



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

“Afectación de la calidad de vida y su impacto en casos de ideación suicida en adolescentes de secundaria”

Tesis que para obtener el grado de:

MAESTRA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD

Presenta:

PSIC. MARÍA FERNANDA HERNÁNDEZ RUÍZ

Director(a) de Tesis

DR. RUBÉN GARCÍA CRUZ

Codirector(a) de Tesis

DR. SERGIO GALÁN CUEVAS

San Agustín Tlaxiaca Hgo. a 12 de abril de 2021



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Health Sciences

Área Académica de Medicina

Department of Medicine

Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud

14/enero/2021

AAM/MCBS/009/2021

Asunto: Asignación de Jurado de Examen

María Fernanda Hernández Ruiz

Alumna de la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud

Por este conducto le comunico el jurado que le fue asignado a su Tesis titulada "Afectación de la calidad de vida y su impacto en casos de ideación suicida en adolescentes de secundaria" con el cual obtendrá el **Grado de Maestra en Ciencias Biomédicas y de la Salud**; después de revisar la tesis mencionada y haber realizado las correcciones acordadas, han decidido autorizar la impresión de la misma.

A continuación, se anotan las firmas de conformidad de los integrantes del jurado:

- PRESIDENTE Dra. Claudia González Frago
- PRIMER VOCAL Dr. Rubén García Cruz
- SECRETARIO Dr. Sergio Galán Cuevas
- SUPLENTE Dra. Jeannett Alejandra Izquierdo Vega
- SUPLENTE Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Sin otro asunto en particular, reitero a usted la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

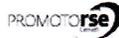
M.C. ESP. ADRIÁN MOYA ESCALERA
DIRECTOR



DIRECCIÓN

DRA. LYDIA LÓPEZ PONTIGO
COORDINADORA DE POSGRADO ICSA

DR. MANUEL SANCHEZ GUTIÉRREZ
COORDINADOR DEL PROGRAMA



Instituto de Ciencias de la Salud
Exhacienda la Concepción s/n Camino a Tilcuautla
San Agustín Tlaxiaca, Hgo. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4308
mria_bio_sal@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

AGRADECIMIENTOS

Durante el desarrollo de estos estudios, se contó con una beca de manutención otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), número de beca 920989.

Con el protocolo de investigación vigente de Enero de 2019 a Enero de 2021 con el código asignado por el comité de ética de: CEEI-000013-2019

Agradezco a los directivos de las escuelas participantes por su apoyo, cooperación e intereses en la salud emocional de los adolescentes: Escuela Secundaria General número cinco “Jaime Torres Bodet”.

A la Universidad Autónoma de San Luis Potosí quien me acogió y me brindó una experiencia inolvidable.

A mi Universidad la UAEH quien es mi alma mater, de la cual estoy orgullosa de pertenecer y desarrollarme ahora a nivel maestría.

A mi querido director el Dr. Rubén García Cruz, quien es para mí un ejemplo a seguir, que después de tantos años, he entablado no solo una gran admiración sino un extraordinario cariño y agradecimiento por todos sus conocimientos y apoyo brindado, atreviéndome a decir que es más que un tutor para mí, es un padre.

A mi codirector el Dr. Sergio Galán Cuevas, quien me apoyó con todo su conocimiento, comprensión dejándome grandes enseñanzas, vivencias y experiencias, logrando que yo fuera un mejor ser humano.

A todos los profesores que tuve durante esta etapa escolar, que me apoyaron y me dieron algo de sí mismos, en especial agradezco al Dr. Manuel Sánchez Gutiérrez y a la Dra. Jeannett Alejandra Izquierdo Vega, quienes me apoyaron en este proceso, teniendo paciencia, en mi difícil tarea de comprender este mundo que para mí puede ser tan complejo, siempre los llevaré en mi memoria.

A mi familia política, que siempre se encuentra junto a mí a pesar de las adversidades, logrando que yo tenga una sonrisa y una nueva perspectiva hacia la vida.

A mi padre que se encuentra conmigo en estos momentos, apoyándome incondicionalmente en todos los aspectos de mi vida, dándome un ejemplo de cómo debemos crecer intelectualmente, moral y académicamente.

El amor de mi vida que siempre ha estado conmigo en las buenas y en las malas, logrando que sea siempre mejor de lo que pueda ser, apoyándome en lograr este gran sueño, gracias Alonso, siempre te amaré.

I. ÍNDICE GENERAL

I. ÍNDICE GENERAL	4
II. ÍNDICE DE FIGURAS.....	7
III. ÍNDICE DE TABLAS.....	8
IV. RESUMEN.....	9
V. ABSTRACT.....	10
I. INTRODUCCIÓN	11
II. ANTECEDENTES.....	15
A. 2.1 Generalidades	15
1. 2.1.1 Calidad de vida conceptualización	15
2.1.2 Factores intervinientes en el desarrollo de la calidad de vida.	16
2.1.3 Constructo de bienestar físico	18
a) 2.1.3.1 Constructo de bienestar psicológico	19
b) 2.1.3.2 Constructo de estado de ánimo	20
c) 2.1.3.3 Constructo de autopercepción.....	20
d) 2.1.3.4 Constructo de autonomía	21
e) 2.1.3.5 Constructo de relación familiar.....	22
f) 2.1.3.6 Constructo de estabilidad económica.....	22
g) 2.1.3.7 Constructo de amigos y apoyo entre pares	23
h) 2.1.3.8 Constructo de entorno escolar / aceptación social y acoso escolar.....	24
i) 2.1.3.9 Constructo de violencia.....	24
2.1.4 Adolescencia y características.....	25
2.1.4.1 Características del área psicológico	26
j) 2.1.4.2 Características área social	27
k) 2.1.4.3 Características del área cultural	27

2.1.5	Ideación suicida y adolescentes.....	28
1)	2.1.5.1 Suicidio conceptualización	28
2.	2.1.6 Consideraciones sobre la conducta suicida	32
2.1.2	Factores de riesgo en la conducta suicida	32
2.1.3	Ideación suicida.....	33
a)	2.1.8.1 Factores biológicos	1
b)	2.1.8.2 Factores psicológicos	36
c)	2.1.8.3 Factores sociales- culturales	37
d)	2.1.8.4 Factor de autoestima	38
e)	2.1.8.5 Factor de autoeficacia	38
f)	2.1.8.6 Factor de desesperanza	39
g)	2.1.8.7 Factor de ansiedad.....	39
h)	2.1.8.8 Factor de relaciones familiares	40
i)	2.1.8.9 Factor de relaciones escolares.....	40
j)	2.1.8.10 Factor de tolerancia a la frustración.....	40
k)	2.1.8.11 Factor de autoagresión	41
l)	2.1.8.12 Factor de pensamientos suicidas.....	42
3.	2.1.9 Perspectiva de la OMS ante el suicidio	43
2.1.5	Prevención del suicidio	44
2.1.6	Metodologías actuales de intervención	45
2.1.7	Modelo Hidalgo.....	46
2.1.8	Programas de prevención de suicidio en países desarrollados	47
B.	2.2 Antecedentes del problema.....	50
1.	2.2.1 Epidemiología de la conducta suicida	50
2.	2.2.2 Estadísticas de suicidio en México.....	51

3. 2.2.3 Antecedentes de trabajos realizados	54
C. 2.3 Planteamiento del problema	58
III. JUSTIFICACIÓN	60
D. 3.1 Preguntas de investigación	61
IV. HIPÓTESIS / SUPUESTO TEÓRICO	61
V. OBJETIVOS.....	61
5.1 Objetivo general	61
E. 5.2 Objetivos específicos.....	62
VI. VI. MATERIAL Y MÉTODO	62
6.1 Tipo de estudio	62
1. 6.1.1 Instrumentos de medición.....	63
a) 6.1.1.1 Kidscreen 52	63
b) 6.1.1.2 IMIS IV Inventario Multifacético de Ideación suicida	64
B. 6.2 Diseño de investigación.....	65
C. 6.3 Procedimiento.....	66
6.4 Definición de las variables	67
D. 6.5 Análisis estadísticos.....	69
VII.VII. RESULTADOS	70
VIII. VIII. DISCUSIÓN	84
8.1 Nivel de presencia de calidad de vida evaluado por kidscreen-52 en adolescentes de nivel secundaria.	84
A. 8.2 Nivel de presencia de ideación suicida evaluado por IMIS IV en adolescentes de nivel secundaria.	86
IX. XI. CONCLUSIONES	92
X. RECOMENDACIONES.....	94

XI. XI. ANEXOS	95
(1) Consentimiento informado	95
(2) Aprobación código de ética	96
REFERENCIAS	97

II. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Resultados de estudio de calidad de vida aplicado a México	18
Figura 2. Tasa de suicidios, 2010-2017	52
Figura 3. Tasa estandarizada de suicidios por entidad federativa.	53
Figura 4. Tasa de suicidio por sexo y edad en México, cada 100 mil habitantes	53
Figura 5. Medidas descriptivas de variables de ajuste entre ideación suicida y suicidio	54
Figura 6. Intento de Suicidio, Familia, Autoestima e Ideación suicida	55
Figura 7. Porcentaje de ideación suicida en adolescentes	56
Figura 8: Correlación tolerancia a la frustración- autoestima IMIS -IV	81
Figura 9: Correlación desesperanza- autoeficacia IMIS IV	81
Figura 10: Correlación desesperanza- depresión IMIS-IV	81
Figura 11: Correlación relaciones familiares-autoagresión	81
Figura 12: Autoagresión- relaciones familiares IMIS IV	82
Figura 13: Pensamiento suicida- relaciones escolares IMIS IV	82
Figura 14: Correlación pensamiento suicida- autoagresión IMIS IV	82
Figura 15: Correlación pensamiento suicida -relaciones escolares IMIS IV	82
Figura 16: Correlación amigos y apoyo social- autoestima Kidscreen 52	83
Figura 17: Correlación autoestima - bienestar psicológico Kidscreen 52	83
Figura 18: Correlación autoestima - relaciones de padres de familia Kidscreen -52	83
Figura 19: Correlación bienestar psicológico- Relacion padres de familia Kidscreen 52	83
Figura 20: Correlación bienestar físico - bienestar psicológico 52 Kidscreen 52	84

III. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Diseño de la investigación	65
Tabla 2: Dimensiones Kidscreen -52, promedio, desviación estándar y Alfa de Cronbach	71
Tabla 3: Respuesta a la cuestión ¿Alguna vez le has contado o avisado a alguien tus pensamientos suicidas	71
Tabla 4: Respuesta a la cuestión ¿Has tenido algún intento suicida?	72
Tabla 5: Propiedades métricas IMIS-IV	72
Tabla 6: Población, por sexo y nivel	73
Tabla 7: Correlaciones de Pearson ($\alpha < 0.05$) entre las dimensiones del IMIS-IV prueba t de welch	
Tabla 8: Dimensión por nivel IMIS IV prueba t de welch	76
Tabla 9: Dimensión por sexo Kidscreen – 52 prueba t de welch	76
Tabla 10: Dimensión por nivel kidscreen-52 prueba t de welch	77
Tabla 11: Correlación IMIS IV	79
Tabla 12: Correlación kidscreen -52	80

IV. RESUMEN

La ideación suicida en adolescentes es un problema de salud preocupante en la sociedad actual, para tener una mejor comprensión de este fenómeno de auto violencia se debe estudiar a partir de una perspectiva multifactorial (1). Se logró tener esta contextualización teniendo en cuenta la variable de calidad de vida, la cual nos permitió conocer varios factores contextuales como son el bienestar físico, bienestar psicológico, autopercepción, autonomía, relación con los padres, y apoyo social (2), así mismo se tomaron factores sociodemográficos para conocer el impacto que estos tienen. Se realizó un estudio descriptivo correlacional con la finalidad de conocer la correlación entre las variables de calidad de vida e ideación suicida, en adolescentes de nivel secundaria del municipio de Pachuca de Soto en el estado de Hidalgo, aplicando dos instrumentos vía electrónica, Inventario Multifacético de Ideación Suicida (IMIS IV) y Kidscreen 52 los cuales se aplicaron en el aula de cómputo de la institución, posteriormente se analizó con el programa estadístico R, y se realizó una correlación entre variables y datos demográficos, así como como una correlación con cada uno de los factores que componen los instrumentos. En la evaluación de los factores de “la calidad de vida” e “ideación suicida”, lo que indica que los estudiantes han mostrado un buen estado de ánimo ya que pocas veces transitan en estados emocionalmente bajos. Y en la medición del “nivel de presencia de ideación suicida”, se puede observar que el valor promedio para la dimensión de pensamiento suicida es relativamente bajo. Lo anterior concuerda con los datos obtenidos tras preguntar a los estudiantes si alguna vez han presentado pensamiento suicida, revelando que un 14.9 % de la población los ha tenido. En este estudio se concluye que los factores que componen la calidad de vida se encuentran íntimamente relacionados con la presencia de ideación suicida, permitiéndonos ver que existen variables las cuales podemos fortalecer para crear un factor protector de la conducta suicida, estas obtenidas de una manera metodológica. Al llevar a cabo una evaluación completa de los factores que componen estas variables, se generó información para tener posibles marcadores relevantes en la conducta suicida, que posteriormente se podrán ocupar para crear instrumentos e intervenciones certeras para esta problemática.

Palabras Clave: Calidad de vida, Ideación suicida y Adolescencia.

V. ABSTRACT

Suicidal ideation in adolescents is a worrying health problem in today's society, to have a better understanding of this phenomenon of self-violence it must be studied from a multifactorial perspective (1). This contextualization was achieved taking into account the quality-of-life variable, which allowed us to know several contextual factors such as physical well-being, psychological well-being, self-perception, autonomy, relationship with parents, and social support (2), as well as Sociodemographic factors were taken to know the impact they have. A correlational descriptive study was carried out with the purpose of knowing the correlation between the variables of quality of life and suicidal ideation, in adolescents of secondary level of the municipality of Pachuca de Soto in the state of Hidalgo, applying two instruments electronically, the Multifaceted Inventory of Suicidal Ideation (IMIS IV) and Kidscreen 52, which were applied in the institution's computer classroom, were subsequently analyzed with the R statistical program, and a correlation between variables and demographic data was performed, as well as a correlation with each one of the factors that make up the instruments. In the evaluation of the factors of "quality of life" and "suicidal ideation", which indicates that the students have already shown a good state of mind. that they rarely travel in emotionally low states. And in the measurement of the "level of presence of suicidal ideation", it can be observed that the average value for the dimension of suicidal thinking is relatively low. The above agrees with the data obtained after asking students if they have ever presented suicidal thoughts, revealing that 14.9% of the population has had them. In this study it is concluded that the factors that make up the quality of life are closely related to the presence of suicidal ideation, allowing us to see that there are variables which we can strengthen to create a protective factor for suicidal behavior, these are obtained in a methodological way. By carrying out a complete evaluation of the factors that make up these variables, information was generated to have possible relevant markers in suicidal behavior, which can later be used to create instruments and accurate interventions for this problem.

Keywords: Quality of life, suicidal ideation, and adolescence

I. INTRODUCCIÓN

Las ciencias de la salud, en la actualidad se encuentran en una gran crisis, puesto que se han envuelto en las normas de la ciencia provocando que se vuelvan inhumanas, dejando de lado el estudio clínico descriptivo que nos brinda datos de suma relevancia, lo cual convirtió a los pacientes en simples números de expedientes a los que se trata una enfermedad; observándose como una patología y dejando de lado los diversos componentes de la persona.

Es necesario preocuparse por los asuntos psicosociales que se encuentran fuera de nuestra responsabilidad puesto que al tratar a una persona es imposible dejar de lado las diversas situaciones que no competen a nuestra especialidad, con esto refiriéndose a que cada personal de salud tiene una intervención en su propia área (3). Se ha dicho por esto que la medicina se concentra en enfermedades reales y no se pierde en la naturaleza de los aspectos psicosociológicos, el exceso de objetividad en la rama de la medicina ha provocado grandes déficits en el trato de la salud actual.

La perspectiva del área psicológica, consiste en lograr un trabajo más completo dentro de las ramas de la salud, en lo que respecta a la ideación suicida, el cual es un problema que se ha tratado de intervenir por medio de la psiquiatría, con base a tratamientos farmacológicos, los cuales lamentablemente no han sido efectivos por completos, esto lo podemos ver a través de las estadísticas que han ido en aumento convirtiendo a este en un problema de salud pública, es por esto que se ha visto la necesidad de desarrollar conocimiento más profundo sobre los diversos factores intervinientes de esta problemática, dándole una perspectiva multidimensional.

El modelo biomédico el cual tiene como método ubicar una patología cuando sale de la curva de normalidad, se ha vuelto obsoleto o poco útil puesto que para desagrado del sistema médico actual se ha observado que más allá de quitar un patógeno es necesario conocer el ambiente y factores aledaños para poder prevenir y controlar una enfermedad, sin importar cual sea. Las enfermedades de naturaleza mental presentan esta situación multidimensional de manera más notoria, puesto que se tratan conductas humanas directamente relacionadas con factores socioculturales, fisiológicos; ante esta situación actual nos vemos como trabajadores de la salud, en la necesidad de afrontar lo antes posible el dualismo de mente y cuerpo, el cual se ha separó por muchos años en busca de una supuesta medicina objetiva.

Dentro de la psiquiatría moderna se tiene como base el modelo bioquímico este da atención insuficiente a las relaciones psicológicas y conductuales, pasando por alto factores importantes dentro del desarrollo de una enfermedad mental, dando mayor confianza a los procedimientos técnicos, mediciones de laboratorio, dejando las habilidades especializadas para la entrevista que brindan entendimiento básico como los determinantes psicológicos de lado la cual no brinda los datos sociales y culturales que influyen en los síntomas de una enfermedad (3).

Ante esta situación es necesario y apremiante, cambiar nuestro modelo de creencias y encaminarlo hacia una praxis la cual busque generar un avance ante las deficiencias de nuestro sistema de salud propiciando soluciones que nos encaminan a una mejora dentro del diagnóstico y tratamiento, es por esto la relevancia de esta investigación la cual está encaminada hacia la conciliación entre la el modelo biomédico y los factores psicosociales.

Teniendo en cuenta lo anterior al no realizarse una adecuada intervención y tratamiento se puede ver disminuida la calidad de vida que tiene interrelación, al presentar patologías mentales o físicas, para llegar a desarrollar una adecuada atención primaria, en medicina familiar y desarrollar un proceso adecuado de prevención es necesario tener al personal capacitado, especializado, para así conseguir una intervención con asertividad, esto se logrará si tomamos el conocimiento psicológico, el cual es un aspecto que desafortunadamente se encuentra fuera del marco biomédico y provoca deficiencia en la calidad de vida, debemos de tener una perspectiva de unión con respecto a la visión de estos temas.

El modelo biopsicosocial provee lugar para tener y desarrollar un marco de enseñanza y diseño de acción en el mundo real del cuidado de la salud, es indispensable que la psicología comience a tener una inmersión desde la investigación para tener mayor conocimiento y desarrollo en los temas que atañen a la salud, es por esto que la investigación presente nos apoyará a un conocimiento de una problemática social actual desde una perspectiva más amplia.

En la primera sección se plantea el desarrolla el marco teórico referencial, comienza con la variable de calidad de vida (CV), la cual se define como una evaluación multidimensional, acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo a través de captar indicadores económicos, sociales, ambientales, psicológicos, que buscan conjuntar la multidimensionalidad que tienen un gran impacto en el desarrollo del ser humano, esto se ocupan

como referencia para poder conocer con mayor nitidez cómo es que la persona se desarrolla en su entorno así como su percepción (4). Las ciencias de la salud actualmente comienzan a dar importancia a los problemas mentales que afectan a la población a nivel regional, estatal, nacional y mundial, para poder comprenderlo de una mejor forma se requiere abordarlos desde una multidisciplinariedad y multifactorialidad, así lograr un abordaje eficaz y efectivo, el cual lleve a generar un conocimiento que coadyuve en la prevención y tratamiento, saliendo de aquí el término de calidad de vida (5).

Dentro del marco teórico se expone la variable de ideación suicida y sus componentes, esta es la antesala del suicidio, dicha situación lamentablemente se presenta cada vez con más frecuencia, en mayo del 2013, la 66° Asamblea Mundial de la Salud tomó el primer plan de acción sobre la salud mental de la Organización Mundial de Salud (OMS) en esta se toman medidas para la mejora de la salud, entre estas se implementó para la prevención del suicidio ya que cobran un costo alto, más de 800 000 personas mueren cada año por suicidio, esta es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad (1), convirtiéndose en un problema de salud pública mundial. Las conductas suicidas van desde la ideación suicida, el intento de suicidio hasta el suicidio consumado. La ideación suicida abarca el deseo de morir, la representación del suicidio, una idea vaga sin planeamiento de la acción, idea con planeamiento inespecífico y, la más grave de todas, idea con adecuada planificación (6). Los suicidios son prevenibles siempre y cuando se tenga el conocimiento adecuado para lograrlo, para que las respuestas nacionales sean eficaces, se necesita una estrategia integral multisectorial de prevención la cual debe estar fundamentada en conocimiento científico (7). Recientes estudios sobre el suicidio lo consideran un fenómeno multicausal por la interacción con diversos factores de riesgo que van a ver impregnada la vida del individuo y su desarrollo lo cual se reflejara en sus conductas y toma de decisiones, esta multiplicidad de situaciones se presenta en todas las etapas de nuestra vida siendo algunas más sensibles que otras como lo es la adolescencia (8).

La tercera sección plantea el desarrollo metodológico, el cual contiene la justificación, objetivos, hipótesis, planteamiento del problema, preguntas de investigación, criterios de inclusión y exclusión, población, tipo de investigación y descripción del escenario.

La cuarta sección presenta los resultados obtenidos al realizar los análisis estadísticos correspondientes de las dos variables a estudiar, así como las correlaciones entre las dimensiones

que las componen. Para finalizar esta sección se presenta la discusión, presentación de limitaciones y recomendaciones, las cuales brindan la riqueza del presente trabajo.

II. ANTECEDENTES

A. *2.1 Generalidades*

1. *2.1.1 Calidad de vida conceptualización*

En los últimos años, se ha centrado mucha atención en estudiar el impacto de las enfermedades físicas y mentales en la calidad de vida general. Se ha demostrado que el cambio a la medición de problemas psicosociales, además de las medidas biomédicas, desempeñan un papel importante al garantizar un resultado positivo del paciente desde la perspectiva del médico y del paciente, además, la evaluación continua de la CV en individuos sanos normales y en poblaciones generales específicas, como los ancianos, también ha recibido atención. Anteriormente se ha argumentado que debido a la naturaleza subjetiva de la "calidad de vida" de un individuo, este es un concepto difícil de medir y definir, pero que en términos generales puede ser visto como un concepto multidimensional que enfatiza las percepciones de uno su desarrollo físico, psicológico y social (9).

La calidad de vida es un concepto que comenzó a tomarse en cuenta en 1980 por la OMS, en este año se buscó conceptualizar y medir la calidad subjetiva de la vida de un ser humano para realizar la evaluación sobre los contextos asistenciales esto dio pie al comienzo de la conceptualización de lo que hoy se considera la calidad de vida; la sociedad no solamente se comenzó a preocupar en la satisfacción de cómo vivimos de manera económica, relaciones sociales entre otros sino, comenzó a ver cuál era la forma en que estos se interrelacionan, no se tenía en cuenta una multifactorialidad de estas situaciones dentro del desarrollo de nuestra vida, solamente cada especialista de su área tomaba en cuenta lo que estaba en sus manos cómo factores de desarrollo ante el bienestar (10).

La primera utilización del concepto tuvo lugar a fines de los años 60 en la denominada investigación científica de la asistencia social benéfica con los trabajos del grupo Wolfgang; entonces el concepto fue definido como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo de un grupo de población determinado y su correspondiente valoración subjetiva es decir la satisfacción o el bienestar. En la década siguiente el término calidad de vida se usó de muchas formas en innumerables aspectos, cómo eran síntomas de salud física. síntomas de bienestar físico,

adaptación social, la búsqueda de la felicidad entre otras, creando que este concepto se volviera indeterminado (11).

Según la OMS la calidad de vida es la percepción que un individuo tienen su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que viven y en relación con sus objetivos sus expectativas sus normas inquietudes se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto tu estado psicológico su nivel de independencia sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno (10).

En términos generales, el enfoque subjetivo se centra en cuestiones como la satisfacción con la vida, la satisfacción con necesidades definidas, la felicidad, la autorrealización y el crecimiento, por otro lado, el enfoque objetivo centrado en las condiciones de vida, indicadores económicos y sociales, sugiere que la calidad de vida mide la brecha, en un punto particular en el tiempo entre las esperanzas y expectativas del individuo y las experiencias actuales del individuo (12). Según la teoría de Maslow para alcanzar la autorrealización, es necesario pasar por un proceso de necesidades jerárquicas.

Su teoría utiliza el concepto de necesidades humanas como base para el desarrollo de la felicidad y el verdadero ser. Además de necesidades tan conocidas como la alimentación, el sexo y las relaciones sociales, Maslow habla de una necesidad más abstracta de realizarse (12).

El concepto de calidad de vida ha sufrido transformaciones en las tres últimas décadas; abarca en términos generales, cómo un individuo mide la satisfacción de los de múltiples aspectos de su vida. Estas evaluaciones incluyen las reacciones emocionales de uno a los acontecimientos de la vida, la disposición, el sentido de satisfacción y satisfacción con la vida, y la satisfacción con el trabajo y las relaciones personales (13).

2.1.2 Factores intervinientes en el desarrollo de la calidad de vida.

Existen esferas para poder construir el constructo de calidad de vida está dependen del instrumento que se ocupe para medir dicho constructo, en su mayoría se conforman de esferas física, que implican dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, la psicológica que implica sentimientos positivos, autoestima, sentimientos negativos, de grado de independencia relaciones sociales ,apoyo social, actividad sexual ,la económica, donde recae el recurso financiero la atención

sanitaria, actividad cultural y la esfera espiritual, lo que son las creencias religiosas .Todas estas pueden variar siempre que se tenga un instrumento que conforme lo que es el constructor de calidad de vida se verán que tiene múltiples factores que lo conforman (10).

De acuerdo a un estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se evalúa la calidad de vida de la población de 34 países expresada en 9 factores también llamados indicadores (14), en la figura 1 se pueden ver la representación gráfica de esos resultados:

- Vivienda
- Ingresos
- Empleo
- Comunidad
- Educación
- Medio ambiente
- Compromiso cívico
- Salud
- Satisfacción
- Seguridad
- Balance vida-trabajo

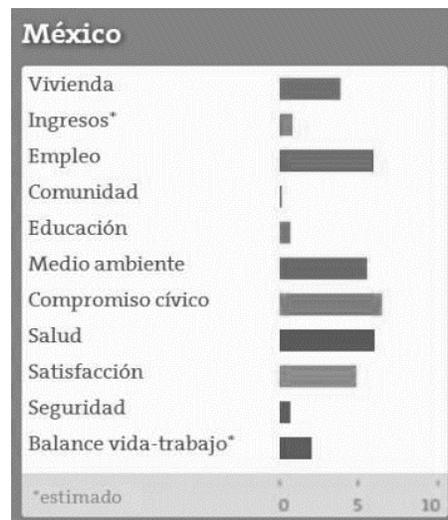


Figura 1: Resultados de estudio de calidad de vida aplicado a México

La medición de la calidad de vida en un país requiere un examen complejo de los factores que afectan la calidad de vida, sin poner demasiado énfasis en uno u otro factor. Si un factor tiene un impacto negativo en la calidad de vida, dicho impacto puede compensarse con un impacto positivo de otro factor, que aún puede resultar en una alta calidad de vida. La

medición de la calidad de vida requiere un enfoque sistémico, que implica la identificación de factores que afectan la calidad de vida y sus grupos y la determinación de las relaciones entre ellos. Todos los factores naturales, políticos, económicos y sociales forman un sistema integral, en el cual están interrelacionados. Los principales grupos de factores que afectan la calidad de vida e identificados en diversos campos de la ciencia son los siguientes: Bienestar físico (condición de salud, condición funcional), Bienestar material; Bienestar Social. Se presenta una amplia gama de factores de calidad de vida y diferentes clasificaciones sugeridas por la literatura científica (15).

Existe un instrumento que actualmente se ha aplicado para medir la calidad de vida en varios países del mundo incluyendo la Unión Europea, ha sido validado para diferentes países de Latinoamérica. Este instrumento se llama KIDSCREEN-52 (versión larga) abarca diez dimensiones de CVRS es un cuestionario de calidad de vida para población infantil y adolescente, que consta de 52 preguntas en su versión extendida, el cual también tiene un añadido para medir la satisfacción de los padres. Este instrumento está conformado por varias dimensiones: Bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción, autonomía, relación familiar, estabilidad familiar, amigos y apoyo entre pares, entorno escolar, violencia, aceptación social y acoso escolar (2).

2.1.3 Constructo de bienestar físico

La salud física y la salud mental están fuertemente ligadas. Los estudios han demostrado que cuidar su salud física mejora su estado mental de bienestar. Las formas de mejorar la salud física y promover el bienestar mental incluyen una dieta equilibrada, un sueño adecuado y la disminución de los hábitos poco saludables como fumar y beber (11).

Por otra parte, un análisis de datos de ocho sistemas de atención de salud confirmó que muchas afecciones de salud física están asociadas con el riesgo de muerte por suicidio. Una comparación de individuos que murieron por suicidio con controles emparejados seleccionados al azar reveló que la lesión cerebral traumática (LCT) aumentó el riesgo de suicidio casi nueve veces, y el Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) / Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y los trastornos del sueño lo duplicaron. A pesar de

que la hipertensión y el dolor de espalda se asociaron con menores aumentos en el riesgo, fueron las afecciones más comunes entre los que murieron por suicidio (16).

Después de controlar la edad, el sexo y la presencia de trastornos de salud mental y uso de sustancias, nueve condiciones físicas se vincularon con el riesgo de muerte por suicidio: dolor de espalda, lesión cerebral, cáncer, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, epilepsia, VIH/ SIDA, migraña y trastornos del sueño. El riesgo aumentó sustancialmente para las personas con dos o más afecciones (16).

Según los autores, estos hallazgos proporcionan evidencia de que los esfuerzos de prevención del suicidio deberían dirigirse a pacientes con afecciones crónicas de salud física, además de pacientes con factores de riesgo más conocidos de suicidio, como trastornos de salud mental y uso de sustancias e ideas suicidas. Sugirieron usar esta información para desarrollar algoritmos de registros médicos electrónicos para mejorar la detección del riesgo de suicidio en entornos de atención médica (16).

a) *2.1.3.1 Constructo de bienestar psicológico*

Para Ryff (17), el bienestar psicológico se construye como un crecimiento y una sensación completa como ser humano y está intensamente influenciado por el contexto que rodea la vida de las personas y las oportunidades de autorrealización, que no están distribuidas equitativamente (hay más oportunidades para los jóvenes que para los ancianos).

La buena salud mental y el bienestar no se tratan solo de la felicidad., sino también son los cimientos de las opciones de vida positivas, relaciones sólidas, comunidades de apoyo y la capacidad de hacer frente a la adversidad, para que las personas puedan contribuir social y económicamente a su máximo potencial. Un enfoque en el bienestar también puede reducir el suicidio y el intento de suicidio al ayudar a las personas, las familias y las comunidades a atravesar momentos de adversidad. Existen instituciones que trabajan para poner énfasis en el bienestar en todos los programas y agencias del Gobierno (18).

El bienestar psicológico es un concepto teórico que se refiere a un estado individual de equilibrio psicológico. También conocido como salud mental, bienestar subjetivo o felicidad auto informada, el bienestar psicológico ha sido objeto de estudio científico durante más de un siglo, hasta hace poco, la mayoría de los estudios sobre el bienestar definían la salud

mental como no estar enfermo, como ausencia de ansiedad, depresión u otras formas de problemas psicológicos. La concepción moderna del bienestar psicológico enfatiza las características positivas de crecimiento y desarrollo. Se señala que este concepto involucra seis componentes comúnmente aceptados: autoaceptación, propósito en la vida, dominio ambiental, crecimiento personal, relaciones positivas con los demás y autonomía (19).

b) *2.1.3.2 Constructo de estado de ánimo*

Los síntomas del estado de ánimo deben considerarse al evaluar la calidad de vida en pacientes con trastornos mentales graves, ya que las alteraciones afectivas pueden distorsionar gravemente las evaluaciones subjetivas de la calidad de vida (20).

Muchos estudios han investigado la calidad de vida en diversos trastornos psiquiátricos. Los pacientes con trastornos de ansiedad y pacientes deprimidos generalmente informaron una mayor insatisfacción con la calidad de vida que los pacientes con esquizofrenia. La depresión puede ser devastadora para todos los aspectos de la vida cotidiana, incluidas las relaciones familiares, las amistades y la capacidad de trabajar o asistir a la escuela. Los puntajes subjetivos de calidad de vida están inversamente asociados con la gravedad de los síntomas depresivos entre los pacientes con depresión mayor y distimia. Los pacientes con trastorno bipolar tienen un deterioro sustancial en la calidad de vida en comparación con la población general. La calidad de vida se ve comprometida en pacientes bipolares, incluso durante los periodos de estabilidad, cuando la calidad de vida puede predecirse por los síntomas depresivos subliminales actuales (21).

c) *2.1.3.3 Constructo de autopercepción*

En la vida cotidiana, las personas observan las acciones y comportamientos de otras personas y hacen inferencias sobre las actitudes de los demás en función de lo que observan, cuando las personas ven cómo otra persona actúa en una situación particular, a menudo atribuyen el comportamiento a los rasgos y actitudes de la persona, curiosamente, a veces las personas también observan su propio comportamiento, como lo haría un extraño, y hacen inferencias similares sobre sus propias actitudes basadas en su comportamiento. Según la teoría de la autopercepción, cuando las personas no están seguras de sus propias actitudes, una forma de inferirlas es observando sus comportamientos. Daryl Bem propuso la teoría de la

autopercepción en 1967 cuando argumentó que las personas a veces analizan su propio comportamiento de la misma manera que analizarían el comportamiento de otra persona (22).

La teoría de la autopercepción es contraintuitiva. El sentido común nos haría suponer que la personalidad y las actitudes de una persona conducen sus acciones; sin embargo, la teoría de la autopercepción muestra que este no es siempre el caso. En términos simples, ilustra que somos lo que hacemos. Según la teoría de la autopercepción, interpretamos nuestras propias acciones de la forma en que interpretamos las acciones de los demás, y nuestras acciones a menudo son influenciadas socialmente y no se producen de nuestra propia libertad, voluntad, como podríamos esperar (22).

d) 2.1.3.4 *Constructo de autonomía*

La autonomía individual es una idea que generalmente se entiende que se refiere a la capacidad de ser la propia persona, de vivir la vida de acuerdo con razones y motivos que se toman como propios y no como producto de fuerzas externas manipuladoras o distorsionadoras.

La autonomía se puede definir como la capacidad de tomar decisiones de acuerdo con el libre albedrío propio, si el individuo se siente obligado incluso por una presión interna como la culpa o la vergüenza, por no hablar de presiones externas como otras personas, el sentimiento de autonomía desaparece. Las personas pueden esforzarse por sentirse autodirigidas y autodeterminadas en sus vidas, es decir, pueden encarnar una disposición general hacia sentirse autónomas que es relativamente duradera, por lo que generalmente experimentan un sentido de aprobación personal de sus objetivos y acciones. Esto refleja la autonomía como un rasgo o disposición personal. Sin embargo, la autonomía también es una naturaleza motivacional; pertenece al dominio específico o tarea en cuestión (23).

Aunque la autonomía puede ser algo estable en el nivel de la personalidad, también puede variar de una situación a otra y de un momento a otro. En otras palabras, la medida en que un individuo se siente autónomo en un día determinado, o en cualquier momento, depende en gran medida de las características de la situación, las características de la tarea en cuestión y la calidad de la interacción interpersonal (23).

e) *2.1.3.5 Constructo de relación familiar*

Los miembros de la familia están vinculados de manera importante en cada etapa de la vida, y estas relaciones son una fuente importante de conexión social e influencia social para las personas a lo largo de sus vidas.

La calidad de las relaciones familiares, incluido el apoyo social (por ejemplo, proporcionar amor, asesoramiento y cuidado) y la tensión (por ejemplo, argumentos, ser crítico, hacer demasiadas demandas), pueden influir en el bienestar a través de vías psicosociales, conductuales y fisiológicas. Los estresores y el apoyo social son componentes centrales de la teoría del proceso de estrés, que argumenta que el estrés puede socavar la salud mental, mientras que el apoyo social puede servir como un recurso protector (24).

Aquellos que reciben apoyo de los miembros de su familia pueden sentir una mayor autoestima, y esta autoestima mejorada puede ser un recurso psicológico, alientan el optimismo, el afecto positivo y una mejor salud mental. Los miembros de la familia también pueden regular los comportamientos de los demás (es decir, el control social) y proporcionar información y aliento para comportarse de manera más saludable y utilizar de manera más efectiva los servicios de atención médica, pero el estrés en las relaciones también puede conducir a comportamientos que comprometen la salud como mecanismos de afrontamiento para tratar estrés (24).

f) *2.1.3.6 Constructo de estabilidad económica*

La estabilidad económica es una situación en la que un país no muestra gran variación en sus principales índices macroeconómicos tales como la inflación, el desempleo y el Producto Interior Bruto (PIB).

En los últimos años, algunos comentaristas han cuestionado la equivalencia del crecimiento económico con el crecimiento del bienestar y la calidad de vida de las personas. Se ha señalado que el desarrollo de riqueza no necesariamente conduce a mejoras más amplias en la calidad de vida, en numerosos casos, las naciones tienen niveles de PIB o niveles de ingresos promedio similares, pero difieren sustancialmente en los niveles de salud y educación nacionales. Por otro lado, a algunos países con mayor índice de pobreza les va

mejor que a otras naciones más ricas en términos de esperanza de vida, mortalidad infantil y otros indicadores de bienestar (25).

La estabilidad económica brinda a las personas la tranquilidad de cumplir con las necesidades básicas como lo son comida, vestido, también se ve repercutida directamente en la socialización en especial en los adolescentes propiciando que el estado económico, brinda una estabilidad en el desarrollo personal claro está que no resuelve problemas emocionales ni sustituye las necesidades psicológicas o emocionales (12).

g) *2.1.3.7 Constructo de amigos y apoyo entre pares*

Las relaciones sociales, como la amistad, tienen muchos beneficios para las personas con y sin discapacidad. Las relaciones sociales pueden mejorar la calidad de vida, ya que los beneficios generales incluyen el bienestar emocional y una salud mental más favorable, como un menor estrés y un mayor sentido de pertenencia, esto en cada etapa de la vida tiene un grado de importancia acorde a lo que esta requiera (26).

Como resultado del apoyo social, la amistad puede resultar en un compromiso más positivo, resolución de conflictos y participación comunitaria. El apoyo de amigos y familiares puede marcar una verdadera diferencia en la calidad de vida de la persona para gestionar experiencias dolorosas. Es importante mantener una sólida red de apoyo social que puede hacerlo mucho más fácil, las personas pueden estar luchando con emociones perturbadoras (como la culpa, el miedo, la ira y la vergüenza), mucho más allá de lo que habrán experimentado anteriormente, las personas desconsoladas es que necesitan compasión, reconocimiento y validación de su experiencia. En resumen, necesitan ser realmente escuchados y entendidos, apoyo sin prejuicios, un ambiente seguro y de apoyo para poder expresar su dolor (27).

h) 2.1.3.8 Constructo de entorno escolar / aceptación social y acoso escolar

El acoso escolar es un tipo de conducta violenta cuya intención es causar daño o incomodidad a otra persona y se caracteriza por ser intencional, repetitivo y en el que existe un desequilibrio de poder, la violencia se define como fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o una comunidad; que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (28).

En México, la intimidación es un importante problema de salud pública. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en 2013, en las escuelas. En el nivel secundario, el abuso verbal estaba presente en el 5.8% y el abuso físico en el 1.4% de las escuelas. Cabe destacar que, al comparar el abuso en las escuelas intermedias y secundarias de todos los países del estudio, México ocupa el primer lugar en abuso físico y el segundo en abuso verbal. Entre los países europeos y norteamericanos, el acoso escolar se ha observado en adolescentes varones más que en mujeres adolescentes, y a medida que aumenta la edad, la agresión física se convierte en acoso verbal (29).

El acoso escolar tiene consecuencias sociales y psicológicas negativas para niños y adolescentes y es un factor de riesgo para la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que se refiere a la "salud física y mental percibida individualmente o en grupos a lo largo del tiempo". Se estudió la relación entre la intimidación y la percepción de una CVRS más baja por primera vez en estudiantes australianos, víctimas del acoso escolar, advirtieron una CVRS más baja. En un estudio posterior sobre los países europeos, ser víctima de acoso escolar se asoció con la tristeza y la inestabilidad emocional medida por kidscreen- 52 (30).

i) 2.1.3.9 Constructo de violencia

El crimen y la violencia que sufren las personas que viven en una comunidad es un importante problema de salud pública. Las personas pueden estar expuestas a la violencia de muchas maneras. Pueden ser víctimas directamente, ser testigos de violencia o delitos contra la propiedad en su comunidad, o escuchar sobre el crimen y la violencia de otros residentes.

Los niños y adolescentes expuestos a la violencia corren el riesgo de tener malos resultados a largo plazo en el comportamiento y la salud mental, independientemente de si son víctimas, testigos directos o escuchan sobre el crimen.

Como ejemplo los niños expuestos a la violencia pueden experimentar problemas de comportamiento, depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. Los niños expuestos a la violencia también pueden mostrar mayores signos de agresión a partir de la escuela primaria superior. Además, los niños expuestos a varios tipos de violencia durante largos períodos de tiempo tienen más probabilidades de experimentar ansiedad, depresión, y problemas de comportamiento en comparación con niños con exposición moderada a la violencia.

Los efectos de la exposición a la violencia en la infancia pueden verse en la edad adulta y pueden dar lugar a un mayor riesgo de uso de sustancias, conducta sexual riesgosa y conducta de conducción insegura. Las personas expuestas a la violencia a cualquier edad tienen más probabilidades de involucrarse y experimentar violencia de pareja. Las mujeres expuestas a la violencia de pareja íntima tienen un mayor riesgo de problemas de salud física, como lesiones y trastornos de salud mental, como trastornos alimentarios, depresión e ideas suicidas (31).

2.1.4 Adolescencia y características

De acuerdo con la OMS la adolescencia se caracteriza por tener un registro de cambios, como: inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.

Algunas características generales que se desarrollan en la adolescencia son las siguientes (32):

- Crecimiento
- Desarrollo sexual
- Construcción de su identidad
- Necesidad de independencia

- Búsqueda de pertenecer a un grupo.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto
- Contradicciones en su conducta y cambios de estado de ánimo.
- Conflicto con los padres
- Son analíticos y formulan hipótesis
- Llegan a conclusiones propias
- Les importa el prestigio
- Egocéntricos
- Pueden llegar a ser desconsiderados con la familia.
- Sostienen los ideales del líder del grupo.
- Pueden actuar diferente las mujeres y los hombres.

2.1.4.1 Características del área psicológico

Se han asociado varios estados emocionales con el comportamiento suicida de los adolescentes, y los estados primarios incluyen estado de ánimo deprimido, ansiedad y enojo, encontraron que los síntomas depresivos auto informados predijeron futuros intentos de suicidio. También existe evidencia para sugerir que los síntomas depresivos específicos pueden estar más fuertemente asociado con comportamiento suicida que otros síntomas (16).

Estos resultados sugieren que un estado de ánimo deprimido severo puede ser un factor de riesgo particularmente relevante para los intentos de suicidio repetidos, pero otros estados de ánimo, así como los factores cognitivos y de comportamiento, pueden desempeñar un papel más importante para los intentos recientes de adolescentes primerizos.

La asociación entre los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento suicida puede explicarse, en parte, a través de procesos cognitivos asociados con la depresión. La investigación realizada hasta la fecha sugiere que los errores cognitivos (por ejemplo, sobre generalización, catastrofización, abstracción selectiva), la tríada cognitiva (es decir, puntos de vista negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro) y los pensamientos automáticos depresivos (por ejemplo, "no merezco ser amado ") están asociados con la depresión en la juventud (33).

j) *2.1.4.2 Características área social*

Por su propia naturaleza, los adolescentes tienden a ser impresionables e impulsivos la base del desarrollo de esta etapa se basa en la relación entre pares por esto a menudo están influenciados por las palabras y las acciones de otros jóvenes, particularmente sus amigos. Los profesionales de la salud mental dicen que los adolescentes vulnerables pueden verse influidos por suicidarse después de enterarse de otros adolescentes que lo han hecho. Esto es especialmente cierto cuando un suicidio genera publicidad generalizada y los jóvenes perciben la muerte como algo romántico en los medios (34).

El comportamiento suicida previo, la autolesión no suicida, la impulsividad y la agresión se encuentran entre algunos de los factores conductuales mejor estudiados asociados con el suicidio entre los adolescentes. La impulsividad y la agresión a menudo se manifiestan en adolescentes diagnosticados con trastornos de externalización, como el comportamiento disruptivo y los trastornos por uso de sustancias, que también se han relacionado con el suicidio completo he intentado entre los adolescentes (35).

k) *2.1.4.3 Características del área cultural*

En los Estados Unidos en 1998, los niños blancos representaron el 61 por ciento de todos los suicidios entre los jóvenes de 10 a 19 años, y los niños y niñas blancos juntos representaron más del 84 por ciento de todos los suicidios juveniles. Sin embargo, la tasa de suicidios entre los adolescentes varones nativos americanos es extremadamente alta en comparación con la tasa general para los niños de 10 a 19 años (19.3 por 100,000 versus 8.5 por 100,000).

La tasa de suicidios ha aumentado más rápidamente entre los niños afroamericanos de 10 a 19 años, más del doble de 2,9 por 100,000 a 6,1 por 100,000 de 1981 a 1998. Por otro lado, una encuesta nacional de 1999 de estudiantes de secundaria descubrió que los niños y las niñas hispanos fueron significativamente más propensos que los estudiantes blancos a reportar un intento de suicidio (12.8 por ciento Vs 6.7 por ciento).

Entre los estudiantes hispanos, las niñas (18.9 por ciento) eran casi tres veces más propensos que los niños (6.6 por ciento) a haber reportado un intento de suicidio. La explicación más probable para las diferencias de tasas étnicas son las variaciones en los factores culturales que promueven o inhiben el suicidio (36).

2.1.5 Ideación suicida y adolescentes

El suicidio adolescente se ha convertido en un grave problema de salud pública. La importancia del problema a menudo se subestima, pero hay decenas de miles de suicidios cada año. La OMS estima que 100,000 adolescentes en todo el mundo mueren cada año al quitarse la vida. Sin embargo, según investigadores de Suecia y China, las estadísticas de suicidio no se denuncian por razones culturales y religiosas. Además, en muchos países, los suicidios a menudo se clasifican erróneamente como otras causas de muerte (37).

Tanto los adolescentes varones como las mujeres se suicidan, aunque existen algunas diferencias de comportamiento. Las mujeres tienden a pensar en suicidarse al menos 3 veces más a menudo que los varones, pero los varones logran suicidarse con mucha más frecuencia. Los Centros de control de enfermedades afirman que, de los suicidios reportados entre jóvenes y adultos jóvenes de 10 a 24 años, más del 80 por ciento de las muertes fueron hombres. “Las mujeres jóvenes a menudo intentan suicidarse por sobredosis de drogas o cortándose a sí mismas, métodos que ofrecen más oportunidades de rescate, los varones a menudo usan armas de fuego, se cuelgan o saltan desde las alturas, métodos que generalmente causan la muerte instantánea y no ofrecen la posibilidad de intervenir (38).

l) 2.1.5.1 Suicidio conceptualización

El suicidio es la decimocuarta causa principal de muerte en todo el mundo, responsable del 1.5% de toda la mortalidad. Aunque los factores psicológicos como la toma de riesgos y la toma de decisiones pueden afectar el riesgo de otras causas de muerte (por ejemplo, enfermedades cardíacas y cáncer), el suicidio es quizás la causa de muerte más directamente afectada por factores psicológicos, porque una persona toma conciencia y la decisión de terminar con su propia vida, por lo tanto, la comprensión del suicidio y el desarrollo de métodos para predecir y prevenir su ocurrencia son responsabilidad de los psicólogos, psiquiatras y profesionales de la salud mental relacionados (7).

El suicidio es el acto de un individuo que termina intencionalmente su propia vida; se usa el término general de comportamiento suicida para referirse a pensamientos y comportamientos relacionados con un individuo que intencionalmente se quita la vida. Estos pensamientos

incluyen los resultados más específicos de la ideación suicida, que se refiere a un individuo que tiene pensamientos sobre quitarse la vida intencionalmente; plan de suicidio, que se refiere a la formulación de una trama específica por un individuo para terminar con su propia vida; e intento de suicidio, que se refiere a la participación en un comportamiento potencialmente autolesivo en el que hay al menos alguna intención de morir como resultado del comportamiento. También nos referimos a autolesionarse, definido por el Instituto Nacional de Salud y Atención a la excelencia como auto envenenamiento intencional o autolesión, independientemente del motivo (39).

2.1.6 *Definición de Suicidio*

El Suicidio es el acto de matarse de forma voluntaria; en este acto intervienen tanto los pensamientos suicidas como el acto suicida en sí. En la persona suicida se identifican: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales, aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica (40).

Durkheim (1897) define el suicidio como "la terminación de la vida de un individuo, que resulta directamente de un acto negativo o positivo de la propia víctima (39). Davis (1968) definió el suicidio como "el acto intencional de autodestrucción cometido por alguien que sabe lo que está haciendo y conoce lo probable consecuencias de su acción".

Una definición adicional es la que se encuentra en la Enciclopedia Británica (1994–1997):

"El acto de quitarse la vida voluntaria o intencionalmente", define el suicidio como: "muerte intencional, autoinfligida. Un singular acto humano, el suicidio ocurre en todas las culturas. Personas que intentan o completan suicidio, generalmente sufre de dolor emocional extremo y angustia.

El Autor del conocido estudio sociológico del suicidio, "El significado social del suicidio" (41), también es conocido por describir las dimensiones fundamentales de los significados requeridos en la definición formal de suicidio. Estos son:

1. La iniciación de un acto que conduce a la muerte del iniciador.

2. La voluntad de un acto que conduzca a la muerte del iniciador.
3. La voluntad de autodestrucción.
4. La pérdida de voluntad.
5. La motivación para estar muerto (o morir) lo cual conduce a la iniciación de un acto que conduce a la muerte del iniciador.
6. El conocimiento del actor de las acciones que inicia. tienden a producir el estado objetivo de la muerte.

2.1.7 *Concepción del suicidio a través de los tiempos*

El suicidio ha sido parte de la historia humana desde tiempos registrados. No es universal, porque hay algunos lugares en todo el mundo donde el suicidio no ocurre, pero esos lugares son bastante raros. Se presenta un breve resumen de la concepción del suicidio a través de la historia encontrado en la literatura (42).

Durante el siglo XIX, aparecieron varios cambios significativos en la sociedad. Los viejos grupos religiosos y sociales que habían ofrecido la mayor resistencia al suicidio comenzaron a perder su efectividad. El capitalismo introdujo incentivos para el beneficio individual y personal, haciendo a las personas más interdependientes económicamente, pero aislándolas socialmente. Los valores materiales suplantaron los valores religiosos y sociales. El suicidio comenzó a considerarse una desgracia, complementando las actitudes del siglo anterior, cuando se había asociado con el pecado y el crimen.

Un número creciente de científicos investigó el suicidio desde puntos de vista médicos y sociológicos. Una de las primeras obras fue por Osiander (1813), quien atribuyó el suicidio a una enfermedad mental, culpando a enfermedades de la cabeza, congestión de sangre en el cerebro, debilitamiento del cerebro por intoxicación repetida, ataques epilépticos, inflamación progresiva en el intestino delgado, aneurisma cardíaco, hinchazón de las glándulas abdominales, el estreñimiento persistente y defectos en los órganos sexuales.

Varios investigadores de este período buscaron la relación del suicidio con la psicosis y los signos pato anatómicos. La consideración del suicidio como una forma especial de locura

servió como un estímulo para todo tipo de observaciones médicas sobre la conexión entre el comportamiento del suicidio y las lesiones anatómicas encontradas en la autopsia. Los patólogos clínicos en Francia siguieron este curso con seriedad en la primera mitad del siglo XIX.

Llegó a la conclusión de que el suicidio era un fenómeno colectivo que estaba influenciado específicamente por factores que caracterizan a la sociedad en la que apareció. Los factores básicos fueron la regulación y la integración, con diversos grados de cada uno de estos factores, y su interacción, produciendo formas características de suicidio.

El segundo evento más importante en 1897 fue la publicación del ensayo “¿Is Life Worth Living?” El autor William James concluyó que los humanos no se suicidaron debido a la fe religiosa, sino más bien porque faltaba la fe misma. Fue la fe lo que ayudó a los humanos a creer, incluso en la depresión profunda, que la vida todavía valía la pena vivir un universo más allá de nuestra comprensión (43).

Varios otros investigadores a principios de 1900 exploraron el suicidio desde el punto de vista socio-estadístico. Uno de los más destacados fue Maurice Halbwachs (1930), quien recopiló estadísticas en Francia sobre intentos de suicidio y suicidio completado y encontró que la proporción era de 164 a 100, respectivamente (44). Esto está en marcado contraste con los estudios más recientes en los Estados Unidos, que encontraron una proporción de 8 a 1 para la población total (Shneidman y Farberow, 1957) y tan alta como 50 a 1 y 100 a 1 en adolescentes y jóvenes (45).

El desarrollo más significativo en la primera parte del siglo XX en términos de explorar las motivaciones y estimular las investigaciones de la dinámica del suicidio fue el crecimiento del movimiento de psicoanálisis en psiquiatría bajo el liderazgo de su fundador, Sigmund Freud, abordó el suicidio primero desde sus estudios de melancolía y depresión, y su primera teoría del suicidio se desarrolló a partir de la dinámica que caracterizó a los dos estados. En 1922, en “Más allá del principio del placer”, Freud desarrolló su teoría más complicada en la que el suicidio se convirtió en una expresión del instinto de muerte (46).

2. 2.1.6 Consideraciones sobre la conducta suicida

El suicidio es una manifestación de un defecto de los mecanismos adaptativos del sujeto a su medio ambiente, provocada por una situación problemática ya sea momentánea o permanente provocando un estado de shock emocional. Se debe considerar como fenómeno individual, un hecho de causa multifactorial resultado de la intervención de elementos biológicos, psicológicos y sociales (47).

La evaluación del individuo suicida requiere la evaluación de comportamiento suicida, el historial de salud mental y el contexto en el que ha ocurrido, y la evaluación de los factores subyacentes precipitantes, promotores y protectores en el entorno del adolescente.

Además de entrevistar al adolescente, se debe obtener información colateral de los padres y otras personas que conocen bien al paciente o al contexto. Se debe informar a los adolescentes sobre los límites de confidencialidad lo antes posible en la evaluación. Aunque la protección del derecho a la privacidad es importante, la confidencialidad no es absoluta. Los médicos, los psicólogos y otros profesionales de la salud, deben usar su criterio para determinar si el nivel de riesgo para la vida del adolescente justifica el incumplimiento de la confidencialidad del adolescente para obtener la información colateral necesaria (49).

2.1.2 Factores de riesgo en la conducta suicida

Aunque el mecanismo causal no se comprende completamente, puede ser que el desencadenante sea la desmoralización, la depresión y la mala salud asociada con el desempleo, especialmente durante un período prolongado (36).

Para aquellos que trabajan, la muerte por suicidio es más común en aquellos en ocupaciones mal pagadas (por ejemplo, trabajadores), aquellos con acceso a medios letales (por ejemplo, médicos) y en algunas ocupaciones rurales (por ejemplo, agricultores, pescadores) (50). Un grupo de investigadores (51) estudiaron los factores sociales asociados con el suicidio y descubrieron que algunos variaban según los grupos de edad entre los suicidios completos. En comparación con la población general, los que se suicidaron nunca estuvieron casados (especialmente los hombres de 30 a 39 años) o se divorciaron o enviudaron (especialmente

las mujeres de 60 a 69 años). Vivían más a menudo solos, y el aislamiento social, acompañado por el abuso del alcohol, era particularmente común entre los hombres de mediana edad. Los autores destacaron el hecho de que algunas variables sociales podrían ser consecuencias de la psicopatología de la víctima y el consumo excesivo de alcohol.

Por otro lado, numerosos estudios han concluido que el trastorno mental es el mayor factor de riesgo para el suicidio; trastorno depresivo es el más potente predictor. En un estudio (52) examinaron a casi 500 personas diagnosticadas con diversas formas de enfermedad depresiva y descubrieron que solo la depresión recurrente parecía conferir un mayor riesgo.

Aproximadamente el 10% de los pacientes con esquizofrenia morirán por suicidio. Los factores de riesgo incluyen trastornos depresivos previos, intentos de suicidio previos, abuso de drogas, agitación o inquietud motora, miedo a la desintegración mental, mala adherencia al tratamiento y pérdida reciente. La enfermedad física también es un factor de riesgo reconocido para el suicidio. Por ejemplo, los pacientes con cáncer tienen el doble de incidencia de suicidio que la población general. Es probable que este riesgo esté mediado por las tasas más altas de depresión en las personas con enfermedad física (53).

2.1.3 Ideación suicida

Se puede definir como tener pensamientos sobre completar el suicidio. Los profesionales dicen que no es anormal tener tales pensamientos en un momento u otro durante el transcurso de la vida. Sin embargo, una personalidad sana y bien integrada descarta rápidamente esos pensamientos destructivos como una alternativa inaceptable a la vida (54).

Incluso si la ideación suicida pasiva parece ser fugaz, el riesgo de un intento de suicidio es muy real. La línea entre la ideación suicida pasiva y activa es borrosa. La transición de uno a otro puede ocurrir lenta o repentinamente, y no siempre es obvio para el observador casual. Si bien alguien puede admitir que desea morir, puede negarse a hacer planes para hacerlo. Las señales de advertencia de que la ideación suicida se ha vuelto activa incluyen regalar posesiones, ordenar los asuntos y decir adiós a los seres queridos (55).

2.1.4 Factores asociados a la ideación suicida

Se ha demostrado que la conducta suicida no se hereda, pero sí la predisposición genética para padecer ciertas enfermedades mentales. Por lo tanto, en los pacientes con intenciones suicidas hay que precisar si existen esos antecedentes patológicos familiares con el fin de intervenir en la reducción del riesgo suicida, pues para prevenir ese comportamiento deben incitar modos de vida saludables como la práctica de ejercicio y deportes, una sexualidad responsable, los hábitos no tóxicos y el desarrollo de múltiples intereses que permitan un uso recreativo del tiempo libre. Para la toma de decisiones clínicas se deben identificar los factores subyacentes y estimar riesgo de muerte. Según este estudio estos factores se pueden dividir en: sociales, familiares, psicológicos y biológicos (56).

Familiares

- Funcionamiento familiar problemático
- Alta carga suicida familiar
- Abandono afectivo y desamparo
- Familia inexistente
- Violencia doméstica
- Abuso sexual
- Sociales
- Tensión social
- Cambio de posición socio económico
- Problemas con las redes sociales de apoyo
- Pérdidas personales
- Pérdida de empleo
- Catástrofes
- Desarraigo
- Aislamiento
- Exposición al suicidio de otras personas
- Violencia ambiental, de género y violencia Intergeneracional

a) 2.1.8.1 Factores biológicos

El comportamiento suicida se agrega en las familias (57) y los estudios con gemelos han demostrado que los gemelos monocigóticos tienen una mayor concordancia para la finalización del suicidio y los intentos de suicidio que sus contrapartes dicigóticas (58). Los factores familiares no genéticos también son factores de riesgo, en particular antecedentes de abuso o negligencia durante la infancia (59). Esto último en sí mismo está asociado con un mayor riesgo de psicopatología y un desarrollo neuronal alterado (60).

Biológicos

- Trastornos metabólicos
- Factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad
- Edades avanzadas, adolescencia
- Enfermedades y dolor crónico (accidentes vasculares, sida, neoplasias, entre otras)
- Enfermedades en fase terminal
- Trastornos psiquiátricos

Hasta hace poco, la mayoría de los estudios biológicos en este campo se habían centrado en hipótesis de monoaminas específicas (a menudo relacionadas con hipótesis similares en el trastorno mental mayor) y se han visto limitadas por pequeños números o reducidas por la tecnología de medición. Una nueva partida en la biología del suicidio ha sido la exploración de la patología molecular del suicidio y el comportamiento suicida. La suposición comúnmente sostenida es que el riesgo de suicidio y los aspectos de la personalidad asociados con el comportamiento suicida pueden atribuirse al maltrato infantil o a los factores estresantes ambientales actuales, incluido el trastorno mental, se han encontrado varias alteraciones neuroquímicas y de receptores que probablemente reflejan diferencias en la expresión génica en regiones cerebrales de individuos deprimidos que murieron por suicidio (61). Siempre teniendo en cuenta que los factores psicosociales tienen una gran interferencia en las condiciones de alteración biológica.

b) 2.1.8.2 Factores psicológicos

Los estudios sobre intentos de suicidio proporcionan información importante sobre los actos suicidas, pero es importante recordar las diferencias en las características entre las poblaciones de suicidio completo e intento de suicidio. En general, los que terminan son mucho más a menudo hombres, los cuales han usado métodos más letales que las sobredosis, son algo mayores, han muerto, en aproximadamente el 50%, en su primer intento de vida, y sufrieron una psicopatología más severa que los intentos.

Las primeras estimaciones del riesgo de por vida de los pacientes con trastornos del estado de ánimo sugirieron que entre el 15% y el 19% de los pacientes mueren por suicidio. (62) Sin embargo, hubo limitaciones significativas, tanto en los datos disponibles como en la metodología que los autores posteriores han señalado, mostrando, por ejemplo, la incompatibilidad de las estimaciones altas con las estimaciones de alta prevalencia de depresión en la población general (63). Bostwick y Pankratz (64) documentaron un gradiente de riesgo de suicidio de por vida (prevalencia de letalidad) de la población general a pacientes suicidas con trastornos del estado de ánimo que varían del 0.5% a 8.6%. Las estimaciones actuales más precisas del riesgo de suicidio de por vida son de un estudio nacional de riesgo de suicidio que sigue a todos los sujetos nacidos entre 1955 y 1991 que habían sido tratados en un hospital psiquiátrico en Dinamarca hasta el año 2006, o como pacientes ambulatorios (después de 1995). (65)

El estudio encontró que el riesgo absoluto de por vida para los hombres con desorden bipolar es 7.77% (IC 95% 6.01% a 10.05%), y para aquellos con trastorno afectivo unipolar, 6.67% (IC 95% 5.72% a 7.78%); para las mujeres con desorden bipolar, 4.78% (IC 95% 3.48% a 6.56%) y trastorno afectivo unipolar (MDD), 3.77% (IC 95% 3.05% a 4.66%). Si bien estas cifras aún son altas, son más compatibles con la epidemiología de los trastornos del estado de ánimo. No se generalizan a pacientes de atención primaria o sujetos de la población general que no tienen contactos de tratamiento para su trastorno. Por el contrario, con una mediana de seguimiento de 18 años, probablemente subestiman el riesgo real de por vida. En el estudio de seguimiento más largo reportado (66). Unos investigadores encontraron que el 11.1% de los 406 pacientes que murieron por suicidio tenían entre 40 y 44 años.

El principal obstáculo para comprender el suicidio es que la víctima no puede ser entrevistada y se puede determinar la razón expresada. Una solución ha sido el desarrollo de la "autopsia psicológica". Esta técnica se basa en una combinación de entrevistas a las personas más cercanas al fallecido y un examen de la evidencia que lo corrobora de fuentes tales como notas de casos de hospital y práctica general, informes de trabajo social y antecedentes penales. A partir de esta información, se realiza una evaluación de la salud mental y física, la personalidad, la experiencia de la adversidad social y la integración social de la víctima. El objetivo es producir una imagen lo más completa y precisa posible del difunto, con el fin de comprender por qué se suicidaron (67).

Una revisión sistemática de 154 estudios de autopsia psicológica (68) encontró que el trastorno mental era la variable más fuertemente asociada con el suicidio. Estos investigadores también calcularon las fracciones atribuibles a la población (FAP), que estiman la proporción de casos (por ejemplo, suicidios) en una población que puede atribuirse a la exposición (por ejemplo, trastorno mental) y puede interpretarse como la fracción de casos en una población eso podría evitarse reduciendo o eliminando la exposición.

c) 2.1.8.3 Factores sociales- culturales

El suicidio no ocurre en un vacío social, los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de suicidio; Este efecto es independiente de los antecedentes familiares de trastorno mental (69), y por lo tanto sugiere en parte un efecto de transmisión social. La exposición al comportamiento suicida de familiares o amigos también se asocia con estos comportamientos en adolescentes (70).

Si bien los mecanismos psicológicos (p. Ej., Los efectos de modelado) requieren mayor investigación empírica, las representaciones del suicidio en los medios de comunicación pueden afectar las tasas de suicidio (71). El efecto de Internet en el comportamiento suicida necesita más atención, ya que podría ejercer tanto efectos negativos y efectos positivos.

De hecho, los resultados del estudio mostraron que casi el 20% de los adolescentes informaron que Internet o los sitios de redes sociales influyeron en su decisión de autolesionarse (72).

El aislamiento social y la ausencia de apoyo social son correlacionados con el riesgo de suicidio, y son componentes importantes de los modelos contemporáneos de comportamiento suicida. Cualquier evaluación del riesgo de suicidio debe también evaluar la medida en que un individuo vulnerable es socialmente aislado (74).

d) *2.1.8.4 Factor de autoestima*

La autoestima ha sido uno de los conceptos más ampliamente estudiados en el campo de la salud mental y se ha relacionado con una amplia variedad de condiciones y comportamientos de salud mental. Muchos estudios han demostrado fuertes conexiones entre la autoestima y la ideación suicida y los intentos de suicidio (75).

La autoestima se considera generalmente como una característica de personalidad estable que refleja un sentido de valor personal (76). El concepto no debe confundirse con la autoeficacia o la confianza en sí mismo, que están relacionadas con la creencia en la capacidad de uno para desempeñarse. Aunque la autoestima se correlaciona con la depresión y, por lo tanto, puede estar causalmente vinculada, estas condiciones también deben distinguirse ya que la primera es una autoevaluación y la última descripción del estado de ánimo. De hecho, estudios (77) han sugerido que la baja autoestima puede generar una depresión general, lo que indica que el vínculo puede ser funcional pero no necesariamente contemporáneo.

e) *2.1.8.5 Factor de autoeficacia*

La autoeficacia es creer en las propias capacidades para hacer frente a diversas situaciones. De este modo, la autoeficacia puede desempeñar un papel importante no sólo en cómo un individuo se siente consigo mismo, sino en su actitud y posibilidades para alcanzar con éxito sus objetivos y metas en la vida.

En relación con el suicidio, a menudo se informa que la baja autoeficacia se asocia con niveles más altos de síntomas depresivos y de ansiedad. También se informa que está asociado con la ideación suicida y los intentos de suicidio. Se encontró que la terapia cognitiva conductual (TCC) aplicada para la ideación suicida era efectiva cuando aumentaba la autoeficacia. También se descubrió que la TCC aumentó la autoeficacia junto con la reducción de la depresión y la ideación suicida. La autoeficacia también se ha estudiado como una medida para evitar intentos de suicidio. Estos hallazgos son emocionantes porque la

autoeficacia se puede medir en muchos entornos, y la intervención para mejorar la autoeficacia se puede lograr en entornos comunes con menos estigmatización y resistencia que la encontrada para la depresión (78).

f) 2.1.8.6 *Factor de desesperanza*

Aunque la desesperanza generalmente se opera como un factor de estado (que varía con el tiempo), hay que enfatizar que también tiene componentes constantes como situaciones económicas que se deben estudiar en futuras investigaciones. La desesperanza, definida como pesimismo para el futuro, es un fuerte predictor de todos los índices de ideación y comportamiento suicidas (80). En un estudio clásico, Beck y colegas (81) pudieron predecir el 91% de todos los suicidios a partir de puntajes de desesperanza en un estudio prospectivo de 10 años de pacientes ingresados en el hospital con ideación suicida.

Sin embargo, los resultados de un estudio finlandés prospectivo de 12 años (82) mostraron que cuando la intención suicida se compara con la desesperanza (en una muestra de 224 casos de intento de suicidio), la desesperanza era un predictor no significativo de suicidio. Más recientemente, en un pequeño estudio de personas que intentaron suicidarse (83), la desesperanza no tuvo relevancia significativa en el estudio sobre de suicidio en un seguimiento de 4 años cuando se incluyeron en los análisis antecedentes de intentos de suicidio. Estos hallazgos mixtos más recientes sugieren que, aunque la desesperanza es importante en el desarrollo de la ideación suicida (consistente con los modelos teóricos), otros factores podrían ser más útiles en la predicción de intentos reales de suicidio o muertes.

g) 2.1.8.7 *Factor de ansiedad*

La ansiedad, que a menudo se conceptualiza como un estado de excitación ansiosa o desinhibición, se ha relacionado con el comportamiento suicida en muchos estudios (84). Por ejemplo, en un estudio gráfico de 76 pacientes que murieron por suicidio durante el ingreso hospitalario, el 79% tenía ansiedad severa o agitación poco antes de su muerte. Se ha planteado la hipótesis de que la agitación o ansiedad es un mecanismo potencial a través del cual el trastorno bipolar, la enfermedad médica y la prescripción de ciertos medicamentos

psiquiátricos pueden aumentar el riesgo de conducta suicida. Investigaciones recientes sugieren que la ansiedad es especialmente predictiva de intentos de suicidio entre personas que tienen alta capacidad de suicidio (85).

h) 2.1.8.8 Factor de relaciones familiares

Aunque solo una pequeña proporción de personas tiene antecedentes familiares, los profesionales de la salud mental deben ser conscientes de su fuerte influencia y deben estar atentos a los signos relevantes al tratar con personas suicidas, especialmente adolescentes y adultos jóvenes (8).

Se ha encontrado evidencia de que el suicidio puede darse en familias tanto en informes de casos como en estudios epidemiológicos. Un caso bien conocido es la familia del novelista Ernest Hemingway, en la que cinco miembros de más de cuatro generaciones murieron por suicidios completos. Los estudios epidemiológicos, basados en pacientes clínicos o muestras comunitarias, han demostrado consistentemente un riesgo significativamente mayor de comportamiento suicida entre los familiares de las víctimas e intentos de suicidio (86)

i) 2.1.8.9 Factor de relaciones escolares

Las variables escolares también se han relacionado de manera consistente con el comportamiento suicida. Investigadores encontraron que la falta de logros académicos estaba relacionada con los intentos de suicidio, incluso cuando se controlaba la depresión, un hallazgo reflejado en varios otros estudios (30).

Del mismo modo, se ha descubierto que la falta de clima escolar positivo influye en las tendencias suicidas. Aunque existe evidencia consistente de la influencia de las relaciones entre pares, familiares y escolares en el comportamiento suicida entre los adolescentes, la forma en que interactúan estos elementos ha recibido menos atención. (87).

j) 2.1.8.10 Factor de tolerancia a la frustración

La frustración se define como la sensación de impotencia sufrida ante cualquier obstáculo que dificulta alcanzar una meta. La forma en que se percibe esta frustración es lo que va a determinar la manera de reaccionar ante ella. Hablamos de baja tolerancia cuando el niño no soporta que sus deseos no sean satisfechos inmediatamente y en consecuencia reacciona con

ira, agresividad o retraimiento. Un nivel moderado se considera necesario para la formación del carácter de cara a un desarrollo emocional saludable. A medida que crece debe aprender estrategias para manejar las dificultades y obstáculos que se le presentan, en el proceso intervienen factores biológicos, de la personalidad y del entorno familiar, que influyen en la capacidad propia de cada uno (88).

Dentro de la sociedad existen algunas personas que nunca llegan a comprender que sus deseos no siempre podrán satisfacerse ya que a sus preferencias se interpondrá el entorno y otras personas con deseos propios y aspiraciones. Incluso pueden surgir inconvenientes de carácter técnico, ambiental, entre otros. Existen muchas maneras; pero por lo general la baja tolerancia a la frustración se expresa cuando la persona se enfrenta a una situación de estrés reaccionando con alguna emoción negativa como ira, rabia o melancolía desmedida ante situaciones que la mayoría de las personas son capaces de resolver sin ningún problema en su interior (89).

En los casos más severos una baja tolerancia a la frustración puede ser un factor de riesgo; y puede resultar en problemas relacionados con el consumo de drogas y el suicidio (90).

k) 2.1.8.11 Factor de autoagresión

En común con el suicidio, la autoagresión es un tipo de comportamiento más que un diagnóstico. El término autoagresión se refiere al auto envenenamiento o autolesión, independientemente del propósito previsto del acto; existe una amplia gama de severidad de autoagresiones, desde triviales hasta potencialmente mortales, y una amplia gama de motivaciones, desde una clara intención de morir, pasando por intentos de escapar de síntomas intolerables, hasta intentos de comunicarse o manejar la angustia. Las personas que se autolesionan tienen un riesgo significativamente mayor de repetición de autolesiones y de suicidio completo. Además, los pacientes que se autolesionan han aumentado significativamente las tasas de una variedad de trastornos mentales (91).

La OMS define la autolesión como: 'un acto con resultado no fatal, en el que un individuo inicia deliberadamente un comportamiento no habitual que, sin la intervención de otros, causará daño o ingiere deliberadamente una sustancia en exceso de la dosis terapéutica

prescrita o generalmente reconocida, y que tiene como objetivo realizar los cambios que el sujeto desea a través de las consecuencias físicas reales o esperadas (92).

El estudio de la epidemiología de la autolesión es más difícil que para el suicidio porque ningún país actualmente recopila datos nacionales. Además, muchos episodios de autolesiones no resultan en la asistencia al hospital. La literatura se basa en gran medida en informes de centros individuales (que pueden tener sesgos) (55).

l) 2.1.8.12 *Factor de pensamientos suicidas*

Hay algunos signos que pueden indicar que una persona puede estar teniendo pensamientos suicidas. Algunos ejemplos son:

- Expresar sentimientos y pensamientos de desesperación o inutilidad, y no preocuparse por sí mismos (incluida la apariencia física y la higiene).
- Sentirse desmotivado para participar en actividades que antes se disfrutaban, retirarse de la familia, amigos y otros, regalar sus pertenencias personales y parecer estar poniendo las cosas en orden.
- Incrementar el consumo de drogas y/o bebidas alcohólicas
- Manifestar cambios repentinos de humor o sentirse muy ansioso o agitado.

Un "punto de inflexión" puede ser un evento o desencadenante que puede desencadenar la vulnerabilidad de una persona y llevar a que los pensamientos se conviertan en comportamientos suicidas (38).

Los pensamientos suicidas no siempre resultan en que la persona intente quitarse la vida, pero es crucial ayudarlos a encontrar la ayuda adecuada lo antes posible, cuando se ha tenido algún intento de suicidio o pensamiento suicida se queda una huella emocional, aunque los intentos de suicidio son actos impulsivos mientras ocurren momentos de crisis, estos pueden provocar como secuela lesiones permanentes y graves, quedan atrás después de un suicidio, las personas llamadas «sobrevivientes del suicidio», con frecuencia experimentan dolor, ira, depresión y culpa (93).

3. 2.1.9 *Perspectiva de la OMS ante el suicidio*

La perspectiva de la Organización Mundial de la Salud acerca del suicidio es favorecer totalmente una cultura de prevención (94). Se puede hacer mucho para prevenir el suicidio, esta recomienda cuatro intervenciones clave que han demostrado ser efectivas:

- Restringir el acceso a medios
- Trabajar con los medios de comunicación para garantizar la denuncia responsable de suicidio.
- Ayudar a los jóvenes a desarrollar habilidades para hacer frente a las presiones de la vida.
- Identificación temprana y manejo de personas que están pensando en suicidarse o que han hecho un intento de suicidio, manteniendo el contacto de seguimiento a corto y largo plazo

Colectivamente, el enfoque de la OMS para la prevención del suicidio se conoce como LIVE, que comprende liderazgo, intervenciones, visión, evaluación (LIVE) como estrategias transversales y menos medios, interacción con los medios, formando la identificación temprana y joven (LIFE) como clave efectiva intervenciones. Este enfoque es la base sobre la cual se deben desarrollar estrategias nacionales multisectoriales integrales de prevención del suicidio, en 2013, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la OMS (95).

El plan de acción describe la prevención del suicidio como una prioridad importante para lograr el objetivo global de reducir la tasa de suicidios en los países en un 10% para 2020 este plan de acción destaca que los suicidios son un grave problema de salud pública en todo el mundo y que, con los esfuerzos apropiados, los suicidios son prevenibles, las respuestas nacionales al suicidio con estrategias integrales de prevención del suicidio multisectoriales son esenciales para lograr este objetivo. En 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) adoptó los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que se centran en lo que se puede lograr para 2030 (95).

Como resultado de este plan de acción la OMS reporta una reducción de las tasas de suicidio: en un 10% en el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la OMS en 1/3 en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU 2030.

Por lo tanto, deberíamos fijar la situación de la mortalidad por suicidio en México, para el año 2015 y proponernos la meta de reducir en un 10% la incidencia. Me gustaría ponerle números, cuantos en México y cuántos en Hidalgo.

2.1.5 Prevención del suicidio

Uno de los autores propone las siguientes estrategias para la prevención e intervención del suicidio (55):

- Ensayos clínicos más grandes y suficientemente potentes de tratamientos psicológicos para reducir la ideación suicida, los intentos y el suicidio.
- Desarrollo de intervenciones psicosociales más innovadoras (empleando una variedad de modalidades) para reducir la ideación suicida, los intentos y el suicidio.
- Una mejor comprensión de cómo los diferentes tipos de representación en los medios de comunicación sobre suicidio y autolesión aumentan el riesgo de conducta suicida y grupos suicidas
- Mejor comprensión de las barreras para la búsqueda de ayuda.
- Integrar los avances en la ciencia psicológica en los programas de prevención e intervención del suicidio.
- Desarrollo de intervenciones de salud pública para promover la resiliencia.
- Desarrollo de intervenciones que pueden realizarse en países de bajos y medianos ingresos.

Caso ejemplo en México

Iniciaremos con una revisión de lo realizado en 2013, en el estado mexicano de Campeche que registró 100 muertes relacionadas con el suicidio. El cual se encontraba arriba de la media nacional.

Se ha implementado un plan integral para prevenir el suicidio en el estado mexicano de Campeche. Este plan incluye un diagnóstico para conocer las causas del problema en este estado mexicano específico, la aplicación de encuestas y la creación de una línea telefónica

que permita identificar y ayudar a las personas, especialmente a los adolescentes, que tengan un perfil suicida y brindarles un tratamiento específico de acuerdo a sus necesidades.

El primer paso efectuado para este plan de prevención fue elaborar un estudio junto con el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, con el fin de identificar riesgos, ideas suicidas y causas reales de suicidio entre los estudiantes. Los resultados del estudio indicaron que las causas del suicidio están relacionadas con la violencia doméstica, las familias disfuncionales y rotas, así como con cualquier tipo de ausencia de madre, además de ansiedad y depresión, así como el acoso escolar, en este caso sería muy prudente lograr implementar un programa de contención de la violencia, disfunción familiar, ya que las madres no se encuentran muchas veces y realizar una educación para la ansiedad, depresión u acoso escolar

También aumentó el número de profesionales en psicología y recibieron capacitación para ayudar con problemas de salud mental. Se activó una línea gratuita especial para ayudar a la población en un estado crítico. La línea se encuentra abierta las 24 horas, los 7 días de la semana y actualmente recibe alrededor de 2,000 llamadas. Utilizando este medio, la población resuelve sus dudas, conoce los efectos secundarios de cualquier tipo de medicamento, o pueden solicitar atención médica en caso de crisis la cual no tuvo el impacto deseado (96).

2.1.6 Metodologías actuales de intervención

La intervención es la ayuda que se brinda a una persona o familia que está enfrentando o ha pasado por un evento traumático, con el fin de que las manifestaciones físicas o emocionales causen el menor daño posible, y que la persona afectada logre integrar esta experiencia a su favor, traduciéndose en crecimiento emocional y aprendizaje (10).

Se presenta una metodología de intervención establecida por el Manual de detección temprana y derivación en casos de ideación e intento suicida (97). Incluye los “primeros auxilios psicológicos” con tres objetivos: proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y facilitar el enlace con fuentes de asistencia. El procedimiento general dirigido, sobre todo a jóvenes de 12 a 24 años abarca.

1. Tratar a la persona con respeto y formalidad.
2. Creer lo que nos manifiesta.

3. Escucharle con genuino interés.
4. Permitirle expresar sus sentimientos (llanto, ira, disgusto).
5. Preguntar sobre la idea suicida: ¿Cómo piensas resolver tu actual situación? Me has dicho que apenas duermes, ¿en qué piensas cuando tienes insomnio? ¿Has tenido pensamientos negativos? ¿Cuáles? ¿En tu familia alguien ha intentado o se ha suicidado? ¿Lo has intentado o pensado últimamente? ¿Cuándo fue la última vez? ¿Has pensado suicidarte? ¿Has pensado en matarte?
6. Si manifiesta que ha pensado suicidarse es necesario realizar una secuencia de preguntas para determinar la planificación suicida, que incrementa notablemente el peligro de suicidio: ¿Cómo has pensado suicidarte? ¿Cuándo has pensado suicidarte? ¿Dónde has pensado suicidarte? ¿Por qué has pensado suicidarte? ¿Para qué has pensado suicidarte?
7. Para obtener respuestas que permitan conocer cómo piensa la persona, deben evitarse preguntas que puedan responderse con monosílabos.
8. Tratar de encontrar alternativas no suicidas. Deben explorarse opciones al problema que ha desencadenado la crisis suicida. El objetivo principal es canalizar a la persona a un servicio de salud mental, cuando no se tienen los elementos para su atención.
9. Establecer un pacto no suicida siempre que el estado de la persona lo permita. Para ello se le compromete a no autolesionarse y asistir a la unidad de salud respectiva.
10. Pedir permiso para involucrar a otros miembros de la familia, amistades y otras personas de apoyo.
11. No juzgarla, comprometiéndonos a guardar la confidencialidad de las conversaciones y de sus actos.
12. Ser directivo, pero respetar la autonomía. Recuerde que el objetivo como profesional de la salud es lograr la canalización.

2.1.7 Modelo Hidalgo

El Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, contempla la creación de nuevas estructuras de atención, a partir de las cuales se integrarán los elementos suficientes para modificar la visión y el trabajo de las instituciones, de tal forma que los servicios operen

conforme al respeto a los derechos de los usuarios, y reciban una atención integral médico-psiquiátrica con calidad, calidez y gratuidad (sin tomar en cuenta la atención psicológica la cual es de suma relevancia). Ofrece una red de servicios con distintas alternativas de promoción de la salud mental, prevención, atención ambulatoria, hospitalización y reinserción social, para personas de cualquier edad, que padecen algún trastorno mental. Este modelo comunitario de atención puede otorgar mejores respuestas ante la necesidad de elevar el nivel de salud de una comunidad y promueve la gratuidad de los servicios. El Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, así como este Programa han coincidido plenamente con las disposiciones del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 Asamblea Mundial de la Salud, OMS (98).

El objetivo principal de las acciones en atención primaria para salud mental, está dirigido a mitigar los determinantes sociales que afectan la salud, incrementar las habilidades para la vida de la población y realizar detección e intervención precoz y efectiva sobre los trastornos mentales y factores de alto riesgo (98).

Los objetivos de CISAME son:

- Proporcionar atención integral psiquiátrica y psicológica en salud mental ambulatoria, a toda persona que lo solicite.
- Prestar servicios de promoción de la salud mental, diagnóstico temprano, psicoeducación y tratamiento mediante consulta externa, para favorecer la salud mental entre la población con repercusiones psicológicas o trastornos mentales, que requieren de una atención especializada o subespecialidad.
- Operar como punto de enlace entre la población y los otros niveles de atención y servicios del Sistema en materia de Salud Mental.
- Dar seguimiento y control al tratamiento de personas que presentan alguna enfermedad mental.

2.1.8 Programas de prevención de suicidio en países desarrollados

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud, se presentan los siguientes programas de prevención de suicidio (95):

Programa de prevención en Escocia

Entre 2002–2006 y 2013–2017, la tasa de suicidio escocés cayó un 20%. Durante gran parte de los últimos 30 años, la tasa de suicidios en Escocia ha sido consistentemente más baja que el promedio en los 53 países de la Región Europea de la OMS. Los ingredientes clave del éxito han sido:

- Una estrategia nacional de 10 años y un plan de acción evaluado y actualizado, generando un enfoque sostenido en las acciones y resultados de prevención del suicidio.
- Un gobierno delegado, con socios nacionales clave que tengan fácil acceso al equipo de políticas de prevención del suicidio y a los ministros del gobierno; y la creación de un nuevo cargo de Ministro de Salud Mental en 2016.
- Liderazgo dedicado y una visión común del gobierno escocés y las agencias nacionales, que han influido positivamente en la acción de prevención del suicidio que involucra a agencias públicas y del tercer sector a nivel del gobierno local.
- Compromiso con un enfoque amplio de salud pública para la prevención del suicidio, combinando acciones basadas en la población y un enfoque en la equidad con intervenciones dirigidas a grupos e individuos de alto riesgo, incorporando, pero yendo más allá de las respuestas tradicionales de servicios de salud (mental).
- Abordar problemas de consumo de alcohol, especialmente a través de intervenciones breves de alcohol en atención primaria, servicios de accidentes y emergencias y entornos de atención prenatal, y una mayor atención a la identificación y el tratamiento de la depresión en atención primaria.
- Mejoras en la seguridad local del paciente introducidas sobre la base de la evidencia desarrollada por la Investigación nacional confidencial del Reino Unido sobre suicidio y homicidio por personas con enfermedades mentales (en particular, el trabajo sobre la planificación del alta).

Programa de prevención en Suecia

En 2008, el parlamento sueco puso en marcha un Programa de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio, la "Política de Visión Cero", implementando las siguientes nueve áreas de acción:

1. Promover buenas oportunidades de vida para grupos menos privilegiados.
2. Reducir el consumo de alcohol en la población y en grupos con alto riesgo de suicidio.
3. Reducir el acceso a medios y métodos de suicidio.
4. Considerar el suicidio como un error psicológico, refiriéndonos a este como una mala praxis.
5. Mejorar las iniciativas médicas, psicológicas y psicosociales.
6. Distribuir conocimiento sobre métodos basados en evidencia para reducir el suicidio
7. Elevar los niveles de habilidades entre el personal y otras personas clave en los servicios de atención.
8. Realizar análisis de "causa raíz" o evento después del suicidio
9. Apoyo a organizaciones voluntarias

Programa de prevención en Irlanda

La prevención del suicidio en Irlanda se guio por "Reach Out", la primera estrategia nacional de prevención del suicidio 2005-2014 Esta estrategia trajo un enfoque en el trabajo de prevención del suicidio y actividades guiadas en esta área. Reach Out establece una visión y principios rectores para la prevención del suicidio. Durante ese período, se describieron 96 acciones y agencias líderes identificadas (99).

1. Mejorar la comprensión y las actitudes de la nación sobre el comportamiento suicida, la salud mental y el bienestar: El lenguaje relacionado con el suicidio y la salud mental a menudo es estigmatizante o engañoso. Al trabajar con personas y organizaciones de

toda la sociedad, se puede lograr una mayor comprensión del suicidio y reducir el estigma

2. Apoyar la capacidad de las comunidades locales para prevenir y responder a la conducta suicida: iniciativas comunitarias bien estructuradas y coordinadas pueden traducirse en beneficios protectores para familias e individuos, lo que contribuye a reducir el riesgo de conducta suicida.
3. Enfoques de focalización para reducir el comportamiento suicida y mejorar la salud mental entre los grupos prioritarios: teniendo en cuenta a los jóvenes de 15 a 24 años, las personas con problemas de salud mental de todas las edades, las personas con problemas de alcohol y drogas, los desconsolados, los presos y los suicidas, las trabajadoras sexuales, las personas con enfermedad crónica o discapacidad, etc.
4. Mejora de la accesibilidad, la coherencia y las vías de atención de los servicios para las personas vulnerables al comportamiento suicida: garantizando un enfoque sostenido para prevenir y reducir el suicidio, fácil acceso a los servicios, integrando vías de atención a través de servicios legales y no legales
5. Garantizar servicios seguros y de alta calidad para las personas vulnerables al suicidio: las agencias deben tener pautas de buenas prácticas, protocolos claros de atención y mecanismos apropiados de capacitación y supervisión.

B. 2.2 Antecedentes del problema

1. 2.2.1 Epidemiología de la conducta suicida

La epidemiología es una ciencia que se encarga del estudio de la vida, por ende, revela que el hombre nace para la salud y longevidad, donde la enfermedad es algo anormal y, la muerte, excepto la vejez, es un accidente, pudiendo prevenir ambas (Guibert Reyes, 2002)

En el año 2002, se tiene datos sobre mortalidad, incluso de los países llamados “primer mundo”. No obstante, estas dificultades, siempre los datos epidemiológicos nos aproximan a la realidad del comportamiento social del problema de salud (frecuencia, distribución y probabilidad de ocurrencia), y nos permiten inferir sobre causalidad y sobre los puntos clave que empeoran o podrían empeorar la situación de salud de los países, las poblaciones o una comunidad.

Según las tasas de suicidios se tienen cuatro grupos (100000 habitantes), en los cuales se puede dividir los diferentes países:

- Grupo 1: este grupo se encuentra conformado por una tasa de suicidio por encima de 25, en el cual, Lituania, Rusia, Estonia, Hungría, China y Finlandia
- Grupo 2; formado por tener una tasa de suicidio de 19 a 25, en el cual, entra Ucrania Croacia, Dinamarca, Austria, Francia y Suiza.
- Grupo 3; aquellos países que cuentan con una tasa de 12 y 18, como Bulgaria, Japón, Suecia, Alemania Polonia, Noruega, Canadá, Estados Unidos.
- Grupo 4: tasas menos a 11, como Australia, Puerto Rico, Italia, Corea del Sur, España, Israel Colombia, Albania, Azerbaiyan, Malta y México.

Ahora bien, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2019), se conoce que alrededor de 800,000 personas se quitan la vida, además, muchas más tratan de hacerlo. El suicidio es un efecto negativo dentro de las familias, comunidades y países, que deja marca dentro de las personas que vivieron de cerca dicho acto. EL suicidio se puede producir a cualquier edad, en el año 2016, fue la causa principal de defunción en grupos de 15 a 29 años en el mundo.

El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral.

Dentro de los métodos analizados por la OMS, se tiene que el 20% de los suicidios se cometen por auto intoxicación con plaguicidas, teniendo su origen en zonas rurales de países de ingresos bajos y medianos (79% del total de suicidios), después de esta forma sigue el ahorcamiento y las armas de fuego.

2. 2.2.2 Estadísticas de suicidio en México

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el 2017 la tasa de suicidio en este país fue de 5.2 por cada 100 mil habitantes, del cual, la población afectada fue de edad entre 20 y 24 años quien ocupa una tasa de 9.3 por cada cien mil habitantes y

15.1 para el sexo masculino por cada 100 mil habitantes, en México alrededor del 80% son ahorcamientos.

Monitorear el problema y las conductas que conllevan al suicidio, favorecen la creación de estrategias para prevenirlo y evaluar los avances, además, existen pactos o compromisos internacionales como el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, de la OMS, quien establece que se debe bajar el suicidio en un 10% para el año 2020.

Desde 2010 hasta el 2013 se observó una tendencia ascendente en el comportamiento del indicador (tasa de suicidios) y, del 2014 a 2017 se mantuvo estable, es decir, significativamente no hubo cambio (Figura 2).

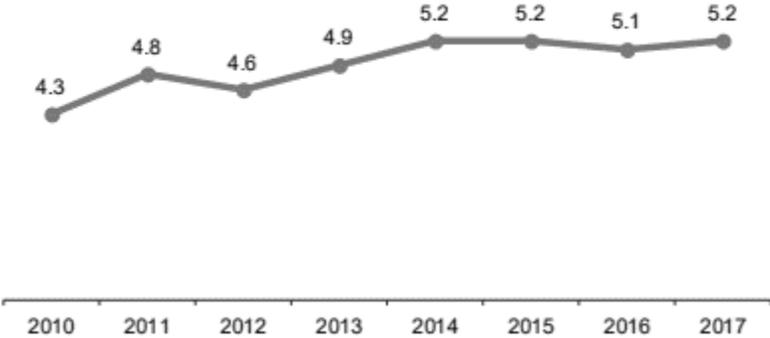


Figura 2. Tasa de suicidios, 2010-2017

De igual forma, se tiene la estadística por Estado dentro de la República Mexicana, tal y como se muestra en la (Figura 3).

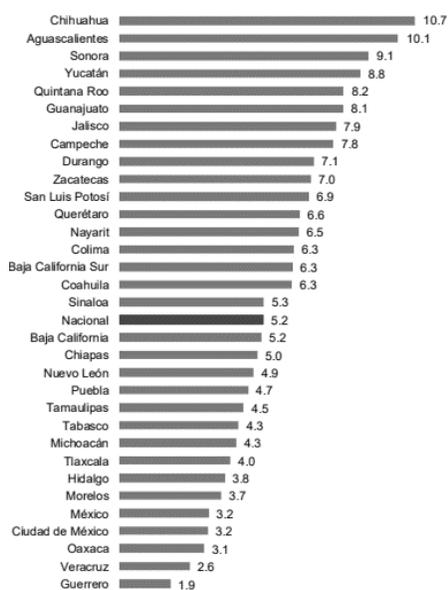


Figura 3. Tasa de suicidios, por estado 2010-2017

Por entidad federativa, se observa que Chihuahua tiene la tasa más alta con 10.7 suicidios por cada 100 mil habitantes; le siguen Aguascalientes y Sonora con 10.1 y 9.1, respectivamente. Por otro lado, las entidades con la tasa más baja de suicidio son Guerrero (1.9), Veracruz (2.6) y Oaxaca (3.1).

Con respecto al sexo de las personas que fallecieron por suicidio, es conocido que a la tendencia se inclina más hacia los hombres que en las mujeres, para ello, se tiene que, en 2017, hubo una tasa de 8.7 hombres por cada 100 mil hombres, en tanto, las mujeres 1.9 por cada 100 mil mujeres.

En la edad de los suicidas se tiene que oscilaban entre 15 y 19 años hasta el grupo de 50 a 54 años, sin embargo, donde se acentúa más es en la edad de 20 a 24 años, teniendo una tasa de 9.3 por cada 100 mil jóvenes, en la Figura 4 se muestra lo mencionado.

Grupo quinquenal de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	5.2	8.7	1.9
10 a 14 años	1.9	2.0	1.7
15 a 19 años	7.1	10.1	4.0
20 a 24 años	9.3	15.1	3.4
25 a 29 años	8.3	13.8	3.0
30 a 34 años	7.8	14.0	2.1
35 a 39 años	7.5	13.2	2.4
40 a 44 años	6.7	11.4	2.4
45 a 49 años	5.7	10.1	1.6
50 a 54 años	5.5	9.8	1.5
55 a 59 años	4.5	8.0	1.4
60 a 64 años	4.4	7.8	1.3
65 y más años	4.9	9.5	1.1

Figura 4. Tasa de suicidio por sexo y edad en México, cada 100 mil habitantes

3. 2.2.3 Antecedentes de trabajos realizados

Dentro de la literatura consultada (112)) en el cual, hace una recopilación sobre la epidemiología suicida, analizando las tasas de suicidio y las conductas que tienen las personas cuando van a realizar ese acto y, concluye que se debe implementar rigurosamente un programa que ayude a las familias y las personas con tendencia al suicidio.

En ese mismo rumbo, se tiene la tesis titulada “Relación entre la ideación suicida y el suicidio consumado” (115), estudiando la tasa de suicidio en personas de 12 a 65 años, así como, estatus social, rasgo educativo, acceso a la salud, seguridad social, calidad de vida, como sus variables de estudio, en total alrededor de 33 variables estudiadas, utilizando un modelo de regresión binomial negativo, teniendo la siguiente concentración de resultados (Figura 5).

Factores estructurales	n	Desviación				Desviación			
		Media	estándar	Min	Max	Media	estándar	Min	Max
%Pobreza moderada	32	41.37	15.23	14.25	77.08				
Ln del PIB <i>per cápita</i>	32	11.78	0.50	10.90	13.39				
Factores intermedios		Hombres				Mujeres			
% solteros	32	36.78	1.31	34.70	39.61	31.01	1.83	28.10	34.91
% separados	32	6.13	0.99	4.53	8.21	18.59	1.60	11.82	14.71
% hogares nucleares	32	62.27	2.29	55.78	67.69				
% no católica	32	23.89	9.26	11.38	44.34	20.26	9.73	6.19	41.72
Tasa estatal de desempleo	32	4.72	1.04	2.18	6.83	2.47	0.48	1.54	3.52
Factores proximales									
% con diagnóstico de bipolaridad	32	0.90	0.90	0.00	4.08	1.79	1.12	0.00	4.51
% con diagnóstico de esquizofrenia	32	0.24	0.37	0.00	1.36	0.24	0.34	0.00	1.47
% malestar emocional	32	2.37	1.22	0.92	5.87	4.00	1.02	1.67	6.47
% abuso y dependencia al alcohol	32	10.41	2.29	7.06	15.66	2.28	0.97	0.86	4.36
% abuso y dependencia a cualquier droga	32	1.95	0.91	0.29	3.69	0.48	0.31	0.06	1.27
% entre 12 y 29 años	32	48.22	2.32	43.03	52.46	45.38	2.58	38.10	49.77

Figura 5. Medidas descriptivas de variables de ajuste entre ideación suicida y suicidio

Concluyendo: “la ideación del suicidio puede considerarse como un buen predictor del suicidio consumado a nivel estatal, por ende, surge la necesidad de crear políticas públicas que se dediquen a la intervención desde la ideación del suicidio, es decir, intervenir previamente a la ejecución del acto, lo que implicaría una disminución en el gasto en salud, al truncar el fenómeno suicida”. Dentro de las recomendaciones menciona que el estudio no es para toda la población, es un sesgo de edad, por ende, había que profundizar el estudio.

En este mismo sentido, de conductas suicidas, se tiene el estudio realizado (111), que habla sobre la presencia de las drogas en adolescente y tasa de suicidio, así mismo, estudio el ambiente familiar dentro de los jóvenes, teniendo resultado como se presenta en la Figura 6.

		Intento Suicida				F	p
		Hombre		Mujer			
		No lo ha intentado	Si	No lo ha intentado	Si		
Autoestima	\bar{x}	3.0	2.9	3.1	2.9	22.581	.000
	DE.	.9	.8	.8	.8		
Ideación Suicida # de síntomas	\bar{x}	.7	2.0	.8	2.2	441.174	.000
	DE.	1.1	1.5	1.1	1.5		
Hostilidad y rechazo	\bar{x}	1.9	2.0	1.7	1.9	12.64	.017
	DE.	1.3	1.1	1.1	.8		
Comunicación del hijo	\bar{x}	2.6	2.3	2.6	2.1	39.405	.000
	DE.	1.3	1.3	1.2	1.0		
Apoyo de los papás	\bar{x}	3.3	3.0	3.3	2.9	28.179	.000
	DE.	1.3	1.2	1.1	1.0		
Comunicación de los papás	\bar{x}	2.8	2.6	2.9	2.5	23.250	.000
	DE.	1.3	1.2	1.1	1.0		
Apoyo significativo del hijo	\bar{x}	3.1	2.9	3.2	2.9	15.64	.000
	DE.	1.3	1.2	1.2	1.0		

Figura 6. Intento de Suicidio, Familia, Autoestima e Ideación suicida

Concluyendo que: “El consumo de drogas en los estudiantes varones que intentaron suicidarse, fue mayor que en los que no lo intentaron, ya que el 26.6% consumió marihuana alguna vez, el 16.9% en el último año y el 9.2% en el último mes. Además, el 25.1% de ellos consumió cocaína alguna vez, 16.9%, en el último año y 7.7%, en el último mes”. Por otra parte, el ambiente familiar obtuvo un porcentaje de 31.1% y 40.7% de hombres y mujeres, el segundo problema fue el ámbito de pareja y por último factores anímicos (tristeza, depresión, soledad).

Otra tesis encontrada fue (116), sobre la Ideación Suicida en Adolescentes, obteniendo que, de la población estudiada de alumnos, el 17.4% y 19.5% tienen una ideación suicida alta y media, respectivamente (Figura 7).

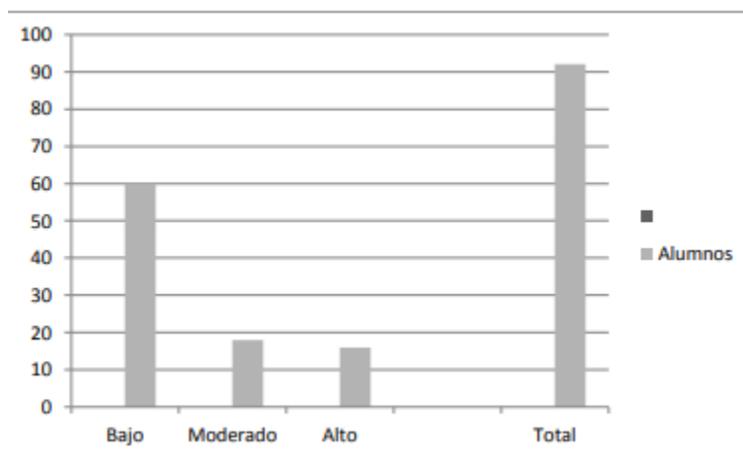


Figura 7. Porcentaje de ideación suicida en adolescentes

Así mismo, encontró que los vínculos familiares jugaban un papel fundamental dentro de la tasa de suicidios en adolescentes, aplicado una herramienta de estudio para obtener información sobre que orillaba a la creación de ideas suicidas, teniendo 20% de positividad en afectación por familia lo que implica de acuerdo con la ISO-30 una media de 45.3, ubicando en ideación suicida moderado. “En la adolescencia, se produce un distanciamiento progresivo de los padres, lo cual facilita la independencia y autonomía personal. En el grupo de pares, el joven, encuentra un reforzamiento para los aspectos cambiantes del yo a la vez que se crea una oposición a figuras parentales que se incrementa a medida que se incorpora a un grupo de iguales (116).

De la Torre Martí (2013), menciona que los pensamientos en torno al suicidio pocas veces son verbalizados y manifestados explícitamente, se dan en el plano de lo para verbal, por lo que es fundamental, en todas las personas que se encuentren en contacto con poblaciones adolescentes, sean capaces de reconocer signos o señales de inconformidad o insatisfacción con la vida que lleva, pudiendo detectar así, ideas en torno a la muerte, antes que se llegue a estructurar un pensamiento rígido.

De igual forma, lo explican Sánchez Villareal y Musitu (2012), es fundamentar las etapas predictivas a la consumación del suicidio, teniendo como conducta principal la ideación, como eslabón principal para consumir un acto suicida. Por lo que, es de vital importancia atender a la población en riesgo desde la raíz del problema encontrado, esto mediante la reestructuración del pensamiento abatido o suicida.

C. 2.3 Planteamiento del problema

En el mundo actual el suicidio se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial, la OMS se ha fijado en este fenómeno por su constante presencia en los últimos años, en el 2010 se encontró que cada día se suicidaron en el mundo 1, 110 personas y lo intentaron otros cientos de miles. En el 2014 más de 800, 000 personas se quitaron la vida, lo que representa aproximadamente un suicidio cada 40 segundos. Un 75% de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medianos, aunque el fenómeno se presenta de manera diferenciada en cada región y país; actualmente la tasa mundial anual de suicidios se estima en 11.4 por cada 100,000 habitantes, por lo cual se presenta en grandes poblaciones. Existen algunas de estas que tienen mayor vulnerabilidad, por lo que la presencia de suicidios se ve con mayor frecuencia, es el caso de los adolescentes, en nuestro país es una de las principales causas de muerte.

Para lograr un mejor conocimiento de este fenómeno se tiene que iniciar con la ideación suicida la cual es la antesala del suicidio, esta consta de, cuando menos, tres etapas: a) La ideación, que son los pensamientos reiterativos sobre la muerte autoinfligida, a su vez las formas deseadas de morir y la forma en que esta se desea, b) la planificación, esta etapa incluye el preparar las cosas para quitarse la vida, también se define el instrumento o método que ha de usarse, se define el tiempo y espacio en el que se desarrollará, c) el intento, es la etapa final la cual es la consumación de los pasos previamente establecidos.

La OMS menciona en la reunión sobre la salud, que existe una necesidad apremiante de tomar en cuenta el fenómeno del suicidio, buscando una sensibilización del problema, de una forma asertiva, puesto que existen factores sociales como los tabúes los cuales dificultan el apoyo a las poblaciones que viven la situación de la ideación suicida.

La información que existe con respecto a este fenómeno y su causalidad no es de utilidad, puesto que las intervenciones actuales no están dando el resultado esperado, es necesario por consiguiente, construir nuevas estrategias de intervención así como formar profesionales capacitados, esto solo se logrará si se tiene la información necesaria para la construcción de un conocimiento real basado en evidencias el cual permita avanzar en el desarrollo de herramientas efectivas y eficientes, las cuales ayudan a mejorar la problemática suicida.

La CV debe basarse en una amplia serie de criterios y no en un solo aspecto como puede ser el dolor, la calidad de vida se evalúa estudiando el impacto de ese dolor en la autonomía individual y en la vida psicológica, social y espiritual del individuo, es decir la está en los adolescentes al tener situaciones de la vida cotidiana, las cuales sean manejadas de forma negativa, se presenten problemas psicosociales, esta se verá disminuida, teniendo una perspectiva más general, la calidad de vida se ve afectada por cualquier intervención negativa psicosocial o fisiológica que cause molestia, por consiguiente si tenemos un mejor conocimiento de los factores que causan una baja calidad de vida podremos mejorarla y ser más exacto en el trato de la ideación suicida.

El trabajo de investigación presente busca aportar información epidemiológica de la prevalencia e incidencia, así como el comportamiento de la problemática de la ideación suicida con respecto a la calidad de vida en los adolescentes de nivel secundaria de Pachuca de Soto, para así conjuntar una base de datos nacional que nos permita conocer a profundidad la problemática y en un futuro realizar propuestas a nivel nacional y lograr tener un mayor impacto en la disminución de la ideación suicida, la presente busca tener un trabajo conjunto con especialistas de este tema que brindan un enriquecimiento mutuo y sobre todo una mayor creación de conocimiento.

III. JUSTIFICACIÓN

Actualmente se comienza a observar que los problemas de salud mental como son la ideación suicida y el suicidio deben de ser atendidos de manera urgente, ya que tienen un gran impacto en la sociedad, la OMS, está realizando una serie de medidas para darle importancia a este fenómeno, como es el día mundial para la prevención del suicidio que fue establecido por la OMS para fomentar compromisos y medidas para su prevención, sobre este tema el cual se lleva a cabo del 10 de septiembre de cada año. Actualmente los suicidios cobran un costo alto lo que ha llevado a tomarlo como un problema de salud pública; más de 800 000 personas mueren cada año por suicidio, y esta es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años.

El tema del suicidio no se ha abordado apropiadamente debido a la falta de sensibilización al respecto, así mismo este tema dentro de la sociedad es considerado como un tabú, lo que provoca que no se pueda hablar abiertamente, la información, atención y prevención se vean afectados. Unos pocos países han incluido la atención del suicidio entre sus prioridades sanitarias, cuentan con una estrategia para mejorar la salud mental de los individuos, está en su mayoría se centra en el cuidado a sujetos que tuvieron problemas activos de intentos suicidas, dejando de lado la prevención, y la sensibilización a las comunidades.

La conducta suicida, se presenta con una alta tasa en los adolescentes, ya que es una población en riesgo, por los diferentes cambios biológicos, sociales, y psicológicos que están pasando. En México se invierte poco en salud mental, existen pocos centros de atención especializada a nivel nacional para atender estos problemas en este segmento de la población, lo que nos hace ver la gran necesidad de atender estas situaciones y generar nuevas políticas de apoyo.

El presente trabajo de investigación, tiene como objetivo obtener datos que permitan la comprensión de la naturaleza y comportamiento de la problemática de ideación suicida, en la población adolescente, la cual permitirá el desarrollo de investigaciones futuras que posean un sustento teórico, para la formulación de modelos de intervención multifactorial, ya sea de manera individual, escolar y social, dependiendo el área de que se desee abordar, como son, el desarrollo de programas sociales, intervenciones psicoeducativas, o intervenciones individuales, generando la disminución de la problemática.

D. 3.1 Preguntas de investigación

- ¿Existe la ideación suicida en los adolescentes de nivel secundaria, pertenecientes a la escuela Secundaria general número cinco, municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo?
- ¿Cómo se presenta la calidad de vida en los adolescentes de nivel secundaria, de la secundaria general número cinco perteneciente al municipio de Pachuca de Soto Hidalgo?
- ¿Cuál es el nivel de presencia de ideación suicida en adolescentes de nivel secundaria pertenecientes al municipio Pachuca de Soto Hidalgo, de la secundaria general número cinco?
- ¿Existe una correlación de la calidad de vida con la ideación suicida en adolescentes de nivel secundaria?
- ¿Qué magnitud de correlación existe entre las variables estudiadas y los factores que las componen?

IV. HIPÓTESIS / SUPUESTO TEÓRICO

H. Los factores de la calidad de vida, se ven afectados por los factores de Ideación suicida.

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Realizar una descripción de la afectación de la calidad de vida con relación a la presencia de ideación suicida en adolescentes de nivel secundaria en el Estado de Hidalgo.

E. 5.2 Objetivos específicos

1. Identificar las condiciones epidemiológicas sobre las variables de ideación suicida y calidad de vida en adolescentes de nivel secundaria, a través de los instrumentos kidscreen-52 e IMIS-IV
2. Identificar la calidad de vida en adolescentes de nivel secundaria a través del instrumento kidscreen-52
3. Identificar el nivel de ideación suicida en adolescentes de nivel secundaria a través de Instrumento IMIS-IV.
4. Conocer el nivel de correlación entre la variable calidad de vida y la variable de ideación suicida en la población de adolescentes de nivel secundaria, a través de los factores que miden los instrumentos IMIS-IV y kidscreen-52.

VI. VI. MATERIAL Y MÉTODO

6.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio epidemiológico de carácter transversal, descriptivo y correlacional con el fin de describir la presencia de la calidad de vida e ideación suicida en adolescentes ya que es un fenómeno de salud, y así contribuir al desarrollo de conocimientos basados en evidencia que apoyen a formar soluciones para esta problemática a largo plazo, acorde a su temporalidad se presenta como un estudio transversal ya que se realizó una sola medición de los instrumentos a medir IMIS IV y Kidscreen 52, a la población (101).

Según el resultado que se buscó obtener fue un estudio descriptivo, de acuerdo con la intervención d sobre el fenómeno estudiado, la calidad de vida y la ideación suicida, ya que se sustenta en el uso de técnicas que permiten para adquirir información por medio de la observación directa y el registro de fenómenos, pero sin ejercer ninguna intervención (102).

Según su unidad de estudio, es un estudio ecológico ya que busca encontrar si existe correlación entre las variables que se estudian, y la presencia de estos en la población, para así tener un conocimiento que aporte la problemática de ideación suicidio, el fin de realizar un estudio correlacional, es determinar la relación o vinculación entre las dos variables, ideación suicida y calidad de vida, el principal interés que se tiene en el estudio es establecer

de qué manera se comportan las variables , estas son complejas y no pueden ser manipulables o controladas ,también se mide el grado de relación estas de manera simultánea (103).

Se tomó como población a todos los adolescentes pertenecientes a la Escuela Secundaria número 5 “Jaime Torres Bodet”, la población se tomó de manera censal por motivos éticos, puesto que si se realizaba muestreo se tenía el riesgo de dejar alumnos sin participar tuviesen riesgo a presentar ideación suicida.

1. 6.1.1 Instrumentos de medición

La tercera sección plantea la descripción de los instrumentos el Inventario Multifacético de Ideación suicida (IMIS IV) que cuenta con 78 reactivos en diez dimensiones, depresión, desesperanza, autoestima, autoagresión, tolerancia a la frustración, ansiedad, autoeficacia, pensamientos suicidas, relaciones familiares y relaciones escolares, presenta una consistencia interna = 0.86 .El segundo instrumento que se ocupa es el kidscreen 52 que mide calidad de vida, el cual consta de 52 ítems con 10 dimensiones, bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción ,autonomía, relación padres y vida familiar, recursos económicos amigos y apoyo social entorno escolar, aceptación social (Acoso escolar) requiere 15-20 minutos para ser completado se encuentra adaptado a población mexicana, edades de 8 a 18 años, los coeficientes a variaron entre 0.74 y 0.86 y el coeficiente de correlación intraclase entre 0.55 y 0.79.

a) 6.1.1.1 Kidscreen 52

Los instrumentos Kidscreen 52 permiten evaluar la salud y el bienestar subjetivo de niños y adolescentes de 8 a 18 años, Son herramientas desarrolladas para medir la calidad de vida relacionada con la salud de niños y adolescentes; ya sea sanos o con enfermedades crónicas

Como resultado de su desarrollo simultáneo en 13 países europeos, los instrumentos Kidscreen 52 son instrumentos realmente transculturales que miden la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Puede ser administrada en hospitales, establecimientos médicos y escuelas por profesionales en los campos de la salud pública, epidemiología y la medicina (100).

Tiempo requerido: Kidscreen -52: 15-20 minutos

El instrumento Kidscreen 52 mide 10 dimensiones de Calidad de vida relacionada con la salud:

Fue construido y probado piloto utilizando los datos de más de 3.000 niños y adolescentes europeos. Además de los análisis psicométricos comunes, se realizaron análisis de teoría de respuesta de ítems y modelos de ecuaciones estructurales para determinar las características óptimas de ítems y escalas del cuestionario. Uno de los focos de los análisis fue identificar los ítems que muestran el funcionamiento diferencial de los ítems (DIF).

- Bienestar Físico (5 ítems)
- Bienestar psicológico (6 ítems)
- Estado de ánimo y emociones (7 ítems)
- Autopercepción (5 ítems)
- Autonomía (5 ítems)
- Relaciones con los padres y vida en el hogar (6 ítems)
- Apoyo social y compañeros (6 ítems)
- Ambiente escolar (6 ítems)
- Aceptación social (Bullying) (3 ítems),
- Recursos financieros (3 ítems).

Puntaje: los puntajes se pueden calcular para cada una de las diez dimensiones, los valores t y los porcentajes estarán disponibles para cada país estratificado por edad, género y nivel socioeconómico.

b) 6.1.1.2 IMIS IV Inventario Multifacético de Ideación suicida

El IMIS IV es un instrumento que se puede aplicar en grandes grupos poblacionales, obteniéndose de manera relativamente rápida un diagnóstico sobre la situación de la ideación suicida. Se cuenta con dos modalidades, una electrónica y otra en papel. Inventario Multifacético de la Ideación Suicida (IMIS) que es una herramienta psicodiagnóstico, en formato electrónico o en papel, auto aplicable, individual y/o grupalmente, para población alfabetizada, su aplicación tiene una duración aproximada de 45-60 minutos, debe ser administrada por personal capacitado con perfil profesional en psicología.

Para su validación se realizó una aplicación del instrumento a una muestra por conveniencia conformada por 1,354 sujetos, estudiantes de los tres grados de secundaria, entre los 11 y 17 años de edad, la muestra se divide en 705 mujeres y 649 hombres, en ambos grupos se presenta una media de edad de 13.4 años y una desviación estándar de 1.0. Después de informar a las autoridades escolares y a la planta de profesores, en una reunión con padres de familia, en donde les comunicamos el propósito de trabajar en esa escuela, que, si estaban de acuerdo en implementar el programa y en evaluar la posible ideación suicida de sus hijos, les solicitamos firmar una carta de consentimiento informado, en el caso de los padres y otra de asentimiento para los participantes.

El instrumento consta de 10 factores 8 intrínsecos y 2 extrínsecos:

- | | |
|-----------------|--------------------------------|
| 1. Autoagresión | 6. Desesperanza |
| 2. Autoeficacia | 7. Pensamientos suicidas |
| 3. Autoestima | 8. Tolerancia a la frustración |
| 4. Ansiedad | 9. Relaciones escolares |
| 5. Depresión | 10. Relaciones familiares |

La consistencia interna general del instrumento de medición se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.86.

B. 6.2 Diseño de investigación

El diseño de la investigación, basada en la secuencia temporal es de tipo **transversal** ya que se desarrolla en un periodo finito. Según carácter, el presente estudio es **de tipo mixto** ya que este busca medir conceptos o variables, con el fin de obtener ciertas características para poder describir su funcionamiento.

En la tabla 1, se resumen los diferentes niveles de investigación para el diseño presentado.

NIVEL DE INVESTIGACIÓN:	Por su profundidad: Exploratorio, descriptivo, y correlacional
	Por su temporalidad: Transversal
	Por su finalidad: Investigación aplicada
	Por el lugar: De campo
	Por su carácter de medida: Investigación mixta

Tabla 1: Diseño de la investigación

Se realizó un estudio epidemiológico, con el fin de describir la presencia de la calidad de vida e ideación suicida en adolescentes ya a su temporalidad se presenta como un estudio transversal con los instrumentos a medir IMIS IV y Kidscreen 52, a la población.

C. 6.3 Procedimiento

Se realizó la presentación para la aprobación del proyecto al comité de ética de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo con el código asignado de: CEEI-000013-2019, para tener las implicaciones éticas cubiertas, en este se anexa el consentimiento informado correspondiente (Anexo), para tener el conocimiento adecuado para realizar la investigación se realizó una capacitación en San Luis Potosí a cargo del Dr. Sergio Galán, (especialista en el tema de ideación suicida creador de una de las pruebas) sobre los instrumentos que se ocuparían durante la investigación, IMIS IV y Kidscreen 52, así como una capacitación sobre el manejo del tema de ideación suicida.

Para continuar con los objetivos se procedió a realizar la elección de la escuela a estudiar, esta se debía encontrar ubicada en Pachuca de Soto, y cumplir con las especificaciones necesarias para realizar el proyecto de investigación, tener apoyo de los directivos, población suficiente y aula de cómputo; posteriormente de elegir se procede a visitar la escuela participante y se presenta el proyecto a los directivos, explicándoles en qué consiste y solicitar su permiso para realizar la aplicación de los instrumentos, dejando en claro que se cumplirían con las implicaciones éticas necesarias; al tener el permiso y apoyo de los directivos de la escuela, se procedió a obtener los datos de los participantes dicha población será toda la escuela (1°, 2°, 3° turno matutino y vespertino ciclo escolar 2019-2020), se

realizó la base de datos de todos los alumnos pertenecientes, en esta base se le genera una clave única por alumno para poder realizar la aplicación de las pruebas.

Dando seguimiento a los parámetros de la investigación se les brinda los consentimientos informados para los padres, con apoyo de la prefectura (teniendo en cuenta que, si los padres no dan su permiso, pero el menor quiere participar lo pueden realizar acorde a las normas de la SSA.

Para dar comienzo a la aplicación se realizó una calendarización de la probable fecha de aplicación, teniendo en cuenta que, para realizarla, cada grupo se dividirá en dos aplicaciones teniendo en cuenta el número de computadoras disponibles. Conforme a esta calendarización se comenzó a llamar a cada uno de los grupos, la aplicación tuvo un tiempo aproximado de 40 a 60 minutos dependiendo la agilidad del alumno, en la computadora ya se tenía abiertas cuatro pestañas, 1) Consentimiento informado, 2) Datos Generales, 3) IMIS IV, 4) Kidscreen 52. De tal forma que se agilizará el proceso y no tuvieron que redireccionar ningún link, cada una de las pestañas corresponde a una parte de la investigación, dos son los instrumentos, otra corresponde a los datos sociodemográficos y la primera corresponde al consentimiento informado de participación para los adolescentes el cual ellos leyeron y si decidían participar le darían en la opción “sí acepto” y continuarán; dentro del aula se les brindarán las indicaciones necesarias, para la aplicación los alumnos se sentaron en la computadora de manera individual, se les brindó impresa la clave previamente establecida, se realizó una presentación por parte del investigador, para dar a conocer el fin de los cuestionarios, de la misma forma se les explicó sobre la confidencialidad de los datos.

Al terminar se les agradeció su participación y regresaron a sus aulas. Se repitió esta aplicación hasta cubrir la totalidad de los grupos.

Posteriormente se procedió a la conjunción de datos, limpieza de base de datos y el análisis de estos.

6.4 Definición de las variables

Como se ha descrito en el diseño de la investigación, el análisis del presente proyecto es de tipo mixto, para lo cual la información estadística recopilada se deberá registrar en una

base de datos en hoja de cálculo, para poder compilar, correlacionar y analizar. El procesamiento de datos, y cifras deberá ser mediante análisis estadístico para su fácil manejo e interpretación y el resultado de la encuesta aplicada pueda ser concluyente (113).

Definición conceptual

- Calidad de vida

La calidad de vida relacionada con la salud, se ha definido como “la medida concentrada en el concepto de salud o los resultados en el campo de la salud” y también ha sido definida como “la salud física y mental percibida individual o grupalmente en el tiempo” (104).

- Ideación suicida

La ideación suicida es producto de una interacción, generalmente caótica, entre factores individuales, de relación, comunitarios y sociales (Centro para el Control de Enfermedades 2014).

Definición operacional

- Calidad de vida

-El cuestionario Kidscreen-52 a adolescentes mexicanos de 8 a 18 años, y analizar su fiabilidad y validez, se realizó la traducción del cuestionario del inglés al español. Se realizaron entrevistas cognitivas y un análisis factorial confirmatorio para verificar la validez del contenido del cuestionario. La fiabilidad obtenida para las escalas fue adecuada (Alfa de Cronbach = .51= min máx. .86) aunque algo baja en tres dimensiones y su reproducibilidad mediante CCI (CC= .47 min CC = .84).

-Mide magnitud del efecto de cada uno de los factores que la componen, bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción, autonomía, relación con los padres, amigos, entorno escolar, rechazo social, recursos económicos, en el impacto del nivel de calidad de vida

- Ideación suicida

- El Inventario Multifacético de Ideación Suicida IMIS IV, cuenta con 78 reactivos en diez dimensiones, depresión, desesperanza, autoestima, autoagresión,

tolerancia a la frustración, ansiedad, autoeficacia, pensamientos suicidas, relaciones familiares y relaciones escolares, presenta una confiabilidad de una Alfa de Cronbach de 0.86.

- Mide el grado de ideación suicida a través del nivel de presencia de cada una de las dimensiones que la componen.

D. 6.5 Análisis estadísticos

Como se ha descrito en la técnica de estudio, el análisis del presente proyecto es de tipo descriptivo, para lo cual la información estadística recopilada se deberá registrar en una base de datos en hoja de cálculo, para poder compilar, graficar y analizar. El procesamiento de datos, y cifras deberá ser mediante análisis inferencial para su fácil manejo e interpretación y el resultado de la encuesta aplicada pueda ser concluyente (Hueso & Cascant, 2012).

El análisis de los datos se realizará en el programa estadístico R usando los recursos de la estadística paramétrica y no paramétrica, donde se realizan procedimientos para determinar la correlación entre la variable de ideación suicida y calidad de vida y realizar un análisis descriptivo del comportamiento de los datos.

VII. VII. RESULTADOS

En el presente apartado, se describen los resultados obtenidos de los instrumentos de información detallados en el capítulo metodológico. Para este trabajo se realizará el análisis de los datos mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual, es un modelo de consistencia interna que, se basa en los promedios de las correlaciones de los ítems.

Para la introducción a dicho software, se realizará la codificación de los datos obtenidos, con la finalidad de que el índice a calcular, junto con los datos centrales, sea significativamente preciso, es decir, que el error que tenga sea menor, recordando que, el software estudia el error de observación por parte del investigador, así como el error que puede tener el diseño de una herramienta de recolección de datos. En la Tabla 2 se observa que todas las dimensiones presentan un rango de aceptación moderada a significativa, siendo “la autoaceptación del yo”, el acoso escolar y el bienestar físico las dimensiones con un menor valor de alfa de Cronbach, sin embargo, estos valores aún son moderadamente aceptables. Por otra parte, las dimensiones de bienestar psicológico, autonomía, relación padre y vida familiar, amigos y apoyo social, entorno escolar y recursos económicos fueron las dimensiones con valor de alfa de Cronbach significativo, ya que su valor superó los 0.8.

Para el índice de Cronbach se tiene un rango de confiabilidad (110):

- Coeficiente alfa >0.9 es excelente
- Coeficiente alfa >0.8 es bueno
- Coeficiente alfa >0.7 es aceptable
- Coeficiente alfa >0.6 es cuestionable
- Coeficiente alfa >0.5 es pobre
- Coeficiente alfa <0.5 es inaceptable

Con lo anterior se puede decir que el instrumento empleado fue satisfactoriamente aplicado, mostrando confiabilidad y validez.

Nivel de presencia de la calidad de vida evaluada por kids-screen-52 en adolescentes de nivel secundaria

Tabla 2: Dimensiones Kidscreen -52, promedio, desviación estándar y Alfa de Cronbach

Dimensión	Promedio	Desviación Estándar	Alfa Cronbach
Bienestar físico	3.90	1.01	0.62
Bienestar psicológico	4.14	1.02	0.89
Estado de ánimo y emociones	1.94	0.76	0.71
Autopercepción del yo	4.32	0.83	0.59
Autonomía	3.67	1.15	0.82
Relación Padres Y Vida Familiar	4.15	1.07	0.87
Recursos Económicos	3.71	1.08	0.84
Amigos Y Apoyo Social	4.04	1.05	0.77
Entorno Escolar	3.80	1.00	0.83
Acoso Escolar	1.53	0.71	0.63

2 nivel de presencia de ideación suicida evaluado por imis-iv en adolescentes de nivel secundaria

Tabla 3: Respuesta a la cuestión ¿Alguna vez le has contado o avisado a alguien tus pensamientos suicidas

Número de casos a la pregunta ¿Alguna vez le has contado o avisado a alguien tus pensamientos suicidas?

Grado	Número de casos		Sexo	
	Si	no	femenino	masculino
1°	47	267	26	21
2°	31	237	21	10
3°	52	251	24	28

Asimismo, en la Tabla 3 se puede observar la incidencia suicida de los estudiantes, mostrando que gran parte de la población no ha presentado o ha pasado por dicha problemática, sin embargo, los datos revelan que 14.9 % de los estudiantes ha revelado a algún familiar o amigo e incluso a profesores de este tipo de ideas suicidas, presentando en la mayoría de los casos una mayor incidencia en el sexo femenino, para la comunicación de ideación suicida, lo cual refleja una incógnita puesto que las estadísticas dicen que el suicidio en varones es mayor.

Tabla 4: Respuesta a la cuestión ¿Has tenido algún intento suicida?

Número de casos a la pregunta ¿Has tenido algún intento suicida?

Respuesta	Número De Casos	Porcentaje
Si	101	11,4%
No	784	88.5%

Con respecto a los intentos de suicidio, en la Tabla 4 se observa que hay presencia de dicha problemática en la población muestral, ya que 12.88 % de esta ha intentado suicidarse. Así mismo se encontró que los porcentajes de intentos de suicidio varían en un rango de 4.29, 4.41, 1.47 y 1.13 % para uno, dos, tres, cuatro o más intentos, respectivamente.

Tabla 5: Propiedades métricas IMIS-IV

Dimensiones IMIS- IV, promedio, desviación estándar y Alfa de Cronbach

Dimensión	Promedio	Desviación Estándar	Alfa De Cronbach
Autoestima	3.46	1.14	0.64
Autoeficacia	3.85	0.98	0.76
Depresión	3.66	1.17	0.75
Desesperanza	1.91	0.92	0.81
Ansiedad	2.30	1.16	0.69
Relación Familiar	4.31	0.99	0.82
Relación Escolar	1.24	0.56	0.71
Tolerancia A La Frustración	3.17	1.21	0.78
Autoagresión	1.51	0.91	0.86
Pensamiento Suicida	1.37	0.82	0.93

En la Tabla 5 se presenta las dimensiones de desesperanza, relación familiar, autoagresión y pensamiento suicida fueron las que presentaron un mayor grado de significancia, ya que estas superan el valor de 0.8 en el alfa de Cronbach.

Por otra parte, la dimensión con un menor valor en el alfa de Cronbach fueron la autoestima y la ansiedad, sin embargo, estas aún se encuentran en una escala de aceptabilidad moderada, ya que si valor es superior a 0.6. Con lo anterior se puede considerar que la herramienta IMIS-IV puede ser considerada de fiabilidad aceptable.

La población de la investigación resultan ser 885 personas de los tres niveles de secundaria, mayormente integrados por 3 ero (34.23%).

En general la población está constituida por el 53.22% son hombres y resto mujeres. Todos los estudiantes manejan de manera adecuada la computadora, herramienta con la cual se recopilaron los datos de los instrumentos de información.

Tabla 6: Población, por sexo y nivel

Datos sociodemográficos

Sexo	Edad		Nivel escolar		
Hombre	417	12 años	30	1ero	314
Mujer	468	13 años	24	2ndo	268
		14 años	26	3ero	303
		15 años	59		
		16 o más	16		

En la tabla 6 se muestra los datos sociodemográficos de la población estudiada, acorde, al sexo, edad y nivel escolar, lo cual nos apoyó para observar las características de esta.

Dentro del análisis, también se realiza el coeficiente de correlación de Pearson, el cual fue pensado para variables cuantitativas (escala mínima de intervalo), es un índice que mide el grado de covariación entre distintas variables relacionadas linealmente.

Tabla 7: Correlaciones de Pearson ($\alpha < 0.05$) entre las dimensiones del IMIS-IV prueba t de Welch

Dimensiones IMIS IV Correlación de Pearson

	Correlación	C. de Pearson	P
Autoestima Vs Pensamiento Suicida		-0.427	0.000
Autoeficacia Vs Desesperanza		-0.800	0.000
Autoestima Vs Ansiedad		-0.555	0.000
Pensamiento Suicida Vs Ansiedad		0.401	0.000
Autoagresión Vs Ansiedad		0.592	0.000
Relación Familiar Vs Pensamiento Suicida		-0.569	0.000
Autoagresión Vs Pensamiento Suicida		0.615	0.000

La Tabla 7 presenta el comportamiento de las variables en correlación entre cada uno de los factores los cuales se realizaron con un coeficiente de Pearson. Como se puede ver, tenemos una correlación perfecta negativa. Si r es negativo (es decir, el valor de r está comprendido entre -1 y 0), estaremos hablando de una correlación negativa entre las variables. Mientras más cercano a cero sea el valor de r , menor será la relación entre las variables, o dicho de otro modo, mientras más cerca esté r de -1 , más relacionadas estarán las variables. Si podemos ver, las variables están altamente relacionadas, una de ellas es la autoeficacia vs desesperanza.

Dimensiones por nivel escolar IMIS IV

Dimensión por nivel	p	f
Autoestima	9.582	0.000
Autoeficacia	0.872	0.419
Depresión	0.07	0.932
Desesperanza	1.874	0.154
Ansiedad	8.798	0.000
Relaciones familiares	1.985	0.138
Relaciones escolares	1.985	0.138
Tolerancia a la frustración	3.967	0.0193
Autoagresión	0.881	0.415
Pensamientos suicidas	5.731	0.003

Tabla 8: Dimensión por nivel IMIS IV prueba t de welch

Por otro lado, en la tabla 8 podemos ver las dimensiones definidas por IMIS IV, iniciando con “la tolerancia a la frustración”, con una $p= 3.967$ y $F=0.0193$ en una prueba de ANOVA de un factor realizada, el pensamiento suicida presenta una diferencia entre grupos por nivel, con una $p= 5.731$ y $f=0.003$ (tabla 8) en una prueba de ANOVA de un factor realizada, las

dimensiones autonomía, recursos económicos, amigos y apoyo social y acoso escolar no muestran diferencia entre grupos por nivel acorde a una ANOVA de un factor realizada, la dimensión de bienestar físico presenta una diferencia entre grupos por nivel, con una $p= 95.849$ y $f=0.002$ (ubicada en la tabla 9) en una prueba de ANOVA de un factor realizada, la dimensión de bienestar psicológico presenta una diferencia entre grupos por nivel, con una $p= 3.214$ y $f=0.040$ en una prueba de ANOVA de un factor realizada, la dimensión de estado de ánimo y emociones presenta una diferencia entre grupos por nivel, con una $p= 4.809$ y $f=0.008$ en una prueba de ANOVA de un factor realizada, la dimensión de autopercepción del yo presenta una diferencia entre grupos por nivel, con una $p= 5.240$ y $f=0.005$ en una prueba de ANOVA de un factor realizada.

Comparación de dimensiones por sexo kidscreen-52

Dimensión por sexo	T	df	p
Bienestar físico	7.534	880.56	0.000
Bienestar psicológico	4.098	881.65	0.000
Estado de ánimo y emociones	0.629	867.7	0.529
Autopercepción del yo	3.716	876.41	0.0002
Autonomía	4.036	879.12	0.000
Relaciones padres y vida familiar	2.341	882.48	0.019
Recursos económicos	2.368	875.64	0.018
Amigos y apoyo social	0.349	873.65	0.726
Entorno escolar	1.0189	874.91	0.308
Acoso escolar	3.566	847.27	0.000

Los resultados de las comparaciones de los factores que componen la prueba kidscreen -52 acorde sexo, estas nos muestran el comportamiento de estas, acorde a la prueba t de Welch se presentan en la Tabla 10. Las dimensiones de autoestima, autoeficacia, ansiedad,

relaciones familiares, relaciones escolares, tolerancia a la frustración, autoagresión, pensamiento suicida, no muestran diferencia entre grupos por sexo acorde a la prueba t de welch realizada.

Tabla 10: Dimensión por nivel kidscreen-52 prueba t de Welch

Dimensiones por nivel escolar kidscreen-52

Dimensión por nivel	p	F
Bienestar físico	5.849	0.002
Bienestar psicológico	3.213	0.04
Estado De ánimo y emociones	4.809	0.008
Autopercepción del yo	5.24	0.005
Autonomía	2.358	0.095
Relaciones padres y vida familiar	4.095	0.017
Recursos económicos	2.202	0.111
Amigos y apoyo social	0.486	0.615
Entorno escolar	18.83	0
Acoso escolar	1.174	0.31

En la Tabla 10 podemos ver los factores que componen la prueba kidscreen -52 acorde al nivel escolar, estas nos muestran el comportamiento de estas, acorde a la prueba t de Welch. Las dimensiones que componen al instrumento de Kids-screen 52, no muestran diferencia entre grupos por sexo acorde a la prueba t de Welch realizada, las dimensiones de autoestima, autoeficacia, depresión, desesperanza, ansiedad, relaciones familiares, relaciones escolares y autoagresión no muestran diferencia entre grupos por nivel acorde a una ANOVA de un factor realiza.

Correlación Factores IMIS IV

	Autoeficacia	Autoagresión	Ansiedad	Autoestima	Depresión	Desesperanza	Pensamientos suicidas	Relaciones escolares	Relaciones familiares
Autoagresión	0.348								
Ansiedad	0.284	0.592							
Autoestima	0.254	0.422	0.416						
Depresión	0.472	0.392	0.278	0.382					
Desesperanza	0.8	0.415	0.323	0.291	0.551				
Pensamientos suicidas	0.322	0.614	0.401	0.33	0.418	0.438			
Relaciones escolares	0.348	0.611	0.488	0.464	0.455	0.44	0.569		
Relaciones familiares	0.348	0.611	0.488	0.464	0.455	0.44	0.569	1	
Tolerancia a la frustración	0.188	0.443	0.459	0.503	0.345	0.248	0.337	0.371	0.371

Tabla 12: Correlación IMIS IV

Tabla 13: Correlación kidscreen -52

Correlación factores kidscreen -52

	Acoso escolar	Amigos y apoyo social	Autoestima	Autopercepción del yo	Bienestar físico	Bienestar psicológico	Entorno escolar	Estado de ánimo y emociones	Recursos económicos
Amigos y apoyo social	0.188								
Autoestima	0.183	0.51							
Autopercepción del yo	0.268	0.297	0.405						
Bienestar físico	0.179	0.333	0.423	0.423					
Bienestar psicológico	0.201	0.386	0.519	0.464	0.554				
Entorno escolar	0.213	0.364	0.458	0.368	0.415	0.499			
Estado de ánimo y emociones	0.263	0.1216	0.186	0.318	0.205	0.15	0.263		
Recursos económicos	0.199	0.373	0.435	0.264	0.321	0.212	0.263	0.162	
Relacion padres y familia	0.23	0.331	0.568	0.422	0.418	0.606	0.485	0.195	0.346

A continuación, se representan las correlaciones factores IMIS IV (figura 8 a figura 15):

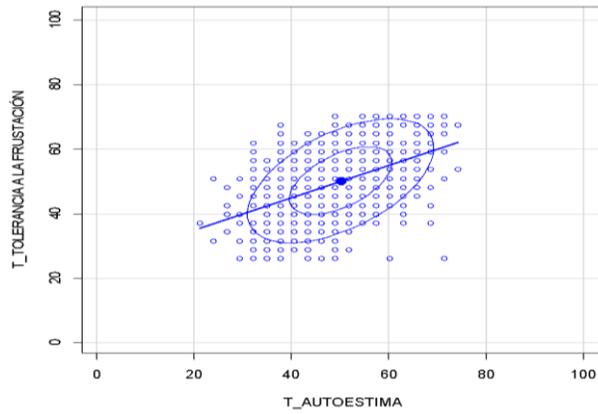


Figura 8: Correlación tolerancia a la frustración- autoestima IMIS -IV

$$r=0.5027191$$

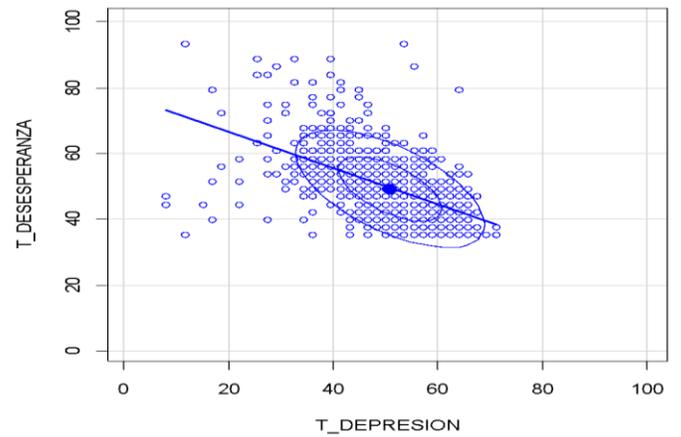


Figura 10: Correlación desesperanza- depresión IMIS-IV

$$r=0.5518189$$

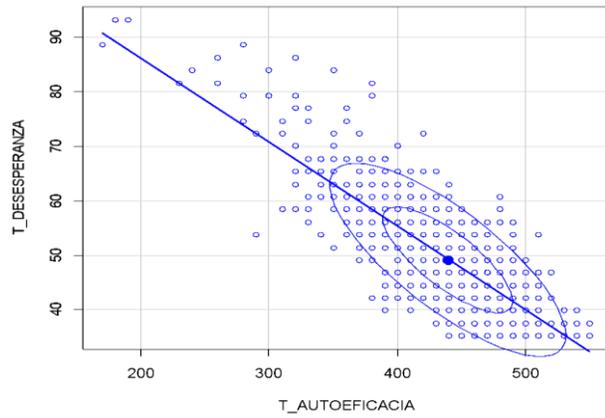


Figura 9: Correlación desesperanza- autoeficacia IMIS IV

$$r= -0.8001915$$

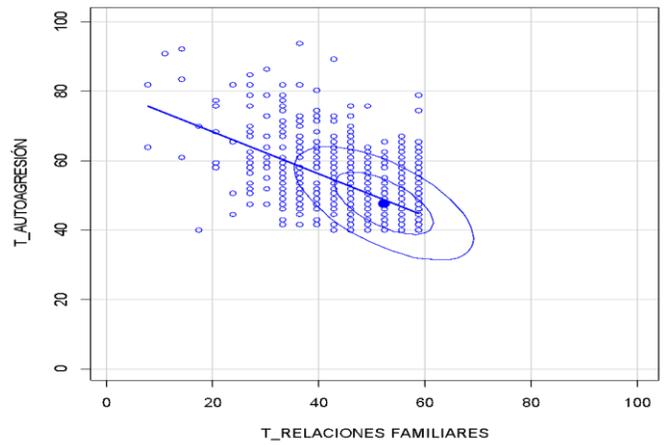


Figura 11: Correlación relaciones familiares- autoagresión

$$r= 0.4637696$$

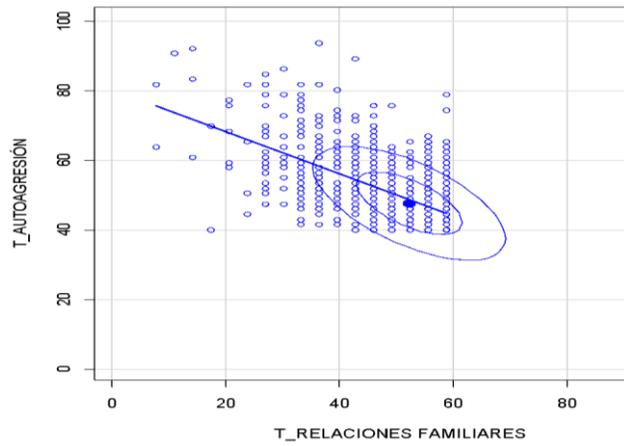


Figura 12: Autoagresión- relaciones familiares IMIS IV

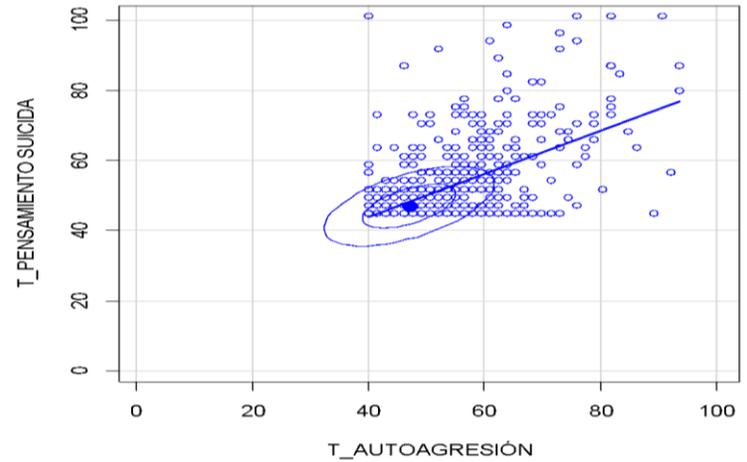


Figura 14: Correlación pensamiento suicida- autoagresión IMIS IV

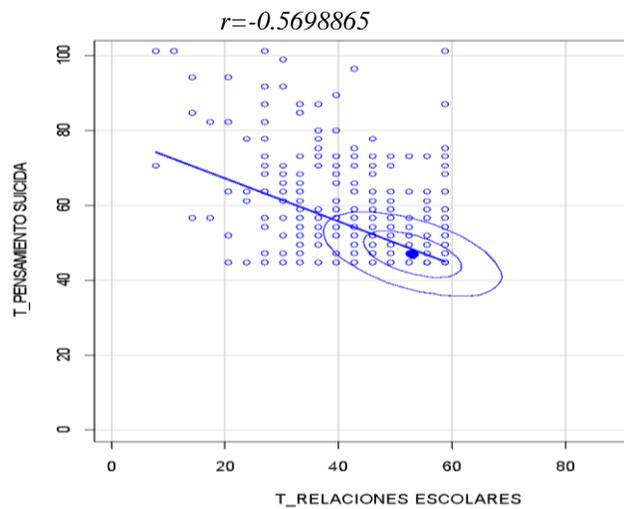


Figura 13: Pensamiento suicida- relaciones escolares IMIS IV

$$r=0.4637696$$

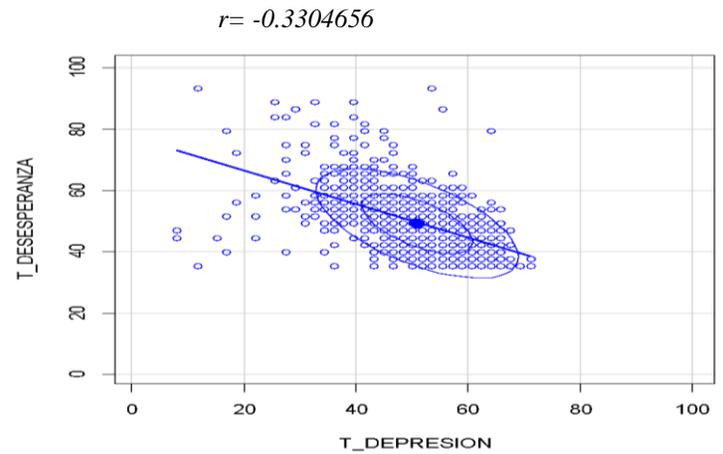


Figura 15: Correlación pensamiento suicida - relaciones escolares IMIS IV

$$r=-0.5698865$$

A continuación, se representan las correlaciones factores Kidscreen 52 (figura 16 a figura 20):

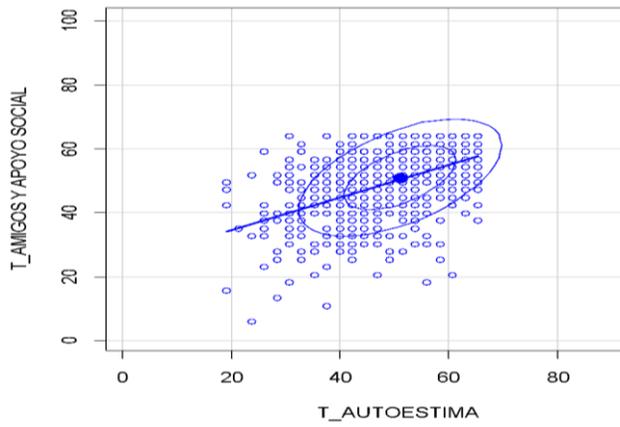


Figura 16: Correlación amigos y apoyo social- autoestima Kidscreen 52

$$r=0.5100696$$

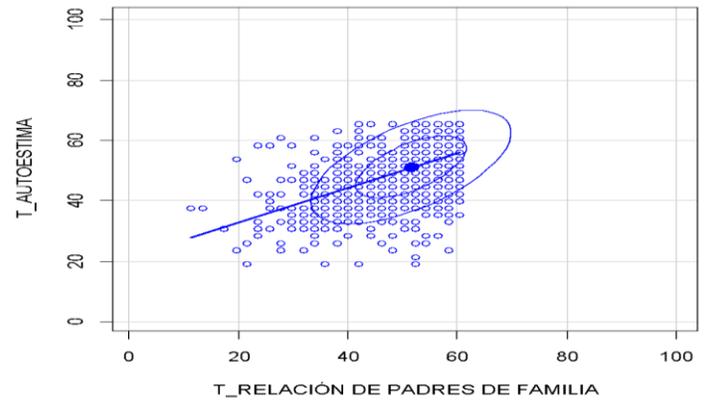


Figura 18: Correlación autoestima - relaciones de padres de familia Kidscreen -52

$$r=0.5683011$$

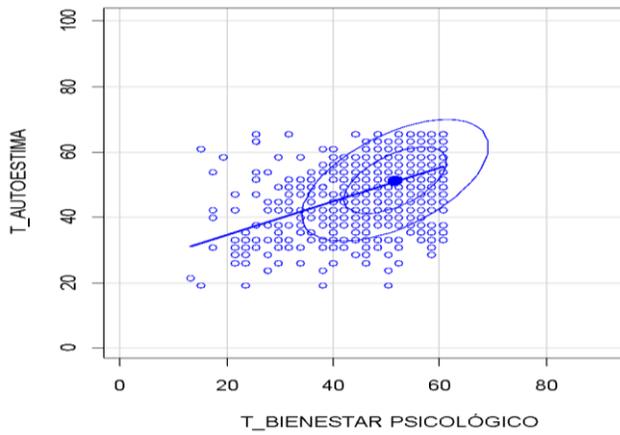


Figura 17: Correlación autoestima - bienestar psicológico Kidscreen 52

$$r=0.51915$$

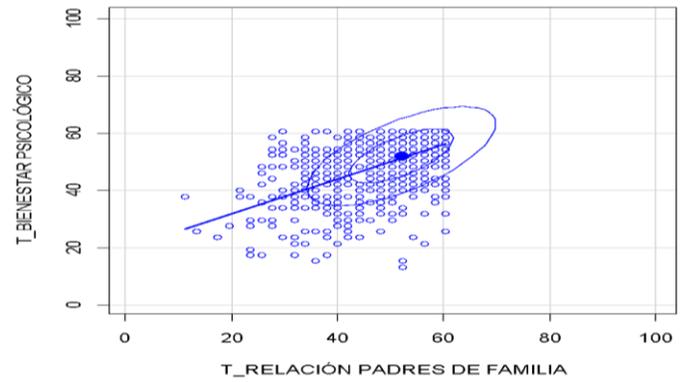


Figura 19: Correlación bienestar psicológico- Relacion padres de familia Kidscreen 52

$$r=0.554105$$

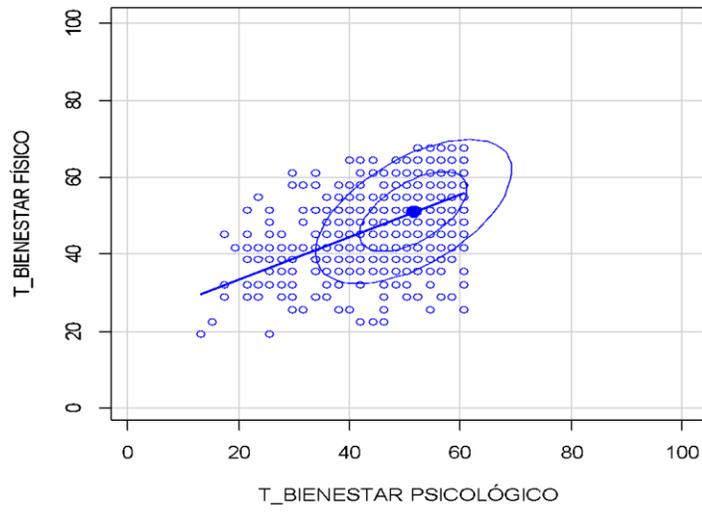


Figura 20: Correlación bienestar físico - bienestar psicológico 52 Kidscreen 52

$$r=0.6063411$$

VIII. VIII. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio aportan datos descriptivos acerca de la afectación de la calidad de vida con relación a la presencia de ideación suicida en adolescentes de nivel secundaria en el Estado de Hidalgo. Cabe destacar que los datos proporcionados por el kidscreen 52 que evalúa el nivel de calidad de vida y el IMIS IV que evalúa ideación suicida, fueron aplicados para así tener conocimiento de estas variables, así como de los factores que lo componen.

8.1 Nivel de presencia de calidad de vida evaluado por kidscreen-52 en adolescentes de nivel secundaria.

Con respecto a la población de estudio, estaba conformada de 885 estudiantes (417 hombres y 468 mujeres), con un rango de edad de entre 12 a 15 años de edad. Sin embargo, una ligera fracción de la población estudiantil (1.8 %) se fueron estudiantes con una edad igual o superior a los 16 años, dejando en claro que estos estudiantes son de rezago o posiblemente tengan problemas de aprendizaje por lo cual no han concluido en tiempo y forma con sus estudios nivel secundaria.

Respecto a la dimensión de estado de ánimo y emociones del instrumento kidscreen-52 se puede observar que el valor promedio es cercano a uno, lo que indica que los estudiantes han mostrado un buen estado de ánimo ya que pocas veces transitan en estados emocionalmente bajos. Así mismo el acoso escolar mostró un comportamiento similar, ya que este presenta un valor cercano a 1, indicando bajo acoso de los estudiantes. Los valores tan bajos para las dimensiones anteriores pueden explicarse debido al hecho de que algunas de estas como “relaciones padres” y “vida familiar”, “amigos” y “apoyo social”, “autopercepción del yo” y “bienestar psicológico” alcanzaron las mayores puntuaciones, con valores promedio superiores a 4. Dejando así en evidencia la estabilidad emocional de los estudiantes.

El “bienestar físico” se presenta que el 25% de la población se encuentra arriba de la media teniendo solo algunas puntuaciones atípicas las cuales fueron clasificadas para entregar en informe a la escuela de los posibles alumnos con problemas en esta área. Respecto a la variable sexo, la población femenina se encuentra con mayor riesgo lo cual es de esperarse

puesto que la literatura nos dice que la sociedad actual tiene exigencias en la imagen corporal que se ven más empapadas en la féminas dejándolos como un grupo vulnerable, dentro a lo concerniente al grado escolar, primero y segundo de secundaria no muestran una diferencia significativa en la diferencia del nivel y presencia del bienestar físico, por otro lado, el tercer grado se encuentra con un bienestar físico donde la media está en el 50% por ciento esto se debe a que los cambio hormonales propios de la edad propician que los diferentes cambios corporales que suceden vayan terminando o estabilizándose y así el adolescente se sienta más a gusto con su cuerpo, de la misma forma en esta última etapa de la secundaria se va forjando una personalidad a base de las amistades que promueven estilos propios, y generan un mayor beneficio en el bienestar físico. El bienestar psicológico es de suma importancia plantea que es más importante la percepción del propio sujeto sobre su vida que las condiciones objetivas en las que se desarrolla esta, y explica que el sentido de bienestar psicológico refleja la evaluación personal sobre el conjunto y sobre la dinámica de las relaciones entre otros aspectos (105).

Los hábitos de vida son un conjunto de variables asociadas al bienestar, permiten concluir que el bienestar psicológico está asociado a la práctica de actividad física, dado que las personas que realizan regularmente ejercicio físico se perciben más saludables, con menor estrés y presentan mejor estado de ánimo que aquellas personas que no realizan ningún tipo de ejercicio físico. Otros estudios han comprobado que la práctica regular de actividad física contribuye al bienestar psicológico de las personas (105).

Los resultados que se obtuvieron en el presente estudio sobre el “bienestar psicológico”, se encuentra el 50% de la población en un bienestar psicológico adecuado teniendo puntuaciones atípicas poco frecuentes, acorde a la media estandarizada que marca la prueba, las cuales fueron reportadas a la dirección escolar pertinente, no existe una diferencia significativa aparente por sexo o por grado escolar, esto es de esperarse puesto que las situaciones de índole psicológica que se presentan por la etapa de la adolescencia la cual está presente en ambos casos.

A. *8.2 Nivel de presencia de ideación suicida evaluado por IMIS IV en adolescentes de nivel secundaria.*

Analizando las dimensiones que comprenden la herramienta IMIS-IV, se puede observar que el valor promedio para la dimensión de pensamiento suicida es relativamente bajo, ya que este se encuentra muy cercano al valor de 1. Esto indica que los estudiantes de la Escuela Secundaria número 5 Jaime Torres Bodet han tenido pensamiento suicida en muy pocas ocasiones. Un fenómeno similar pasa con los datos correspondientes a las dimensiones de autoagresión, relación escolar y desesperanza, lo cuales presenta valores cercanos a 1. Por otra parte, lo anterior puede ser corroborado con los datos obtenidos tras preguntar a los estudiantes si alguna vez han presentado pensamiento suicida, revelando que un 14.9 % de la población los ha tenido. Y así mismo un porcentaje del 11.3 % ha intentado en al menos una ocasión llevar a cabo un suicidio.

Con lo que respecta a la correlación existentes la calidad de vida respecto a la salud y la ideación suicida de los estudiantes a nivel secundaria, se encontró que existe muy poca o nula correlación, ya que los valores del coeficiente de Pearson son demasiado bajo y así mismo el valor de probabilidad es superior al valor de $\alpha < 0.05$, lo que nos dice que no hay probabilidad de que exista correlación. Sin embargo, sí se lleva a cabo un análisis de la correlación existente entre algunas de las dimensiones que presenta la herramienta IMIS-IV se pueden obtener valores de coeficientes de Pearson en un rango 0.4 a 0.8 (valor absoluto) y con probabilidades de 0.000 lo que asegura la existencia de una correlación. Por mencionar un ejemplo, citando la correlación entre autoagresión vs pensamiento suicida, se observa un valor de coeficiente de Pearson de 0.615, lo que indica que cuando existe un mayor grado de autoagresión por parte de los estudiantes mayor será la incidencia a tener pensamientos suicidas. Dejando en evidencia que la falta de bienestar psicológico repercute directamente en la ideación suicida de los estudiantes.

10.3 Establecer el nivel de correlación entre la calidad de vida y la ideación suicida en adolescentes de nivel secundaria.

Las diferentes correlaciones que se presentan en el presente estudio son de suma importancia para conocer el desarrollo del fenómeno, dentro del estudio se presentaron correlaciones con

una baja puntuación, las cuales no se tomarán en cuenta debido a su baja representatividad, primero se comenzará a realizar un análisis de los datos de la prueba IMIS IV que mide la variable de ideación suicida.

Ideación suicida como ya lo habíamos mencionado es el pensamiento de querer terminar con nuestra propia vida, algunas investigaciones al respecto han llevado a concluir que el suicidio se considera como un proceso integrado por una serie de comportamientos (106). Comenzaremos con las variables de relaciones escolares y pensamiento suicida, presentan una correlación negativa ($r=-0.5698865$) la cual es estadísticamente significativa, esta nos muestra que al tener un bajo nivel de relaciones escolares el pensamiento suicida es más frecuente esto es debido a que al tener pensamientos suicidas, se pueden volver los adolescentes aislados y terminar con sus relaciones sociales, de la misma manera las relaciones escolares poco efectivas en la adolescencia son de gran relevancia para el desarrollo de este puesto que es la base del entendimiento social entre pares, es por eso que la correlación se presenta de una manera estadísticamente significativa. Al realizar una correlación de comparación entre sexos y grado escolar no presenta alguna diferencia estadísticamente significativa esto posiblemente se debe a que ambos comportamientos sociales se presentan de la misma forma independientemente del sexo, la socialización es un producto innato de la adolescencia que brinda, el desarrollo de la personalidad por medio de los pares, esto al ser propio de esta etapa de desarrollo, no tiene relevancia entre sexos.

La segunda correlación que se encontró relevante fue la de autoestima y tolerancia a la frustración con una $r=0.5027191$ se presenta una correlación positiva lo que nos deja ver que al tener una mayor autoestima existe una mejor tolerancia a la frustración, esto es debido a que el desarrollo de la tolerancia a la frustración y el autoestima van ligados, ambas son producto del aprendizaje y desarrollo social, al presentar el adolescente una mejor autoestima es decir un mejor autoconocimiento, y estado anímico, este desarrolla una mejor confrontación a las diferentes situaciones de la vida cotidiana que resultan negativas, es por esto que al tener una la otra aumenta (90).

La tercera dimensión formada por la “autoeficacia y desesperanza” con una $r=-0.8001915$, en esta prueba existe una alta correlación estadísticamente significativa negativa, dejándonos ver que al disminuir la “autoeficacia”, aumenta la “desesperanza” teniendo estos

datos son de esperarse ya que la autoeficacia constituye cuando el adolescente se logra construir sus propias metas y desarrollo en su vida cotidiana, sin tener que tener alguna dependencia, también se tiene en cuenta cual es la percepción de éste de cómo es capaz de realizarse a sí mismo, esto aunado a la desesperanza nos hace ver que a mayor pensamiento o habilidad de autoeficacia, ésta disminuirá, debiendo tener en cuenta que al tener una mejor capacidad o habilidad de lograr las metas se dejará de lado los pensamientos negativos de desesperanza disminuyen al tener un mejor control de sí mismo (54).

Con respecto a la correlación entre las variables de “depresión” y “desesperanza” $r = -0.5518189$, es una correlación media estadísticamente significativa, la cual nos sugiere que la depresión y la desesperanza se encuentran interrelacionadas lo cual es de esperarse puesto que la depresión es un estado anímico el cual presenta una tristeza profunda y constante, lo que lleva a tener un pensamiento constante de desesperanza, así mismo el pensamiento de desesperanza es alimentado por la depresión ya que esta propicia que se encasille en el desarrollo de pensamientos de tristeza y generando un círculo de falta de esperanza y pensamientos negativos (107).

En cuanto a la correlación entre ansiedad y autoagresión, $r = 0.5921842$ presentan una correlación estadísticamente significativa, esto se debe a que la ansiedad es un estado el cual implica falta de control emocional y bajo nivel de inteligencia emocional, dejando cabida a una forma de canalización de las emociones mal manejadas en este caso se ocupa la autoagresión. Es decir la autoagresión es una forma de tener el adolescente como canalizar las emociones que le están causando daño, en muchas etapas de la vida y en especial en la adolescencia cuando se tiene un problema y no existe tolerancia a la frustración y herramientas adecuadas de manejo emocional las personas en este caso los adolescentes buscan una compensación, de cómo canalizar esos sentimientos que les causan malestar y dolor interno es por esto que agredirse genera un dolor físico que cambia la visión hacia este en lugar del dolor emocional mal manejado (108). En la actualidad debido al comportamiento social, nuevas tecnologías y comportamientos alejados del manejo emocional, los adolescentes tienen muy pocas herramientas de afrontamiento lo cual ha causado que esta autoagresión se vuelva cada vez más frecuente y común entre ellos.

Asimismo, la correlación entre las variables de las relaciones familiares y la autoagresión con una $r= 0.4637696$, presenta una correlación baja estadísticamente significativa, esto a pesar de tener una correlación baja es muy importante ya que el desarrollo de relaciones familiares se presenta en el estudio como un factor importante en la presencia de ideación suicida, las relaciones familiares son la base del desarrollo psicoemocional, los adolescentes crean un vínculo con el mundo a través de las relaciones familiares. Siguiendo la premisa de la canalización emocional a través de la autoagresión al tener situaciones las cuales no se logran afrontar por parte del adolescente las autoagresiones comenzarán a aparecer, desafortunadamente al ser una parte esencial lo que implica las relaciones familiares, es por eso que se presentan importancia significativa.

De igual manera, la correlación entre las relaciones familiares y el pensamiento suicida con una $r=-0.5698865$, la correlación presente entre estas dos variables nos refleja de nuevo la gran importancia que tiene las relaciones familiares al tener un baja relación familiar el aumento de pensamiento suicida es mayor, la relevancia de la familia en la actualidad se ha dejado de lado, las familias actuales se preocupan por el desarrollo, intelectual, económico, que nos ha quitado la intimidad emocional para con nuestras familias, la adolescencia es una etapa complicada, la cual conlleva que por querer encajar con los pares se aleje de la familia o se pierdan ciertas relaciones cercanas con esta, con estos resultados podemos ver que a pesar de las diferentes situaciones sociales que se presentan en la adolescencia la base del desarrollo emocional sigue siendo la familia, la relevancia de esta se ve notoriamente, esto llevaría al pensamiento de desarrollar intervenciones las cuales no solamente se centren en el individuo si no desarrollen un cambio a nivel de estructura familiar, es relevante tener en cuenta las variables que se están presentando con más frecuencia y hacer un análisis detalle de sus comportamientos.

Importantemente, la correlación de las relaciones escolares y el pensamiento suicida mostró una $r= -0.5698865$, en la actualidad el bullying y el cyberbullying, se encuentran en un gran auge los valores sociales se han perdido y la falta de atención en la familia se han traspolado a los ambientes escolares, se sabe que el acoso escolar es un reflejo de nuestras situaciones familiares y si bien tenemos relaciones familiares decadentes con falta de atención y bajo control emocional, es por esto que se ve que las relaciones escolares en la actualidad no son

lo mejor, en la etapa de la adolescencia observamos que la relación entre los pares son de suma importancia para la construcción de la personalidad y del desarrollo, por lo cual cuando en esta etapa no se tiene un ambiente adecuado en el entorno escolar, que es la principal fuente de conocimiento de pares se pierde el adolescente dejándolo más expuesto a desarrollar pensamientos suicidas, ya que no logra realizar su correcto desarrollo y si a eso aunamos las situaciones discutidas con anterioridad, el adolescente presenta grandes deficiencias para su desarrollo (30).

El siguiente instrumento que analizaremos es el kidscreen- 52, el cual mide el nivel de calidad de vida en los adolescentes, este instrumento tiene como fin conocer la calidad de vida de los adolescentes y así desarrollar adecuadamente un conocimiento.

Con respecto a la correlación de autoestima y amigos y apoyo social con una $r=0.5100696$ presenta una correlación negativa media, la cual nos indica que al tener una autoestima adecuada se tendrá un desarrollo adecuado en el círculo de amigos y apoyo social, esto es debido a que al tener un desarrollo óptimo de sí mismo, autoconocimiento y desarrollo de la autoestima se pueden dar a conocer de manera adecuada, también es importante recalcar que las habilidades sociales son parte del desarrollo emocional que compone el autoestima, los amigos y apoyo social por otra parte son factores intervinientes para la buena autoestima de una persona y su desarrollo social ya que nosotros como seres humanos estamos constituidos como entes sociales, la importancia de los amigos y apoyo social son prevalentes en el desarrollo del adolescente en esta etapa se presenta el desarrollo psicosocial, entre los iguales, propiciando que se creen vínculos entre ellos que desarrollan el autoestima y la personalidad futura. En conclusión, la autoestima junto con los amigos y apoyo social, tiene un impacto directo en el adolescente, ya que es la principal construcción y apoyo de este (107).

En cuanto a la correlación entre bienestar psicológico y autoestima $r=0.5191526$, el bienestar psicológico está relacionado con la vida saludables, con variables como la personalidad positiva y la ausencia de síntomas clínicos, el bienestar psicológico plantea que es muy importante la percepción del propio sujeto sobre sí misma y sus condiciones de vida, llevándonos a lo que la OMS nos dice como un estado de salud, el cual implica un estado completo de bienestar físico mental y social y no consiste solamente en una enfermedad,

teniendo esto en cuenta el bienestar psicológico es la pauta para el desarrollo de la autoestima que se puede considerar como autopercepción del yo y las características propias al tener esta íntima relación ambas variables es adecuado que se relacionen directamente, en los adolescentes el bienestar psicológico se encuentra en un constante cambio con interferencias sociales de los medios, familiares y de desarrollo bioquímico y corporal (105).

Igualmente, la correlación de la relación de padres de familia y el autoestima con una $r=0.5683011$, los padres de familia son el primer fuente de aprendizaje social, contacto psicosocial, dándonos las primeras pautas de nuestro comportamiento, también en el ambiente familiar se promueve el primer desarrollo del autoestima de los infantes lo cual es la base para el desarrollo en la etapa de la adolescencia, el trato de los padres de familia repercute directamente en la autoestima de los adolescentes ya que estos aprenden a vivir sus aspectos emocionales acorde al trato que se les brindó, el trato de los padres de familia es un reflejo en el autoestima del adolescente es por eso que se presenta como un factor predeterminantes (109).

Con respecto a la correlación bienestar físico y bienestar psicológico con una $r=0.554105$ la correlación que se presenta es estadísticamente significativa, el bienestar físico se da cuando una persona siente que ninguno de sus órganos o funciones está presentando alguna deficiencia que no permita la actividad física vital, esto aunado al bienestar psicológico el cual nos da la satisfacción subjetiva dentro de nuestro desarrollo, estos van conjuntamente crecientes, uniones entre ambos bienestares, el encontrarse en un estado animo adecuado nuestra salud física es buena y viceversa, estas son nuevas formas que podemos observar que comenzamos a entender sobre el cuerpo humano donde la mente y el cuerpo están altamente sincronizados, en no solo de manera espiritual, si no nuestra conformación bioquímica también tiene gran influencia, en la adolescencia estos son grandes atenuantes para conformar un desarrollo conjunto de esta y una interrelación, la adolescencia al ser un tiempo de cambios físicos y psicológicos se presentan con mayor frecuencia.

La comparación entre el sexo y el nivel académico no resultaron estadísticamente significativos.

IX. XI. CONCLUSIONES

- En este trabajo se obtuvo información epidemiológica, a partir de la literatura, sobre las variables de ideación suicida y calidad de vida en adolescentes de nivel secundaria.
- Se demostró la confiabilidad de los instrumentos de medición de la calidad de vida respecto a la salud y la ideación suicida, ya que se obtuvieron valores del alfa de Cronbach en un rango de 0.6 a 1 tanto como para el KIDS-SCREEN-52 y para el IMIS-IV.
- Se encontró que existe una afectación de calidad de vida en adolescentes de nivel secundaria, la de presencia de ideación suicida en adolescentes de nivel secundaria, se encuentra presente en diferentes niveles acorde a los factores que la componen; se presenta una relación estadísticamente significativa entre algunos de los factores que componen a las variables estudiadas.
- La correlación entre la calidad de vida referente a la salud y la ideación suicida se obtuvo de manera indirecta mediante la correlación de las dimensiones de la herramienta IMIS-IV, mostrando correlación con un valor de 0.4 a 0.8 y con una probabilidad de 0.000. La afectación de la calidad de vida en adolescentes de nivel secundaria, es estadísticamente significativo, podemos observar cómo es que los factores que la componen se encuentran en diferentes grados de presencia en ellos permitiéndonos observar las situaciones que la afectan en mayor o menor grado a esta.
- Se obtuvo el nivel de correlación entre la variable calidad de vida y la variable de ideación suicida en la población de adolescentes de nivel secundaria, dando como resultado que ambas tienen relación dejándonos ver los diferentes factores que la componen qué tan relevantes son de acuerdo con la edad y la situación en que se encuentra el adolescente.
- Con respecto al instrumento de medición de la calidad de vida respecto a la salud, se puede decir que este instrumento es ampliamente confiable, ya que la mayoría de los valores de alfa de Cronbach se encuentran en un rango de 0.6 a 1, mostrando una confiabilidad de moderada a significativa.

- Respecto a la dimensión de estado de ánimo y emociones del instrumento KIDS-SCREEN-52 se puede observar valores bajos, lo que se concluye como una estabilidad emocional por parte del estudiante, el cual normalmente transita en estados emocionalmente altos.
- El instrumento IMIS-IV para el análisis de la ideación de suicidio obtuvo para la mayoría de los valores de 0.6 a 1 para el alfa de Cronbach de 0.6 a 1, dando una confiabilidad de moderada a significativa e indicando la veracidad de la prueba. Revelando en la población estudiada que un 14.9 % y un 11.3 % ha intentado en al menos una ocasión llevar a cabo un suicidio.
- Con lo que respecta a la correlación global de “la calidad de vida” respecto a la salud y la “ideación suicida” de los estudiantes a nivel secundaria, gracias al análisis del coeficiente de Pearson, se encontró que existe muy poca o nula correlación, sin embargo, en un análisis individual de sus dimensiones se pueden apreciar que algunas si tienen mayor cohesión con otras.
- Por mencionar un ejemplo de lo descrito anteriormente, las dimensiones de Autoagresión vs Pensamiento Suicida, (con coeficiente de Pearson de 0.615), se observa que a mayor grado de autoagresión por parte de los estudiantes mayor será la incidencia a tener pensamientos suicidad.
- La correlación observada ante la Autoagresión vs Pensamiento Suicida, son una evidencia de que la falta de bienestar psicológico repercute directamente en la ideación suicida de los estudiantes.

X. RECOMENDACIONES

Se sugiere tomar estos datos como futuras referencias para investigaciones, generando mayores datos epidemiológicos, de la misma forma se podrán ocupar para desarrollar mayor conocimiento para una correcta y efectiva intervención en situaciones de situación suicida.

Aplicar en más escuelas del estado las pruebas apoyarán para poder generar una base de datos epidemiológicos que nos aporten un conocimiento generalizado en el comportamiento de la ideación suicida del estado de Hidalgo.

Dentro de la perspectiva actual de la salud mental es de suma importancia se realicen estudios como este los cuales nos brindan información basada en evidencia para lograr un mejor, desempeño por parte de los trabajadores de la salud en el área de la ideación suicida, este trabajo brinda información para dar seguimiento a las características de poblaciones vulnerables, y nos ayuda a conocer cómo es el comportamiento de estas conductas, sus posibles factores intervinientes.

Si bien es cierto que requiere toda una conceptualización epidemiológica del país esto es una muestra de lo útil que nos puede resultar estudios, que brinden conocimiento de este tema tan relevante en la sociedad actual.

XI. ANEXOS

(I) Consentimiento informado



Por favor lea atentamente el siguiente documento.

Nos es grato informarle que la Universidad Autónoma del Estado de México, el Instituto de Ciencias de la Salud y la maestría en ciencias biomédicas y de la salud, se encuentran realizando una investigación en estudiantes de secundaria para comprender de una mejor forma diversas situaciones que se presentan en esta etapa del desarrollo.

Por tal motivo solicitamos su consentimiento para tener aplicación de instrumentos de evaluación en su hijo(a), considerando que esta aplicación se apega en todo momento a lo dispuesto en el código ético de la educación, por lo que se mantendrá la confidencialidad de la información y datos obtenidos de los alumnos, haciendo énfasis que cualquier situación relevante para el hijo(a) o su hijo será informado a las autoridades de la escuela para que se lo comuniquen en esta forma de la manera pertinente.

Yo, _____, manifiesto: que
mi hijo(a) _____ perteneciente al grupo
_____ grado _____ en la escuela _____.

- 1) Mi aceptación para la aplicación de la aplicación.
- 2) Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se derivan y accedo a lo anteriormente mencionado.

Fecha

(2) *Aprobación código de ética*



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud

Coordinación de Investigación
Department of Research

Pachuca de Soto, Hidalgo a 9 de enero del 2019
CorInv/212/2019

DR. RUBÉN GARCÍA CRUZ
INVESTIGADOR ADSCRITO
MAESTRÍA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.
APROBACIÓN.

Título del Proyecto:
IDEACION SUICIDA, PRACTICAS PARENTALES Y CONDUCTAS SOCIALES DE RIESGO EN
ADOLESCENTES DE HIDALGO

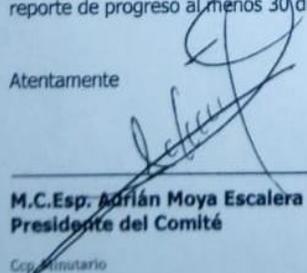
Código asignado por el Comité: CEEI-000013-2019

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

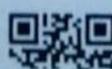
	Nº y/o Fecha Versión	Decisión
PROTOCOLO	Primero	Aprobado
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Primero	Aprobado

Este protocolo tiene vigencia de Enero del 2019 a Enero del 2021.
En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia

Atentamente


M.C.Esp. Adrián Moya Escalera
Presidente del Comité

Cop. Remisorio



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N
Carretera Pachuca Actopan
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México; C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720-60 Ext: 5104, 5118 y 4313
psicologia@uaeh.edu.mx

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Preventing suicide Preventing suicide. Prev suicide A Glob Imp. 2014;92.
2. Aymerich M, Berra S, Guillamón I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U, et al. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente.
3. Engel G. La necesidad de un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina. Science (80-) [Internet]. 1977;196(4286):129–36. Disponible en: <http://science.sciencemag.org/content/196/4286/129>
4. Urzua A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicol. el 1 de febrero de 2012; 30:61–71.
5. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. TERAPIA PSICOLÓGICA. 2012;61–71.
6. Palacio A. La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. Affect Soc. 2010;7(12):6.
7. Sánchez-Loyo LM, Morfín López T, García de Alba García JE, Quintanilla Montoya R, Hernández Millán R, Contreras Preciado E, et al. Suicide Attempts in Mexican Teenagers: a Cultural Consensus Theory Perspective. Acta Investig psicológica [Internet]. 2014;4(1):1446–58.
8. Teresita Morfín L. Fenómeno suicida: Un acercamiento trasdisciplinar. México D.F.: Manual Moderno; 2015. 172 p.
9. Aponte C. Calidad De Vida En La Tercera Edad. Ajayu Órgano Difusión Científica del Dep Psicol UC BSP [Internet]. 2015;13(2):152–82.
10. OMS G de la. La gente y la salud. Foro Mund Salud. 1980;385–7.
11. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de

vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2010 [citado el 24 de enero de 2020];84(2):169–84.

12. Maslow A. La amplitud potencial de la naturaleza humana. el 8 de febrero de 2020;
13. Vergara-Lope S, Gonzalez-Celis A. Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Rev Intercont Psicol y Educ.* el 1 de enero de 2009;
14. Oede. Tu Índice para una Vida Mejor [Internet]. OECD Better life index. 2001 [citado el 8 de febrero de 2020].
15. Pukeliene V, Starkauskiene V. Quality of Life: Factors Determining its Measurement Complexity. *Eng Econ.* el 28 de abril de 2011;22.
16. Ahmedani BK, Peterson EL, Hu Y, Rossom RC, Lynch F, Lu CY, et al. Major Physical Health Conditions and Risk of Suicide. *Am J Prev Med* [Internet]. 2017;53(3):308–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.001>
17. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *J Happiness Stud.* 2008;9(1):13–39.
18. Wellbeing and preventing suicide | Mental Health Commission of NSW [Internet]. [citado el 6 de febrero de 2020].
19. Ryff C. Psychological Well-Being in Adult Life. *Curr Dir Psychol Sci - CURR DIR PSYCHOL SCI.* el 1 de agosto de 1995;4:99–104.
20. García J, Muñoz D, Cordero J, Robles M, Ibáñez J, Sánchez-Alcaraz Martínez B. Estado de ánimo y calidad de vida en mujeres adultas practicantes de pádel. el 1 de febrero de 2019;8:34–43.
21. S. Galán-Cuevas & C-G. *Neurobiología del suicidio: estrés y conductas suicidas.* Manual Moerno. México; 2012. 100 p.
22. Ruiz L. La teoría de la autopercepción de Bem: definición y características [Internet].

Psicología y mente.

23. Martínez A. Autonomía. Anario Juridico y Econ escuarialense. 2007;711–64.
24. Carrillo S, Ripoll-Núñez karen, Cabrera V, Bastidas H. Relaciones familiares, calidad de vida y competencia social en adolescentes y jóvenes colombianos. Summa Psicológica UST, ISSN 0718-0446, Vol 6, N° 2, 2009, pags 3-18. el 4 de agosto de 2013;6.
25. HebdoLatino. Crecimiento económico y calidad de vida ¿van de la mano? [Internet]. 2020. [citado el 9 de febrero de 2020].
26. Raheb C. Conducta suicida en niños y adolescentes.
27. Friedman C, Rizzolo M. Friendship, Quality of Life, and People with Intellectual and Developmental Disabilities. J Dev Phys Disabil. el 1 de febrero de 2018;30:39–54.
28. Valencia-Ortiz A. Representación semántica de bullying en niños y niñas mexicanos de edad escolar. PSICUMEX. el 30 de junio de 2015;5:34–52.
29. Santoyo Castillo, Dzoara; Frías S. Acoso escolar en México: actores involucrados y sus características. Rev Latinoam Estud Educ. 2014;44(4):13–41.
30. Hidalgo-Rasmussen CA, Ramírez-López G, Rajmil L, Skalicky A, Martín AHS. Bullying and health-related quality of life in children and adolescent Mexican students. Cienc e Saude Coletiva. 2018;23(7):2433–41.
31. Híjar-Medina M, López-López MV, Blanco-Muñoz J. La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. Salud Pública México; Vol 39, Núm 6 [Internet]. 1997;
32. Marin LG. La Adolescencia Principales Características. 2017 [citado el 9 de febrero de 2020];24.
33. Jacobs R, Reinecke M, Gollan J, Kane P. Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. Clin Psychol Rev. el 1 de julio de 2008;28:759–82.

34. Erikson EH. Sociedad y adolescencia / por Erik H. Erikson [Internet]. 1972
35. Parks P. Teenage suicide. San Diego: Reference Point Press; 2012.
36. Organización mundial de la salud. OMS. Datos de Suicidio. WHO. World Health Organization; 2019.
37. Aguila A. Situación Actual del Suicidio en México. 2018;5. Disponible en: www.suicidologia.com.mx
38. Psychiatry A academy of adolescent. El Suicidio en los Adolescentes [Internet]. aacap. 2014
39. Durkheim É, Simpson G. Suicide: A study in sociology [Internet]. Simon & Schuster; 1951.
40. Contreras C, Gutiérrez Garcia A, Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. Salud Ment. 2006;29.
41. DOUGLAS JD. Social Meanings of Suicide [Internet]. Princeton University Press; 1967.
42. Evans G, Farberow N. Encyclopedia of Suicide. SEGUNDA. Vol. 34, Contemporary Psychology: A Journal of Reviews. UNITED STATES; 1989. 800–800 p.
43. James W. Is life worth living? S. Burns Weston; 1896.
44. Halbwachs M. Les causes du suicide [Internet]. Le Lien social. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2002. 424 p.
45. Shneidman ES, Farberow NL. Clues to Suicide [Internet]. McGraw-Hill; 1957.
46. Freud S, Strachey J. Beyond the pleasure principle. Vol. 18. Norton; 1920.
47. Trujillo NT. Consideraciones sobre el comportamiento del suicidio Considerations on Suicidal Behavior. 1989;370–1.
48. Gervas J. SEAMOS PRÁCTICOS: FRENTE A LA CRISIS, NINGÚN SUICIDIO.

Madrid: CESCA; 2010.

49. Korczak DJ, Society CP, Health M. Suicidal ideation and behaviour. 2015;20(5):257–60.
50. Meltzer H, Griffiths C, Brock A, Rooney C, Jenkins R. Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001–2005. *Br J Psychiatry*. el 1 de agosto de 2008;193:73–6.
51. Heikkinen M, Isometsä E, Marttunen M, Aro H, Lonnqvist J. Social factors in suicide. *Br J Psychiatry*. el 31 de diciembre de 1996;167:747–53.
52. Witte T, Timmons K, Fink E, Smith A, Joiner T. Do Major Depressive Disorder and Dysthymic Disorder confer differential risk for suicide? *J Affect Disord*. el 1 de noviembre de 2008;115:69–78.
53. Raskind M. Diagnosis and Treatment of Depression Comorbid with Neurologic Disorders. *Am J Med*. el 1 de diciembre de 2008;121:S28-37.
54. Mayorga E. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. *Órgano Difusión Científica del Dep Psicol*. 2020;21(1):1–9.
55. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2014;1(1):73–85.
56. Hernandez P, Villareal R. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*. 2015;19(8):1051–8.
57. Turecki G. Suicidal behavior: is there a genetic predisposition? *Bipolar Disord*. el 1 de diciembre de 2001;3:335–49.
58. Mann J. A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Ann Intern Med*. el 1 de marzo de 2002;136:302–11.
59. Brezo J, Paris J, Tremblay R, Vitaro F, Hébert M, Turecki G. Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: A population-based study. *Psychol Med*. el 1 de diciembre de 2007;37:1551–62.

60. Widom C, DuMont K, Czaja S. A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown Up. *Arch Gen Psychiatry*. el 1 de febrero de 2007;64:49–56.
61. Merali Z, Du L, Hrdina P, Palkovits M, Faludi G, Poulter M, et al. Dysregulation in the Suicide Brain: mRNA Expression of Corticotropin-Releasing Hormone Receptors and GABAA Receptor Subunits in Frontal Cortical Brain Region. *J Neurosci*. el 1 de marzo de 2004;24:1478–85.
62. Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry*. 1970;117(539):437–8.
63. Blair-West GW, Mellsop GW, Eyeson-Annan ML. Down-rating lifetime suicide risk in major depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95(3):259–63.
64. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *Am J Psychiatry*. 2000;157(12):1925–32.
65. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(10):1058–64.
66. Angst J, Angst F, Gerber-Werder R, Gamma A. Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: A 40 to 44 years' follow-up. *Arch Suicide Res*. 2005;9(3):279–300.
67. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Harriss L, Malmberg A. Methods used for suicide by farmers in England and Wales - The contribution of availability and its relevance to prevention. *Br J Psychiatry*. el 1 de noviembre de 1998;173:320–4.
68. Cavanagh J, Carson A, Sharpe M, Lawrie S. Psychological Autopsy Studies of Suicide: A Systematic Review. *Psychol Med*. el 1 de mayo de 2003;33:395–405.
69. Qin P, Agerbo E, Brøbech P. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. el 1 de noviembre de 2002;360:1126–30.

70. Nanayakkara S, Misch D, Chang L, Henry D. Depression and exposure to suicide predict suicide attempt. *Depress Anxiety*. el 1 de agosto de 2013;30.
71. Pirkis J, Nordentoft M. Media Influences on Suicide and Attempted Suicide. En: *International Handbook of Suicide Prevention*. 2011. p. 531–44.
72. O'Connor R, Rasmussen S, Hawton K. Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland. *J Affect Disord*. el 20 de abril de 2014;159C:46–52.
73. Haw C, Hawton K, Niedzwiedz C, Platt S. Suicide Clusters: A Review of Risk Factors and Mechanisms. *Suicide Life Threat Behav*. el 1 de febrero de 2013;43:97–108.
74. Appleby L, Cooper J, Amos T, Faragher B. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *Br J Psychiatry*. el 1 de septiembre de 1999;175:168–74.
75. Celada-Cajal F-J. ¿El suicidio es consecuencia de un bajo autoconcepto y de una autoestima disminuida? 2013.
76. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton. el 1 de enero de 1965;16:16–36.
77. Thompson A, Barnsley R, Battle J. The relative age effect and the development of self-esteem. *Educ Res - EDUC RES*. el 1 de septiembre de 2004;46.
78. Kobayashi Y, Fujita K, Kaneko Y, Motohashi Y. Self-Efficacy as a Suicidal Ideation Predictor: A Population Cohort Study in Rural Japan. *Open J Prev Med*. el 1 de enero de 2015;05:61–71.
79. Young M, Fogg L, Scheftner W, Fawcett J, Akiskal H, Maser J. Stable trait components of hopelessness: Baseline and sensitivity to depression. *J Abnorm Psychol*. el 1 de junio de 1996;105:155–65.
80. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. el 1 de julio de 2005;66:693–704.
81. Beck A, Steer RA, Kovacs M, BS G. Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-Year

- Prospective Study of Patients Hospitalized with Suicidal Ideation. *Am J Psychiatry*. el 1 de junio de 1985;142:559–63.
82. Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lonnqvist J. Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: A 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry*. el 1 de mayo de 2004;4:11.
 83. O'Connor R, Smyth R, Ferguson E, Ryan C, Williams J. Psychological Processes and Repeat Suicidal Behavior: A Four-Year Prospective Study. *J Consult Clin Psychol*. el 15 de julio de 2013;81.
 84. Fawcett J, Busch K, Jacobs D, Kravitz H, Fogg L. Suicide: A Four-pathway Clinical-Biochemical Model. *Ann N Y Acad Sci*. el 1 de enero de 1998;836:288–301.
 85. Ribeiro J, Bender T, Buchman J, Nock M, Rudd M, Bryan C, et al. An investigation of the interactive effects of the capability for suicide and acute agitation on suicidality in a military sample. *Depress Anxiety*. el 14 de enero de 2015;32.
 86. Gould M, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescent Completed Suicide. *Arch Gen Psychiatry*. el 1 de enero de 1997;53:1155–62.
 87. Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J. Psychosocial Characteristics of Adolescents with a History of Suicide Attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. el 1 de febrero de 1993;32:60–8.
 88. Moreno, ángel L. prueba computerizada para la evaluación de frustración de tolerancia | *Anales de Psicología / Annals of Psychology* [Internet]. VOL.16 NUM 2.
 89. Russián GC. “influencia de la satisfacción de sí mismo y la autorregulación emocional, en cuanto a la tolerancia a la frustración, control de impulsos y flexibilidad del yo, sobre las actitudes prosociales ante situaciones de agravio en adolescentes”. universidad católica argentina facultad de humanidades “teresa de ávila” sede paraná; 2008.
 90. Papageno. La generación de cristal: baja tolerancia a la frustración y suicidio - -

Plataforma profesional de prevención del suicidio [Internet]. Plataforma prevención suicidio. 2019

91. Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. *Rev Intercont Psicol y Educ.* 2010;12(1):53–75.
92. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand.* el 1 de marzo de 1992;85:97–104.
93. Álvarez Sánchez AT. Suicidio y pensamientos suicidas - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. 2017 [icid/symptoms-causes/syc-20378048](https://www.mayoclinic.org/symptoms-causes/syc-20378048)
94. Suicide [Internet]. [citado el 7 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_3
95. World Health Organization. National suicide prevention strategies [Internet]. Vol. 30, *Psychiatria Fennica.* 2018. 9–30 p.
96. Secretaría de Salud. Estrategias Mexicanas Contra El Suicidio. 2015;1–3. Disponible en: https://consulmex.sre.gob.mx/kansascity/images/stories/PDF/estrategias_suicidio_esp.pdf
97. Reyes M, Cortes J. Manual de operación de detección temprana y derivación en casos de ideación e intento suicida. 2015.
98. Sectorial De Salud P. Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. 2013;86.
99. Frenk Mora J. Programa de Acción Investigación en Salud. *Salud Publica.* 2001;91.
100. The Kidscreen Group. Cuestionario KIDSCREEN [Internet]. KIDSCREEN Home page. Disponible en: <https://www.kidscreen.org/español/cuestionario-kidscreen/>
101. Müggenburg Rodríguez V. MC, Pérez Cabrera I. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Enfermería Univ.* 2018;4(1).

102. Kerlinger F, Lee H. Investigación del comportamiento, métodos de investigación en ciencias sociales. 2002. p. 810.
103. Caballero GB. Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. 2009;39:167.
104. Hidalgo-Rasmussen CA, Rajmil L, Espinoza RM. Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana de 8 a 18 años. Cience Salud Coletiva. 2014;19(7):2215–24.
105. Maganto Mateo C, Peris Hernández M, Sánchez Cabrero R. El bienestar psicológico en la adolescencia: variables psicológicas asociadas y predictoras. Eur J Educ Psychol. 2019;12(2):139.
106. Rosales C, Clatempa RR. Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. Psicol y Salud. 2013;22(1):63–74.
107. Carlos J, Pérez R, Córdova M, Resumen O. Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. Rev Intercont Psicol y Educ. 2011;
108. Moya Ollé J. Ideacion Suicida. Interv Psicoeduc en la desadaptación Soc IPSE
109. Sánchez-Sosa JC, Villarreal-González ME, Musitu G, Martinez Ferrer B. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. Psychosoc Interv. 2010;19(3):279–87.
110. Cohen R, Swedlick M. Métodos de Investigacion del Comportamiento. Introducción a las Pruebas y a la Medición. México: McGraw Hill; 2001.
111. Alcántar Escalera, M. I., 2002. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar., México, D.F.: S.N.

112. Guibert Reyes, W., 2002. Epidemiología de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2).
113. Hueso, A. & Cascant, M. J., 2012. *Metodologías y técnicas cuantitativas de investigación*, s.l.: Universidad Politécnica de Valencia.
114. INEGI, 2019. “Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio”, s.l.: s.n.
115. Torres Ortega, M. d. L., 2016. *Relación entre la ideación suicida y el suicidio consumado*. México 2016, México: s.n.
116. Varengo, J., 2016. “Ideación Suicida en Adolescentes”, s.l.: s.n.