde la ideación, pasando por el intento de suicidio, hasta el suicidio consumado.

La Organización mundial de la Salud (1969, en Alcántar, 2002) clasifica las conductas suicidas en:

*Acto suicida.* El acto suicida es el hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

*Suicidio.* Conducta o acto autodestructivo que tiene como finalidad alcanzar la muerte. El suicida manifiesta el deseo de morir y en sus creencias posee que el acto elegido lo ayudará alcanzar la finalidad.

*Intento de Suicidio.* Conducta o acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

*Ideación Suicida.* Pensamientos repetitivos e intrusivos sobre la muerte mediante la autoagresión.

*Proceso suicida.* El fenómeno de la suicidalidad comienza en tanto las ideas de cómo quitarse la vida se representan en la conciencia de los potenciales suicidas. Seguido se manifiestan los primeros intentos suicidas, los cuales gradualmente aumentan la letalidad del intento y pudiendo provocar la muerte. Es decir la *suicidalidad*, comprende las ideas suicidas o deseos de muerte, los actos suicidas con o sin resultado de muerte y el suicidio consumado (Cañón, 2011).

“En el mundo, el suicidio consumado constituye la decimotercera causa de muerte y las tasas de mortalidad en población general varían de país a país alcanzando cifras muy altas en los países de la Europa del Este como Lituania con 51,6/100.000” (Silva, Vicente, Saldivia & Kohn, 2013).

Al hablar del fenómeno de suicidio, debemos entender que consigo lleva una doble conceptualización, es decir, la violencia; según Krug, Dahlberg, Mercy (2003 citado en OMS,

2012) el suicidio es también denominado como un hecho de violencia autodirigida o autoinflingida. Entendiéndose la violencia como el empleo intencional de la fuerza o el poder físico de hecho o como amenaza, contra sí mismo, otra persona o un grupo, que provoque o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos o privaciones.

El Suicidio corresponde a una problemática a nivel mundial, el cual ha incrementado y se ha categorizado como una de las veinte primeras causas de muerte en el mundo, en todas las edades; no obstante, el suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen los tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. Lo que ha llamado la atención es que la población con mayor riesgo en este momento son los adolescentes puesto que se ha visto un aumento considerable, dejando atrás a la categoría adulta y género masculino mayormente (OMS, 2012).

Al hablar del suicidio desde un enfoque sociológico, es adecuado explorar a uno de los autores clásicos que trata el tema, Emile Durkheim. En su obra, *El Suicidio* (2003) donde se ve influenciado por las ideas europeas, pensaba que “los métodos científicos debían aplicarse al estudio de la sociedad y creía que los grupos sociales presentaban características que iban más allá o eran diferentes a la suma de las características o conductas de los individuos” (Hernández, 2007)

Junto con esto consideraba que los hechos sociales deben ser estudiados como cosas, como realidades exteriores al individuo. Es decir, no son los propios individuos los que se suicidan, sino más bien, la sociedad que se suicida mediante ciertos individuos que lo integran. La hipótesis de Durkheim es que el suicidio es el resultado entre la igualdad de individuo y sociedad, dejando de lado las motivaciones individuales que pueden surgir en cada suicida (Hernández, 2007). En base a este autor, existirían 4 tipos de suicidio los cuales son: el suicidio egoísta, el suicidio altruista, el suicidio anómico y el suicidio fatalista.

Se podría resumir la teoría de Durkheim afirmando que los suicidios son fenómenos individuales que responden a causas esencialmente sociales.

También destaca la Teoría del Cambio de Estatus. Durkheim (1982 citado en Rodríguez et al., 1990) señala que un cambio repentino en la posición social de la persona tiene una cierta probabilidad de conducir al suicidio.

Desde la arista psicológica podemos afirmar que existen varios autores quienes podrían explicar el fenómeno. La idea de Sigmund Freud sobre este tema radica en que se trata de un fenómeno primordialmente intrapsíquico (pulsional), que tiene sus raíces en la mente (en particular en el inconsciente) de la persona.

Freud, en “Pulsiones y destinos de Pulsión”, distingue dos clases de pulsiones: las pulsiones sexuales y las pulsiones de muerte. Desde la fisiología la pulsión es un estímulo que se encuentra en el interior del organismo, Freud lo diferencia del estímulo exterior “Puesto que no ataca desde afuera, sino desde el interior del cuerpo, una huida de nada pueda valer contra ella” (Freud, 1915, p. 114), estas pulsiones actúan de acuerdo al principio del placer que preside al aparato psíquico de ahí se produce un incremento de estímulos conlleva sensaciones de displacer y una disminución de estímulo, placer. La pulsión tiene como meta la satisfacción que se alcanza disminuyendo la estimulación de su fuente. El objeto es lo que permite a la pulsión alcanzar la satisfacción.

Freud (1910, citado en Rodríguez, 1990) en su artículo “Contribuciones Para un Debate Sobre el Suicidio”, se refiere a este fenómeno como un acto por el cual la escuela es responsable, en la medida en que “ella es para sus educandos, el sustituto de los traumas que los adolescentes encuentran en las otras condiciones de su vida” (p. 231). De esta forma, Freud consideraba importante que “las instituciones educativas más que prevenir el suicidio, procuraran inspirar en sus estudiantes el deseo de vivir, siendo un soporte para estos, en una edad en que sus lazos con el núcleo familiar se debilitan”.

Las aportaciones más relevantes de la obra de Freud, según Rodríguez et al. (1990) son:

“...la idea fundamental del suicidio como parte del homicidio, la ambivalencia amor y odio que está presente en la dinámica de todo suicida, y la asociación de la agresividad, y por tanto del suicidio a la manifestación de un instinto o pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio” (p.2).

Lacan (1978) en su artículo sobre “la Familia” habla de la identificación que tiene el niño con el otro, esto posibilita estructurar su propia imagen, su yo, una identificación que va más allá de la imitación de los comportamientos sociales del niño, la imagen del otro se encuentra atada a la estructura del cuerpo, lo que posibilita un sentimiento del otro, además, esta identificación con el otro se deriva no solo el amor, sino también el odio, la agresividad que se siente frente al rival, el cual se toma como objeto, una agresividad que devela un deseo de muerte en el sujeto. Lacan presenta que el sujeto en un primer momento manifiesta el deseo de muerte con el destete en la medida en que no es el otro el que desteta al sujeto, sino que es el mismo quien se desteta, empezando a hacer un juego en el que busca al objeto pecho, y a su vez lo rechaza. Juego que permite subjetivar el malestar de la ausencia de este objeto.



Jung (1959, en Rodríguez et al., 1990) plantea que la autoflagelación o acto suicida se produce cuando:

- a. “Prevalece una situación a la que sólo podría poner fin la muerte”.
- b. “El ego se ve envuelto en el conflicto”
- c. “El resentimiento puede alcanzar proporciones asesinas, con la ira dirigida a la persona responsable, en cuyo caso, el suicidio es un intento de preferir tales actos asesinos”
- d. “La falta de vitalidad hace imposible encontrar alguna situación sustituta que desahogue la tensión”

Las observaciones que realizó Adler, “llevan a pensar que el suicidio afecta, sobre todo a las personalidades dependientes que siempre tratan de descansar en otros esperando sólo gratificaciones (estilo de vida mimado), que poseen una autoestima claramente baja (sentimiento de inferioridad), que centran el pensamiento en su propia persona (meta egocéntrica) e intentan por todos los medios sobresalir y aumentar su actividad (grado de actividad), y lastiman a otros cuando sueñan que le hieren o cuando uno mismo se lesiona (agresión velada)”. (Adler, 1968 citado en Rodríguez et al., 1990).

Sarieti & Bempordd (1981 citado en Rodríguez et al., 1990), plantea que; “al poder dar significados y posibles explicaciones al hablar del intento de suicidio, los autores plantean diversas hipótesis tales como que el paciente trata de castigarse, este busca alivio para su sufrimiento o desea terminar con una vida sin objeto, en un nivel simbólico, trata de matar al otro dominante o el suicidio carece de significado como tal , si no es más que una indicación o síntoma del empeoramiento del trastorno bioquímico que provocó la depresión”.

Las causas de las conductas suicidas no se comprenden de un todo. Sin embargo, este comportamiento resulta de la interacción entre varios factores, entre ellos como factores de riesgo encontramos trastornos psiquiátricos, disfunción familiar, antecedentes previos de intentos suicidas.

El consumo de algunas sustancias se relaciona estrechamente con el suicidio, por ejemplo, el consumo de alcohol (frecuente) al momento de producir dependencia provoca una alteración que tiene un efecto devastador en las dimensiones biopsicosocial del individuo, pero también influye en los rasgos psicológicos y de morbilidad psiquiátrica (Quintero et al., 2010).

Según el Ministerio de Salud (2011) se han reportado tasas de suicidio consumado que han ido en un aumento considerable desde 1992, las cuales prácticamente se triplicaron entre ese año y el 2009. Los datos referentes a la comorbilidad asociada son consistentes con lo reportado en otros estudios, es decir, los trastornos psicóticos, los trastornos del ánimo y el

Abuso/Dependencia de sustancias se asocian a una mayor frecuencia de conducta suicida (Silva et al., 2013).

Silva et al. (2013), en su investigación determina que existen algunos factores predictores de la conducta suicida, uno de estos factores es el sexo, el cual dobla el porcentaje si el sujeto es de sexo femenino. Otro factor importante a considerar es la edad, según los autores su investigación arroja que las personas adultas mayores poseen menos riesgo a la conducta suicida, sin embargo los adolescentes manifiestan mayor porcentaje de riesgo. Además la conducta suicida posee alta comorbilidad psiquiátrica con trastornos depresivos, psicóticos, distimia, bipolaridad, ansiedad generalizada, dependencia de drogas, agorafobia.

### **Suicidio y Adolescencia.**

La adolescencia es una de las etapas más críticas para el desarrollo, esto debido a una cantidad de cambios experimentados a nivel fisiológico, psicológicas e interpersonales (Papalia et al., 2009). Todos estos cambios, hacen que el adolescente se vuelva vulnerable, ya que se ven enfrentados a una crisis de identidad, que finalmente los hace enfrentarse a sí mismos, a las demandas familiares, y de la sociedad, colegio, amigos, entre muchos otros agentes que actúan como estresores psicosociales, y que los jóvenes deben enfrentar en el mundo actual (Hendin, 1991 citado en Serrano y Flores, 2014).

Según Alcántar (2002), estos factores que favorecen la presencia de malestar emocional en el adolescente, y por consiguiente pueden desencadenar conductas de riesgo tales como consumo de sustancias, ya sea drogas o alcohol, desencadenar algún trastorno psiquiátrico o intentos de suicidio, comprometerán la salud del adolescente a nivel físico como psicológico.

Para la OMS (2012) la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años en el que se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales, y se estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente. Esta organización señala que en un año cualquiera, aproximadamente el 20% de los adolescentes padecen un problema de salud mental, como depresión o ansiedad; el riesgo es mayor cuando ocurren experiencias de violencia, humillación, disminución de la estima y pobreza, y también la ideación suicida e intentos de suicidio, siendo este fenómeno una de las principales causas de muerte entre los jóvenes.

En la actualidad el suicidio constituye la tercera causa de muerte a nivel mundial en adolescentes entre 11 y 18 años (Cortés, 2014), siendo una población con un alto riesgo. Para OMS (2012), la conducta suicida en sus diferentes formas constituye un serio problema de Salud Pública, ya que se encuentra dentro de las 10 primeras causas de muerte en general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los adolescentes y adultos jóvenes. La OMS, señala que

las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora éstos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo.

Un estudio realizado por Sánchez, Guzmán & Cáceres (2005), señala que el suicidio está ubicado a nivel mundial como una de las primeras 5 causas de muerte en el grupo de edad de 15 a 19 años, y la primera y segunda causa en varios países en este mismo grupo de edad (OMS, 2012).

Existen características y factores que predisponen a los adolescentes a tener una conducta suicida, ya sea la ideación e intento suicida o el suicidio consumado. “Durante la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez general tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida” (Cortés, 2014, p.135).

Dentro de las características que comparten los adolescentes con este tipo de conductas tenemos las familias desestructuradas, carencias económicas, déficit sociales y culturales, alteraciones en las relaciones dentro y fuera del grupo familiar, o lo que se pudiera llamar familias multiproblemas, o familias que por sus características intrafamiliares y/o por el entorno en que viven pueden calificarse de alto riesgo, con pobreza educacional, y de exposición a situaciones familiares adversas (Vega et al., 2009, citado en Cortés, 2014).

Existen también, características o rasgos de la personalidad adolescente que se han convertido en factores de alto riesgo para cometer un acto suicida. Un estudio determinó que el perfil de personalidad caracteriza a los adolescentes con conducta suicida como emotivos con poca estabilidad emocional, inseguros, aprensivos, angustiados, tensos, frustrados, agobiados y con altos niveles de ansiedad (Peña, Casas, Padilla, Gómez & Gallardo, 2002).

Según Salvo & Melipillán (2008), factores tales el autoconcepto, el grado de impulsividad, el tipo y calidad de relación que experimenten con otros significativos, van a influir en el desarrollo del joven y en el riesgo de suicidalidad que posean.

Bella (2012), señala que “los comportamientos suicidas de los niños/ adolescentes estudiados son complejos y responden a la interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales”. No como fenómeno unicausal, sino más bien multicausal. En el mismo estudio, “se encontró además de trastornos psicopatológicos y comportamientos suicidas previos una mayor prevalencia de comportamientos violentos (maltrato, violencia con pares, abuso sexual) y uso de sustancias”. También se plantea que “en relación a los aspectos familiares estudiados, los comportamientos violentos (suicidio, maltrato y abuso) y la comunicación de riesgo con los

padres se expresaron como variables asociadas a los intentos de suicidio infantojuvenil, y esta situación se asoció con mayor riesgo al grupo mayor de 12 años”. En la misma investigación, señala que:

...”los niños/adolescentes con intentos de suicidio presentan mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos, intentos de suicidio previos, uso de sustancia, violencia con pares, maltrato, abuso sexual, relaciones sexuales tempranas, familias monoparentales y relaciones de riesgo con los padres. Los familiares de los niños/adolescentes con intento de suicidio tienen mayor frecuencia de comportamientos de riesgo para la salud y esto incrementa el riesgo de comportamientos suicidas en este grupo etario. En los menores de 12 años el sexo masculino se expresó como un factor de riesgo que se asoció al intento de suicidio y en los mayores de 12 años el sexo femenino, el uso de sustancias, el abuso sexual, el maltrato y la comunicación de riesgo con los padres” (p.1423).

Debido a alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de la década, el suicidio se torna aún más grave en la población adolescente, y aún más como problemática de salud pública. Puesto que los suicidios en adolescentes, son cada vez más frecuentes, constituyéndose en la segunda o tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años en Chile. Se estima que entre un 2 % y 12% de la población joven ha intentado quitarse la vida (Pavéz et al., 2009).

Diversas unidades psiquiátricas de Chile han aportado con investigaciones al tema. Salvo et al. (1998), “en un trabajo sobre ideación suicida e intento suicida en adolescentes de enseñanza media de Concepción, observa que 57% de los jóvenes presenta ideación suicida y 14,2% intento suicida a lo largo de su vida, con una prevalencia de suicidalidad de 71,2%. Lo que confirma el aumento del fenómeno en dicho grupo etario. El estudio pone de manifiesto una alta prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes y muestra una superposición de niveles de suicidalidad y una persistencia de ésta en el tiempo. Encuentra que el intento de suicidio se asocia con ideación suicida severa. La suicidalidad se asoció significativamente con disfunción familiar, depresión y mayor estrés vital; no así con desesperanza”.

El estudio de Haquim et al. (2004), acerca de factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama, muestra un porcentaje de ideación entre 6,4 y 14,6%, y 18% de uno o más intentos de suicidio.

En Chile, el suicidio está representando una proporción creciente de las muertes entre los adolescentes. En los años ochenta representaba alrededor del 5,5% del total de fallecimientos

entre los 10 y los 24 años y, en el año 2003 dicha cifra alcanzó al 15,9%, en el mismo rango de edad. Se considera que la suicidalidad es un continuo que va desde la simple ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida (Salvo & Melipillán, 2008).

Bustamante & Florenzano (2013), plantean que para aminorar o evitar que los porcentajes de suicidio en nuestros adolescentes aumente, debe trabajarse sobre ejes que están en interrelación con la vida de los adolescentes, estos aportan con los programas preventivos de nivel internacional aplicable a unidades educativas, entre se encuentran: Adolescents Depression Awareness Program (ADAP), Care, Assess, Respond, Empower (CARE), Gatekeepers (Canadá), Teen Screen, entre otros. Como lo planteaba Salvo et al. (1998) anteriormente, las pesquisas y el énfasis para prevenir el suicidio debe ser en el momento que surgen indicios o ideas suicidas propiamente tal.

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) junto con Servicios de Salud, han empleado el programa llamado “Control Joven Sano”, donde existe un ítem en el cual debe aplicarse la Escala de Suicidalidad de Okasha, desde los 14 años hasta los 19 años, no obstante, el año 2005 incluyeron la depresión en el ex -auge y actual GES (Garantías Explícitas en Salud), poniendo en manifiesto la Salud Mental como predictor de un equilibrio en la salud global.

No existe un programa específico para prevenir el suicidio en este grupo poblacional, sin embargo, existen otros programas de prevención para la salud adolescente, tales como el Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, y el tratamiento de menores de 20 años por consumo perjudicial de alcohol y drogas, los cuales están siendo implementados en atención primaria (Bustamante & Florenzano, 2013).

Nuestro país aún no posee programas de prevención en adolescentes, a pesar de la alta cifra de mortalidad por esta causa en la población. Es por ello que se requiere de investigaciones, validación de instrumentos y reconocimiento empírico de las variables que podrían ser protectores a la hora de un posible adolescente suicida.

### **Impulsividad**

El concepto de impulsividad, a lo largo de su historia tiene algunos matices que no son considerados como un rasgo unitario por los distintos autores, esto quiere decir que se pueden generar algunas refutaciones entre algunos documentos de distintos marcos teóricos, en relación

a la especificidad de este término multidimensional y complejo como la impulsividad (Whiteside & Lynam, 2001).

“Tanto el lenguaje cotidiano como la investigación científica clasifican bajo el término impulsividad fenómenos bastante dispares. Se hace necesario por este motivo demarcar conceptualmente dichos conceptos para llegar a un consenso a la hora del uso del término”.

“La impulsividad es un concepto complejo, parece difícil poder reducirlo a una construcción unitaria. Tal vez se debe especificar el término o hacer una aclaración de a qué subtipo de impulsividad se están refiriendo los investigadores, como propone Smith et al.” (citado en Whiteside & Lynam, 2001).

Para Alcázar, Verdejo, Bouso & Besos (2010), la impulsividad se define como la tendencia a emitir una respuesta de forma rápida, en ausencia de reflexión, y se identifica por comportamientos inadecuados, poco planificados y que frecuentemente ponen al individuo en riesgo. Para Pueyo (2014), las personas impulsivas se califican como temerarias, imprudentes, arriesgadas, poco reflexivas, espontáneas, naturales y rápidas.

Para Dickman (1985, en Pedrero, 2009), la impulsividad, la define como “tendencia a precipitar sus respuestas y recapacitar menos que la mayoría de la gente con iguales capacidades antes de realizar una acción”.

La impulsividad, como un rasgo de personalidad, se relaciona más con un patrón de comportamiento, mientras que los impulsos serían más de naturaleza cognitiva (Barratt et al., 2004).

Si bien, los comportamientos impulsivos son particularmente no-conscientes en relación a la acción misma, esto no representa que sucedan en un cuerpo inconsciente en su conjunto. No es raro escuchar la expresión “actué sin pensar”. Si lo llevamos al plano inconsciente psicoanalítico, tendría relación con la pulsión de muerte. Conciencia e impulsividad son dos constructos profundamente relacionados con el control del pensamiento y comportamiento humano en un contexto individual y social (Barratt & Stanford, 1995, citado en Orozco, Barratt & Buccello, 2007).

Otra definición con un enfoque de utilidad más clínica y descriptiva es la planteada por Moeller et al. (2001): “la impulsividad se caracteriza por una predisposición hacia la ejecución de reacciones rápidas, no planeadas, hacia estímulos internos o externos; sin consideración alguna acerca de las consecuencias negativas que la reacción pueda tener tanto para el individuo impulsivo, como para otros” (p. 1784).

La impulsividad está relacionada con un amplio espectro de condiciones psiquiátricas que incluyen los síndromes de inatención e hiperactividad del niño y del adulto, trastornos de la

conducta, trastorno de personalidad límite, trastorno de personalidad antisocial, abuso de sustancias, juego patológico, trastornos de la conducta alimenticia como bulimia y consumo compulsivo de alimentos, y finalmente trastorno bipolar (Moeller et al., 2001).

Acercándonos a una definición conceptual según un autor que ha hecho numerosos estudios relacionados con impulsividad, nos dice que impulsividad es un rasgo de personalidad complejo relacionado con una tendencia a realizar acciones motoras rápidas, no planeadas y con frecuencia ineficientes o incorrectas (Orozco et al., 2007).

Todas aquellas conductas definidas por la búsqueda de actividad, así como la evitación activa de la frustración, pueden ser comunes a las categorías: Búsqueda de Aventuras, la IF la Búsqueda de sensaciones, la impulsividad motora y la búsqueda de excitación (Barrat, et al., 1997)

Por otro lado, se puede considerar la impulsividad como el actuar rápido de forma no premeditada debido a una baja conciencia de las consecuencias o por la subestimación de las mismas. Un estilo que no atiende a todas las opciones presentes al momento de la toma de decisiones. Bajo esta definición podemos encontrar a la Impulsividad en sentido estricto, la impulsividad como rasgo, a búsqueda de experiencias, la impulsividad no planeada, la falta de planificación y la falta de persistencia (Mobb, et al., 2010, citado en Squillace, Picón & Schmidt, 2011).

También existen otros mecanismos que explican diferentes conductas impulsivas: el actuar rápido sin planificación y el comportamiento compulsivo en búsqueda de alivio ante la tensión o el estrés.

Como acabamos de ver la impulsividad no es entendida de la misma manera por los diferentes investigadores. Al no ser un concepto unitario, agrupa bajo su denominación a un conjunto heterogéneo de comportamientos, los cuales refieren a un mecanismo de aprendizaje distinto (Whiteside & Lynam, 2001).

Se intentará delimitar los modelos teóricos pertinentes a esta investigación, para describir la importancia de este constructo en el escenario del suicidio. Y así comprender de mejor manera el concepto de impulsividad.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría los trastornos del control de los impulsos se caracterizan por “la incapacidad para resistir impulsos, deseos o tentaciones de cometer un acto que resultará dañino para la propia persona o para los demás. En su mayoría, el individuo percibe una creciente tensión o excitación antes de cometer el acto y, consecuentemente al cometerlo tiene experiencias placenteras, de gratificación o alivio. Tras el acto puede o no haber

arrepentimiento, autorreproches o culpa. Tanto en niños, como en adolescentes y adultos, “la impulsividad forma parte de distintos trastornos, representando un criterio diagnóstico o un síntoma significativo” (Salvo & Castro, 2013, p. 246). Además, se relaciona con conducta suicida y con la agresividad.

La forma impulsiva son fuertes determinantes de actitudes, intereses y conductas autoflagelantes. Durante décadas se han identificado los correlatos conductuales de estos constructos: uso de alcohol y de sustancias ilegales (Schmidt, et al., 2008), deportes extremos, experiencias sexuales (McCoul, & Haslam, 2001), conducción de vehículos, percepción de riesgo (Hampson, Severson, Burns, Slovic, & Fisher, 2001) y conducta de riesgo (Hansen, & Brevik, 2001), tareas de atención y profesiones de alto riesgo como bombero, policía y “guarda vidas” (Zuckerman, 1990, en Squillace, Picón & Schmidt, 2011).

Dickman (2000), distingue dos clases distintas de impulsividad. Por un lado la Impulsividad Funcional (IF), que se relacionaría con el entusiasmo, la toma de riesgos, altos niveles de actividad y audacia. La IF como se ha mencionado, se asocia a búsqueda de aventuras y actividad. Este rasgo se caracteriza por un estilo de procesamiento rápido y efectivo donde los individuos se caracterizan por su actuar veloz. Por otra parte la Impulsividad Disfuncional (ID) se relacionaría con conductas alteradas que no traen beneficios para las personas, se muestra asociada a un comportamiento atropellado, tendiente al desorden, sin tener en cuenta todas las opciones presentes en las situaciones al momento de tomar decisiones. Esto se ajusta con la despreocupación por las consecuencias de los actos al no poder preverlos, en las estrategias no es óptima, con consecuencias negativas para las personas (Pedrero, 2009).

Desde esta perspectiva teórica puede pensarse que las conductas riesgosas, sin beneficios son de un actuar irreflexivo y tienen tendencia a no considerar las consecuencias de los propios comportamientos, pudiendo así llegar a una posible ideación de intento suicida (ID) (Dickman, 2000; Pedrero 2009).

Haciendo mención a un autor que tiene gran influencia acerca de la temática de impulsividad, Barratt, et al. (1997), propone una definición biopsicosocial de la impulsividad que hace consideraciones sobre diversos aspectos. Es definida por estos autores como una predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta a estímulos externos a pesar de las consecuencias negativas que podrían tener éstas tanto para la misma persona como para terceros (Moeller et al., 2001), La impulsividad es pensada como una predilección psicobiológica que inclina a un aspecto de comportamientos más que a una acción específica.



Incomparables disciplinas han desarrollado múltiples maneras de medir impulsividad, así como también otros rasgos de personalidad. El enfoque psicométrico, es decir el uso de cuestionarios de autoevaluación y su estricto análisis estadístico incluido el análisis de elementos principales para extirpar dimensiones específicas de los constructos medidos, ha sido determinante en la manera en la que hoy definimos el concepto de personalidad e impulsividad.

Algunos ejemplos de medidas psicométricas utilizadas para medir impulsividad son la Escala de Impulsividad de Barratt, y la subescala de impulsividad del Inventario de la Personalidad de Eysenck.

Barratt (1993, en Orozco, Barratt & Buccello, 2007), afirma que las mediciones basadas en el método psicométrico tienen un valor fundamental en la medición e interpretación de los rasgos de personalidad como impulsividad, señalando al respecto que:

...Se ha asumido tradicionalmente que la definición de los rasgos de personalidad basada en una aproximación psicométrica reflejan una “nosología” verdadera de los eventos naturales. La convergencia de datos biológicos/psicológicos a través de un amplio espectro de mediciones debería utilizarse para definir los rasgos de personalidad, incluido impulsividad (p. 40).

La Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 (BIS-11) consta de 30 ítems que han sido agrupados en tres sub escalas: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada. Cada ítem consta de cuatro opciones de respuesta. En Chile ha sido validada en adolescentes, correlacionando positivamente con escala de impulsividad basada en conductas impulsivas descritas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, el cual registró que a mayores niveles de impulsividad es una variable que contribuiría aumentar considerablemente el riesgo suicida, tanto en hombres como en mujeres (Salvo & Castro, 2013).

Haciendo alusión al instrumento de medición de impulsividad (BIS-11), se puede mencionar en relación a la escala, 3 sub dimensiones:

*Impulsividad Motora IM.* Es el componente I, caracterizando por una tendencia general a actuar motivado por las emociones del momento, se identifica con planteamientos como “actuar sin pensar”.

*Impulsividad Cognitiva IC.* Es el componente II y se refieren a un bajo control sobre la intrusión de pensamientos y dificultades para la atención sostenida.

*Impulsividad no Planificada INP.* Es el componente III, siendo este un estilo de procesamiento de la información apresurada que lleva a tomar decisiones rápidamente, sin planear y con orientación hacia el presente, se circunscribe “actuar para el momento” o incapacidad para planear acciones futuras.

Estas subdimensiones se combinan de distintas maneras en los comportamientos impulsivos y en lo cotidiano del sujeto (impulsivo).

La estructura factorial original de Barratt (los tres tipos de impulsividad), se corrobora también en población infanto/juvenil a lo largo de distintas culturas (Chahin, Cosi, Lorenzo, & Vigil, 2010).

Profundizando un poco más en la impulsividad motora, ésta es una de las dimensiones del rasgo impulsividad, extraída del análisis de componentes principales de la Escala de Impulsividad de Barratt (Patton et al., 1995). La falta ascendente hacia el futuro e inatención cognitiva (proceso cognitivo), son dos aspectos vitales en la definición de impulsividad. Sin embargo éstas no serían evidentes de manera plena si no se expresaran en la realización de un acto impulsivo meramente tal o en el pensamiento.

Sin embargo, impulsividad no es el único rasgo de personalidad relacionado con el comportamiento de los adolescentes ni con conductas suicidas.

“Los efectos derivados de grados extremos de impulsividad son tal vez más claros en sujetos diagnosticados con condiciones mentales que se encuentran dentro del espectro de trastornos relacionados con el control de impulsos como juego patológico, abuso de sustancias, manía y consumo compulsivo de alimentos, etc.”. En ellos los niveles extremos de impulsividad combinados de distintas maneras con otros factores de la personalidad de naturaleza multidimensional llevan a la definición de un patrón desadaptativo de conducta difícil de modificar y de tratar. Consta una relación importante entre los niveles de impulsividad en una persona y gravedad de la consecuencia del comportamiento que esta persona realiza (Stanford & Barratt, 1996).

“La impulsividad es un rasgo de personalidad que contribuye, en interacción con otros factores, a la definición de un patrón desadaptativo de conducta determinada por la falta de capacidad de pensar antes de actuar y planear los actos/acciones. Lo mencionado interfiere con su capacidad para cumplir con las demandas de la vida cotidiana, lo que delimita en un aspecto patológico. La impulsividad tiene un efecto negativo sobre la capacidad de las personas para relacionarse con sus similares.

Las personas con altos niveles de impulsividad tienden a subestimar los intervalos de tiempo. Un minuto para una persona poco impulsiva es como 10 segundos para una persona impulsiva (Stanford & Barratt, 1996). No todo es negativo en las personas impulsivas, las pruebas psicométricas indican que los individuos impulsivos son creativos, es decir, son capaces de producir con respecto a los sujetos poco impulsivos una mayor cantidad de ideas por unidad de tiempo. Lo anterior no indica que la calidad de las respuestas sea óptima o que siempre sean el recurso. Ambos hallazgos sugieren que impulsividad se relaciona con una acentuación en el tiempo cognoscitivo; en otras palabras son más apresurados. Para Barratt (1993, en Orozco et al., 2007), las personas con altos niveles de impulsividad típicamente no piensan antes de hablar, existen para el instante, no pueden estar inactivos, cambian su manera de parecer prontamente, toman una mayor cantidad de riesgos y presentan una dificultad para concentrarse y planear hacia el futuro.

En conclusión, Stanford & Barratt (1996, citando en Orozco et al., 2007) “la impulsividad motora es una dimensión del rasgo impulsividad asociada a una disfunción en el procesamiento de información secuencial que implica la ejecución de movimientos; disfunción acentuada por la presión del tiempo y la carga de información/cognitiva”. El aumento de los niveles de impulsividad motora contribuyen a la generación de un patrón desadaptativo de conducta que reduce las capacidades de la persona para sostener los requerimientos de la vida diaria (Barratt et al., 2004).

En un estudio realizado por Salvo & Castro (2013), donde el universo lo constituyeron todos los estudiantes de 1° a 4° enseñanza media diurna, de colegios municipales, administrados por corporación, subvencionados y particulares, de la comuna de Chillán (n = 13.825) y la muestra fue de 763 adolescentes. En este estudio, dentro de los instrumentos que se aplicaron está la Escala de Suicidalidad, autoadministrada, tipo Likert; y la Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 (BIS-11) diseñada para evaluar impulsividad, la cual ha sido validada en adolescentes de Chile.

Considerando lo anterior, de acuerdo a este estudio, la soledad, impulsividad y el consumo de alcohol se relacionó significativamente y en forma lineal directa con la suicidalidad en adolescentes (Salvo & Castro, 2013).

Los descubrimientos de esta línea de investigación en relación a suicidalidad e impulsividad, indican que este rasgo contribuiría a aumentar considerablemente el riesgo suicida, más aún si existen otros factores de riesgo como conducta suicida previa, desesperanza y eventos estresantes. Por tanto, los adolescentes con mayor soledad, más impulsivos y con mayor

consumo de alcohol presentan más suicidalidad. Detectar y abordar las variables estudiadas podría ayudar a prevenir ideas e intentos suicidas.

Entonces haciendo alusión a las investigaciones presentes y a lo referido en este trabajo, podemos decir que las personas con altos índices de impulsividad pueden ser analizados en el aspecto cognitivo/conductual donde podría observarse a la reducción de las consecuencias negativas desencadenadas por sus acciones, así como una alta velocidad de reacción que no permitiría un procesamiento adecuado de la información, tanto de estímulos internos como externos. Esto traería una ausencia de consideración acerca del efecto de sus actos efectuados. Por otra parte en un aspecto psicosocial, se halla la impulsividad como una conducta realizada en un ambiente familiar en el que el niño/adolescente ha aprendido a reaccionar de modo rápido para lograr lo deseado. Dicha conducta del individuo involucra peligros, estos riesgos y sus consecuencias no son consideradas por las personas para sí, ni para terceras personas (Orozco, Barratt; & Buccello, 2007).

### **Autoeficacia**

El concepto de autoeficacia fue introducido por Bandura en el año 1977, dentro de la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1982). Según esta teoría, tanto la motivación, como la conducta estarían reguladas por el pensamiento y estarían implicadas tres tipos de expectativas. Las expectativas de situación, en las cuales las consecuencias son producto de eventos ambientales, e independientes de la acción del sujeto. La segunda expectativa tiene relación con el resultado, que se refiere a la creencia de que una conducta produciría un determinado resultado. Por último, la expectativa de autoeficacia, o la autoeficacia percibida, la cual se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1995).

Desde esta teoría se define la autoeficacia como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (Bandura, 1999, p. 416). Las creencias de eficacia incluyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas (Bandura et al., 1999).

Por otro lado, se ha definido también como el juicio autorreferente por el cual el sujeto se considera capaz de realizar alguna tarea determinada en circunstancias concretas con el propósito de conseguir un determinado fin (Garrido, 2000), refiriéndose a la autoeficacia en un sentido específico.

En un sentido amplio, puede entenderse como un constructo global que se refiere a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar de manera adecuada una amplia variedad de estresores de la vida cotidiana (Schwarzer & Baessler, 1997).

La autoeficacia es producto de diversas fuentes: la persuasión social, la experiencia personal, la experiencia vicaria y el estado fisiológico y afectivo (Carrasco & Del Barrio, 2002); se desarrolla en la interacción con el ambiente social y el proceso de individuación, dado que éste permite la adquisición de conocimientos acerca de uno mismo y el mundo externo, el desarrollo de competencias y, por esta vía, la adquisición del sentido de eficacia personal (Pastorelli et al., 2001). “Los principales recursos de información de eficacia van apareciendo uno tras otro en la vida de un individuo, contribuyendo al desarrollo de un adecuado o inadecuado sentido de autoeficacia y permitiendo la evolución desde el control externo hasta la autorregulación personal” (Pastorelli et al., 2001).

Estos recursos y fuentes generan distintas percepciones de autoeficacia que actúan a través de cuatro procesos (Bandura et al., 1999).

**Procesos activados por la Eficacia.** Las creencias de eficacia regulan el funcionamiento humano mediante cuatro procesos fundamentales. Incluyen los procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos. “Estos diferentes procesos operan habitualmente de forma conjunta y no aislada, en la regulación continua del funcionamiento humano” (Bandura et al., 1999, p. 23). Por lo tanto, la autoeficacia influye en cómo la gente se siente, piensa y actúa (Olivari & Urra, 2007). A continuación expondremos brevemente de que se trata cada uno de los procesos que son activados por la eficacia.

*Procesos Cognitivos.* Según Bandura et al. (1999) “toda conducta humana que persigue una finalidad, se regula mediante pensamientos anticipadores que incluyen los objetivos deseados” (p. 23). Dichos objetivos deben ser procesados, de manera que estarán influidos por las estimaciones que tengamos sobre nuestras propias capacidades. “Cuanto más fuerte sea la autoeficacia percibida, más retadores son los objetivos que se establecen las personas y más firme es su compromiso para alcanzarlos” (Locke & Lathan, 1990, en Bandura et al., 1999, p.24).

Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas, en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas (Bandura, 2001). Las personas con un alto sentido de eficacia visualizan los escenarios de éxito (optimistas) que aportan pautas y apoyos

positivos para la ejecución. Las que dudan de su eficacia visualizan los escenarios de fracaso (pesimistas) y meditan sobre todas las cosas que podrían salirles mal. Bandura et al. (1999) afirma que “es difícil lograr algo cuando se lucha contra las dudas en relación a uno mismo” (p. 24). Cuando las personas se enfrentan a la tarea de manejar demandas ambientales difíciles bajo circunstancias exigentes, aquellas que cuentan con un sentido de eficacia baja empiezan a comportarse de forma cada vez más errática en su pensamiento analítico y reducen sus aspiraciones, y se deteriora la calidad de su ejecución (Wood & Bandura, 1989 en Bandura et al., 1999). Por el contrario, “aquellas que mantienen un sentido de eficacia firme se establecen metas retadoras y usan un buen pensamiento analítico, que se refleja en los logros de la ejecución” (Bandura et al., 1999, p. 24).

*Procesos Motivacionales.* Bandura et al. (1999) indica que las creencias de eficacia desempeñan un rol clave en la autoregulación de la motivación. Generalmente la motivación se genera cognitivamente, por lo tanto son las propias personas las que se motivan a sí mismas y predicen sus acciones con este ejercicio cognitivo de pensamiento anticipatorio. “Las personas actúan en base a sus creencias sobre lo que pueden hacer y sobre los posibles resultados de la ejecución” (Bandura et al., 1999, p. 25).

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación, las personas con alta autoeficacia elijen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos (Olivari & Urra, 2007), también invierten más esfuerzo, son más persistentes, y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a dificultades, que aquellos que tienen una menor autoeficacia (Bandura, 1997 citado en Olivari & Urra, 2007).

Las creencias de eficacia contribuyen a la motivación de muchas formas: determinan las metas que establecen las personas en sí mismas, la cantidad de esfuerzo que invierten, el tiempo que perseveran ante dificultades y su resistencia a los fracasos (Bandura et al., 1999).

*Procesos Afectivos.* Las creencias de eficacia influyen sobre la vigilancia en relación a las posibles amenazas y sobre el modo en que son percibidas y procesadas cognitivamente (Bandura et al., 1999). La autoeficacia ejerce un papel mediador en el mantenimiento de la depresión y otros desordenes afectivos (Bandura, 1997 en Díaz et al., 2008). Con lo que respecta a los sentimientos, las personas con pocas expectativas de eficacia personal tienden a mostrar baja autoestima y sentimientos negativos sobre sus capacidades (Sanjuán, Pérez & Bermúdez, 2000).

Los procesos afectivos han sido uno de los mecanismos reguladores, que mediados por la autoeficacia, ejercen una influencia en el funcionamiento humano (Bandura, 1995). Es por esto

que Carrasco & Del Barrio (2002), indican que las diferencias en las expectativas de eficacia personal tienen diferentes consecuencias emocionales, como una vía de control para conseguir una mejor adaptación al medio.

*Procesos Selección.* Los procesos activados por la eficacia capacitan a las personas para crear entornos benéficos y ejercitar cierto control sobre éstos que se encuentran a diario (Bandura et al., 1999). Por ende, “las creencias de eficacia personal pueden modelar el curso que adoptan la vida de las personas influyendo sobre los tipos de actividades y entornos que seleccionan para participar” (Bandura et al., 1999, p. 28). Es por esto que, Bandura et al. (1999) señala que las personas seleccionan entornos en los cuales pueden cultivar potencialidades y estilos de vida, y evitan las actividades y entornos que exceden a sus capacidades de manejo, aunque sí asumen actividades retadoras y seleccionan entornos en los que se puedan manejar de acuerdo a sus capacidades. Esta selección de entornos y conductas pueden llegar a determinar el curso de la vida del sujeto y la dirección de su desarrollo personal.

La autoeficacia ha sido estudiada desde dos perspectivas: la autoeficacia específica, definida como “la creencia sobre el nivel de competencia en situaciones particulares” (Grau, Salanova & Peiró, 2000, p. 59). Con respecto a la autoeficacia específica, las personas con mayor nivel en ésta persisten en mayor medida a pesar de encontrarse con obstáculos o situaciones adversas, y tendrán mayor probabilidad de alcanzar en ese dominio específico, logros de mayor éxito (Isik, 2010). Se refiere a la eficacia percibida ante situaciones concretas, por ejemplo con respecto al área académica (Burgos & Urquijo, 2012), social, deportiva (Chirivella, & Esquivia, 2012), recreativa o vocacional (Carbonero & Merino, 2004), entre otras.

La autoeficacia general, que se refiere a la sensación de competencia total de la persona que la habilita para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles (Grau, et al., 2000). La autoeficacia como constructo global se refiere a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar de manera adecuada una amplia variedad de estresores de la vida cotidiana (Espada et al., 2012, p. 359; Sanjuán, et al., 2000, p. 510), la vulnerabilidad o resistencia al estrés, y la capacidad de adaptación a las demandas que implican las transiciones evolutivas (Bandura et al., 1999).

La autoeficacia ha sido estudiada en el ámbito de la salud debido a que es un constructo de gran relevancia para la prevención de conductas de riesgo o en la promoción de conductas que tendrían beneficios para las personas. Este constructo es considerado un excelente predictor de conductas (Olivari & Urra, 2007). Frente a lo difícil que puede ser el motivar a la adopción de

conductas que promuevan la salud o el detener conductas nocivas para ésta, la autoeficacia ha mostrado consistentemente ser un factor de gran importancia (Bandura, 1997 en Olivari & Urra, 2007).

En otra investigación sobre los factores psicológicos asociados al intento suicida en Colombia (Cortina, Peña & Gómez, 2011), demostró que los bajos niveles de autoeficacia junto con la desesperanza y los rasgos de personalidad, pueden llevar a una persona a intentar suicidarse. En esta investigación se encontró que existen niveles bajos de autoeficacia en aquellos sujetos que han intentado acabar con su vida, es decir, existen en ellos unos significados personales disfuncionales que les hacen creer que no disponen de herramientas de resolución de problemas, facilitando la impulsividad y la búsqueda del suicidio como salida a sus problemas.

En otro estudio, realizado por Rosselló, Duarte-Vélez, Gema & Bernal (2008), se encontró que los que tienen una ideación suicida más severa tienen mayores cogniciones desadaptativas, un peor autoconcepto y autoeficacia, además mayores niveles de desesperanza y más pensamientos disfuncionales. En la misma investigación se demostró que el autoconcepto y la autoeficacia se convirtieron en variables protectoras al correlacionar de manera negativa con la ideación suicida, mientras la puntuación en estas variables aumenta, la ideación suicida disminuye. Además los bajos niveles de autoeficacia constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de trastorno de ansiedad y depresión en niños y adolescentes (Lemos, 2005 citado en Rosselló et al., 2008).

Con respecto a las conductas preventivas en salud, las personas con niveles más altos de autoeficacia tienen mayor probabilidad de iniciar conductas preventivas, acudir por tratamientos cuando lo necesitan y también son más optimistas sobre la eficacia de estos (Grembowski et al., 1993 en Olivari & Urra, 2007). Además, en el mismo estudio se indica que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen mayor probabilidad de evaluar de mejor manera su salud, estar menos enfermos o depresivos, y a recuperarse mejor y más rápidamente, que las personas con baja autoeficacia.

La autoeficacia también ha sido correlacionado positivamente con el optimismo, autoestima, autorregulación, calidad de vida, afectos positivos, competencia percibida, personalidad resistente, afrontamiento centrado en la tarea y satisfacción laboral/escolar (Sanjuán et al., 2000). Por otro lado se correlaciona de manera negativa con patologías como la depresión y ansiedad (Schwarzer, et al 1997). En un estudio realizado por Muris (2001, citado en Díaz, 2008) se encontró que la autoeficacia emocional se correlaciona negativamente con la depresión.

En otro estudio, Grau et al., (2000) se demostraron que los bajos sentimientos de autoeficacia están correlacionados negativamente con la depresión, ansiedad y además con el



desamparo, lo cual nos hace concluir que estas personas tienen mayor cantidad de pensamientos pesimistas sobre su propio desarrollo personal.

Una investigación llevada a cabo en México (Rivera & Andrade, 2006) mostró que los adolescentes con intentos suicidas presentaban un déficit significativo en los recursos afectivos, cognitivos, familiares y la red de sostén. También han sido estudiadas en otros contextos las relaciones entre riesgo suicida y depresión, y variables cognitivas como autoeficacia percibida y desesperanza (Carrasco & Del Barrio, 2002; Montoya et al., 2003).

Bandura et al. (1999) señalan que “las creencias de las personas en sus capacidades de manejo influyen sobre la cantidad de estrés y depresión que experimentan éstas en situaciones amenazadoras o difíciles, así como sobre su nivel de motivación” (p. 26) y que por el contrario, las personas que creen poder ejercer control sobre las posibles amenazas no la vigilan ni insisten en los pensamientos molestos.

Sanderson, Rapee & Barlow (1989, citado en Bandura et al., 1999) presentan pruebas interesantes en relación al poder de las creencias de eficacia para transformar cognitivamente las situaciones amenazantes en situaciones benignas.

Ozer & Bandura (1990, en Bandura et al., 1999) afirman que “la autoeficacia percibida para ejercer control sobre los estresores juega un rol nuclear en la activación de la ansiedad. La autoeficacia de manejo percibida y la eficacia de control de pensamientos operan conjuntamente para reducir la conducta de ansiedad y evitación” (p. 26). Bandura et al. (1999) concluye que es por esto que cuanto más intensa sea la sensación de eficacia, más propensas son las personas a enfrentarse a situaciones problemáticas que generan estrés y mayor es su éxito logrando moderarlas a su gusto.

Siguiendo con el área de la salud, la autoeficacia se relaciona estrechamente con la percepción de bienestar, ya que estas creencias sobre eficacia llevan al sujeto al logro de objetivos personales, y como consecuencia de esto las personas pueden llegar a alcanzar su bienestar (Salanova et al., 2005). Se ha demostrado que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento y bienestar general del individuo (Klein, Lohaus & Ball, 2005 en Olivari & Urra, 2007).

En cuanto a género, estudios demuestran que las mujeres tienden a tener menos sentido de autoeficacia en tareas científicas (Rodríguez, Peña, & Inda, 2013) y relacionadas con roles típicamente masculinos.

En el área académica, los sujetos que se perciben con un bajo nivel de eficacia en estas actividades, las relaciones interpersonales y en su capacidad para resistirse a la realización de

actividades de riesgo, presentan menores niveles de conducta prosocial y mayores niveles de sintomatología depresiva (Bandura et al., 1996 en Carrasco & Del Barrio, 2002).

Valadez, Amezcua, González, Montes & Vargas (2011), realizaron un estudio sobre el Maltrato entre iguales e intento suicida en adolescentes escolarizados, demostrando que la autoeficacia relacionada con el desempeño académico, se asocia directamente con las ideas y pensamientos suicidas, así como con el intento suicida.

Se ha estudiado la agresividad como consecuencia emocional de la autoeficacia y se ha evidenciado que la percepción de la eficacia actúa como mediador para la conducta agresiva, ya que predice la naturaleza de sus metas y como las llevan a cabo (Carrasco & Del Barrio, 2002).

Las creencias de eficacia influyen sobre la vigilancia en relación a posibles amenazas y sobre el modo en que son percibidas y procesadas cognitivamente (Bandura et al., 1999). Magnifican la gravedad de las posibles amenazas y se preocupan de las cosas que rara vez suceden. Mediante tales pensamientos ineficaces se desaniman y perjudican su nivel de funcionamiento (Meichenbaum, 1997 en Bandura et al., 1999).

En conclusión, las personas con un alto nivel de autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y tienen mayor compromiso con las metas que se han puesto ante la adversidad, que aquellos que tienen menores niveles de autoeficacia (Bandura, 1997 en Olivari & Urra, 2007).

Con el fin de operacionalizar este constructo, se han creado diversas escalas. Existen escalas que miden la autoeficacia en un sentido específico, como la Escala de Autoeficacia percibida para niños (Bandura, 1990, en Pastorelli et al., 2001), la Escala de Autoeficacia para la Depresión en Adolescentes (EADA) (Diaz et al., 2008) que evalúa la autoeficacia en relación con la depresión infantil o la Escala de Autoeficacia Vocacional (EAEV) (Carbonero & Merino, 2004) orientada a dicha área.

Bandura (2001), plantea que para la mayoría de las aplicaciones, la autoeficacia debiera ser conceptualizada de manera específica. No obstante, para fines de esta investigación, hemos considerado que la Escala de Autoeficacia Generalizada (Baessler & Schwarzer, 1996), validada en Chile por Cid et al. (2010), puede explicar un amplio rango de conductas humanas sobre todo en contextos que no son específicos y cuando se relacionan con otras variables, como lo es en el caso de la presente investigación.

## MARCO METODOLÓGICO

### Tipo de investigación y diseño

La presente investigación se desarrolló con un diseño no experimental transeccional (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) ya que se pretende dar a conocer la relación entre las variables suicidalidad, impulsividad y autoeficacia en un solo momento. Tendrá un enfoque cuantitativo, con alcances de tipo exploratorio, descriptivo y correlacional.

Las variables serán medidas con instrumentos previamente validados en el país, con el fin de no afectar la validez y confiabilidad de la investigación a realizar.

### Población y Muestra

La población estudiada fueron los adolescentes, hombres y mujeres, desde 7° básico hasta 4° de enseñanza media del Colegio Adventista de Chile (CACH), de la ciudad de Chillán. Las edades están comprendidas entre 12 y 18 años. La muestra fue de 225 alumnos la cual representa significativamente la población a la que se pretende estudiar. El tipo de muestra será probabilístico con muestreo aleatorio simple. Los cursos a evaluar serán escogidos al azar con el fin de no sesgar la muestra.

En cuanto a género, en la Tabla 1 se observa que el 52,9% fueron mujeres (n=119), obteniendo mayor porcentaje, y el 47,1% de la muestra hombres (n=106).

Tabla 1.

*Frecuencia y porcentaje en cuanto a género*

<b>Género</b>	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Femenino</i>	119	52,9%
<i>Masculino</i>	106	47,1%
<b>Total</b>	225	100%

En la Tabla 2 se observa la distribución de la muestra en cuanto a edad. El mayor porcentaje lo obtuvieron los adolescentes de 15 años con un 28,9% de la muestra (n=65), seguido por los de 14 años con un 24,4% (n=55) y 16 años que son el 24,0% de la muestra total (n=54).

Tabla 2.

*Frecuencia y porcentaje en cuanto a edad*

<b>Edad</b>	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>12 años</i>	8	3,6%
<i>13 años</i>	22	9,8%
<i>14 años</i>	55	24,4%
<i>15 años</i>	65	28,9%
<i>16 años</i>	54	24,0%
<i>17 años</i>	11	4,9%
<i>18 años</i>	10	4,4%
<b>Total</b>	225	100%

Los adolescentes de 12 y 13 años constituyen el 13,4% de la muestra total (n=30), y los rangos más altos de edad, 17 y 18 años, solo constituyen el 9,3% (n=21), representando el porcentaje más bajo de la muestra total.

Dentro de los criterios de inclusión se consideraron todos los sujetos que contestaron cada cuestionario por completo, es decir, no omitieron ningún ítem de los instrumentos. Además, solo se consideraron los instrumentos contestados por los sujetos entre 12 y 18 años, excluyendo todo aquel que fuese menor o mayor de las edades establecidas. Los instrumentos fueron aplicados solo a los sujetos cuyos representantes legales firmaron el consentimiento informado entregado.

#### **Definición de variables.**

*Suicidalidad.* Este concepto involucra pensamientos, ideación suicida o deseos de muerte, los actos suicidas con o sin resultado de muerte y el suicidio consumado (Cañón, 2011).

*Impulsividad.* Definida como la predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta a estímulos externos a pesar de las consecuencias negativas que podrían tener éstas tanto para la misma persona como para terceros (Moeller et al., 2001).

*Autoeficacia.* Según Bandura (1999) este concepto se refiere a “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (p. 416).

### **Instrumentos de recolección de datos**

**Escala de Suicidalidad de Okasha (Anexo 2).** Diseñada por Okasha, Lotaif y Sadek (1981), es un instrumento auto administrado, tipo likert, y está constituido por 4 ítems, donde los 3 primeros exploran ideación suicida y el cuarto sobre intento de suicidio, los puntajes varían desde 0 hasta 12 puntos, considerándose alta suicidalidad con 5 o más puntos. Esta escala esta validada en población adolescente chilena por Salvo, Castro & Melipillán (2008) obteniendo un alfa de Cronbach de 0,87. El análisis de la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach en la presente investigación, correspondió a un valor de 0,83 resultando altamente satisfactorio.

**Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) (Anexo 3).** Validada en Chile por Salvo & Castro (2013) obteniendo un alfa de Cronbach de 0,77 el cual resultó aceptable. Esta escala consta de 30 ítems agrupados en 3 sub escalas: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada. Este instrumento es auto aplicado. Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas y la puntuación total fluctúa entre los 0 y 120 puntos, a mayor puntaje registrado, mayor impulsividad. El análisis de la consistencia interna de esta escala, mediante el coeficiente alfa de Cronbach, correspondió a un valor de 0,63 resultando medianamente satisfactorio en esta investigación.

**Escala de Autoeficacia Generalizada (Anexo 4).** Por último para medir autoeficacia se utilizará la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996), validada en Chile por Cid, Orellana & Barriga (2010) obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84. Consta de 10 ítems con puntajes mínimo de 10 puntos y máximo de 40 puntos. Las respuestas son de tipo likert, donde el sujeto responde a cada ítem de acuerdo a como percibe su capacidad en aquel momento, estas van desde Incorrecto (1 punto) a Cierto (4 puntos). A mayor puntaje, mayor es la autoeficacia general percibida. El análisis de la consistencia interna de esta escala, mediante el coeficiente alfa de Cronbach, correspondió a un valor de 0,85 resultando altamente satisfactoria.

Tabla 3.

*Alfa de Cronbach, según escala y sus dimensiones*

Escala	Alfa de Cronbach
<i>Escala de suicidalidad de Okasha</i>	0.84
- <i>Ideación suicida</i>	0,85
<i>Escala de autoeficacia general</i>	0.85
<i>Escala de impulsividad BIS-11</i>	0.64
- <i>Impulsividad cognitiva</i>	0,47
- <i>Impulsividad motora</i>	0,58
- <i>Impulsividad no planeada</i>	0,41

*\*alfa de Cronbach calculado a partir de la presente investigación*

### **Procedimientos**

Esta investigación surgió desde la motivación intrínseca de nuestra parte como estudiantes, por tratar de aportar a la ciencia y específicamente al campo de la Psicología. La idea de estudiar la temática de suicidalidad, fue reforzada por algunos docentes, puesto que junto a ellos realizamos algunos estudios en relación a los contenidos expuestos en este trabajo, lo cual generó mayor interés de nuestra parte por seguir investigando sobre el tema en cuestión. Debido a esto, comenzamos a realizar una revisión exhaustiva del marco teórico pertinente a nuestro estudio y en concordancia con las diversas investigaciones sobre suicidalidad.

Al finalizar la fase de recopilación y revisión de literatura, comenzamos la fase metodológica del estudio y la recolección de datos. Para esto se realizaron las gestiones con la directora del establecimiento educacional Colegio Adventista de Chile (CACH) y jefa de unidad técnica pedagógica (UTP) para los permisos correspondientes. Luego de la aprobación de la investigación en el establecimiento, se coordinó la entrega de consentimientos informados (Anexo 1) sobre la participación de los alumnos a los apoderados con el fin de informar sobre la aplicación, además de confirmar el anonimato y voluntariedad en la participación de la investigación. Esto se hizo a través de los profesores jefes de cada curso, además de participar de la reunión de apoderados donde se explicó la relevancia del estudio y se aclararon dudas a los representantes de los alumnos.

Luego de obtener la autorización de los apoderados de los participantes, se procede a coordinar el horario de aplicación de las escalas, esto con cada profesor jefe. La aplicación se realiza en horario de consejo de curso, en presencia del profesor jefe, y cada alumno contesta de manera individual el cuestionario entregado con las tres escalas.

Los cuestionarios son numerados, y entregados por número de lista, con el fin de identificar un posible caso de riesgo e informar al profesor jefe y/o apoderado para entregar la ayuda correspondiente en caso de intentos suicida manifestados en la encuesta.

La participación de los alumnos en la investigación es voluntaria, sin beneficios económicos y con la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento de este.

Luego de la fase de aplicación de los instrumentos y la recolección de los datos, se realizó una base de datos en SPSS versión 19.0 para tabular la información obtenida y ser analizados en profundidad con el fin de cumplir los objetivos propuestos en esta investigación.

Se realizaron análisis descriptivos para los ítems de género y edad, de los cuales se obtuvieron las frecuencias y porcentajes. Para establecer las correlaciones, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ), y para establecer la diferencia entre grupos se utilizó el estadístico  $t$  de Student para muestras independientes.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la investigación. En primer lugar las variables descriptivas y el estadístico  $t$  de Student para muestras independientes, para establecer la diferencia entre grupos. Finalmente se realizó un análisis bivariado de correlación entre las diferentes variable y sus dimensiones, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ).

Se analizaron la Escala de Suicidalidad y sus dos dimensiones: ideación suicida e intento suicida; además la Escala de Autoeficacia General, y la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), con sus tres dimensiones: impulsividad cognitiva, impulsividad motora y finalmente impulsividad no planeada. Además se realizó una correlación entre las diferentes variables y edad.

En la Tabla 4 se muestran los estadísticos descriptivos de suicidalidad y la diferencia de grupos. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación podemos decir que la relación entre suicidalidad y la variable género indicó que existe una media de 2,81 para la ideación suicida en las mujeres por sobre la media masculina ( $m=1,30$ ) y una desviación estándar de 2,61 en las mujeres y 1,90 en los hombres, lo que indica que presentan baja ideación suicida tanto hombres como mujeres, considerando que la puntuación máxima es de 9 puntos. Para obtener la diferencia entre ambos grupos se utilizó el estadístico  $t$  de Student ( $t= 4,985$ ), demostrando una significación fuerte ( $sig= ,000$ ).

En cuanto al intento suicida, las mujeres presentan una media de 0,25 y una desviación estándar de 0,69, y los hombres una media de 0,09 y una desviación estándar de 0,45, siendo baja en ambos sexos, considerando que la puntuación máxima es de 3 puntos en este ítem. De igual forma, las mujeres presentan mayor prevalencia que los hombres. Manifiestan una diferencia mediante de  $t=2,031$  y una fuerte significación ( $sig =,044$ ).



Tabla 4.

*Media y Desviación Estándar de suicidalidad de la Escala de Suicidalidad, y diferencias de grupos entre hombres y mujeres*

	Femenino		Masculino		T	Sig
	M	DE	M	DE		
<b>Ideación suicida</b>	2,81	2,611	1,30	1,903	4,985	,000
<b>Intento suicida</b>	,25	,696	,09	,454	2,031	,044
<b>Total Escala de suicidalidad</b>	9,00	24,254	4,35	17,272	1,648	,101

*\*Datos obtenidos a través del estadístico t de Student.*

En la puntuación global de la escala de Suicidalidad de Okasha se evidencia una media mayor en mujeres ( $m=9,00$ ) sobre los varones ( $m=4,35$ ) y además presenta relación fuertemente significativa ( $sig=,101$ ).

En la Tabla 5 se observan los estadísticos descriptivos para autoeficacia diferenciados por género.

Según los resultados obtenidos, se observa que ambos sexos obtienen un alto puntaje en la escala de autoeficacia general, sin embargo, los hombres presentan una media de 31,09 y una desviación estándar de 4,48 siendo superiores a las mujeres que presentan una media de 28,87, y una desviación estándar de 5,64. Los hombres presentarían mayor autoeficacia que las mujeres. Además de la diferencia de género mediante prueba  $t= -3,284$  con una  $sig = 0,01$  es decir, que presenta una significación moderada.

Tabla 5.

*Media y Desviación Estándar de autoeficacia de la Escala de Autoeficacia General y diferencia de grupos para hombres y mujeres*

	Femenino		Masculino		t	Sig
	M	DE	M	DE		
<b>Total Escala autoeficacia general</b>	28,87	5,644	31,09	4,482	-3,284	0,01

*\*Datos obtenidos a través del estadístico t de Student.*

Por último, en la Tabla 6 se observan los estadísticos descriptivos de la variable impulsividad y diferencia de grupos, donde se registró un mayor puntaje en los hombres obteniendo medias de 17,14 en impulsividad cognitiva, además de la diferencia de grupos mediante  $t = -2,807$  con una  $sig = ,005$ .

En cuanto a la dimensión impulsividad motora se registró una media de 17,13, con una significación de  $sig = ,37$  y una diferencia de grupos correspondiente a  $t = -,884$ .

En cuanto a la impulsividad no planeada, los resultados indican una media de 21,46, y mediante prueba  $t$  se observa que existe una diferencia de grupo  $t = -1,524$  y una  $sig = ,129$ .

Se observa que los hombres presentan una alta impulsividad cognitiva, baja impulsividad motora y baja impulsividad no planeada, y las mujeres presentan baja impulsividad en las tres dimensiones: cognitiva, motora y no planeada.

Se observa que a modo general existe una diferencia en la media entre los grupos (según género), y se observa también que es mayor en varones ( $m = 55,74$ ), resultando una diferencia con prueba  $t$ , de  $t = -2,439$  y una  $sig = ,016$ .

Tabla 6.

*Media y Desviación Estándar de impulsividad de la Escala de Impulsividad de Barratt BIS-11 y diferencia de grupos para hombres y mujeres*

	Femenino		Masculino		T	Sig
	M	DE	M	DE		
<b>Impulsividad cognitiva</b>	5,18	4,871	17,14	5,583	-2,807	,005
<b>Impulsividad motora</b>	6,41	6,054	17,13	6,149	-,884	,377
<b>Impulsividad no planeada</b>	0,29	5,771	21,46	5,792	-1,524	,129
<b>Total Escala de impulsividad de Barrat BIS-11</b>	1,88	11,195	5,74	12,509	-2,439	,016

*\*Datos obtenidos a través del estadístico  $t$  de Student.*

A continuación se presentan las correlaciones entre variables (Tabla 7), analizadas con el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ), entre las variables suicidalidad, impulsividad y autoeficacia, con sus respectivas dimensiones incluyendo la edad, en adolescentes, hombres y mujeres del Colegio Adventista de Chile (CACH).

Tabla 7.

*Correlaciones entre dimensiones de suicidalidad, autoeficacia, impulsividad y edad en adolescentes, hombres y mujeres, del Colegio Adventista de Chile (CACH)*

<b>Dimensiones</b>	<b>Edad</b>	<b>Suicidalidad</b>	<b>Ideación suicida</b>	<b>Intento suicida</b>	<b>Autoeficacia general</b>	<b>Impulsividad</b>	<b>Impulsividad cognitiva</b>	<b>Impulsividad motora</b>
<b>Suicidalidad</b>	-,071							
<b>Ideación suicida</b>	-,025	,333**						
<b>Intento suicida</b>	-,041	,703**	,564**					
<b>Autoeficacia general</b>	,050	-,166*	-,452**	-,272**				
<b>Impulsividad</b>	-,031	-,084	-,108	-,054	,337**			
<b>Impulsividad cognitiva</b>	,024	-,092	-,133*	-,122	,388**	,784**		
<b>Impulsividad motora</b>	,160*	,046	,122	,045	-,037	,619**	,233**	
<b>Impulsividad no planeada</b>	-,254**	-,136*	-,229**	-,047	,380**	,695**	,459**	,014

Escala de Suicidalidad y sus dimensiones: ideación e intento suicida. Escala de Autoeficacia generalizada. Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) y sus dimensiones: impulsividad cognitiva, impulsividad motora e impulsividad no planeada. Datos obtenidos a través del Coeficiente de Correlación de Pearson (*r*).

\**p* < ,05

\*\**p* < ,01

En primer lugar, se observan correlaciones significativas positivas entre las variables autoeficacia e impulsividad ( $r=,337$ ), entre la dimensión impulsividad cognitiva y la variable autoeficacia ( $r=,388$ ), edad e impulsividad motora ( $r= ,160$ ), y entre la dimensión impulsividad no planeada y la variable autoeficacia ( $r=, 380$ ).

Existe una correlación significativa positiva entre la variable suicidalidad y sus dimensiones: ideación suicida ( $r=,333$ ) e intento suicida ( $r=,703$ ). De la misma forma, existe una correlación positiva entre impulsividad y sus dimensiones: impulsividad cognitiva ( $r=,784$ ), impulsividad motora ( $r=,619$ ) e impulsividad no planeada ( $r=,695$ )

Además, se observan correlaciones significativas moderadas y de tipo negativo entre las dimensiones impulsividad cognitiva e ideación suicida ( $r= -,133$ ), entre la variable edad y la dimensión impulsividad no planeada ( $r= -,254$ ), entre la variable suicidalidad y la dimensión impulsividad no planeada ( $r= -,136$ ), y entre las dimensiones ideación suicida e impulsividad no planeada ( $r= -,229$ ).

No se observan correlaciones significativas entre las variables edad y suicidalidad ( $r= -,071$ ), edad e ideación suicida ( $r= -,025$ ), edad e intento suicida ( $r= -,041$ ), edad y autoeficacia ( $r=,050$ ), edad e impulsividad ( $r= -,031$ ), y edad e impulsividad cognitiva ( $r= ,024$ ). De igual forma, en el presente estudio, los resultados indican que no existen correlaciones estadísticamente significativas entre suicidalidad e impulsividad ( $r= -,084$ ), suicidalidad e impulsividad motora ( $r=,046$ ), y suicidalidad e impulsividad cognitiva ( $r= -,092$ ).

No se observan correlaciones significativas entre ideación suicida e impulsividad ( $r= -,108$ ) y tampoco entre ideación suicida e impulsividad motora ( $r=,122$ ).

No se correlacionan de forma significativa la variable impulsividad con la dimensión intento suicida ( $r=-,054$ ), impulsividad cognitiva e intento suicida ( $r= -,122$ ), impulsividad motora e intento suicida ( $r=,045$ ) e impulsividad no planeada con intento suicida ( $r= -,047$ ).

Finalmente no se observan correlaciones significativas entre la variable autoeficacia e impulsividad motora ( $r= -,037$ ), ni entre impulsividad motora e impulsividad no planeada ( $r=,014$ ).

## **DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **Discusión**

La adolescencia resulta una etapa compleja del desarrollo humano (Papalia et al., 2009). Existen múltiples factores asociados al malestar emocional en los adolescentes, los que desencadenarían una serie de conductas de riesgo en los adolescentes (Alcántar, 2002). Es por lo anterior, que se debe considerar el estudio de variables que permitan favorecer el desarrollo de los adolescentes de forma satisfactoria, y también que permitan evitar las conductas de riesgo y las consecuencias que éstas podrían conllevar.

Dentro de las variables estudiadas en el marco de esta investigación, los resultados indicaron que existe una relación negativa entre la variable autoeficacia general y suicidalidad, lo que indica que a mayor autoeficacia general, menor es la suicidalidad en los adolescentes, comprobándose que la autoeficacia puede actuar como un excelente predictor de conductas (Olivari & Urra, 2007), en este caso, conductas suicidas. Como se ha descrito en la revisión de literatura, bajos niveles de autoeficacia junto a otros factores, podrían llevar a una persona a intentar suicidarse (Cortina, Peña & Gómez, 2011), buscando el suicidio como una solución a sus problemas. Es así como la autoeficacia estaría también relacionada con la ideación suicida, de igual forma, a mayor autoeficacia, menor será la ideación suicida, tal como lo demuestran los resultados de esta investigación. Rosselló, Duarte-Vélez, Gema & Bernal (2008), indican de igual manera, que las personas que presentan una ideación suicida más severa, tienen cogniciones desadaptativas y por ende una menor autoeficacia, es por esto que la autoeficacia podría actuar como factor protector ante las conductas suicidas, al correlacionar de forma negativa, ya que al aumentar la autoeficacia, disminuirían la ideación suicida y la suicidalidad. Por otro lado, autoeficacia e intento suicida también correlacionaron de forma negativa, lo que es apoyado por Carrasco & Del Barrio (2002), ya que indican que un déficit en los recursos cognitivos influirá en los intentos suicidas en los adolescentes. La autoeficacia es relacionada con el intento suicida también en el contexto académico (Valadez et al., 2011), contexto en el que se encuentran los adolescentes que participaron en esta investigación, por lo que la autoeficacia resulta una variable interesante ya que correlaciona directamente y de forma negativa con la suicidalidad en esta investigación, es decir, a medida que la autoeficacia aumenta, la suicidalidad en adolescentes que se encuentren en un contexto académico disminuiría.

Investigaciones afirman que la impulsividad actuaría como un factor predictor de la conducta suicida (Salvo & Castro, 2013), y aunque la relación entre suicidalidad e impulsividad

no es significativa, se encontró que ciertas dimensiones de la impulsividad, como la impulsividad cognitiva si tiene relación con la ideación suicida, ya que a mayor impulsividad cognitiva, menor será la ideación suicida, lo que se explicaría porque el adolescente que tienen un bajo control sobre la intrusión de pensamientos y dificultades para la atención no podrían tener pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte como se presentan en la ideación suicida. La impulsividad no planeada se relacionó de forma negativa con la suicidalidad, ya que a medida que una aumenta, la otra disminuye, lo que quiere decir que a mayor impulsividad planeada, menor suicidalidad, debido a que la suicidalidad implica un continuo o proceso, donde el individuo pasa por las ideas suicidas o deseos de muerte, los actos suicidas con o sin resultado de muerte llegando o no, al suicidio consumado (Cañón, 2011), y la impulsividad no planeada implicaría un procesamiento de la información que es apresurado, y que lleva a tomar decisiones aceleradas, sin planear, “actuar para el momento” o el ser incapaz de planear acciones futuras (Oquendo et al., 2001). En nuestro estudio, la impulsividad no obtuvo una alta significancia en relación con el intento suicida, puesto que la religiosidad podría ser un factor protector. Sin duda es una variable que podría influir y que debería continuar investigándose al respecto.

De igual forma, la impulsividad no planeada se relaciona de manera inversa con la ideación suicida, por ende, a mayor impulsividad no planeada, menores serán las ideas y los pensamientos intrusivos relacionados con el suicidio. Para Barratt (1993, en Orozco et al., 2007), las personas con altos niveles de impulsividad típicamente no piensan antes de hablar y presentan dificultades para concentrarse y planear acciones orientadas al futuro, lo cual las probabilidades de intento suicida aumentan.

Por otro lado, la impulsividad se relacionó con la autoeficacia, indicando que a mayor autoeficacia, mayor será el grado de impulsividad en jóvenes, lo cual podría explicarse debido a que la autoeficacia es la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1995), esto lo llevaría a actuar de forma impulsiva, sin analizar la situación, debido a que tienen la creencia de que podrán desempeñar las acciones sin problema. Las creencias de eficacia incluyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas (Bandura et al., 1999), y las personas impulsivas según Pueyo (2014), son naturales y rápidas, además de arriesgadas, y tienen la tendencia de recapacitar menos que la mayoría de la gente con iguales capacidades antes de realizar una acción (Dickman, 1985 citado en Pedrero, 2009). También la impulsividad no planeada se relacionó con la autoeficacia, al aumentar la autoeficacia, aumentaría también la impulsividad no planeada, ya que al tener la creencia de estar capacitado

para realizar una acción determinada y llegar a sus metas (Garrido, 2000), el individuo actuaría sin reflexionar, ni planificar sus comportamientos (Alcázar et al., 2010).

La autoeficacia como recurso cognitivo se relacionó con la impulsividad cognitiva, ya que según los resultados obtenidos, a medida que aumenta la autoeficacia también aumentará la impulsividad cognitiva. Siguiendo la misma línea anterior, los sujetos con altos índices de autoeficacia no tendrían pensamientos intrusivos con respecto a sus capacidades, debido a que según Bandura (1995) tienen la creencia de poseer las capacidades para realizar las acciones necesarias para obtener los resultados deseados.

Con respecto a la edad, los resultados de esta investigación indicaron que a mayor edad, mayor sería la impulsividad motora, esto quiere decir, que los adolescentes con mayor edad, tendrían la capacidad y una tendencia general a actuar motivados por las emociones del momento, lo que podría explicar también que un aumento de la impulsividad se correlaciona con diversos trastornos emocionales como trastorno bipolar o el trastorno de personalidad limítrofe (Moeller et al., 2001) en el cual la inestabilidad o el cambio rápido de una emoción a otra es característico.

Los resultados también indican que a mayor edad, menor es la impulsividad no planeada, por lo que los jóvenes a mayor edad, tenderían a actuar de forma precipitada y a tomar decisiones apresuradas. Los jóvenes con altos niveles de impulsividad típicamente no piensan antes de hablar, no pueden estar inactivos y cambian su forma de pensar prontamente (Barratt, 1993 citado en Orozco et al., 2007).

Como se puede evidenciar la suicidalidad global se manifiesta con una media mayor en mujeres sobre los hombres, es decir, de acuerdo a los resultados registrados el género femenino es la población con mayor riesgo de suicidalidad estando sobre la puntuación mínima para categorizarse como tal. En el ítem de ideación suicida se registró que, el género femenino puntuó una media mayor sobre los hombres, dejando en evidencia que al ser un fenómeno que va gradualmente en ascenso, estas son las que poseen mayor riesgo llegando al puntaje límite. Además, es prudente aclarar que existe una fuerte significancia en la ideación suicida y el género femenino. En la Escala de Suicidalidad de Okasha también se encuentra el ítem de intento suicida, ambos sexos presentan una baja puntuación en el ítem anteriormente mencionado, sin embargo, las mujeres demuestran una diferencia significativa sobre los varones. Esto podemos corroborarlo con los datos recopilados por el MINSAL, y así lo demuestran las investigaciones de Salvo & Melipillán (2008) en la ciudad de Concepción y Chillán que afirman que la región del Biobío posee un alto índice de ideación suicida en adolescentes.



De acuerdo a la Escala de Autoeficacia General se presenta una media mayor correspondiente al género masculino, es decir, los varones presentan mayor autoeficacia que las mujeres, además representa una diferencia significativa fuerte en la diferenciación de géneros.

En la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), la puntuación general indica que en ambos sexos poseen bajos niveles de impulsividad, sin embargo, el sexo masculino está por sobre la media de la femenina, la cual resultó ser significativa.

En cuanto a las subdimensiones de impulsividad, la impulsividad cognitiva resultó mayor en los hombres, demostrando un bajo control de los pensamientos intrusivos y dificultades para la atención sostenida, teniendo las mujeres una mayor capacidad en esta área, es decir, mayor control de pensamientos y mayor atención, lo que podría relacionarse con que las mujeres presentan una mayor ideación y pensamientos relacionados con el suicidio.

En la dimensión motora de la impulsividad, se demostró que no existe una diferencia significativa entre ambos grupos, pero el sexo masculino manifestó una media más alta que las mujeres, es decir, los hombres tendrían una mayor tendencia general a actuar motivado por las emociones del momento que las mujeres, las cuales como antes mencionamos, tienen mayor capacidad para la atención sostenida y el control de pensamientos, más que “actuar sin pensar”.

Por último, en la dimensión no planeada de la escala de impulsividad, tampoco se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos, pero sin embargo, los hombres obtuvieron una media mayor que las mujeres, lo que va de la mano con lo planteado anteriormente, actuar motivado por las emociones, procesar la información apresuradamente y tomar decisiones más rápidamente sin planear, a diferencia de las mujeres que tendrían una mayor capacidad de planear y controlar los pensamientos intrusivos.

### **Conclusiones**

Se han descrito las relaciones entre las diferentes variables estudiadas, y a modo de conclusión, y de acuerdo a las investigaciones realizadas por Salvo & Melipillán (2008), la impulsividad actuaría como un factor predictor de la suicidalidad, sin embargo, los resultados obtenidos en la presente investigación y por las características de la muestra, no existiría una relación significativa entre ambas variables, demostrándose lo contrario a lo establecido en la revisión teórica.

Con respecto a la descripción de la relación entre suicidalidad, impulsividad y autoeficacia como objetivo, se encontró que no existe una correlación significativa entre las tres variables.

Sin embargo, la suicidalidad se relacionó con una de las dimensiones de la variable impulsividad, dando como resultado a que a medida que la suicidalidad aumenta, la

impulsividad no planeada disminuiría, es decir que a medida que los adolescentes tienen más ideas, pensamientos o intentos asociados a la muerte, no actuarían por el momento, sino que habría un mayor planeamiento de las situaciones.

Con respecto a la variable autoeficacia, se correlacionó de forma negativa con la suicidalidad, resultando que a mayor suicidalidad, menor sería la capacidad de autoeficacia, relación que es respaldada por las investigaciones que se revisaron (Rosselló et al., 2008; Rivera & Andrade, 2006; Carrasco & Del Barrio, 2002; Montoya et al., 2003).

La autoeficacia también se relacionó con la impulsividad, resultando que a mayor autoeficacia, mayor serán los niveles de impulsividad en los adolescentes. Los jóvenes que son más autoeficaces tienden a realizar sus actividades de forma confiada, cumplirían sus metas adquiriendo un compromiso firme para alcanzarlas (Locke & Lathan, 1990, en Bandura et al., 1999).

### **Recomendaciones**

De acuerdo a los resultados de la investigación se sugiere promover nuevas investigaciones que se relacionen con la temática de suicidalidad y los factores que podrían intervenir, con el objetivo de poder disminuir las estadísticas y promover una salud mental adecuada al ciclo vital de nuestros adolescentes.

Además, se sugiere al establecimiento crear planes de intervención en el desarrollo de habilidades personales entre ellas la “autoeficacia” en los adolescentes, para potenciar sus virtudes y utilizar la autoeficacia como un factor individual protector ante la suicidalidad.

Se sugiere también, generar instancias dentro del establecimiento para la promoción y prevención del suicidio en la población infante/adolescente, brindando apoyo integral y psicoeducativo a sus alumnos.

Finalmente, se considera relevante fomentar y dar a conocer las investigaciones referidas a esta temática, con el fin de conocer los factores que influyen en ella, y utilizarlos para prevenir que el suicidio continúe aumentando en los adolescentes.

## ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN**  
**“Relación entre Suicidalidad, Impulsividad y Autoeficacia en adolescentes del Colegio Adventista de Chile”.**

**Nombre del investigador (a):** Helen Cofré Concha, Muriel Espinoza Valenzuela y Rodolfo Hidalgo Sepúlveda.

**Señor(a) apoderado:** Junto con saludarle y desear que las bendiciones de Dios sean sobre usted y su familia, le informamos que estamos realizando una investigación de pregrado, para la cual queremos contar con la participación de los alumnos del Colegio Adventista de Chile. Teniendo en cuenta lo anterior, le solicitamos su autorización para que el alumno (a) del cual es apoderado participe de esta investigación.

---

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- Los cuestionarios son anónimos, manteniéndose en absoluta reserva los datos personales de los participantes.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de investigación como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en la disciplina de la Psicología.

Procedimientos

La Investigación es de tipo cuantitativo, donde el estudiante responderá 3 instrumentos psicométricos, los cuales son: Escala Suicidalidad de Okasha, Escala de Impulsividad BIS-11 de Barrat y la Escala de Autoeficacia Generalizada.

Los resultados de esta investigación serán entregados al finalizar el año a la dirección del Colegio Adventista de Chile, con el fin de que sea un aporte para el establecimiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

Considerando lo informado anteriormente:

Yo \_\_\_\_\_ Tutor, padre o apoderado del alumno  
\_\_\_\_\_ del curso \_\_\_\_\_ del Colegio Adventista  
de Chile, estoy de acuerdo que participe en la investigación antes mencionada. Autorizo con fecha de: día  
\_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### Escala de Suicidalidad de Okasha

Preguntas	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces
1. ¿Has pensado que la vida no vale la pena?				
2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?				
3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?				
4. ¿Has intentado suicidarte?	Ningún intento	Un intento	Dos intentos	Tres o más

ANEXO 3

**Escala de Impulsividad de Barratt BIS-11**

	Raramente o nunca	Ocasional mente	A menudo	Casi siempre
Planifico mis tareas con cuidado				
Hago las cosas sin pensarlas				
Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
Planifico mis viajes con antelación				
Soy una persona con autocontrol				
Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
Ahorro con regularidad				
Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)				
Digo las cosas sin pensarlas				
Me gusta pensar sobre problemas complicados				
Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)				
Actúo impulsivamente				
Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
Visito al médico y al dentista con regularidad				
Hago las cosas en el momento que se me ocurren				
Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
Compro cosas impulsivamente				
Yo termino lo que empiezo				
Camino y me muevo con rapidez				
Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				

Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)				
Hablo rápido				
Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
Me interesa más el presente que el futuro				
Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo)				
Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

ANEXO 4

**Escala de Auto-eficacia Generalizada**

1 = Incorrecto                      2= Apenas cierto                      3= Mas bien cierto                      4=Cierto

Preguntas	1.	2.	3.	4.
Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga				
Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
Me es fácil persistir en lo que me he propuesto a llegar alcanzar mis metas.				
Tengo confianza en que podía manejar eficazmente acontecimiento inesperado.				
Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.				
Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer				
Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				



## REFERENCIAS

- Alcantar, I. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. *Facultad de Psicología, UNAM, México, DF.*
- Alcázar, M., Verdejo, A., Bouso, J., & Bezos, L. (2010). Neuropsicología de la agresión impulsiva. *Revista de Neurología, 50*(5), 291-299.
- Barratt, E., Stanford, M., Kent, T., & Alan, F. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry, 41*(10), 1045-1061.
- Barratt, E., Orozco, L., & Moeller, F. (2004). Impulsivity and sensation seeking: a historical perspective on current challenges. *On the psychobiology of personality: essays in honor of Marvin Zuckerman.*
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social.* Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies.* New York: Cambridge University Press
- Bandura, A., Elder, G., Flammer, A., Schneewind, K., Oettingen, G., Jerusalem, M., & Zimmerman, B. (1999). *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual.* Bilbao: Descleé De Brouwer
- Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Obtenidode: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/otros-recursos-1/guia-para-la-construccion-de-escalas-de>
- Bella, M. (2012). Comportamientos de riesgo para la salud en niños y adolescentes con intentos de suicidio y en sus familiares. *Revista médica de Chile, 140*(11), 1417-1424.
- Burgos, A., & Urquijo, P. (2012). Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Salud & Sociedad, 3*(2), 131-150.
- Bustamante, F., & Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría, 51*(2), 126-136.
- Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de medicina, 62-67.*
- Carbonero, M., & Merino, E. (2004). Autoeficacia y madurez vocacional. *Psicothema, 16*(2), 229-234.
- Carrasco, M., & Del Barrio, M. (2002). Diferentes dominios de la autoeficacia percibida en relación con la agresividad adolescente. *Clínica y Salud, 13*(2), 181-194.

- Chahin, N., Cosi, S., Lorenzo, U., & Vigil, A. (2010). Stability of the factor structure of Barrat's Impulsivity Scales for children across cultures: A comparison of Spain and Colombia. *Psicothema*, 22(4), 983-989.
- Chirivella, E., & Esquivá, I. (2012). Los estados emocionales y su relación con las atribuciones y las expectativas de autoeficacia en el deporte. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 171-176.
- Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista médica de Chile*, 138(5), 551-557.
- Cortés, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 132-139.
- Cortina, E., Peña, M., & Gómez, Y. (2011). Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16-25 años del Valle de Aburrá. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 1(1).
- Díaz, M., Cumba, E., Bernal, G., & Rivera, C. (2008). Desarrollo y propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia para la depresión en adolescentes (EADA). *Interamerican Journal of Psychology*, 42(2), 218-227.
- Dickman, S. (2000). Impulsivity, arousal and attention. *Personality and Individual Differences*, 28(3), 563-581.
- Durkheim, E. (2003). *El suicidio* (7ª ed.). México: Coyoacán.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. *Obras completas*, 14, 1978-1985.
- Garrido, E. (2000). Autoeficacia en el mundo laboral. *Apuntes de psicología*, 18(1), 9-38.
- Grau, R., Salanova, M. y Peiró, J. (2000). Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*, 18(1), 57-75.
- Hampson, S., Severson, H., Burns, W., Slovic, P., & Fisher, K. (2001). Risk perception, personality factors and alcohol use among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 167-181.
- Hansen, E., & Breivik, G. (2001). Sensation seeking as a predictor of positive and negative risk behaviour among adolescents. *Personality and individual differences*, 30(4), 627-640.
- Haquin, C., Larraguibel, M., & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista chilena de pediatría*, 75(5), 425-433.
- Hernandez, E. (2007). Caracterización social de la muerte por violencia Autoinfligida en baja California: El caso de Mexicali. Tesis de grado de Maestra en Estudios y Proyectos Sociales, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, Baja California, México.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. *México: Editorial Mc Graw Hill*.

- Isik, E. (2010). Autoeficacia en la decisión de carrera en estudiantes turcos de grado. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(21), 749-761.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., & Zwi, A. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud.
- Lacan, J. (1978). La familia. Buenos Aires: *Argonauta*.
- McCoul, M., & Haslam, N. (2001). Predicting high risk sexual behaviour in heterosexual and homosexual men: The roles of impulsivity and sensation seeking. *Personality and individual differences*, 31(8), 1303-1310.
- MINSAL. (2011). Estrategia Nacional de Salud, para el cumplimiento de los objetivos de la década 2011-2020. Santiago: MINSAL.
- Moeller, F., Barratt, E., Dougherty, D., Schmitz, J., & Swann, A. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Montoya, R., Jiménez, L., Villavicencio, M., De la Rosa, A., & Abundiz, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud*, (2), 0.
- Olivari, C., & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15.
- Oquendo, M., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., & Mann, J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS-11). *The European journal of psychiatry*, 15(3), 147-155.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). "Prevencción del suicidio (SUPRE)", en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Whashington, DC: OMS/OPS.
- Orozco, L., S Barratt, E., & Buccello, R. (2007). Implicaciones para el estudio de la neurobiología de la experiencia consciente.: El Acto Impulsivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 109-126.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Feldman, R. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. McGraw-Hill Interamericana.
- Pastorelli, C., Caprara, G., Barbaranelli, C., Rola, J., Rozsa, S., & Bandura, A. (2001). The structure of children's perceived self-efficacy: A cross-national study. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(2), 87.
- Patton, J., & Stanford, M. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774.
- Pavéz, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villarroel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista médica de Chile*, 137(2), 226-233.

- Pedrero, E. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman. *Psicothema*, 21(4), 585-591.
- Peña Galbán, L. Y., Casas, L., Padilla, M., Gómez, T., & Gallardo, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(3), 182-187.
- Pueyo, A. (2004). Evaluación de la impulsividad y el riesgo en el uso de armas de fuego en las policías y fuerzas de seguridad. *Revista Catalana de Seguretat Pública*, (14), 63-77.
- Quintero, Y., Aristizabal, O., Barraza, F., Morroy, A., Martínez, J., & Cano, G. (2010) suicidio: revisión de aspectos neurobiológicos.
- Rivera, N., & Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 8(2), 23-40.
- Rodríguez, F., Glez, J., Revuelta, R., & De Oca, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11, 374-380.
- Rodríguez, M., Peña, J., & Inda, M. (2013). Creencias de autoeficacia y elección femenina de estudios científico-tecnológicos: una revisión teórica de su relación. *Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria*, 24(1), 81-104.
- Rosselló, J., Duarte-Vélez, Y., Gema-Zuluaga, M., & Bernal, G. (2008). Características de adolescentes con depresión e ideación suicida en una muestra clínica. *Ciencias de la Conducta*, 23(1), 55-86.
- Salanova, M., Martínez, I. M., Bresó, E., Llorens, S., & Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios, facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología*, 21(1), 170-180.
- Salvo, L., Rioseco, P., & Salvo, S. (1998). Intento de suicidio en adolescentes. *Revista de Psiquiatría*, 15(1), 30-4.
- Salvo, L., & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 46(2), 115-123.
- Salvo, L., & Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254.
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 22, 407-16.
- Sánchez, R., Guzmán, Y., & Cáceres, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(1), 12-25.
- Sanjuán, P., Pérez, A., & Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Suplemento), 509-513.

- Schwarzer, R., Bäßler, J., Kwiatek, P., Schröder, K., & Zhang, J. (1997). The Assessment of Optimistic Self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese Versions of the General Self-efficacy Scale. *Applied Psychology, 46* (1), 69-88.
- Schwarzer, R., & Baessler, J. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y estrés, 2*(1), 1-8.
- Serrano, M., & Flores, M. (2014). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud, 15*(2), 221-230.
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., & Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista médica de Chile, 141*(10), 1275-1282.
- Squillace, M., Janeiro, J., & Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Neuropsicología Latinoamericana, 3*(1).
- Stanford, M. & Barratt, E. S. (1996). Verbal skills, finger tapping, and cognitive tempo define a second-order factor of temporal information processing. *Brain and Cognition, 31*, 35-45.
- Valadez, I., Amezcua, R., González, N., Montes, R., & Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 9*(2).
- Whiteside, S., & Lynam, D. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences, 30*(4), 669-689.

