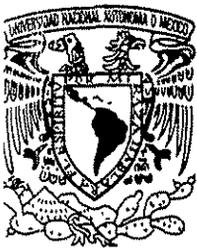


11226

165



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL H.G.Z. No. 24.



U.M.F No 20
BIBLIOTECA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. OLIVIA REYES JIMENEZ

ASESORA
DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D F

AGOSTO DEL 2002
U. N. A. M.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ASESOR METODOLÓGICO

Yolanda E. Valencia

DRA YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR
U.M F No 20 VALLEJO

ALBE CON
FALLA DE ORIGEN

Vo Bo



DR. MAURILIO ESPINO GARCIA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO AL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
U M F. 20 VALLEJO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS DIOS

Por permitirme seguir con vida,
De saber que en cada momento, en cada detalle estás tú,
Que no me ha dejado sola ante situaciones difíciles
Por guiarme, por ser mi luz en el camino

A MIS PADRES:

ARTURO Y ANTONÍA.

Por enseñarme que las cosas difíciles no existen
De sembrar en mi un entusiasmo alimentado con su ejemplo
Por sentir su compañía y apoyo en todo momento
Por cuidar de mi y hacerme una persona de bien.
Gracias por quitar las piedras que estaban en mi camino.

A MIS HERMANOS:

CARLOS ARTURO, ELIZABETH Y DANIEL BARUC.

Porque por ustedes me he planteado tantas metas.
Porque me enseñaron a tener paciencia.
Por que sé que ustedes velaban mi sueños cada día

A TI QUERIDO HÉCTOR:

Por sentir tu apoyo y escuchar esas palabras de aliento.
Por darme la mano en cada caída.
Gracias por inspirarme tanto cariño, amor y respeto.
Pero sobre todo por ese amor incondicional que me has regalado
Gracias por ser la persona que amo

A KARLA ABIGAIL.

Por ver en tu sonrisa una esperanza de un mañana placentero
Por ver en tus ojos el destello de la felicidad que me llena.
Por sentir en tus manitas el calor de la inocencia.

A MIS AMIGOS:

SOVIETINA, PATY ELENA, LAURA, ARMANDO, LETY, PATY HERNÁNDEZ,
LUCIANO, GERARDO Y MARTHA RITA

Gracias por esos momentos de felicidad que compartimos juntos
Por haber subido juntos un peldaño más en nuestras metas.
Por su ayuda en esas noches de desvelo ante los pacientes



A MIS PROFESORES:

YOLANDA, JUAN, MAURILIO Y MARTHA

Por transmitirme con paciencia sus conocimientos

Por enseñarme a ver más allá de un individuo en problemas.

Gracias por sus correcciones, apoyo y consejo

A MIS PACIENTES.

Por ser el motivo de superarme cada día más.

Por dejar que los ayude en esos momentos tan difíciles

Por aprender a tener una visión más humana.

A MI ABUELO:

OCTAVIO JIMÉNEZ

Por que aunque ya no pude verte cuando te fuiste,

sé que en algún lugar te llegará mi agradecimiento

por tanto cariño que me diste,

y por haber tenido la confianza de que llegaría a mi meta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

| | PAGINA |
|---|--------|
| OBJETIVOS _____ | 2 |
| JUSTIFICACIÓN _____ | 3 |
| ANTECEDENTES CIENTÍFICOS _____ | 4 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____ | 13 |
| MATERIAL Y METODOS _____ | 14 |
| PRESENTACIÓN DE RESULTADOS _____ | 16 |
| TABLAS Y GRAFICAS _____ | 19 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS _____ | 35 |
| CONCLUSIONES _____ | 39 |
| COMENTARIO _____ | 41 |
| RESUMEN _____ | 43 |
| BIBLIOGRAFÍA _____ | 45 |
| ANEXOS _____ | 47 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TITULO:

**“ DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA
ATENDIDOS EN EL H.G.Z. #24 DEL 1º DE SEPTIEMBRE DEL 2000
AL 29 DE FEBRERO DE 2001 ”**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO PRINCIPAL

Analizar la dinámica familiar de los pacientes con intento de suicidio atendidos en el servicio de urgencias del H.G.Z. # 24, atendidos del 1º de Septiembre del 2000 al 29 de Febrero del 2001.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Identificar la funcionalidad familiar de los pacientes con intento de suicidio.
- Describir los familiogramas de los pacientes con intento de suicidio.
- Describir la edad, sexo, ocupación y escolaridad de los pacientes con intento de suicidio.
- Identificar la tipología familiar de los pacientes con intento de suicidio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACION

El intento de suicidio es un fenómeno de carácter multifactorial con problemática compleja y en México ha ido en aumento, simplemente en el año de 1994 se reportaron 2 603 casos, con una tasa aumentada en comparación a otros años, por lo que se espera que vaya en franco aumento a lo largo del tiempo

Entre los factores que se mencionan que predisponen al intento suicida, se enmarca a la dinámica familiar disfuncional, aunque no se especifican cuales son los factores afectados, ya que con la llegada de la tecnología, el cambio de roles en los tutores o padres hace que las relaciones sociales se muestren más impersonales. Puede ser que los padres renuncien a sus papeles o roles de guiar al niño y este va a estar expuesto a conflictos que tal vez no pueda resolver. Las necesidades básicas que no son satisfechas van a repercutir para que sufran trastornos mentales y desviaciones específicas.

Por lo anteriormente mencionado es importante conocer la dinámica familiar en este tipo de pacientes, ya que se puede dar solución a este problema que afecta a un gran número de la población dinámicamente activa y que además, el presentarse un intento de suicidio en un familiar se corre el riesgo, que otro integrante de la familia también lo presente.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En diversas regiones del mundo y durante los últimos años, se ha observado un incremento paulatino, aunque constante, de la conducta suicida, predominando en los adolescentes. México no es la excepción, y bien sus tasas de suicidios e intentos no son las más altas en la región panamericana y en el resto del mundo, el problema amerita ser considerado, precisamente por su naturaleza incipiente. Así, resultan apremiantes y oportunos los esfuerzos profilácticos y preventivos respecto a esta condición que se va configurando ya como un problema de salud pública.(1)

La conducta suicida, como concepto extenso y atemporal, es un fenómeno instantáneo, violento y de manifestación sobresaliente por su peligrosidad, con un trasfondo complejo cuyo estudio tiene su punto de partida en el acto mismo. Ha sido la epidemiología, que estudia las variaciones de la enfermedad dentro de la población, lo que nos ha llevado a conocer las características de los individuos que se asocian con mayor probabilidad a la conducta suicida.

En México no abundan estudios acerca del suicidio en adolescentes, es evidente la necesidad de orientar hacia una mayor atención a este problema, pues, por otra parte, se han observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y quien lo intenta una vez, es probablemente que lo intente de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales. (2)

A menudo se carece de datos reales sobre los casos de suicidio o éstos son incompletos a causa del estigma que llevan consigo, y que a veces incluye sanciones penales o religiosas, por lo que se prefiere atribuir la muerte a una causa accidental más que intencionada. En la mayoría de los países, el suicidio ocupa el siguiente lugar después de los accidentes como la causa principal de defunción entre los jóvenes (3)

Es muy importante distinguir entre idea suicida e intento de suicidio:

IDEA SUICIDA: Aquella que el paciente tiene sentimientos de decepción, desesperanza y tristeza, perciben que " la vida no vale nada "

INTENTO SUICIDA. Es la acción que amenaza con terminar la vida, por los diversos métodos que van desde intoxicación medicamentosa hasta con armas de fuego, siendo esta última la consumación del suicidio. (4)

Las personas pueden buscar realmente la muerte, pero otras solamente intentan comunicar dolor, mitigar aislamiento, evitar las secuelas de un cambio de nivel social, buscar venganza o transmitir otros significados. (5)

Es la causa más frecuente de urgencias psiquiátricas (6)

La Organización Mundial de la Salud estima que cada día de 1000 a 2000 personas intentan quitarse la vida. La tasa de suicidio varía de un país a otro. En México ocupa el 19º lugar de mortalidad general y es la undécima causa de muerte entre la población económicamente activa. (7)

El intento de suicidio es un fenómeno de carácter multifactorial, su problemática es compleja y en México va en aumento; tan sólo en 1994 hubo 2 603 casos, con una tasa de 2.89 por 100 000 habitantes que podría crecer aceleradamente en los próximos años, afectando a diferentes grupos de edad, principalmente al grupo adolescente (8)

Los factores de riesgo que se relacionan con el intento suicidio se encuentran a los siguientes:

- **Sexo:** El intento suicida se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, pero el suicidio culminado es más frecuente en los varones.
- **Edad:** En los hombres se presenta entre los 45 y 55 años debido a la crisis de la edad madura. En las mujeres se presenta entre los 15 y 25 años de edad.

- Raza: Predomina en la raza blanca.
- Religión: El índice es menor en la católica, debido al grado de ortodoxia e integración de la religión.
- Estado civil: Predomina en los solteros, en casados que tiene problemas con su pareja.
- Ocupación. Predomina en los estudiantes de bachillerato y universitarios (9), aunque la ocupación con mayor riesgo son los médicos y la especialidad de psiquiatría,
- Estado de salud: El 70% de las víctimas han estado afectadas por una o más enfermedades activas y en su mayoría crónicas. Predomina en alcohólicos, drogadictos y depresión. También la pérdida de algún miembro, movilidad o pérdida de órganos o en las mujeres desfiguración facial.
- Método La ingesta de fármacos es el método de suicidio más utilizado, siendo estos ocupados por las mujeres, predominante la ingesta de anticonvulsivantes como la carbamacepina, siguiendo posteriormente plaguicidas, cáusticos y anticongelantes. Los hombres utilizan más las armas de fuego, explosivos y ahorcamientos. (10)

El paciente que intenta suicidarse tiene alteraciones en su entorno biopsicosocial, ya que el intento de suicidio es la consecuencia compleja de la interacción de los factores precipitantes y predisponentes. Entre estos últimos se encuentra el comportamiento antisocial y alteraciones afectivas que se acompañan de ruptura familiar, el deceso del padre de familia o de otro ser querido, el aislamiento social, alguna pérdida grave (dinero, poder, trabajo, honor), los cambios de papel dentro de la sociedad, la edad y los factores ambientales (programas bélicos)

La primera contribución importante al intento de suicidio fue

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a fines del siglo XIX por Durkheim quien dividió al intento suicida en 3 categorías sociales:

- EGOISTA: Incluye a los individuos que no están integrados en ningún grupo social. La falta de integración familiar puede explicar porque las personas casadas con hijos no son vulnerables al intento de suicidio.
- ALTRUISTA: Se derivan de una excesiva integración a un grupo, por ejemplo. la comunidad japonesa.
- ANOMICO Cuando una alteración del equilibrio de la integración de la persona con la sociedad deja a esta sin sus normas habituales de conducta. (11)

El intento suicida mide la presión y tensión social en la que está viviendo la persona.

La primera concepción psicológica del suicidio fue hecha por Freud, que observó que el odio a uno mismo, observado en el fenómeno de la depresión, originaba una cólera hacía un objeto de amor, cólera que la persona hacía volver hacía sí misma. (12)

La desorganización familiar es un factor relacionado con el riesgo, donde el tipo de comunicación existente en este grupo familiar es oscura y enmascarada El estrés familiar está asociado con la agresión familiar, lo que da un sentimiento de inseguridad y baja autoestima (13)

Después de que se han observado todas estas características en un suicida, nunca hay que dejarlo solo, porque el riesgo de que vuelva a presentar el intento es muy probable y puede culminar en la muerte

Debe investigarse la dinámica familiar en este tipo de pacientes y los mecanismos verdaderos que ocasionaron el intento suicida y valorar el grado o riesgo de reincidencia y se decidir si es necesario hospitalizar al paciente o manejarlo como externo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El cuidado de la salud del individuo en el contexto familiar requiere tener presente que la familia no es una entidad homogénea, si no una red de interrelaciones, alianzas y lazos de unión. Carmichael describió 4 características de las interrelaciones familiares más importantes en la dinámica de la familia:

- La afinidad describe la conexión o falta de conexión de los vínculos familiares e incluye proximidad física o moral.
- La intimidad es una forma de compartir.
- La reciprocidad describe las características de dar y recibir dentro de la familia.
- La continuidad es una característica importante en la dinámica familiar y consiste en un conjunto de intimidades con una historia y futuro. (14)

Se entiende por **dinámica familiar** que cada miembro de la familia debe de funcionar de determinada manera, este puede ser padre, madre o hijos, que cada quien debe desempeñar su rol, así puede clasificarse a la familia de acuerdo a sus roles familiares:

- Integrada: Es una familia completa donde cada uno de sus elementos nucleares desempeñan su rol en forma normal
- Semi-integrada: Es una familia completa pero alguno de sus elementos nucleares no desempeñan adecuadamente su rol.
- Desintegrada: Generalmente falta uno de sus miembros nucleares, que altera el interjuego de roles y da como resultado la existencia de disfunción familiar (15)

La familia puede definirse desde los siguientes puntos de vista

- Censo canadiense: Esposo y esposa, con o sin hijos o padre y madre sólo con uno o más hijos que vivan bajo el mismo techo.
- Censo americano: Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran una unidad (16)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Así la familia va a tener diversas clasificaciones, de las cuales se ha mencionado una en base a dinámica familiar la cual es la que no interesa en este trabajo.

La dinámica familiar va a estar evaluada en los siguientes parámetros:

- Claridad en la jerarquía: Entendemos por jerarquía al poder de influir en los demás y tomar decisiones que se piensan seguir. Se considera una jerarquía clara y precisa por las autoridades familiares (padre y madre) y es un requisito fundamental para su adecuado funcionamiento. Esta puede presentarse en los subsistemas familiares (conyugal, fraterno, etc.)
- Claridad en las fronteras: Se refiere a la familia de origen, trabajo, hobbies, instituciones, etc. Es la necesidad de trazar y reafirmar en la familia la capacidad para trazar fronteras en la familia de origen.
- Claridad en los subsistemas e individuos: Es el parámetro más útil para evaluar la funcionalidad familiar. Aquí se mencionan tres tipos de fronteras: rígidas, claras y difusas.
- Equilibrio entre la estabilidad y el cambio. La necesaria reestructuración de la red de las relaciones familiares exige flexibilidad y capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes, externas e internas, debe haber estabilidad para que haya equilibrio en el sistema familiar. (17. 18)

Estos parámetros van a ser evaluados por medio de un instrumento utilizado por el médico familiar, que es el famiolograma, teniendo como definición la siguiente:

Famiolograma: Es la representación gráfica y simbólica de la estructura y dinámica familiar, incluyendo patrones de enfermedad y problemas psicosociales. Al famiolograma se le va a identificar lo siguiente:

- Composición del hogar: Los padres y hermanos y hasta tres generaciones.
- Constelación fraterna: Orden y género de los elementos: Edad, sexo, momento del nacimiento del ciclo familiar.
- Adaptación al ciclo familiar
- Repetición de pautas a través de las generaciones.
- Eventos de la vida y funcionamiento familiar: impacto de cambios, aniversarios, etc.
- Patrones vinculares y triángulos.
- Equilibrio y desequilibrio familiar.

La simbología utilizada en el familiograma se unifica en 1985 en donde un grupo de expertos de la task force of north american primary care research proponen un modelo para unificar los símbolos. (19)

Se acostumbra a dibujar a la izquierda al esposo y a la derecha a la esposa, se recomienda encerrar dentro de una línea punteada a quienes viven dentro de la misma casa. Así sucesivamente se dan diversos símbolos para la representación gráfica de la familia.

Los cambios que en las últimas décadas ha experimentado la familia en nuestro país no son caóticos ni únicos, más bien, aún cuando muestran alguna peculiaridad, siguen siendo el modelo general de lo ya ocurrido en otras latitudes, en otras familias y a otros aglomerados humanos bajo los signos de la revolución industrial, la difusión del conocimiento científico y la educación, así las nuevas condiciones causan cambios en las costumbres y las concepciones ideológicas, morales, etc Así las dimensiones del grupo familiar se limitan necesariamente, haciéndose más impersonal y cotidianas. (20)

Así la conducta y personalidad del individuo son forjadas en el núcleo familiar; ciertos aspectos de carácter, ciertos trastornos tienden a concordar entre los miembros de la familia. La conducta familiar no es sólo la suma de las conductas individuales, si no el producto de su interacción y organización de sus componentes. Las condiciones familiares que no satisfacen las necesidades básicas son contribuyentes para que las personas tengan algún tipo de desviación en su conducta. (21)

El modelo de funcionamiento familiar de Mc Master es un marco de referencia teórico que está basado en el enfoque sistémico, en el cual la familia se conceptualiza en un sistema abierto, compuesto de sistemas dentro de sistemas (individuo, diada marital, hermanos, etc.) y relacionado con otros sistemas (escuela, trabajo, etc.) Los aspectos de funcionamiento familiar fueron conceptualizados y aprobados en el trabajo clínico, en la investigación y la enseñanza.(22)

El modelo supone que para una completa evaluación de una familia es necesario identificar seis áreas o dimensiones de funcionamiento.

1. Resolución de problemas.

Se refiere a la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar efectivo.

2. Comunicación.

Se refiere al intercambio de información dentro de la familia. La comunicación se subdivide para fines de estudio en áreas instrumentales y afectivas. Además el modelo evalúa dos aspectos de comunicación clara y directa, clara e indirecta, confusa e indirecta y confusa e indirecta. Se postula que entre más enmascarados sean los patrones de comunicación, más ineficiente es el funcionamiento familiar.

3. Roles.

Esta dimensión se refiere a los patrones de conducta por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares. Asimismo, se identifican cinco funciones familiares necesarias: manutención económica, gratificación sexual, desarrollo personal, sistema de manutención y administración (toma de decisiones, economía doméstica) y salud física y mental.

4. Involucramiento afectivo.

Se refiere al grado en que la familia. Como un todo muestra interés y valora las actividades e intereses de cada miembro de la familia. Se identifican seis tipos de involucramientos:

- a. Desprovisto de afecto. El interés es básicamente de naturaleza intelectual, hay escaso interés en los sentimientos, que sólo se manifiestan cuando hay demandas.

- b. Narcisista. Existe un interés en el otro sólo si se beneficia así mismo, es básicamente egocéntrico.
- c. Empatía. Existe un interés verdadero en las actividades del otro, aún cuando esto sea periférico al propio interés.
- d. Sobreinvolucramiento. Hay un excesivo interés de uno hacia el otro, implica sobreprotección e intrusión.
- e. Simbiosis. Hay interés patológico en el otro, la relación es tan intensa que es difícil establecer límites que diferencien una persona de la otra.

5. Respuestas afectivas.

Se refiere a la habilidad de las familias para responder a sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad y cantidad. La calidad de respuestas afectivas se refiere a la habilidad de las familias para responder a una amplia gama de emociones, dependiendo del estímulo. La cantidad de respuestas afectivas, se refiere al grado de respuesta afectiva y describe un continuo que va desde la ausencia de la respuesta hasta una respuesta exagerada.

6. Control de la conducta.

Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento en tres situaciones: situaciones de peligro, situaciones de enfrentar y expresar necesidades fisiológicas, situaciones que implican la socialización de los miembros de la familia dentro y fuera del sistema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la dinámica familiar en los pacientes con intento de suicidio atendidos en el servicio de urgencias del H.G.Z. # 24?

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo se realizó en el H.G.Z. # 24, ubicada en la delegación 1 Noreste del D.F, a los pacientes derechohabientes que ingresaron al área de urgencias con diagnóstico de intento suicida, en el periodo comprendido del 1º de Septiembre del 2000 al 29 de Febrero del 2001.

Las características de estudio que se llevó a cabo fue prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

El universo de trabajo estuvo integrado por los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias durante el período del 1º de Septiembre del 2000 al 29 de Febrero del 2001, obteniéndose una muestra de 60 pacientes

Los criterios de inclusión utilizados fueron: pacientes de ambos sexos mayores de 15 años de edad, sin alteraciones psiquiátricas, que vivan dentro de su núcleo familiar y que estén adscritos a la zona de afluencia del H.G.Z. #24

Los criterios de exclusión fueron: pacientes menores de 15 años Con antecedentes de alteraciones psiquiátricas, que no vivan dentro de su núcleo familiar y que no pertenezcan a la zona de afluencia del H.G.Z #24

A los pacientes que se integraron en el estudio, se les aplicaron tres instrumentos de evaluación. El primero fue el cuestionario de funcionalidad familiar de Mac Master, el cual consta de 52 pregunta, con cuatro opciones de respuesta a cada uno de ellos, calificando a cada familia como funcionales a un puntaje menor de 70, moderadamente funcional de 71 a 140 puntos y severamente disfuncional a más de 141 puntos.



Se elaboraron los familiogramas de cada paciente, en los cuales se pudieron evaluar los roles estáticos, alianzas, coaliciones, etapa del ciclo familiar y tipología familiar.

Se elaboró también una ficha de identificación de cada paciente, en la cual se observó la edad, sexo, estado civil, religión, escolaridad y ocupación.

Los instrumentos se aplicaron al paciente en el servicio de urgencias y en su domicilio. Los resultados fueron capturados en el programa Excel para el proceso estadístico de los mismos

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación se estudiaron a 60 pacientes con intento suicida, que se presentaron al área de urgencias del H.G.Z #24, en el periodo comprendido del 1º de Septiembre del 2000 al 29 de Febrero del 2001.

Se distribuyeron por rangos de edad y sexo, de la siguiente manera. 16 a 25 años (n=24) 40%, 26 a 35 años (n=22) 36.67%, 36 a 45 años (n=10) 16.67%, 46 a 55 años (n=4) 6.67%. Por sexo: Femenino 73.33% (n=44), con una Media (M) de 29.31 años y una Desviación Estándar (DE) de 9.31 años. Masculinos 26.66% (n=16), con una media de 31.13 años y una DE de 8.27 años. (ver tabla y gráfico no.1)

De acuerdo a su funcionalidad familiar se distribuyeron de la siguiente manera: 16 a 25 años 40% (n=24), 26 a 35 años 36.67% (n=22), 36 a 45 años 16.67% (n=10), de 46 a 55 años 6.67% (n=4). Por funcionalidad familiar: familias funcionales: 2% (n=1), familias moderadamente disfuncionales: 85% (n=51), familias severamente disfuncionales: 13% (n=8) (ver tabla y gráfico no.2)

Según su ocupación los resultados fueron:

Hogar 31.66% (n=19), con una media de 33.13 años y una DE: 8.49 años. Obrero 5% (n=3), con una media de 30.50 años y DE: 8.16 años. Estudiante 36.66% (n=22) con una media de 22.77 años y DE: 4.19 años. Empleado 25% (n=25), media de 33.17, DE: 8.57. Comercio 1.66% (n=1), M:50.50, DE:0 (ver tabla y gráfico no.3)

Por estado civil: Solteros 41.66% (n=25), con una media de 23.7 años, DE: 5.46 años. Casados 35% (n=21), M:30.5 años, DE: 7.56 años. Divorciados 18.33% (n=11), M: 37.7 años, DE: 8.62 años. Viudos 5% (n=3), M: 40.5 años, DE: 8.16 años. (ver tabla y gráfico no.4)

De acuerdo a la escolaridad: Primaria 25% (n=15), M:36.5 años, DE: 9.52 años. Secundaria 21.66% (n=13), M: 32.04 años, DE 9.48 años. Preparatoria 31.66% (n=19), M:25.24 años, DE: 5.95 años. Profesional 21.66% (n=13), M:25.12 años, DE: 4.99 años. (ver gráfica y tabla no.5)

Según su religión: Ateo 13.3% (n=8), M: 29.25 años, DE:9.27 años. Católica 73.33% (n=44), M: 29.59 años, DE: 9.25 años. Evangélica 13.3% (n=8), M: 29.25 años, DE: 7.81 años. (ver tabla y gráfico no.6)

De acuerdo a la clasificación familiar se obtuvieron los siguientes datos:

Por tipología familiar se obtuvieron los siguientes resultados. binuclear 6.66% (n=4), M 35.50 años, DE 8.66 años. Nuclear 61.66% (n=37), M 27.80 años, DE 8.66 años. Extensa 31.66% (n=19), M.32.08 años, DE: 10.31 años. (ver tabla y gráfico no.7).

De acuerdo a su estructura familiar Rural 0% (n=0), suburbana 15% (n=25), M: 31.83 años, DE: 8.84 años. Urbana 75% (n=45), M 28.72, DE 9.02 años (ver tabla y gráfico no.8).

Según su dinámica familiar: Integrada 58% (n=35), M: 27.36 años, DE: 7.85 años. Semintegrada 3% (n=2), M: 35.50 años, DE:5.00 años. Desintegrada 38% (n=23), M: 32.24 años, DE: 10.7 años. (ver tabla y gráfico no.9).

De acuerdo a la clasificación histórica Primitiva 0% (n=0). Tradicional 28% (n=17), M: 34.62 años, DE 9.11 años. Moderna 72% (n=43), M: 27.48 años, DE 8.22 años. (ver tabla y gráfico no.10)

La clasificación familiar de acuerdo a su ocupación es . campesina 0% (n=0). Obrera 28% (n=17), M. 34.62 años, DE: 9.11 años. Profesional 72% (n=43), M. 27.48 años, DE: 8.22 años (ver tabla y gráfico no.11).

Los datos obtenidos en los familiogramas realizados a cada paciente fueron los siguientes:

Por ciclo vital: Matrimonio 5% (n=3), M: 23.83 años, DE: 4.71 años
Expansión 25% (n=15), M: 28.50 años, DE: 4.00 años. Dispersión 15%
(n=9), M: 33.83 años, DE: 9.43 años Independencia 48.33% (n=29),
M: 29.47 años, DE: 10.62 años. Retiro 6.67 % (n=4), M:28.00, DE:
8.29 años. (ver tabla y gráfico no.12)

Se registraron también las alianzas obteniéndose lo siguiente
Padre 6 15% (n=4), M: 28 años, DE. 8.72 años. Madre 15 38 %
(n=10), M: 28.50 años, DE: 8.72 años. Hermanos 21 54 % (n=14),
M:24.79 años, DE: 9.04 años. Otros 20% (n=13), M: 28.96 años, DE.
8.63 años. Ninguno 36.92% (n=24), M:33.83 años, DE: 8.50 años (ver
tabla y gráfico no.13).

En el caso de las coaliciones se registró lo siguiente: Padre 17 39%
(n= 12), M: 21.33, DE: 2.76. Madre 27.54 % (n=19), M: 27.34, DE 9 21
años. Hermanos 10.14% (n=7), M:29.07, DE: 8.33. Otros 43.48%
(n=30), M: 32.17, DE. 8.20. Ninguno 1.45% (n=1), M: 40.50 años, DE:
0 (ver tabla y gráfico no.14).

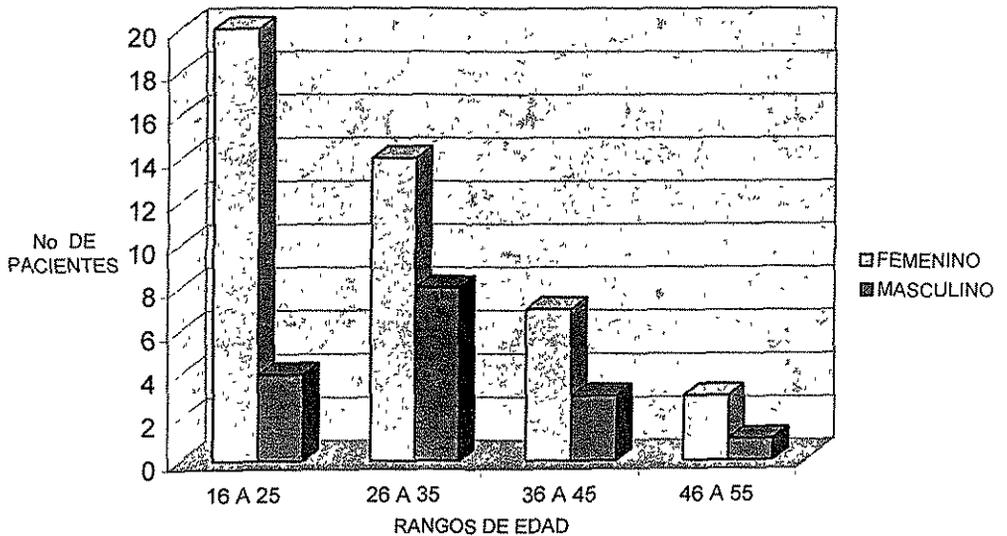
En el cumplimiento de roles estáticos se obtuvo lo siguiente Si
cumplen 50% (n=30), de los cuales se investigaron los siguientes
roles: Padre 10% (n=3), madre 50% (n=15), hijo 40% (n=12) (ver
tabla y gráfico no15). No cumplen 50% (n=30), de los cuales se
encuentran : Padre 23% (n=7), madre 40% (n=12), hijo 37% (n=11)
Se obtuvo una chi cuadrada de 0.93 con una grado de libertad de 2
(ver tabla y gráfico no.16).

TABLA No.1

**INTENTO SUICIDA POR EDAD Y SEXO EN PACIENTES
ATENDIDOS EN H.G.Z. #24 DEL 1º DE SEPTIEMBRE DE 2000
AL 29 DE FEBRERO DEL 2001.**

| EDAD | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|-------------------|------------|------------|-------------|
| 16 A 25 | 20 | 4 | 24 |
| 26 A 35 | 14 | 8 | 22 |
| 36 A 45 | 7 | 3 | 10 |
| 46 A 55 | 3 | 1 | 4 |
| TOTAL | 44 | 16 | 60 |
| PORCENTAJE | 73% | 27% | 100% |

INTENTO SUICIDA POR EDAD Y SEXO



FUENTE FICHA DE IDENTIFICACIÓN

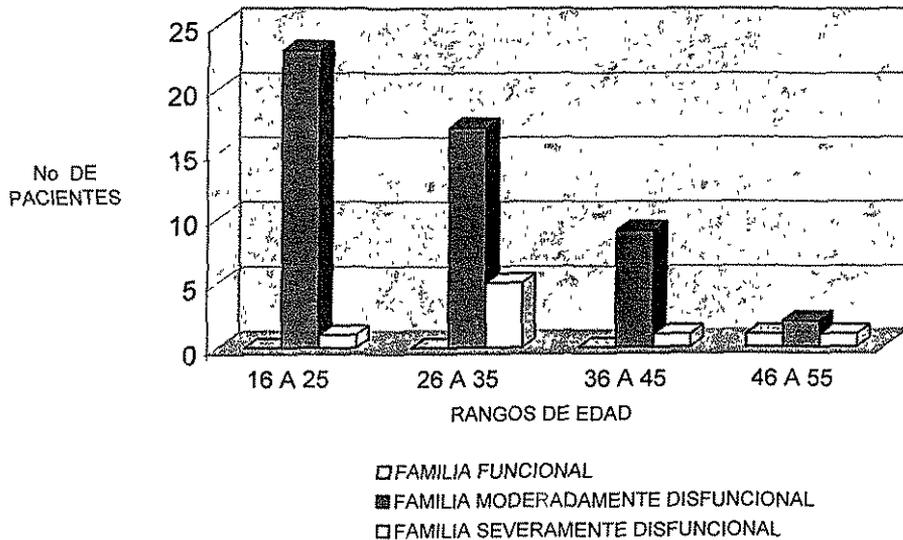
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 2

**GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN EL H.G.Z. #24 DEL
1º DE SEPTIEMBRE DEL 2000 AL 29 DE FEBRERO DE 2001.**

| EDAD | FAMILIA FUNCIONAL | FAMILIA MOD.DISF. | FAMILIA SEV.DISF. | TOTAL |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| 16 A 25 | 0 | 23 | 1 | 24 |
| 26 A 35 | 0 | 17 | 5 | 22 |
| 36 A 45 | 0 | 9 | 1 | 10 |
| 46 A 55 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| TOTAL | 1 | 51 | 8 | 60 |
| PORCENTAJE | 2% | 85% | 13% | 100% |

GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR



FUENTE. CUESTIONARIOS DE MAC MASTER

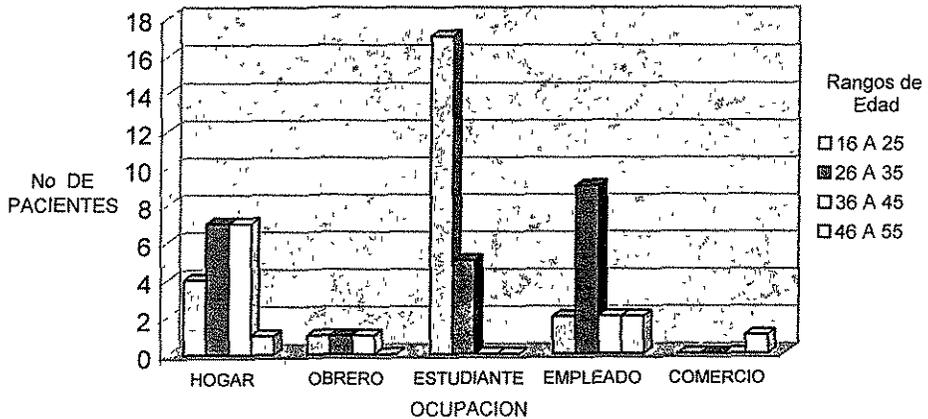
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No.3

**OCUPACIÓN EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA
ATENDIDOS EN EL H.G.Z. #24 DEL 1º DE SEPTIEMBRE DEL
2000 AL 29 DE FEBRERO DE 2001**

| EDAD | HOGAR | OBrero | ESTUDIANTE | EMPLEADO | COMERCIO | TOTAL |
|-------------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|-------------|
| 16 A 25 | 4 | 1 | 17 | 2 | 0 | 24 |
| 26 A 35 | 7 | 1 | 5 | 9 | 0 | 22 |
| 36 A 45 | 7 | 1 | 0 | 2 | 0 | 10 |
| 46 A 55 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 4 |
| TOTAL | 19 | 3 | 22 | 15 | 1 | 60 |
| PORCENTAJE | 32% | 5% | 37% | 25% | 2% | 100% |

OCUPACION EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA



FUENTE FICHA DE IDENTIFICACIÓN

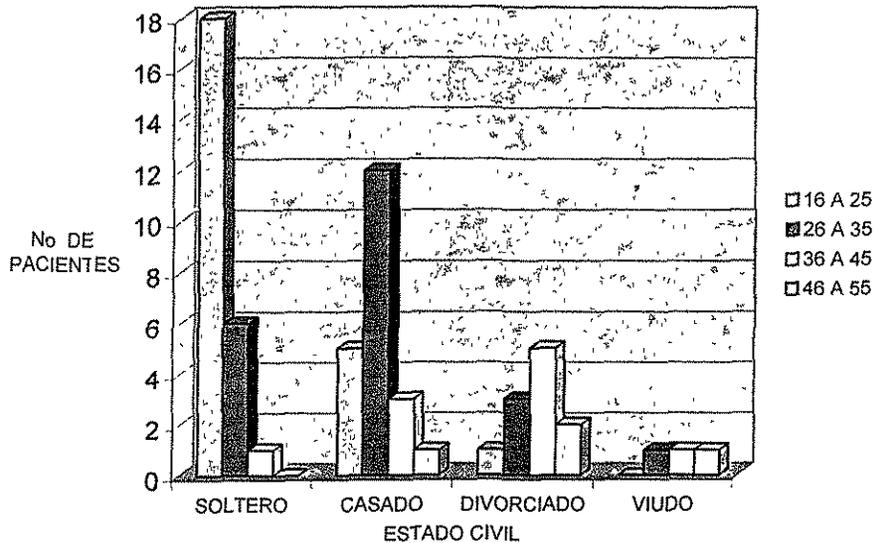
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA No 4

**ESTADO CIVIL PACIENTES CON INTENTO SUICIDA
ATENDIDOS EN EL H.G.Z. No 24 DEL 1° DE SEPTIEMBRE
DEL 2000 AL 29 DE FEBRERO DEL 2001.**

| EDAD | SOLTERO | CASADO | DIVORCIADO | VIUDO | TOTAL |
|-------------------|------------|------------|------------|-----------|-------------|
| 16 A 25 | 18 | 5 | 1 | 0 | 24 |
| 26 A 35 | 6 | 12 | 3 | 1 | 22 |
| 36 A 45 | 1 | 3 | 5 | 1 | 10 |
| 46 A 55 | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| TOTAL | 25 | 21 | 11 | 3 | 60 |
| PORCENTAJE | 42% | 35% | 18% | 5% | 100% |

ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON INTENTO SUICIDA



FUENTE FICHA DE IDENTIFICACION

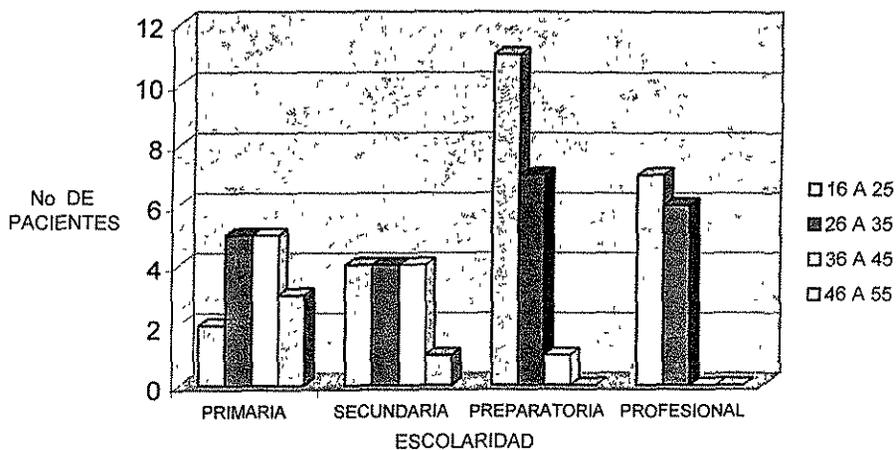
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA No 5

GRADO DE ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN EL H.G.Z. No 24 DEL 1° DE SEPTIEMBRE DEL 2000 AL 29 DE FEBRERO DEL 2001.

| EDAD | PRIMARIA | SECUNDARIA | PREPARATORIA | PROFESIONAL | TOTAL |
|-------------------|------------|------------|--------------|-------------|-------------|
| 16 A 25 | 2 | 4 | 11 | 7 | 24 |
| 26 A 35 | 5 | 4 | 7 | 6 | 22 |
| 36 A 45 | 5 | 4 | 1 | 0 | 10 |
| 46 A 55 | 3 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| TOTAL | 15 | 13 | 19 | 13 | 60 |
| PORCENTAJE | 25% | 22% | 32% | 22% | 100% |

ESCOLARIDAD EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA



FUENTE FICHA DE IDENTIFICACIÓN

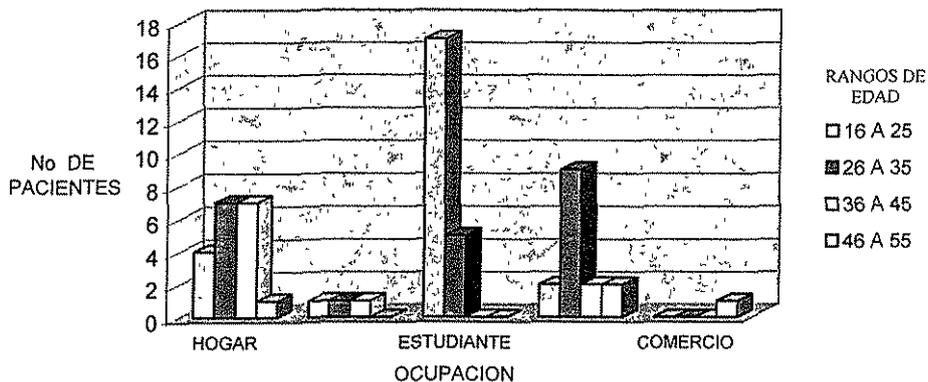
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA No 6

**RELIGIÓN EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA
ATENDIDOS EN EL H.G.Z. No 24 DEL 1º DE SEPTIEMBRE
DEL 2000 AL 29 DE FEBRERO DEL 2001.**

| EDAD | ATEO | CATOLICA | EVANGELICA | TOTAL |
|-------------------|------------|------------|------------|-------------|
| 16 A 25 | 3 | 18 | 3 | 24 |
| 26 A 35 | 4 | 15 | 3 | 22 |
| 36 A 45 | 0 | 8 | 2 | 10 |
| 46 A 55 | 1 | 3 | 0 | 4 |
| TOTAL | 8 | 44 | 8 | 60 |
| PORCENTAJE | 13% | 73% | 13% | 100% |

RELIGION EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA



FUENTE FICHA DE IDENTIFICACION

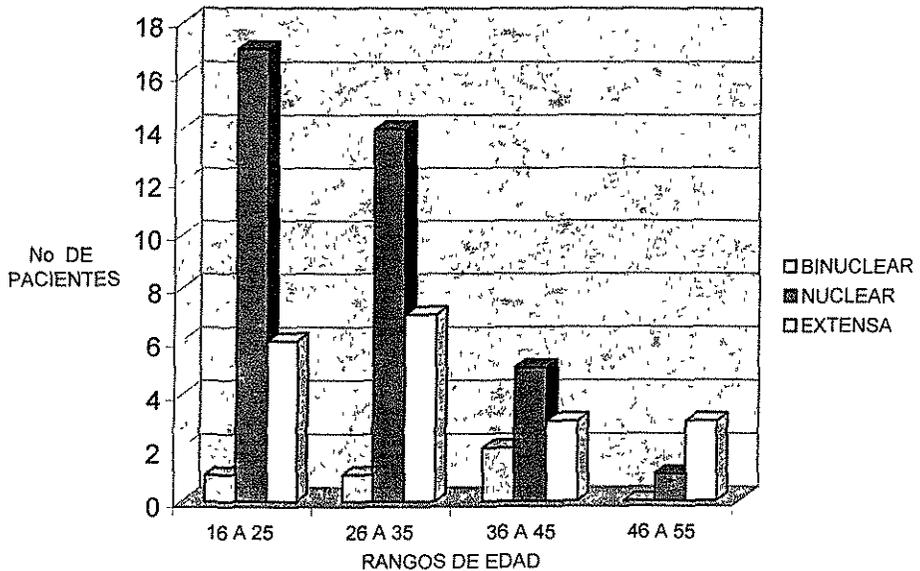
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA No. 7

TIPOLOGIA FAMILIAR EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL H.G.Z. No 24 DEL 1º DE SEPTIEMBRE DEL 2000 AL 29 DE FEBRERO DEL 2001.

| EDAD | BINUCLEAR | NUCLEAR | EXTENSA | TOTAL |
|-------------------|-----------|------------|------------|-------------|
| 16 A 25 | 1 | 17 | 6 | 24 |
| 26 A 35 | 1 | 14 | 7 | 22 |
| 36 A 45 | 2 | 5 | 3 | 10 |
| 46 A 55 | 0 | 1 | 3 | 4 |
| TOTAL | 4 | 37 | 19 | 60 |
| PORCENTAJE | 7% | 62% | 32% | 100% |

TIPOLOGIA FAMILIAR EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA



FUENTE FAMILIOGRAMA

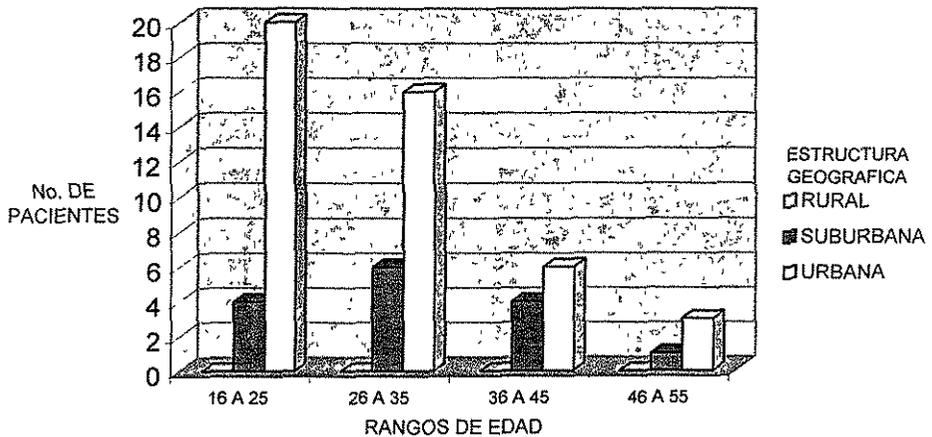
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA No 8

ESTRUCTURA GEOGRAFICA FAMILIAR EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN EL H.G.Z. No 24 DEL 1º DE SEPTIEMBRE DEL 2000 AL 29 DE FEBRERO DEL 2001.

| EDAD | RURAL | SUBURBANA | URBANA | TOTAL |
|-------------------|-----------|------------|------------|-------------|
| 16 A 25 | 0 | 4 | 20 | 24 |
| 26 A 35 | 0 | 6 | 16 | 22 |
| 36 A 45 | 0 | 4 | 6 | 10 |
| 46 A 55 | 0 | 1 | 3 | 4 |
| TOTAL | 0 | 15 | 45 | 60 |
| PORCENTAJE | 0% | 25% | 75% | 100% |

ESTRUCTURA GEOGRAFICA FAMILIAR EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA



FUENTE FAMILIOGRAMA

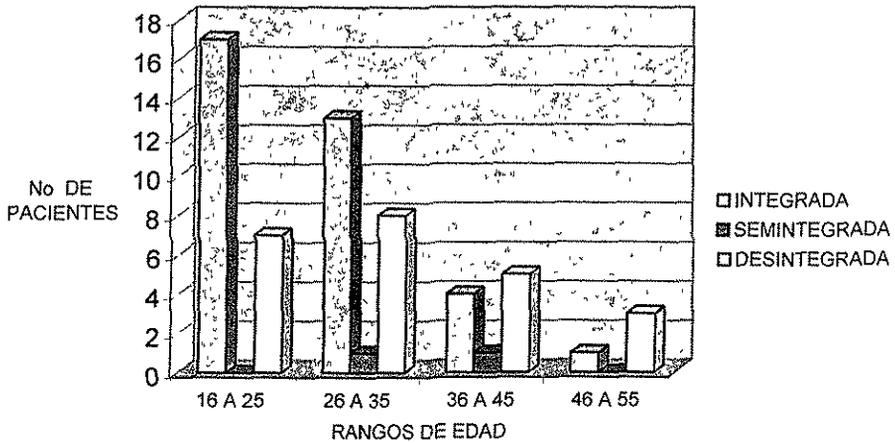
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 9

DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN EL H.G.Z. No 24 DEL 1º DE SEPTIEMBRE DEL 2000 AL 29 DE FEBRERO DEL 2001.

| EDAD | INTEGRADA | SEMINTEGRADA | DESINTEGRADA | TOTAL |
|-------------------|------------|--------------|--------------|-------------|
| 16 A 25 | 17 | 0 | 7 | 24 |
| 26 A 35 | 13 | 1 | 8 | 22 |
| 36 A 45 | 4 | 1 | 5 | 10 |
| 46 A 55 | 1 | 0 | 3 | 4 |
| TOTAL | 35 | 2 | 23 | 60 |
| PORCENTAJE | 58% | 3% | 38% | 100% |

DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA



FUENTE FAMILIOGRAMA

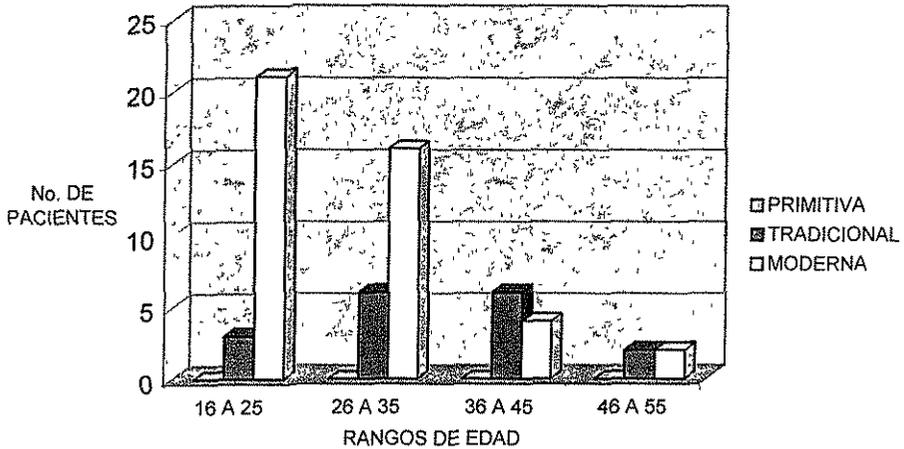
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 10

TIPOLOGIA HISTORICA EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN EL H.G.Z. No. 24 DEL 1° DE SEPTIEMBRE DEL 2000 AL 29 DE FEBRERO DEL 2001.

| EDAD | PRIMITIVA | TRADICIONAL | MODERNA | TOTAL |
|-------------------|-----------|-------------|------------|-------------|
| 16 A 25 | 0 | 3 | 21 | 24 |
| 26 A 35 | 0 | 6 | 16 | 22 |
| 36 A 45 | 0 | 6 | 4 | 10 |
| 46 A 55 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| TOTAL | 0 | 17 | 43 | 60 |
| PORCENTAJE | 0% | 28% | 72% | 100% |

TIPOLOGIA HISTORICA EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA



FUENTE: FAMILIOGRAMA

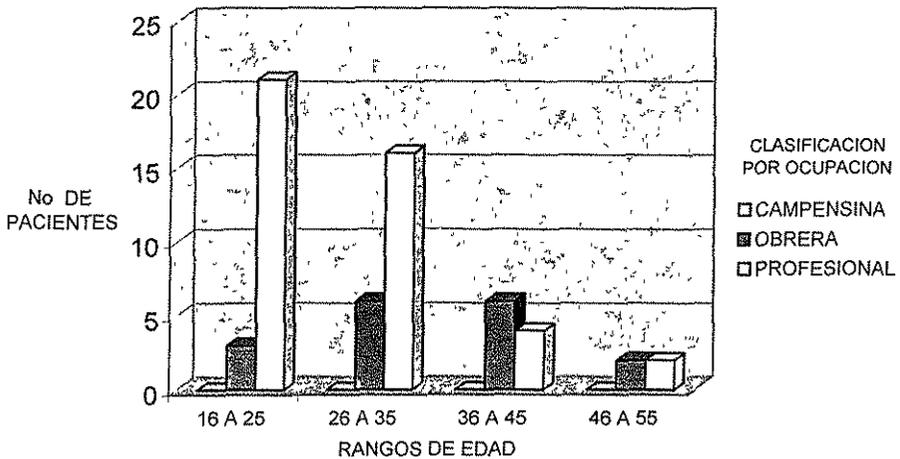
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 11

**CLASIFICACION FAMILIAR DE ACUERDO A SU OCUPACIÓN
EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN EL
H.G.Z. No 24 DEL 1° DE SEPTIEMBRE DEL 2000 AL 29 DE
FEBERO DEL 2001.**

| EDAD | CAMPENSINA | OBRERA | PROFESIONAL | TOTAL |
|-------------------|------------|--------|-------------|-------|
| 16 A 25 | 0 | 3 | 21 | 24 |
| 26 A 35 | 0 | 6 | 16 | 22 |
| 36 A 45 | 0 | 6 | 4 | 10 |
| 46 A 55 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| TOTAL | 0 | 17 | 43 | 60 |
| PORCENTAJE | 0% | 28% | 72% | 100% |

CLASIFICACION FAMILIAR DE ACUERDO A SU OCUPACION



FUENTE FAMILIOGRAMA

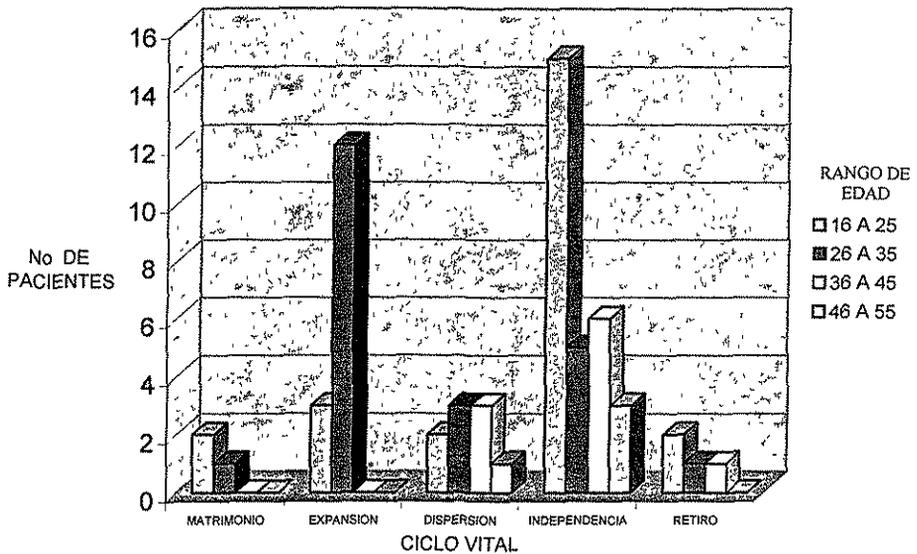
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 12

CICLO VITAL DE FAMILIAS DE PACIENTES CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN EL H.G.Z. No 24 DEL 1º DE SEPTIEMBRE DEL 2000 AL 29 DE FEBRERO DEL 2001.

| EDAD | MATRIMONIO | EXPANSION | DISPERSION | INDEPENDENCIA | RETIRO | TOTAL |
|-------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| 16 A 25 | 2 | 3 | 2 | 15 | 2 | 24 |
| 26 A 35 | 1 | 12 | 3 | 5 | 1 | 22 |
| 36 A 45 | 0 | 0 | 3 | 6 | 1 | 10 |
| 46 A 55 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 4 |
| TOTAL | 3 | 15 | 9 | 29 | 4 | 60 |
| PORCENTAJE | 5 00% | 25 00% | 15 00% | 48 33% | 6 67% | 100 00% |

CICLO VITAL DE FAMILIAS CON INTENTO SUICIDA



FUENTE FAMILIOGRAMAS

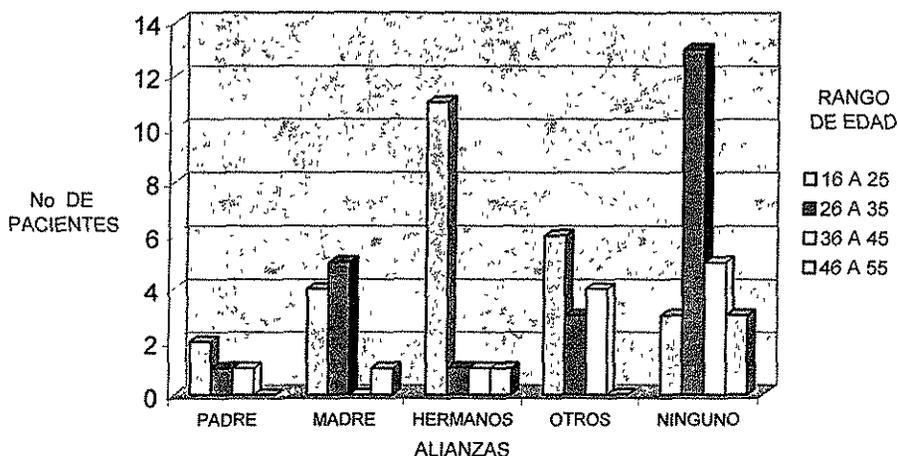
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA No 13

ALIANZAS FAMILIARES EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN EL H.G.Z. No 24 DEL 1º DE SEPTIEMBRE DEL 2000 AL 29 DE FEBRERO DEL 2001.

| EDAD | PADRE | MADRE | HERMANOS | OTROS | NINGUNO | TOTAL |
|-------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 16 A 25 | 2 | 4 | 11 | 6 | 3 | 26 |
| 26 A 35 | 1 | 5 | 1 | 3 | 13 | 23 |
| 36 A 45 | 1 | 0 | 1 | 4 | 5 | 11 |
| 46 A 55 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 5 |
| TOTAL | 4 | 10 | 14 | 13 | 24 | 65 |
| PORCENTAJE | 6.15% | 15.38% | 21.54% | 20.00% | 36.92% | 100.00% |

ALIANZAS FAMILIARES



FUENTE: FAMILIOGRAMA

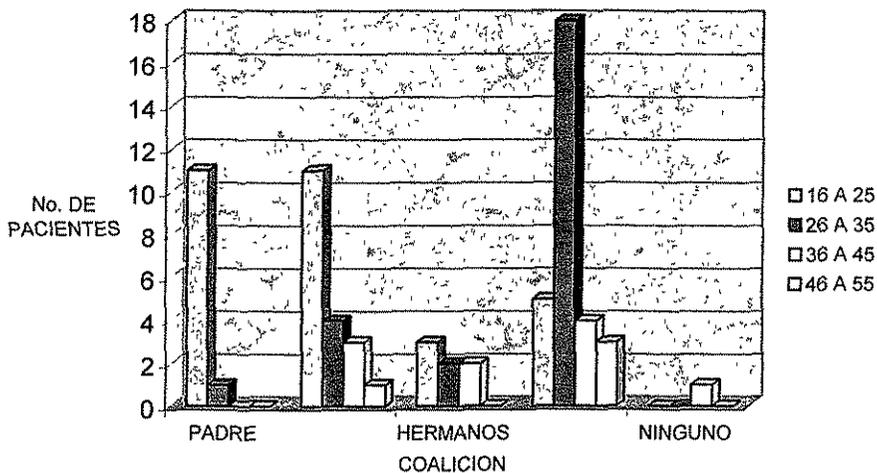
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 14

COALICIONES FAMILIARES EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN EL H.G.Z. No 24 DEL 1º DE SEPTIEMBRE DEL 2000 AL 29 DE FEBRERO DEL 2001.

| EDAD | PADRE | MADRE | HERMANOS | OTROS | NINGUNO | TOTAL |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| 16 A 25 | 11 | 11 | 3 | 5 | 0 | 30 |
| 26 A 35 | 1 | 4 | 2 | 18 | 0 | 25 |
| 36 A 45 | 0 | 3 | 2 | 4 | 1 | 10 |
| 46 A 55 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 4 |
| TOTAL | 12 | 19 | 7 | 30 | 1 | 69 |
| PORCENTAJE | 17 39% | 27 54% | 10 14% | 43 48% | 1 45% | 100 00% |

COALICIONES FAMILIARES



FUENTE: FAMILIOGRAMA

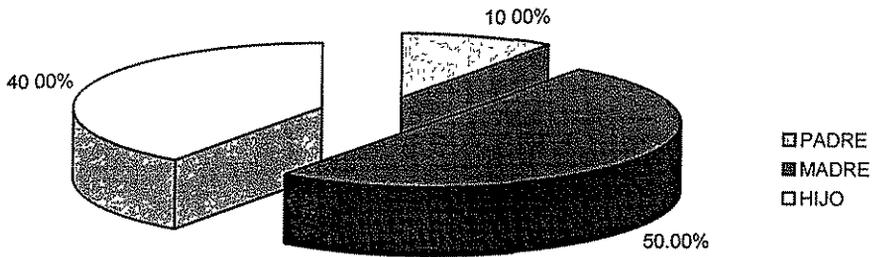
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No.15

**CUMPLIMIENTO DE ROLES ESTATICOS EN PACIENTES
CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN EL H.G.Z. #24 DEL
1º DE SEPTIEMBRE DEL 2000 AL 29 DE FEBRERO DE 2001.**

| ROL | CUMPLEN | PORCENTAJE |
|-------|---------|------------|
| PADRE | 3 | 10% |
| MADRE | 15 | 50% |
| HIJO | 12 | 40% |
| TOTAL | 30 | 100% |

CUMPLIMIENTO DE ROLES ESTATICOS



FUENTE FAMILIOGRAMA

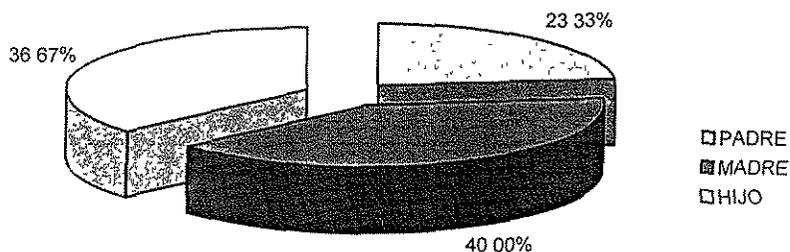
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA No.16

**NO CUMPLIMIENTO DE ROLES ESTATICOS EN PACIENTES
CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN EL H.G.Z. #24 DEL
1º DE SEPTIEMBRE DEL 2000 AL 29 DE FEBRERO DE 2001.**

| ROL | NO CUMPLEN | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| PADRE | 7 | 23% |
| MADRE | 12 | 40% |
| HIJO | 11 | 37% |
| TOTAL | 30 | 100% |

NO CUMPLIMIENTO DE ROLES



FUENTE FAMILIOGRAMA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La presente investigación estudió a 60 pacientes con diagnóstico de intento suicida, que ingresaron al áreas de urgencias del Hospital General de Zona No 24, perteneciente a la Delegación No 1 Noroeste del D F, en el período comprendido del 1º de Septiembre del 2000 al 29 de Febrero del 2001.

A este grupo de pacientes se les aplicaron tres instrumentos de evaluación: Cuestionario de funcionalidad familiar de Mac Master, familiograma a cada paciente y ficha de identificación. Se obtuvieron los siguientes resultados.

De acuerdo al sexo donde más se presenta el intento suicida fue el femenino, en un rango de edad de 16 a 25 años, en menor número a los masculinos, en un rango de edad de 26 a 35 años. De acuerdo a la literatura consultada, el sexo donde más se presentan los intentos suicidas es el femenino, en el rango de edad ya descrito, contrario a los varones que es menos común y generalmente alrededor de 30 años de edad.

La funcionalidad familiar está afectada en estos pacientes, siendo calificada en mayor número entre moderadamente disfuncional, siguiéndole en frecuencia severamente disfuncional, siendo en menor número la familia funcional, que en este estudio sólo se presentó un caso. El paciente que intenta suicidarse tiene alteraciones en su entorno biopsicosocial, siendo entre los factores más importantes la alteración funcional de su núcleo familiar, siendo corroborada en este estudio.

Los datos tomados de la ficha de identificación fueron los siguientes:

- Ocupación: Teniendo como resultado estudiantes en primer término, siguiendo hogar, empleado, obrero y comerciante. La ocupación donde más se presenta esta patología es en los estudiantes de bachillerato y universidad, siendo el mayor

grupo de riesgo, el cual fue corroborado en este estudio. El hogar se presentó en segundo orden de frecuencia debido a que es el grupo de mujeres de más presentación en este estudio.

- Estado civil: En orden de presentación fueron los siguientes resultados: Solteros, casados, divorciados y viudos. El estado civil en donde más se presenta esta patología es el casado, debido a los problemas de pareja que se presentan. En nuestro estudio, se presentaron en mayor frecuencia en los solteros, debido a que nuestra muestra estuvo mayor integrada por los solteros. En el grupo de divorciado y viudos, tenían como antecedente de importancia la pérdida reciente de la pareja, siendo otro factor para la presentación de intento suicida
- Escolaridad: Se obtuvo en orden de frecuencia: Preparatoria, secundaria, y en igualdad profesional y secundaria. La escolaridad donde más se presentan es en los estudiantes de preparatoria siendo un grupo de riesgo para la presentación de intento suicida
- Religión: La de mayor presentación fue la católica, siguiendo en igualdad a la evangélica y a los ateos. Este resultado no es concordante con la literatura reportada, ya que se reporta que la religión donde menor se presentan los intentos suicidas es la católica, ya que hay mayor integración y ortodoxia. Debido a nuestra muestra estudiada, la mayoría es católico, como pudimos observar en el cuadro y tabla no.6.

Según su clasificación social, los tipos estudiados de familia fueron los siguientes :

- En base a su tipo familiar: Se tuvieron en orden de presentación familias nucleares, extensas y binucleares. En los pacientes con intento suicida la mayoría como pudimos ver en el cuadro no7, provienen de familias nucleares, posteriormente en familias extensas donde viven bajo el mismo techo abuelos, cuñados, primos, etc. En la familias binucleares estaban integradas por parejas provenientes de otros matrimonios

- Estructura familiar: Urbanas, suburbanas y no se presentó ninguna familia rural, ya que el área de estudio fue el D.F. y su área metropolitana.
- Dinámica familiar: Integradas, desintegradas y semintegradas. Como se pudo observar en la tabla y gráfica no 9, se presentó más la patología en familias integradas, en las cuales los cónyuges viven y cumplen sus funciones. Posteriormente las familias desintegradas en las cuales hace falta alguno de los cónyuges, ya sea por muerte o por divorcio, separación o abandono. En las familias semintegradas donde los cónyuges viven juntos pero uno de los cuales no cumple sus funciones.
- Histórica: Moderna, obrera y no se presentaron casos de familias primitivas. El tipo familiar en nuestro medio es más común el moderno ya que vivimos en un área urbana, siguiendo en orden de frecuencia a las familias tradicionales, siendo más frecuentes en el medio rural y escasamente en el medio urbano.
- De acuerdo a su ocupación Profesional, obrera y no hubo casos de familias campesinas. Las familias profesionales tenían como al integrante proveedor profesionalista, siendo en la mayor parte de los casos el padre. Las familias obreras tenían al paciente en cuestión en la mayor parte de los casos como trabajador obrero. No se presentaron familias campesinas debido a que el área de estudio fue D.F. y área metropolitana

De acuerdo al ciclo vital familiar propuesto por Geyman en 1980 y siendo el que se utiliza en México se obtuvieron los siguientes resultados, obtenidos de los familiogramas realizados a cada paciente

Se encontró en orden de frecuencia que las familias de estos pacientes se encontraban en fase de independencia, considerando que la mayoría de los pacientes se encontraban en edad de 16 a 25 años, siendo en la mayoría hijos menores y mayores. Los siguientes se encontraban en fase de expansión, siendo en su mayoría mujeres casadas. Después se encontraban en fase de dispersión siendo en su mayoría hijos menores. Posteriormente se encontraban en fase de

retiro y matrimonio. Se observó con mayor frecuencia la fase de independencia concordando con la edad de presentación

De acuerdo a la información obtenida de los familiogramas se registraron las alianzas y coaliciones, en las cuales se observaron :

COALICIONES: Se observó que se hizo mayor coalición en con otros integrantes de la familia, que en su mayoría se trató de la suegra, posteriormente con la madre, padre y hermanos.

ALIANZAS: El mayor número de casos no se hizo alianza con ninguno de la familia, ya que la mayoría tenía malas relaciones con los miembros de la familia, depositando la confianza y comunicación con algún amigo.

En el cumplimiento de roles se observó que el rango que más cumplía fue el de madre, posteriormente fue el de hijo y al último el de padre. En los que no cumplen sus roles se observó también el de la madre, seguido del rol de hijo y posteriormente el de padre.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONCLUSIONES

En el presente estudio se observó que en mayor frecuencia se presenta el intento suicida en el sexo femenino en la edad de entre 16 a 25 años. En el sexo masculino se observó en menor frecuencia y se presentó en el rango de edad de 26 a 35 años.

La funcionalidad familiar en estos pacientes se calificó de acuerdo a la Prueba de Mac Master, donde se observó que predominan las familias moderadamente disfuncionales, siguiendo las familias altamente disfuncionales, lo cual corrobora que el ámbito familiar está involucrado en el intento suicida de estos pacientes

La ocupación de mayor presentación son estudiantes de nivel preparatoria, lo que concuerda con la edad de presentación de intento suicida. Siguió en orden de presentación la ocupación de amas de casa, ya que la mayoría como pudimos observar se trataba de mujeres

El estado civil de estos pacientes fue solteros lo cual concordaba con el grupo de edad visto, siguiendo al grupo de casados, posteriormente a los divorciados y al último los viudos.

La escolaridad predominante fue la preparatoria, concordando con el grupo de edad de mayor presentación, y en igualdad al grupo de universidad y secundaria

La religión de mayor presentación fue la católica, posteriormente los ateos y los evangélicos

La tipología familiar observada en estos pacientes fueron las familias nucleares, luego las extensas y al último las binucleares.

De acuerdo a la estructura geográfica se observaron las familias urbanas en mayor frecuencia, esto debido a que el grupo de estudio viven en la zona del D F y área metropolitana.

La dinámica familiar observada por medio de los familiogramas elaborados de cada paciente se observaron a las familias integradas, seguidas de las familias desintegradas y en menor número a las familias semintegradas.

La tipología histórica fueron las familias modernas, debido a que la mayoría viven en la zona metropolitana. En menor número a las familias tradicionales relacionadas con las familias extensas, pues en la mayoría de estas familias, estaban como integrantes los abuelos.

La clasificación familiar de acuerdo a la ocupación se observó las familias profesionistas, ya que el proveedor económico tenía alguna profesión.

El ciclo vital en que se encontraban estas familias fue la fase de independencia, la cual coincide con la edad de mayor presentación

Las alianzas que más se observaron no se realizaron con algún miembro de la familia nuclear, ya que se realizaron con amigos o familiares externos.

Las coaliciones que se realizaron en estos pacientes fue con la madre, ya que como ya se observó los pacientes en su mayoría eran mujeres, y tenían como antecedente, haber tenido algún problema previo con la madre.

En el cumplimiento de roles las que más cumplen son las madres, pero también la otra mitad de pacientes no cumplían su rol de madres

COMENTARIO

En México no abundan estudios acerca del intento suicida, y es de vital importancia darle interés ya que se ha visto que la última década ha ido en aumento, predominante en población económicamente activa siendo la comunidad adolescente; es evidente la necesidad de orientar hacia una mayor atención a este problema, pues, por otra parte, se ha observado que reiteradamente la persona con pensamientos suicidas tiene mayor tendencia a suicidarse, y quien lo intenta una vez, es probablemente lo intente nuevamente en menos de un año, con consecuencia fatales, como es la muerte de una persona joven económicamente activa y la inestabilidad y hasta destrucción de su núcleo familiar

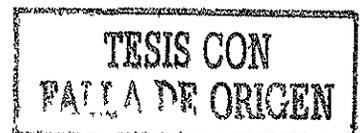
Como se pudo observar en este estudio, el sexo más afectado es el femenino es edad de entre 16 y 25 años en mayor frecuencia, con intento suicida como resultado de la inestabilidad de su núcleo familiar, donde los canales de comunicación están alterados, los límites difusos o muy cerrados y donde no se llevan de manera adecuada los roles estáticos de cada miembro en la familia, lo que lleva a estados depresivos, falta de identidad y baja autoestima, sin encontrar apoyo en su familia, y en algunos casos se consigue en familiares externos o amigos en algunos, no teniendo la orientación debida llevando a la persona al intento suicida.

El paciente que intenta suicidarse tiene alteraciones en su entorno biopsicosocial, ya que el intento suicida es la consecuencia compleja de la interacción de los factores precipitantes y predisponentes. Entre estos también se encuentra el comportamiento antisocial y alteraciones afectivas que se acompañan de ruptura familiar, pérdida de algún miembro de la familia o ser querido, el aislamiento social, alguna pérdida grave (dinero, trabajo, etc.), los cambios de papel dentro de la sociedad y la edad, son algunos factores que influyen en el intento suicida, además de la alteración de su núcleo familiar

Es de vital importancia dedicarle apartados especiales en la literatura médica, social, biológica, etc. Para llevar a cabo la prevención del intento suicida en población susceptible, como es en la entrevista médica, llevar a cabo la realización de familiogramas para investigar la dinámica familiar y percatarse de las alteraciones de la misma.

Así, poder referir a los pertinentes servicios especializados de la atención de sus alteraciones y evitar consecuencias fatales.

Todo esto no sólo compete al médico familiar sobre su detección, si no debe llevarse a cabo por personal multidisciplinario, fomentando la salud mental y por lo tanto mejorar los canales de comunicación familiares, el asumir sus roles correspondientes y a no cerrar su fronteras hacia el medio externo, para evitar caer en la despersonalización, depresión y baja autoestima



RESUMEN

En el presente estudio se analizó como es la dinámica familiar en los pacientes con intento suicida, identificar su funcionalidad, la descripción de los familiogramas y la identificación de la tipología familiar de estos pacientes.

Para lo cual se analizaron los datos de los pacientes con intento suicida, que se presentaron al área de urgencias del H G.Z. No 24, en el período comprendido de entre el 1° de septiembre del 2000 al 29 de febrero del 2001, obteniéndose un total de 62 pacientes, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: prueba de funcionalidad familiar de Mac Master, ficha de identificación y la elaboración de los familiogramas de cada paciente

El tipo de estudio fue prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: El intento suicida se presenta en mayor frecuencia en mujeres de entre 16 y 25 años de edad. En el hombre se presenta entre los 26 y 35 años de edad.

La funcionalidad familiar se vio afectada en un 85%, siendo familias moderadamente disfuncionales, en 13% familias severamente disfuncionales y sólo el 2% de familias funcionales.

La ocupación predominante fueron los estudiante en un 36.6%, siguiéndole las amas de casa en 31.6%, después los empleados en un 25%, siguiéndole en orden de frecuencia a los obreros en 5% y comerciantes en 1.6%

El estado civil en mayor frecuencia fueron los solteros en un 41.6%, casados 35%, divorciados 18.3% y viudos en 5%.

La escolaridad de mayor presentación fue la preparatoria en 31.6%, primaria en 25% y en igualdad de porcentaje a la secundaria y profesional con un 21.6%

La religión que predominó fue la católica en 73.3% y en igualdad de porcentaje a la evangélica y ateos en un 13.3%.

La tipología familiar observada fue en 61.6% nuclear, extensa en 31.65 y binuclear en un 6.6 %.

La estructura geográfica fue de un 75% a las familias urbanas y de un 25% de familias suburbanas.

La dinámica familiar se observó en mayor porcentaje a las familias integradas en un 58%, desintegradas en un 38% y a las familias semintegradas en un 3%.

En cuanto a su tipología histórica las familias modernas predominaron en un 72%, siguiéndole son un 28% a las familias tradicionales.

De acuerdo a la clasificación familiar en base a su ocupación las familias profesionales tuvieron la mayoría con un 72% y las familias obreras un 28%

El ciclo vital en que se encontraban estas familias, predominó la fase de independencia en 48.3%, expansión en 25%, dispersión en 15%, retiro en 6.6% y matrimonio en 5%.

Las alianzas familiares se realizaron en orden de frecuencia Ninguno 36.9%, hermanos 21.5%, otros 20%, madre 15.3% y padre en 6.1%. Las coaliciones familiares se dieron en mayoría con otros 43.4%, madre 27.5%, padre 17.3%, ninguno 1.4%

El cumplimiento de roles estáticos en mayoría fue por las madres en 50%, hijo 40% y padre en 10%. El no cumplimiento de roles estáticos fue para las madres en 40%, hijo 37% y padre en 27%.

Por lo que se concluye en este estudio que la dinámica familiar es estos pacientes está alterada, con el no cumplimiento de roles, con mayor número de coaliciones dentro del núcleo familiar y las alianzas fuera de este núcleo, por lo que los límites se encuentran difusos o muy cerrados.

BIBLIOGRAFIA.

1. Jiménez A. Díaz Ceballos M. Suicidio: factores de riesgo Rev. Fac. Med. UNAM. 1998; 3 (41): 104- 106.
2. González Forteza C. Berezon S. Ideación suicida y características asociadas a mujeres adolescentes. Salud pública de México 1998; 40 (5). 430 - 437
3. Borges G Rosovsky A. Epidemiología del suicidio en México 1996; 38 (3): 197- 205.
4. Juárez R: Luckie LA. Moran P Vázquez D. Perfil socioeconómico del paciente con intento de suicidio. Med. Int. Mex. 1998; 14(4): 145 -150.
5. Durán SF. Urgencias psiquiátricas. Psiquiatría. Ed. Interamericana 1994, pp 592 - 597.
6. Mondragón L. Saltijeral MT Bimbinela A. Borges G La ideación suicida y su relación con la desesperanza, abuso de drogas y alcohol. Salud mental 1998; 21(5) 20 - 26.
7. Escalante Galindo P El intento suicida en los adolescentes mediante intoxicación: problema reciente Rev Med. IMSS 1998, 36(4): 257 - 258.
8. Gliatto M. Evaluation and treatmeant of patients with suicidal ideation. Am Fam Phys 1999; 59(6): 1500 - 1506.
9. Jiménez Genchi A Senties Castella H Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. Salud mental 1997; 20(1): 36 - 40.
10. Anzúres Pérez S. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cub. Med. Gen Integr 1997; 15 (2) 196 - 217.

11. González Forteza C. García G. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de universitarios. *Salud mental* 1998; 21(3): 1-9
12. Saucedo P. Suicidio. *Psicología de la conducta*. Ed Pardos 1990
13. Taylor BR. La disciplina, la especialidad y el médico familiar *Medicina de familia*. Ed. Toyama 3ª edición. España 1991
14. Velasco de Torres MI Mapas familiares, su utilidad en el diagnóstico y formación de hipótesis terapéuticas. CENCALLI 1999.
15. Mecanograma UMF 20. Tipología familiar.
16. González Espinosa C. La familia. Mecanograma UMF No 20.
17. Saucedo García JR. Lineamientos para evaluar la vida en familia *Rev. Med. IMSS* 1995; 33: 249 - 256.
18. Martínez Rosales MG. Uso del familiograma en la práctica profesional del médico familiar. TESIS 1999. UMF No 20.
19. De la Fuente R. Salud mental y familiar. *Psicología médica*. Ed Fondo de cultura económica , México 1996
20. Morris M. *Psicología de la conducta*. Psicología de Morris. Ed Interamericana. México 1992.
21. Cardigan R. *Psicología del adolescente*. Ed. El Ateneo México 1991.
22. Palomares J. Funcionalidad familiar. Tesis de posgrado UNAM México 1998.

12. Cuando usted pide que alguien que alguien haga algo tiene que corroborar lo que hizo
1. () 2. () 3. () 4. ()
13. Nos aseguramos que los integrantes de la familia sepan sus responsabilidades familiares.
1. () 2. () 3. () 4. ()
14. Las labores familiares no han sido adecuadamente distribuidas
1. () 2. () 3. () 4. ()
15. Se nos dificulta encontrar un objetivo en común
1. () 2. () 3. () 4. ()
16. Dedicamos poco tiempo para buscar nuestros intereses personales
1. () 2. () 3. () 4. ()
17. Discutimos quien haga los quehaceres domésticos.
1. () 2. () 3. () 4. ()
18. Si alguien le pide que haga algo necesita que se lo recuerden
1. () 2. () 3. () 4. ()
19. Generalmente estamos insatisfechos con los deberes familiares asignados
1. () 2. () 3. () 4. ()
20. Se nos obliga a mostrar afectos a los demás.
1. () 2. () 3. () 4. ()
21. Algunos de nosotros no nos afecta las emociones
1. () 2. () 3. () 4. ()
22. No mostramos nuestro cariño a los demás.
1. () 2. () 3. () 4. ()
23. Nos interesan más otras cosas que el cariño a la familia
1. () 2. () 3. () 4. ()
24. Nosotros si expresamos cariño
1. () 2. () 3. () 4. ()
25. No nos escondemos para llorar
1. () 2. () 3. () 4. ()
26. Si alguien tiene problemas los demás tienen problemas para expresarlo.
1. () 2. () 3. () 4. ()
27. Los demás miembros de la familia solo ven su propio interés cuando alguno es importante
1. () 2. () 3. () 4. ()
28. A nosotros sólo nos interesa lo nuestro
1. () 2. () 3. () 4. ()
29. Solo nos relacionamos con otra gente cuando algo nos interesa
1. () 2. () 3. () 4. ()
30. Mostramos interés a otros cuando obtienen algo de nosotros
1. () 2. () 3. () 4. ()
31. A pesar de que nos entendemos la mayoría de las veces intervenimos demasiado en la vida de los demás.
1. () 2. () 3. () 4. ()
32. No sabemos que hacer en el momento en que se presenta una emergencia.
1. () 2. () 3. () 4. ()

33. No hay problemas si rompemos las reglas de la familia.
1. () 2. () 3. () 4. ()
34. Sabemos que hacer antes de que se presente una emergencia
1. () 2. () 3. () 4. ()
35. No somos muy ordenados en nuestros hábitos de limpieza.
1. () 2. () 3. () 4. ()
36. No tenemos reglas sobre cuando golpear a las personas para que se comporten
1. () 2. () 3. () 4. ()
37. No respetamos ninguna regla
1. () 2. () 3. () 4. ()
38. Si se rompen las reglas no sabemos que hacer
1. () 2. () 3. () 4. ()
39. En nuestra familia se permite cualquier cosa
1. () 2. () 3. () 4. ()
40. Hay reglas para las situaciones de peligro
1. () 2. () 3. () 4. ()
41. Es difícil planear las actividades de la familia, porque no nos comprendemos
1. () 2. () 3. () 4. ()
42. En situaciones difíciles podemos apoyarnos en los demás
1. () 2. () 3. () 4. ()
43. No podemos hablar con otros a cerca de la tristeza que sentimos
1. () 2. () 3. () 4. ()
44. Aceptamos a las personas
1. () 2. () 3. () 4. ()
45. Evitamos discutir nuestros temores y preocupaciones.
1. () 2. () 3. () 4. ()
46. Podemos expresar nuestros sentimientos a los demás.
1. () 2. () 3. () 4. ()
47. Hay muchos sentimientos malos en la familia
1. () 2. () 3. () 4. ()
48. Creemos que los demás no nos aceptan
1. () 2. () 3. () 4. ()
49. Para nuestra familia es un problema tomar decisiones.
1. () 2. () 3. () 4. ()
50. Somos capaces de tomar decisiones para resolver los problemas
1. () 2. () 3. () 4. ()
51. No nos llevamos bien
1. () 2. () 3. () 4. ()
52. Confiamos en los demás miembros de la familia.
1. () 2. () 3. () 4. ()

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO B

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 24

FICHA DE IDENTIFICACION

Favor de anotar correctamente sus datos. Recuerde que la información proporcionada es totalmente confidencial.

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____

OCUPACION _____

ESTADO CIVIL _____

RELIGION _____ ESCOLARIDAD _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN