

VALIDACIÓN DEL MODELO CÚBICO DEL SUICIDIO PARA LA
PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESTUDIANTES DE
BACHILLERATO DE LA CIUDAD DE IPIALES.

(Trabajo para optar por el título de psicólogos)

Mario Fernando Hernández Benavides

Dario Javier Guerrero Rosero

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA

2010

VALIDACIÓN DEL MODELO CÚBICO DEL SUICIDIO PARA LA PREDICCIÓN
DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LA
CIUDAD DE IPIALES.

(Trabajo para optar por el título de psicólogos)

Mario Fernando Hernández Benavides

Dario Javier Guerrero Rosero

Asesor

Ps. Fredy Hernán Villalobos Galvis

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA

2010

“Las ideas y conclusiones aportadas en la tesis de grado son responsabilidad exclusiva de sus autores”.

Artículo 1 de acuerdo No 324 de Octubre 11 de 1966, emanado por el honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación:

Firma del presidente del Jurado

Firma de Jurado

Firma de Jurado

San Juan de Pasto, Noviembre 12 de 2010

AGRADECIMIENTOS

A nuestro asesor, el Doctor Fredy Hernán Villalobos - Galvis por su constante acompañamiento en el proceso de investigación y por su exigencia, ya que ésta permitió fortalecer no solo nuestros aspectos académicos sino también nuestros aspectos personales.

A los miembros del jurado, la Doctora Claudia Calvache y el Doctor Omar Calvache, por sus pertinentes recomendaciones y sugerencias.

A los directivos, padres de familia y estudiantes de la Institución Educativa Ciudad de Ipiales, Institución Educativa Alfonzo López, Institución Educativa Seminario, Institución Educativa Jesús de Nazaret, Institución Educativa Mixta San Felipe Neri, por su colaboración en la investigación.

A Diana Cistancho, Erika Chamorro, Isabeth Solarte y Yaqueline Suarez, por ser parte del equipo de trabajo durante la recolección de información.

DEDICATORIA

*A mis padres, y a mi hermano por su valioso acompañamiento en cada paso de mi vida
y por ser un apoyo constante en mi formación académica y personal.*

*A mi compañero de tesis Mario Hernández, por su amistad, paciencia y perseverancia
a lo largo de este arduo proceso.*

Darío

DEDICATORIA

A mi madre por ser mi apoyo no solo a lo largo de mi carrera sino también de mi vida, fortaleciendo mis aspectos académicos y personales. Por ser un ejemplo de vida.

A mi abuela Clemencia y mi tío Álvaro por su apoyo incondicional.

A mi compañero de tesis Darío guerrero por su amistad, perseverancia y paciencia a lo largo de este arduo proceso.

MARIO FERNANDO HERNANDEZ BENAVIDES

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO.....	i
LISTA DE TABLAS.....	iv
LISTA DE FIGURAS.....	v
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
Suicidio.....	5
Definición de suicidio.....	5
Conducta Suicida	6
Ideación Suicida.....	6
Intento Suicida.....	7
Suicidio Consumado	7
Conducta Suicida en Adolescentes.....	8
Aportes Teóricos a la Conducta Suicida.....	9
Modelo Cúbico.....	10
Pychache.....	11
Perturbación.....	11
Constricción Cognitiva.....	12
Impulsividad.....	12
Estrés.....	13
METODO.....	16

Tipo.....	16
Diseño.....	16
Participantes.....	16
Instrumentos.....	17
Escala PANAS de Afectos Positivos y Afectos Negativos.....	17
Escala de Estrés Percibido.....	18
Escala de Impulsividad Funcional y Disfuncional.....	18
Escala de Desesperanza de Beck.....	19
Cedula de Indicadores Parasuicidas (CIP).....	19
Procedimiento.....	19
Consideraciones éticas.....	20
Análisis de la información.....	20
RESULTADOS.....	21
Relación entre las variables de estudio.....	21
Comportamiento de las variables del modelo cúbico de acuerdo al grupo de conducta suicida.....	22
Predicción de las conductas suicidas con las variables del modelo cúbico....	27
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSION, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.....	37
REFERENCIAS.....	39
ANEXOS.....	46
ANEXOS 1. Escala PANAS de Afectos Positivos y Afectos Negativos.....	47
ANEXOS 2. Escala de Estrés Percibido (PSS).....	48

ANEXOS 3. Escala de Impulsividad Funcional / Disfuncional.....	50
ANEXOS 4. Escala de Desesperanza (BHS).....	52
ANEXOS 5. Cedula de indicadores parasuicidas (CIP).....	54
ANEXOS 6. Documento de consentimiento informado para padres.....	58
ANEXOS 7. Documento de aceptación informado para estudiantes.....	60

Lista de Tablas

Tabla 1. Descripción de la muestra según el sexo.....	17
Tabla 2. Descripción de la muestra según la edad.....	17
Tabla 3. Matriz de las correlaciones entre las variables de estudio.....	21
Tabla 4. Distribución de muestra según la variable experiencias vitales.....	22
Tabla 5. Medidas descriptivas de cada variable según el tipo de cta suicida.....	23
Tabla 6. ANOVA por cada variable.....	24
Tabla 7. Comparaciones múltiples POS HOC.....	25
Tabla 8. Información de ajuste de los modelo.....	27
Tabla 9. Significancia de cada variable en relación a la predicción de la conducta suicida.....	27
Tabla 10. Contraste entre las variables para determinar la predictibilidad de las conductas del modelo cúbico de suicidio.....	28
Tabla 11. Valores Beta para la predicción de la conducta suicida según las variables del afecto negativo y estrés percibido.....	29
Tabla 12. Contraste de las variables afecto negativo y estrés percibido para determinar la predictibilidad de las conductas de suicidio.....	29

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo Cúbico de Shneidman de dolor-presión-perturbación.....	10
---	----

**VALIDACIÓN DEL MODELO CÚBICO DEL SUICIDIO PARA LA
PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESTUDIANTES DE
BACHILLERATO DE LA CIUDAD DE IPIALES**

RESUMEN

Con el fin de validar el modelo cúbico del suicidio para la predicción de la conducta suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Ipiates, se llevó a cabo un estudio correlacional, en el que se aplicó una batería de instrumentos de medición psicológica previamente estandarizados, con una muestra de 573 estudiantes con edades comprendidas entre los 9 años y 20 años de edad, de 3 colegios oficiales y 2 privados de la ciudad de Ipiates. Para el análisis de datos se utilizó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson en el que se encontró que las correlaciones entre las variables del modelo cúbico son estadísticamente significativas. También se realizó el análisis de regresión logística multinomial en el cual se observa que las variables que aportan significativamente a la predicción de las ideas suicidas son el afecto negativo y el estrés percibido, mientras que las restantes (afecto positivo, desesperanza, impulsividad funcional e impulsividad disfuncional) no lo hacen, lo que implica que el modelo no se valida.

Palabras clave: suicidio, conducta suicida, modelo cúbico de Shneidman, Psychache, perturbación, estrés.

**VALIDATION OF THE CUBIC MODEL OF THE SUICIDE FOR THE
PREDICTION OF THE SUICIDAL CONDUCT IN HIGH SCHOOL STUDENTS
FROM THE CITY OF IPIALES**

ABSTRACT

In order to validate the cubic model of suicide for the suicidal behaviour prediction in high school students from the city of Ipiates, a correlational study was carried out, in which a set of psychological measurement instruments, previously standardized, was applied to a sample of 573 students with ages ranging between 9 and 20 years, from 3 public schools and 1 private school of that city. For the information analysis there was carried out the statistical study of the Pearson product-moment correlation coefficient in which it was found out that all the correlations were statistically significant, but in some cases the sign (+ and-) of some variables correlation was not corresponding to an acceptable correlation that contributed to the cubic model validation. Also, it was performed a logistic regression multinomial analysis on which it was observed that the variables contributing to the model are both the negative affection schedule and the perceived stress, while the remaining variables (positive affection, hopelessness, functional impulsivity and dysfunctional impulsivity) do not significantly contribute so that this fact implies that the model is not validated.

Key words: suicide, suicidal behaviour, cubic model of Shneidman, Psychache, disturbance, stress.

INTRODUCCION

El suicidio es uno de las principales causantes de muerte violenta a nivel mundial, para lo cual la Organización Mundial de la Salud ha dado el calificativo de pandemia por la amenaza creciente, ya que está entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas con edades comprendidas entre los 15 a 44 años. Estos números nos advierten por sí mismos que, así como se proyectan programas de educación vial o anti drogadicción, es urgente elaborar políticas de prevención del suicidio que complementen lo que se viene realizando en la práctica de la atención de la salud mental (Agrest, 2007).

El suicidio se ha convertido en un gran problema de salud pública para Colombia en los últimos años puesto que cada media hora, una persona intenta quitarse la vida; y cada cuatro horas y cuarenta minutos, en promedio, alguien consuma su intento. Lo que no es ajeno para el departamento de Nariño, pues ocupa, uno de los primeros lugares a nivel nacional según la tasa de suicidio por año; la mayoría de estos casos se dan en personas con edades que oscilan entre 15 y 25 años (IDSN, 2006).

Esta situación tampoco es extraña para la ciudad de Ipiales que en la actualidad ha aumentado considerablemente las cifras de conductas suicidas. Así pues, cuatro intentos de suicidio se reportan semanalmente, según un informe entregado por las entidades de salud, la mayoría de estos actos suicidas incluyeron: envenenamiento mediante sustancias sólidas o líquidas, ahorcamiento y cortes profundos en la piel para desangrarse. Estas autoagresiones se presentan más frecuentemente en estudiantes adolescentes (Grisales, 2009).

Las cifras de suicidio se disparan durante los fines de semana cuando a las IPS llegan tres o cuatro jóvenes en precarias condiciones de salud, con síntomas de envenenamiento y otras autoagresiones. A esta grave situación se le suman las emergencias atendidas entre semana, ya que por lo menos una persona intenta quitarse la vida cada día. Muchos casos son reincidentes, es decir, ya lo han intentado en tres o cuatro oportunidades hasta que consuman el intento (Grisales et al., 2009).

Ahora bien, se han realizado estudios en las cuales se ha tenido en cuenta la anterior problemática del suicidio en el departamento de Nariño, como el realizado por

Tejada (2007), en el que se encontró que el concepto de suicidio giraba en torno a una connotación negativa y positiva, definiendo la primera como un acto de cobardía y de falta de ánimo y valor para enfrentar las vicisitudes propias de la vida humana; y la segunda, lo definía como un acto de valentía que no todo ser humano puede llegar a controlar, dándole importancia también a factores asociados a la definición como: factores individuales (Trastornos mentales, déficit en habilidades y competencias personales, atributos personales como la introversión y la dependencia afectiva), factores familiares (falta de apoyo, incomprensión, desamor etc.), factores sociales (relaciones de pareja, sentimientos de soledad), factores económicos y factores protectores. Además se encontró en otro estudio como el de Delgado e Insuasty (2004) que múltiples factores de vulnerabilidad se agrupan en categorías como: factores demográficos, factores psiquiátricos, factores familiares, factores sociales y estado de salud. Otro estudio similar es el de Cabrera y Castillo (2008) en la que se logra comprender la importancia de las variables de solución de problemas, apoyo social, autoestima y adaptabilidad familiar en la promoción de la salud mental y en la prevención de la ideación suicida.

Pues bien, aunque los anteriores estudios ponen en evidencia la problemática del suicidio y sus complejidades no se ha tenido en cuenta el modelo cúbico de Shneidman con sus tres ejes (Psychache, estrés y perturbación), lo cual también se observa en otros estudios, que solo abordan un solo eje del modelo, dolor psicológico insoportable (psychache). Por ejemplo la investigación ejecutada por Lezine (2005), con 207 niños de madres con esquizofrenia y 104 niños con una familia sin historia de desórdenes mentales, encontró que el dolor psicológico tiene una asociación significativa con el comportamiento suicida y que los desordenes psiquiátricos (Depresión mayor, esquizofrenia y abuso de sustancias psicoactivas) fueron también asociados con futuros comportamientos suicidas.

Otra investigación es la de Holden y Flamenbaum (2007), en la universidad de Queen, con 264 estudiantes universitarios, en la que se encontró que del total de la muestra, 25 (9.5%) reportó haber tenido un pequeño intento de suicidio. Este rango es consistente con previas estimaciones de la prevalencia de intentos de suicidio en estudiantes populares. Todos los intentos fueron de mujeres con un rango de edad de los 16 a 44 años de edad.

Es por lo anteriormente mencionado que el modelo cúbico de Shneidman es una herramienta valiosa en lo que se refiere a la prevención del suicidio, ya que lo importante no es tanto la posibilidad de tratar a quien presenta un síndrome suicida, sino la detección prematura de sus conductas suicidas (Agrest, 2007).

A continuación se presenta una definición del concepto de suicidio y también se definen los componentes de la conducta suicida (ideas suicida, intentos suicida y suicidio consumado) y del modelo cúbico del suicidio de Shneidman, al igual que se desarrolla el análisis de datos, discusión y conclusiones de la investigación.

Suicidio

El suicidio ha acompañado al hombre a lo largo de su historia, no obstante, éste no ha sido comprendido en su totalidad, puesto que las causas no son claras ni unidimensionales en la que pueden intervenir factores cambiantes como la religión, la sociedad, la motivación, las costumbres culturales, los reforzadores del medio, etc (Wekstein, 1979).

Definición de Suicidio

Según el diccionario de la real academia Española de la lengua (1817, citado por Villalobos, 2009a) se define al suicidio en términos latinos *Sui* (de sí mismo) y *cadere* (matar), definiéndolo como el acto o la conducta que daña o destruye al propio agente.

En la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento CIE10 (1994), se define el suicidio como: El acto consciente de aniquilación auto inducida, en la que pueden intervenir factores etiológicos como: Factores biológicos (alteraciones en el metabolismo de la Serotonina: predisposición genética.), Factores sociales (sensación de aislamiento y alejamiento de la sociedad), Factores psicológicos (rasgos de Personalidad como impulsividad o dependencia.), Factores de Riesgo (enfermedades psiquiátricas, enfermedades médicas, género, edad y estado civil).

Por otro lado, Shneidman (citado por Medina, 2000) también define al suicidio en la mayoría de los casos como el esfuerzo consciente por buscar una solución a los problemas que causan sufrimiento intenso, por lo que el dejar de existir elimina el dolor insoportable. Shneidman resume su concepción en base a diez características frecuentes: a) el propósito común es la búsqueda de una solución, b) el objetivo es la interrupción de

toda consciencia, c) el estímulo es el dolor psicológico insoportable, d) el factor estresante son las necesidades psicológicas frustradas, e) la emoción es la desesperación combinada con el desamparo, f) el estado cognitivo es la ambivalencia, g) el estado perceptual es la limitación, h) el acto es la huida, i) el acto interpersonal es la comunicación de la intención, y j) la consistencia es con los patrones de enfrentamiento de toda la vida.

Conducta Suicida

Dentro de las definiciones más importantes de conducta suicida encontramos diversos puntos de vista: La OMS (citada por Pascual, Villena, Morena, Téllez y López, 2005) plantea que dentro de las conductas suicidas se encuentran: las ideas suicidas, el intento suicida y el suicidio consumado.

Siguiendo con esta idea la conducta suicida surge del deseo de morir para evitar el dolor perturbador o resolver problemas vitales o por rabia, ira, cólera o frustraciones en su vida y puede ser visto como un intento que ha tenido éxito o como otro comportamiento suicida en el que no existía un auténtico deseo de morir (Delgado y Insuasty, 2004).

De esta manera, la conducta suicida es definida por Pérez (2000) como el término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio, los cuales serán definidos a continuación desde la perspectiva de distintos autores.

Ideación Suicida

La ideación suicida incluye desde pensamientos inespecíficos de muerte o el escaso valor de la vida, hasta pensamientos concretos, estructurados y recurrentes de provocarse daño o la muerte, esto abarcaría un plan y la disponibilidad de métodos para llevar a cabo un intento, junto con la aceptación de los pensamientos suicidas (Cruz y Roa, 2005).

Estas ideas suicidas constituyen una peligrosa amenaza frecuente en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida (Rivas, 2006).

De igual forma, la ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir formas de presentación como el deseo de morir, la idea suicida sin un método determinado, la idea suicida con un método determinado, la idea suicida con un método determinado sin planificación y la idea suicida planificada (Pérez, 2000).

Intento Suicida

El intento suicida se define como un comportamiento autohiriente, con un resultado no fatal, del cual hay evidencia clara de que la persona intentó matarse; también es llamado en la literatura contemporánea el intento de suicidio como parasuicidio el cual incluye desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia, haciendo referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta (Shneidman, 1987 citado por Casullo, 2005).

De igual manera, se lo define como aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo. El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos (Osornio, 2000, citado por Rivas, 2006).

Suicidio Consumado

El suicidio consumado incluye toda muerte que es resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima (Casullo et al., 2005).

También, como lo menciona Shneidman (1987 citado por Ellis, 2009) el suicidio consumado sucede cuando una persona inició y completó de manera clara un comportamiento en el que estuvo involucrado con el propósito de asesinarse.

De igual manera el suicidio consumado es el intento que ha tenido éxito, ya sea como expresión de los auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento suicida (Ej.: una persona que tiene un arma cargada, dispara sobre su cabeza y muere) (Mendoza, 2002).

Conducta Suicida en Adolescentes

En relación a los adolescentes, el fenómeno social del suicidio se ubica como la tercera causa de muerte importante. Asimismo, algunos adolescentes que han completado el suicidio, han manifestado previamente sus ideaciones e intenciones a otras personas, lamentablemente no se tomaron las medidas respectivas, restando importancia o haciendo caso omiso a las señales de alarma, evitando indagar con preguntas acerca de los pensamientos, sentimientos y conductas por el temor a despertar realmente el interés (Medina et al., 2000).

La mayoría de suicidios consumados en adolescentes, así como los intentos de suicidio, parecen ser impulsivos y estar precedidos por un acontecimiento estresante (Valdez, 1999).

Así mismo Facundo y Meza (2007), dan a conocer algunos rasgos de personalidad que tienden a aumentar el riesgo de una conducta suicida en los adolescentes: Inestabilidad del ánimo, conducta agresiva, conducta disocial, elevada impulsividad, rigidez de pensamiento, dificultad para resolver problemas, fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad, sentimientos de frustración, sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas, antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio, frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza, etc.

En esta etapa de la adolescencia las personas comienzan a tener cambios fundamentales que dan lugar a lo que habitualmente se conoce como "crecimiento". No solo se advierten cambios en su cuerpo sino que también hay un gran cambio en su identidad y en la relación con sus padres. El cambio relacionado con la identidad se refiere a que los pre adolescentes y adolescentes comienzan a dejar de lado su identidad de niños para recorrer el camino que los convertirá en adultos. Así empieza una crisis de identidad en donde buscarán modelos que copiar. En cuanto a sus figuras paternas éstas dejarán de ser los protagonistas de su vida para pasar a ser los controladores, aquellos que "no entienden nada", haciendo que la relación se torne más distante y conflictiva. Los anteriores cambios vienen a representar un puente evolutivo entre la adolescencia y la edad adulta, en donde se presentan alteraciones en la conducta, mal humor, dificultades en su vida diaria, conflictos y peleas con su familia, provocando ansiedad,

depresión hasta llegar en algunas ocasiones a una tentativa de suicidio (Villagómez, Balcázar y Paz, 2001).

De manera general, se puede decir que en la adolescencia las conductas suicidas pueden manifestarse por: una infancia problemática, caracterizada por un elevado número de eventos vitales negativos lo cual le hace imposible adaptarse de una manera creativa, apareciendo así mecanismos autodestructivos (Pérez, 2003).

Aportes Teóricos a la Conducta Suicida

Estudios que se han realizado desde la psicología plantean que las personas se provocan la muerte por diversas razones psicológicas tales como: la vergüenza, la culpa, la desesperanza, el dolor, la falta de apoyo social, la impulsividad, las distorsiones cognitivas, entre otras (Sue, 1998).

Beck, Emery y Greenberg (1985, citados por Sue et al, 1998) creen que la desesperanza o expectativas negativas acerca del futuro pueden ser el catalizador principal del suicidio, por lo que aquellas personas que consumaron el intento eran más pesimistas respecto al futuro que los que sobrevivían.

Oquendo, Galfalvy, Russo, Ellis y Mann (2004) demuestran que la presencia de rasgos de impulsividad y agresividad se asocia con comportamientos suicidas en los pacientes con trastornos depresivos, se trate de depresión unipolar o bipolar. Al parecer, la impulsividad se relaciona con una mayor frecuencia de intentos de suicidio que con la misma letalidad del acto suicida.

En la investigación de Pompili, Lester, Leenaars, Tatarelli y Paolo, (2008), con 88 pacientes psiquiátricos de los cuales 35 eran hombres y 53 mujeres, cada paciente fue evaluado durante un periodo de hospitalización psiquiátrica en la unidad de Santa Andrea en Roma, Italia; se encontró que el rango común de psychache es de 6.7 en una escala de 1 – 9, pero que el rango del peor dolor psicológico es de 8.6. Tal parece que éstos pacientes han experimentado un severo dolor psicológico y que éste ascendió a dichos valores debido a que se mantuvo en secreto.

Pues bien, es el dolor psicológico insoportable (Psychache) es un factor importante cuando se habla de conducta suicida por lo que se lo definirá a continuación dentro del modelo cúbico de Shneidman.

Modelo Cúbico

El modelo cúbico del suicidio se representa mediante las tres caras visibles del cubo las cuales corresponden a cada componente del modelo: dolor psicológico insoportable, perturbación y presión (véase figura 1). La cara anterior del cubo representa el dolor psicológico, la cara lateral corresponde a la perturbación y la cara superior del cubo representa la presión. (Schneidman, 1987/1992 citado por González y Pilar, 2000).

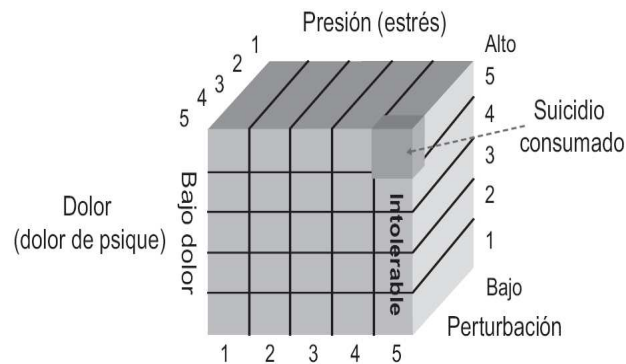


Figura 1. Modelo cúbico de Shneidman de dolor-presión-perturbación, Shneidman (1991, citado por Ellis, 2009).

Desde una visión complementaria, este modelo conceptualiza los comportamientos suicidas como una confluencia de tres fuerzas psicológicas en tres ejes. Dentro de este modelo cúbico cada persona suicida consume el acto al estar en los niveles máximos de dolor, presión y perturbación, la esquina 5-5-5 del modelo cúbico (Shneidman, 1991, citado por Ellis, 2009).

Shneidman (1988, citado por Villalobos, 2009a), conjuga los componentes más propiamente psicológicos, como son el dolor y la perturbación, con la presión ejercida por el ambiente y confecciona un modelo representado por el “cubo suicida”, en el que el suicidio se sitúa en la concatenación del dolor y la perturbación máxima con una elevada presión ambiental negativa.

Psychache

Psychache no es algún dolor físico o somático, es un estado agudo de intensidad del dolor psicológico: Es el dolor mental introspectivo sentido de las emociones negativas, como la culpa, angustia, miedo, pánico, soledad y la impotencia. El psychache surge debido al incumplimiento de las necesidades psicológicas frustradas. Éste término se utiliza cuando una persona cruza el umbral de tolerancia del dolor subjetivo intolerable, causándole así el comportamiento suicida. Dicha motivación de éste comportamiento de la persona suicida es detener el dolor insoportable; el suicidio es entonces un movimiento fuera del dolor y hacia el cese. Así mismo Shneidman afirma que la característica principal del suicidio es el dolor, y la clave para la prevención de suicidio estaría en la reducción del dolor psicológico de esa persona. Shneidman también complementa su definición afirmando que psychache es un dolor que la persona lo siente por dentro, éste es un dolor constante en su mente (Davie, 2005).

Desde una mirada complementaria, Orbach, Mikillincer, Sitota y Gilboa-Schechtman (2003, citados por Villalobos, 2009a) conceptualizan el dolor mental como una percepción de los cambios negativos en la identidad y sus funciones que son acompañados por los sentimientos negativos, los cuales caracterizan a Psychache.

Ya que a psychache lo caracteriza la introspección de las emociones negativas es necesario aclarar que, si bien, estas involucran un grupo de actitudes y creencias para valorar una situación específica, también influyen en la forma en que actuamos ya que las emociones siempre traen por defecto una tendencia a actuar (Araujo, 2009).

Perturbación

La perturbación es el estado alterado que incluye la constricción de la percepción y la impulsividad, que van desde la mínima perturbación (mente abierta, pensamiento claro y tolerabilidad elevada), hasta la máxima perturbación (estrechamiento del pensamiento e impulsividad) (Schneidman, 1987 / 1992 citado por González y Pilar, 2000).

Para entrar más en detalle es importante definir los dos componentes de la perturbación: constricción de la cognición e impulsividad.

Constricción cognitiva

La constricción en la cognición hace referencia a que el sujeto percibe la realidad, haciendo que los elementos negativos estén presentes, es decir es una visión de túnel, en la que se cierra en su pensamiento y no mira otra alternativa para salir de tal situación (pensamiento dicotómico) (Quintanilla et al., 2004).

De otro modo, se podría llamar distorsiones cognitivas, al modo equivocado de interpretar los hechos, lo cual genera múltiples consecuencias negativas, sobre todo alteraciones en los pensamientos, haciendo que las interpretaciones erróneas generen conflictos negativos en la manera de ver la vida dando lugar a una visión simplista y negativa de su vida (Moreno, 1999).

Más específicamente para Beck, Rush, Shaw, y Emery (1979 citados por Davie et al., 2005) las distorsiones cognitivas incluyen a aquellos que poseen una visión negativa exagerada de sí mismos, una visión negativa del mundo, y del futuro, de ahí que magnifiquen sus problemas y creen que no tienen la habilidad para resolverlos, siendo radicales en su pensamiento.

Este punto lleva consigo sentimientos de desesperanza, lo cual implica la pérdida de ánimo, la imposibilidad de poder imaginar que en el futuro puedan suceder cosas mejores que las actuales o la pérdida de la confianza en que las cosas puedan cambiar y ser mejores (Córdoba, Rosales y Eguiluz, 2006, citados por Villalobos, 2009a).

Siguiendo con esta idea, Beck considera a esos sentimientos de desesperanza como un patrón cognitivo característico, consistente en atribuciones negativas del futuro (Beck 1975/1976 citado por Córdoba, Rosales y Eguiluz, 2005).

Además de lo mencionado, la desesperanza es uno de los estados fenomenológicos asociados con comportamientos suicidas, ya que al no poder tener otra visión de las cosas y no tolerar la incertidumbre, las personas consideraran la muerte como la única salida (Shneidman, 1985).

Impulsividad

Otro componente que incrementa el riesgo de suicidio, es la impulsividad y más cuando está asociada a la desesperanza, puesto que es un factor que desinhibe el comportamiento y origina conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas,

razón por la cual puede predecir intentos fallidos de suicidio o gestos suicidas, que no son valorados adecuadamente por los clínicos para identificar el riesgo de un nuevo intento de suicidio, que se seguirán presentando hasta traer consigo consecuencias fatales (Téllez, Colimon y Cisneros, 2006).

Siguiendo con esta idea y desde una visión complementaria, la impulsividad es dividida en dos componentes según Dickman (1990, citado por Morales, 2007), lo que es la parte de una impulsividad disfuncional y una impulsividad funcional, lo disfuncional implica una tendencia a tomar decisiones irreflexivas y rápidas, con consecuencias negativas para el individuo, mientras que la impulsividad funcional está relacionada con la tendencia a tomar decisiones rápidas cuando la situación implica un beneficio personal. Los estudios de Dickman (1990, citado por Morales, 2007) indican que la impulsividad disfuncional está relacionada con la indisciplina y con la tendencia a ignorar las consecuencias en la toma de decisiones, lo que podría perjudicar al sujeto que tenga tendencias a esta.

Si bien, más de la mitad de quienes intentan suicidarse presentan altos niveles de impulsividad, no siempre el acto suicida es impulsivo, sino que por el contrario, puede ser premeditado (Téllez et al., 2006).

Estrés

Lazarus y Folkman (1984, citado por Gonzáles y Landero, 2008) afirman que el estrés psicológico se define como una relación particular entre el individuo y su entorno, que él mismo evalúa como amenazante o desbordante respecto de sus recursos y que pone en peligro su bienestar emocional, por lo que dicho estrés excede los recursos personales.

También, González y Landero (2007), señalan que las grandes presiones que ocurren en la sociedad actual han contribuido al incremento de situaciones generadoras de estrés en el adolescente, que sumadas a los cambios propios de su desarrollo, han incrementado el número de factores que ponen en riesgo la estabilidad tanto física como emocional. Asimismo, creen que es conveniente tener presente que existen diferentes tipos y fuentes de eventos considerados estresantes, así como también diversas formas y

grados de percibirlos, lo que para algunos adolescentes puede ser negativo, para otros puede no serlo .

Estos eventos estresantes que afectan de una forma negativa a los adolescentes, se asocian al incremento de la conducta suicida (Garland y Zigler, 1993, citados por Serrano y Flores, 2005) ya que tal relación se explica por el incremento de estresores psicosociales que experimenta la gente joven en el mundo actual.

Así pues, el mayor problema enfrentado por los adolescentes que cometen suicidio o lo intentan es el de carecer de respuestas de afrontamiento suficientes o efectivas para superar las situaciones que les provoca estrés (Clemente y González, 1996, citado por Serrano y Flores, et al 2005).

Pues si bien, se ha aclarado la definición de cada uno de los ejes del modelo cúbico de Shneidman, una de las dificultades encontrada ha sido que no se han ejecutado investigaciones en las cuales se tenga en cuenta el modelo con sus tres ejes, si no que tan solo se han realizado investigaciones sobre psychache. Claro está que lo anterior no indica que no se puedan medir los dos componentes restantes del modelo cúbico, si no que por el contrario estas variables predictoras, se logran medir encontrando escalas que se ajusten a la definición teórica de cada variable.

Así pues, Psychache se refiere al dolor mental introspectivo sentido de las emociones negativas, medida a través de la escala de afecto positivo y negativo PANAS, que tiene en cuenta la bidimensionalidad del afecto, el afecto positivo refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta con energía y participación gratificante y el afecto negativo representa una dimensión de diestrés subjetivo y participación desagradable que incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, ira, culpa y nerviosismo (Watson, Clark y Tellegen, 1988). El Estrés que se define como una relación particular entre el individuo y su entorno, que él mismo evalúa como amenazante o desbordante respecto de sus recursos y que pone en peligro su bienestar emocional, fue medido a través de la escala de estrés percibido (PSS), que evalúa el grado en que las situaciones en la vida se valoran como estresantes (Remor, 2006). Ya que la variable perturbación tiene en cuenta dos aspectos en su definición: constricción de la percepción e impulsividad, se utilizó dos escalas para medir dichos aspectos, el primero fue medido con la Escala de desesperanza de Beck (BHS) (Beck,

Weissman, Lester y Trexler, 1974) y el segundo aspecto fue medido con la escala de impulsividad funcional y disfuncional de Dickman (Dickman, 1990), que tiene en cuenta el aspecto disfuncional el cual implica una tendencia a tomar decisiones irreflexivas y rápidas, con consecuencias negativas para el individuo, y el aspecto funcional que está relacionado con la tendencia a tomar decisiones rápidas cuando la situación implica un beneficio personal.

Teniendo en cuenta lo anterior se considera fundamental validar el modelo cúbico de Shneidman, dándole importancia a los tres ejes como son Psychache, Estrés y Perturbación, además que en ello se podría conocer las características de las relaciones de las variables predictoras y como ellas afectan en la consecución del modelo explicativo y del índice de predictibilidad. Siendo lo anterior la razón fundamental por la cual mostraremos un esbozo de dicha validación del modelo y de las características de predictibilidad que tiene.

METODO

Tipo de Estudio

El presente estudio es correlacional, puesto que, se trata de determinar cómo se relacionan las variables: Variable criterio (conducta suicida), con las variables predictoras (PANAS, estrés percibido, impulsividad funcional y disfuncional, desesperanza).

Diseño

El diseño de la investigación es transversal, es decir, se recolectó los datos y se analizó su incidencia en un determinado momento en el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Participantes

La selección de los participantes que formaron parte de la investigación se realizó por medio de un muestreo probabilístico multietápico. En la primera etapa se hizo uso de un Muestreo aleatorio simple de conglomerados por sector (oficial y privado). En la segunda etapa, se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple de conglomerados, estratificado por grado académico (6 a 11) y en la tercera etapa se utilizó el muestreo por voluntarios.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la formula de tamaño de muestra para poblaciones finitas ($n = N \frac{Z^2 S^2}{d^2 (N-1) + Z^2 S^2}$), en la que se tuvo en cuenta una confiabilidad de 95%, un error máximo de 4%, la presencia del atributo fue de 30% y el tamaño de la población fue de 3336 estudiantes, de los cuales 2237 corresponden a instituciones educativas oficiales y 1099 a instituciones educativas privadas.

Teniendo en cuenta la información anterior en el presente estudio se trabajó con una muestra de 573 estudiantes de grados comprendidos entre 6 a 11 de bachillerato en 3 tres colegios oficiales y dos privados de la ciudad de Ipiales, de los cuales el 48,7% son mujeres y el 51,3% corresponden a hombres, con edades comprendidas entre 9 a 20 años de edad (ver tabla 1).

Tabla 1***Descripción de la muestra según el sexo***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulativo
Valid	Mujeres	279	48,7	48,7	48,7
	Hombres	294	51,3	51,3	100,0
	Total	573	100,0	100,0	

La edad de los participantes presento una media de 13,98 años y una desviación típica de 1,985. El grupo que presentó mayor frecuencia de casos es el de 14 años (n=108), y el que presentó menor presencia de casos es el de 19 años (n=5) (ver tabla 2).

Tabla 2***Descripción de la muestra según la edad***

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulativo
Valid	10	11	1,9	1,9	1,9
	11	57	9,9	9,9	11,9
	12	83	14,5	14,5	26,4
	13	88	15,4	15,4	41,7
	14	108	18,8	18,8	60,6
	15	84	14,7	14,7	75,2
	16	79	13,8	13,8	89,0
	17	44	7,7	7,7	96,7
	18	14	2,4	2,4	99,1
	19	5	,9	,9	100,0
	Total	573	100,0	100,0	

Instrumentos***Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS; Watson et al, 1988)***

Esta es una escala que consta de 20 ítems, de los cuales 10 evalúan afecto positivo (AP) y 10 evalúan afecto negativo (AN), que describen diferentes sentimientos y emociones según lo experimente la persona. Esta escala es una de las medidas del afecto más empleadas y se ha indicado que posee excelentes propiedades psicométricas. En un estudio sobre la traducción al español, con 321 sujetos, se demostró para el AP una

consistencia interna de 0.85-0.90 y para el AN una consistencia interna de 0.81-0.85; y la validez estructural factorial coincidió con las ya documentadas por los autores de la versión original (Robles y Páez, 2003). (Ver Anexo A).

Escala de estrés percibido (PSS; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983, adaptada por Remor, 2006)

Esta escala es un instrumento que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Esta prueba en un estudio con 440 adultos españoles, demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = 0.81$, y test-retest, $r = 0.73$), validez concurrente, y sensibilidad (Remor, 2006). (Ver Anexo B).

Escala de Impulsividad Funcional / Disfuncional (Dickman, 1990)

Este cuestionario está formado por 23 ítems binarios de elección forzosa: 11 ítems componen la escala de impulsividad funcional (1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 18, 22) y 12 ítems componen la escala de impulsividad disfuncional (2, 3, 6, 7, 10, 11, 14, 15, 19, 20, 21, 23), los ítems van desde totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutro, en desacuerdo y en total desacuerdo. Este instrumento es una versión española, adaptada por Chico, Tous, Lorenzo-Seva y Vigil (2003). Respecto a la consistencia interna de las escalas, calculada mediante el coeficiente alpha, el valor de 0,777 obtenido en la escala Impulsividad funcional fue muy similar al obtenido en el estudio de Dickman (1990), y supone una consistencia interna suficiente. En cambio, en la escala Impulsividad Disfuncional se obtuvo un valor de consistencia interna de 0,762, ligeramente inferior al valor 0,85 obtenido por Dickman (1990).

Escala de desesperanza de Beck (BHS; Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974)

Es una escala que consta de 22 ítems, con forma de respuesta de falso y verdadero, los cuales evalúan los tres aspectos vitales de la desesperanza: sentimientos acerca del futuro, pérdida de motivación y expectativas. Posee muy buenos datos de fiabilidad y obtiene resultados positivos respecto a su validez. Prueba que fue adaptada y validada en población de San Juan de Pasto, demostrando una adecuada validez factorial y una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,83) (Villalobos- Galvis, 2006). (Ver Anexo D).

La Cédula de Indicadores Parasuicidas (CIP; González, Ramos, Caballero, Wagner, 2003)

Es una escala que consta de 11 preguntas que servirán para saber las experiencias en algún(os) momentos de la vida de la persona. La validación de ésta escala se realizó en estudiantes de colegios y universidades de la ciudad de San Juan de Pasto. Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, con 463 estudiantes, pertenecientes a seis colegios y dos universidades, de edades comprendidas entre nueve y 30 años, garantizando participaciones similares por nivel (secundaria o superior), género y sector (público o privado). Se aplicó una versión adaptada de la Cédula de Indicadores Parasuicidas (CIP), la cual fue parte de una batería de pruebas del proyecto «Adaptación y validación de instrumentos psicológicos en estudiantes de la ciudad de San Juan de Pasto», proyecto avalado por el Comité de ética de la Universidad de Nariño (Villalobos, 2009b) (Ver Anexo E).

Procedimiento

Para llevar a cabo este estudio se hizo reconocimiento de la Institución educativa, en donde se presentó la finalidad de la investigación al representante legal de cada institución. De igual modo se brindó la información pertinente y la finalidad del proyecto con sus respectivas consideraciones éticas a los estudiantes. Luego se realizó la entrega del formato de autorización informado: para padres de familia (Anexo F), y para el estudiante (Anexo G), en los que se dilucidó el carácter voluntario del estudio. Posteriormente se aplicó la batería de instrumentos a los estudiantes que entregaron firmado los dos consentimientos.

Por último los datos que se obtuvieron de cada instrumento se organizaron en una base de datos en el programa Excel, para proseguir con el respectivo análisis de datos.

Consideraciones Éticas

Para el presente estudio se tuvo en cuenta las consideraciones éticas de la ley 1090 del 2006 del código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología:

Dentro de las consideraciones éticas se tuvo en cuenta, la protección del individuo y de los grupos con los que se trabajó, como lo estipula el Artículo 3^o del Título 1 de fundamentos. De igual, se buscó aportar conocimientos acerca de la conducta suicida, creando así condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos (estudiantes) y al desarrollo de la comunidad, propendiendo una mejor calidad de vida para ellos, tal como lo estipula el Artículo 8^o del Título 3 de responsabilidad social e integridad. Del mismo modo y de acuerdo al Artículo 21^o del título 4 de competencia profesional; los investigadores se abstuvieron de facilitar a otras personas no competentes, los resultados, de las pruebas psicológicas aplicadas a los estudiantes, garantizando así la debida custodia de los documentos psicológicos.

Análisis de la Información

Para esta investigación, los resultados obtenidos por cada uno de los participantes después de la aplicación de los instrumentos de medida, se digitaron en una base de datos en el programa Excel. El manejo de los datos se llevó a cabo a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales – SPSS. Para las correlaciones entre las variables se utilizó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson; luego se realizó un análisis de varianza por cada variable: las variables del modelo cúbico (afecto positivo, afecto negativo, estrés percibido, impulsividad funcional, impulsividad disfuncional y desesperanza), según el tipo de conducta suicida (evit 2: experiencias vitales) que se reporta, utilizando el análisis de varianza ANOVA. También se utilizó comparaciones múltiples POST HOC en las que se presentaron comparaciones de la media de cada variable del modelo entre cada par de grupos según la conducta suicida. Finalmente, para calcular si las variables del modelo predicen la conducta suicida, se utilizó un modelo de regresión logística multinomial.

RESULTADOS

Relación Entre las Variables de Estudio

En las correlaciones entre las variables de estudio se puede observar que todas ellas son altamente significativas ($p < 0,001$), lo que revela que se dan relaciones importantes todas las variables del modelo (ver tabla 3).

Tabla 3

Matriz de las correlaciones entre las variables de estudio

		Afecto Positivo	Afecto Negativo	Estrés Percibido	Impulsividad Funcional	Impulsividad Disfuncional
Afecto Negativo	Correlación de Pearson	,181(**)				
	Significancia	,000				
	N	573				
Estrés Percibido	Correlación de Pearson	-,256(**)	,419(**)			
	Significancia	,000	,000			
	N	573	573			
Impulsividad Funcional	Correlación de Pearson	,117(**)	,165(**)	,141(**)		
	Significancia	,002	,000	,000		
	N	573	573	573		
Impulsividad Disfuncional	Correlación de Pearson	,100(**)	,175(**)	,114(**)	,717(**)	
	Significancia	,008	,000	,003	,000	
	N	573	573	573	573	
Desesperanza	Correlación de Pearson	-,224(**)	,158(**)	,449(**)	,111(**)	,077(*)
	Significancia	,000	,000	,000	,004	,033
	N	573	573	573	573	573

Correlación significativamente alta: ** = $p < 0,001$; Correlación significativa: * = $p < 0,01$

En esta tabla (tabla 3), se presentan relaciones altamente significativas, tanto positivas como negativas, entre las cuales se destacan: relaciones negativas entre las variables de afecto positivo con las variables de estrés percibido y desesperanza. Entre las relaciones positivas se determinaron correlaciones importantes como: la relación de la variable desesperanza con estrés percibido, la de la variable afecto positivo con afecto negativo y la de la variable de impulsividad con desesperanza. Estas relaciones son las esperadas según la teoría, lo que no ocurre con la relación de las variables de

Impulsividad Funcional y Disfuncional, que se evidencian correlaciones positivas y muy significativas con las demás variables del modelo cúbico. También una relación altamente significativa entre los dos tipos de Impulsividad (disfuncional y funcional), es decir que a medida que una aumenta la otra incrementa su valor considerablemente, lo cual no es lo esperado según la teoría.

Comportamiento de las Variables del Modelo Cúbico, de acuerdo con los Grupos de Conductas Suicidas

En la tabla 4 se observa que en la muestra de estudio, un 67,5 de casos no presenta conducta suicida y el 32% de los estudiantes presentan algún tipo de conducta suicida a lo largo de su vida, entre los cuales, casi un 18% presenta ideas suicidas, seguido por la presencia de intentos de suicidio con aproximadamente un 11% de casos y finalmente, alrededor del 4% de casos presenta planes de suicidio.

Tabla 4

Distribución de muestra según la variable experiencias vitales

	F	%	% válido	% Acumulado
Ninguna	387	67,5	67,8	67,8
Ideas	101	17,6	17,7	85,5
Planes	22	3,8	3,9	89,3
Intentos	61	10,6	10,7	100,0
Total	571	99,7	100,0	
No registra dato	2	,3		
Total	573	100,0		

Con respecto a la tabla 5, es necesario aclarar que los datos de las variables se manejan con puntuaciones t con una media = 50 y una desviación estándar = 10. Con base en lo anterior, se observa que la mayoría de grupos según el tipo de conductas suicidas presentan puntuaciones cercanas a la media en cada una de las variables del modelo cúbico, a excepción de la variable Afecto negativo, en la cual el grupo de intentos se encuentra a casi una desviación estándar por encima de la media, y de la variable Estrés percibido, en la que el grupo de intentos se encuentra también a casi una desviación estándar por encima de la media.

Tabla 5*Medidas descriptivas de cada variable según el tipo de conducta suicida*

	Tipo de Conducta	N	Media	Desviación estándar
Afecto Positivo	Ninguna	387	50,12	9,99
	Ideas	101	50,30	10,60
	Planes	22	52,05	8,53
	Intentos	61	47,82	9,46
	Total	571	49,98	10,01
Afecto Negativo	Ninguna	387	47,60	9,04
	Ideas	101	53,29	9,08
	Planes	22	56,22	11,78
	Intentos	61	57,28	10,51
	Total	571	49,97	9,98
Estrés Percibido	Ninguna	387	47,53	8,78
	Ideas	101	52,61	9,08
	Planes	22	55,66	9,66
	Intentos	61	59,17	11,75
	Total	571	49,99	10,01
Impulsividad Funcional	Ninguna	387	49,01	9,92
	Ideas	101	51,26	9,43
	Planes	22	56,20	7,53
	Intentos	61	51,47	10,98
	Total	571	49,9517	9,98
Impulsividad Disfuncional	Ninguna	387	49,0688	9,94
	Ideas	101	51,5760	8,74
	Planes	22	55,2849	7,91
	Intentos	61	51,0731	11,96
	Total	571	49,9659	9,99
Desesperanza	Ninguna	387	48,6007	8,16
	Ideas	101	50,4752	9,86
	Planes	22	54,4517	13,50
	Intentos	61	56,6874	15,16
	Total	571	50,0216	10,00

A partir de lo anterior, se quiso comprobar si existen diferencias a nivel de cada variable del modelo, según el tipo de conducta suicida. Como se observa en la tabla 6, se encontraron diferencias significativas en todas las variables ($p < 0,01$), a excepción de Afecto Positivo.

Tabla 6***ANOVA por cada variable***

		Suma de cuadrados	gl	Media de cuadrados	F	Sig.
Afecto Positivo	Entre Grupos	396,67	3	132,22	1,32	0,266
	Intra Grupos	56703,87	567	100,01		
	Total	57100,54	570			
Afecto Negativo	Entre Grupos	7414,72	3	2471,57	28,38	,000
	Intra Grupos	49373,73	567	87,08		
	Total	56788,45	570			
Estrés Percibido	Entre Grupos	8876,86	3	2958,95	34,76	,000
	Intra Grupos	48267,64	567	85,13		
	Total	57144,50	570			
Impulsividad Funcional	Entre Grupos	1514,94	3	504,98	5,17	,002
	Intra Grupos	55336,88	567	97,59		
	Total	56851,82	570			
Impulsividad Disfuncional	Entre Grupos	1270,48	3	423,49	4,31	,005
	Intra Grupos	55704,20	567	98,24		
	Total	56974,68	570			
Desesperanza	Entre Grupos	3944,28	3	1314,76	14,04	,000
	Intra Grupos	53091,79	567	93,63		
	Total	57036,07	570			

En consonancia con lo anterior, en la tabla 7 se presentan las comparaciones entre cada tipo de conducta suicida, identificando los grupos con puntuaciones homogéneas.

En cuanto a la variable Afecto negativo se demuestra que existen diferencias entre quienes no tuvieron conductas suicidas y los demás grupos. De igual manera, los grupos con alguna conducta suicida tienden a ser homogéneos en relación con dicha variable. En la variable de estrés percibido se demuestra que hay una diferencia significativa entre quienes no presentan ninguna conducta suicida con los demás grupos. También se presentan diferencias significativas entre ideas suicidas e intentos suicidas. Y los que reportaron planes no tienen diferencias significativas con los demás grupos excepto con quienes no presentaron ninguna conducta suicida.

En la variable impulsividad funcional se observa que los únicos grupos con diferencias significativas entre sí son el de ninguna conducta suicida y el de planes suicidas. Igualmente esto se demuestra en la variable de impulsividad disfuncional.

En la variable desesperanza se mira que los grupos que presentan diferencia significativa entre sí son el grupo de intentos de suicidio, con los grupos de ninguna conducta suicida y de ideas suicidas.

Tabla 7***Comparaciones Múltiples POST HOC***

Variable	(I) Cta.	(J) Cta.	Diferencia de			
Dependiente	Suicida	Suicida	la media (I-J)	Std. Error	Lower Bound	Upper Bound
Afecto Negativo	0	1	-5,69580(*)	1,01400	-8,3384	-3,0532
		2	-8,62220(*)	2,55460	-15,7256	-1,5188
		3	-9,68477(*)	1,42255	-13,4346	-5,9349
	1	0	5,69580(*)	1,01400	3,0532	8,3384
		2	-2,92640	2,67048	-10,3165	4,4637
		3	-3,98898	1,62146	-8,2587	,2808
	2	0	8,62220(*)	2,55460	1,5188	15,7256
		1	2,92640	2,67048	-4,4637	10,3165
		3	-1,06258	2,85078	-8,9166	6,7914
	3	0	9,68477(*)	1,42255	5,9349	13,4346
		1	3,98898	1,62146	-,2808	8,2587
		2	1,06258	2,85078	-6,7914	8,9166
Estrés Percibido	0	1	-5,07771(*)	1,00824	-7,7056	-2,4499
		2	-8,12330(*)	2,10755	-13,9781	-2,2685
		3	-11,63697(*)	1,56893	-15,7750	-7,4990
	1	0	5,07771(*)	1,00824	2,4499	7,7056
		2	-3,04560	2,24937	-9,2519	3,1607
		3	-6,55926(*)	1,75483	-11,1826	-1,9359
	2	0	8,12330(*)	2,10755	2,2685	13,9781
		1	3,04560	2,24937	-3,1607	9,2519
		3	-3,51366	2,55042	-10,4941	3,4668
	3	0	11,63697(*)	1,56893	7,4990	15,7750
		1	6,55926(*)	1,75483	1,9359	11,1826
		2	3,51366	2,55042	-3,4668	10,4941
Impulsividad Funcional	0	1	-2,24884	1,06520	-5,0242	,5265
		2	-7,18822(*)	1,68420	-11,8513	-2,5251

		3	-2,46083	1,49447	-6,3994	1,4777
	1	0	2,24884	1,06520	-,5265	5,0242
		2	-4,93938	1,86072	-10,0432	,1645
		3	-,21200	1,69091	-4,6648	4,2408
	2	0	7,18822(*)	1,68420	2,5251	11,8513
		1	4,93938	1,86072	-,1645	10,0432
		3	4,72739	2,13566	-1,0912	10,5460
	3	0	2,46083	1,49447	-1,4777	6,3994
		1	,21200	1,69091	-4,2408	4,6648
		2	-4,72739	2,13566	-10,5460	1,0912
Impulsividad Disfuncional	0	1	-2,50718	1,00638	-5,1284	,1140
		2	-6,21615(*)	1,76190	-11,0971	-1,3352
		3	-2,00425	1,61353	-6,2582	2,2497
	1	0	2,50718	1,00638	-,1140	5,1284
		2	-3,70897	1,89905	-8,9326	1,5147
		3	,50293	1,76227	-4,1411	5,1470
	2	0	6,21615(*)	1,76190	1,3352	11,0971
		1	3,70897	1,89905	-1,5147	8,9326
		3	4,21190	2,27971	-1,9933	10,4170
	3	0	2,00425	1,61353	-2,2497	6,2582
		1	-,50293	1,76227	-5,1470	4,1411
		2	-4,21190	2,27971	-10,4170	1,9933
Desesperanza	0	1	-1,87452	1,06578	-4,6539	,9049
		2	-5,85103	2,90877	-13,9465	2,2444
		3	-8,08668(*)	1,98486	-13,3263	-2,8470
	1	0	1,87452	1,06578	-,9049	4,6539
		2	-3,97651	3,04174	-12,3995	4,4465
		3	-6,21216(*)	2,17507	-11,9466	-,4777
	2	0	5,85103	2,90877	-2,2444	13,9465
		1	3,97651	3,04174	-4,4465	12,3995
		3	-2,23565	3,47217	-11,7566	7,2853
	3	0	8,08668(*)	1,98486	2,8470	13,3263
		1	6,21216(*)	2,17507	,4777	11,9466
		2	2,23565	3,47217	-7,2853	11,7566

Predicción de las Conductas Suicidas con las Variables del Modelo Cúbico

En la tabla 8, se intenta conocer si las variables del modelo cubico están relacionadas entre sí; es decir si le otorgan al modelo la capacidad de medir el atributo que espera, en este caso, la conducta suicida. De acuerdo con los resultados, a 18 grados de libertad, con un nivel de significancia 0.01, se puede afirmar que las variables están fuertemente relacionadas.

Tabla 8

Información de ajuste de los modelos

Modelo	Modelo de colocación de criterios	Test de la Razón de verosimilitudes		
		Chi-cuadrada	gl	σ
Intersección	1067,11			
Final	926,93	140,17	18	0

En la tabla 9 se puede observar que las variables que aportan al modelo son Afecto negativo y Estrés percibido ya que su significancia es de 0.00, las restantes variables no presentan significancia por lo tanto no aportan al modelo. Cabe aclarar que aquí se ejecuto un análisis, en donde se interceptaron todas las variables, con respecto a la predicción de la conducta suicida.

Tabla 9

Significancia de cada variable en relación a la predicción de la conducta suicida

Variables predictoras	Modelo de colocación de criterios	Test de la Razón de verosimilitudes		
		-2 Log verosimilitud del modelo reducido	Chi-cuadrada	gl σ
Intercepción	1032,31	105,37	3	,000
Afecto Positivo	928,32	1,38	3	,709
Afecto Negativo	953,47	26,53	3	,000
Estrés percibido	954,81	27,87	3	,000

Impulsividad Funcional	928,62	1,68	3	,641
Impulsividad Disfunción	927,69	0,76	3	,860
Desesperanza	930,68	3,74	3	,291

En la tabla 10 se observa cómo las variables interceptadas predicen la conducta suicida y bajo qué porcentaje lo hacen para cada grupo. Se observando que dichos porcentajes de efectividad son muy bajos, en especial en ideas y planes, por lo que con este modelo no se puede predecir la conducta suicida.

Tabla 10

Contraste entre las variables para determinar la predictibilidad de las conductas del modelo cubico de suicidio.

Grupo Observado	Grupo predicho				% Correcto
	Ninguna	Ideas	Planes	Intentos	
Ninguna	379	2	1	5	97,9%
Ideas	91	2	0	8	2,0%
Planes	16	1	0	5	0%
Intentos	41	3	0	17	27,9%
Porcentaje total	92,3%	1,4%	,2%	6,1%	69,7%

Por lo encontrado anteriormente, se vuelve a calcular un modelo de regresión logística, pero ahora solo se incluyen las variables más relevantes. En la tabla 11 se ejecuta una intercepción solo de las variables Afecto Negativo y Estrés percibido, en donde se evidencia que siguen presentando una alta significancia.

Tabla 11

Valores Beta, para la predicción de la conducta suicida según las variables Afecto negativo y estrés percibido

Conducta Suicida		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower Bound	Upper Bound
Ideas	Intercepción	-6,123	,829	54,522	1	,000			
	Afecto negativo	,049	,013	14,569	1	,000	1,050	1,024	1,077
	Estrés percibido	,046	,014	10,889	1	,001	1,048	1,019	1,077
Planes	Intercepción	-10,377	1,650	39,533	1	,000			
	Afecto negativo	,070	,024	8,571	1	,003	1,072	1,023	1,123
	Estrés percibido	,076	,026	8,577	1	,003	1,079	1,025	1,135
Intentos	Intercepción	-11,492	1,198	92,086	1	,000			
	Afecto negativo	,070	,016	18,058	1	,000	1,072	1,038	1,107
	Estrés percibido	,113	,018	39,172	1	,000	1,119	1,081	1,160

En la tabla 12 se observa cómo las variables interceptadas (Afecto negativo y Estrés percibido) predicen la conducta suicida y bajo qué porcentaje lo hacen para cada grupo. Es evidente que se siguen presentando porcentajes bajos, para los grupos de ideas y planes suicidas, mientras que en la identificación de quienes no presentan ninguna conducta suicida se presentan un porcentaje alto de 97,9%.

Tabla 12

Contraste de las variables Afecto negativo y Estrés percibido para determinar la predictibilidad de las conductas de suicidio.

Grupo Observado	Grupo Predicho				% Correcto
	Ninguna	Ideas	Planes	Intentos	
Ninguna	379	1	0	7	97,9%
Ideas	93	0	0	8	,0%
Planes	17	1	0	4	,0%
Intentos	40	1	0	20	32,8%
Porcentaje Total	92,6%	,5%	,0%	6,8%	69,9%

DISCUSIÓN

El suicidio no ha sido comprendido en su totalidad, puesto que las causas no son claras, ni unidimensionales, sino que por el contrario, pueden intervenir factores cambiantes como la religión, la sociedad, la motivación, las costumbres culturales, los reforzadores del medio, entre otros (Wekstein, 1979). Lo que ha generado muchas investigaciones las cuales apuntan a conocer la génesis de las conductas suicidas, dichas investigaciones se han ejecutado desde una diversa gama de perspectivas, como son, la conductual en la que se plantea que las personas se provocan la muerte por diversas razones psicológicas tales como: la vergüenza, la culpa, la desesperanza, el dolor, la falta de apoyo social, la impulsividad, las distorsiones cognitivas, entre otras (Sue et al., 1998). Otras explicaciones hacen relación a factores sociales, en donde se han encontrado que los índices de suicidio varían con la ocupación, tamaño de la ciudad, edad, género, raza, etc (Hall & Cols, 1970; Weile, 1960, citados por Sue et al, 1998). Otros estudios consideran que factores genéticos están relacionados con la impulsividad y el suicidio por una alteración en el sistema serotoninérgico, entre otras (Téllez y Forero, 2006, citados por Cabrera y Castillo, 2008), entre otras.

Frente a ésta problemática, en la presente investigación se prestó atención a los tres ejes del modelo cúbico de Shneidman, como aspectos fundamentales en la predicción de la conducta suicida. Siendo así nuestro objetivo general el determinar la validez del modelo cúbico del suicidio para la predicción de la conducta suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Ipiales. Uno de los objetivos específicos de la investigación es establecer las relaciones entre estrés, dolor psicológico insoportable y perturbación, lo cual se logró ya que al realizar el análisis producto momento de Pearson se observó que entre las variables (Afecto positivo, Afecto negativo, Estrés percibido, Impulsividad funcional, Impulsividad disfuncional) existe una relación altamente significativa es decir que el coeficiente es significativo ($p < 0.001$) lo que indica, que se da una relación importante entre las variables. Así pues, se encontró correlaciones negativas entre la variable afecto positivo con las variables de estrés percibido y desesperanza, lo que indica que a medida que la variable de afecto positivo tienda a aumentar las otras tienden a disminuir.

La primera relación entre estrés y afecto positivo es coherente con el planteamiento y los resultados empíricos de varios teóricos como Halisch y Geppert, (2000); Lazarus, (1991); Perrez y Reicherts, 1992; (citados por Gómez, Villegas, Barrera y Cruz, 2007) en el sentido de que la persona, al experimentar estrés no solo se percibe inadecuada frente a las demandas externas, si no que también aumenta la posibilidad de sentir menos emociones positivas y más negativas. Por otra parte, el afecto positivo actúa como amortiguador del estrés, minimizando los efectos perniciosos del estrés sobre el organismo. Igualmente, el afecto positivo tiene influencia a varios niveles en la respuesta ante el estrés, ya que, por una parte, las personas que gozan de mayor afecto positivo no tienen tantos conflictos sociales con lo cual el número de estresores es menor. Además, cuando tienen que afrontar situaciones potencialmente estresantes, las personas con más afecto positivo tienen mejores redes sociales en las que apoyarse, así como estrategias de afrontamiento más efectivas, que les llevan una mayor sensación de ser capaces de afrontar los problemas (Vásquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009).

La segunda relación de la variable afecto positivo con respecto a la variable desesperanza, es coherente pues si pensamos en que a menor afecto positivo mayor desesperanza y a mayor afecto positivo mayor esperanza, entonces el afecto positivo sería vinculado a una mayor esperanza de vida como lo afirma Vásquez, et al (2009), pues los afectos positivos no irían en detrimento del futuro, si no en una visión más global de él en la que se piense en una mejor calidad de vida.

Por otro lado, se establece una correlación positiva importante entre las variables de desesperanza y estrés lo que puede indicar que si algún individuo presenta altos niveles de estrés puede también experimentar sentimientos de desesperanza. Esta relación se observa en el modelo de diátesis-estrés-desesperanza (D-S-H), propuesto por Schotte y Clum (1982, 1987, citado por Villalobos, 2009a), en el que se afirma que si un individuo excesivamente estresado, empieza a sentir que carece de habilidades adecuadas para resolver sus problemas, puede desarrollar fácilmente desesperanza, una condición que incrementa el riesgo de la conducta suicida. También se puede observar dicha relación desde la perspectiva de Calvete, Villardón, Estéves y Espina (2008) quienes plantean que la desesperanza es un factor de vulnerabilidad ante el estrés, pues

los adolescentes al encontrarse en una etapa evolutiva en donde su estilo cognitivo está marcado por la sobredimensión de los problemas, son más vulnerables a acontecimientos estresantes y por ende están en mayor riesgo de asumir conductas disfuncionales como el suicidio.

Igualmente, se dieron relaciones positivas entre las variables de afecto positivo, afecto negativo, impulsividad funcional e impulsividad disfuncional. Para el caso de las variables de afecto positivo y afecto negativo no se espera que la relación sea negativa, ya que como lo afirman Watson y Tellegen (1985) estos dos principales componentes del afecto no representan dimensiones correlacionadas negativamente entre sí (como su denominación podría indicar), sino que constituyen dos dimensiones independientes del afecto y por tanto no correlacionadas.

En el caso de las variables de impulsividad funcional y disfuncional que presentan correlaciones positivas, dicho comportamiento no es ajeno a la teoría, pues Dickman (1990, citado por Chico, 2000), quien dirigió su atención especialmente a la impulsividad como dimensión de la personalidad, señala que las consecuencias de la impulsividad no siempre son negativas y en este sentido menciona que la impulsividad se subdivide en dos componentes: impulsividad funcional e impulsividad disfuncional. Así pues la impulsividad funcional estaría más estrechamente relacionada con entusiasmo, riesgo, actividad, audacia y con la tendencia a tomar decisiones rápidas cuando la situación implica un beneficio personal, mientras que la impulsividad disfuncional estaría más estrechamente relacionada con conductas desordenadas y con conductas a actuar sin premeditación, lo que implica una tendencia a tomar decisiones irreflexivas y rápidas, con consecuencias negativas para el individuo.

El aspecto a resaltar, de la relación, de las anteriores variables sería el hecho de que la correlación que se encontró en el presente estudio es altamente significativa ($r = 0,717$), lo que significa que existe una fuerte relación entre estas variables, lo que implica que una variable está determinada o explicada por la influencia lineal de la otra variable, lo cual no era lo esperado, puesto que la correlación que plantea Dickman para estas dos variables es relativamente baja ($r = 0.23$), lo que significa que son dos aspectos que son evaluados independientemente.

Otra relación significativa que se estableció, fue entre las variables de desesperanza e impulsividad, indicando ésta, que probablemente quien presente desesperanza asociado con impulsividad pueda llegar a presentar alguna conducta suicida. Esto se confirma en lo planteado por Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006), quienes mencionan que se tiene que prestar atención cuando un adolescente muestre signos y síntomas de desesperanza e impulsividad, ya que pueden incrementar de manera significativa la ideación y los intentos suicidas, hasta llegar a la muerte por suicidio.

Por otro lado, y de acuerdo al objetivo de identificar el nivel predictivo del estrés, el dolor psicológico y la perturbación sobre el tipo de conducta suicida, se demostró mediante el análisis de regresión logístico multinomial, que sólo las variables Afecto negativo y Estrés percibido, son significativas para la predicción de las conductas suicidas, pues dicho análisis evidencia que éstas variables son las únicas que adquieren significancia, con un porcentaje alto para el grupo de ninguna conducta suicida y con un porcentaje bajo para los demás grupos. El resto de variables (Afecto positivo, Impulsividad funcional, Impulsividad disfuncional y desesperanza) no demuestran significancia en la predicción de la conducta suicida, debido a que el porcentaje de predicción es bajo, lo cual da pie a que no se pueda construir un índice de predicción, ni mucho menos describir sus propiedades. También cabe aclarar que a pesar de que se volvió a calcular las variables significativas, los porcentajes continuaron siendo bajos, indicando que no se valida el modelo cúbico de Shneidman. Posiblemente este hallazgo pueda evidenciar que aunque el estudio fue planteado para explicar algún tipo de conducta suicida y no la ausencia de estas conductas, según los resultados se establece que, el modelo podría servir para predecir conductas no suicidas o en otras palabras “ninguna conducta suicida”. El porcentaje de predicción al momento de realizar el análisis logístico multinomial con todas las variables, evidenció que el porcentaje de predicción de “ninguna conducta suicida” con respecto a las demás conductas suicidas es de 92.3 % y de 92.6 % con las variables que fueron significativas. Se podría decir entonces que el modelo podría evaluar de un grupo determinado, quién no presenta conductas suicidas.

Otro aspecto que influye en que no se valide el modelo pudo ser el hecho de que el instrumento de experiencias vitales evalúa la presencia de conductas suicidas a lo largo de la vida y no refleja necesariamente cómo están las personas en el último mes o año, implicando así que las personas que se encuentran dentro de los porcentajes (92.3 % y 92.6 %) pudieron haber presentado alguna conducta suicida hace un año, pero la descartaron pues en su estado actual no presentan tales conductas.

Está claro que no se valida el modelo, y que las variables más significativas que aportan a la predicción de la conducta suicida son Afecto negativo y Estrés percibido, pero cabe aclarar que no se habían realizado estudios de dichas variables con psychache, hasta ahora, pues solo se habían realizado estudios teniendo en cuenta un solo eje del Modelo Cúbico de Shneidman, psychache. Por ejemplo, en el estudio de Holden, Mehta, Cunningham, McLeod (2001), se evaluó la validez y la relativa importancia de cada predictor de la escala de psychache, correlacionando individualmente cada criterio de dicha escala con cada predictor. Se encontró que la ideación suicida y el intento de suicidio tenían una asociación significativa con cada predictor de la escala. También se encontró la investigación de Lester (2000, citado por Lezine, 2005), en la que usó la balanza de valoración de dolor psicológico con una muestra de estudiantes universitarios ($n = 52$). En ésta investigación se encontró que las clasificaciones del dolor psicológico “peor” – “siempre” fueron correlacionadas con depresión e ideación suicida, pero no con una historia de los intentos de suicidio. Si bien éstas investigaciones aportan información valiosa es necesario que se tengan en cuenta ahora, los resultados de la presente investigación, pues de ahí que se pueden erigir nuevas investigaciones que tengan en cuenta a las dos variables que sí lograron tener significancia y buscar una prueba que no solo se ajuste a la teoría si no que logre medir la variable pendiente, perturbación.

Otro hallazgo de la investigación es el hecho de que la desesperanza apunta a predecir según el análisis de regresión logístico multinomial, las conductas no suicidas y también que no necesariamente las personas tienen que presentar desesperanza para intentar suicidarse como si lo afirma Beck (1967, citado por Mikulic, Casullo, Crespi, Marconi, 2009) al plantear que el proceso de ideación y el riesgo suicida, es propio de los individuos que exhiben estilos inferenciales negativos acerca de su futuro, o sea individuos que perciben su futuro con desesperanza. Drake y Cotton (1986, citado por

Grosman, 2010), también plantean que los sentimientos de desesperanza deben considerarse como índice de riesgo del suicidio aun cuando no se acompañe por un síndrome depresivo completo.

Por otro lado y aunque se aclara que el modelo no es un buen predictor de la conducta suicida, es importante considerar que la mayoría de instrumentos aplicados en el presente estudio no han evaluado en sí la predicción de alguna conducta suicida, esto se evidencia en los estudios que mencionaremos a continuación: Primero, existen estudios en donde se aplicó el instrumento PANAS el cual midió el *Afecto positivo (AP)* y *Afecto negativo (AN)*. El afecto positivo (AP) refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y participación gratificante. Y el afecto negativo (AN) representa una dimensión general de diestrés subjetivo y participación desagradable que incluye una variedad de estados emocionales aversivos (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Esta aplicación no fue precisamente asociada a conductas suicidas sino a la depresión por ejemplo en el estudio de Maquet (2007), en donde se estableció diferencias según género y luego se caracterizó el subgrupo de adolescentes que presentaban sintomatología depresiva se encontró que las adolescentes referían más sintomatología depresiva que los hombres, y que los hombres obtuvieron puntajes mayores que las mujeres en la manifestación de afecto positivo, aun cuando presentan niveles de sintomatología depresiva. Las mujeres por su parte presentaban menor capacidad de mantener una emocionalidad positiva.

Segundo; en el presente estudio se establece la utilización del instrumento de estrés percibido en la medida que aporte a la predicción de conductas suicidas lo que no se ha ejecutado antes pues se han realizado más estudios de estrés y su relación con los trastornos depresivos mayores, como por ejemplo el estudio de Farabaugh, Mishhoulon, Fava, Geen, Gyyker, Apert (2004) en donde se encuentra que las mujeres deprimidas tenían unos niveles significativamente más altos de estrés percibido que los hombres deprimidos. La mayor severidad de la depresión al inicio se relacionaba significativamente con mayores niveles de estrés percibido.

Tercero, el hecho de que la investigación aunque utilizó el instrumento de impulsividad funcional y disfuncional de Dickman (1990), para evaluar la predicción de la conducta suicida, no se han ejecutado estudios que tengan en cuenta dicha relación si

no que por el contrario, se han ejecutado estudios de impulsividad y su relación con la agresividad y la creatividad y atención. Por ejemplo como el estudio realizado por Morales (2007) en el que se establece la relación existente entre impulsividad y agresividad en adolescentes y en el estudio de Zaragoza (2001) en el que se prueba que la impulsividad es un estilo cognitivo y un rasgo asociado con la creatividad.

Entonces, los estudios anteriores de los instrumentos utilizados en esta investigación no sido utilizados para la predicción de la conducta suicida.

Por otra parte, otro aspecto que pudo haber sido la razón por la que no se validara el modelo fue que no se ejecutó de una manera formal la validación del instrumento de impulsividad funcional y disfuncional, en esta población, ya que según Arribas (2004) se tiene que tener presente, no solo la fiabilidad, validez y sensibilidad de la prueba sino también la aplicación de una prueba piloto y la evaluación de las propiedades métricas da la escala.

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

La presente investigación permitió conocer relaciones importantes entre las variables de estudio destacándose la relación entre afecto positivo, desesperanza y estrés ya que, mientras PANAS positivo tiende a aumentar las otras tienden a disminuir.

El modelo cúbico de Shneidman no se logra validar pero se obtiene del proceso un resultado importante en el sentido en que dos variables logran ser significativas aportando al modelo (afecto negativo y estrés).

Al no ser validado no se logra constituir como un modelo explicativo ni mucho menos se logra construir un índice de predictibilidad para describir sus propiedades.

El modelo podría aportar a la ubicación de la población que no presenta conducta no suicida.

Debido a que se encontró que 10,6 % estudiantes presentan intentos de suicidio, se recomienda a profesionales y a docentes de las instituciones poner en marcha proyectos de prevención que apunten a mejorar no solo la salud mental de los estudiantes, sino también su calidad de vida, de igual forma que se realice investigaciones que tengan en cuenta las conductas suicidas planteadas en esta investigación ampliando la visión acerca de esta problemática que es muy compleja y delicada.

Debido a que según el estudio realizado sólo las variables PANAS negativo y estrés percibido adquirieron significancia, es de gran importancia ejecutar nuevos estudios en donde se tome como punto de partida dicho hallazgo.

En estudios posteriores se debería tener en cuenta que es necesario realizar un proceso formal de validación de las escalas en especial de impulsividad, pues este no se ejecuto en el presente estudio y esto tuvo implicaciones en la hora de la aplicación.

También se puede sugerir que en una próxima investigación se tome en cuenta los aspectos de prevalencia en la aplicación de las pruebas, pues es necesario evaluar las conductas suicidas en el último año o mes.

Las limitaciones que se presentaron en el estudio fueron: en primer lugar que no se llevo un proceso formal de validación con el instrumento de impulsividad funcional y disfuncional de Dikcman en la población estudiantil de la ciudad de Ipiales.

En segundo lugar que no se conocen estudios del modelo cúbico teniendo en cuenta sus tres ejes (psychache, estrés y perturbación), sino que se han centrado más en el eje de psychache, lo que hace que sea más complejo el estudio.

REFERENCIAS

- Agrest, D. (2007). *El suicidio ya es tercer causal de muerte en el mundo*. Recuperado el 26 de agosto de 2009, del sitio web: - Terra Magazine - Cohenagrest.mht
- Araujo, J. (2009). T-5 *Las Emociones*. Recuperado el 25 de septiembre, del sitio Web: <http://psicoaraujo.wikispaces.com/page/pdf/T-5+Las+emociones>.
- Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión*, 5 (17), 23-29. Recuperado el 1 de octubre de 2010, del sitio web: http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf
- Cabrera, R. y Castillo, L. (2008). *Validación de un modelo de factores protectores frente a la ideación suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Pasto*. Trabajo de grado no publicado, Universidad de Nariño, San Juan de Pasto.
- Casullo, M. (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de Investigaciones - Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires*, 12, 173-182. Recuperado el 5 de septiembre de 2009, de la base de datos de SCIELO. Disponible en el sitio Web: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v12/v12a17.pdf>
- Chico, E. (2000). Relación entre la impulsividad funcional y disfuncional y 10 rasgos de personalidad de Eysenck. *Anuario de psicología*, 31 (1), 79-87.
- Córdova, M., Rosales, J., Eguiluz, L. (2005). La Didáctica Constructiva de una Escala de Desesperanza: Resultados Preliminares. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10, 311-324. Recuperado el 15 de octubre de 2009, de la base de datos RedALyC. Disponible en el sitio Web: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29210207.pdf>
- Cruz, F. y Roa, V. (2005). *“Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis Desde el Enfoque Constructivista Evolutivo”*, Trabajo de grado, Universidad de Chile. Recuperado, el 15 de septiembre de 2009, del sitio Web: http://www.archivochile.com/tesis/11_teofiloideo/11teofiloideo0010.pdf
- Davie, B. (2005). *“Never a 'needless' suicide”: An Empirical Test of Shneidman's Theory of Psychological Needs, Psychological pain, and Suicidality (Disertación*

- doctoral, University of Windsor-Canada, 2005*). Base de Datos de Tesis Doctorales ProQues, 1-167.
- Delgado, A. e Insuasty, D. (2004). *Caracterización de los intentos de suicidio en el municipio de Pasto, durante los meses de enero a junio de 2004, según el modelo de vulnerabilidad psicosocial a la conducta suicida*. Trabajo de grado no publicado, Universidad de Nariño, San Juan de Pasto.
- Ellis, T. (2009). *Estudio de la cognición y suicidio: Comienzos e hitos del desarrollo*. Recuperado el 15 de Agosto de 2009, del Sitio Web: www.manualmoderno.com/pags_muestra/ellis1a.pdf
- Facundo, y Meza, R. (2007). *Suicidio de Adolescentes en Argentina*. Recuperado el 13 de septiembre de 2009, del sitio Web: <http://www.monografias.com/trabajos60/suicidio-adolescentes-argentina/suicidio-adolescentes-argentina2.shtml> -->
- Gómez, V., Villegas, C., Barrera, F. y Cruz, J. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra Colombiana. *Revista latinoamericana de Psicología* 39 (2). Recuperado el 29 de septiembre de 2010, de la base de datos SCIELO.
- González, J. y Pilar, A. (2000). *Los suicidios*. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - INML y CF, p. 123. Recuperado el 4 de Octubre de 2009, del Sitio Web: <http://www.medicinalegal.gov.co/drip/2000/Suicidios2000.pdf>
- González, M y Landero, R. (2007). Factor Structure of the perceived stress scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 199-206.
- González, M. y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev. Panam Salud Pública*, 23 (1), 7–18. Recuperado el 29 de julio de 2010, de la base de datos Scielo.
- Grisales, F. (2009). *Intensificarán programas de prevención, cuatro intentos de suicidio reportan semanalmente entidades de salud*. Recuperado el 25 de agosto de 2009, del sitio Web: <http://www.diariodelsur.com.co/marzo/2/ipiales.php>

- Grosman, S. (2010). ¿Qué factores pueden contribuir a aumentar el número de suicidios en la Argentina?. Compumedicina. Recuperado el 30 de septiembre de 2010 del sitio Web: file:///G:/BECK/deses.htm
- Gutiérrez, A., Contreras, C. y Orozco R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Revista de salud mental*, 29 (5), 66-74. Recuperado el 29 de septiembre de 2010, del sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065i.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C, y Baptista, L. (2003). *Metodología de la Investigación*. (ed.rev 3ª). México: McGrawHill.
- Holden, R., Mehta, K., Cunningham, E., McLeod, L. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33 (4), 224. Recuperado el octubre 20 de 2009, de la base de datos ProQuest
- Holden, R., Flamenbaum, R. (2007). Psychache as a Mediator in the Relationship Between Perfectionism and Suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, 54 (1), 51-61. Recuperado el 2 de febrero de 2010 de la base de datos de la American Psychological Association.
- Instituto Departamental de Salud De Nariño- IDSN, (2006). *Epidemiología*. Recuperado el 20 de agosto de 2009, en el sitio web: <http://www.idsn.gov.co/epidemiologi.php>.
- Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (3), 435-447. Recuperado el 30 de septiembre de 2010 de la base de datos Redalyc.
- Mikulic, M., Casullo, L., Crespi, C., Marconi, A. (2009). Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): Estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina. *Anuario de investigaciones*, 16. Recuperado de la base de datos SCIELO.
- Medina, A. (2000). *Suicidio*. Recuperado el 16 de agosto de 2009, del sitio Web:

- Mendoza, M. (2002). Suicidio, Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. Recuperado octubre 22 de 2009, del sitio Web: <http://www.salvador.edu.ar/publicaciones/pyp/11/ua1-9pub03-11-05.htm>
- Morales, F. (2007). *El Efecto de la Impulsividad Sobre la Agresividad y sus Consecuencias en el Rendimiento de los Adolescentes*. Tesis publicada, Universitat Rovira I Virgili. Recuperado, octubre 5 de 2009. Del sitio Web: http://www.tdx.cbuc.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0103108-135604//2Tesi.pdf
- Moreno, N. (1999). *Programa de autoayuda para el crecimiento de la superación personal*. Supera la depresión. Recuperado el 5 de octubre de 2009, del sitio Web: <http://www.w3c.org/TR/1999/REC-html401-19991224/loose.dtd>
- Lezine, D. (2005). *Psychological Pain as a predictor of Suicidality: A longitudinal, Prospective Study*. (Disertación Doctoral University of California, Los Angeles, 2005). Bases de Datos de tesis Doctorales PROQUEST, 1-13.
- Oquendo, M., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S., Mann, J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 161:1433-1441. Recuperado el 20 de octubre de 2009, desde el sitio Web: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/161/8/1433>.
- Organización Mundial de la Salud, (1994). CIE 10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Panamericana.
- Pascual, P., Villena, A., Morena, S., Téllez, J y López, C. (2005). El paciente suicida. *Boletín del Hospital Mental Perpetuo Socorro de Albacete*.
- Pérez, S. (2000). *Glosario de términos suicidológicos*. Recuperado el 24 de agosto de 2009, del sitio Web: [http:// www.paraguay.wpanet.org/education/pdf/glosario.pdf](http://www.paraguay.wpanet.org/education/pdf/glosario.pdf).

- Pérez, S. (2003). *La adolescencia y el comportamiento suicida*. Recuperado el 12 de febrero del 2010, del sitio web: http://www.robertexto.com/archivo19/adolesc_suicida.htm
- Pompili, M., Lester, D., Leenaars, A., Tatarelli., Paolo, G. (2008). Psychache and suicide: A Preliminary Investigación. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 38 (1), 234-244 Recuperado el 2 de febrero de 2010 de la base de datos ProQuest Health and Medical Complete.
- Quintanilla, R., Valadez, I., González, J., Vega, J., Flores, L., Valencia, S. (2004, 4 de agosto). Tipos de Personalidad y Conducta Suicida. *Investigación en Salud*, 6 (2), 108-113. Recuperado el 20 de septiembre de 2009, de la base de datos RedALyC.
- Remor, E. (2006). *Propiedades psicométricas de la versión española de Escala de Estrés Percibido (PSS)*. Recuperado el 13 de octubre de 2009, del sitio Web: <http://www.psiquiatria.com/boletin/revista/182/27867/?++interactivo>
- Rivas, A. (2006). *Tipos de sistema familiar y riesgo suicida en adolescentes*. Universidad Católica de Santa María. Recuperado el 20 de Octubre de 2009, del sitio Web: <http://www.monografias.com/trabajos70/vivir-morir-suicidio-adolescente/vivir-morir-suicidio-adolescente2.shtml>
- Robles, R. y Páez, F. (2003). Estudio Sobre la Traducción al Español y las Propiedades Psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo. *Salud mental*, 26 (1), 69-75. Recuperado el 28 de octubre de la base de datos RedALyC.
- Serrano, M. y Flores, M. (2005). Estrés, respuesta al afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*, 15 (2), 221-230. Recuperado el 14 de Julio de 2010 de la Base de datos Redalyc.
- Sue, D., Sue D. y Sue, S. (1998). *Comportamiento Anormal*. (ed. rev.4ª). México: Mc Graw-Hill.

- Tejada, I. (2007). *Percepción de la comunidad de los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco y la Unión acerca del concepto de suicidio y de factores asociados a éste y aportes a la construcción de un modelo de intervención para prevenir suicidios en el departamento de Nariño*. Trabajo de grado no publicado, Universidad de Nariño, San Juan de Pasto.
- Téllez, J., Colimon, N., Cisneros, C. (2006). Impulsividad y Suicidio. Suicidio - Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Recuperado el 5 de octubre de 2009, del sitio Web: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/4-IMPULSIVIDAD-OK.pdf>
- Valdez, M. (1999). *Suicidio de adolescentes en Argentina*. Recuperado, el 10 de octubre de 2009, del sitio Web: <http://www.monografias.com/trabajos60/suicidio-adolescentes-argentina/suicidio-adolescentes-argentina2.shtml>.
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: aportaciones de la psicología positiva. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 5, 15-28. Recuperado el 29 de septiembre de 2010 del sitio Web: http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/APCS_5_esp_15-28.pdf
- Villagómez, R., Balcázar, A y Paz, R. (2001). Suicidio en jóvenes. *Revista de Psiquiatría del CESAM*. Recuperado el 12 de febrero de 2010 de la base de datos de Redalyca. Disponible en el sitio web: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no48-2/RFM48204.pdf>
- Villalobos, G. (2009a). *Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador y explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*. Tesis doctoral publicada, Universidad de Granada.
- Villalobos, G. (2009b). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia, *Salud mental*. Recuperado el 7 de Noviembre de 2009, del sitio Web <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sam092i.pdf>.

Watson, D., Clark. L.A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Wekstein, L. (1979). *Handbook of Suicidology Principles, Problems and Practice*. New York. EE.UU: Brunner Mazel Inc.

Zaragoza, M. (2001). *Creatividad: impulsividad, atención y arousal, del rasgo al proceso*. Tesis doctoral publicada, Universidad de Murcia.

ANEXOS

Anexo 1

PANAS

A continuación encontrarás una lista de frases o palabras que hablan de cómo nos podemos sentir. Lee cada palabra y piensa si te has sentido así en el ULTIMO MES, luego marca con una X en la casilla que describa cómo te sentiste.

Es este mes te sentiste....	Nada	Un Poco	Mucho
1. Atento(a)	Nada	Un Poco	Mucho
2. Angustiado(a)	Nada	Un Poco	Mucho
3. Interesado(a) por cosas	Nada	Un Poco	Mucho
4. Preocupado(a)	Nada	Un Poco	Mucho
5. Alerta	Nada	Un Poco	Mucho
6. Agresivo(a)	Nada	Un Poco	Mucho
7. Emocionado(a)	Nada	Un Poco	Mucho
8. Irritable, alterado(a)	Nada	Un Poco	Mucho
9. Entusiasmado(a)	Nada	Un Poco	Mucho
10. Asustado(a)	Nada	Un Poco	Mucho
11. Inspirado(a)	Nada	Un Poco	Mucho
12. Temeroso(a)	Nada	Un Poco	Mucho
13. Orgulloso(a)	Nada	Un Poco	Mucho
14. Avergonzado(a)	Nada	Un Poco	Mucho
15. Decidido(a)	Nada	Un Poco	Mucho
16. Culpable	Nada	Un Poco	Mucho
17. Fuerte, valiente	Nada	Un Poco	Mucho
18. Nervioso(a)	Nada	Un Poco	Mucho
19. Activo(a)	Nada	Un Poco	Mucho
20. Ansioso(a)	Nada	Un Poco	Mucho

Anexo 2**PSS**

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4

9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Anexo 3**Escala de Impulsividad Funcional / Disfuncional**

Por favor, lea con atención cada una de las frases o afirmaciones que a continuación se le presentan y escriba en el espacio reservado a la izquierda de cada frase alternativa que mejor refleje su acuerdo o desacuerdo con lo que dice la frase, según la escala que figura más abajo. Intente describirse tal y como es generalmente.

+2 = Totalmente de acuerdo

+1= De acuerdo

0= Neutral

-1= En desacuerdo

-2= En total desacuerdo

- ___ 1. – La gente me admira porque puedo pensar rápidamente
- ___ 2. – Con frecuencia compro cosas sin pensar si puedo o no permitírmelas.
- ___ 3. – Se me da bien razonar cuidadosamente.
- ___ 4. – Me encantaría trabajar en una ocupación que requiera tomar decisiones al segundo, muy rápidas.
- ___ 5. – Antes de tomar una decisión importante sopeso cuidadosamente los pros y los contras.
- ___ 6. – Raramente me involucro en proyectos sin haber considerado primero los problemas potenciales.
- ___ 7. – A menudo me meto en problemas porque no pienso antes de actuar.
- ___ 8. – Disfruto resolviendo problemas de forma lenta y cuidadosa.
- ___ 9. – A menudo pierdo oportunidades debido a que tengo que decidirme rápidamente.
- ___ 10. – Intento evitar actividades donde tienes que actuar por primera vez sin tener mucho tiempo para pensar.
- ___ 11. – Me gustan los deportes y juegos en los que tengo que elegir un próximo movimiento muy rápido.
- ___ 12. – Muchas veces los planes no me funcionan porque no los he revisado cuidadosamente con anterioridad.
- ___ 13. – No me gusta tomar decisiones rápidamente, incluso decisiones sencillas, tales como elegir que ponerme o que voy cenar.
- ___ 14. – A menudo digo lo primero que se me viene a la cabeza sin pensarlo.
- ___ 15. – Me cuesta mucho mantenerme firme en mis opiniones cuando tengo hacerlo de manera rápida.
- ___ 16. – A la mayoría de veces puedo convertir mis pensamientos a palabras rápidamente.
- ___ 17. – A menudo no pienso demasiado antes de actuar.
- ___ 18. – A menudo doy una respuesta sin considerar la situación desde todos sus ángulos.

____ 19. - Me gusta realmente tomar parte de las conversaciones de ritmo rápido, donde no tengo mucho tiempo para pensar antes de hablar.

____ 20. - A menudo concierdo citas sin pensar si puedo llevarlas a cabo.

____ 21. - No me gusta hacer cosas con rapidez, incluso cuando estoy algo que creo que no es muy difícil.

____ 22. - A menudo digo y hago cosas sin considerar las consecuencias.

____ 23. - Suelo sacar ventaja con frecuencia de oportunidades inesperadas, donde tienes que hacer algo inmediatamente o pierdes tu oportunidad.

Anexo 4**BHS**

Por favor, lee cuidadosamente cada una de las siguientes frases. Si la frase describe tu situación personal DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS (incluyendo hoy mismo), marca con una X en la columna **V** (Verdadero) frente a la respectiva frase y si la frase no refleja tu opinión, marca la columna **F** (Falso).

Esta frase describe mi situación en las últimas dos semanas...	V	F
1. Veo el futuro con entusiasmo y esperanza.	V	F
2. Es mejor abandonar todo porque no puedo hacer que las cosas cambien.	V	F
3. Cuando las cosas están mal, me tranquilizo porque sé que van a mejorar.	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.	V	F
5. Tengo tiempo para hacer lo que más me gusta.	V	F
6. En el futuro espero tener éxito en lo que es más importante para mí.	V	F
7. Mi futuro es oscuro.	V	F
8. Me ha ido muy bien y espero obtener más cosas en la vida que la mayoría de las personas.	V	F
9. No he tenido oportunidades y creo que no las tendré en el futuro.	V	F
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.	V	F
11. Creo que mi futuro será más malo que bueno	V	F
12. No tengo la esperanza de conseguir lo que quiero.	V	F
13. Cuando pienso en el futuro creo que seré más feliz de lo que soy ahora.	V	F
14. Las cosas no saldrán como yo quiero.	V	F
15. Tengo gran fe en el futuro.	V	F
16. Es una tontería desear algo pues nunca logro lo que quiero.	V	F
17. Es muy difícil que en el futuro logre algo que me haga realmente feliz.	V	F
18. Mi futuro es incierto.	V	F

19. El futuro me traerá más cosas buenas que malas.	V	F
20. Es inútil esforzarme por lo que quiero, porque lo más seguro es que no lo consiga.	V	F
21. Mi futuro no traerá nada bueno para mí.	V	F
22. En mi futuro todo saldrá mal.	V	F

Anexo 5

CEDULA DE INDICADORES PARASUICIDAS

A continuación hay una serie de preguntas que servirán para saber si has pasado por las siguientes experiencias en algún(os) momentos de tu vida. Lee la pregunta y marca con una X en el cuadro de la respuesta que refleje lo que te haya pasado.

1. ¿Conoces a alguien que se haya suicidado o que lo haya intentado? SI ____ Quién? ♦ NO ____ (pasa a la pregunta 2)	Padre/ Madre/ Hermano(a)..... ☐ Familiares: Tío(a), Abuelo(a) ☐ Amigo (a)/ Novio(a)..... ☐ Conocidos: Vecino(a), compañero (a) ☐
2. ¿Alguna vez tú mismo te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	No, Nunca lo he hecho..... ☐ Sólo lo pensé..... ☐ Estuve a punto de hacerlo..... ☐ Sí lo hice..... ☐ *(ver nota)

*** Si marcaste la ULTIMA OPCION (“Sí lo hice”), continúa con todas las siguientes preguntas. Pero si marcaste cualquier otra opción pasa directamente a la siguiente prueba.**

3. *¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida? _____ veces																	
4. ¿Qué edad tenías <u>la primera o la única vez</u> que te hiciste daño a propósito, con el fin de quitarte la vida? Tenía _____ años																	
5. ¿Hace cuánto tiempo fue <u>la última vez</u> que te hiciste daño a propósito con el fin de quitarte la vida?	<table> <tr> <td>Hace más de un año</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hace más de 6 meses</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> </tr> <tr> <td>En los últimos 6 meses</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>En el último mes</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>..... En esta</td> <td></td> </tr> </table>	Hace más de un año	☐			Hace más de 6 meses	☐			En los últimos 6 meses	☐		☐	En el último mes	☐	 En esta	
Hace más de un año	☐																
.....																	
Hace más de 6 meses	☐																
.....																	
En los últimos 6 meses	☐																
.....	☐																
En el último mes	☐																
..... En esta																	

	semana
6. Esta última o única vez que te hiciste daño a propósito ¿qué querías?	No quería morir, quería seguir viviendo..... ☐ No me importaba si vivía o moría..... ☐ Quería dejar de vivir, quería morirme..... ☐
7. Esta <u>última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito, ¿Cómo lo hiciste?	Tomé pastillas o medicamentos..... ☐ Me corté con un objeto filudo..... ☐ Me disparé con un arma de fuego..... ☐ Traté de ahorcarme, ahogarme o asfixiarme..... ☐ Usé o tomé veneno..... ☐ Tuve una sobredosis de drogas..... ☐ Me tiré desde una parte alta..... ☐ Dejé de comer..... ☐ Me le tiré a un carro.... ☐ Ingerí otras cosas (pólvora, desinfectantes, etc.) . ☐ Lo hice de otra forma..... ☐ ¿Cuál? ☐
8. Esta <u>última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito, ¿qué querías lograr?:	Morirme..... ☐ ☐ Castigarme a mí ☐

Puedes elegir más de una opción	mismo(a)..... ☐ Que alguien se sienta mal o castigarlo..... ☐ Que me pongan atención..... ☐ Terminar con todos mis problemas..... ☐ Quitarme un sufrimiento ☐ Dejar de ser una carga para otros ☐ Conseguir algo para mi beneficio..... ☐ Otra..... ☐ ¿Cuál..... ☐
9. Esta <u>última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito:	Tuviste que ir al hospital o al centro de salud ☐ Alguien te ayudó, pero no te llevó al hospital ☐ Nadie se enteró de lo que pasó ☐
10. Esta <u>última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito, pensaste que tu muerte era:	<i>Segura:</i> sabía que ☐ moriría..... ☐ <i>Posible:</i> no sabía si viviría o moriría..... ☐ <i>Imposible:</i> sabía que no moriría..... ☐
11. Esta <u>última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito:	Buscaste ayuda profesional..... ☐ Buscaste consejo espiritual (sacerdote, ☐

Puedes elegir más de una opción	pastor)..... Buscaste apoyo en tu familia ☐ ☐ Buscaste apoyo en tus amigos..... Buscaste apoyo de otras personas ☐ No buscaste apoyo de nadie más ☐
--	---

Anexo 6

UNIVERSIDAD DE NARIÑO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O ACUDIENTES

(Documento Informativo)

¿Cuál es el nombre de la Investigación? Validación del Modelo cúbico de suicidio de Shneidman para la predicción de la conducta suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Ipiales

¿Quién es el responsable? Este proyecto es adelantado por los estudiantes de psicología Mario Fernando Hernández Benavides y Darío Guerrero Rosero de la Universidad de Nariño quienes optan por el título de psicólogos. El asesor general del proyecto es el Psicólogo Fredy Hernán Villalobos Galvis.

¿Porque se realiza ésta investigación? Se realiza con el fin de que profesionales de la salud mental puedan predecir la conducta suicida, y así disminuyan el dolor psicológico insoportable realizando campañas de prevención que mejoren la calidad de vida de dichas personas.

¿Quiénes participarán en la investigación? Estudiantes de sexto grado a once grado de bachillerato, con edades comprendidas entre diez a dieciocho años de edad.

¿Qué deben hacer las personas que participarán en ésta investigación? La investigación consiste en que los estudiantes respondan los cuestionarios psicológicos acerca de temas tales como: afectos positivos y afectos negativos, estrés, perturbación, desesperanza e impulsividad.

¿Qué pasa si al contestar los cuestionarios su hijo se da cuenta de que quiere o necesita ayuda psicológica? El departamento de psicología de la Universidad de Nariño cuenta con el centro de investigación y asesoría en psicología SINAPSIS en el cual se ofrece atención psicológica al estudiante y a su familia de manera gratuita cuando lo necesitan.

¿Qué pasa si su hijo y usted tenemos alguna pregunta? Cualquier inquietud o pregunta que tanto usted como su hijo tengan sobre la investigación, los cuestionarios, etc., pueden plantearla en cualquier momento, al investigador responsable. El investigador responsable tiene la obligación de brindarle información relevante.

¿Qué pasa si su hijo no quiere participar en la investigación, o si usted no quiere que participe en la investigación? Para que un estudiante pueda participar en la investigación se requiere de su propia autorización y de la de sus padres. Si faltará alguna de las investigaciones, NO aplicaremos

ningún cuestionario. No participar en la investigación NO trae consigo ninguna consecuencia para el estudiante o la familia.

¿En caso de que su hijo participe en la investigación quien se enterara de lo que él responda? En primer lugar, los cuestionarios serán anónimos por lo cual no permitirá saber quien lo respondió y en segundo lugar el análisis realizado, solamente lo conocerán profesionales de la salud mental.

Si su decisión es que su hijo(a) NO PARTICIPE en la investigación, por favor no firme la hoja, simplemente devuélvela a quien se la entrego.

Si su decisión es que su hijo(a) PARTICIPE en la investigación, por favor diligencie el formato que encontrará a continuación.

¡Gracias!

AUTORIZACION INFORMADA No _____			
Por medio de la presente autorizo que _____, Quién está bajo mi custodia legal, participe en la investigación “Validación del Modelo cúbico de suicidio de Shneidman para predecir la conducta suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Ipiales”. Declaro que he leído y comprendido el documento informativo y que se me han aclarado los aspectos relacionados con el objetivo, los participantes el procedimiento y los beneficios que implica esta investigación. Declaro que no he sido sometido a ningún tipo de presiones y que mi decisión es voluntaria. En constancia se firma en Ipiales a los ____ días, del mes _____, del año _____.			
	Nombre y Cédula	Firma	Teléfono de contacto
Padre / Madre de familia o acudiente			
Asesor	Fredy Hernán Villalobos Galvis		3122974590
Testigo 1			
Testigo 2			

Anexo 7

UNIVERSIDAD DE NARIÑO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
DOCUMENTO DE ACEPTACION INFORMADO PARA ESTUDIANTES
(Documento Informativo)

¿Cuál es el nombre de la Investigación? Validación del Modelo cúbico de suicidio de Shneidman para la predicción de la conducta suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Ipiales

¿Quién es el responsable? Este proyecto es adelantado por los estudiantes de psicología Mario Fernando Hernández Benavides y Darío Guerrero Rosero de la Universidad de Nariño quienes optan por el título de psicólogos. El asesor general del proyecto es el Psicólogo Fredy Hernán Villalobos Galvis.

¿Porque se realiza ésta investigación? Se realiza con el fin de que profesionales de la salud mental puedan predecir la conducta suicida, y así disminuyan el dolor psicológico insoportable realizando campañas de prevención que mejoren la calidad de vida de dichas personas.

¿Qué tengo que hacer? Lo único que te pedimos es que respondas de manera sincera a todas las preguntas que encontraras en unos cuestionarios y ninguna dejes sin contestar.

¿Quiénes participarán en la investigación? Estudiantes de sexto grado a once grado de bachillerato, con edades comprendidas entre diez a dieciocho años de edad.

¿Tengo que hacer esto? ¿Puedo elegir no participar en la investigación? ¿Puedo cambiar de idea? La participación en este estudio NO es obligatoria; es decir, nadie te obligara a participar si no quieres hacerlo, es tú decisión. Incluso si decides cambiar de idea aunque hallas dicho que si.

¿Qué pasa si mis padres no quieren que Yo participe? En este caso no te aplicaremos ningún cuestionario puesto que se necesita que, tanto Tú como tus padres den la autorización.

¿Qué pasa si al contestar los cuestionarios me doy cuenta de que quiero o necesito ayuda psicológica? El departamento de psicología de la Universidad de Nariño cuenta con el centro de investigación y asesoría en psicología SINAPSIS en el cual se ofrece atención psicológica al estudiante y a su familia de manera gratuita cuando lo necesitan.

¿Qué pasa si tengo alguna pregunta o duda? Cualquier inquietud o pregunta que tenga sobre la investigación, los cuestionarios, etc., pueden plantearla en cualquier momento, al investigador responsable. El investigador responsable tiene la obligación de brindarle información relevante.

¿Quien se enterara de lo que he respondido? En primer lugar, los cuestionarios serán anónimos por lo cual no permitirá saber quien lo respondió y en segundo lugar el análisis realizado, solamente lo conocerán profesionales de la salud mental.

Si Tu decisión es de NO PARTICIPAR en la investigación, por favor no firmes la hoja, simplemente devuélvela a quien te la entrego.

Si Tu decisión es de SI PARTICIPAR en la investigación, por favor diligencie el formato que encontrará a continuación.

¡Gracias!

AUTORIZACION INFORMADA		No _____	
Yo _____, entiendo que me piden que participe si yo quiero, en la investigación denominada "Validación del Modelo cúbico de suicidio de Shneidman para predecir la conducta suicida en estudiantes de bachillerato de la ciudad de Ipiales". Declaro que he leído ésta información y la he comprendido y declaro que no he sido sometido a ningún tipo de presiones y que mi decisión es voluntaria. Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo, sé que puedo retirarme cuando quiera, sé que mi respuesta las conocerá solo el equipo de investigadores de la universidad de Nariño. Sé que solo se me aplicarán los cuestionario si mis padres o las personas que responden por mí, también lo autorizan. Por lo anterior declaro que si quiero participar en la investigación.			
	Nombre y Cédula	Firma	Teléfono de contacto
Estudiante			
Asesor	Fredy Hernán Villalobos Galvis		3122974590
Testigo 1			
Testigo 2			