



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Prevalencia del riesgo de ideación suicida en adolescentes de nivel secundaria y sus Determinantes Sociales Intermedios de Salud.

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

PRESENTA:

E.E.S.M. WENDY ANGÉLICA GOÑY GONZÁLEZ

Director de tesis:

Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Ciudad Universitaria, CD.MX. 07 Junio 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

LIC. IVONNE RAMÍREZ WENCE
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **14 de marzo del 2019**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **Wendy Angélica Goñy González** número de cuenta **402108805**, con la tesis titulada:

“PREVALENCIA DEL RIESGO DE IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE NIVEL SECUNDARIA Y SUS DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS DE SALUD”

bajo la dirección del Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa

Presidente : Doctora Laura Morán Peña
Vocal : Maestro Juan Gabriel Rivas Espinosa
Secretario : Doctora Diana Cecilia Tapia Pancardo
Suplente : Doctora María Susana González Velázquez
Suplente : Doctora Gandhi Ponce Gómez

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cdad. Universitaria Cd, Mx. a 28 de marzo del 2019.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



C.c.p. Expediente del interesado

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

JEG-F6

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la Virgen de Regla y a mi abuelita Virginia Bernal Llanos[†], por bendecir mi camino todos los días, permitiéndome llegar hasta este momento tan importante en mi formación profesional.

A los cinco pilares más importante de mi vida: mi madre Marbella González Bernal y mis hermanas: Loyra Yamel, Acerina Marbella, Deusa Shantal y Krisol Lowreyn por demostrarme su apoyo y cariño en todo momento e impulsarme para conseguir realizar cada uno de mis proyectos en general.

A María Eloisa Ruiz Arzaluz (tía coluchis), por tu escucha y motivación para que continuara en este proyecto, aún con todas dificultades y obstáculos que se me presentaron a lo largo de esta etapa.

A mis amigos y compañeros de trabajo el Lic. Fernando Corona Moctezuma y la Lic. Norma Palencia Rodríguez, quienes gracias a su apoyo incondicional y asesoría contribuyeron en el logro de tan importante proyecto de formación profesional.

A Cesar Chávez Acosta por tú amor, apoyo, paciencia y acompañamiento durante el desarrollo de este trabajo de investigación, en el que juntos compartimos perdurables tristezas y alegrías.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor, el Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa por la confianza que depositó en mí, por compartir sus conocimientos, por ser mi inspiración profesional, por su paciencia demostrada día tras día durante estos dos años de trabajo juntos, pero, sobre todo, le agradezco su motivación para que continúe desarrollándome profesionalmente.

A la Dra. Laura Morán Peña por compartir sus conocimientos, por su enorme paciencia demostrada en cada una de las sesiones de los seminarios de Investigación y Tesis I y II; pero sobre todo, por ser un digno modelo a seguir tanto en el ejercicio de la docencia como en el área de la investigación de Enfermería.

A la Dra. María Susana González Velázquez y la Dra. Silvia Crespo Knopfler por sus invaluable enseñanzas en el campo de la educación, que me permitieron ampliar y perfeccionar mi práctica docente. Asimismo, agradezco a cada uno de los maestros y doctores que participaron en mi formación como Maestra en Enfermería en los diferentes seminarios del Programa de Maestría en Enfermería.

A la Dra. Gandhi Ponce Gómez por su interés en que mi formación fuese integral y motivarme a seguir preparándome profesionalmente.

A las autoridades, comité de ética, maestros y padres de familia de la Escuela Secundaria General # 1 "Moisés Sáenz" por todas las facilidades proporcionadas para que esta investigación se llevara a cabo. Y especialmente a los adolescentes estudiantes de dicho plantel educativo que participaron en la investigación, ya que sin ellos esta investigación no hubiera sido posible.

A mis colegas y compañeros de la decimoséptima generación del Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México, quienes fueron parte importante en el proceso de enseñanza-aprendizaje a lo largo de estos dos años.

Finalmente, y no menos importante, a mis sinodales por todas sus observaciones, recomendaciones y aportaciones que enriquecieron el presente trabajo de investigación.

RESUMEN

Introducción: El suicidio, un fenómeno universal, complejo y multifactorial que se ha incrementado en las últimas décadas; representa la segunda causa de mortalidad en los adolescentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2020, 1.53 millones de personas morirán por suicidio. Lo que representa un suicidio cada 20 segundos y un intento suicida cada 2 segundos. Por lo que resulta necesario analizar la prevalencia del riesgo de ideación suicida (RIS) desde el marco conceptual de los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud (DSIS), los cuales permiten un abordaje integral. Siendo la ideación suicida, el primer eslabón que conforma el constructo de la conducta suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud definidos como las condiciones socioeconómicas en que las personas nacen, crecen, se educan, trabajan, envejecen y se mueren.

Objetivo: Identificar la prevalencia del riesgo de ideación suicida en adolescentes de una escuela secundaria pública del noroeste del país bajo los Determinantes Sociales Intermedios de Salud.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y de correlación realizado en una $n=382$ adolescentes estudiantes de una escuela secundaria pública del noroeste del país. Se diseñó y aplicó el instrumento "Prevalencia del RIS y sus DSIS en adolescentes estudiantes de nivel secundaria" el cual consta de cuatro secciones y es en la segunda sección que se evalúa el riesgo de ideación suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de Salud en sus dimensiones: familia, vivienda, escuela y salud. Para obtener la confiabilidad del instrumento se realizó la prueba del Coeficiente de Alfa de Cronbach y para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v. 21.

Resultados: La confiabilidad del instrumento fue de $\alpha=0.975$. En cuanto al riesgo de ideación suicida se encontró que 1:4 adolescentes puntuaron con riesgo de ideación suicida; de los cuales el 15% se ubicó en un nivel leve, el 7% en moderado y el 3% en severo o extremo, y, con una media mayor en mujeres, que en hombres [23/21].

Con respecto al porcentaje en que los Determinantes Intermedios de Salud coadyuvan en el desarrollo de conductas de riesgo en los adolescentes que favorecen el riesgo de ideación suicida colocó a la escuela en primer lugar con un 57%, en segundo lugar, a la vivienda con un 56%, en tercer lugar, a la familia con un 53%, y en cuarto lugar a la salud con un 49%. Así mismo, se observó una relación lineal moderada y directamente proporcional, entre la prevalencia del riesgo de ideación suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de Salud [$r_s=0.826$, $p=.000$], siendo mayor la correlación en las dimensiones escuela y salud [$r_s=0.871/0.825$].

Conclusiones: Se comprobaron las hipótesis de esta investigación teniendo en cuenta los resultados encontrados, los cuales señalan que hay una elevada prevalencia de riesgo de ideación suicida en los adolescentes participantes con una correlación estadísticamente significativa y directa con sus Determinantes Sociales Intermedios de Salud, siendo mayor la correlación en las dimensiones escuela y salud.

Palabras claves: Determinantes Sociales Intermedios de Salud; Riesgo de ideación suicida; Adolescentes; Estudiantes de Secundaria.

ABSTRACT

Introduction: Suicide, a universal, complex and multifactorial phenomenon that has increased in recent decades, represents the second cause of mortality among adolescents. The World Health Organization (WHO) estimates that by 2020, 1.53 million people will die by suicide. This represents a suicide every twenty seconds and a suicide attempt every two seconds. It is therefore necessary to analyze the prevalence of the risk of suicidal ideation (RSI) from the conceptual framework of the Intermediate Social Determinants of Health (ISDH), which allow a comprehensive approach. Being the suicidal ideation, the first link that makes up the construct of suicidal behavior and the Intermediate Social Determinants of Health defined as the socioeconomic conditions in which people are born, grow, educate, work, age and die.

Objective: To identify the prevalence of the risk of suicidal ideation in adolescents in a public junior high school in the northwest of the country under the Intermediate Social Determinants of Health.

Material and methods: Descriptive, cross-sectional and correlation study in an n=382 adolescent students of a public junior high school in the northwest of the country. The instrument "Prevalence of RSI and ISDH in junior high school students" was designed and applied. It consists of four sections and it is in the second section that the risk of suicidal ideation and Intermediate Social Determinants of Health are evaluated in their dimensions: family, dwelling, school and health. To obtain the reliability of the instrument, the Cronbach Alpha Coefficient test was applied and the SPSS v. 21 program was used for statistical analysis.

Results: The reliability of the instrument was $\alpha=0.975$. Regarding the risk of suicidal ideation, 1:4 adolescents were found to be at risk of suicidal ideation, of which 15% were at a level, 7% at moderate and 3% severe or extreme, and with a higher average in women than in men [23/21]. With respect to the percentage in which Intermediate Health Determinants contribute to the development of risk behaviors in adolescents who favor the

risk of suicidal ideation, the school was placed first with 57%, in second place with the house with 56%, in third to the family with 53%, and in fourth place with Health with 49%. Likewise, a moderate and directly proportional linear relationship was observed between the prevalence of the risk of suicidal ideation and the Intermediate Social Determinants of Health [$r_s=0.826$, $p=.000$], with a greater correlation in the school and health dimensions [$r_s=0.871/0.825$].

Conclusions: The hypotheses of this research were proved taking into account the results found, which indicate a high prevalence of suicide ideation risk in the participating adolescents and in which there is a direct correlation with their Intermediate Social Determinants of Health, with a greater correlation in the school and health dimensions.

Keywords: Intermediate Social Determinants of Health; Risk of suicidal ideation; Adolescents; Junior High School Students



Vivo únicamente porque puedo morir cuando quiera; sin esa idea del suicidio, hace tiempo que me hubiera matado.

Emil Cioran

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.1 Preguntas de investigación	9
1.2 Justificación	9
1.3 Objetivos.....	11
1.3.1 General.....	11
1.3.2 Específicos	11
2 MARCO CONCEPTUAL.....	12
2.1 La adolescencia	12
2.1.1 Definiciones de adolescencia.....	13
2.1.2 Principales características de la adolescencia.....	14
2.2 Definición y características de las variables principales.	15
2.2.1 Ideación Suicida, intento suicida y suicidio consumado.	15
2.2.2 Definición de ideación suicida.....	15
2.2.3 Características de las ideas suicidas	15
2.2.4 Evaluación del riesgo de ideación suicida	16
2.3 Determinantes Sociales de la Salud (DSS).....	19
2.3.1 Definición de los Determinantes Sociales de la Salud.....	22
2.4 Estado del arte	23
3 METODOLOGÍA.....	26
3.1 Tipo de diseño	26
3.2 Población y Muestra.....	26
3.2.1 Universo de estudio.....	26
3.2.2 Muestra	26
3.2.3 Población de estudio	27
3.2.4 Unidad de observación.....	27
3.2.5 Criterios de inclusión	27
3.3 Variables del Estudio.....	28
3.3.1 Variables intervinientes	28
3.3.2 Variables principales	28
3.3.3 Variable del estudio: Ideación suicida	29
3.3.4 Niveles de de la variable de estudio: Ideación suicida.....	29

3.3.5	Variable de estudio: Determinantes Sociales Intermedios de Salud	29
3.3.6	Dimensiones de la variable de estudio: DSIS	30
3.3.6.1.	Dimensión Familia.....	29
3.3.6.2.	Dimensión Vivienda.....	29
3.3.6.3.	Dimensión Escuela.....	30
3.3.6.4.	Dimensión Salud.....	30
3.4	Operacionalización de las variables.....	33
3.4.1	Variables Intervinientes.....	33
3.4.2	Variables Principales: Niveles de riesgo de ideación suicida	35
3.4.3	Variables Principales: Niveles de Medición de los DSIS	36
3.5	Hipótesis.....	38
3.6	Procedimientos.....	39
3.6.1	Prueba piloto	39
3.6.2	Recolección de datos	39
3.6.3	Para el análisis de datos	40
3.7	Instrumento de Medición	40
3.7.1	Descripción del instrumento	40
3.8	Ponderación del puntaje.....	43
3.8.1	Ponderación: Prevalencia del riesgo de ideación suicida	43
3.8.2	Ponderación: DSIS por dimensiones	44
3.8.2.1.	Dimensión Familia.....	43
3.8.2.2.	Dimensión Vivienda.....	44
3.8.2.3.	Dimensión Escuela.....	45
3.8.2.4.	Dimensión Salud.....	46
3.9	Confiabilidad y validez.....	49
3.10	Aspectos éticos	52
4	RESULTADOS	54
4.1	Caracterización de la población	54
4.2	Análisis Descriptivo	62
4.3	Estadística Inferencial	64
5	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	69
5.1	Discusión	69
5.2	Conclusiones.....	75
5.3	Limitaciones del estudio	76

5.4	Implicaciones para la enfermería	76
6	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
6.1	Anexos.....	90
6.1.1	Instrumento	90
6.1.2	Oficio de autorización de la Escuela Secundaria.....	98

ÍNDICE DE FIGURAS, CUADROS, TABLAS, GRÁFICAS Y DIAGRAMAS LIGADOS

Figura 1.	Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud.....	21
Cuadro 1.	Regla AMAI 8X7 para el cálculo del nivel-socioeconómico familiar.....	41
Cuadro 2.	Panel de Expertos en Paidopsiquiatría y Salud Mental.....	49
Cuadro 3.	Criterios para la validez de contenido y juicio de expertos.....	50
Tabla 1.	Clasificación del riesgo de ideación suicida.....	18
Tabla 2.	Modelos Explicativos de los Determinantes Sociales de la Salud.....	19
Tabla 3.	Caracterización de la muestra participante.....	54
Tabla 4.	Caracterización de la edad de la muestra participante.....	55
Tabla 5.	Caracterización del riesgo de ideación suicida.....	56
Tabla 6.	Caracterización de la muestra con respecto a la prevalencia de RIS.....	58
Tabla 7.	Caracterización de la muestra con RIS con respecto a su edad.....	59
Tabla 8.	Diferencias entre el RIS y las variables socio-demográficas.....	63
Tabla 9.	Correlación entre el RIS y los DSIS en sus 4 dimensiones.....	65
Gráfica 1.	Edad de los adolescentes participantes.....	55
Gráfica 2.	Prevalencia de riesgo de ideación suicida en la muestra participante.....	56
Gráfica 3.	Niveles de riesgo de ideación suicida en la muestra participante.....	57
Gráfica 4.	Riesgo de ideación suicida con respecto al sexo de los adolescentes.....	57
Gráfica 5.	Frecuencia de los DSIS de los adolescentes con RIS.....	62
Gráfica 6.	Diferencias entre el RIS con respecto al sexo de los adolescentes.....	64
Diagrama Ligado 1.	Relación entre el RIS y la dimensión familia de los DSIS.....	66
Diagrama Ligado 2.	Relación entre el RIS y la dimensión vivienda de los DSIS.....	66
Diagrama Ligado 3.	Relación entre el RIS y la dimensión escuela de los DSIS.....	66
Diagrama Ligado 4.	Relación entre el RIS y la dimensión salud de los DSIS.....	67
Diagrama Ligado 5.	Relación entre el RIS y las cuatro dimensiones de los DSIS.....	67

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la segunda causa de muerte a nivel mundial en individuos cuya edad se encuentra entre los 15 y los 29 años de edad y responsable de la muerte de más de 800,000 personas al año¹. La ideación suicida (IS), está definida como el pensamiento claro, presente y reiterado que tiene un individuo para acabar con su propia vida y que se tipifica de acuerdo con la manera en la que ésta se manifiesta².

Sin embargo, aunque las estadísticas de suicidios consumados son alarmantes, resulta de mayor preocupación el franco aumento que se ha dado en la ideación suicida, a nivel mundial³. Reconociéndosele como un pensamiento que se ha hecho frecuente en la población adolescente, y que no necesariamente se encuentra asociado a rasgos o trastornos psicopatológicos; sino con otros factores que contribuyen en la estructuración de la ideación suicida. Dentro de los cuales se han identificado factores individuales, familiares y sociales⁴. En México, el Instituto Nacional de Estadística Geográfica (INEGI), reporta que el suicidio en la población adolescente es la tercera causa de mortalidad⁵.

Existen varias investigaciones en las que se evalúa la prevalencia de la ideación suicida en adolescentes; así como en las que se han identificado algunos factores que determinan su prevalencia por sector socioeconómico y demográfico, incluso, por su actividad educativa y laboral⁶.

No obstante, ante el incremento de la ideación suicida en adolescentes; resulta prioritario evaluar el riesgo de ideación suicida y su correlación con los Determinantes Sociales Intermedios de Salud, en sus dimensiones: familia, vivienda, escuela y salud, que han sido definidos por la Organización Mundial de la Salud: como las condiciones socio-económicas en que las personas nacen, crecen, viven, se educan, trabajan y envejecen⁷, lo que permitirá realizar un abordaje desde un enfoque más integral.

Por consiguiente, se realizó un estudio descriptivo, transversal y de correlación, en una muestra probabilística aleatoria simple integrada por n=382 adolescentes estudiantes de

una escuela secundaria pública del noroeste del país. Para lo cual, se diseñó y aplicó un instrumento que permitió medir la prevalencia del riesgo de ideación suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud en cuatro de sus dimensiones: familia, vivienda, escuela y salud, y que obtuvo una confiabilidad de 0.975 por Alfa de Cronbach.

Dentro de los resultados de la presente investigación se encontró que en el 75% de la muestra de adolescentes participantes no está presente el riesgo de ideación suicida, mientras que en el 25% si está presente. Es decir 1:4 de los adolescentes que conformaron la muestra, puntuaron con la presencia de riesgo de ideación suicida. Encontrándose una mediana mayor en las mujeres [23], con respecto de los hombres [21]. De los cuales el 3% se ubicó en un nivel de riesgo severo o extremo, el 7% en moderado y el 15% en leve. De los cuales el 33% tiene 13 años de edad, el 32% 14 años, 24% 12 años, el 10% 15 años y al 1% 16 años de edad respectivamente. Con una correlación estadísticamente significativa y directamente proporcional, entre el riesgo de ideación suicida de los adolescentes estudiante participantes y sus Determinantes Sociales Intermedios de la Salud [$r_s=0.826$, $p=0.000$], en sus cuatro dimensiones: familia, escuela, vivienda y salud. Siendo mayor la correlación en las dimensiones escuela y salud. Resultados que coinciden con los hallazgos de otros autores.

Por lo tanto, promover este tipo de investigación en otras regiones del país, puede permitirle al personal de enfermería, tener una visión más amplia sobre el riesgo de ideación suicida en el escenario educativo y familiar. Además, de contribuir en el diseño de estrategias de intervención que promuevan la salud mental en la adolescencia dentro de las escuelas secundarias y la familia.

CAPÍTULO I

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente las enfermedades mentales están identificadas como crónicas, comunes y discapacitantes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) representan un problema de salud pública a nivel mundial¹. Son enfermedades estigmatizadas socialmente y sobre las que prevalecen tres mitos: no son importantes, no son tratables y no son rentables para el Sistema de Salud.

No obstante, resultan importantes las estadísticas de morbilidad y mortalidad de los intentos suicidas, las cuales apenas se aproximan a la realidad, ya que solo se registran y atienden uno de cada cuatro intentos suicidas⁸. Esta situación de sub-registro a llevado a estimar que por cada suicidio consumado pudieron existir de 10 a 18 e incluso hasta 20 intentos suicidas que no fueron registrados^{9,10}.

De acuerdo con Borges y col. (citado por Chávez-Hernández y col.)¹¹ reportan información sobre la salud mental en una muestra representativa de adolescentes mexicanos entre 12 y 17 años de edad, relacionada con la prevalencia y características de la ideación suicida; así como algunos factores de riesgo por sector socioeconómico y demográfico que llegan a determinar el plan y la tentativa de suicidio. Lográndose identificar una variedad importante de factores de riesgo de tipo familiar, económico, social, emocional, relacional, de personalidad, genético, entre otros. De manera específica, la presencia de conductas suicidas en estudiantes de educación secundaria y universitaria de Latinoamérica que han sido reportadas en diferentes investigaciones¹².

En la actualidad, la tasa de suicidio en México se ha incrementado en las últimas décadas; en 1970 la tasa fue de 1.13 por 100 mil habitantes, en 2007 se incrementó a 4.12 y para 2013 fue de 6.54. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2020, 1.53 millones de personas morirán por suicidio. Lo que representa una muerte cada 20 segundos y un intento cada 2 segundos¹³. Incremento que se ha dado especialmente en jóvenes de 15 a 24 años de edad, ubicando al suicidio como la tercera causa de muerte en

este grupo etario y situando a México cerca de países como España, en donde el suicidio ocupa la segunda causa de muerte en ese estrato¹³.

Sin embargo, resulta de mayor preocupación el franco aumento que se ha dado en la ideación suicida, a nivel mundial. La literatura muestra que la ideación suicida ha sido menos estudiada que el intento suicida y el suicidio consumado, ya que únicamente ha sido mencionada o relacionada con síntomas depresivos, trastornos mentales, dependencia de sustancias, entre otros¹⁴.

Siendo la ideación suicida, un elemento fundamental en el proceso denominado comportamiento suicida, que surge como desencadenador del intento suicida y el suicidio consumado³. Y los factores, asociados a la ideación suicida registrados en la literatura son diversos. Por lo que es considerado un problema de salud multifactorial o multidimensional.

Aspectos subjetivos como: la falta de esperanza, impulsividad, agresividad, dificultad para comunicarse y la sensación de no pertenencia a ciertos grupos sociales, han sido registrados como posibles factores que desencadenan el proceso de ideación suicida¹⁴.

Otros aspectos que también han ganado relevancia en la literatura son las variables demográficas y socioeconómicas, la práctica religiosa, antecedentes de comportamiento suicida en la familia y amigos, el consumo de alcohol, así como sintomatología depresiva¹⁵.

Por ello, desde hace varios años a través de la investigación han intentado determinar la prevalencia de la ideación suicida en distintos grupos de población vulnerable como la adolescencia, así como los factores que determinan su prevalencia por región geográfica, sector socioeconómico e incluso, por actividad educativa o laboral⁶. Para ello, las escalas que más han sido utilizadas son la: Escala de Ideación Suicida de Roberts [1995], seguida de la Escala de Ideación Suicida de Beck [1979]; ambas escalas buscan determinar la prevalencia de la ideación suicida a través de ítems que analizan la posibilidad de haber pensado en el suicidio, la frecuencia de dichos pensamientos y el tiempo transcurrido desde que comenzó dicha ideación¹⁶.

Sin embargo, a partir de la revisión de la literatura científica se hace evidente que México cuenta con hospitales psiquiátricos que disponen de intervenciones médicas y psicosociales para el tratamiento de las enfermedades mentales como la ideación suicida; pero éstos resultan insuficientes debido a que su disponibilidad no coincide con la demanda de las enfermedades mentales. Por lo tanto, el escenario familiar y escolar; después del hospitalario, resultan los más apropiados para identificar el riesgo de la ideación suicida en población adolescente. Involucrando de esta manera, no solo al equipo multidisciplinario del Sistema de Salud, sino a los familiares de los adolescentes y al personal docente de las instituciones educativas.

Actualmente, la Secretaría de Educación Pública (SEP) asignó un nuevo rol a las escuelas secundarias, que consiste en prestar preocupación y ocupación no solo por la enseñanza del conocimiento, sino en la promoción de conductas de bienestar físico, mental, psíquico y social de cada alumno a través del Programa Nacional de Convivencia Escolar que la SEP ofrece a los docentes de educación secundaria, como una guía para atender este nuevo rol a través de talleres de convivencia que promueven en los adolescentes la reflexión sobre autoestima, la regulación de emociones, el dialogo, las reglas y los acuerdos, así como el papel fundamental de la familia en su desarrollo emocional, físico y académico de los alumnos¹⁷.

Si bien en México, no prevalecen los estudios sobre la ideación suicida en adolescentes, se ha documentado reiteradamente que la persona con pensamientos o ideas suicidas tiene mayor predisposición a intentar suicidarse, ya que quien lo intenta una vez, es muy probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales¹⁸.

Por consiguiente, resulta trascendental conocer la prevalencia y características de la conducta suicida en adolescentes; así como identificar si las condiciones socio-económicas en que las que estos adolescentes nacieron, han crecido, viven y se educan; se encuentran correlacionadas de manera directa a su estado de salud mental. Y para ello, se identifico la Teoría de los Determinantes Sociales de la Salud¹⁹, que permite un análisis de la ideación suicida en adolescentes estudiantes de nivel secundaria desde cuatro de sus dimensiones: familia, escuela, vivienda y salud.

Destacándose así, la oportunidad para que el profesional de enfermería en salud mental inicie trabajos colaborativos con la SEP a través del servicio médico de las escuelas secundarias y se pueda evaluar la prevalencia del riesgo de ideación suicida en adolescentes dentro del escenario escolar.

Por todo lo anterior y como parte del profesional de enfermería inserta en el área de Paidopsiquiatría se consideró pertinente la realización de este trabajo de investigación, cuyo propósito es identificar la prevalencia del riesgo de ideación suicida y su correlación con los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud, en una población de adolescentes estudiantes de nivel secundaria.

Por todo lo anterior, se plantearon las siguientes preguntas:

1.1 Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la prevalencia del riesgo de ideación suicida en adolescentes estudiantes de una secundaria pública del noroeste del país?
- ¿Existe correlación entre la prevalencia del riesgo de ideación suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud de los adolescentes participantes?

1.2 Justificación

A pesar de la mejora en los tratamientos y la atención en los servicios de psiquiatría y salud mental, el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública en las últimas décadas. Anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más han intentado hacerlo. En el 2016, el suicidio fue reportado como la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años a nivel mundial¹. Situación que originó el incremento en la consulta médica psiquiátrica, no solo en los servicios psiquiátricos, sino en los servicios de urgencias médicas de los hospitales generales.

Por lo tanto, el suicidio requiere programas e intervenciones efectivos con fines preventivos. Para ello, en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, se describe el

Programa de Acción Específico en Salud Mental (PAESAME), en él se establece de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto deben *“hacer de las acciones de protección, promoción y prevención el eje prioritario para el mejoramiento de la salud de los mexicanos”*²⁰ con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente²¹.

Para ello, la OMS reconoce que las medidas de prevención del suicidio deben ser implementadas por personal sanitario capacitado en salud mental, incluyendo a los profesionales de enfermería especializados en salud mental¹ quienes cuentan con una formación profesional que les permite abordar las emociones y sentimientos que se involucran en los diferentes eslabones del comportamiento suicida. Así mismo, estos profesionales de salud son capaces de dotar de habilidades y herramientas sociales a la población en general para la gestión de las emociones.

Por consiguiente, el propósito de esta investigación es identificar la prevalencia del riesgo de ideación suicida y su correlación con los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud en cuatro de sus dimensiones: familia, vivienda, escuela y salud, en una población de adolescentes estudiantes de una secundaria pública del noroeste del país. Siendo la ideación suicida, la tercera etapa del primer eslabón cognitivo en el proceso denominado comportamiento suicida²².

Siendo la adolescencia, la etapa de la vida en la que son más frecuentes e intensas las conductas de riesgo, las cuales han sido definidas como: *“aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo, que pueden tener consecuencias nocivas para la salud, dentro de las cuales se encuentran aquellas conductas que contribuyen a lesionarse intencionalmente y/o hacer uso de la violencia contra otros”* (suicidio/homicidio)²³.

Por lo tanto, resulta trascendental la participación del profesional de enfermería en la identificación precoz del riesgo de ideación suicida en adolescentes estudiantes de nivel secundaria y su correlación con los Determinantes Sociales Intermedios de Salud, ya que estos influyen de manera directa en la salud de los individuos, familias y comunidades. Además, establecen el grado en que una persona tiene los recursos físicos, sociales y

personales para identificar y lograr satisfacer sus necesidades de salud, educación, alimentación, empleo y con ello adaptarse al medio ambiente²⁴.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 General

- ✓ Identificar la prevalencia del riesgo de ideación suicida en adolescentes estudiantes de una escuela secundaria pública del noroeste del país y su correlación con los Determinantes Sociales Intermedios de Salud.

1.3.2 Específicos

- ✓ Medir la prevalencia del riesgo de ideación suicida en adolescentes estudiantes de una escuela secundaria pública del noroeste del país.
- ✓ Examinar si existen diferencias entre el riesgo de ideación suicida sus variables socio-demográficas.
- ✓ Describir si existe correlación entre la prevalencia del riesgo de ideación suicida y sus Determinantes Sociales Intermedios de Salud.

CAPÍTULO II

2 MARCO CONCEPTUAL

2.1 La Adolescencia

La adolescencia se sitúa aproximadamente en la segunda década de la vida. Es la etapa que transcurre entre la infancia y la edad adulta, presenta características y necesidades propias de esta etapa de la vida en el individuo. Algunas de las características más importantes son: el desarrollo emocional progresivo, la inestabilidad emocional y la formación gradual de la identidad. Que, si no se tienen en cuenta, se corre el riesgo de no identificar oportunamente conductas patológicas²⁵.

Los adolescentes forman un subgrupo poblacional muy importante desde la perspectiva de la salud pública ya que su estado de salud, comportamiento y hábitos en esta etapa de la vida tendrán repercusiones en su estilo de vida y salud futura. Sin embargo, la adolescencia es el grupo de edad que menos interés ha causado entre la comunidad médica. Si bien, determinadas enfermedades infecciosas y nutricionales han ido disminuyendo en los últimos años. Los adolescentes continúan expuestos a conductas de riesgos como: los accidentes, la violencia, la delincuencia, el uso y consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo, problemas familiares y escolares, embarazos no deseados y trastornos mentales, entre otros²⁵.

La adolescencia no es un proceso continuo, sincrónico y uniforme. Los distintos aspectos biológicos, intelectuales, emocionales o sociales pueden no llevar el mismo ritmo madurativo y ocurrir retrocesos o estancamientos, sobre todo en momentos de estrés. Por ello, cada adolescente responde a las situaciones de la vida de una forma personal y única, que está influido por los diferentes factores de riesgo y protección presentes en su vida.

Por lo tanto, la adolescencia constituye un campo de estudio para varias disciplinas como: la antropología, la psicología, la biología del desarrollo, la sociología, la historia y, desde cada una de éstas se ofrecen definiciones de la adolescencia que configuran los enfoques conceptuales imprescindibles para la investigación y práctica social²⁶.

2.1.1 Definiciones de Adolescencia

“Adolescencia” es un término no bien delimitado respecto de otros conceptos como: pubertad y juventud²⁵.

Etimológicamente la palabra adolescencia deriva de la voz latina “adolescere”, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, por lo tanto, se dice que la adolescencia es un periodo de transición que media entre la niñez y la edad adulta²⁶.

Freud en 1905 definió a la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión. Broocks en 1959 la denominó como el periodo de la vida humana que se extiende aproximadamente de los 12 ó 13 años hasta los 20 años; argumentando que es en el transcurso de esta época cuando las funciones reproductoras alcanzan la madurez y se presentan cambios físicos, mentales y morales los cuales se reproducen de forma simultánea. Por su parte, Hall en 1904 la describe como el periodo de tormento y estrés inevitable, sufrimiento, pasión y rebelión contra la autoridad de los adultos²⁵.

La OMS en el año 2006, definió a la adolescencia como él: *“periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”*²⁷. La etapa de transición más importante en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Etapa transitoria del desarrollo de la persona caracterizada por intensos cambios físicos, psicológicos y relacionales, con presencia o ausencia de crisis; cuya consolidación es la formación de una identidad psicosexual y personal.

En este sentido y para fines de la presente investigación, se utilizará la definición de adolescencia propuesta por Camacho e Iniesta (citado por Fierro Arias)²⁸ *“La adolescencia es un periodo de transición a vida adulta, sumamente complejo en el que influyen factores: biológicos y psicológicos propios de la edad del individuo, así como por factores sociales y culturales, ya que es el contexto comunitario donde cada individuo habrá de encontrarse a sí mismo”*²⁸.

2.1.2 Principales características de la Adolescencia

Durante esta etapa de la vida, el individuo logra un importante crecimiento y desarrollo físico y alcanza los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del joven para la edad adulta como son: lograr la independencia, aceptar su imagen corporal, establecer relaciones con los amigos y lograr su identidad.

Como ya se mencionó, la adolescencia es una etapa de transformaciones físicas, emocionales e intelectuales, que comprende una reorganización del esquema psicológico para adecuarse a dichos cambios. Dentro de los cuales, el adolescente desarrolla la capacidad para comprender ideas abstractas que incluyen comprender conceptos de matemáticas avanzadas. Conjuntamente, el adolescente establece y mantiene relaciones personales satisfactorias y, es capaz de cuestionar los viejos valores sin perder su identidad²⁷. Además, es una etapa de desarrollo físico y crecimiento que sigue un patrón común a la especie, característico del individuo. Simultáneamente se producen rápidos cambios corporales, al mismo tiempo que se alcanza la madurez física²⁵.

Por último, cabe mencionar que durante la adolescencia los amigos se vuelven una parte importante a medida que éstos se alejan de los padres en la búsqueda de su propia identidad. Éstos se convierten en un refugio seguro para ellos. Al mismo tiempo que el grupo de amigos llega a extenderse al noviazgo y/o amistades románticas; surgiendo en ellos la necesidad de establecer su identidad sexual. Al mismo tiempo, se da una lucha por la independencia y el poder; originando que el adolescente rete continuamente a las figuras de autoridad, provocando conflictos constantes con los padres de familia quienes tratan de mantener el control a través de marcar los límites necesarios que requieren los adolescentes. También, son capaces de pensar en el futuro, experimentar emociones exageradas y variables, así como cierta inconsistencia en su comportamiento. Es decir, pasar de la tristeza a la alegría o sentirse los más inteligentes o lo más estúpidos²⁶.

2.2 Definición y características de las variables principales.

2.2.1 Ideación Suicida, intento suicida y suicidio consumado.

En 1976 Beck propuso que las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado formaban parte de un continuo de suicidalidad de creciente severidad. Diversos estudios, tanto epidemiológicos como clínicos y experimentales han apoyado esta noción. Asimismo, cualquier manifestación de suicidalidad eleva significativamente el riesgo de suicidio. Siendo el suicidio una causa de muerte prevenible, la detección y evaluación del riesgo suicida una tarea clínica relevante²⁹ no solo en el contexto familiar, sino en el escolar.

2.2.2 Definición de Ideación suicida.

“Pensamientos de autodestrucción, intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. Varía en tipos y grados, desde el simple deseo de morir, pero sin una planeación específica de cómo lograrlo, hasta el deseo de morir de una forma particular, con cierto instrumento, en determinado lugar, orientado por acciones muy concretas”³⁰.

2.2.3 Características de las ideas suicidas

La presencia de ideas suicidas es una señal temprana de vulnerabilidad al suicidio y abarca desde manifestaciones vagas de poco valor y sentido por la vida hasta el plan suicida. Las ideas suicidas, pueden adoptar una cualidad persistente y asociarse a diversas variables psicológicas como: la depresión, autoestima baja y percepción de escaso control sobre la propia vida. Su severidad se asocia a intentos más graves, y a una mayor probabilidad de repetición pos intento. Las ideas suicidas con planificación de un acto suicida se asocian a un 32% de probabilidad de llevarlo a efecto y pueden elevar once veces el riesgo de autolisis en doce meses²⁹.

Dimensiones relevantes de la ideación suicida son: la frecuencia y duración de los episodios de ideación. La frecuencia puede ser tan elevada que la ideación es descrita como prácticamente continua. Puede presentarse en episodios breves, fugaces (como "rachas"), con una duración de segundos, o persistir durante períodos de minutos a horas. En general, los episodios de mayor duración (una o más horas) o muy frecuentes (varias veces al día) son más severos. Asimismo, la intensidad de la ideación puede ser variable. La ideación suicida puede ser experimentada como imágenes ("me veo cayendo") o en formato verbal, como cadenas de pensamiento que pueden prolongarse en el tiempo como rumiaciones suicidas²⁹.

Las ideas suicidas pueden aparecer en relación a situaciones interpersonales experimentadas como negativas. Puede asociarse a estados sintomáticos severos de tipo angustioso, depresivo o disforia. Y también, pueden aparecer o agravarse al consumir alcohol o sustancias²⁹.

Por otro lado, en algunos casos el individuo puede experimentar sensaciones positivas tras pensar en el suicidio (ideación egosintónica). Esto debe ser considerado como una señal de riesgo. Lo contrario ocurre cuando estas sensaciones se encuentran asociadas a sentimientos de angustia, culpa o vergüenza (ideación egodistónica). La actitud del sujeto frente a sus propios pensamientos suicidas tiene gran importancia. Algunos pacientes aseveran que no llevarán a efecto el acto suicida ya que ello dañará a sus seres queridos. En casos opuestos acogen las ideas como una solución o forma de terminar un sufrimiento, minimizando el impacto del suicidio sobre los demás, o incluso sosteniendo que estarían mejor. En casos intermedios encontramos indiferencia o ambivalencia, detectada esta última como una actitud oscilante o cambiante²⁹.

2.2.4 Evaluación del riesgo de ideación suicida

Actualmente, existen instrumentos estandarizados para evaluar el riesgo suicida en adolescentes como: "Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS), Escala de Intención Suicida (SIS), Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18) y la Escala de Riesgo Suicida". Los cuales son fáciles de aplicar, complementan la obtención de la información mediante la entrevista y proporcionan datos

relevantes que permiten identificar rápidamente el *riesgo suicida* pero NO el riesgo de ideación suicida que posee las siguientes señales de alerta²⁹:

- *Verbaliza directamente la idea o posibilidad de suicidarse*, con frases como: “quiero quitarme de en medio”, “la vida no vale la pena”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”,
- *El pensamiento suicida es obsesivo* y lo considera como solución ante la pérdida del control en un problema.
- *Amenaza con quitarse la vida*, es decir, lo comenta a personas cercanas.
- *Reconoce sentirse solo*, triste, aislado e incapaz de su autorrealización.
- *Pérdida del interés por sus gustos, la familia, amigos y su apariencia personal*.
- *Aislamiento personal y socialmente*; dejando de ir a clases, salir de casa, llamar a sus amigos.
- Hay cambios repentinos de ánimo que van de la felicidad vs tristeza.
- Busca información de cómo puede autolesionarse.

Por ello, resulta importante contar con un instrumento que permita medir el riesgo de ideación suicida en el que se tomen en cuenta los factores y señales de alarma documentadas en la literatura.

Dentro de los factores, el clínico, permite clasificar el riesgo de ideación suicida en: *leve, moderado, severo o extremo*²⁹, y ello permite determinar el nivel de riesgo al que está expuesto un individuo (Tabla 1).

De acuerdo con Litman (citado por Gómez)²⁹ en 1990 propuso el término “*zona suicida*” para referirse a un área de riesgo que está conformada por: ideas, planes y conductas suicidas. Permitiendo clasificar el nivel de riesgo de ideación suicida en leve, moderado y severo o extremo.

En el **nivel de riesgo leve**, no ha habido intentos suicidas, y la ideación es de frecuencia, intensidad y duración bajas. Los factores de riesgo son escasos y existen factores protectores identificables (Tabla 1).

En el **nivel de riesgo moderado** las ideas suicidas son intensas, frecuentes y persistentes. Existen planes vagos, pero no hay intención explícita de cometer suicidio. Los síntomas son moderados y existe buen autocontrol. Dado que este es un nivel intermedio de severidad, la suicidalidad debe evaluarse de modo continuo (Tabla 1).

En el **nivel de riesgo severo o extremo** la ideación es frecuente, intensa y persistente. Existen planes específicos de suicidio, e indicadores de intención suicida (p.ej. elección o búsqueda de un método, escritura de cartas, testamento). Ha efectuado conductas preparatorias (p.ej. de ensayo, búsqueda de un lugar). En este nivel la principal diferencia es la inexistencia de factores protectores (Tabla 1).

Clasificación del riesgo de ideación suicida			
Factor	Leve	Moderado	Severo o Extremo
Ideación Suicida	Frecuentes, intensidad moderada, planes vagos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.

(Adaptado de referencia número 29)

2.3 Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

En sentido general, los Determinantes Sociales de la Salud se refieren a todos los factores sociales que inciden en la salud y/o enfermedad, incluida la estructura social, prácticas e instituciones, identidad personal y procesos interpersonales, siendo determinantes la pobreza, la desigualdad y la exclusión social.

Y existen diferentes modelos que explican los Determinantes Sociales de la Salud³¹ (Tabla 2)

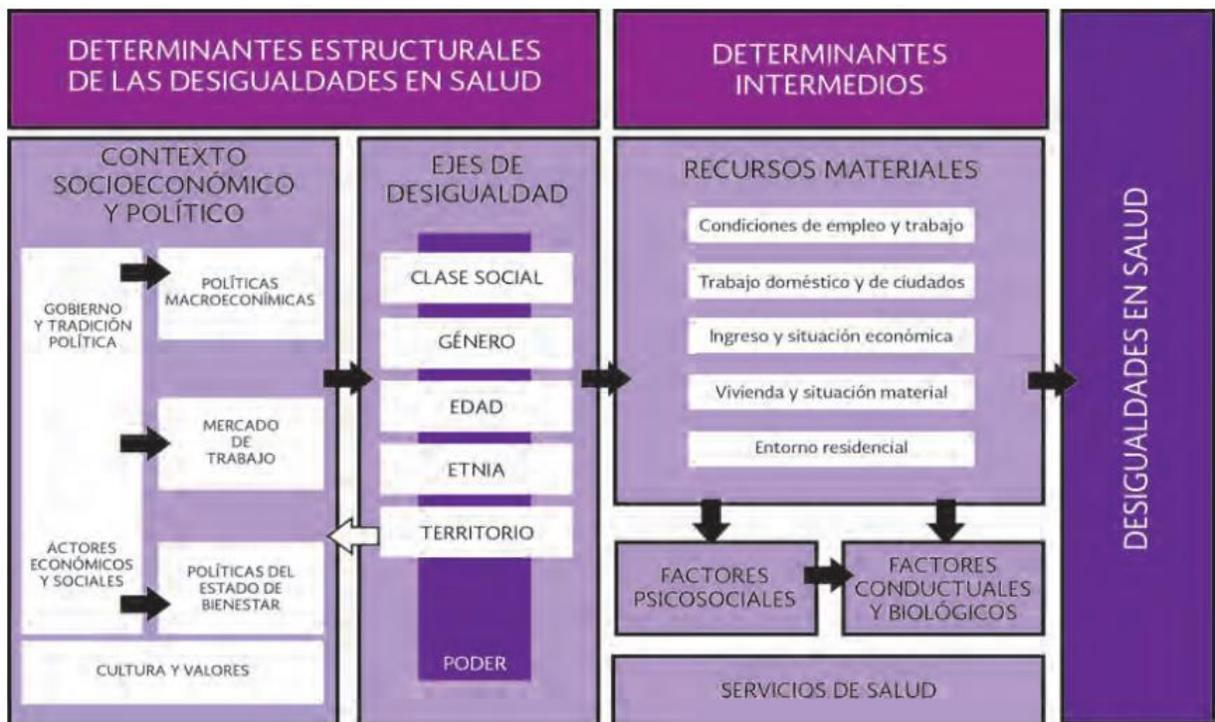
Tabla 1. Modelos explicativos de los Determinantes Sociales de la Salud		
Autores	Modelo	Descripción
Dahlgren y Whitehead [1991]	Influencias en capas	Explica cómo las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de las condiciones causales. La edad, el sexo y datos genéticos que, sin duda, influyen en su potencial para la salud. Además de las conductas personales y estilos de vida.
Diderichsen, et. al [1998]	La estratificación social y la enfermedad de la producción	Explica cómo los contextos sociales crean la estratificación social y le asignan a los individuos diferentes posiciones sociales, lo que determina su estado de salud.
Mackenbach, et. al. [1970]	Selección y la relación de causalidad	Explica los mecanismos por los que las desigualdades en salud se generan. Está representado por tres grupos de factores de riesgo: intermediarios, los problemas de salud y los factores ambientales y psicosociales relacionados con el estrés.
Laframboise-Lalonde [1973]	El modelo holístico de Laframboise-Lalonde.	Modelo clasifica los determinantes de la salud en cuatro grandes grupos o campos: la biología humana, el medio ambiente, los hábitos o estilos de vida y la organización de los servicios de salud. Modelo de determinantes, que engloba desde la biología humana los aspectos que influyen en la salud, que tienen su origen en el propio individuo y dependen de la estructura biológica y de la constitución orgánica del individuo.

Adolfo Álvarez y colaboradores para Cuba	La producción social de la salud.	Explica que la salud se produce socialmente de manera participativa como el resultado del accionar de toda una sociedad comprometida, incluida y cohesionada, para lograr indicadores de salud.
Wilkinson y Marmot [2003]	Las políticas públicas	Describe las partes más importantes de las políticas públicas. Y los diez temas que incluyen son: la importancia los determinantes de salud desde la infancia, los efectos de la pobreza, las drogas, las condiciones de trabajo, el desempleo, el apoyo social, los alimentos adecuados y las políticas de transportes para la salud.
Los Determinantes Sociales de Salud del marco Conceptual de la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud; propuesto por la OMS [2005]	Los Determinantes Sociales de Salud del marco Conceptual de la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud; propuesto por la OMS	Modelo que plantea dos categorías: los determinantes estructurales y los intermedios. Los primeros son los que generan la estratificación social. Y los segundos corresponden a las condiciones de vida, trabajo, educación, la disponibilidad de alimentos, comportamiento de la población y barreras para adoptar estilos de vida saludables y los servicios de salud.

FUENTE: Caballero-González y col. 2013.

Por otro lado, Amartya Sen (citado por Rodríguez-Yunta)³², menciona que los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) están integrados por dos componentes o categorías: los estructurales y los intermedios. En el primer componente o categoría, se engloban los aspectos sociopolíticos y la situación socioeconómica de un país y, en el segundo componente, se engloban las condiciones materiales, los factores biológicos y psicosociales, la cohesión social y el vínculo de las personas con los sistemas de salud¹⁸. (Figura. 1).

Figura 1. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud



(adaptado de la referencia número 35)

Tomando en cuenta la definición de salud propuesta por la OMS, quien la define como: “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”³³. Y en la dimensión positiva de la Salud Mental se destaca la definición que figura en la Constitución de la OMS como: “*un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*”³³.

Es por lo anterior, que el análisis de los problemas de salud requiere un abordaje histórico-social, ecológico, biológico y ontológico. Situación por la cual, para fines de esta investigación, se emplea el Modelo de los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud del marco Conceptual de la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud, propuesto por la OMS.

2.3.1 Definición de los Determinantes Sociales de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha determinado que el estado de salud y bienestar de una población dependen de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), los cuales ha definido como *“las condiciones en que las personas nacen, crecen, alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren.”*³⁴ Según la edad y sexo, los estilos de vida, las actitudes y conductas de riesgo, condicionan la salud, la predisposición de enfermar, rehabilitarse y la esperanza de vida.³⁵

El concepto de DSS se originó en la década de los 70's, a partir de una serie de publicaciones en las que se destacan las limitaciones de las intervenciones de sistema de salud, orientadas a disminuir los riesgos individuales de enfermar y morir. Esto implicó aceptar que la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino aquéllas que están determinadas en gran parte por las condiciones sociales en que viven y trabaja las personas. Ya que estos factores permiten que las personas permanezcan sanas, y la atención médica sea únicamente para cuando las personas se enferman³⁴.

En el marzo del 2005, el Dr. J. W. Lee, Director General de la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), con el fin de ofrecer asesoría y opciones respecto a la manera de lograr una equidad en materia de salud³⁶. En el 2011 con la Declaración Política de Río sobre DSS, estableció que la actuación de los DSS y el bienestar debe aplicarse bajo un enfoque intersectorial³⁷, ya que los componentes básicos de los DSS están basados en un marco conceptual en el que se representan sus dos componentes principales: los Determinantes Estructurales y los Determinantes Intermedios o Sociales de la Salud. En el primer componente se genera la estratificación social de los individuos y, en el segundo se engloban las condiciones de vida, trabajo,

educación y el acceso a los servicios de salud. Así como el comportamiento que los individuos adoptan como estilos de vida³⁸.

2.4 Estado del arte

La ideación suicida en la adolescencia se ha convertido en un fenómeno complejo en donde intervienen tanto factores personales, familiares como escolares. Siendo la adolescencia un periodo particularmente vulnerable en la vida.

En relación al contexto familiar, éste representa para el adolescente el primer sistema de influencia en el proceso de socialización que determinará las pautas de conducta entre sus integrantes y hacia la sociedad. Lai y Shek (citado por Sánchez-Sosa)³⁹ en una investigación realizada en estudiantes de secundaria en Hong Kong obtuvieron correlaciones significativas ($r=-.460$) entre funcionamiento familiar e ideación suicida. Por su parte, Van Renen y col. (citado por Leal-Zavala)⁴⁰ en una muestra de adolescentes comprobaron que el grupo con mayor ideación suicida fue el que tenía menor comunicación y mayores conflictos con los padres. Por otro lado, en un estudio realizado por Pérez-Amezcuá⁴¹ y col. en la CDMX sobre la prevalencia y factores asociados a la ideación e intento concluyeron que uno de los factores de riesgo es la poca comunicación con los padres.

En cuanto al contexto escolar, éste representa para el adolescente un contexto interactivo crucial en su desarrollo psicosocial. En un trabajo reciente realizado por Sánchez-Sosa³⁹ observó una relación negativa y significativa entre el ajuste escolar y la ideación suicida. Igualmente, Pérez y col. (citado por Sánchez-Sosa)³⁹ constataron que los adolescentes con poco reconocimiento escolar son más proclives a manifestar ideación suicida, y, en la misma línea conceptual, Bonanno y Hymel (citados por Sánchez-Sosa)³⁹ observaron mediante un análisis de regresión que la victimización escolar es un factor predictivo de la ideación suicida.

En lo concerniente a la vivienda, de acuerdo con Proshansky, Ittelson y Rivlin (citado por Landázuri y col)⁴² consideran a la vivienda como una extensión del propio yo, como un factor que aumenta o reduce la tensión, como causa de buena o mala salud y como factor

del experimentar satisfacción. Su espacio, sus condiciones, sus servicios y su distribución pueden influir en la privacidad, en las prácticas de crianza de los hijos y en los quehaceres domésticos o los hábitos de estudio. Igualmente provee de significado e identidad al individuo, convirtiéndose así en un factor significativo para la investigación en materia de salud.

En lo concerniente al factor personal o psicológico, en investigaciones realizadas por Sánchez-Sosa y col.³⁹ observaron que la depresión es una variable que se encuentra relacionada con la ideación suicida. En este sentido, Hintikka y col. (citado por Sánchez-Sosa y col.)³⁹, concluyeron en un trabajo de investigación que un estado de ánimo depresivo debe ser considerado como una condición previa necesaria para que surja la ideación suicida. Por su parte, Pacheco y col. (citado por Sánchez-Sosa y col.)³⁹ mencionan que los adolescentes presentan mayor grado de vulnerabilidad a la conducta suicida ante factores psicosociales propios de esa etapa de la vida.

En lo que respecta al sistema de salud, la Organización Mundial de Salud (OMS) (citado por Alvarado R) ha venido fortaleciendo el papel del sector salud en la promoción de la salud y el desarrollo de los adolescentes, con inclusión de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, la OMS también reconoce que algunas enfermedades no reciben la suficiente atención: entre ellas, la salud mental. Y dentro de los problemas de salud mental de los adolescentes, el suicidio y el intento suicida se han incrementado. Así, la salud física y mental de los adolescentes ha quedado a la deriva por el sistema de salud, siendo la salud, un derecho constitucional⁴³.

El desarrollo psicosocial y la salud mental de los niños y adolescentes merecen gran atención. Aproximadamente el 10% al 20% de los niños tienen uno o más problemas mentales o del comportamiento. Por lo que se requiere respaldar el desarrollo físico, mental y psicológico de los niños y adolescentes⁴³.

Por lo tanto, podemos señalar la relevancia que significa identificar precozmente los determinantes sociales intermedios de la salud en sus dimensiones: familia, vivienda,

escuela y salud, asociados a la ideación suicida en adolescentes estudiantes de nivel secundaria. Siendo la ideación suicida, el primer eslabón del constructo suicida³⁹. El cual puede prevenirse no solo en el contexto familiar; sino en el escolar. Así como, fortalecer la salud mental de los adolescentes desde sus propios factores personales a través del equipamiento de habilidades para la vida que reduzcan en ellos las conductas de alto riesgo, como: la conducta suicida.

CAPÍTULO III

3 METODOLOGÍA

A continuación, se describen los métodos empleados para el desarrollo de la presente investigación: diseño del estudio y del instrumento, población, muestra, procedimientos de recolección y análisis de datos; así como los aspectos éticos involucrados.

3.1 Tipo de diseño

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y de correlación.

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Universo de estudio

Se estudió adolescentes estudiantes de una escuela secundaria pública del noroeste del país, inscritos en el ciclo escolar 2017 – 2018.

3.2.2 Muestra

El muestreo fue probabilístico aleatorio simple en poblaciones finitas, calculado a través del software estadístico Statical Packege for the Social Sciences (SPSS) V.21. Obteniéndose una muestra conformada por $n=382$; la cual representa el 47.75% del total de la población $N=800$.

Muestra:

$n = 382 = 47.75\%$ de la población total

3.2.3 Población de estudio

La unidad de análisis: adolescentes estudiantes de una escuela secundaria pública del noroeste del país.

3.2.4 Unidad de observación

Se diseñó el instrumento titulado: Prevalencia de riesgo de ideación suicida en adolescentes y sus Determinantes Sociales Intermedios de Salud (Anexo. 1). El cual está conformado por cuatro secciones; la primera corresponde a las características socio demográficas de la población de estudio, la segunda al nivel de prevalencia del riesgo de ideación suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud en cuatro de sus dimensiones: familia, vivienda, escuela y salud; la tercera al nivel socioeconómico de la familia de los participantes y la cuarta a los antecedentes heredofamiliares patológicos y no patológicos que resultan relevantes para esta investigación.

El instrumento se aplicó del 12 al 16 de marzo del 2018 a los adolescentes estudiantes de la escuela secundaria pública participante, en un horario de siete de la mañana a las tres de la tarde.

3.2.5 Criterios de inclusión

Adolescentes estudiantes de la escuela secundaria pública participante, inscritos en el ciclo escolar 2017-2018, cuyas edades se encuentren dentro del rango de: [12,16] años de edad, que acepten participar, cuenten con el consentimiento informado de sus padres y/o tutor legal y no padezcan ninguna discapacidad intelectual.

3.3 Variables del Estudio

3.3.1 Variables intervinientes

- Edad
- Sexo
- Nacionalidad
- Estado Civil
- Situación sentimental (novio)
- Religión
- Escolaridad (grado escolar)
- Turno escolar
- Situación laboral
- Actividad deportiva
- Dependiente económico
- Persona con la que vive

3.3.2 Variables principales

3.3.2.1 Prevalencia de riesgo de ideación suicida

- Ausente
- Presente (Leve, moderado y severo o extremo)

3.3.2.2 Determinantes Sociales Intermedios de la Salud

En su dimensión:

- Familia
- Vivienda
- Escuela
- Salud

3.3.3 Variable del estudio: Ideación Suicida

Pensamientos de autodestrucción, intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir⁴⁴. Varía en tipos y grados, desde el simple deseo de morir, pero sin una planeación específica de cómo lograrlo, hasta el deseo de morir de una forma particular, con cierto instrumento, en determinado lugar, orientado por acciones muy concretas²⁹.

3.3.4 Niveles de de la variable de estudio: Ideación Suicida

- a) **Leve:** Las ideas suicidas son infrecuentes, poco intensas, fugaces, sin un plan de daño. Sin antecedentes de conducta suicida.
- b) **Moderado:** Las ideas suicidas son frecuentes, intensas, duraderas y con planes definidos de daño.
- c) **Severo o Extremo:** Las ideas suicidas son muy frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos de daño y con antecedentes de intentos suicidas.

3.3.5 Variable de estudio: Determinantes Sociales Intermedios de Salud

Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Están configurados por un conjunto amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas que influyen positiva o negativamente en la salud de los individuos. Conjuntamente, están relacionados con aspectos biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, éticos, educativos, sanitarios y religiosos⁴⁵⁻⁴⁶. Se presentan en dos grupos de determinantes: los estructurales y los intermediarios. En el primer grupo se genera la estratificación social de los individuos y en el segundo se engloban las condiciones materiales en que las personas viven y se desenvuelven, las circunstancias psicosociales o socioambientales, a los factores compartimentares y al sistema de salud se engloban las condiciones de vida, trabajo, educación y el acceso a los servicios de salud. Así como el comportamiento que los individuos adoptan como estilos de vida⁴⁷.

3.3.6 Dimensiones de la variable de estudio: Determinantes Sociales Intermedios de Salud

3.3.6.1 Dimensión Familia

El término familia procede del latín *famīlia*, “*grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens*”, a su vez derivado de *famŭlus*, “*siervo, esclavo*”. El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del pater familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a *gens*⁴⁸.

Según Tuirán y Salles (citados por Gutiérrez-Capullin y col.)⁴⁸ la familia, es la institución base de cualquier sociedad humana, la cual da sentido a sus integrantes y, a su vez, los prepara para afrontar situaciones que se presenten.

Para Benería y Roldán (citados por Gutiérrez-Capullin y col.)⁴⁸ la familia es la una unidad doméstica entendida como un lugar geométrico o esfera social compuesta de una serie de personas que comparten un lugar común donde vivir y un presupuesto. La unidad doméstica es el espacio donde los individuos generan redes de relaciones que brindan una infraestructura en el plano de lo social y lo familiar.

Institución fundamental donde los individuos nacen y se desarrollan como entes socioculturales, así como la unidad básica que rige el comportamiento de los individuos y el primer espacio de socialización que influye en el desarrollo de la identidad de los individuos que la integran a través de la transmisión y actualización de los patrones de socialización y conducta que las personas desarrollan dentro de la misma⁴⁹.

3.3.6.2 Dimensión Vivienda

Sistema integral compuesto por un terreno, infraestructura, servicios básicos y equipamiento social-comunitario, dentro de un contexto dado que tiene efecto importante en el desarrollo integral de las familias que redundan en el buen desempeño de las

capacidades y habilidades de los integrantes de una familia⁵⁰. Conjuntamente, es el ámbito protegido y estable que posibilita la intimidad personal, la dinámica familiar integrada por costumbres y normas que regulan los hábitos cotidianos encaminados a satisfacer las necesidades como las aspiraciones de sus habitantes; y en donde la calidad de vida depende directamente de la interrelación de factores físicos y psicosociales que conforman a la vivienda. Así mismo el espacio, las condiciones, los servicios y la distribución pueden influir en la privacidad, las practicas de crianza de los hijos y de los quehaceres domésticos o los hábitos de estudio. Igualmente provee de significado de identidad al individuo y puede ser un factor que aumenta o reduce la tensión y ser causa de la buena o mala salud⁵¹.

3.3.6.3 Dimensión Escuela

La escuela, se define como una institución social creada no solo para la transmisión de los conocimientos, sino para, el desarrollo de habilidades y la adquisición de valores democráticos. Está ubicada en un espacio físico concreto, con una distribución temporal particular interna y una serie de pautas de comportamiento y normas que la rigen; la cual se caracteriza por ser uno de los primeros escenarios sociales en el cual el individuo establece y experimenta sus primeras relaciones de amistad y por primera vez se enfrenta a una organización con una normatividad propia de las instituciones sociales⁵². Siendo un espacio apropiado para el desarrollo de acciones preventivas adecuadas. Así como el reconocimiento temprano de niños y jóvenes en situaciones de aflicción y/o con alto riesgo de suicidio. Por lo que se convierte en un escenario ideal para identificar aquellos individuos con necesidades especiales y desarrollar intervenciones de prevención de suicidio y promoción a la salud mental⁵³.

3.3.6.4 Dimensión Salud

Suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población a través de proporcionar servicios y tratamientos que respondan a las necesidades y el acceso a la población en general⁵⁴. Entonces, la salud es entendida como una construcción social, dinámica, intersectorial e interdisciplinaria,

que le permita al individuo a valerse por sí mismo y procurar mejores condiciones de bienestar. De tal manera que la promoción de la salud busca la transmisión de la cultura para favorecer la calidad de vida. Y en relación con la población adolescente en su tránsito hacia la vida adulta, es obligatorio incentivar la promoción de la salud y el desarrollo de conductas saludables desde diferentes entornos incluyendo el educativo y el comunitario, en el que el adolescente adquiera elementos de información, promoción, prevención y atención⁵⁵.

3.4 Operacionalización de las variables

3.4.1 Variables Intervinientes

Variables Socio-demográficas	Definición Conceptual	Definición Operacional	Nivel de medición.	Propiedad operacional
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo ⁵⁶ .	1.- 12 años 2.- 13 años 3.- 14 años 4.- 15 años 5.- 16 años	Intervalo	=, ≠, <, >, ∅ relativo
Sexo	Condición que distingue a las personas en hombre y mujer por sus características biológicas ⁵⁶ .	1.- Hombre 2.- Mujer	Nominal	=, ≠
Nacionalidad	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación, lo que conlleva una serie de derechos y deberes políticos y sociales ⁵⁶ .	1.- Mexicana. 2.- Extranjero.	Nominal	=, ≠
Estado Civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hace constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio del poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales ⁵⁶ .	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión libre	Nominal	=, ≠
Tienes Novio(a)	Relación sentimental que existe entre dos personas que se van a casar ⁵⁶ .	1.- Sí 2.- No	Nominal	=, ≠
Tiene Hijos	Perona considerada con relación a su padre y a su madre o a uno de los dos ⁵⁶ .	1.- Sí 2.- No	Nominal	=, ≠
Profesas alguna religión	Practica de creencias religiosas, normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad ⁵⁶ .	1.- Sí 2.- No	Nominal	=, ≠

Practica deporte	Practica de alguna actividad o ejercicio físico, sujeto a determinadas normas, en que se hace prueba, con o sin competición, de habilidad, destreza o fuerza física ⁵⁶ .	1.- Sí 2.- No	Nominal	=, ≠
Escolaridad	Período de tiempo que un niño y un adolescente asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza básica obligatoria ⁵⁶ .	1.- 1° 2.- 2° 3.- 3°	Ordinal	=, ≠, <, >
Turno en el que estudia	Orden según el cual se alternan a grupos de personas en la realización de una actividad o un servicio ⁵⁶ .	1.- Matutino 2.- Vespertino.	Nominal	=, ≠
Recruzado año escolar	Volver a matricularse [un estudiante] en un mismo curso o en una misma asignatura por haber suspendido en ellos ⁵⁶ .	1.- Sí 2.- No	Nominal	=, ≠
Trabajas	Realizar una actividad física o intelectual, en general de forma continuada, y recibir un salario por ello ⁵⁶ .	1.- Sí 2.- No	Nominal	=, ≠
Sostén económico	Persona que sostiene a otra ⁵⁶ .	1.- De ambos padres 2.- De papá 3.- De mamá 4.- De abuelos 5.- Otra persona	Nominal	=, ≠
Con quién vive	Casa donde vive, convive y reside una persona, sujetándose a determinada reglamentación, personas afines por consanguinidad, ocupación, sexo, estado, edad. etc ⁵⁶ .	1.- De ambos padres 2.- De papá 3.- De mamá 4.- De abuelos 5.- Otra persona	Nominal	=, ≠

3.4.2 Variables Principales: Niveles de medición del riesgo de ideación suicida

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Nivel de medición	Definición Operacional
Ideación Suicida	<p>Toro, Avendaño y Castrillón (citados por Pérez y col)⁵⁷ definen a la conducta suicida como toda acción producida con el propósito explícito o implícito de quitarse la vida, que incluye cualquier intención, ideación o pensamiento que puede finalizar en la muerte. En el estudio del comportamiento suicida se proponen principalmente tres conceptos o eslabones del constructo suicida que son: la ideación suicida, el intento suicida y el suicidio.</p> <p>La ideación suicida se refiere a pensamientos o ideas de servirse como agente de la propia muerte, que expresa el deseo o la intención de morir, y puede variar en gravedad dependiendo de la especificidad del plan suicida y del grado de intención.</p> <p>Los niveles ideación suicida resultan de la frecuencia de las ideas de daño y/o muerte, la intensidad de estas, su duración, el nivel de definición del plan de daño y si hay antecedentes de intentos previos. Así mismo, se puede identificar ciertas conductas y sintomatología en el adolescente.</p>	<p>La puntuación mínima posible es de 9 puntos y la máxima de 36 puntos. Según la puntuación obtenida se identifica de primera instancia, la población con riesgo de ideación suicida.</p> <p>Para ello, se realiza la siguiente ponderación:</p> <p>Sin riesgo = De 9 a 15 puntos Con riesgo = De 16 a 36 puntos</p> <p>Y para determinar el nivel de riesgo de ideación suicida de la población que haya puntuado con riesgo, se realizó la siguiente ponderación:</p> <p>Poco frecuente, que se traduce en riesgo leve y cuya puntuación va de 16 a 22 puntos.</p> <p>Frecuente, que se traduce en riesgo moderado y cuya puntuación va de 23 a 29 puntos.</p> <p>Muy frecuente, que se traduce en riesgo severo o extremo y cuya puntuación va de 30 a 36 puntos.</p>	Escalar	=, ≠, <, >, Ø relativo

3.4.3 Variables Principales: Niveles de medición de los Determinantes Sociales Intermedios de Salud

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Nivel de medición	Definición Operacional				
Determinante Sociales Intermedios de Salud	<p>Grupo de determinantes que se presenta en el marco conceptual de la terminología de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud como: los factores intermediarios entre los determinantes estructurales y la desigual distribución de la salud y el bienestar en la población, que están agrupados en seis apartados: condiciones materiales de vida, contexto psicosocial, cohesión social, estilos de vida, factores biológicos y el sistema sanitario⁵⁸.</p> <p>Son aquellos factores, mecanismos y atributos o circunstancias que crean o fortalecen la estructura y clases sociales, el acceso a la educación, salud, vivienda, el empleo y a la disponibilidad de recursos de acuerdo al género, la edad, raza, etnicidad y ubicación geográfica y que configuran no sólo los resultados sino también las oportunidades de salud que tiene las personas de una población⁵⁹.</p>	<p>La puntuación mínima posible es de 68 puntos y la máxima de 236 puntos. La cual está distribuida en dimensiones: familia, vivienda, escuela y salud.</p> <p>Según la puntuación obtenida permite identificar la frecuencia con la que cada una de estas dimensiones provee o no al adolescente de conocimientos y favorece o no el desarrollo de habilidades y conductas para una vida saludable. Reduciendo en él la práctica de conductas de riesgo, como es la ideación suicida.</p> <p>Para ello, se realizó la siguiente ponderación por dimensión:</p> <table border="1" data-bbox="863 886 1388 1333"> <tr> <td>D. Familia = Puntuación Min 20 Max 80</td> </tr> <tr> <td>Nada frecuente = De 20 a 34 puntos Poco frecuente = De 35 a 49 puntos Frecuente = De 50 a 64 puntos Muy frecuente = 65 a 80 puntos.</td> </tr> <tr> <td>D. Vivienda = Puntuación Min 14 Max 56</td> </tr> <tr> <td>Nada frecuente = De 14 a 24 puntos Poco frecuente = De 25 a 35 puntos Frecuente = De 36 a 46 puntos Muy frecuente = 47 a 56 puntos</td> </tr> </table>	D. Familia = Puntuación Min 20 Max 80	Nada frecuente = De 20 a 34 puntos Poco frecuente = De 35 a 49 puntos Frecuente = De 50 a 64 puntos Muy frecuente = 65 a 80 puntos.	D. Vivienda = Puntuación Min 14 Max 56	Nada frecuente = De 14 a 24 puntos Poco frecuente = De 25 a 35 puntos Frecuente = De 36 a 46 puntos Muy frecuente = 47 a 56 puntos	Ordinal	=, ≠, <, >=, ≠,
D. Familia = Puntuación Min 20 Max 80								
Nada frecuente = De 20 a 34 puntos Poco frecuente = De 35 a 49 puntos Frecuente = De 50 a 64 puntos Muy frecuente = 65 a 80 puntos.								
D. Vivienda = Puntuación Min 14 Max 56								
Nada frecuente = De 14 a 24 puntos Poco frecuente = De 25 a 35 puntos Frecuente = De 36 a 46 puntos Muy frecuente = 47 a 56 puntos								

		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="856 188 1388 256">D. Escuela = Puntuación Min 13 Max 52</td> </tr> <tr> <td data-bbox="856 256 1388 394">Nada frecuente = De 13 a 22 puntos Poco frecuente = De 23 a 32 puntos Frecuente = De 33 a 42 puntos Muy frecuente = 43 a 52 puntos</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="856 464 1388 532">D. Escuela = Puntuación Min 12 Max 48</td> </tr> <tr> <td data-bbox="856 532 1388 670">Nada frecuente = De 12 a 20 puntos Poco frecuente = De 21 a 29 puntos Frecuente = De 30 a 38 puntos Muy frecuente = 39 a 48 puntos</td> </tr> </table> <p data-bbox="856 703 1514 800">Cada uno de los rangos correspondiente a cada dimensión, posee una interpretación que se detalla más adelante.</p>	D. Escuela = Puntuación Min 13 Max 52	Nada frecuente = De 13 a 22 puntos Poco frecuente = De 23 a 32 puntos Frecuente = De 33 a 42 puntos Muy frecuente = 43 a 52 puntos	D. Escuela = Puntuación Min 12 Max 48	Nada frecuente = De 12 a 20 puntos Poco frecuente = De 21 a 29 puntos Frecuente = De 30 a 38 puntos Muy frecuente = 39 a 48 puntos		
D. Escuela = Puntuación Min 13 Max 52								
Nada frecuente = De 13 a 22 puntos Poco frecuente = De 23 a 32 puntos Frecuente = De 33 a 42 puntos Muy frecuente = 43 a 52 puntos								
D. Escuela = Puntuación Min 12 Max 48								
Nada frecuente = De 12 a 20 puntos Poco frecuente = De 21 a 29 puntos Frecuente = De 30 a 38 puntos Muy frecuente = 39 a 48 puntos								

3.5 Hipótesis

H_{1:1}: El nivel de prevalencia de riesgo de ideación suicida es diferente entre los adolescentes estudiantes de nivel secundaria.

H_{1:2}: Existen diferencias entre el riesgo de ideación suicida y las variables socio-demográficas de los adolescentes participantes.

H_{1:3}: Existe correlación entre el riesgo de ideación suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de Salud de los adolescentes participantes.

3.6 Procedimientos

3.6.1 Prueba piloto

La prueba piloto se llevó a cabo el día 21 de noviembre del 2017 en el 10% de la población estudiantil de una escuela secundaria pública de la CDMX, equivalente a 80 adolescentes matriculados, de acuerdo con los criterios de inclusión y la autorización previa de las autoridades del plantel educativo y el consentimiento informado de los padres y/o tutores legales de los adolescentes que aceptaron participar.

Igualmente, esta prueba, tuvo fines logísticos en la aplicación, con el fin de identificar la medida en que el instrumento respondía a la adecuación teórica y empírica, así como la conformación del mismo y poder realizar los ajustes necesarios a los ítems, verificar la escala de respuesta, estimar el tiempo promedio para resolverlo, así como para el diseño de la base de datos y poder estimar la confiabilidad del mismo.

Es importante mencionar que el instrumento previamente fue sometido a una validez conceptual y de contenido a través de un panel de seis expertos en Paidopsiquiatría y Salud Mental de diferentes instituciones de Psiquiatría con un grado de concordancia entre jueces de $[w=0.132, p=0.000]$, que se obtuvo mediante el coeficiente de W de Kendall y una confiabilidad por Alfa de Cronbach 0.975.

3.6.2 Recolección de datos

El procedimiento de recolección de datos se llevó a cabo por parte de la responsable de la investigación, con autorización por escrito previa de las autoridades de una escuela secundaria pública del noroeste del país, conservando en todo momento el anonimato tanto de los participantes como de la misma, ello en apego a los aspectos éticos que requiere la investigación social.

3.6.3 Para el análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de datos, se llevo a cabo mediante el empleo del paquete de software estadístico Statical Packege for the Social Sciences (SPSS) V.21, obteniéndose tablas de frecuencia, porcentajes y medias. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la población. En un segundo momento, se realizó el análisis inferencial empleando para ello, pruebas no paramétricas: U de Mann Whitney, Kruskal-Wallis y la correlación de Spearman (r_s), debido a que las variables dependientes tiene una distribución asimétrica dentro de la campana de Gauss [Z de Kolmogorov-Smirnov=1.423, $p = 0.035$].

3.7 Instrumento de Medición

Para la presente investigación se elaboró el instrumento titulado “Prevalencia de riesgo de ideación suicida en adolescentes y sus Determinantes Sociales Intermedios de Salud” (Anexo No.1).

3.7.1 Descripción del instrumento

Instrumento diseñado por la investigadora, bajo el Marco Conceptual de Determinantes Sociales Intermedios de la Salud propuesto por la Organización Mundial de Salud a través de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud y la identificación precoz de la prevalencia del riesgo de ideación suicida en adolescentes; que consta de un titulo, un objetivo, instrucciones para responderlo, 100 ítems, un agradecimiento y el cual se encuentra dividió en cuatro secciones:

3.7.1.1 Primera Sección

Comprende las variables socio-demográficos, constituido por 16 ítems: sexo, edad, nacionalidad, estado civil, religión, escolaridad, turno escolar, situación sentimental y laboral, deporte, dependiente económico y personas con las que vive el adolescente. En su mayoría son evaluados dicotómicamente.

- **Ítems:** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18 y 19.

3.7.1.2 Segunda Sección

Comprende las variables principales del estudio, conformado por 68 ítems para medir: prevalencia del riesgo de ideación suicida en adolescentes y sus Determinantes Sociales Intermedios de Salud (DSIS) en cuatro de sus dimensiones (familia, vivienda, escuela y salud). Su evaluación está organizada en Escala Tipo Likert de frecuencia cuya respuesta va de Nada Frecuente hasta Muy Frecuente.

- **Ítems riesgo de ideación suicida:** 28, 33, 39, 45, 54, 57, 64, 73 y 85.
- **Ítems DSIS en su dimensión familia:** 22, 26, 31, 36, 38, 41, 44, 46, 48, 51, 56, 61, 63, 66, 69, 70, 72, 75, 79 y 82.
- **Ítems DSIS en su dimensión vivienda:** 23, 27, 32, 37, 43, 47, 52, 59, 62, 67, 70, 76, 80 y 83.
- **Ítems DSIS en su dimensión escuela:** 21, 25, 29, 34, 40, 50, 55, 58, 65, 74, 78, 84 y 86.
- **Ítems DSIS en su dimensión salud:** 20, 24, 30, 35, 42, 49, 53, 60, 68, 77, 81 y 87.

3.7.1.3 Tercera sección

Comprende la variable: nivel socioeconómico. La cual se evalúa a partir de la “Regla AMAI 8X7”⁶⁰. Intuye siete indicadores: escolaridad del jefe de la familia, tipo de piso de la vivienda, número de habitaciones, focos y de baños con regadera. Además, evalúa si la regadera funciona y la familia cuenta con automóvil familiar. Su evaluación es de tipo escalar (Cuadro. 1).

Cuadro 1. “Regla AMAI 8X7”⁶⁰ para el cálculo del nivel-socioeconómico familiar.

INDICADORES					
Número de Focos		No. de Habitaciones		Material del Piso	
Cantidad	Puntos	Cantidad	Puntos	Tipo	Puntos
≤ 5	0	≤ 4	0	Cemento	0
≥ 6	10	≥ 5	8	Otro	11
INDICADORES					
Automóvil Familiar		Tiene Baño		Funciona la Regadera	
Puntos	Respuesta	Puntos	Respuesta	Puntos	Respuesta
No	0	No tiene	0	Sí	0
Sí	22	Si tiene	13	No	10
INDICADOR: Nivel escolar del jefe de familia					
Nivel				Puntos	
Sin instrucción				0	
Primaria o Secundaria completa o trunca				22	
Carrera técnica o preparatoria completa o incompleta				38	
Licenciatura completa o incompleta				52	
Posgrado				72	

3.7.1.4 Cuarta sección

Comprende las variables de antecedentes heredofamiliares, que incluye: nivel académico de los padres, estado civil de los padres, la religión que profesan, su ocupación, si padecen o no alguna enfermedad mental y/o adicciones. Su evaluación es dicotómicamente.

- **Ítems:** 95, 96, 97, 98, 99 y 100

3.8 Ponderación del puntaje

3.8.1 Ponderación: Prevalencia del riesgo de ideación suicida

Mín Max

9 - 36

Rango = 27, ponderación en 4 clases $27/4= 6.7$ (cerrada a 7)

Tipo likert	Rango de clase	Interpretación del rango
Nada frecuente	[9, 15]	Sin riesgo: Ausente. Sin ideas de daño ni antecedentes de intento suicida.
Poco frecuente	[16, 22]	Nivel de riesgo: Leve. Las ideas suicidas son infrecuentes, poco intensas, fugaces, sin un plan de daño. Sin antecedentes de conducta suicida.
Frecuente	[23, 29]	Nivel de riesgo: Moderado. Las ideas suicidas son frecuentes, intensas, duraderas y con planes definidos de daño.
Muy frecuente	[30, 36]	Nivel de riesgo: Severo o Extremo. Las ideas suicidas son muy frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos de daño y con antecedentes de intentos suicidas.

3.8.2 Ponderación: Determinantes Sociales Intermedios de la Salud por dimensiones

3.8.2.1 Dimensión Familia

Mín Max

20 - 80

Rango = 60, ponderación en 4 clases $60/4 = 15$

Tipo likert	Rango de clase	Interpretación del rango
Nada frecuente	[20, 34]	Sistema Familia carente de vínculos afectivos y apoyo emocional, ausencia de normas y disciplinas, estilos de comunicación y resolución de conflictos negativos, sin habilidades sociales y falta de involucramiento de los padres con los hijos, practica de conductas de riesgo para la salud física y mental.
Poco frecuente	[35, 49]	Sistema Familia con vínculos afectivos inseguros, violencia emocional, normas y métodos disciplinarios rígidos, estilos de comunicación hostiles, uso de violencia física y verbal en la resolución de conflictos, habilidades sociales de involucramiento entre padres e hijos autoritaritas, presencia de conductas de riesgo para la salud física y mental.
Frecuente	[50, 64]	Sistema Familia con vínculos afectivos y apoyo emocional ambivalentes, normas y disciplinas difusas, estilos de comunicación y resolución de conflictos basados en la negociación, habilidades sociales y de involucramiento entre padres e hijos apoyados en el dialogo, presencia de conductas de riesgo para la salud física y mental.
Muy frecuente	[65, 80]	Sistema Familia en el que sus miembros se sienten reconocidos, reciben el apoyo necesario para el desarrollo de habilidades y conocimiento que contribuyen en conductas saludables que se caracterizan por una comunicación asertiva y efectiva, el manejo y control de emociones y el fortalecimiento de la toma de decisiones con responsabilidad para el bien de su salud física y mental.

3.8.2.2 Dimensión Vivienda

Mín Max

14 - 56

Rango = 42, ponderación en 4 clases $42/4 = 10.5$ (cerrada a 10)

Tipo likert	Rango de clase	Interpretación del rango
Nada frecuente	[14, 24]	Espacio físico carente de un terreno, infraestructura, servicios básicos, equipamiento social-comunitario, no satisface las necesidades objetivas y subjetivas que regulan los hábitos cotidianos, así como no posibilita la intimidad y seguridad individual y familiar, ni las aspiraciones de cada uno de sus habitantes, impactando de manera negativa en la salud de los que la habitan.
Poco frecuente	[25, 35]	Espacio físico fragmentado compuesto de un terreno cuya infraestructura, servicios básicos y equipamiento social-comunitario se encuentran fragmentados, por lo que no se satisfacen las necesidades objetivas y subjetivas responsables de regular los hábitos cotidianos, ni la intimidad, ni la seguridad individual y familiar, así como las aspiraciones de cada uno de sus habitantes, impactando de manera negativa en la salud de los que la habitan.
Frecuente	[36, 46]	Espacio físico parcial compuesto por un terreno, infraestructura, servicios básicos y el equipamiento social-comunitario, que satisfacen parcialmente las necesidades objetivas y subjetivas que regulan los hábitos cotidianos, posibilitan de manera parcial la intimidad y seguridad individual y familiar, así como las aspiraciones de cada uno de sus habitantes, impactando de manera parcial en la salud.
Muy frecuente	[47, 56]	Elemento físico integral compuesto por un terreno, infraestructura, servicios básicos y el equipamiento social-comunitario, que cubren las necesidades objetivas y subjetivas que regulan los hábitos cotidianos, posibilitan la intimidad y seguridad individual y familiar, así como las aspiraciones de cada uno de sus habitantes, impactando de manera positiva en la salud.

3.8.2.3 Dimensión Escuela

Mín Max

13 - 52

Rango = 39, ponderación en 4 clases $39/4= 9.7$ (cerrada a 10)

Tipo likert	Rango de clase	Interpretación del rango
Nada frecuente	[13, 22]	Sistema social carente para responde a los requerimientos sociales y educativos del adolescente, incapaz de dotarlo de herramientas; conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para que pueda conocer y comprender el mundo y las distintas dimensiones que lo conforman. Estableciendo relaciones socio-afectivas patológicas.
Poco frecuente	[23, 32]	Sistema social fragmentado para responde a los requerimientos sociales y educativos del adolescente, dotándolo de herramientas; conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para conocer y comprender el mundo y las distintas dimensiones que lo conforman. Así como, establecer relaciones socio-afectivas de alto riesgo para la salud física y mental.
Frecuente	[33, 42]	Sistema social parcial que responde únicamente a los requerimientos educativos del adolescente, dotándolo únicamente de conocimientos; conocimientos necesarios para que conozca y comprenda el mundo, por lo no que solo es capaz de establecer relaciones socio-afectivas integrales y sanas.
Muy frecuente	[43, 52]	Sistema social integral que responde a los requerimientos sociales y educativos del adolescente, dotándolo de herramientas; conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para conocer y comprender el mundo y las distintas dimensiones que lo conforman. Así como, es capaz de establecer relaciones socio-afectivas sanas.

3.8.2.4 Dimensión Salud

Mín Max

12 - 48

Rango = 36, ponderación en 4 clases $36/4= 9$

Tipo	Rango de clase	Interpretación del rango
Nada frecuente	[12, 20]	Sistema de Salud Inequitativo al negar el acceso de los adolescentes a los programas de salud cuyas intervenciones son específicos para dotarlos de concomimientos y habilidades sobre higiene persona y bucal, actividad física, salud mental, sexual y reproductiva, prevención de accidentes, adicciones, violencia y suicidio. Impactando de manera patológica en su salud física y mental.
Poco frecuente	[21, 29]	Sistema de Salud Insuficiente al no favorecer el acceso de los adolescentes a los programas de salud. Por lo que no los dota de concomimientos y habilidades sobre la higiene persona y bucal, actividad física, salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención de conductas de riesgo como: accidentes, adicciones, violencia y suicidio. Colocándolo en la práctica de conductas de alto riesgo para su salud física y mental.
Frecuente	[30, 38]	Sistema de Salud Fragmentado al dificultar el acceso de los adolescentes a los programas de salud; los cuales tienen vacíos y son de baja calidad. Por lo que no los dota de concomimientos y habilidades sobre la higiene persona y bucal, actividad física, salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención de conductas de riesgo como: accidentes, adicciones, violencia y suicidio. Colocándolo en la práctica de conductas de riesgo moderado para su salud física y mental.
Muy frecuente	[39, 48]	Sistema de Salud Integral al favorecer el acceso de los adolescentes a los programas de intervenciones específicos para la adolescencia, cuyas intervenciones promueven la salud integral en los mismos. Dotándolos de concomimientos y habilidades en: higiene persona y bucal, actividad física, salud mental, sexual y reproductiva, prevención de: accidentes, adicciones, violencia y suicidio. Impactando de manera positiva en su salud física y mental.

3.8.2.5 Ponderación: Nivel / Dimensión Socioeconómico

Ponderación: Nivel-Socioeconómico por “Regla AMAI 8X7” ⁶¹			
Nivel	Puntaje	Clasificación	Descripción del nivel
A/B	≥ 205	Alto	Cuentan con servicios y recursos financieros que dan seguridad y permiten tener una calidad de vida con planes a futuro.
C+	[166, 204]	Medio Alto	Cuentan con recursos y servicios que permite tener una buena calidad de vida y gozar de excedentes y ciertos lujos.
C	[136, 165]	Medio Típico	Cuentan con recursos y servicios que les permite tener una calidad de vida adecuada, sin excedentes ni lujos.
C-	[112, 135]	Medio Emergente	Cuentan con recursos mínimos para cubrir sus necesidades más básicas y aspiran a tener un nivel de vida con mejor calidad.
D+	[90, 111]	Bajo Típico	Tiene mala calidad de vida. Problemas para conseguir lo básico para vivir y sus condiciones sanitarias son mínimas.
D	[48, 89]	Bajo / Extremo	Problemas para sobrevivir, dejan de comer algunas veces. Pésimas condiciones sanitarias.
E	[0,47]	Bajo / Muy Extremo	Escasez de todos los servicios y bienes. Hogares contruidos de materiales de desecho problemas de salud permanentes y graves para subsistir.

3.9 Confiabilidad y validez

Para identificar la relevancia teórica y la adecuación empírica del instrumento diseñado para la investigación: “Prevalencia del riesgo de ideación suicida en adolescentes de nivel secundaria y sus Determinantes Sociales Intermedios de Salud”; así como para garantizar la calidad de su medición y aplicabilidad en adolescentes estudiantes de nivel secundaria. El instrumento fue sometido a una evaluación de seis expertos en Paidopsiquiatría y Salud Mental (Cuadro. 2) a quienes se les entregó una carta de invitación personalizada en la que se les explicó el propósito del instrumento, los objetivos de la prueba y demás especificaciones para contextualizar a los jueces (Cuadro. 3). Para ello, se empleó la técnica denominada “agregación individual” en la que se obtiene la información de cada uno de los expertos, de manera individual, sin que éstos se encuentren en contacto, todo ello de forma anónima y confidencial.

Una vez obtenida la evaluación de los jueces, se realizó el análisis estadístico de dicha evaluación para determinar el grado de concordancia entre los jueces. Para lo cual se empleó el coeficiente de concordancia W de Kendall⁶², encontrándose una concordancia entre los jueces [$w=0.132$, $p=0.000$]. Y para la confiabilidad de la consistencia interna del instrumento se estimó a través del coeficiente del Alfa de Cronbach, reportando un nivel de confiabilidad de 0.975 asumiendo así, que están altamente correlacionados los ítems, lográndose medir la confiabilidad del instrumento.

Estadísticos de confiabilidad	
Alfa de Cronbach	Número total de ítems
0.975	68

Cuadro 2. Panel de Expertos en Paidopsiquiatría y Salud Mental

NOMBRE	INTITUCIÓN DE PROCEDENCIA	CARGO Y ANTIGÜEDAD LABORAL
Mtro. en Administración Antonio Huerta González.	Hospital de Psiquiatría Dr. Samuel Ramírez Moreno.	Supervisor de enfermería 31 años.
Mtra. En Dirección de Hospitales Xóchitl Martínez Bustamante.	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.	Médico Jefe de Servicio 11 años.
Dr. Omar Campos Gómez. (Especialidad médica en Psiquiatría y Sub-Especialista en psiquiatría infantil y del adolescente)	Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Médico Jefe de departamento clínico 16 años.
Mtra. en Educación en Enfermería Susana Gallegos Sánchez.	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.	Coordinación de enseñanza de enfermería 30 años.
Mtra. en Administración Lucia Arciniega Buenrostro†.	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.	Enfermera jefa de servicio 23 años.
Enfermero Especialista en Salud Mental César Chávez Acosta.	Hospital Psiquiátrico de Sinaloa Dr. Alonso Millán Maldonado.	Supervisor de enfermería 12 años.

Criterios evaluados para la validez de contenido y juicio de expertos⁶³ en el instrumento, son los que se muestran en la siguiente tabla:

Cuadro 3. Criterios para la validez de contenido y juicio de expertos⁶³		
Categoría	Calificación	Indicadores a evaluar
<p>Suficiencia</p> <p>Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.</p>	<p>1 No cumple con el criterio.</p> <p>2. Bajo Nivel.</p> <p>3. Moderado nivel.</p> <p>4. Alto nivel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los ítems no son suficientes para medir la dimensión. - Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total. - Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente. - Los ítems son suficientes.
<p>Claridad</p> <p>El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.</p>	<p>1 No cumple con el criterio.</p> <p>2. Bajo Nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El ítem no es claro. - El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. - Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem. - El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
<p>Coherencia</p> <p>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.</p>	<p>1 No cumple con el criterio</p> <p>2. Bajo Nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El ítem no tiene relación lógica con la dimensión. - El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión. - El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo. - El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
<p>Relevancia</p> <p>El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.</p>	<p>1 No cumple con el criterio</p> <p>2. Bajo Nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión. - El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste. - El ítem es relevantemente importante. - El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

3.10 Aspectos éticos

Se trata de una investigación de bajo riesgo y muchos beneficios para los adolescentes. Por ello, se sustenta en leyes nacionales y principios éticos como el código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México.

Por tratarse de una población adolescente la que va a participar en la resolución del instrumento titulado “Prevalencia de riesgo de ideación suicida y su correlación con los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud”. Se destacan del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud⁶⁴ los siguientes artículos:

- Artículo 4° en el considera una garantía el Derecho a la Protección de la Salud.
- Artículo 17° punto I clasifica este tipo de investigación sin riesgo toda vez que se aplicó un cuestionario para medir variables de interés y porque no se realizó intervención, ni modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes.
- Artículo 20° en el que define el consentimiento informado, como un acuerdo por escrito donde el individuo o su representante legal autoriza la participación de éste en la investigación. Previa explicación de los procedimientos y los riesgos a los que será sometido, de tal manera que el individuo decide libremente su participación sin que exista consecuencia negativa derivada de su decisión.
- No obstante, en el Artículo 23° se establece que, en investigaciones sin riesgo, podrá dispensarse al investigador de la obtención del consentimiento informado. Sin embargo, por tratarse de menores de edad, en este caso las autoridades de la escuela participante obtuvieron el

consentimiento informado del representante legal de los alumnos que aceptaron participar en la presente investigación. Todo ello, en apego al Artículo 36°, evidenciada a través del oficio con respuesta favorable para la aplicación del instrumento de medición en la población estudiantil del plantel escolar. Se anexa oficio con respuesta (Anexo 2).

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS

Este capítulo contiene los resultados obtenidos de la muestra participante, los cuales se presentan de la siguiente manera: Primero, se da a conocer la caracterización de la muestra, seguido del análisis descriptivo y por último la estadística inferencial para la prueba de hipótesis.

Para ello se aplicó el instrumento: “Prevalencia de riesgo de ideación suicida en adolescentes y sus Determinantes Sociales Intermedios de Salud”, a n=382 adolescentes estudiantes de una escuela secundaria pública del noroeste del país.

4.1 Caracterización de la población

En cuanto a los datos sociodemográficos la media de edad de los adolescentes estudiantes de una escuela secundaria del noroeste del país fue de 13.30 años, con un mínimo de edad de 12 años y un máximo de 16 años. En distribución por edad se encontró que el 33% tienen 13 años, el 32% 14 años, el 24% 12 años, el 10% 15 años y el 1% 16 años respectivamente (Tabla 3). En cuanto al sexo de los participantes se encontró que el 53% pertenece al sexo masculino y el 47% al femenino.

Tabla 2. Caracterización de la muestra participante

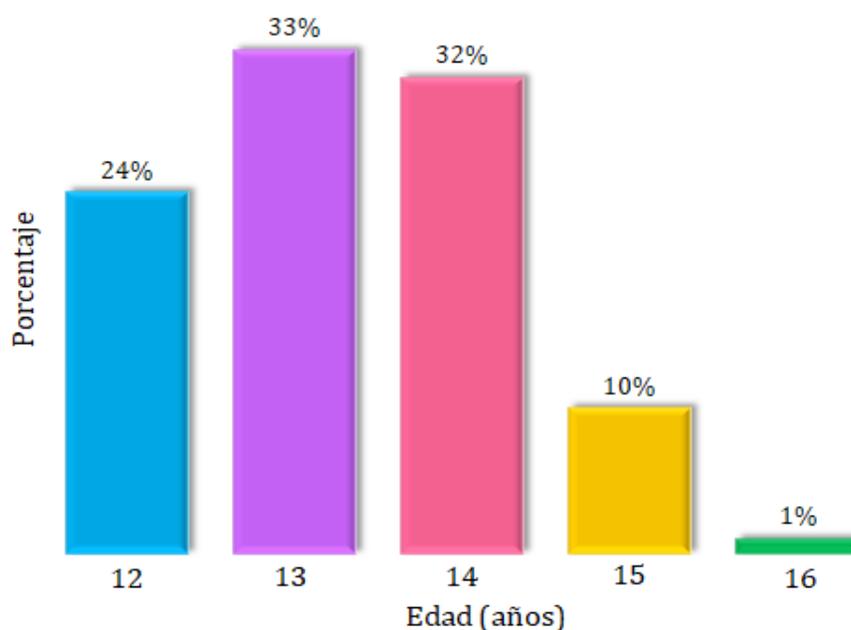
Tabla 3.- Caracterización de la muestra participante			
Variable	Respuesta	Población total n=382	
		F _o	%
Sexo	Masculino	203	53
	Femenino	197	47
Edad (años)	12	92	24
	13	128	33
	14	121	32
	15	37	10
	16	4	1
Nacionalidad	Mexicano	368	96
	Extranjero	14	4
Estado Civil	Soltero	380	99.5
	Unión libre	2	.5
Profesas alguna religión	Sí	155	41
	No	227	59
Grado escolar	1°	139	36
	2°	130	34
	3°	113	30
Turno	Matutino	194	51
	Vespertino	188	49
Has repetido año escolar	Sí	25	7
	No	357	93
Practicas algún deporte	Sí	179	49
	No	203	51
Actualmente trabajas	Sí	40	10
	No	342	90
Tienes novio (a)	Sí	94	25
	No	288	75
Depende económicamente de	Ambos padres	270	70.7
	Papá	37	9.7
	Mamá	73	19.1
	Abuelos	1	0.3
	Otra persona	1	0.3
Vives con	Ambos padres	280	73.3
	Papá	9	2.4
	Mamá	91	23.8
	Abuelos	1	0.3
	Otra persona	1	0.3

Tabla 3. Caracterización de la edad de la muestra participante

Tabla 4.- Caracterización de la edad de la muestra participante n=382			
Variable	Media	Desviación Típica	Min-Max
Edad (años)	13.30	.975	12-16
Edad	F _o	%	
12	92	24	
13	128	33	
14	121	32	
15	37	10	
16	4	1	

En promedio, la edad de los adolescentes estudiantes de una escuela secundaria pública del noroeste del país fue de 13.30 años, con una mínima de 12 y una máxima de 16. El 33% de los adolescentes participantes tienen 13 años, el 32% 14 años, el 24% 12 años, el 10% 15 años y el 1% 16 años respectivamente. (Gráfica 1).

Gráfica 1. Edad de los adolescentes participantes



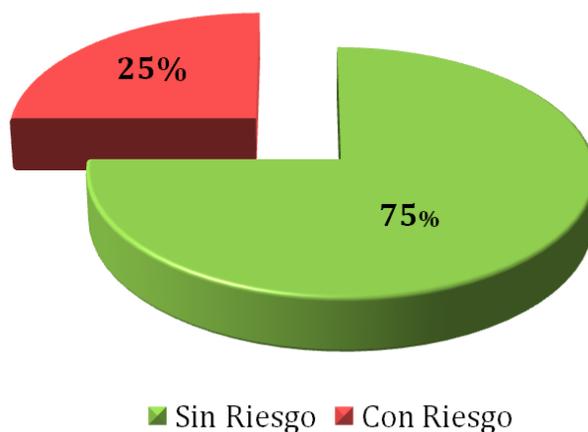
FUENTE: Base de datos RIS y DSIS 2018.

Tabla 4. Caracterización del riesgo de ideación suicida

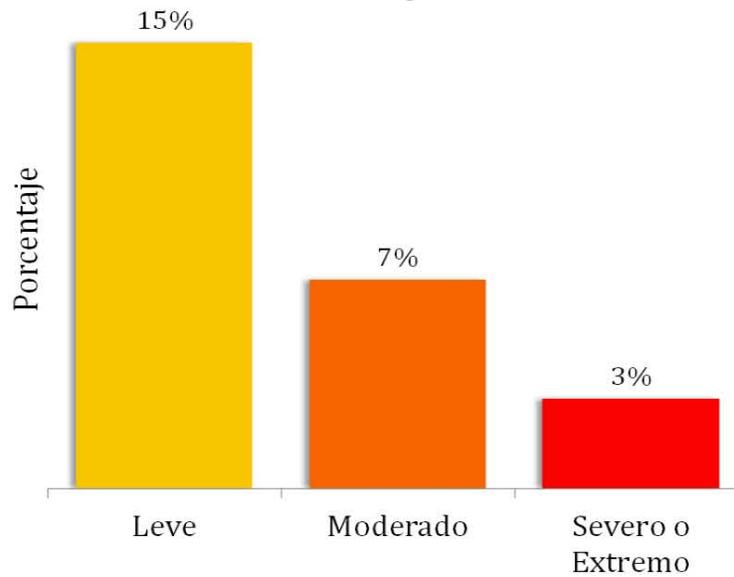
Tabla 5.- Caracterización del riesgo de ideación suicida. n=382			
Variable	Media	Desviación Típica	Puntaje Min-Max
Riesgo de ideación suicida	13.66	5.879	9-36
		F _o	%
Ausente		285	75
Presente		97	25

En lo que respecta al porcentaje de la variable riesgo de ideación suicida, se encontró que en el 75% de la población adolescente participante no está presente el riesgo de ideación suicida, mientras que en el 25% está presente. Es decir, 1:4 adolescentes participantes puntuó con riesgo de ideación suicida (Gráfica 2). De los cuales el 15% se ubicó en riesgo leve, el 7% en moderado y el 3% en severo o extremo (Gráfica 3). Con una mediana mayor en mujeres que en hombres [23/21]. (Gráfica 4).

Gráfica 2. Prevalencia del riesgo de ideación suicida en la muestra participante

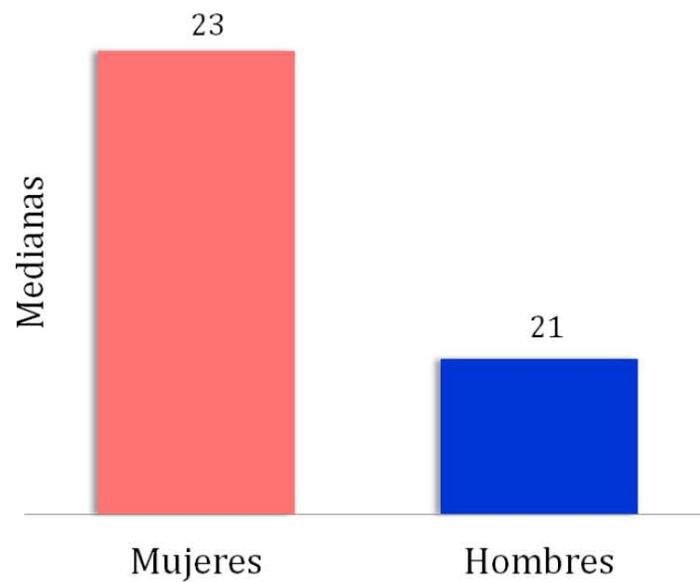


Gráfica 3. Nivel de riesgo de ideación suicida en la muestra de adolescentes participantes con riesgo



FUENTE: Base de datos RIS y DSIS 2018.

Gráfica 4. Riesgo de ideación suicida con respecto al sexo de los adolescentes participantes



U=13779, p=0.000

Tabla 5. Caracterización de la muestra con respecto a la prevalencia del riesgo de ideación suicida [n=382]

Tabla 6.- Caracterización de la muestra con respecto al riesgo de ideación suicida

Variable	Respuesta	Sin Riesgo n=285		Con Riesgo n=97	
		F _o	%	F _o	%
Sexo	Masculino	174	61	29	30
	Femenino	111	39	68	70
Edad (años)	12	72	25	20	21
	13	97	34	31	32
	14	88	31	33	34
	15	26	9	11	11
	16	2	1	2	2
Nacionalidad	Mexicano	272	95	99	99
	Extranjero	13	5	1	1
Estado Civil	Soltero	283	99.3	97	100
	Unión libre	2	.7	----	----
Profesas alguna religión	Sí	113	40	42	43
	No	172	60	55	57
Grado escolar	1°	106	37	33	34
	2°	101	35	29	30
	3°	78	28	35	36
Turno	Matutino	141	49.5	53	55
	Vespertino	144	50.5	44	45
Has repetido año escolar	Sí	17	6	8	8
	No	268	94	89	92
Practicas algún deporte	Sí	141	50	38	39
	No	144	50	59	61
Actualmente trabajas	Sí	31	11	9	9
	No	254	89	88	91
Tienes novio (a)	Sí	72	25	22	23
	No	213	75	75	77
Depende económicamente de	Ambos padres	201	70	69	71
	Papá	25	9	12	12
	Mamá	57	20	16	17
	Abuelos	1	.5	-----	-----
	Otra persona	1	.5	-----	-----
Vives con	Ambos padres	207	72	73	75
	Papá	6	2	3	3
	Mamá	70	25	21	22
	Abuelos	1	.5	-----	-----
	Otra persona	1	.5	-----	-----

Tabla 6. Caracterización de la muestra con riesgo de ideación suicida con respecto a su edad [n=97]

Tabla 7.- Caracterización de la muestra con riesgo de ideación suicida con respecto a su edad [n=97].			
Variable	Media	Desviación Típica	Min-Max
Edad	13.42	1.009	12-16
Edad (años)	F _o	%	
12	20	21	
13	31	32	
14	33	34	
15	11	11	
16	2	2	

En promedio, la edad de los adolescentes con riesgo de ideación suicida fue de 13.42 años. El 34% se ubico en 14 años, el 32% en 13 años, el 21% en 12 años, el 11% en 15 años y el 2% en 16 años respectivamente.

Descripción de la caracterización de la muestra con riesgo de ideación suicida (n=97).

En relación a la prevalencia del riesgo de ideación suicida, los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que uno de cada cuatro adolescentes puntúa con riesgo de ideación suicida. De los cuales, el 70% son mujeres y el 30% hombre. Observándose que el 3% se ubicó en un nivel de riesgo severo o extremo, el 7% en moderado y el 15% en leve. De los cuales el 34% tiene 14 años de edad, el 32% 13 años, 21% 12 años, el 11% 15 años y al 2% 16 años de edad respectivamente.

Concerniente al grado escolar, se encontró que 36% cursa el tercero año de secundaria, el 34% el primer año y el 30% segundo respectivamente. De los cuales el 55% de los adolescentes están matriculados en el turno matutino y el 45% en el vespertino.

Referente a si practican o no algún deporte fuera de la institución académica, se halló que el 61% no, mientras que el 39% refiere que sí lo practica.

En cuanto a la situación laboral de estos adolescentes se observó que el 91% no trabaja, mientras que el 9% sí. Destacándose las actividades de: paquetero, ayudante en general y meseros.

En relación a si tienen novio (a) se encontró que el 77% no, mientras que el 23% sí.

En lo referente a si profesan o no una religión, se encontró que el 57% no profesan ninguna religión, mientras que el 43% sí profesa alguna religión; siendo las tres principales: protestantes, testigos de Jehová y católica.

Referente a la persona de la que dependen económicamente estos adolescentes, se identificó que el 71% dependen económicamente de ambos padres, el 17% solo de la madre y el 12% solo del padre.

Por último, en cuanto a las personas con las que viven los adolescentes con riesgo de ideación suicida se observó que el 75% viven con ambos padres, el 22% únicamente con la madre y el 3% solo con el padre.

4.2 Análisis Descriptivo

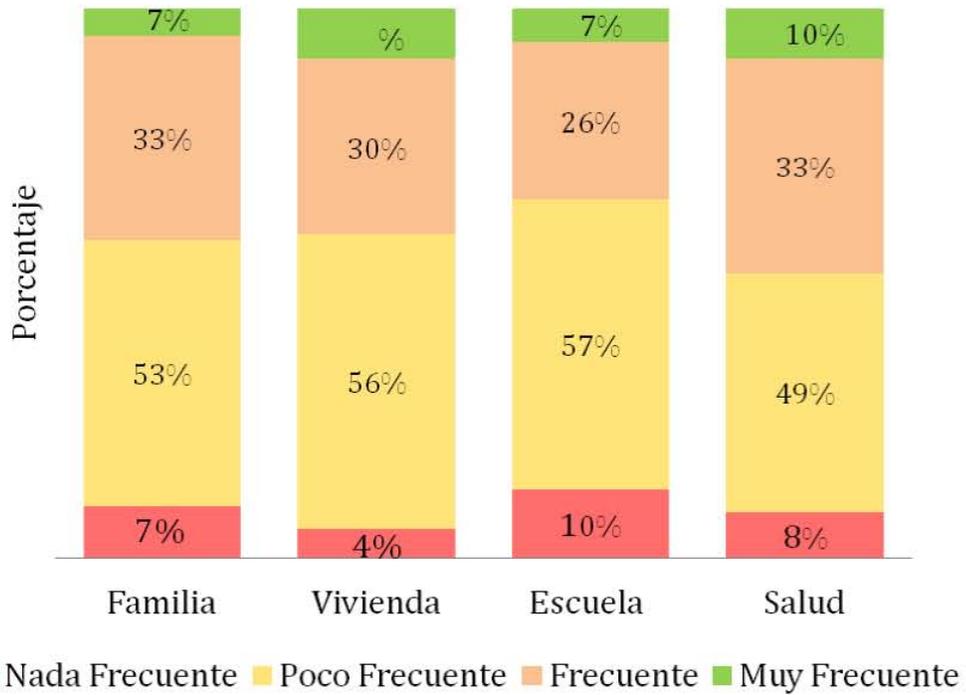
En lo que respecta a los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud, en su dimensión escuela, se halló que el 57% de los adolescentes con riesgo de ideación suicida, consideran que es poco frecuente que la escuela favorezca la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades para practicar conductas saludables, el 26% lo consideró frecuente, el 10% nada frecuente, mientras que el 7% muy frecuente.

En su dimensión vivienda, se observó que el 56% de los adolescentes con riesgo de ideación suicida consideran que es poco frecuente que su vivienda sea un espacio físico que favorezca su desarrollo psico-emocional y conductas saludables, el 30% lo consideró como frecuente, el 10% muy frecuente y el 4% nada frecuente.

En su dimensión familia, se encontró que el 53% de los adolescentes que integran la población con riesgo de ideación suicida, consideran que es poco frecuente que su familia les provee de conocimientos y habilidades para el desarrollo de conductas saludables, mientras que el 33% lo consideran frecuente, un 7% nada frecuente y el otro 7% lo considera muy frecuente.

En lo que compete a la dimensión salud, se encontró que el 49% de los adolescentes que riesgo de ideación suicida, consideran que es poco frecuente que los servicios de salud les provee de conocimientos y habilidades que les permita ejercer conductas saludables, el 33% consideró que es frecuente, el 10% muy frecuente, mientras que el 8% nada frecuente (Gráfica 5).

Gráfica 5. Frecuencia de los DSIS de los adolescentes con Riesgo de Ideación Suicida



FUENTE: Base de datos RIS y DSIS 2018.

4.3 Estadística Inferencial

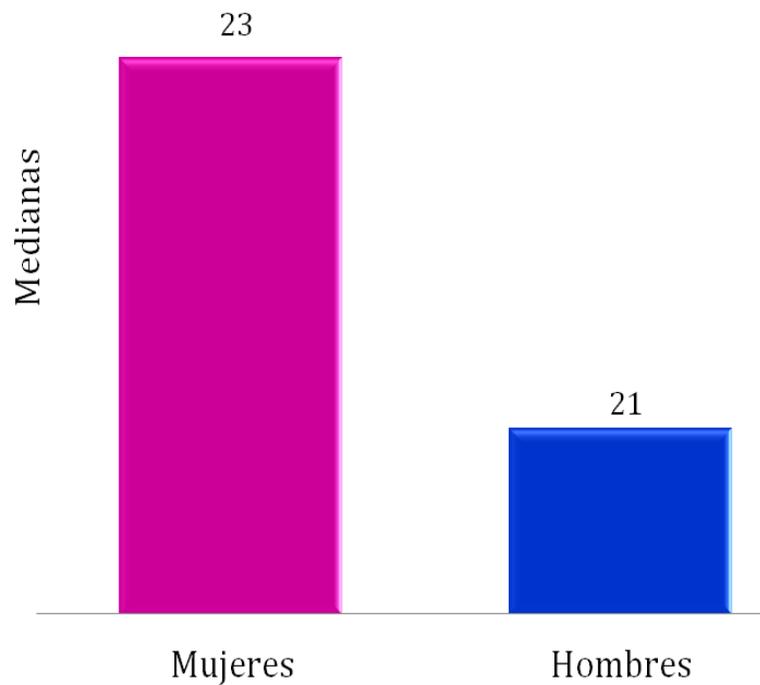
Tabla 7. Diferencias estadísticas entre el riesgo de ideación suicida y las variables socio-demográficas en la muestra de adolescentes participantes con RIS

Tabla 8. Diferencias estadísticas entre el riesgo de ideación suicida y las variables Socio-demográficas de la muestra de adolescentes con RIS [n=97].		
Variable	Valor de U^{**}	Valor de p^*
Sexo	13779	0.000
**Prueba U de Mann Whitney		
Variable	Valor de KW^{***}	Valor de p^*
Edad (años)	9.163	0.011
Grado escolar	9.443	0.034
***Prueba Kruskal-Wallis		
Variable	Valor X^2	Valor p^*
Tienes novio (a)	10.363 ^a	0.002

**p=significancia bilateral*

Existe diferencia significativa entre el riesgo de ideación suicida de los adolescentes según su sexo [U=13779, p=0.000], con una mediana mayor en las mujeres de 23, mientras que en los hombres fue de 21. (Gráfica 6).

Gráfica 6. Diferencias entre el Riesgo de Ideación Suicida, respecto al sexo de los adolescentes



U=13779, p=0.000

Tabla 8. Correlación entre el riesgo de ideación suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud en sus cuatro dimensiones.

A manera de resumen, como se muestra en la siguiente tabla, el valor de la significancia que se obtuvo en cada correlación fue < 0.05 , por lo que se rechazaron las hipótesis nulas, es decir, que el nivel de riesgo de ideación suicida en los adolescentes participantes se encuentra correlacionado a sus Determinantes Sociales Intermedios de Salud (Tabla 9).

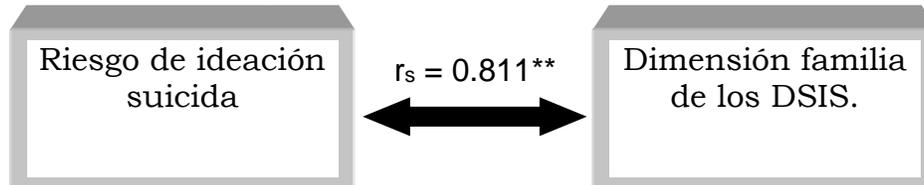
Tabla 9. Correlación entre el riesgo de ideación suicida y cada dimensión de los Determinantes Sociales Intermedios de Salud. [n=97]		
Determinantes Sociales de la Salud Intermedios.	Valor de r_s^*	Valor de p^{**}
Dimensión Familia	0.811	0.000
Dimensión Vivienda	0.812	
Dimensión Escuela	0.871	
Dimensión Salud	0.825	
Correlación entre de riesgo de ideación suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de Salud global. [N=97]		
Determinantes Sociales de la Salud Intermedios global.	0.826	0.000

*Correlación Spearman

** p =significancia bilateral.

Existe una relación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional, entre el riesgo de ideación suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de Salud en su dimensión familia [$r_s=0.811$, $p=.000$] Diagrama Ligado 1.

Diagrama Ligado 1. Relación entre el riesgo de ideación suicida y la dimensión familia de los DSIS

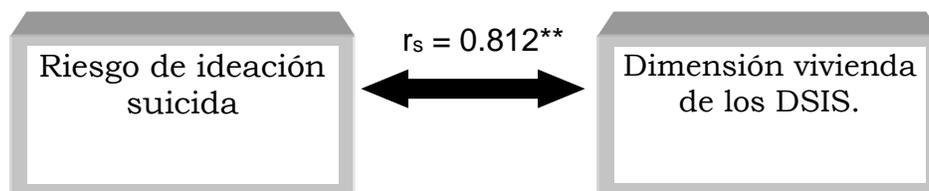


** $p=0.000$

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Existe una relación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional, entre el riesgo de ideación suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de Salud en su dimensión vivienda [$r_s=0.812$, $p=.000$] Diagrama Ligado 2.

Diagrama Ligado 2. Relación entre el riesgo de ideación suicida y la dimensión vivienda de los DSIS.

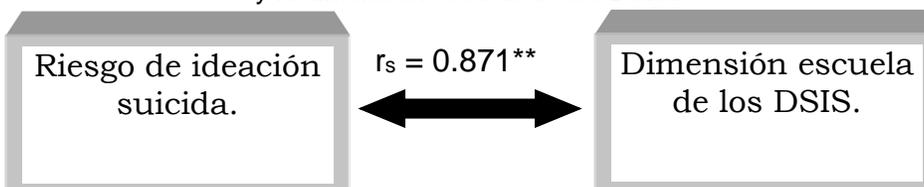


** $p=0.000$

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Existe una relación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional, entre el riesgo de ideación suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de Salud en su dimensión escuela [$r_s=0.871$, $p=.000$] Diagrama Ligado 3.

Diagrama Ligado 3. Relación entre el riesgo de ideación suicida y la dimensión escuela de los DSIS.



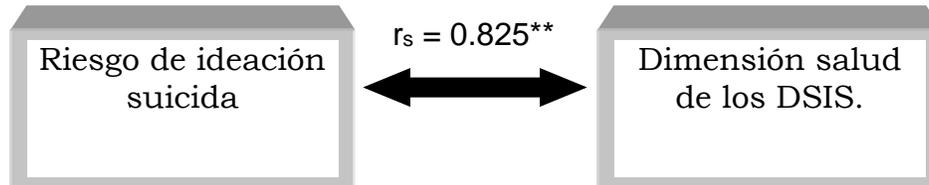
** $p=0.000$

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Existe una relación lineal estadísticamente significativa, moderada directamente proporcional, entre el riesgo de ideación suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de Salud en su dimensión Salud [$r_s=0.825$, $p=.000$)

Diagrama Ligado 4.

Diagrama Ligado 4. Relación entre el riesgo de ideación suicida y la dimensión salud de los DSIS.

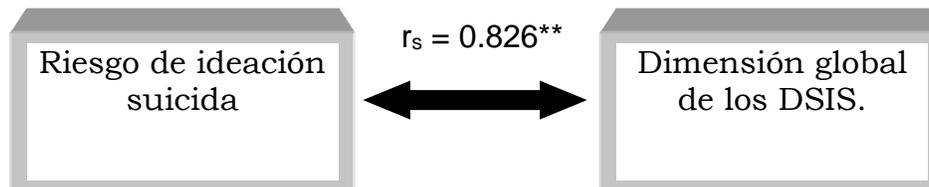


** $p=0.000$

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

A manera de resumen, existe una relación lineal estadísticamente significativa, moderada directamente proporcional, entre el riesgo de ideación suicida y los Determinantes Sociales Intermedios de Salud en sus cuatro dimensiones [$r_s=.826$, $p=.000$] Diagrama Ligado 5.

Diagrama Ligado 5. Relación entre el riesgo de ideación suicida y las cuatro dimensiones salud de los DSIS.



** $p=0.000$

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

CAPÍTULO V

5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Discusión

La ideación suicida es considerada el primer eslabón de un continuo que lleva al individuo a desarrollar la conducta suicida y con ello consumir el acto suicida. La literatura disponible sobre el tema, destaca el carácter multifactorial involucrado en la ideación suicida, poniendo de manifiesto la necesidad de plantear modelos explicativos que coadyuven el estudio de la ideación suicida, no como la causa o el síntoma de una enfermedad mental, sino como el resultado de una serie de múltiples factores de riesgo, que sumados incrementan el desarrollo de conductas desadaptativas en los adolescentes, favoreciendo en ellos la estructuración de la ideación suicida²⁹.

Por consiguiente, el objetivo general del presente estudio de investigación fue identificar la prevalencia del riesgo de ideación suicida en adolescentes estudiantes de una escuela secundaria del noroeste del país y su correlación con sus Determinantes Sociales Intermedios de Salud en sus dimensiones: familia, vivienda, escuela y salud. Siendo los Determinantes Sociales de la Salud un modelo conceptual que permite explorar el ambiente familiar, educativo, los servicios de salud y la vivienda; así como los principales determinantes de estilo de vida y salud de los individuos⁶⁵.

Los resultados obtenidos en el desarrollo de esta investigación se dividieron en tres apartados: caracterización de la muestra, el análisis descriptivo y el inferencial. Orden en el que se presenta la discusión y conclusiones.

En cuanto a los resultados estadísticos correspondientes a la caracterización de la población estudiada, se observó que el 25% de los adolescentes, es decir, que uno de cada cuatro de los adolescentes se ubicó con riesgo de ideación suicida, siendo mayor el promedio en el sexo femenino. Datos que coinciden con lo encontrado por Chávez y col.⁶⁶ quienes encontraron que el 25% de los

adolescentes habían presentado indicadores positivos de ideación suicida y en promedio, las mujeres tendieron a presentar mayor frecuencia de ideación suicida e intentos suicidas que los hombres.

De igual manera, Muñoz y col.⁶⁷ En su estudio “Ideación Suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años”, encontraron que el 30% de los adolescentes presentaron ideación suicida, siendo mayor la prevalencia en las mujeres que en los hombres. Cabe señalar que el estudio referido se realizó en otro país, que aun siendo latinoamericano la diferencia pudiera ser desde lo sociocultural. Además, no solo fue realizado a adolescentes de nivel secundaria, sino también, de nivel medio superior. Y en el estudio de González-Macip y col.⁶⁸ con estudiantes universitarios de la Ciudad de México, hallaron que un 18% había presentado ideación suicida, en una proporción de 2:1 entre mujeres y hombres.

En cuanto al incremento de la prevalencia de la ideación suicida, se debe a que nos encontramos frente a un fenómeno que lejos de disminuir se ha incrementado a pasos agigantados a nivel mundial. Afectando de manera alarmante la población adolescente. Toda vez que se trata de una etapa de vida, que se caracteriza por múltiples cambios, como: la búsqueda de una identidad y autonomía. Y en esta búsqueda, el adolescente se enfrenta a situaciones de riesgo, que cuando no son manejadas adecuadamente se convierten en factores que propician conductas de riesgo como: la conducta suicida, cuyo primer eslabón en la ideación suicida. Con mayor vulnerabilidad en el sexo femenino.

Lo anterior, podría deberse a que las mujeres suelen experimentar un mayor número de eventos estresantes a lo largo del ciclo vital y mayor sensibilidad a sus efectos, por lo que tienden a reportar un mayor número de eventos vitales negativos; particularmente, aquellos relacionados con sus padres y pareja. Simultáneamente, los factores hormonales relacionados con el ciclo reproductivo, en donde los estrógenos y la progesterona han mostrado su efecto sobre los

sistemas de neurotransmisión, neuroendocrino y cardiaco; los cuales se encuentran implicados en los trastornos del humor y/o estado de ánimo⁶⁹.

De la población con riesgo de ideación suicida, con respecto a la variable edad, se encontró que el promedio de edad en esta investigación fue de 13.42 años. Dato semejante a lo reportado por González-Forteza y col.⁷⁰ en su estudio “Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos”, realizado en dos escuelas secundarias públicas de la Ciudad de México, en donde el promedio de edad de los adolescentes fue de 13.7 años. Ello se debe a que la estructura del sistema educativo en México, establece que la educación secundaria está dirigida a población cuyo rango de edad se encuentre entre los 12 y 16 años de edad.⁷¹ Además de ser la edad, un factor individual en la adolescencia que contribuye con la ocurrencia suicida. Es en esta edad, en la que el individuo tiene la capacidad de percibir, integrar conceptos abstractos de la muerte en el pensamiento, comprender y manejar sus propias emociones en presencia de eventos estresantes.⁷²

Por otro lado, los resultados obtenidos por Chávez-Hernández y col.¹¹ en su estudio “Ideación y tentativas suicidas en estudiantes del nivel medio del estado de Guanajuato, México” con respecto a la ideación suicida y su relación con la edad, observaron que los estudiantes de 14 años presentaron proporciones más elevadas de ideación suicida. Resultados que coinciden con los hallados en esta investigación, en donde se muestra que son los adolescentes de 14 años, quienes tienen mayor riesgo de ideación suicida.

Con relación a la variable grado escolar con respecto al sexo se encontró que en el caso de las mujeres, el 45% cursa el tercer año de secundaria, el 30% segundo año y el 25% en primero año respectivamente. En el caso de los hombres, el 39% cursa el primer año de secundaria, el 36% en tercero y el 25% en segundo. De los cuales el 55% de los adolescentes están matriculados en el turno matutino y el 45% en el vespertino.

En cuanto a la variable práctica religiosa, poco menos de la mitad de los adolescentes de esta investigación reportó que profesa una religión. Y esto puede deberse a que la práctica religiosa no es algo importante para el adolescente, porque no les resulta “útil” para su vida cotidiana. En esta etapa de la vida, el adolescente busca el disfrute y aprovechar al máximo su tiempo de ocio. Para él, sus amigos y grupo de iguales satisfacen sus necesidades de amistad, seguridad, protección, relaciones cálidas y cercanas, por lo tanto, para él están cubiertas sus necesidades de protección y seguridad en esta etapa de la vida⁷³. Sin embargo, poco se ha investigado la religiosidad dentro del constructo de la ideación suicida, lo que representa un área futura a investigar.

En relación a la variable situación laboral, se observaron diferencias entre los grupos. En donde los adolescentes que no trabajan tienen mayor riesgo de ideación suicida que los que trabajan. Ello puede deberse a que los jóvenes con menores recursos sociales y educativos, están más expuestos a desarrollar conductas de riesgo.⁷⁴

En cuanto a la hipótesis planteada, se puede afirmar que los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud valorados a través de sus cuatro dimensiones: familia, vivienda, escuela y salud, están correlacionados con la prevalencia del riesgo de ideación suicida. Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con los encontrados por los autores que a continuación se señalan.

Gómez Cobos⁷⁵ desde la perspectiva de Fernández y Reyes, resalta que la familia es donde el adolescente adquiere normas, valores, derechos, obligaciones y roles. Es la dimensión más cercana al adolescente y por ello la que más se involucra en el desarrollo de conductas de riesgo ante la falta de apoyo de ésta y un trato violento. Por lo tanto, la familia resulta ser un importante recurso social para el adolescente, en la medida que él sabe que cuenta con el apoyo de sus padres. Se reducen las posibilidades en los adolescentes de desarrollar conductas de riesgo y, en cuanto al estado de ánimo se refiere, es más sano que los que no cuentan con dicho apoyo.

En el caso de la dimensión familia, también se observó una correlación significativa que coincide con los datos obtenidos por Pérez-Amezcu y col⁷⁶ en una investigación realizada en la Ciudad de México, donde un poco más de la mitad de los adolescentes reportaron tener poco apoyo familiar y un 69% de mayor posibilidad de presentar ideación suicida. De igual manera, Sánchez-Sosa y col³⁹, encontraron que, a menor funcionamiento familiar, mayor sintomatología depresiva, lo que incrementa a su vez el riesgo de ideación suicida.

En el caso de la dimensión vivienda, se observó una correlación significativa. Estos datos coinciden con los obtenidos por Hernández y col⁵⁰ ya que la vivienda es un elemento fundamental que impacta la calidad de vida de los sujetos que la habitan.

La literatura documenta que una vivienda adecuada favorece el desarrollo social y psicológico de las personas y minimiza las tensiones psicológicas y sociales que se encuentran relacionadas con el ambiente de ésta dentro de la dinámica familiar y maximiza un impacto positivo sobre la salud de los que la habitan.

Por otro lado, Maycotte⁷⁷ realizó una investigación en un fraccionamiento de Ciudad Juárez. La autora utilizó como eje articulador de su estudio la vivienda, entendida en cuatro dimensiones: **a) dimensión de bienestar:** se refiere a aquellos aspectos que se considera impactan sobre el bienestar general y se relacionan en buena medida con el nivel de vida; **b) dimensión de calidad ambiental:** contribución que tiene el medio referido a aspectos meramente naturales, en la calidad de vida; **c) dimensión psicosocial:** relativo a los hechos que impactan en el rol de individuo respecto a su participación social y que incluye el ámbito interactivo; y **d) dimensión sociopolítica:** cuestiones de orden relativo a la participación del individuo en el ámbito político y social. Encontrando que hay una relación significativa entre la salud emocional del individuo y su vivienda.

En el caso de la dimensión escuela, se observó una correlación significancia. Lo que coincide con lo referido por González-Forteza y col.⁷⁸, quien halló en una

población semejante una correlación entre el intento suicida y los eventos estresantes surgidos en el contexto educativo.

Por otro lado, Núñez⁷⁹, sostiene que el contexto educativo deja una marca importante en el adolescente, que resulta del papel del educador como el responsable de otorgarle al educando las herramientas necesarias para soportar y enfrentar las dificultades del mundo. Ello se debe a que las instituciones educativas son el segundo contexto sociocultural en el que se vivencia los procesos de transformación de los sujetos en edad adolescente, sus problemas y los significados que ellos le dan dentro del escenario educativo.⁸⁰

Por lo tanto, los alumnos de las escuelas secundarias desarrollan entre sus muros no solo una serie de conocimientos teóricos, sino que también, desarrollan actitudes y habilidades para la vida diaria, que contribuirán a constituirlos como jóvenes sanos física y emocionalmente. Pero por las características particulares de cada uno de ellos y las experiencias escolares y extraescolares diferenciadas, construirán o reconstruirán de formas distintas su relación con las instituciones educativas, con la familia, los adultos y autoridades. Al igual que con los adolescentes del sexo contrario, con sus amigos y compañeros, además de la propia identidad. Lo que puede reducir o incrementar conductas de riesgo como la conducta suicida.

En el caso de la dimensión salud, se observó una correlación significativa. Lo que coincide con lo referido por De Jesús-Reyes y col.⁸¹, quienes hallaron en una población semejante un distanciamiento de los servicios de salud con los adolescentes. Así como, las deficiencias que tienen los servicios de salud para brindar información adecuada a este grupo de población, lo que dificulta los servicios de prevención a la salud en la adolescencia.⁸² Por otro lado, tanto mujeres como hombres expresaron, que desde el momento en el que solicitan consulta médica reciben maltrato verbal y no verbal de manera explícita, ejercida por la enfermera y el médico en cada uno de los que esperan ser consultados.

5.2 Conclusiones

En conclusión, se comprobaron las hipótesis de esta investigación, teniendo en cuenta los resultados encontrados, los cuales señalan que uno de cada cuatro de los adolescentes participantes presenta un nivel de riesgo de ideación suicida, siendo mayor en mujeres con respecto a los hombres y en el que existe una correlación directa con sus Determinantes Sociales Intermedios de la Salud en sus cuatro dimensiones, siendo mayor la correlación en escuela y salud.

Considerando que la adolescencia es una etapa de crecimiento que implica cambios a nivel físico, cognitivos, conductuales y emocionales, dicha población presenta mayor vulnerabilidad de conductas de riesgo, como la conducta suicida, que implica la ideación suicida. Esto representa un campo de acción potencial para la participación del profesional de enfermería dentro de las instituciones educativas de nivel secundario en materia de salud mental.

Se puede observar como los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud influyen de manera directa en la salud de los adolescentes, según su edad, sexo, estilos de vida, nivel socioeconómico, actitudes y conductas de riesgo que afectan su salud física y mental. Por lo que se requieren de programas intersectoriales en el que se involucre al personal de enfermería especializado en salud mental que contribuya en el fortalecimiento de las condiciones en que nacen, viven, crecen, se alimentan, educan, divierten, van a envejecen y morir los adolescentes. Así como, participar en la identificación temprana de conductas de riesgo para la salud mental del adolescente, como es la ideación suicida. Toda vez que, la detección de pensamiento o ideas suicidas deben ser evaluadas desde escenarios como la escuela y la familia.

Conjuntamente, su participación deberá ser en el desarrollo de políticas públicas que vinculen a las instituciones educativas de nivel secundarias con el sistema de salud.

Además, resulta indispensable integrar a la currícula de las instituciones responsables de la formación de enfermeras profesionales, temas de salud mental con un enfoque predominantemente preventivo. Con el fin de reducir el riesgo de ideación suicida en la población adolescente.

Al mismo tiempo, es indispensable que se implementen actividades que promuevan el acercamiento de la población adolescente con los servicios de salud, tanto curativo como preventivo. Por ejemplo, la información en salud que se dirige a este grupo, que de acuerdo con los hallazgos de la presente investigación es deficiente. Resulta indispensable la implementación de estrategias sanitarias adecuadas que contribuyan a disminuir las barreras en el acceso a los servicios de salud que los adolescentes enfrentan en el estado de Culiacán, Sinaloa y, por consiguiente, ellos incrementen la utilización de estos servicios para el fortalecimiento de conocimientos y habilidades que promuevan la salud física y mental en los mismos.

5.3 Limitaciones del estudio

La presente investigación se realizó en estudiantes de una secundaria pública del noroeste del país, por lo que se sugiere repetir el estudio en otras escuelas secundarias tanto públicas como privadas en diferentes regiones del país, con la finalidad de obtener una aproximación más amplia acerca del riesgo de ideación suicida a nivel nacional y su relación con cada uno de los contextos de cada región.

5.4 Implicaciones para la enfermería

La conducta suicida en adolescentes es un problema de salud pública⁸³ que requiere ser atendido por todos los sectores de la sociedad. Ya que enmarca una realidad compleja al tratarse de un fenómeno de origen multifactorial, en donde el profesional de enfermería juega un rol clave no sólo en el cuidado, sino en la

educación, la promoción y prevención de conductas de riesgo, como es, la conducta suicida en adolescentes.^{84,85} Además, de promover el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales que se traduzcan en conductas que favorezcan su salud mental.

Teniendo en cuenta los hallazgos de esta investigación, en los que se expone un franco incremento en el riesgo de ideación suicida correlacionado con los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud de la población participantes, se observó que no en todos los casos resulta la ideación suicida de una alteración a nivel orgánico, sino de factores externos, como los que se enmarcan en las cuatro dimensiones los Determinantes Sociales Intermedios de la Salud: familia, vivienda, escuela y del sector salud.

De ahí, la importancia de que las instituciones educativas responsables de formar profesionales de enfermería de pregrado deben incluir en el currículo asignaturas de salud mental cuyos contenidos desarrollen habilidades en los alumnos para la identificación de factores de riesgo y la promoción de la salud mental. Así como, para disminuir el estigma social y la discriminación que hoy en día están asociados a las enfermedades mentales y a quienes las padecen

Además de contar con profesional de enfermería especializado en Salud Mental en el ámbito comunitario, que promueva la salud mental, desarrolle acciones de prevención de conductas de riesgo, así como la identificación precoz de enfermedades mentales, particularmente a nivel familiar y escolar. Así, los talleres psicoeducativos representan una estrategia terapéutica de gran utilidad para que el personal de enfermería especializado promueva la salud mental de los adolescentes y en los que se involucren tanto a padres de familia, docentes, autoridades educativas y personal de enfermería como parte de una responsabilidad social.

Así mismo, se requieren de enfermeras especializadas en Paidopsiquiatría, para aquellos adolescentes hospitalizados por conducta suicida, en cuyo caso sus intervenciones deben estar encaminadas a un cuidado integral y especializado

que favorezca la recuperación de la salud mental y la reinserción social de dichos adolescentes.

Por último, resulta importante promover la investigación por enfermería sobre el riesgo de ideación suicida, desde enfoques integrales dados la multifactorialidad de la Ideación suicida, siendo ésta el primer eslabón del constructo de la conducta suicida.

CAPÍTULO VI

6 Referencias Bibliográficas

1. OMS.com, Suicidio: Datos y cifras [sede Web] OMS.com; [actualizada en 2018; acceso 10 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Hdc1vE>
2. De Bedout H. Panorama actual del suicidio: Análisis psicológico y psicoanalítico [Internet] 2008 [consultado el 20 de septiembre del 2018];1(2):53-63. Disponible <https://bit.ly/2prswPo>
3. Denis-Rodríguez, Barradas A, Delgadillo-Castillo. et. al. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta-análisis. Ride. [Internet] 2017 julio-diciembre [consultado el 15 de febrero del 2018];15(8). Disponible en: <https://bit.ly/2QUBsaF>
4. Alvarado J, Betanzos K. Ideación suicida en estudiantes de la Escuela Secundaria del Estado José María Luis Mora en Tuxtla Gutiérrez [Internet] 2014 [consultado el 19 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2OujO0H>
5. INEGI.org.mx, Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Datos Nacionales. [comunicado de prensa 410/18] INEGI.org.; [actualizada en 2018; acceso 10 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Hdc1vE>
6. Vargas H, Saavedra J. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Rev Neuropsiquiatr. [Revista en línea] 2012 julio-diciembre [consultado el 20 de febrero del 2018];75(1). Disponible en: <https://bit.ly/2CxgsDE>
7. Silberman M, Moreno A, Kawas B. et. al. Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. [Revista en línea] 2013 julio-agosto [consultado el 16 de febrero del 2018];56(4). Disponible en: <https://bit.ly/2rfJ3av>

8. Cuesta-Revé. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. Rev Mex Pediatr [Revista en línea] 2017 julio-noviembre [consultado 10 abril 2018];84(2). Disponible en: <https://bit.ly/2HY6Qoo>
9. Aguilar H, Perera M. Caracterización de la situación de los individuos con intento suicida. Rev Cienc Médicas. La Habana [Revista en línea] 2016 mayo-julio [consultado 13 marzo 2017];23(1). Disponible en: <https://bit.ly/2Opr2D4>
10. Hernández P. Frecuencia de intentos suicidas atendidos en un servicio de urgencias. Rev Med IMSS [Revista en línea] 2001 julio-noviembre [consultado 10 marzo 2017];40(3). Disponible en <https://bit.ly/2sPaZR8>
11. Chávez-Hernández, González-Forteza, Juárez-Loyola, et. al. Ideación y tentativas suicidas en estudiantes de nivel medio del estado de Guanajuato, México. [Revista en línea] 2015 diciembre [consultado 13 abril 2018];17(68). Disponible en: <https://bit.ly/2Vo5bur>
12. Villalobos-Galvis. Comportamiento suicida en la escuela secundaria y estudiantes universitarios en San Juan de Pasto, Colombia. Rev Sal Ment [Revista en línea] 2009 marzo-abril [consultado 16 abril 2018];32(2). Disponible en <https://bit.ly/2yD5EPO>
13. OMS.com, El Suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [sede Web] OMS.com; [actualizada en 2018; acceso 13 de julio de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Clmqgj>
14. Santos HGB, Marcon S, Espinosa M. et. al. Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Revista on-line] 2017 [consultado 15 julio 2018];25:e2878. Disponible en <https://bit.ly/2v0S0Yv>
15. Aguilar-Sánchez. Lorenzo R. (dir). Trastorno depresivo y suicidio. [tesis doctoral en Internet] Salamanca. Universidad de Salamanca; 2014 [citado 15 de septiembre 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2vYeqHg>
16. Denis-Rodríguez E, Barradas A, Delgadillo-Castillo R. et. al. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica. Ride.

- [Revista en línea] 2017 julio-diciembre [consultado 18 julio 2018];8(15). Disponible en: <https://bit.ly/2xzmjgn>
17. Oldak Finkler. Guía para el docente: Talleres de convivencia. Educación Secundaria. 3ed. México: Secretaría de Educación Pública;2018. Disponible en: <https://bit.ly/2CQ6KfZ>
 18. Gómez C, Borges G. Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. Salud Mental [Intente] 1996 [consultado 20 noviembre 2017];19(1):45-55. Disponible en: <https://bit.ly/2l1lw7b>
 19. Caballero G, Moreno G, Sosa C. et. al. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. [Intente] 2013 [consultado 20 marzo 2017];18(1):40-50. Disponible en <https://bit.ly/2Vj1BGM>
 20. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018. [Intente] 2013 [consultado 15 noviembre 2017]:1-86. Disponible en: <http://bit.ly/2hD8no0>
 21. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018. [Intente] 2013 [consultado 15 noviembre 2017]:1-184. Disponible <http://bit.ly/2hsmLfc>
 22. Sánchez-Cervantes F, Serrano-González R, Márquez-Caraveo. Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011. Rev Sal Ment [Revista en línea] 2015 septiembre [consultado 15 julio 2018];38(5). Disponible en <https://bit.ly/2lZUutr>
 23. Rosabal G, Romero M, Gaquín R. et. al. Conductas de riesgo en los adolescentes. Rev Cub Med Mil. [Intente] 2015 [consultado 20 noviembre 2017];44(2):218-229. Disponible en: <https://bit.ly/2Bln1nW>
 24. Güemes-Hidalgo M, González-Fierro C, Hidalgo V. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. [Internet] 2017 [consultado el 4 septiembre del 2017];XXI(4):233-244. Disponible en: <https://bit.ly/2Ngb9ea>
 25. Lozano V. Teoría de teorías sobre la adolescencia. [Internet] 2014 julio [consultado el 4 septiembre del 2017];40:11-36. Disponible en: <https://bit.ly/2OwreNG>

- 26.OMS.com, Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Desarrollo de la adolescencia [sede Web] OMS.com; [actualizada en 2018; acceso 20 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Hdc1vE>
- 27.Fierro A. La transición de la adolescencia a la edad adulta: Teorías y realidades. Universidad Autónoma de Madrid. [Internet] 2009 junio [consultado 18 de marzo 2017]; Disponible en: <https://bit.ly/2HYnKRg>
- 28.Caballero G, Moreno Gelis, Sosa Cruz, et. al. Los Determinantes Sociales de la Salud y sus diferentes modelos explicativos. [Internet] 2012 [consultado 20 marzo 2017];15. Disponible en: <https://bit.ly/2yIKVKx>
- 29.Gómez C. Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizad. Universidad de Chile. [Internet] 2012 julio-agosto [consultado el 14 septiembre del 2017];23(5):607-615. Disponible en: <https://bit.ly/2qBQQ2G>
- 30.De Bedout H. Panorama actual del suicidio: Análisis psicológico y psicoanalítico [Internet] 2008 [consultado el 20 de septiembre del 2018];1(2):53-63. Disponible <https://bit.ly/2prswPo>
- 31.Bryan C, Rudd M. Advances in the assessment of suicide risk. J Clin Psychol [Internet] 2006 [citado 19 de septiembre 2017];62: 185-200. Disponible en: <https://bit.ly/2vQlynV>
- 32.Caballero-González, Moreno-Gelis, Sosa-Cruz. et. al. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos [Internet] 2013 [consultado el 17 septiembre del 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2L7uD24>
- 33.Rodríguez-Yunta E. Determinantes Sociales de la Salud Mental. Rol de la Religiosidad. [Internet] 2016 [consultado el 14 septiembre del 2017];20(2):192-2014. Disponible en: <https://bit.ly/2CJPeln>
- 34.OMS.com, Salud mental: un estado de bienestar. [sede Web] OMS.com; [actualizada en 2013; acceso 14 de septiembre de 2017]. Disponible en <https://bit.ly/2HToZo0>
- 35.Urbina M, González M. La importancia de los Determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Instituto Nacional de Salud Publica [Internet] 2012 [Consultado 05 mayo 2017];1:1-132. Disponible en <https://bit.ly/2LxD8UO>

36. Urbina M. Los Determinantes Sociales de la Salud y de la Equidad en Salud. [Internet] México: Colección del 150 aniversario de la Academia Nacional de Medicina; 2016 [consultado el 20 septiembre del 2017] 242 p. Disponible en: <https://bit.ly/2MgLbqn>
37. OMS.com, Determinantes Sociales de Salud: ¿Qué es, por qué, y cómo? [sede Web] OMS.com; [actualizada en 2018; acceso 12 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2TPyyWE>
38. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud: Declaración política de Río sobre los Determinantes Sociales de Salud [internet] 2011 [consultado 12 de febrero de 2018]. 8 p. Disponible en: <https://bit.ly/2HeiMk2>
39. Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu G. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. Intervención Psicosocial. [Internet] 2010 [consultado el 20 de septiembre del 2018];19(3):279-287. Disponible en <https://bit.ly/2NX6At1>
40. Leal Z, Vásquez R. Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos [informe de investigación] 2012 [citado 16 de noviembre 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2H3T1I8>
41. Pérez-Amezcu B, Rivera-Rivera L, E Atienzo. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la Republica Mexicana. [Internet] 2010 [consultado el 17 septiembre del 2018];52(4):324-333. Disponible en: <https://bit.ly/2PgVonH>
42. Landázuri-Ortíz, Mercado-Doménech. Algunos factores físicos y psicosociales relacionados con la habitabilidad interna de la vivienda. UNAM. [Internet] 2004 [consultado el 17 de septiembre del 2018];5(1y2):89-113. Disponible en <https://bit.ly/2OPCebB>
43. Alvarado R. Los problemas de salud mental en los adolescentes, el derecho a la salud en la actual política de salud y el papel del profesional de enfermería Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia [Internet] 2011 [consultado el 18 de septiembre del 2018];13(1):79-92. Disponible en <https://bit.ly/2ku1IUe>

44. Andrade S, Alvis B, Pérez, Sierra F. El Suicidio y los Suicidios Colectivos [Internet] Colombia: Universidad Popular del Cesar; 2017 [consultado el 28 de febrero de 2018]. 139 p. Disponible en: <https://bit.ly/2JEqc1s>
45. Alfaro-Alfar N. Los Determinantes Sociales de la Salud y las funciones esenciales de la salud pública. [Intente] 2014 enero-abril [consultado 18 noviembre 2017];1:36-46. Disponible en: <https://bit.ly/2HMD2tQ>
46. Silberman M, Moreno L, Kawas V. et. al. Determinantes Sociales de la Salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Rev Fac Med UNAM. [Intente] 2013 febrero-mayo [consultado 21 noviembre 2017]:24-34. Disponible en: <https://bit.ly/2NHJbLles>
47. De la Torre-Ugarte-Guanillo M, Oyola-García A. Los Determinantes Sociales de la Salud: Una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. Rev. Peru. Epidemiol. [Intente] 2014 septiembre [consultado 6 diciembre 2017];18(1):1-16. Disponible en: <https://bit.ly/2HCVYMd>
48. Gutiérrez-Capulín R, Díaz-Otero K, Román-Reyes R. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. Ciencia Ergo Sum. UAEM. [Intente] 2016 [consultado 18 noviembre 2017];23(3):1-17. Disponible en: <https://bit.ly/2sR1FNe>
49. Gutiérrez C, Díaz O, y Román R. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. Ciencia Ergo Sum. [Intente] 2017 febrero [consultado 10 noviembre 2017];18(1);23(3):219-228. Disponible en: <https://bit.ly/2U4FIJY>
50. Hernández G, Velásquez S. Vivienda y calidad de vida. Medición del hábitat social en México occidental. Rev. Bitáco. Urba. Territo. [Intente] 2014 enero-junio [consultado 21 noviembre 2017];24(1);23(3):1-36. Disponible en: <https://bit.ly/2Jzhjll>
51. Landázuri O, Mercado D. Algunos factores físicos y psicológicos relacionados con la habitabilidad interna de la vivienda. [Intente] 2004 enero-junio [consultado 21 noviembre 2017];5(1y2);89-113. Disponible en: <https://bit.ly/2OPCebB>

52. Mateos B. La percepción del contexto escolar. Una imagen construida a partir de las experiencias de los alumnos. *Cuestiones Pedagógicas*. [Intente] 2008/2009 [consultado 13 noviembre 2017];19:285-300. Disponible en: <https://bit.ly/2aMmKlI>
53. Reyes J. La escuela secundaria como espacio de construcción de identidades juveniles. *RIME*. [Intente] 2009 enero-marzo [consultado 13 noviembre 2017];4(40):147-174. Disponible en: <https://bit.ly/2HPQL2T>
54. OMS.com, ¿Qué es el sistema de Salud? [sede Web] OMS.com; [actualizada en 205; acceso 13 noviembre 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2HqK94v>
55. Borja G, Pozo S. Educación para la salud con adolescentes: un enfoque desde la pedagogía social en contextos y situaciones de vulnerabilidad *RIME*. [Intente] 2017 [consultado 13 noviembre 2017];33(2):213-223. Disponible en: <https://bit.ly/2utB9KO>
56. ASALE.org. [sede Web] asale.org; [actualizada en 2018; acceso 10 de abril de 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2Ymn5QI>
57. Pérez P, Martínez B, Vianchá P. et. al. Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia. *Divers.: Perspect. Psicol.* [Internet] 2017 [consultado 15 septiembre 2018];13:91-101. Disponible en: <https://bit.ly/2PH5eTV>
58. Otero P, Zunzunegui M. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. Universidad Nacional Autónoma de México, Editores. [Internet] México: ELSEVIER;2016. P. 88-99. Disponible en: <https://bit.ly/2EXh3M8>
59. Mejía O. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. [Intente] 2013 [consultado 10 noviembre 2017];1:528-236. Disponible en: <https://bit.ly/2sJvNdX>
60. Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. Nivel Socioeconómico AMAI 2018. México. [Nota Metodológica] Comité de Nivel Socioeconómico AMAI;2018. Disponible en: <https://bit.ly/2JpDyMa>

61. amai.com, Nivel Socioeconómico AMAI “Regla 8X7” Congreso AMAI 2018. [sede Web] amai.com; [actualizada en 2018; acceso junio 2018] Disponible en: <https://bit.ly/2Om1O56>
62. Dorantes-Nova, Hernández-Mosqueda, Tobón-Tobón. Juicio de expertos para la validación de un instrumento de medición del síndrome de Burnout en la docencia. [Internet] 2016 julio-diciembre [consultado 10 marzo 2017];12(6). Disponible en: <https://bit.ly/2KrakfN>
63. Escobar-Pérez, Cuervo-Martínez. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Avances en Medición. [Intente] 2008 [consultado 10 marzo 2017];6(1). Disponible en <https://bit.ly/11I533x>
64. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. DOF 02-04-2014. Disponible en: <https://bit.ly/1SxufsZ>
65. Silberman M, Moreno-Altamirano L, Kawas-Bustamante V. Determinantes Sociales de la Salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Una experiencia desde los centros de salud pública. Rev. Fac. Med. México. [Internet] 2013 [consultado el 22 septiembre del 2018];56(4):24-34. Disponible en: <https://bit.ly/2NHJbLI>
66. Chávez H, Pérez H, Macías G. et. al. Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. Acta Universitaria. [Revista en línea] 2004 septiembre-diciembre [consultado 8 marzo 2017];14(3). Disponible en: <https://bit.ly/2Pyl2TT>
67. Muñoz J, Pinto V, Callata H. et. al. Ideación Suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. Rev. Peru Med Exp Salud Pública [Internet] 2006 [consultado el 18 septiembre del 2018];23(4):239-246. Disponible en: <https://bit.ly/2OCpWDg>
68. González-Macip S, Díaz-Martínez A, Ortiz-León S. et. al. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Rev Sal Ment [Revista en línea] 2000 abril [consultado 6 marzo 2017];23(2). Disponible en <https://bit.ly/2slve34>

69. Gaviria Arbeláez. ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? Rev. Colomb. Psiquiat. [Internet] 2009 [consultado el 21 septiembre del 2018];38(2):315-324. Disponible en: <https://bit.ly/2QtEUJ6>
70. González-Forteza C, Ramos-Lira L, Caballero-Gutiérrez M, et. al. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Psicothema [Revista en línea] 2003 noviembre [consultado 6 marzo 2017];15(4). Disponible en: <https://bit.ly/2Ors7u1>
71. Secretaría de Educación Pública. La Estructura del Sistema Educativo en México. Unidad de Planeación y Evaluación de Políticas Educativas. [Internet] 2000 [consultado el 19 septiembre del 2018]:1-37. Disponible en: <https://bit.ly/2PTeHUB>
72. Enrique P, Peralta L. La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. Rev. Ciencias Médicas. [Internet] 2015 [consultado el 17 de noviembre del 2017];40(1): 47-55. Disponible en: <https://bit.ly/2uvO2Ea>
73. Valls Iparraguirre M. Las creencias religiosas de los jóvenes [Internet] 2010 Fundación Santa María [consultado el 18 septiembre del 2018]19-28. Disponible en: <https://bit.ly/2CsLEUG>
74. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. [Internet] 2016 [consultado el 18 septiembre del 2018] Recuperado a partir de: <https://bit.ly/2FvePp1>
75. Gómez Cobos. Adolescencia y Familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo y protección. Rev. Intercont. Psicol y Educ. México. [Internet] 2008 [consultado el 17 septiembre del 2018];10(2):105-122. Disponible en: <https://bit.ly/1yEsTjA>
76. Pérez-Amezcu B, Rivera-Rivera L, E Atienzo. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la Republica Mexicana. [Internet] 2010 [consultado el 17 septiembre del 2018];52(4):324-333. Disponible en: <https://bit.ly/2PgVonH>
77. Maycotte P, Cárdenas M. (dir). Espacios abiertos y calidad de vida en conjuntos habitacionales organizados en condominios [tesis doctoral en

- Internet] Universidad de Colima; 2007 [citado 19 de noviembre 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2Ynypfz>
78. González-Forteza, Arana Q, Jiménez T. Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autoagresiva con los servicios de salud mental. Rev. Salud Mental. [Internet] 2008 [consultado el 17 septiembre del 2018];31(1):23-27. Disponible en: <https://bit.ly/2UatqiX>
79. Núñez P, Litichever L. Radiografías de la experiencia escolar. [Internet] Buenos Aires, Argentina: Grupo Editor Universitario. 2015. P. 90. Recuperado a partir de : <https://bit.ly/2TyVKHt>
80. Martínez G, Ibarra E (dir). El suicidio en adolescentes y la participación del educador para la salud en su prevención. [tesis licenciatura en Internet] CDMX. UAEM; 2013 [citado 19 de septiembre 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2CKaz4x>
81. De Jesús-Reyes D, Menkes-Bancet C, Meza-Palmeros J. Acceso y atención en servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas de Nuevo León, México. Población y Salud en Mesoamérica. [Internet] 2016 enero-julio [consultado el 17 octubre del 2018];13(2):23-27. Disponible en: <https://bit.ly/2Tyi1oY>
82. Pérez B. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev. Cubana Med Gen Integr [Revista en línea] 1999 marzo-abril [acceso el 15 febrero 2018];15(2). Disponible en: <https://bit.ly/2CLe1xk>
83. García R, Villatoro V (dir). Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas. [tesis licenciatura en Internet] CDMX. UNAM; 2006 [citado 19 de septiembre 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2UZsA5L>
84. Cruz M, Valdayo R, Martín A. Investigación enfermera sobre las manifestaciones clínicas y la prevención en la conducta suicida en la adolescencia. Rev. Psic. [Revista en línea] 1917 febrero-abril [acceso el 10 febrero 2018];1(1):221-228. Disponible en: <https://bit.ly/2N56qMO>

85. INEGI.org.mx, Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Datos Nacionales. [Comunicado de prensa 410/18] INEGI.org.; [actualizada en 2018; acceso 10 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Hdc1vE>

6.1 Anexos

6.1.1 Instrumento

	Universidad Nacional Autónoma de México Coordinación de Estudios de Posgrado Programa de Maestría en Enfermería						
<h3>Prevalencia del RIS y sus DSIS en Adolescentes Estudiantes de Nivel Secundaria. “</h3>							
<p>El siguiente cuestionario forma parte de una investigación en enfermería cuyo objetivo es: identificar la prevalencia del RIS y sus Determinantes Sociales Intermedios de la Salud en una población de adolescentes mexicanos, estudiantes de nivel secundaria.</p> <p>De antemano, agradecemos tu apoyo al responder esta encuesta, el tiempo estimado para responderla es de 20 minutos como máximo. De igual manera, te informamos que los resultados serán utilizados con fines académicos para este proyecto de investigación.</p>							
<p><i>Instrucciones de llenado: Para resolver este cuestionario, sólo tendrás que completar la información que se te solicita de la siguiente manera:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marca con una “X” la respuesta correcta a cada una de las afirmaciones donde así se solicita, y 2. Completa los espacios vacíos con el dato que se te solicita. 							
Fecha de aplicación:	<input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/>	Folio:	<input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/>				
<h4>I.- DATOS GENERALES</h4>							
Por favor, lee cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones y responde a cada una de ellas, marcando con “X” tu respuesta y en algunos casos deberás especificar lo que se te solicita.							
1.-	Edad <input style="width: 50px;" type="text"/> <small>(años cumplidos)</small>	2.-	Sexo <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">a) Hombre</td> <td style="text-align: center; width: 40px;">[]</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">b) Mujer</td> <td style="text-align: center;">[]</td> </tr> </table>	a) Hombre	[]	b) Mujer	[]
a) Hombre	[]						
b) Mujer	[]						
3.-	Nacionalidad <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">a) Mexicano</td> <td style="text-align: center; width: 40px;">[]</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">b) Extranjero</td> <td style="text-align: center;">[]</td> </tr> </table>	a) Mexicano	[]	b) Extranjero	[]		
a) Mexicano	[]						
b) Extranjero	[]						

4.-	Estado civil	a)	Soltero(a)	[]
		b)	Casado(a)	[]
		c)	Unión libre	[]
5.-	¿Tienes novio(a)?	a)	Sí	[]
		b)	No	[]
		c)	¿Qué edad tiene tu novio(a)?	_____
6.-	¿Tienes hijos?	a)	Sí	[]
		b)	No	[]
		c)	¿Edad?	_____
7.-	¿Profesas alguna religión?	a)	Sí	[]
		b)	No	[]
		c)	¿Cuál?	_____
8.-	¿Practicas deporte?	a)	Sí	[]
		b)	No	[]
		c)	¿Cuál?	_____
9.-	Grado escolar que cursas actualmente	a)	Primero	[]
		b)	Segundo	[]
		c)	Tercero	[]
10.-	Grupo en el que te encuentras inscrito(a)	_____		
11.-	¿En qué turno asistes a la escuela?	a)	Matutino	[]
		b)	Vespertino	[]
12.-	¿Has repetido año escolar?	a)	Sí	[]
		b)	No	[]
		c)	¿Cuál?	_____

13.-	¿Trabajas actualmente?	a)	Sí	[]
		b)	No	[]
		c)	¿En dónde?	_____
14.-	¿Qué días de la semana trabajas?	a)	De lunes a viernes	[]
		b)	Fines de semana	[]
		c)	Por temporadas	[]
15.-	¿Qué actividad desempeñas en tu trabajo?	_____		
16.-	¿En qué horario trabajas?	a)	Mañana	[]
		b)	Tarde	[]
		c)	Noche	[]
17.-	¿Cuánto te pagan semanalmente por el trabajo que desempeñas?	\$ _____		
18.-	¿De quién dependes económicamente?	a)	Ambos padres	[]
		b)	De papá únicamente	[]
		c)	De mamá únicamente	[]
		d)	De mis abuelos	[]
		e)	De otra persona	[]
19.-	¿Con quién vives?	a)	Con ambos padres	[]
		b)	Con mi papá únicamente	[]
		c)	Con mi mamá únicamente	[]
		d)	Con mis abuelos	[]
		e)	Con otra persona	[]

Por favor, lee cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones y responde a cada una de ellas, marcando tu respuesta con una "X".

¿Con qué frecuencia?		Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente
20.-	Recibo atención médica por una institución de salud pública.	[]	[]	[]	[]

21.-	Se realizan eventos de salud en la escuela. Por ejemplo: Ferias de la Salud.	[]	[]	[]	[]
22.-	Tengo el apoyo de mi familia en situaciones que para mí son difíciles de resolver.	[]	[]	[]	[]
23.-	Los espacios físicos de mi casa favorecen la convivencia familiar	[]	[]	[]	[]
24.-	Recibo información para prevenir accidentes en la adolescencia por personal de salud.	[]	[]	[]	[]
25.-	La escuela me ofrece información para prevenir las adicciones.	[]	[]	[]	[]
26.-	Se consumen bebidas alcohólicas en mi familia	[]	[]	[]	[]
27.-	Puedo tener privacidad en mi casa.	[]	[]	[]	[]
28.-	Me siento solo y triste.	[]	[]	[]	[]
29.-	La escuela ofrece información para la prevención del suicidio.	[]	[]	[]	[]
30.-	Cuando voy a consulta médica, el personal sanitario me informa sobre conductas alimenticias saludables (plato del buen comer)	[]	[]	[]	[]
31.-	Los integrantes de mi familia permiten que participe en la toma de decisiones importantes para la familia.	[]	[]	[]	[]
32.-	El diseño de los espacios físicos del interior de mi casa me proporciona paz y tranquilidad.	[]	[]	[]	[]
33.-	Pienso que las actividades que realizo a lo largo del día no son importantes.	[]	[]	[]	[]
34.-	En la escuela se realizan talleres para el cuidado de la salud mental.	[]	[]	[]	[]
35.-	Tengo dificultad para dormir y/o conciliar el sueño.	[]	[]	[]	[]
36.-	Cada uno de los integrantes de mi familia puede expresar fácilmente sus sentimientos y emociones.	[]	[]	[]	[]
37.-	La ubicación de mi casa, tiene fácil acceso a escuelas, mercados, iglesias, deportivos, mercados, etc.	[]	[]	[]	[]
38.-	Los integrantes de mi familia identifican y reconocen mis logros.	[]	[]	[]	[]
39.-	Has pensado en hacerte daño con el propósito de quitarte la vida.	[]	[]	[]	[]
40.-	En la escuela se realizan eventos de convivencia deportiva.	[]	[]	[]	[]
41.-	Los integrantes de mi familia compartimos al menos una comida al día juntos.	[]	[]	[]	[]
42.-	Participas en riñas.	[]	[]	[]	[]
43.-	Dentro de mi casa se puede platicar en privado.	[]	[]	[]	[]

44.-	Mis papás hablan con migo sobre el temas de las adicciones.	[]	[]	[]	[]
45.-	Me siento inseguro de mi mismo.	[]	[]	[]	[]
46.-	Platico con los integrantes de mi familia sobre las actividades que realizo durante el día.	[]	[]	[]	[]
47.-	Mi casa está limpia.	[]	[]	[]	[]
48.-	Mis papás conversan conmigo sobre temas relacionados a la sexualidad.	[]	[]	[]	[]
49.-	Acostumbro a portar armas blancas. Por ejemplo una navaja.	[]	[]	[]	[]
50.-	En la escuela recibo información para la prevención del embarazo adolescente.	[]	[]	[]	[]
51.-	Me siento satisfecho con la relación que sostengo con mis papás y cada integrante de mi familia.	[]	[]	[]	[]
52.-	El diseño de mi casa evita el ruido del exterior.	[]	[]	[]	[]
53.-	Recibo información por parte del personal de salud para el cuidado de mi salud mental.	[]	[]	[]	[]
54.-	Experimento sentimientos de enojo e ira.	[]	[]	[]	[]
55.-	Recibo información en la escuela para prevenir conductas violentas.	[]	[]	[]	[]
56.-	En mi familia se reparten de manera equitativa las tareas de la casa.	[]	[]	[]	[]
57.-	Tengo sentimientos negativos de hacia mi persona.	[]	[]	[]	[]
58.-	La escuela favorece el desarrollo de mi autoestima.	[]	[]	[]	[]
59.-	Participo en la decoración de mi casa (colocando posters, fotografías, trofeos, etc).	[]	[]	[]	[]
60.-	Realizo actividad física fuera de la que realizo en la escuela.	[]	[]	[]	[]
61.-	En mi casa se fomentan valores como: la hermandad, el respeto, la responsabilidad, la lealtad, el amor, la confianza, etc.	[]	[]	[]	[]
62.-	En mi casa me siento seguro y cómodo.	[]	[]	[]	[]
63.-	Mis papás promueven mi independencia.	[]	[]	[]	[]
64.-	Pienso que la vida no vale la pena ni tiene sentido.	[]	[]	[]	[]
65.-	En la escuela se realizan talleres para el manejo y control de la emociones.	[]	[]	[]	[]
66.-	Mis papás favorecen el desarrollo de mi autoestima.	[]	[]	[]	[]
67.-	En mi casa puedo disponer de un espacio para convivir con mis amigos.	[]	[]	[]	[]

68.-	El personal de salud me informa sobre la salud Sexual y Reproductiva en la adolescencia.	[]	[]	[]	[]
69.-	Mis papás favorecen mi salud mental	[]	[]	[]	[]
70.-	Los espacios físicos de mi casa permiten el desplazarme libremente (sin obstáculos).	[]	[]	[]	[]
71.-	Los integrantes de mi familia expresan sus desacuerdos sin gritos e insultos.	[]	[]	[]	[]
72.-	Los integrantes de mi familia muestran interés cuando estoy triste o deprimido.	[]	[]	[]	[]
73.-	He pensado en quitarme la vida.	[]	[]	[]	[]
74.-	En la escuela se fomentan las relaciones interpersonales sin violencia.	[]	[]	[]	[]
75.-	Los integrantes de mi familia y yo salimos de vacaciones juntos.	[]	[]	[]	[]
76.-	Las dimensiones de mi casa son adecuadas para la dinámica familiar.	[]	[]	[]	[]
77.-	Uso el condón como método anticonceptivo y de protección.	[]	[]	[]	[]
78.-	En la escuela se fomenta valores como: el respeto, la honestidad y la responsabilidad.	[]	[]	[]	[]
79.-	Cada uno de los integrantes de mi familia comparte parte de su tiempo libre en familia.	[]	[]	[]	[]
80.-	Me gusta estar en mi casa.	[]	[]	[]	[]
81.-	Acudo a los servicios de salud para solicitar condones.	[]	[]	[]	[]
82.-	Los integrantes de mi familia expresan muestras de afecto y cariño al resto de los integrantes.	[]	[]	[]	[]
83.-	Los espacios físicos de mi casa permiten que yo tenga mi propia recámara.	[]	[]	[]	[]
84.-	En la escuela se ofrece información para prevenir accidentes en la adolescencia.	[]	[]	[]	[]
85.-	He deseado no vivir.	[]	[]	[]	[]
86.-	Mi rendimiento académico es alto.	[]	[]	[]	[]
87.-	El personal de salud me informa sobre la prevención de accidentes en la adolescencia.	[]	[]	[]	[]
88.-	¿Cuántos cuartos hay en tu casa? (Incluye únicamente los que utilizan para dormir, cocinar, la sala y el comedor).	_____			
89.-	¿Cuántos baños con regadera hay en tu casa?	_____			
90.-	Funciona la regadera del baño de tu casa.	a) Sí			
		b) No			

91.-	¿Cuántos focos hay en tú casa? (Incluye los focos de lámparas, paredes, techos, jardín, etc.)					
92.-	Específica el material del que está hecho el piso de tu casa (cemento, vitro-piso, madera, etc).					
93.-	¿Tú familia cuanta con automóvil propio? (No consideres como propio el automóvil del trabajo de tus papás u otro familiar).	<table border="1"> <tr> <td>a)</td> <td>Sí</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>No</td> </tr> </table>	a)	Sí	b)	No
a)	Sí					
b)	No					
94.-	¿Cuántos integrantes de tu familia aportan dinero para cubrir los gastos de tu casa?					

Por favor, lee cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones y responde a cada una de ellas, **marcando con "X" tu respuesta y en algunos casos deberás especificar lo que se te solicita.**

				PAPÁ	MAMÁ
95.-	¿Cuál es el nivel máximo de estudios de tus papás?	a)	Primaria	[]	[]
		b)	Secundaria	[]	[]
		c)	Preparatoria o C. Técnica	[]	[]
		d)	Licenciatura	[]	[]
		e)	Posgrado	[]	[]
96.-	¿Profesan alguna religión tus papás?	a)	Sí	[]	[]
		b)	No	[]	[]
97.-	¿Trabajan tus papás?	a)	Sí	[]	[]
		b)	No	[]	[]
98.-	¿Cuál es el estado civil de tus papás?	a)	Casados	[]	
		b)	Divorciados	[]	
		c)	Viudos	[]	
		d)	Desconozco	[]	
				PAPÁ	MAMÁ
99.-	Tus papás fuman tabaco, beben alcohol y/o consume drogas.	a)	Sí	[]	[]
		b)	No	[]	[]
		c)	¿Cuál?		

100.-	Tus papás padecen alguna enfermedad mental.	a)	Sí	[]	[]
		b)	No	[]	[]
		c)	Desconozco	[]	[]
		d)	¿Cuál?		
POR FAVOR VERIFICA QUE TODAS LAS PREGUNTAS TENGAN RESPUESTA					
¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!					

6.1.2 Oficio de autorización de la Escuela Secundaria



ESCUELA SECUNDARIA GENERAL
No "MOISES SÁENZ"
CLAVE: 25DES0007S
CICLO ESCOLAR: 2017 – 2018



ASUNTO: Respuesta solicitud.

Culiacán, Sinaloa a 05 de marzo del 2018.

Dra. Gandhi Ponce Gómez
Coordinadora del Programa de Maestría
en Enfermería de la Universidad Nacional
Autónoma de México.

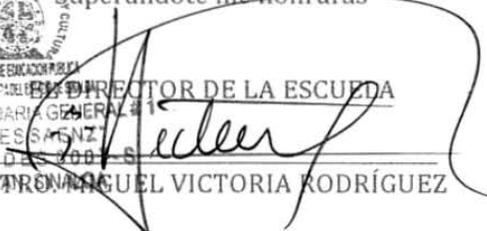
PRESENTE:

CON AT'N
Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa
Director de Tesis

En atención al oficio del día viernes 02 del presente mes y año, dirigido a esta escuela secundaria, en el que solicita el apoyo para que se brinden las facilidades pertinentes a la alumna del PME Wendy Angélica Goñy González y pueda aplicar el del instrumento de investigación titulado ***"Determinantes Sociales Estructurales de la Salud como factores para la ideación suicida en adolescentes estudiantes de nivel secundaria"***. Por la relevancia del tema central de dicha investigación y siendo una prioridad las actividades de identificación y prevención de conductas de riesgo para nuestra población estudiantil.

Al respecto, tengo a bien informarle por este medio que es posible atender de forma satisfactoria su petición, por lo que quedamos en espera de la visita de la antes mencionada para la aplicación de dicho instrumento a partir del 12 al 16 del mes y año en curso.

Sin más por el momento, me es grato enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"Superándote me honras"

DIRECTOR DE LA ESCUELA
ESC. SECUNDARIA GENERAL
"MOISES SÁENZ"
CLAVE: 25DES0007S
CULIACÁN, SINALOA
MIGUEL VICTORIA RODRÍGUEZ

C.c.n - Archivo de la escuela.