

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL



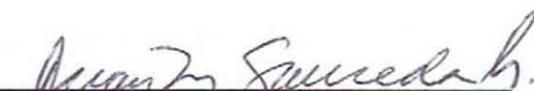
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"  
TESIS:

"Evaluación de la cohesión y adaptabilidad en un grupo de  
adolescentes con intento suicida"

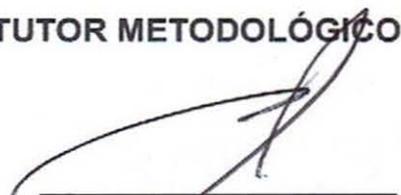
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE  
LA ADOLESCENCIA PRESENTA:

Nora Adriana González Reyes

TUTOR TEÓRICO

  
Dr. Juan Manuel Saucedo García

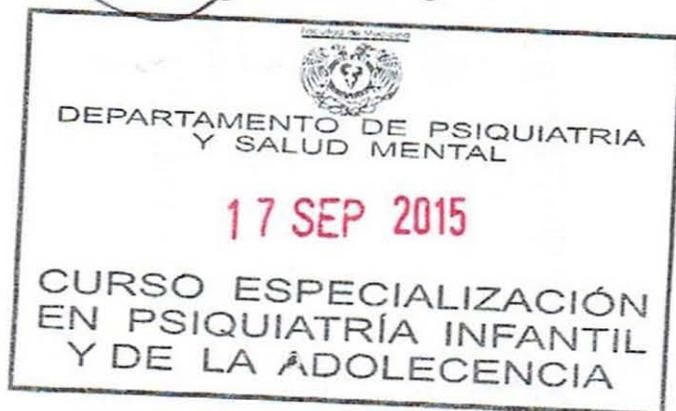
TUTOR METODOLÓGICO

  
Dr. Jorge Peña Ortega



SECRETARÍA DE SALUD  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL  
DR. JUAN N. NAVARRO  
DIVISIÓN DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2015





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## RESUMEN

De acuerdo a los datos epidemiológicos en México, tanto el intento de suicidio como el suicidio consumado han aumentado en población adolescente, siendo la tercera causa de muerte en este grupo poblacional. Diversas investigaciones sugieren que el funcionamiento familiar con pobre comunicación, los conflictos en las relaciones familiares, son un factor de riesgo para la conducta suicida. **OBJETIVO:** Determinar si existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar de un grupo de adolescentes con intento de suicidio y los reportes de sus padres. **MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un muestro no probabilístico de 56 pacientes adolescentes (92.9% mujeres y 7.1% hombres) con un rango de edad de 12 a 17 años, con antecedente de intento suicida y sus respectivos padres. Para evaluar el funcionamiento familiar se utilizaron las Escalas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), así como un cuestionario de datos sociodemográficos. **RESULTADOS:** En cuanto al tipo de adaptabilidad los resultados mostraron diferencias entre lo reportado por los adolescentes y sus padres, donde en el caso de los hijos la que se presentó con mayor frecuencia fue la de tipo flexible y para los padres fue la de tipo caótica. Por lo que respecta al tipo de cohesión, la que se presentó con mayor frecuencia (tanto en los adolescentes como en los padres) fue la de tipo no relacionada, seguida de la semi-relacionada, la relacionada y con menor frecuencia, la aglutinada. **CONCLUSIONES:** Los adolescentes con intento suicida percibieron una pobre unión emocional entre cada uno de sus miembros de la familia.

**PALABRAS CLAVE:** *Intento suicida, adaptabilidad familiar, cohesión familiar.*

## ÍNDICE

Introducción	4
Marco teórico	5
Planteamiento del problema	12
Justificación	12
Hipótesis	14
Objetivo general y específicos	14
Material y métodos	15
Resultados	18
Discusión	26
Conclusiones	27
Recomendaciones	28
Referencias	29
Anexos	34

## INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes. El intento suicida es un problema que se presenta con frecuencia en los servicios de urgencias de diversos hospitales. Se estima que entre 2% y 12% de la población joven ha tratado de quitarse la vida, constituyéndose en un motivo frecuente de consulta en salud mental y en un grave problema para la Salud Pública. Numerosas variables biológicas y sociales han sido investigadas a los factores de riesgo para la conducta suicida, como lo son el género, depresión, consumo de sustancias las cuales han sido estudiadas ampliamente, otras como personalidad, violencia, abuso en la infancia y enfermedades psiquiátricas, familiares con antecedente de suicidio, o enfermedades psiquiátricas, en cambio el apoyo social, el tipo de funcionamiento familiar han sido generalmente citadas pero menos exploradas. La cohesión es familiar es definida según dos componentes el vinculo emocional y el nivel de autonomía. La adaptabilidad es precisada como la habilidad familiar para cambiar sus estructuras de poder relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional.

## MARCO TEÓRICO

El suicidio es una conducta agresiva realizada con el propósito de autodestrucción, con conciencia de ello y con la finalidad de lograr la muerte<sup>1</sup>.

Las conductas suicidas en niños y adolescentes se definen como la “preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo”. Se puede entender como un espectro que abarca a las ideas o deseos suicidas (ideación suicida) las conductas suicidas sin resultado de muerte (intento o tentativa suicida) y los suicidios consumados o completados<sup>2</sup>.

La investigación sobre los factores de riesgo para el intento suicida y la conducta suicida en niños y adolescentes se ha incrementado en las últimas décadas. En 1993 la Secretaría de Salud informó sobre 2, 022 suicidios consumados y sólo 93 intentos. Sin embargo se ha calculado que los intentos suicidas se presentaron 70 veces más que los suicidios consumados. En México la edad del momento del intento suicida fue para 1997 de 12.7 años en los hombres y de 13.1 en las mujeres mientras que en el 2000, fue de 12.6 años en los hombres y 13.3 años en las mujeres. En ambas evaluaciones el principal motivo del intento suicida para este grupo fueron los problemas familiares, los cuales estaban asociados con conflictos con los padres, tales como maltrato, y violencia. Del total de las muertes ocurridas en México en el 2004, el 8% de las mismas se debió a lesiones auto inflingidas de manera intencional, es decir suicidios. (INEGI 2006). Cifras entre 1990 y el 2000 señalan que la tasa de mortalidad por esa causa se duplicó en el grupo de edad de 11 a 19 años, con un aumento más marcado en las mujeres. Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señalan que 50% de los jóvenes manifestaron en una encuesta haberse sentido alguna vez tan deprimidos que se preguntaban si valía la pena vivir<sup>3,4</sup>.

Es posible advertir que la tasa de suicidios presenta una tendencia creciente, pues de 1990 a 2011 para la población en general la tasa se duplicó al pasar de 2.2 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Por sexo, en 2011 la tasa de mortalidad de esta causa fue de 8.2 por cada 100 mil hombres y de 1.9 suicidios

por cada 100 mil mujeres. En 2011 se registraron 859 suicidios en adolescentes de 15 a 19 años lo que representa una tasa de 7.7 muertes por cada 100 mil adolescentes. Con un incremento todavía más marcado entre las mujeres <sup>5,6</sup>.

Diversas investigaciones indican que son las mujeres quienes con mayor frecuencia presentan tanto la idea como el intento suicida y entre los factores de riesgo que se encuentran asociados a esta conducta se encuentra la violencia, en este sentido la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011, muestra que el 9.1% de las mujeres de 15 de edad y más declararon que pensó en quitarse la vida <sup>3,7</sup>.

El cortarse con un objeto punzo cortante fue el método más utilizado tanto por las mujeres como por los hombres, seguido por el consumo de medicamentos, estos últimos elegidos predominantemente por las mujeres. Con menor frecuencia, los hombres intentan ahorcarse o asfixiarse, usar armas de fuego o lanzarse al vacío. <sup>4,8</sup>.

Las variables que se asocian a la presencia de ideación suicida en hombres son autoestima baja, agresión manifiesta a la familia y estrés social, en tanto que las asociadas a la presencia de ideación suicida en mujeres son: autoestima baja, bajo apoyo familiar, mala relación con el padre y estrés social.

La etiología del suicidio en jóvenes es multifactorial en especial cuando se toman en consideración los factores de riesgo estudiados. Algunas de las teorías se ven implicadas como son diferencias en género, sexo, origen racial o étnico al igual que en otros estudios en USA los hombres siguen siendo los que llegan a consumir el suicidio. Estudios retrospectivos de investigación en autopsia psicológica pueden servir de guía como prevención para el suicidio, ya que se refiere que hasta un 90% presentaron criterios clínicos para trastornos psiquiátricos. Estudios indicaron que solamente el 5% del 20% de los que llevaron acabo el suicidio habían seguido algún tratamiento psiquiátrico en el momento de su muerte <sup>9,30,34</sup>.

La investigación sobre los factores de riesgo para el intento suicida adolescente han establecido una relación con los desordenes psiquiátricos. El factor que ha sido ampliamente investigado como predictor de suicidabilidad, en

los adolescentes hasta un 80% a 90% es el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos. Tales como:

Trastorno del humor, Trastorno de conducta disruptiva, abuso de sustancias siendo estos tres tipos de trastornos los más prevalentes; los del humor los más frecuentes al trastorno depresivo mayor, distimia, y los más ligados a este tipo de conducta a trastorno de conducta, oposicionista desafiante y similar al consumo de sustancias, abuso o dependencia de alcohol o drogas, en menor frecuencia los trastornos de ansiedad tales como: fobia social, ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación <sup>10,27</sup>.

Han existido dos orientaciones tradicionales en el estudio del fenómeno suicida: la social y la individual. La orientación sociológica explica el suicidio como resultado de las condiciones y estructuras de la sociedad, se considera que en cada grupo social existe una tendencia específica al suicidio dependiente de los aspectos sociales.

El estudio del suicidio desde la teoría del consenso cultural puede ofrecer un modelo cognitivo, una lógica de pensamiento e interacciones construido por dominios culturales en adolescentes. Adolescentes mexicanos con antecedentes de conductas suicidas identificaron a los problemas familiares como la causa del intento de suicidio y se identificó a la depresión, la tristeza y la ansiedad como signos y síntomas previos al intento de suicidio <sup>11, 31</sup>.

Así como con la adversidad familiar, dentro de los factores psicológicos y psiquiátricos, la depresión ha jugado un papel preponderante en el intento suicida, donde más de 50% de las muertes por suicidio se deben a este trastorno. En los adolescentes con depresión existe un riesgo mayor de presentar intentos suicidas, en cuanto al ámbito familiar, se ha estudiado la relación de su funcionamiento con el intento suicida, destacándose de los siguientes factores de riesgo: dificultades en las relaciones; comunicación conflictiva, bajos niveles de comunicación conflictivas; altos niveles de control parental; estructura familiar inestable, historia familiar con depresión, desordenes psiquiátricos, abuso de sustancias; conducta suicida y los conflictos legales de los padres entre otros. La relevancia de estudiar los factores de riesgo psicosociales asociados al intento

suicida, integrando trastorno depresivo, adversidad familiar, se sustenta en el hecho que el intento suicida es un fenómeno multicausal, no atribuible a un suceso aislado o específico.

Los indicadores de malestar emocional, como la depresión y la ideación suicida son indicadores, que incrementan el riesgo suicida en los adolescentes y el intento suicida es un factor de riesgo para futuros intentos y para el suicidio consumado <sup>12,13</sup>.

Diversos estudios confirman la importancia de los factores familiares conocidos, relacionados con el suicidio en el adolescente: madres depresivas, con historia de intentos suicidas, familias con normas rígidas, familias disfuncionales, en diverso grado, antecedentes de familiares suicidas. En niños y niñas en edades de 12 a 13 años la pobre relación con los padres, fue demostrada como asociada intensamente con la ideación suicida de este grupo. Factores como expresión emocional hostil y crítica de los padres se refleja en el contenido del ambiente emocional de los jóvenes con trastornos mentales <sup>14,20</sup>.

A partir de la década de los 70s, uno de los enfoques más utilizados para estudiar la familia fue la denominada Teoría General de Sistemas ésta considera que un sistema, es un conjunto de elementos que interaccionan de forma dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al otro. La dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado, de acuerdo a la etapa del ciclo vital de la familia <sup>15</sup>.

En las familias con la presencia de un integrante enfermo, se provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de la familia. Al presentar un evento tensionante afecta no sólo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo <sup>16</sup>.

La familia es el sistema primario por excelencia, el más poderoso al que pertenece un individuo. La vida en familia proporciona el medio más adecuado para la crianza de los hijos, en condiciones adecuadas satisface las necesidades biológicas y psicológicas de los niños y representa la influencia más temprana y duradera en su proceso de socialización. La estructura de una familia está

constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca y reiterativa.

Con fines de estudios es posible especificar esas interacciones en los siguientes parámetros: jerarquía, alianzas, límites, roles o papeles y redes de apoyo <sup>25, 26, 27</sup>.

Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina. Aunque existe esta variedad de instrumentos, la entrevista clínica es el patrón de referencia y su calidad y eficacia dependen mucho de las capacidades, las habilidades, las destrezas, la experiencia la competencia y la ética de los propios médicos, familiares, enfermeras, terapeutas de familia, psicólogos, psiquiatras y psicoterapeutas, principalmente.

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes. Esta estructura puede corresponder a alguno de los siguientes tipos de familia: Familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar); familia nuclear (padres y sus hijos); familia nuclear con parientes próximos (en la misma localidad); familia nuclear sin parientes próximos; familia nuclear numerosa; familia nuclear ampliada (con parientes o con agregados); familia monoparental (un solo cónyuge y sus hijos); familia reconstituida (formada por dos adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo habido de una relación anterior); personas sin familia (persona que vive sola); equivalentes familiares (personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional) <sup>17,29,30-33</sup>.

Minuchin, menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites, adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación. La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad <sup>18,19</sup>.

La pobre comunicación, baja capacidad para la resolución de problemas, la presentación de trastornos psiquiátricos en algunos de los padres y la disfunción familiar, son características, más frecuentemente encontradas en adolescentes con intento suicida <sup>20</sup>.

David Olson, a finales de los setentas propone al modelo circunflejo, donde este es el resultado de un amplio análisis, de cerca de 50 conceptos, en relación a la adaptabilidad y cohesión familiar. Este modelo establece una perspectiva de un modelo adaptativo y equilibrado requiere un balance entre morfogénesis (cambio) y morfostasis (estabilidad). Don dos de sus principales dimensiones se presentan 4 grados o niveles, dos intermedios o normales balanceados, mientras que los dos extremos más altos o bajos son extremos. Define a la cohesión familiar como la unión emocional entre cada uno de los miembros de una familia y a la Adaptabilidad familiar: como la posibilidad de cambio en el liderazgo, (control y disciplina), relación de los roles y normatización. Entre los miembros ante una situación de estrés (situacional o evolutivo). La familia tiende a regularse con dos tipos de mecanismos: el de crecimiento/cambio frente al de autorregulación/homeostasis la alternancia de estas dos fases semana el grado de adaptabilidad del sistema mientras que la maximización de una ellas nos puede anticipar la aparición de una crisis. En algunos casos, la enfermedad en uno de los miembros de la familia puede ser un mecanismo de autorregulación al que apela el sistema familiar en aras de su cohesión <sup>22,23,24</sup>.

Los principales factores de riesgo para el intento suicida son la disfunción familiar y los rasgos psicopatológicos se han evaluado al tipo de familia de acuerdo a la escala FACES III en estudios previos, donde se ha observado que las familias con alteraciones en su dinámica, violencia, desintegración y disfuncionalidad son de los principales riesgos para desarrollar esta conducta en la población adolescente. Es importante reconocer el papel de la familia dentro de nuestra cultura y que probablemente se uno de los motivos de por qué desempeña un papel tan relevante como factor de riesgo para el intento suicida <sup>21</sup>.

La familia es el sistema primario por excelencia, el más poderoso al que pertenece un individuo. La vida en familia proporciona el medio más adecuado para la crianza de los hijos, en condiciones adecuadas satisface las necesidades biológicas y psicológicas de los niños y representa la influencia más temprana y duradera en su proceso de socialización. La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca y reiterativa. Con fines de estudios es posible especificar esas interacciones en los siguientes parámetros: jerarquía, alianzas, límites, roles o papeles y redes de apoyo <sup>25</sup>.

El Modelo Circunflejo del Sistema Familiar y Marital de Olson, considera dos dimensiones a la cohesión y adaptabilidad como las llaves de la dimensión del funcionamiento de cualquier sistema familiar, la dimensión de la cohesión remite al punto emocional entre cada uno de los miembros de la familia, así como el nivel de conexión y separación. Esto se refiere a la capacidad del sistema familiar para reorganizarse ante situaciones de estrés. La cohesión puede ser el camino del sistema de balance de conexión emocional, y separación individual de la familia, donde se originan tres tipos de familias: balanceadas con bajo riesgo de enfermedad mental, con medio riesgo, y de alto riesgo vista en esta dimensión a la adaptabilidad como fenómeno de flexibilidad, mas nivel funcional revela un balance en la estabilidad y cambio. Las familias rígidas muestran una actitud estricta, donde los roles muestran pobre flexibilidad para realizar cambios lo que se demuestra como una familia caótica. En base a este modelo se ha referido en estudios previos el análisis del funcionamiento familiar en relación a su cohesión y adaptabilidad familiar se encuentra que la separación del adolescente con los padres y en específico las relaciones conflictivas independientes entre padre y madre, influye en la ideación suicida en adolescentes. La relación entre el tipo de familia, su funcionamiento y la ideación suicida se encuentra reportada en familias no balanceadas en adolescentes que presentan ideación suicida donde la pobre habilidad y capacidad entre la relación de los padres con proximidad emocional,

separación y estabilidad cambia, así estas familias más frecuentemente presentan problemas en su estabilidad emocional <sup>28, 29, 30</sup>.

La adaptación psicosocial, funcionamiento psicosocial o funcionamiento adaptativo se refiere a la adaptación a las demandas habituales de la vida. Depende de la interacción del individuo y su medio social y puede ser conceptualizado en términos de desempeño y de satisfacción del rol o a través de diversas áreas, como habilidades cognitivas, rendimiento escolar, relaciones interpersonales, capacidad para el auto cuidado, para usar el tiempo libre y disfrutar de la vida.

El deterioro funcional o mala adaptación psicosocial es una característica del individuo e indica cómo funciona éste a través de los diferentes roles que desempeña durante toda su vida.

Es muy frecuente encontrar disfunción en varias áreas, como lo son el deterioro social, en las relaciones interpersonales, áreas específicas como las escolares, problemas en el empleo del tiempo libre y de recreación en adolescentes que intentan el suicidio <sup>26,27</sup>.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Existen diferencias significativas en la percepción del funcionamiento familiar entre el reporte de adolescentes con intento de suicidio y el de sus padres?

## **JUSTIFICACIÓN**

En la actualidad, el suicidio es un problema de salud pública en México, ya que es una de las principales causas de muerte en el periodo de la adolescencia. México ocupa el cuarto lugar en América latina en cuanto al número de suicidios, por debajo de países como Cuba, Colombia y Brasil (Monge, Cubillas, Román y Valdez, 2007). De acuerdo a los datos del INEGI<sup>6</sup> la tasa de suicidios presenta una tendencia creciente, ya que ésta se duplicó del año 1990 al 2011; específicamente, en población adolescente (15 a 19 años) en el 2011 se registraron 859 suicidios. Por otro lado, estudios como el de Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro y Fleiz reportan que aproximadamente 2.2% de

los adolescentes en edades entre 12 y 17 años han tenido al menos un intento de suicidio.

De acuerdo con la literatura, son diversos los factores que se asocian al intento de suicidio en población adolescente, sin embargo, los factores familiares han mostrado tener un efecto significativo. Existen estudios que reportan que un pobre funcionamiento familiar así como acontecimientos de vida negativos puede ser factores asociados al intento de suicidio en adolescentes.

A pesar de que existe evidencia sobre la relación entre el funcionamiento familiar y la ideación suicida en adolescentes, la mayoría de los estudios sólo toma como informante a los jóvenes, que si bien son quienes presentan la problemática, debido a la etapa de constantes cambios que están viviendo pudieran tener una percepción diferente a la de sus padres.

En este mismo sentido, autores como Medina y sus colaboradores indican que los profesionales de la salud mental tienen opiniones diversas sobre el valor de los diferentes informantes, es decir, de los propios adolescentes, de sus padres y de sus maestros. La mayoría elige sus fuentes en función de la problemática a evaluar. De acuerdo con estos autores, hay una tendencia a pensar que los maestros son más sensibles a los comportamientos disruptivos y, por tanto, mejores informantes de los mismos, así como los padres lo son en el caso de la ansiedad y la depresión. Es por ello, que la presente investigación tiene como objetivo determinar si existe concordancia en la percepción del funcionamiento familiar entre un grupo de adolescentes con intento de suicidio y sus padres.

Los datos obtenidos servirán para poder llevar a cabo estrategias que permitan mejorar programas de salud mental en los adolescentes, potenciar la toma de conciencia respecto a la salud mental infantil y del adolescente, así como sus futuras intervenciones en la dinámica familiar. Además, de contar con evidencia empírica sobre el papel que juega el informante, lo cual podría ayudar en una adecuada evaluación de este tipo de problemáticas en los servicios de salud.

## **HIPÓTESIS**

H<sub>1</sub>: Los adolescentes con intento de suicidio percibirán una familia con un inadecuado funcionamiento familiar en comparación con lo reportado por los padres.

H<sub>0</sub>: No se encontrarán diferencias significativas en la percepción de los adolescentes con intento de suicidio y de sus padres en el funcionamiento familiar.

General:

### **OBJETIVOS**

Determinar si existen diferencias significativas en el funcionamiento familiar de un grupo de adolescentes con intento de suicidio y los reportes de sus padres.

Específicos:

1. Describir los datos sociodemográficos de los participantes (adolescentes y padres).
2. Describir la percepción de los adolescentes con intento suicida acerca del funcionamiento familiar.
3. Describir la percepción de los padres de adolescentes con intento suicida acerca del funcionamiento familiar.
4. Clasificar a las familias de los adolescentes de acuerdo con el Modelo Circunflejo.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Tipo de diseño: Observacional, transversal, comparativo-descriptivo.

Muestra: Se realizó un muestreo no probabilístico, por temporalidad, en relación al tiempo aproximado de tres meses, a partir del mes de Noviembre del 2006 a Enero del 2007 (aproximado de tres meses). Se conformó de 56 pacientes adolescentes con antecedente de Intento Suicida y sus padres.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes adolescentes con antecedente de Intento Suicida que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" de la Ciudad de México.
2. En edades de 12 a 17 años.
3. Hombres y mujeres.

4. Que acudan con padre o madre y que acepten participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

1. Que no supieran leer ni escribir.
2. Todos los Padres o responsables legales que no aceptarán firmar carta consentimiento informado.
3. Todos los pacientes que se encontraron bajo efectos de intoxicación.
4. Todos los pacientes que se encontraron con intento suicida que pusiera en riesgo su vida.

### **Definición de variables**

Variable Independiente

#### **Intento de suicidio**

Definición conceptual. Es definido como cualquier acto deliberado, con resultado no fatal, que pretende causar o realmente causa daño a sí mismo.

Definición operacional. Respuesta afirmativa por parte de los adolescentes a la pregunta si alguna vez en su vida habían intentado hacerse daño con el propósito de quitarse la vida.

Nivel de medición. Nominal.

Variable dependiente.

#### **Funcionamiento familiar**

Definición conceptual. Se refieren a aquellos patrones de interacción que ocurren dentro del sistema familiar; de acuerdo con Olson y sus colaboradores la cohesión y la adaptabilidad son las dos dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. La cohesión se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. La adaptabilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia. El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado. Los sistemas maritales o familiares balanceados tienden a ser más funcionales y facilitadores del funcionamiento, siendo los extremos más problemáticos mientras la familia atraviesa el ciclo vital

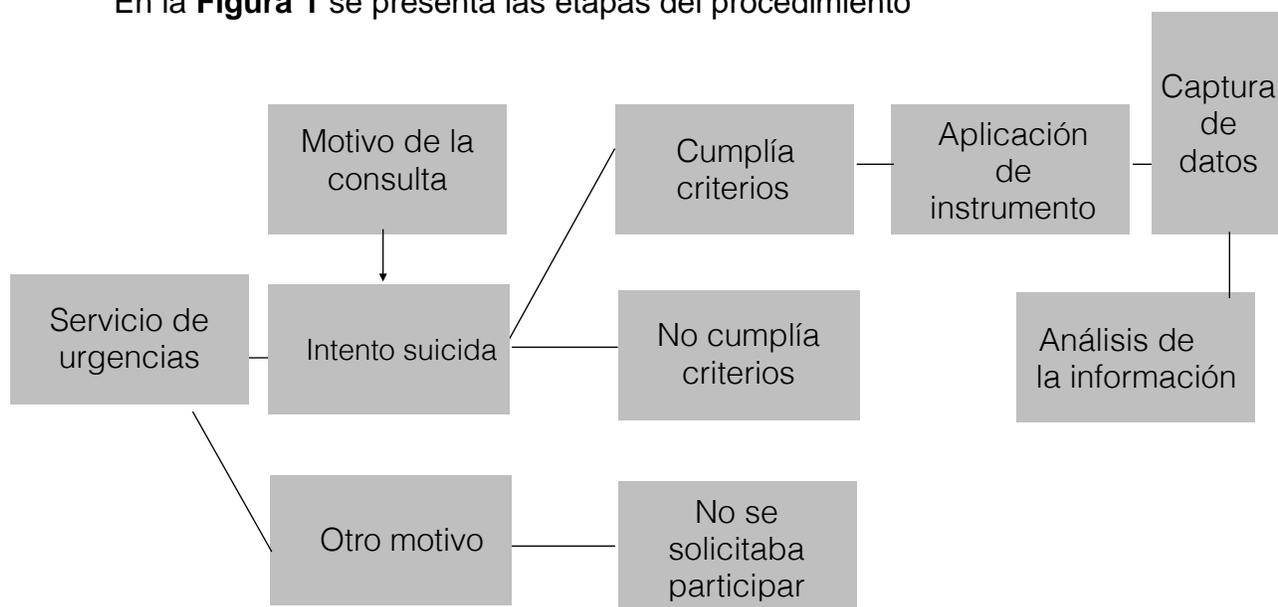
Definición operacional. Puntaje obtenido en la Escalas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III).

Nivel de medición. Intervalar

### Procedimiento

El estudio se realizó por un Investigador Médico Residente del Segundo año de la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de un Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” de la Ciudad de México, quien captó a los adolescentes que acudieron al servicio de urgencias, con antecedente de Intento suicida, se realizó la obtención de la Información los meses de Noviembre del 2006, a Enero del 2007. Se revisaron inicialmente los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, se solicitó su participación mediante consentimiento informado de primera instancia a los padres o responsables de éstos y a los adolescentes. Se les explicó el objetivo de la investigación a ambos. Posteriormente se les proporciono la encuesta de la escala FACES III, así como un lápiz a cada uno de los participantes y se les ubico en diferentes áreas en el servicio de urgencias para contestarla, tanto para los padres como para los pacientes. Se les informó que cualquier duda en relación a las escalas, se les aclararía.

En la **Figura 1** se presenta las etapas del procedimiento



### **Instrumentos de medición**

Para evaluar el funcionamiento familiar se utilizaron las *Escalas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar* (FACES III) de Olson, las cuales fueron traducidas y adaptadas al español por Gómez-Clavelina, quien reporta una confiabilidad test-retest de 0.90 y un alfa de Cronbach de 0.68. Dicho instrumento consta de 20 reactivos, son escalas tipo Likert con cinco opciones de respuesta (que van de nunca a siempre), las escalas que conforman dicho instrumento son: adaptabilidad y cohesión.

La escala de *adaptabilidad* se refiere a la posibilidad de cambio de liderazgo, relación de roles, y normatización de la relación entre los miembros de una familia ante una situación de estrés. De acuerdo a la puntuación obtenida en dicha escala se pueden obtener cuatro tipos de adaptabilidad (rígida, estructurada, flexible y caótica). Por lo que respecta a la cohesión, se refiere a la unión emocional, que tienen los miembros de una familia. Esta dimensión se integra por diversos conceptos como unión emocional, límites, alianzas, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación, se identifican cuatro niveles de cohesión: no relacionada, semirelacionada, relacionada y aglutinada.

Además de aplicar las escalas de funcionamiento familiar (FACES III), se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos, el cual incluía aspectos tales como: género, edad, escolaridad, estructura familiar, estado civil de los padres, si los adolescentes tenían hermanos y método del intento suicida de los adolescentes.

### **Análisis estadístico**

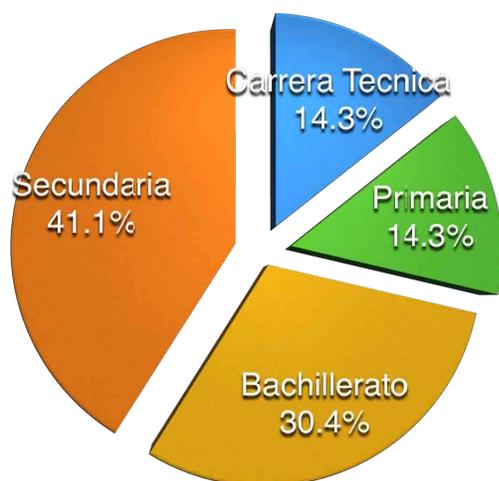
Inicialmente se llevaron a cabo análisis de frecuencias con los datos sociodemográficos y con el método de intento suicida para conocer la distribución de los participantes en cada uno de estos aspectos, estos análisis se realizaron de manera separada tanto para el grupo de adolescentes como para el de sus padres. Posteriormente se realizaron pruebas chi cuadrada para analizar el funcionamiento familiar de acuerdo al tipo de informante (padre o adolescente).

## RESULTADOS

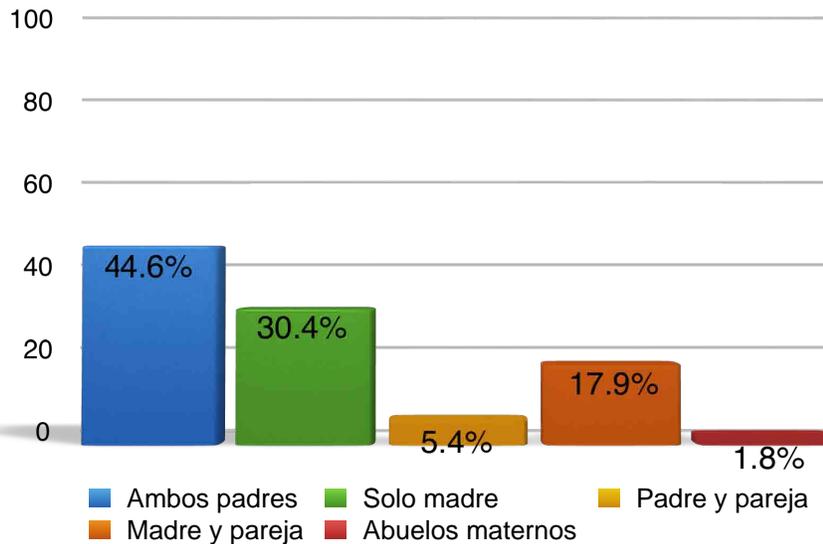
### *Datos demográficos de los adolescentes*

Participaron 56 adolescentes con intento de suicidio, de los cuales el 92.9% (52) fueron mujeres y el 7.1% (4) fueron hombres, en un rango de edad de 12 a 17 años con una media de 14.5 años. Todos los adolescentes reportaron ser solteros. En la Gráfica 1 se puede observar que el mayor porcentaje de los adolescentes indicaron que tienen estudios de nivel secundaria, en segundo lugar aquellos que reportaron estudios de bachillerato, y en último lugar, con el mismo porcentaje, se encontraron los adolescentes que reportaron tener estudios de primaria y de carrera técnica.

**Gráfica 1.** Análisis de frecuencias de la escolaridad de los adolescentes.



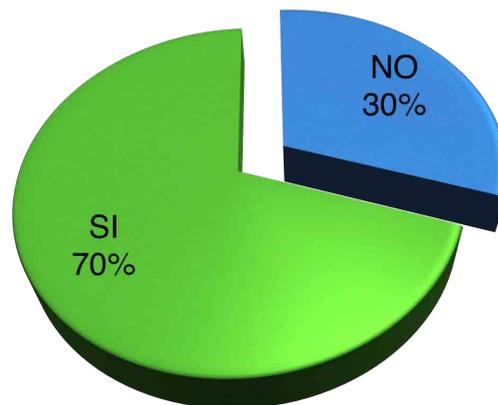
Por lo que respecta a la estructura familiar en la Gráfica 2 se puede observar que el mayor porcentaje de los adolescentes reportaron vivir con ambos padres, seguidos de aquellos informaron vivir sólo con la madre, en tercer lugar se encontraron los adolescentes que mencionaron vivir con su madre y su pareja, seguidos de los que reportaron vivir con su papá y su pareja y por último, los que mencionaron vivir con los abuelos maternos.



**Gráfica 2.** Análisis de frecuencias de la constitución familiar de los adolescentes

En lo que se refiere a si los adolescentes tienen hermanos, la mayor proporción de lo ellos informaron que sí tienen hermanos (ver Gráfica 3).

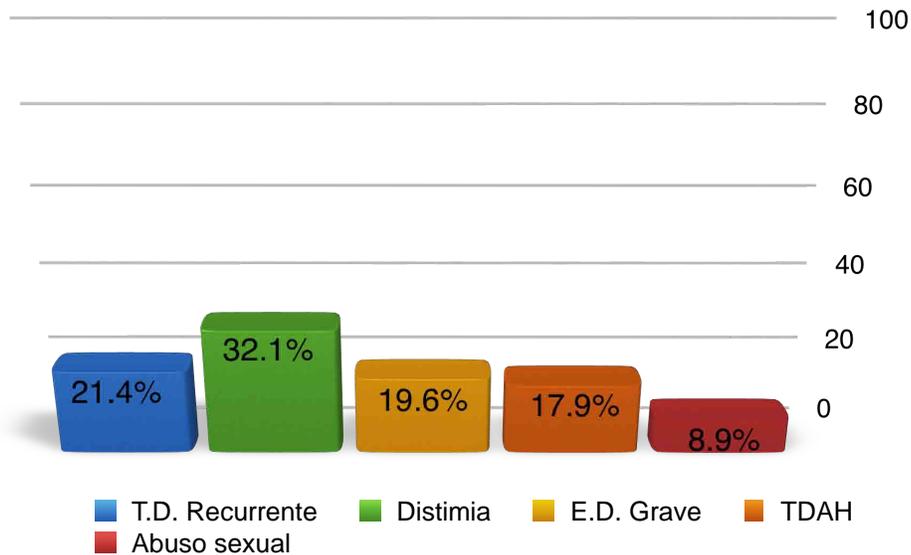
**Gráfica 3.** Análisis de frecuencias de hermanos de los adolescentes.



En la Gráfica 4 se puede observar la distribución de las frecuencias de acuerdo al diagnóstico clínico de los adolescentes. El mayor porcentaje de los adolescentes fueron diagnosticados con distimia, en segundo lugar los que presentaron trastorno depresivo recurrente, seguidos de los que fueron diagnosticados con episodios depresivos graves sin síntomas psicóticos, en cuarto lugar se

encontraron los adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, finalmente, se encontraron los adolescentes que fueron diagnosticados con abuso sexual.

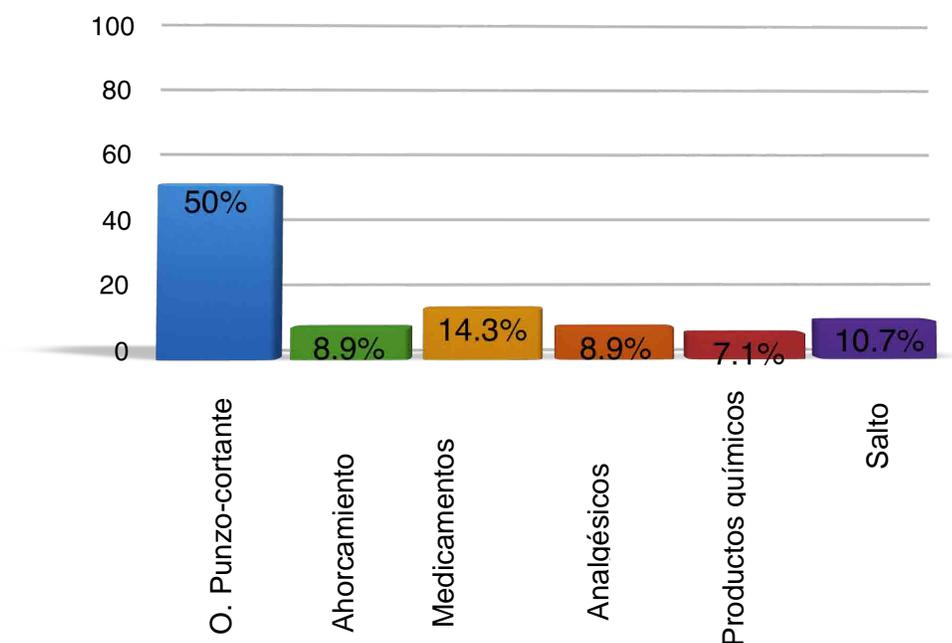
**Gráfica 4.** Análisis de frecuencias diagnóstico clínico de los adolescentes.



#### *Intento de suicidio*

Por lo que respecta al método para llevar a cabo el intento de suicidio, en la Gráfica 5 se observa que la mitad de los adolescentes utilizaron armas punzo-cortantes para llevar a cabo el intento de suicidio. En segundo lugar se encontraron los adolescentes que intentaron envenenarse por medio de medicamentos (antiepilépticos, sedantes, hipnóticos y psicotrópicos). Seguidos de aquellos adolescentes que intentaron suicidarse por medio de un salto desde un lugar elevado, en cuarto lugar se encontraron con el mismo porcentaje los adolescentes que intentaron suicidarse a través del ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación y aquellos que utilizaron analgésicos (no opiáceos, antipiréticos o antirreumáticos). En último lugar, se encontraron los adolescentes que intentaron suicidarse por medio de productos químicos o sustancias nocivas.

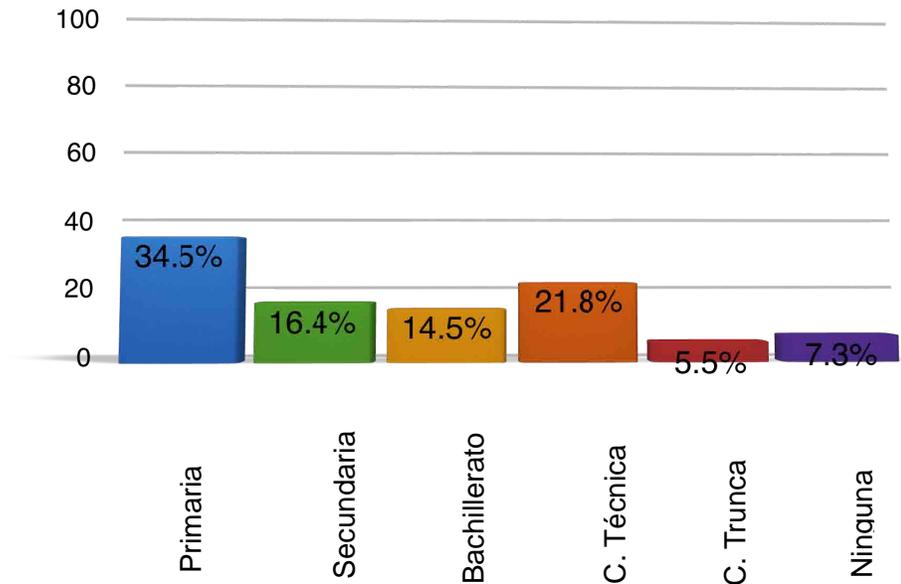
**Gráfica 5.** Análisis de frecuencias del tipo de intento suicida de los adolescentes.



*Datos demográficos de los padres*

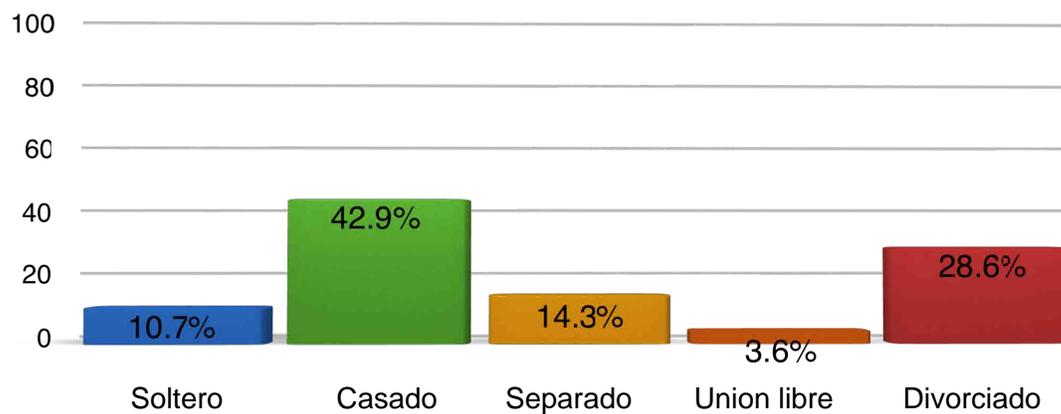
Participaron 56 padres y madres de adolescentes con intento de suicidio, de los cuales 89.3% (50) fueron mujeres y 10.7% (6) fueron hombres, en un rango de edad de 25 a 52 años, con una media 39.5 años. En la Gráfica 6 se muestra el nivel escolar de los padres y madres. El mayor porcentaje de los padres y madres reportaron tener estudios de nivel primaria, en segundo lugar se encontraron los padres que tienen estudios de carrera técnica. Seguidos de los padres y madres con estudios de nivel secundaria, en cuarto lugar se encontraban aquellos padres con nivel bachillerato. En quinto lugar, se encontraban los padres y madres sin educación y finalmente se encontraron los padres con carrera trunca.

**Gráfica 6.** Análisis de frecuencias del nivel escolar de los padres.



Por lo que respecta al estado civil de los padres, el mayor porcentaje reportaron estar casados, seguidos de aquellos que mencionaron estar divorciados, en tercer lugar se encontraron los padres que indicaron estar separados, después se encontraron aquellos padres que reportaron ser solteros y finalmente, los que se encuentran viviendo en unión libre (ver Gráfica 7).

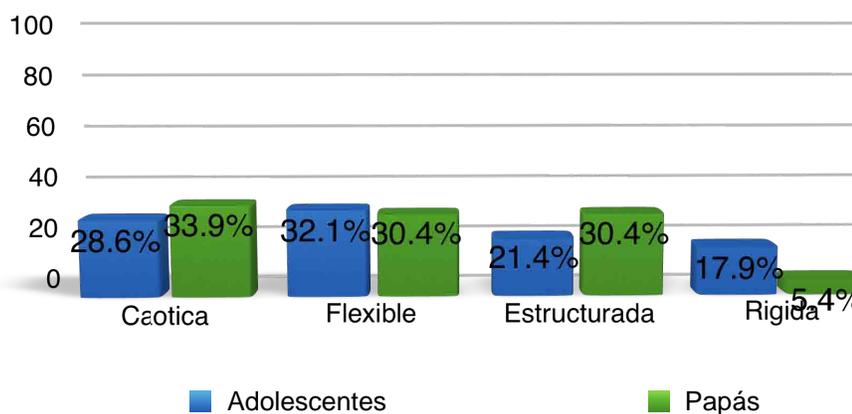
**Gráfica 7.** Análisis de frecuencias del estado civil de los padres.



*Funcionamiento familiar*

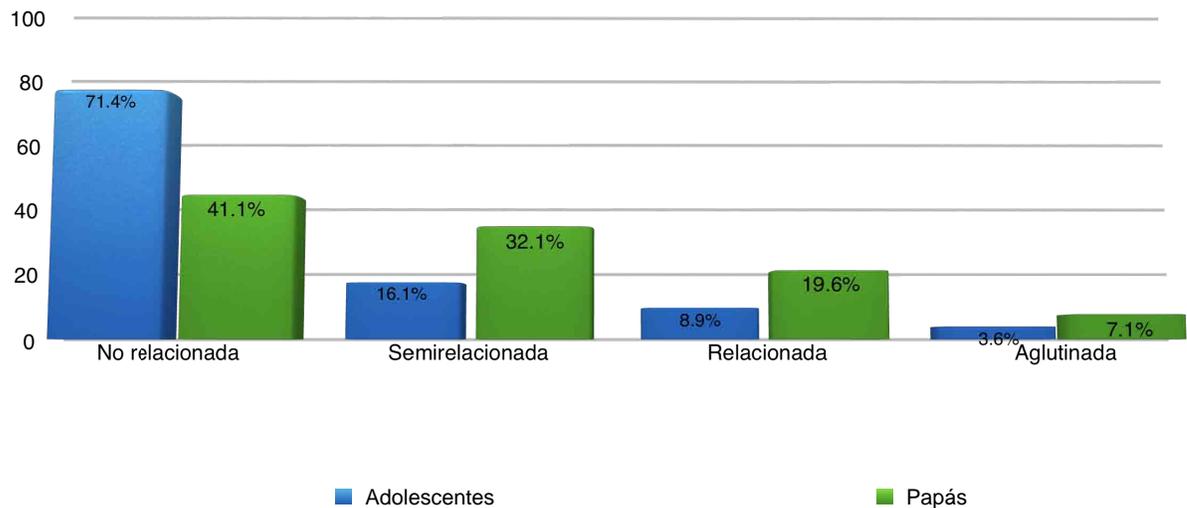
En cuanto al funcionamiento familiar, inicialmente se analizó la *adaptabilidad* por tipo de informante (padres o adolescentes). Como se puede apreciar en la Gráfica 8 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de informante ( $X^2= 4.92$ ;  $p = 0.18$ ), lo que sugiere que el tipo de adaptabilidad que reportan los adolescentes es similar al informado por sus padres. En el caso de los adolescentes la adaptabilidad de tipo flexible fue la que se presentó con mayor frecuencia, seguida de la adaptabilidad de tipo caótica, en tercer lugar se encontró la adaptabilidad estructurada y por último la adaptabilidad de tipo rígida. Por lo que respecta a los padres, en primer lugar se encontró la adaptabilidad de tipo caótica, en segundo lugar la adaptabilidad de tipo flexible y la estructurada, ambas con la misma frecuencia, la adaptabilidad de tipo rígida fue la que se encontró con un menor porcentaje.

**Gráfica 8.** Distribución del tipo de adaptabilidad por informante.



Por lo que respecta a la cohesión familiar los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas ( $X^2= 10.50$ ;  $p < .50$ ), es decir, que la frecuencia con la que se presentó cada tipo de cohesión fue diferente entre el grupo de los adolescentes y el de los padres (ver Gráfica 9). En ambos grupos la cohesión de tipo no relacionada fue la que se presentó con mayor frecuencia, después se encontró la cohesión de tipo semi-relacionada, en tercer lugar la cohesión relaciona y con menor frecuencia la cohesión de tipo aglutinada.

**Gráfica 9.** Distribución del tipo de cohesión por adolescentes y padres.



Se realizaron tablas de contingencias con las clasificaciones de adaptabilidad y cohesión, con el propósito de determinar la frecuencia con la que se presentaron los diferentes tipos de familia como resultado de la combinación de los diferentes tipos de adaptabilidad y cohesión, estos análisis se llevaron a cabo de manera separada por grupo de participantes (adolescentes y padres).

En la Tabla 1 se presentan los resultados del grupo de adolescentes, donde el mayor número de sujetos se agrupó en la familia que tiene una adaptabilidad de tipo flexible y una cohesión no relacionada. En segundo lugar, se encontraron los adolescentes que reportaron una familia con una adaptabilidad de tipo estructurada y una cohesión no relacionada. En tercer lugar, están los adolescentes que cuentan con una familia con adaptación rígida y cohesión no relacionada.

**Tabla 1.** Tablas de contingencias de adaptabilidad y cohesión de los adolescentes.

	No relacionada	Semirelacionada	Relacionada	Aglutinada	TOTAL	%
Caótica	6	5	3	2	16	28.6
Flexible	13	3	2	0	18	32.1
Estructurada	11	1	0	0	12	21.4
Rígida	10	0	0	0	10	17.9
TOTAL	40	9	5	2	56	100
%	71.4	16.1	8.9	3.6	100	

Por lo que respecta a los padres, en la Tabla 2 se puede apreciar que un mayor número de padres reportaron vivir en familias con una adaptabilidad flexible y una cohesión no relacionada, seguidos de aquellos que informaron tener familias con una adaptabilidad de tipo semi-relacionada y una cohesión estructurada. En tercer lugar se encontraron los padres que reportaron familias con adaptabilidad estructurada y cohesión no relacionada, así como aquellos con familias con adaptabilidad flexible y cohesión semi-relacionada, y los de familias con adaptabilidad caótica y cohesión relacionada, estos tres tipos de familias presentaron la misma frecuencia.

**Tabla 2.** Tablas de contingencias de adaptabilidad y cohesión de los padres.

	No relacionada	Semirelacionada	Relacionada	Aglutinada	TOTAL	%
Caótica	5	5	6	3	19	33.9
Flexible	9	6	2	0	17	30.4
Estructurada	6	7	3	1	17	30.4
Rígida	3	0	0	0	3	5.3
TOTAL	23	18	11	4	56	100
%	41.1	32.1	19.6	7.1	100	

## DISCUSION

El propósito de este estudio fue identificar algunas de las características de las familias de los adolescentes con antecedente de intento suicida, así como de la percepción que tienen sus padres mediante la aplicación de FACES III (adaptabilidad y cohesión familiar). Tanto los adolescentes con intento suicida y los padres que acudieron al servicio de urgencias con intento suicida pertenecieron al grupo femenino, lo que concuerda con la literatura reportada.

Dentro de los diagnósticos clínicos, mas frecuentes fue la Distimia como primer lugar, en segundo al trastorno depresivo recurrente episodio actual grave sin psicosis. Episodio depresivo grave sin psicosis en tercer lugar. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad fue el cuarto, abuso sexual declarado por el niño por persona perteneciente al grupo primario, se presentó como el quinto diagnostico sin embargo estos diagnósticos clínicos fueron determinados en el servicio de urgencias por lo que no se utilizo ninguna escala clinimétrica.

El intento suicida realizado mas frecuente fue lesión autoinflingida por agente cortante, ingesta de medicamentos hipnóticos y sedantes fue en segundo lugar. Se encontró en tercer lugar al intento suicida al saltar de un lugar elevado.

Los resultados obtenidos en la escala FACES III, instrumento que mide la dimensión de adaptabilidad y cohesión familiar, fue que los adolescentes con intento suicida, perciben menor cohesión que adaptabilidad familiar. Y los padres perciben una mejoría en la adaptabilidad familiar y una cohesión como no relacionada, o baja. La cohesión familiar la percibieron los adolescentes en una situación extrema de pobre unión emocional entre cada uno de los miembros. Para sus padres fue caótica, lo que significa que ante situaciones de crisis la familia esta en caos.

Lo cual nos lleva a realizar con correlato con lo reportado en los pocos estudios realizados en la literatura internacional.

## CONCLUSIONES

Se demostró que las mujeres adolescentes presentan mas frecuentemente, intento suicida en relación a los hombres.

La edad promedio fue de 14.5 años. La constitución familiar estuvo integrada por familias nucleares y madres solteras con hijos. La mayoría de los adolescentes contaban con hermanos. La cohesión familiar de los adolescentes, y sus padres fue la de tipo No relacionada. Existieron diferencias en la adaptabilidad familiar de los adolescentes siendo flexible y para los padres caótica. En base al Modelo Cirunflejo los adolescentes presentaron familias disfuncionales donde el mayor número de sujetos fue con Adaptabilidad de tipo flexible y una cohesión no relacionada. En Segundo lugar con una adaptabilidad de tipo estructurada, y una cohesión no relacionada. En tercer lugar, fue adaptación rígida y cohesión no relacionada. Y para los padres la adaptabilidad estructurada la cohesión no relacionada así como aquellos con adaptabilidad flexible y cohesión semi-relacionada y los de familias con adaptabilidad caótica y cohesión relacionada.

Lo que este estudio aporta es que, cuando un paciente es diagnosticado con un trastorno mental, es conveniente explorar los factores interpersonales dentro de su familia y también en otros ámbitos, que pueden contribuir a tener percepciones diversas en su núcleo familiar, y puede ser un predictor tanto a mantener los síntomas depresivos y psiquiátricos en la población adolescente.

## RECOMENDACIONES

Estos resultados junto a las características del tipo de pacientes evaluados, sugieren la posibilidad de utilizar instrumentos con alto nivel de validez y confiabilidad, para la evaluación el ambiente familiar del adolescente, y plantea la necesidad de realizar intervenciones preventivas en las conductas problemáticas y dinámicas familiares al trabajar en las que presenten disfunciones específicas. El ampliar a la aplicación de otros sistemas de medición para la familia y los padres, es de suma importancia para continuar con investigaciones posteriores. Tomar un grupo control de adolescentes sanos, para realizar la correlación de este grupo de estudio vulnerable y describir las diferencias en la cohesión, adaptabilidad familiar así como su funcionamiento psicosocial. Tanto la psiquiatría Infantil y del adolescente como los servicios de salud mental dirigidos hacia los niños y adolescentes han presentado una evolución considerable a lo largo de los últimos decenios. Actualmente existe la oportunidad de desarrollar e implementar intervenciones basadas en la evidencia, programas formativos modernos y políticas eficaces. Donde la recompensa será observar niños y adolescentes más sanos y felices y participar en sociedades más productivas y estables al igual que sus familias.

## REFERENCIAS

- 1.- Tapia A, González-Forteza C. Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente. *Salud Mental*. 2003; 26(6):35-46.
- 2.- Cañon S. Risk factors associated to suicidal tendencies in children and teenagers. *Arch Med*. 2011; 11(1): 62-67.
- 3.-Jímenez A, González-Forteza-C: 25 años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente. *Salud Mental*. 2003; 26(6): 35-46.
- 4.- González-Forteza, C, Ramos, L, Mariño, M.C, Pérez E. Vidas en riesgo:conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica América Latina*. 2002; 48 (1-4), 74-84.
- 5.- Sánchez-Sosa J, Musitu G, Villarreal-González M, Ferrer M, Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*. 2010; 19(3): 279-87.
- 6.- INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2011. Base de datos.Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- 7.- Borges, G, Orozco R, Benjet C, Medina E. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública Mex*. 2010; 52: 292-304.
- 8.- González-Forteza C, Villatoro J, Alcántara I, Medina-Mora M, Fleiz C, Bermúdez P, Amador N. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997-2000. *Salud Mental*. 2002; 25(6): 1-12.
- 9.- Córdova M, Rosales J, García M. Ideación y variables asociadas en Jóvenes Universitarios del Estado de Hidalgo (MÉXICO): Comparación por género. *Psicogente*. 2012; 15 (28): 287-301.
- 10.- Esposito C, Clum G. Psychiatric symptoms and their relationship to suicidal ideation in high.risk adolescent community simple. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2002; 41 (1): 44-51.

- 11- Sánchez L, Morfin T, García J, Quintanilla R, Hernández R, Contreras E, Cruz J. Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. *Acta de Investigación Psicológica*. 2014; 4(1): 1446-58.
- 12.- Pavez N, Carranza J, Vera-Villaroel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev Méd Chile*. 2009; 137: 226-33.
- 13.-Birmaher B, Ryan N.D, Williamson D.E, Brent D.A, Kaufman J, Dahl R.E, Perel J. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35(11): 1427-39.
- 14.-Boergers J, Spirito A, Donaldson D. Reasons for Adolescents Suicide Attempts: Associations with Psychological Functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37 (12):1287-93.
- 15.-Wagner B. Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychol Bull*. 1997; 121 (2): 246-298.
- 16.- Epstein N, Baldwin L, Bishop D. Journal of marital and family therapy. The MacMaster Family Assessment Device. 1982; 9 (10): 171-80.
- 17.-Murga H. Tipo de Familia y ansiedad y depresión. *Rev Med Hered*. 2014; 25:57-59.
- 18.-Corzo Coello S. M. T. Determinantes Sociales en la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. *Atención Primaria*. 1998; 21 (5): 275-82.
- 19.-Minuchin Salvador. *Familias y Terapia Familiar 2a. Ed.* 1983.Barcelona 78-138.
- 20.-Pineda J, Dadds M. Family intervention for adolescents with suicidal behavior: A randomized controlled trial and meditation Analysis *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2013; 52(8): 851-62.
- 21.-Villa-Manzano I., Robles M., Gutiérrez E., Martínez M., Valdez F., Cabrera C. *Práctica Clínico-Quirúrgica*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009; 47(6): 643-46.
- 22.-Schmidth V, Barreyro, Maglio A. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III ¿Modelo de 2 o tres factores? *Escritos de Psicología*. 2009; 3 (1): 30-36.

- 23.-Gómez-Clavelina F, Irigoyen A. Versión al Español y Adaptación Transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). Archivos en Medicina Familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana. 1999; 1 (3): 73-79.
- 24.- Ponce R, Gómez-Clavelina F, Irigoyen A, Terán T, Landgrave I, Hernández G., et.al. Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español). Atención Primaria. 1999; 23: 479-84.
- 25- Saucedo JM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev Méd Inst Mex Seguro Soc. 1991; 29(1): 61•67.
- 26- Tapia A, González-Forteza C. Ramos L, Caballero M. Wagner F. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Psicothema. 2003; 15 (4): 524-32
- 27.- Saucedo J, Montoya M, Higuera F, Maldonado J, Anaya A, Escalante P. Intento suicida en la niñez y la infancia: ¿Síntoma de depresión o de impulsividad agresiva?. Bol Med Hosp Infant Mex. 1997; 54:169-75.
- 28.- Gouveia-Pereira M, Abreu S, Martins C. How do Families of Adolescents with Suicidal Ideation Behave? 2014 Psicologia: Refl exão e Crítica. 27; (1): 171-78.
- 29.- Compton M, Thompon N, Kaslow N. Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2005; 40 (3): 175-85.
- 30.- Prabhu S, Molinari V, Bowers T, Lomax J. Role of the family in suicide prevention: An attachment and family systems perspective. Bulletin of the Menninger Clinic. 2010; 74(4): 301-27.
- 31.- Zayas L, Lester R, Cabassa L, Fortuna L. Why do so many latina teens attempt suicide? A conceptual model for research. American Journal of Orthopsychiatry. 2005; 75 (2): 275-87.
- 32.-Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P, Trautman P. Preventing teenage suicide: a critical review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988; 27: 675-87.
- 33.- Mondragon L, Borges G, Gutiérrez R- La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. Salud Mental. 2001; 24:4-15.

34.- Gray D, Achilles J, Keller T., Tate D, Haggard L, Rolfs R, et al. Utah youth study, phase I: Government agency contact before death. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002; 41(4): 427-34.

Oficio: DI/CI/908/0814  
Dictamen: Aprobación  
México, D.F., a 5 de Agosto de 2014

**Dra. Nora Adriana González Reyes  
Presente**

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación "**Evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar en un grupo de pacientes adolescentes con intento suicida**" registrado en esta División de Investigación con la clave IT2/04/1006 se ha dictaminado como: **Aprobado**

Por tratarse de un **proyecto de riesgo mínimo**, por lo cual no requirió la evaluación del comité de ética.

Se notifican las siguientes obligaciones que adquiere en calidad de tesista:

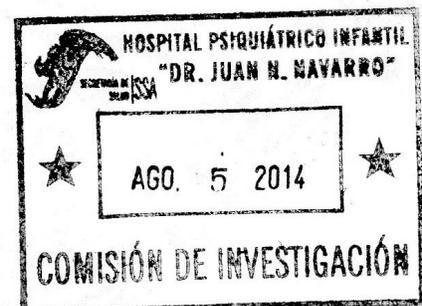
- Entregar una copia del presente a sus tutores.
- Al concluir su tesis no olvide llenar el informe final en la página arriba mencionada para evitar solicitarle su informe faltante.
- Al término de su proyecto entregar dos ejemplares del producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como acervo para la biblioteca del hospital incluyendo los sellos de la biblioteca de la UNAM y del HPIDJNN.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente



Dra. Alma Delia Genis Mendoza  
Presidenta del Comité de Investigación



Ccp. Archivo

**ANEXOS**

MEXICO DF a \_\_\_\_\_

Carta de Consentimiento informado:

Por medio de la presente autorizo para que mi hijo (a) \_\_\_\_\_ participe en el proyecto de investigación "Adaptabilidad y cohesión familiar en un grupo de adolescentes con Intento Suicida". Que se lleva a cabo en el Hospital "Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro". Habiendo recibido previamente la información pertinente sobre las características de esta investigación. Y sus fines.

NOMBRE DEL PADRE O RESPONSABLE LEGAL \_\_\_\_\_

FIRMA DE AUTORIZACIÓN \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL INVESTIGADOR \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### FACES III

Olson DH, Portner J, Lavee Y. (MINNESOTA UNIVERSITY) V. Español: Gómez Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A. (UNAM)

1                    2                    3                    4                    5  
NUNCA   CASI NUNCA   ALGUNAS   CASI SIEMPRE   SIEMPRE VECES

#### DESCRIBA SU FAMILIA:

- \_\_\_\_\_ 1.- Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
- \_\_\_\_\_ 2.- En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas.
- \_\_\_\_\_ 3.- Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- \_\_\_\_\_ 4.- Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- \_\_\_\_\_ 5.- Nos gusta convivir solamente con familiares más cercanos.
- \_\_\_\_\_ 6.- Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- \_\_\_\_\_ 7.- Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- \_\_\_\_\_ 8.- Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- \_\_\_\_\_ 9.- Nos gusta pasar tiempo libre en familia.
- \_\_\_\_\_ 10.- Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- \_\_\_\_\_ 11.- Nos sentimos muy unidos.
- \_\_\_\_\_ 12.- En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- \_\_\_\_\_ 13.- Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente.
- \_\_\_\_\_ 14.- En nuestra familia las reglas cambian.
- \_\_\_\_\_ 15.- Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- \_\_\_\_\_ 16.- Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- \_\_\_\_\_ 17.- Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- \_\_\_\_\_ 18.- En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- \_\_\_\_\_ 19.- La unidad familiar es muy importante.
- \_\_\_\_\_ 20.- Es difícil decir quién hace las labores del hogar.

NOMBRE \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
NUM DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_