

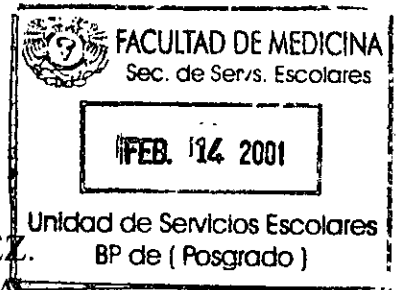
11245
17

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

TESIS

TITULO: CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DEL PACIENTE
SUICIDA Y EVALUACION DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR.

ALUMNO:



DRA. MARIA MARTHA PALENCIA NUÑEZ.
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA.

TUTOR TEORICO.

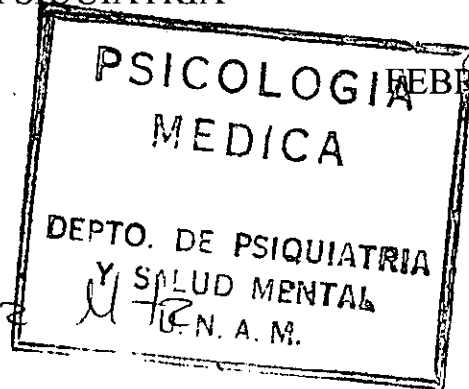
TUTOR METODOLOGICO.

[Signature]
DR. VICTOR RUIZ VENASCO

[Signature]
ING. JOSE CORTES SOTRES.

289137

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRIA"



[Signature]
Dr. Alejandro Diaz

2001



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.

INDICE.

	<i>Pag.</i>
1.0 Marco Teorico.	1
1.1 Introducción.	2
1.2 Ciclo Vital y Sistema Social de la Familia.	5
1.3 Aproximaciones Teóricas e Históricas.	7
1.4 Mitos y Realidades Acerca del Suicidio. Actitud de la Sociedad Frente al Suicidio.	10
1.5 Epidemiología del Suicidio.	12
1.5.1 Factores Epidemiológicos Asociados.	14
1.6 Etiología y Factores de Riesgo en el Suicidio.	17
1.7 Factores de la Dinámica Familiar.	19
2.0 Investigación.	20
2.1 Antecedentes.	20
2.2 Planteamiento del Problema y Justificación.	27
2.3 Objetivos.	28
2.4 Hipotesis.	28
2.5 Material y Método.	29
2.6 Resultados.	34
2.7 Discusión y Conclusiones.	38
3.0 Bibliografía.	42
4.0 Material de Captura y Evaluación.	45

1.0 MARCO TEORICO.

1.1 INTRODUCCION.

En la actualidad, la familia mexicana al igual que la sociedad mexicana, se encuentra en un período de transición. Y así como de la sociedad en la que forma parte, la familia es atacada. Los cambios siempre se orientan desde la sociedad hacia la familia. La familia cambiará, pero siempre persistirá debido a que constituye la unidad humana para sociedades cambiantes. Es por esto que al intentar estudiar el “suicidio” lo haremos desde el hombre en su contexto, y la estructura familiar. “La ciencia biológica más reciente estudia al organismo vivo como una unidad compuesta del cuerpo y su medio particular : de modo que el proceso vital no consiste sólo en una adaptación del cuerpo a su medio, sino también en la adaptación del medio a su cuerpo”(1).

La mente humana se desarrolla a medida que el cerebro procesa y almacena los múltiples potenciales estimulados tanto interna como externamente. La familia constituye un factor sumamente significativo en este proceso. En muchos casos se le puede considerar como la parte extracerebral de la mente (14).

El suicidio es la muerte intencional por mano propia. Edwin Schneidman lo definió como el “acto consciente de autoaniquilación, cuya concepción más apropiada es un malestar multidimensional en un individuo agobiado por necesidades, que interpreta una situación en la cual percibe al acto como una mejor solución”. El suicidio no es un acto fortuito o sin sentido. Por el contrario, constituye una vía de salida para un problema o una crisis que invariablemente causa sufrimiento intenso. El suicidio se asocia con necesidades frustradas o insatisfechas, sentimientos de desesperanza e indefensión, conflictos

ambivalentes entre la supervivencia y la tensión insoportable, limitada percepción de opciones y necesidad de escapar; así el suicida envía al exterior señales de angustia (28).

El suicidio parece ser la acción más personal que un individuo puede asumir. Sin embargo, las relaciones sociales juegan un papel importante en su causalidad, pues el suicidio posee un profundo impacto social. Aunque parece dirigido a la destrucción de sí, es también un acto de agresión contra los otros. El estudio del suicidio demuestra que la acción humana no obstante ser personal, es también interacción con otras personas, y que no se puede comprender al individuo si se lo aísla de su matriz social. A través del tiempo el suicidio ha sido considerado por clérigos, poetas y filósofos. En nuestros días es materia de estudio científico. Ni los triunfos de la medicina científica ni la elevación standard de vida han puesto freno a las pérdidas de vida a través del suicidio. Por el contrario, han tendido a incrementarlas (33).

El suicidio es específicamente un problema humano. Cualquier animal puede morir de una enfermedad ser destruído intencionada o accidentalmente por un agente exterior, pero; por lo que conocemos, solamente el hombre puede querer su muerte y matarse él mismo. Si bien es cierto; algunos animales bajo determinadas circunstancias se comportan de una manera que los conduce a la muerte, no existe ninguna evidencia de que esa conducta esté asociada con el deseo como tal. La conducta autodestructora no asociada con la idea de muerte no es suicidio. En cierta etapa de la evolución del hombre debe de haber descubierto que puede matar no sólo animales y congéneres, sino también a sí mismo. Se puede suponer que desde entonces la vida no fue la misma para él. Producira una tremenda diferencia en la actitud del hombre hacia la vida y la muerte si la posibilidad de los otros y, por supuesto, de él mismo, de suicidarse dejara de existir.

El suicidio es ubicuo, se ha probado que la creencia de que éste no ocurre en las sociedades primitivas resultó ser errónea; no hay periodo en la historia sin registro de suicidios. Se dice que hay pocos individuos, si es que hay alguno a quienes nunca se les ocurrió la idea de suicidarse.

En este campo es esencial una clara definición de los términos. “Suicidio” significa no sólo “el acto de quitarse la propia vida” sino también “el que muere por su propia mano” y “el que intenta o tiene una tendencia a suicidarse”. Usado en sentido figurado, se refiere a la conducta de individuos o grupos que pueden causar su propia destrucción. Ruskin tenía presente esto cuando habló de “suicidio de grecia”. Las citas pertenecen al Oxford English Dictionary, que registra de manera fidedigna el uso variado del término en el lenguaje cotidiano y en la literatura. Suicidio, entonces tiene por lo menos cuatro connotaciones diferentes aunque relacionadas, cada una de las cuales se refiere a la autodestrucción.

El uso de la misma palabra para el acto y su víctima puede ser objetable , pero en este caso es relativamente inofensivo, suicidio significa el acto fatal e intento suicida es el acto no fatal de autoperjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo, no obstante ser vago y ambiguo (28).

El suicidio, intentado o consumado, es un complejo enigma para la condición humana. No puede ser presentado como un desorden unitario.

Dentro del cuerpo de la literatura suicidiológica existe cierta controversia acerca de la definición y del empleo de algunos términos en particular. Algunos autores e investigadores se rehusan a considerar el comportamiento suicida como el estar en un continuo que va de pensamientos suicidas al suicidio consumado. Otros tienen considerable

dificultad para dividir el comportamiento suicida en casos de suicidio consumado e intentos suicidas, la discrepancia tiene relación con el grado de mortalidad (11).

La noción convencional de un acto suicida genuino se puede definir de la siguiente manera: “Una persona, habiendo decidido poner fin a su vida o actuando bajo un impulso repentino de hacerlo, se mata, utilizando el método más efectivo a su alcance y asegurándose que nadie interfiera. Cuando está muerto, se dice que lo ha logrado, y el acto se denomina a menudo un intento suicida logrado. Si sobrevive, se dice que ha fracasado y el acto se denomina un intento suicida fracasado. La muerte es el único propósito de este acto y, por lo tanto, el único criterio de logro (34).

1.2 CICLO VITAL Y SISTEMA SOCIAL DE LA FAMILIA.

La familia es en esencia un sistema vivo de tipo “abierto”, tal como lo describió Bertalanffy en 1968. Al conceptualizarlo, así veremos que dicho sistema se encuentra ligado e intercomunicado con otros sistemas como el biológico, psicológico, social y ecológico. Además la familia pasa por un ciclo donde despliega sus funciones (nacer, crecer, reproducirse y morir), las cuales pueden encontrarse dentro de un marco de salud y normalidad o bien adquirir ciertas características de enfermedad o patología (28).

Al enfocar el “sistema familia” atravesando por un ciclo vital, podemos hacer algunas consideraciones ya sean de tipo práctico, teórico o clínico, para su mejor comprensión y entendimiento. De tal suerte que, dado el caso, tengamos la posibilidad y la oportunidad de tomar medidas ya sean preventivas o de tratamiento, que contribuyan a salvaguardar este “sistema” tanto de la enfermedad como de su destrucción total.

El ser humano es un animal social, busca a los de su misma especie desde el nacimiento. El impulso primario va hacia el mantenimiento del contacto y comunicación interpersonal, por lo que nos encontramos en constante interacción con nosotros mismos y con los demás (14).

En cuanto al sistema social y al grupo no debemos olvidar que en todo momento el individuo es el depositario de una experiencia de grupo. Su identidad es al mismo tiempo individual y social. Es una imagen en espejo, un microcosmos de su grupo familiar. Sólo puede lograrse una concepción significativa de la salud mental cuando relacionamos el funcionamiento del individuo con las pautas de relación humana de su grupo primario. No puede considerarse al individuo, la familia, la estructura social, ni siquiera a las mismas pautas culturales como sistemas cerrados o como entidades separadas e independientes,

sino que son partes interrelacionadas e interactuantes. El hombre es un sistema abierto a un continuo intercambio de energía entre su organismo y el ambiente exterior. Como resultado tenemos la visualización de “la familia nuclear”, es decir los seres vivos que viven bajo un mismo techo y que tienen un peso emotivo significativo entre ellos. Este sistema incluye en su órbita a tres sub-sistemas principales: el sub-sistema marital, padres-hijos y hermanos, sin ignorar la existencia de otros miembros que pudiesen en un momento determinado formar parte de alguno de estos sub-sistemas. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los sub-sistemas deben ser claros (18).

La familia es la unidad fundamental de la sociedad, recorriendo su “ciclo vital” entre penas y alegrías, donde puede seguir armónicamente su camino o bien pretender dar zancadas. Avanzar a grandes saltos, brincar etapas, regresar a pautas emocionales anteriores o detenerse para siempre en alguna parte del camino. Esta pequeña organización social llamada familia, se puede describir esencialmente como; una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades engarzadas entre sí de la más profunda naturaleza. Por ello se supone que todos en algún momento buscamos dentro de su seno la satisfacción casi total de nuestras necesidades emocionales.

1.3 APROXIMACIONES TEÓRICAS E HISTÓRICAS

El problema del suicidio y del comportamiento suicida data de muchos siglos atrás. En la historia del comportamiento suicida hay diferentes enfoques teóricos que prevalecen. Durante las épocas de la Grecia Clásica, los romanos tenían muy poco respeto por la vida, contemplando el suicidio de una manera neutral e incluso, positiva. Desde un punto de vista religioso, la posición cristiana sobre el suicidio pudiera ser contemplada como una reacción a la posición romana. La posición cristiana, al concederle un gran respeto a la vida, especialmente al alma en el mas allá, dio como resultado que la iglesia introdujera serias discusiones en lo referente al comportamiento suicida, que fue considerado pecaminoso por cientos de años y se estableció dentro de la ley en la mayoría de los países occidentales (15).

Desde el punto de vista legal, el Acta sobre Suicidio en Inglaterra en 1961 es altamente significativa. A través de ella; primero, las penalidades criminales por comisión de suicidio fueron abolidas. Segundo, los sobrevivientes de intentos suicidas ya no fueron sujetos a juicio criminal. Al principio del siglo veinte existían dos corrientes principales, una iniciada por Emile Durkheim desde el punto de vista sociológico y la otra por Sigmund Freud quien se centró en los aspectos psicológicos. El trabajo de Durkheim, sigue siendo marco referencia para los que estamos interesados en estudiar los factores sociales como causa de suicidio. Durkheim básicamente estudió la relación entre los modelos suicidas y los factores religiosos y demográficos en Europa, sus dos hipótesis fueron sustentadas; Primero, el suicidio no es frecuente en una sociedad integrada. Segundo, que la motivación principal para el comportamiento suicida varía con el cambio de valores de una sociedad en particular. Durkheim sugirió, por lo tanto, que el suicidio estaba etiológicamente

relacionado con la estructura social de la sociedad o grupo particular dentro del cual vivía el individuo y con su relación para con el grupo. Llegó a identificar tres tipos básicos de suicidio: altruista, egoísta y anónimo. El suicidio altruista se presenta cuando el individuo está demasiado integrado al grupo social y las costumbres o reglas del grupo exigen el suicidio bajo ciertas circunstancias con el fin de realizar un propósito más alto. El suicidio egoísta resulta de una falta de integración social en donde el individuo, no estaba integrado, o había sido expulsado del sistema social que incluye familia, religión, red social y grupos políticos y por lo tanto existe la pérdida de un sentido de pertenencia y compromiso social. El suicidio anónimo ocurre cuando existe un cambio abrupto en el status que cambia la relación de una persona con su sociedad. Mientras Durkheim se centraba en los efectos de la sociedad en el individuo, Freud estaba desarrollando una teoría psicológica que establecería el origen del suicidio en el inconsciente del hombre. Básicamente, Freud hipotetizó que el individuo suicida volcaba sobre sí su ira inconsciente no expresada hacia una persona amada. Por lo tanto, el suicidio representaba un fracaso para expresar externamente el propio afecto emergente de manera abierta y directa, con frecuencia hacia una persona amada y en lugar de esto, este efecto se volcaba en contra de la persona misma. Menninger adoptó las mismas explicaciones psicodinámicas de Freud, pero sugirió que con fuerzas destructivas prevalecían tres dinámicas: el deseo de matar, el deseo de ser matado, y el deseo de morir. Desde la postura de Zilboorg, se hizo un esfuerzo por esclarecer las hipótesis intrapsíquicas e integrarlas a elementos causantes externos. Existen otras explicaciones psicodinámicas para el suicidio y el comportamiento suicida y éstas incluyen autocastigo, reparación y expiación de culpa, fantasías compensatorias por las diferencias de esta vida en una vida futura, manipulación, intentos por castigar fuerzas u objetos

específicos, escapar de una situación intolerable, dolor o pánico e incapacidad para concebir acciones alternativas a la muerte (2).

1.4 MITOS Y REALIDADES ACERCA DEL SUICIDIO. ACTITUD DE LA SOCIEDAD FRENTE AL SUICIDIO.

Las actitudes con respecto al suicidio están íntimamente ligadas con las ideologías acerca de la muerte. Esto explica las similitudes y diferencias entre las reacciones de varias sociedades frente al suicidio. En la mayoría de las culturas y en casi todos los periodos de la historia la actitud hacia el suicidio ha tenido algo en común con aquella hacia el homicidio ambos son temidos y prohibidos, pero existen circunstancias excepcionales en las que son permitidos: el homicidio, en la autodefensa y en la guerra; el suicidio, bajo ciertas condiciones. Un hombre o una mujer enfermos están aislados de la sociedad en grado sumo, incapacitados de participar en la actividad de la comunidad, el aislamiento resultante de esta situación puede muy bien llevar al suicidio.

La relación entre el seguro de vida y el suicidio ha dado lugar, en algunas oportunidades, a dificultades legales y problemas financieros. Para algunas personas la idea de que su suicidio beneficiará a sus familias en el aspecto financiero tiene una peculiar atracción, y otros pueden vacilar menos en suicidarse si saben que sus familias están económicamente aseguradas (33).

En gran parte como resultado de los problemas señalados antes y por aspectos relacionados con el conocimiento público y profesional, a través de los años han sugerido varios mitos en torno al suicidio. Entre algunos de estos mitos y realidades asociados a ellos se puede hablar de que la persona que habla de suicidio difícilmente lo intenta o lo comete, la realidad es que aproximadamente entre el 70 y 75 por ciento de los jóvenes que intentan o cometen el suicidio han proporcionado pistas, verbales o no, de sus intenciones en las semanas precedentes. Todas las amenazas de suicidio deben de tomarse en serio (15).

El mito de que los jóvenes que intentan suicidarse están buscando atención. La realidad es que semejante percepción refleja una falta de conocimiento y comprensión de los complejos factores relacionados con el comportamiento suicida. El mito de que la persona suicida está definitivamente eligiendo la muerte más que la vida. Siempre hay considerable cantidad de ambivalencia asociada con el comportamiento suicida, la mayoría de las personas que exhiben estos comportamientos están abrumadas por sus problemas y presentan dificultad para encontrar soluciones. También ellas dan indicios de sus intenciones. El problema principal no es que quieran morir, sino si existe alguna manera de seguir viviendo. El mito de que las personas suicidas están deprimidas. Mientras que casi todas las investigaciones señalan que la mayoría de las personas que manifiestan comportamiento suicida muestran rasgos de depresión, el comportamiento suicida está significativamente asociado con otros trastornos psiquiátricos y otros factores de alto riesgo (3).

1.5 EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO.

La conducta suicida, aunque como concepto extenso y atemporal, es un fenómeno instantáneo, violento y que manifiesta en forma sobresaliente su peligrosidad, como un trastorno complejo cuyo estudio tiene su punto de partida en el acto mismo. La epidemiología a través del estudio de las variaciones de las enfermedades dentro de una población, nos ha llevado a conocer las características de los individuos que se asocian con una mayor probabilidad de conducta suicida. Este concepto estadístico, conocido como factor de riesgo, es fundamental en la investigación del espectro suicida. Si bien el suicidio no dejará de ser un acto indiosincrático e inaccesible a la predicción precisa, es posible identificar a la población que se encuentre con mayor riesgo de presentarlo, y que por ello deben ser el blanco de intervenciones preventivas oportunas. Cabe apuntar, además, que se han hecho observaciones sobre los recientes incrementos en la tasa de suicidio, y se espera que estos sean más elevadas en las naciones en desarrollo (10).

Cada año se producen 30,000 muertes por suicidio en Estados Unidos (30232 muertes en 1989), esta es la cifra de suicidios consumados, el número estimado de intentos de suicidio es de 8 a 10 veces ese valor. La pérdida de la información es deliberada a causa probable de la mala clasificación de la causa de muerte como; a accidentes de causa indeterminada, y a los así llamados suicidios crónicos. Entre 1970 y 1980 más de 230,000 personas se suicidaron en Estados Unidos, aproximadamente una persona se suicida cada 20 minutos, 75 suicidios en un día y la tasa actual es de 12.5/100,000 habitantes.

En 1977, el suicidio alcanzó un máximo de 13.3/100,000 habitantes. Desde entonces, ha habido un suave declive. Actualmente, se clasifica como la octava causa

general de muerte es este país, después de cardiopatías, cáncer, enfermedades cerebrovasculares, accidentes, neumonías, diabetes mellitus, y cirrosis (21,24).

Las tasas de suicidio en Estados Unidos son la mitad de las aportadas por los países industrializados a las Naciones Unidas (24). Internacionalmente, las proporciones se extienden desde un máximo de 25/100,000 habitantes en Escandinavia, Suiza, Alemania, Austria, países europeos del Este (se llama el cinturón suicida), y Japón, hasta un mínimo de 10/100,000 en España, Italia, Irlanda, Egipto y Países bajos. Un análisis de todos los estados desde 1979 a 1981 de personas con edades entre 15 y 44 años reveló que el estado con menor proporción de suicidios en ambos sexos eran; Nueva Jersey, Nevada y Nuevo México. En Nevada las mujeres se mataban más frecuentemente que los hombres. El puente Golden Gate de San Francisco es el lugar donde más personas se suicidan, con más de 800 suicidios desde que se inauguró en 1937 (9).

En nuestro país la tasa de suicidios a travez de los años ha sido muy variable, ha si tenemos por ejemplo en estudios de Calbido y Elorriaga (8), donde analizaron el suicidio de 1954 a 1963, e informaron una tasa que oscilo entre 3.2 suicidios por 100 mil habitantes a 2.1. Continuando la misma linea de investigación Elorriaga (13) recopiló los datos de la decada de los sesentas donde destaca el incremeto en la presentación del intento suiscida ya que cada 12 horas se presentaba uno y de 4 intentos, tres lo logran y uno no. Jimenez N (19), ya hacia la decada de los setenta refiere que la proporción en relación hombre mujer se incremeto de cuatro a uno en suicidio consumado, destacando que la mayor frecuencia fue en los menores de 35 años. Otro dato de importancia que nos habla de la variabilidad de estos estudios, es en los datos reportados por Borges G (3), donde nos refiere que en 1991,

la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1.13 a 2.55 (por 100 mil hab.); aumentó un 125 %. En los hombres se incrementó en 170 %, y en la mujer un 70 %.

En la literatura existe cierta controversia acerca de la exactitud de las estadísticas suicidas frente a grupos de todas las edades. Por un lado, los investigadores están verdaderamente interesados en la relación que existe entre el bajo informe citado y el error estimado que asciende a 22 por ciento. El suicidio en niños y adolescentes, resulta totalmente claro que el actual número de suicidios cometidos por niños es significativamente más alto de los que indican las estadísticas. Se ha atribuido esto a varias razones tales como que hasta el 50 por ciento de suicidios cometidos por niños pueden haber sido disfrazados como accidentes. Los suicidios cometidos por pre-escolares probablemente sigan sin ser reconocidos dada la incredulidad de los padres y los médicos. Finalmente, por su deseo de no estigmatizar a la familia de la víctima del suicidio, algunos médicos se rehusan a registrar la muerte de un niño debida al suicidio aún cuando se encuentre una nota de este por escrito. Las tasas anteriormente mencionadas evidencian la dimensión del problema desde el punto de vista cuantitativo.

1.5.1 Factores Epidemiológicos Asociados.

Sexo. Los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, un valor que se mantiene constante en todas las edades. Las mujeres, sin embargo, lo intentan cuatro veces más que los hombres.

Método. La porción más alta de suicidios consumados en hombres se relaciona con los métodos que utilizan (armas de fuego, ahorcamiento o salto desde lugares elevados), las

mujeres tienen más probabilidad de tomar una sobredosis de sustancias psicoactivas o de veneno, pero están comenzando a usar armas de fuego más a menudo que anteriormente.

Edad. La tasa de suicidio aumenta con la edad. Esta tasa se acentúa por la importancia de la crisis de la mediana edad. Entre los hombres, la proporción es máxima después de los 45 años y entre las mujeres, después de los 55. En los hombres de 65 y más mayores, la proporción es de 40/100,000. Los intentos de suicidio son menos frecuentes en personas mayores que en jóvenes, aunque también son los más frecuentemente consumados. Los mayores constituyen el 25 por ciento de los suicidios, a pesar de que componen únicamente el 10 por ciento de la población total. La proporción en aquellos de 75 años o más es tres veces mayor a la proporción entre los jóvenes.

La tasa de suicidio está creciendo con mayor rapidez entre la gente joven. Entre 1970 y 1980 aumentó el 40 por ciento en hombres de 15 a 24 años, y todavía sigue creciendo. Entre las mujeres de la misma edad sólo aumentó ligeramente. Entre hombres de 25 a 34 años, aumentó al menos el 30 por ciento. El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de edad entre 15 y 24 años, después de accidentes y homicidios. En este mismo grupo, los intentos de suicidio oscilan entre 1 a 2 millones anualmente. Actualmente la mayoría de los suicidios se dan entre aquellos individuos entre 15 a 44 años.

Raza. La proporción de suicidios entre blancos es casi el doble que de los demás, pero este perfil se está cuestionando, debido a que está aumentando la proporción entre los negros.

Religión. Históricamente, la proporción de suicidio entre la población católica ha sido menor que la existente entre protestantes y judíos.

Estado civil. Los casados con hijos tienen menor riesgo de suicidio. Entre las personas casadas, la tasa es de 11/100,000. Los solteros registran una tasa general de casi el doble que los casados.

Clima. No se ha encontrado ninguna correlación estacional con el suicidio. En primavera y otoño se observa un ligero aumento, aunque, contrariamente a la creencia popular, no se incrementa en diciembre ni en periodo de vacaciones.

Salud física. Es importante la relación existente entre la salud física, enfermedad, y el suicidio. La atención médica previa parece ser un indicador de riesgo de suicidio correlacionado positivamente: el 32 por ciento de las personas que se suicidaron habían recibido atención médica en los 6 meses anteriores. Los estudios posmortem muestran que aparece una enfermedad física en el 25 y hasta el 75 por ciento de todas las víctimas suicidas.

Salud mental. Los trastornos psiquiátricos altamente significativos en el suicidio son el abuso de sustancias, los trastornos depresivos, la esquizofrenia, y otros trastornos mentales (21,24).

1.6 ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO EN EL SUICIDIO.

Tenemos las teorías mencionadas con anterioridad de; Durkheim, Freud, y Menninger, así mismo se mencionan factores genéticos y neuroquímicos. En general, los factores de riesgo podemos dividirlos en específicos y no específicos, los factores de riesgo no específicos pertenecen a tan mencionado efecto de imitación. Los factores específicos son factores con los que el paciente tropieza directamente. Generalmente, la enfatizante teoría de el suicidio se ha desarrollado en dos amplias categorías; La primera es el “modelo médico-psiquiátrico”, que incluye como causales, factores físicos y psicológicos. Este modelo contempla al suicidio como el resultado de un trastorno mental o padecimiento físico heredado. La segunda es el “modelo estadístico-social”, que pone principal énfasis en las influencias ambientales como causas de estados mentales y físicos (21).

Dentro de los factores sociales tenemos a Durkheim que en 1897 publicó el primer estudio sociológico del suicidio, estableciendo desde entonces una relación inversamente proporcional entre la tasa de suicidio y el grado de integración de los grupos sociales, conclusión a partir de la cual propuso la existencia del suicidio egoísta, anómico y altruista. Posteriormente, se observó que no sólo los aspectos sociales, culturales y socioeconómicos de una población estaban relacionados con la frecuencia de suicidio, sino también la etapa de desarrollo en que se encuentra el país en general.

Así también, se ha atestiguado un incremento en la incidencia de suicidios durante crisis económicas nacionales y fenómenos adversos en un país, como lo fueron la Gran Depresión de 1929 en estados Unidos y en Europa las dos guerras mundiales. El postulado de Durkheim se hace patente en las menores tasas de suicidio observadas en áreas rurales y en grupos étnicos y minoritarios, en donde tiende a existir mayor cohesión grupal. La

investigación en esta área ha delineado el perfil del suicida. Así, tenemos que las tasas de suicidio se incrementan con la edad y son más elevadas en el sexo masculino, quienes a su vez utilizan los métodos más violentos. Destaca también su mayor incidencia en individuos solteros, divorciados o separados, desempleados y con escasos vínculos familiares, sociales y religiosos.

En una gran proporción de sujetos suicidas se han encontrado otros trastornos asociados predominando los de personalidad, cuyo espectro clínico puede incluir condiciones predisponentes como son: una mayor susceptibilidad a desarrollar trastornos afectivos, dependencia al alcohol o sustancias psicoactivas, así como una menor capacidad adaptativa y funcionamiento social. Allgulander estimó un incremento significativo de riesgo suicida en sujetos con conducta antisocial al realizar el seguimiento de una cohorte masculina en Suecia. Se calcula que el 15 por ciento de pacientes con trastornos de personalidad antisocial mueren por suicidio y muestran elevadas frecuencias de intentos suicidios previos (10).

Así mismo en otros estudios tanto de seguimiento de paciente como de autopsia psicológica, han mostrado una asociación directa entre los sujetos con suicidio consumado y la presencia de familiares con antecedente de trastornos psiquiátricos mayores como; Depresión, trastorno Bipolar, Abuso de sustancia y Trastorno de Conducta o antisocial. A su vez en el seguimiento de familiares con antecedentes de suicidio consumado en alguno de los integrantes jóvenes de la familia, la presencia de la Depresión se incrementa en mayor proporción en las madres y hermanos de estas víctimas (5,19).

1.7 FACTORES DE LA DINAMICA FAMILIAR.

Dentro del rompimiento o desacuerdo familiar tenemos que la falta de redes familiares de apoyo está considerada como uno de los factores causales del comportamiento suicida en la juventud. Aún más, la desorganización familiar está más considerada como la norma entre los adolescentes suicidas. Algunos autores confirman que las familias experimentan tensión como resultado tanto por el desempleo del padre como por la ausencia de la madre que trabaja. Esto sustenta la idea de que la tensión familiar que resulta de los problemas económicos es un factor en el rango completo del comportamiento suicida entre niños y adolescentes.

Al identificar que factores de riesgo de indole social inherentes a la estructura de la familia, se han realizado estudios de casos y controles para así obtener factores de riesgo de adolescentes suicidas, encontrando como ya se a mencionado en lineas previas, que los antecedentes de Depresión, el Abuso de sustancias y conducta suicida en familiares son factores que influyen ante tal situación, así mismo reporta que una familia desintegrada, los continuos conflictos entre padre-hijo, alguna enfermedad somatica crónica en el alguno de los padres y problemas legales o maltrato son pro sí mismo factores que pueden precipitar tan lamentable acto en un adolescente (7,32).

2.0 INVESTIGACION.

2.1 ANTECEDENTES.

Hasta el momento nos hemos percatado que el suicidio cuenta con una serie de factores que pueden desencadenar tan amargo desenlace, en investigaciones previas donde se reportan factores o antecedentes que incrementan significativamente el riesgo del intento suicida se mencionan; a familiares de primer grado con presencia de enfermedad psiquiátrica y el antecedente de suicidio consumado, predominante en el sexo masculino (37).

Ahora bien cuando esta presente la historia familiar de suicidio violento esta situación se encuentra asociada a la presencia de conducta suicida en pacientes deprimidos(25). Así mismo hay una aparente relación entre conducta suicida y la presencia de trastorno psiquiátrico, disfunción familiar y problemas legales de los padres (20,21).

Existen estudios que nos hablan acerca de varios modelos teóricos que han sido desarrollados para informar del rol de la familia en la etiología de la conducta suicida en el adolescente. Orbach en 1988, identificó tres proposiciones generales, estas incluyen: “la desintegración, múltiple problema familiar”, “mensaje fatal”, y la “interacción familiar”. Cada una de las propuestas enfatizan un patrón distinto de funcionamiento familiar que es partidario a contribuir en la genesis de la conducta suicida en el adolescente. El primer modelo de la desintegración, visto como un problema familiar múltiple; ve los problemas familiares como, ostigamientos o acosamientos, abuso de sustancias, repetida pérdida de trabajo, separaciones maritales frecuentes y/o divorcio, psicopatología de los padres, y la muerte de algún miembro de la familia, como crónicos, a pesar de la naturaleza y la severidad de cada uno de estos problemas que desgasta el funcionamiento familiar y

adelanta la severidad disfuncional de la interacción familiar. El caos y la inestabilidad emocional dentro de la familia interfiere cada vez más con los hijos en su desarrollo psicosocial, no desarrollando el poder de destreza necesario para arreglar las dificultades del medio ambiente y faltando habilidad en el desarrollo de las relaciones interpersonales importantes como el logro de nuevas amistades, así como la conservación de las mismas; en los niños de estas familias se puede incrementar la sensación de desesperanza y para entonces el suicidio puede aparecer como un trágico pero prometedor escape frente a su dolorosa realidad. El siguiente modelo que nos habla del mensaje mortal (niño no deseado); estas familias son descritas por Sabbath en 1969, quien caracteriza a tales familias como en las que hay un niño o miembro prescindible. De acuerdo a Sabbath, “el prescindible niño se refiere a ese miembro que no es tolerado ni necesitado por su familia”.

Así el niño percibe con precisión la consternación paternal de la presencia de El o Ella dentro de la familia y a través de la variedad de sutilezas y algunos sustos de comunicación directa, estos padres expresan su deseo de que su hijo no hubiera nacido nunca, o que él o ella pudieran simplemente desaparecer. El origen de tales actitudes varía. Esto altera la vocación y las relaciones, se mantiene una hostilidad crónica de tal forma que se puede presentar la conducta suicida.

El siguiente modelo acercamiento recíproco o de interacción familiar, enfatiza los procesos de la familia normal que tienden a favorecer patologías en familias con niños o adolescentes suicidas. Estas prespectivas de acercamiento en tales familias, son distintas únicamente en grado frente a otras de familias sanas. Sus focos están sobre dimensiones consideradas sobre el centro de el funcionamiento de todas las familias. Estas incluyen: comunicación (abierta vs. Cerrada), cohesión (encerramiento saludable vs. distancia

patológica), adaptabilidad (límites flexibles vs. rigidez patológica o la falta completa de estructura), clima emocional (cálido y natural vs. hostilidad y rechazo), y funcionamiento marital.

Richman y Pfeffer desarrollaron modelos similares de funcionamiento familiar en familias de adolescentes o niños suicidas. De acuerdo a ambas teorías, estas familias están caracterizadas por relaciones inflexibles que no pueden adaptarse a cambios en los individuos que los necesitan. Los miembros de la familia oscilan entre excesivo acercamiento o encerramiento y extremada distancia.

El adolescente joven puede escoger entre dos dilemas buscar su individualización con el riesgo del rechazo de los miembros de la familia, o forjar la posibilidad de quedarse atrapado en el doloroso mundo familiar. Con el pasar del tiempo y con el fracaso al no encontrar una solución constructiva a este dilema, puede aparecer el suicidio como lo único ante esta intolerable situación.

Otro estudio realizado por Brent (5) estudió la validez del diagnóstico obtenido a través de la autopsia psicológica en pacientes de adolescentes con suicidio consumado, usando para este estudio la historia clínica familiar. Se estudiaron 67 adolescentes víctimas del suicidio a través de la historia familiar de enfermedad mental en parientes de primer grado de sujetos, quienes fueron obtenidos al ciego sabiendo el diagnóstico de estos sujetos por la historia familiar. Fue hipotetizado que sujetos con este diagnóstico, demostraban un incremento en el porcentaje de este desorden entre familiares de primer grado. Esta hipótesis fue sustentada entre la asociación específica del diagnóstico de los sujetos y el porcentaje familiar de enfermedades dentro de las cuáles aparecieron Depresión Mayor, Trastorno Bipolar, Conducta y Trastorno Antisocial y Abuso de Sustancias. Estos

resultados nos proporcionan un nuevo soporte para la validez del diagnóstico obtenido a través del procedimiento de la autopsia psicológica. La autopsia psicológica ha sido un método aceptado para el delineamiento de las características mentales y psicosociales de víctimas de suicidio por al menos tres décadas. Comenzando la pionera investigación de suicidio en adultos por Robins y col. en 1973. Desde este tiempo, este acceso ha sido usado por diversos grupos para el estudio de suicidio en adultos así como el suicidio entre jóvenes.

Las ventajas y desventajas del acercamiento al estudio del suicidio han sido antes discutidas. Porque el suicidio es un raro fenómeno, y ello dificulta el estudio prospectivamente. Por lo tanto el estudio del suicidio es a menudo mejor investigado usando el método de caso-control. La autopsia psicológica consiste en entrevistas con nexos de parientes, esposos, amigos y contactos profesionales, ha sido demostrado que es más informativa que los detalles de información ligeros que pueden proporcionarnos el certificado de defunción. Sin embargo, la autopsia psicológica es un estudio retrospectivo. Entre los entrevistados e informantes son sujetos potencialmente predispuestos porque ambos son conscientes que el sujeto bajo investigación cometió suicidio. El informante puede estar propenso ya sea a minimizar o exagerar el daño de la psicopatología de la víctima.

El estudio de la autopsia psicológica tiene apoyo aceptable, particularmente si la familia fue aproximadamente entrevistada entre 2 y 6 meses después de la muerte. Este estudio consistió en la demostración que un desorden en particular en la víctima esta asociado con un porcentaje elevado de algunos desordenes en familiares de primer grado haciendo el diagnóstico al ciego. En este estudio que fue realizado entre Julio de 1986 y

Agosto de 1990 en 28 ciudades de Pennsylvania. La edad promedio de las 67 víctimas participantes fue de 17.1 años, 85% hombres blancos, se usaron los criterios del DSM-III teniendo que los principales trastornos fueron Depresión Mayor (n=29;43%), Bipolar (n=12;18%), T. De conducta (n=19;28%), abuso de sustancias (n=18;27%). Se demostró con el presente estudio que en los familiares de primer grado de suicidas los trastornos mentales tenían un porcentaje mayor que en sujetos control(16).

Otra investigación realizada por George E (16), revisaron la historia familiar de conducta suicida entre intentos suicidas. Se tomó una muestra al azar de todas las personas vistas en un año en el Hospital de St Louis quienes presentaron intento suicida a las cuáles se le aplicaron 500 preguntas teniendo como resultado 127 pacientes entrevistados de los cuáles 84 eran mujeres y 43 hombres, todos fueron blancos, con una edad media de 30.9 años. Se obtuvo que un 14% tenían historia familiar para suicidio, el 24% habían presentado intento suicida, y el 36% conductas suicidas. El diagnóstico primario más frecuente fue el de T. Antisocial de la personalidad, comprendiendo el 28% de la muestra. Casi una cuarta parte de los pacientes (23%) sufrían de T. Afectivo, 17% tienen familia con historia de suicidio, 17% con historia familiar de intento suicida, y el 4% de amenaza de suicidio. La proporción con historia familiar de alguna conducta suicida fue 38%(22). Kreitman y col. Concluyeron que estos hechos son compatibles con la hipótesis que el intento de suicidio es “un lenguaje empleado dentro de un grupo en donde se usan menos formas patológicas de comunicación” (24).

La Universidad de Michigan en 1992 examinó el alcance en la percepción de adolescentes dentro de su ambiente familiar que fueron asociados con conducta suicida. 15 adolescentes suicidas, 14 en control psiquiátrico y 14 controles normales, fueron evaluados

dentro de su familia sobre calidad de adaptación, comunicación del adolescente con el padre, humanismo paternal, sobreprotección paterna. El porcentaje de familias de adolescentes suicidas presentó menor unión y se más rígida que los otros grupos, esto sugiere que la conducta del adolescente suicida puede ocurrir cuando se siente aislado junto con la experiencia de un sistema familiar inflexible. Los grupos de suicidas y de psiquiátricos en control tuvieron tasas similares en lo referente a disfuncionalidad, mayor a la de los casos control. Los investigadores interesados con la etiología de la conducta suicida en el adolescente han examinado características interpersonales tales como sintomatología psiquiátrica o la habilidad para resolver problemas así como características del medio ambiente interpersonal del adolescente. Central es el medio ambiente de el adolescente: su familia. Esto es el crecimiento de la literatura, entre lo teórico y lo empírico, sobre el rol de la familia en la génesis de la ideación y conducta suicida del adolescente. Este papel tiene pocas revisiones en la literatura y presenta nuevos hechos respetuosos de la percepción del adolescente en el medio ambiente familiar (26).

El medio ambiente familiar afectado es constantemente reportado como característico de jóvenes suicidas. Esto a sugerido que familias con adolescentes suicidas son desorganizadas, con poca unión y hostilidad precipitando violencia doméstica o el síndrome del niño no deseado. Pobre comunicación, trastornos en el rol y bajo soporte para alcanzar la autonomía. Esto se observó en un estudio que tenía por objetivo determinar la relación existente entre pensamiento suicida, planeación suicida, deliberado daño a si mismo, atentados reportados y funcionamiento familiar mediado sobre el total de 60 items del Fab (17).

Interesante es el estudio que nos habla del impacto del desempleo y la integración familiar sobre la cambiante tasa de suicidio en Estados Unidos, abarca de 1920 a 1969. La mayor teoría de empuje o su papel es que la solidaridad social no es constante, y que las fuerzas demográficas y socio-económicas afectan la solidaridad social, y que las fuerzas demográficas y socio-económicas afectan la solidaridad social en turno y esto afecta las tasas de suicidio. Dentro de los resultados tenemos: las tasas de desempleo tienden a ser el más importante y estable predictor a largo plazo de variaciones en tasas de suicidio examinados al otro lado del tiempo. La desintegración familiar es medida por la razón de divorcio o matrimonio cuando no se encuentra un predictor significativo de tasa de suicidio en hombres y mujeres.. esta investigación, la cuál examina algunas hipótesis establecidas desde la perspectiva longitudinal, revela algunos hechos interesantes. Como es el hecho de estudio de cruce-seccional con la relación impresionante entre condiciones económicas y suicidio. El dato demuestra que la única variable la cuál se mantiene y esto es una fuerza explicativa que se mantiene a pesar del tiempo es el “Desempleo”. El alto compromiso de hombres y mujeres en la fuerza de trabajo, el desempleo tuvo un impacto más significativo sobre los hombres en las tasas de suicidio que en mujeres. Nos habla de que en épocas pasadas el divorcio si aumentaba el suicidio, actualmente no, solo el desempleo(17).

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION.

Hoy en día la tasa de mortalidad por suicidio se incrementa considerablemente tanto en nuestro país como en el resto del mundo, además de formar parte de las 10 entidades mas significativas de mortalidad en nuestro país. No podemos dejar de insistir en la necesidad de seguir reevaluando constantemente los principios de la higiene mental; la historia nos ha llevado a examinar con especial cuidado los rasgos patógenos de la estructura social adulta, el fenómeno de tensión en el grupo, el papel del conflicto y de la ansiedad en las relaciones interpersonales y la psicopatología social de la vida familiar, es por esto que pretendemos estudiar el suicidio desde la base familiar cuando sabemos que los fines de la familia son la procreación, la crianza y el soporte social que nos permite interactuar con el resto de la sociedad, incluyendo la satisfacción de las necesidades individuales de afecto y apoyo. En conjunción con esto, resulta importante saber que pueden existir los métodos y los medios para diagnosticar, y si no en todos los casos obtener la curación, por lo menos que las familias reciban la ayuda y guía que puedan requerir en su camino.

Propuesto lo anterior, nuestras reflexiones pueden dirigirse hacia resaltar la necesidad de pedir y obtener la intervención experta y oportuna con la idea de preservar el equilibrio emocional saludable para recorrer sin tropiezos, el intrincado camino del ciclo vital. Se sabe que actualmente un alto porcentaje de las separaciones y divorcios se deben a factores económicos, por lo que resulta cada vez más difícil acomodarse a las demandas que la sociedad impone a una familia (casa, vestido, transporte, educación, amistades, recreaciones, y diferentes eventos), por lo que resulta de gran importancia clínica identificar adecuadamente el área afectada, para no confundir la problemática real con falta de cariño,

desinterés o con la pérdida del deseo y el propósito de formar o seguir manteniendo unida a la familia.

2.3 OBJETIVO

Identificar las características sociodemográficas del paciente con suicidio consumado.

Identificar el área afectada de los procesos inherentes a la calidad del funcionamiento familiar del paciente con suicidio consumado.

2.4 HIPOTESIS

La familia del paciente con suicidio consumado tiene un perfil que lo puede caracterizar y diferenciar del resto de la población.

2.5 MATERIAL Y METODO.

El diseño del presente estudio es prospectivo de Escrutinio. La mente humana no puede extraer fácilmente toda la importancia de una serie de datos desorganizados sin la ayuda de técnicas especiales. Por fortuna, la estadística descriptiva proporciona herramientas para organizar, simplificar y resumir la información básica a partir de un conjunto de datos que de otra forma sería poco manejable.

Se incluyeron familias donde alguno de sus miembros presento suicidio consumado entre los meses de Enero a Septiembre de 1997. Los datos del suceso consumado y de las familias fueron proporcionados por el servicio médico forense de la Ciudad de México, previo comunicado y solicitud (con autoridades del servicio forense) para realizar el estudio. No importo la edad del individuo, estado civil, nivel socioeconómico, raza, religión o si padecio alguna enfermedad. A los familiares se solicito su consentimiento para la realización de la entrevista; “Escala de Funcionamiento Familiar” (37), previa autorización de los autores. La escala fue aplicada en un lapso no mayor de 3 meses a partir de la fecha del suicidio.

Se excluyeron aquellas familias que no cumplieron con la definición de “Familia” dada por la Escala de Funcionamiento Familiar.

La definición de familia de acuerdo con La Escala de Funcionamiento Familiar (EFF), es conforme a la estructura; así debe existir al menos dos generaciones conviviendo bajo el mismo techo. Tenemos que el funcionamiento familiar es un concepto difícil de definir, en la EFF lo focaliza en las interacciones y condiciones familiares que proporcionan bienestar a cada miembro del grupo. La capacidad del sistema familiar para permanecer, enfrentar y superar cada una de las etapas de su ciclo vital y las crisis, está íntimamente

relacionada con su calidad de funcionamiento. La EFF es un eficaz instrumento de medición que contesta a la hipótesis de como se relacionan en forma causal los diferentes aspectos del comportamiento de la familia. La estrategia que se sigue en la escala de funcionamiento familiar es la entrevista estructurada a la familia con asignación de la funcionalidad por parte del evaluador. Las preguntas estimulan relaciones circulares entre los distintos miembros de la familia, pueden remitir a díadas o triángulos dentro de los subsistemas, o bien pueden englobar toda la familia o producir polaridades, un polo cobra realidad en la medida en que difiere del otro, tales posibilidades son el resultado de la estructura de los reactivos en los que subyace la exploración de las diferencias entre los distintos miembros y subsistemas. El contenido de la EFF, tiene sus antecedentes en un instrumento para evaluar la estructura y funcionamiento familiar desarrollado con fines de detección comunitaria, para detectar familias con baja calidad de funcionamiento en forma rápida. Los ítems de la EFF son todas exploraciones del comportamiento del grupo ante diversos aspectos del funcionamiento familiar e intentan ser paradigmas de cada aspecto en particular, esencialmente se cuestiona quien hace que y con quien. Estas preguntas son contestadas por la familia en pleno y entonces el evaluador asigna un puntaje ordinal (1-4) al funcionamiento de la familia en ese ítem en particular.

La Escala de funcionamiento Familiar es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan las 9 áreas del modelo de MacMaster y que conforman el funcionamiento dinámico, sistémico, y estructural de la familia. Ellas son : territorio o centralidad, roles, jerarquía, límites, alianzas, modos de control de conducta, comunicación, autonomía, afectos y patología. Cada una de las áreas incluye de 3 a 5 ítems. La Escala de

funcionamiento Familiar surgió al haber sido aplicada a 160 familias, cuyos datos obtenidos fueron tratados estadísticamente a través de los siguientes métodos :

Validez de ítem: El método usado fue el propuesto por Johnson en 1954 que consiste en dividir la muestra en dos grupos, uno formado por el 27% de las familias con mayor puntaje global y otro formado con el 27% de las familias con menor puntaje. Posteriormente se utilizó como índice de comparación el estadístico *t*-student, contrastando para cada ítem la media del grupo superior contra la media del grupo inferior. Aquellos ítemes con menor valor *t* serán los menos discriminantes, ($p > 0.01, gl = 84$).

Consistencia interna. Esta propiedad fue determinada a través del coeficiente alpha de Cronbach el cual evalúa la discriminación conjunta de todos los ítemes. Alcanzó una alpha de Cronbach de 0.94.

Estructura factorial. Para evaluar la validez de constructo realizaron un análisis factorial por el método de componentes principales con rotación varimax, quedando integrada por 5 factores:

- a) Comunicación afectiva. Evalúa todos aquellos afectos relacionados con la comunicación afectiva entre los miembros de la familia, como son las manifestaciones de afecto, el apoyo, la capacidad para escuchar, etc.
- b) Organización instrumental. Evalúa la funcionalidad de los aspectos asociados a la operación y mantenimiento del hogar, la solución de problemas emergentes y la vigilancia de las normas.
- c) Comunicación instrumental. Evalúa el funcionamiento de la familia en los aspectos referentes a la comunicación sobre normas y obligaciones.

- d) Conflicto. Evalúa la funcionalidad de la familia en el manejo de los afectos negativos.
- e) Reconocimiento y Centralidad. Evalúa la funcionalidad de la familia en lo referente al reconocimiento de los miembros y su centralidad.

Determinación de la sensibilidad y especificidad. Tomando en consideración el puntaje total de la escala, se determinó como punto de corte el valor de 128 puntos, se obtiene una especificidad del 90.0% con una sensibilidad del 87% para el diagnóstico de familias con alta calidad en el funcionamiento global, considerando 64 familias sin patología aparente como regla de oro.

A continuación definimos cada uno de los términos:

I.-Territorio: Este término hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia, y se identifica en un momento con el grado de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia.

II.-Roles: Son las expectativas conscientes o inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro.

III.-Jerarquía: Es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.

IV.-Límites: Son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia. También se consideran como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos).

V.-Alianzas: Se le llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.

VI.-Comunicación: Es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través del cual la gente se relaciona con los demás.

VII.-Modos de Control de Conducta: Son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de lo que es bueno y lo que es malo.

VIII.-Autonomía: Es la habilidad de separar o hacer elecciones con responsabilidad. El grado de autonomía saludable para un miembro de la familia está en relación a su edad y a sus potencialidades.

IX.-Afectos: Las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

X.-Psicopatología: Se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción.

El manejo estadístico de los datos, se estableció de acuerdo con las medidas de tendencia central para la descripción de los hallazgos obtenidos en el presente trabajo.

2.6 RESULTADOS.

Durante el tiempo de procedimiento del presente trabajo, se nos comunico un total de 20 suicidios por parte del médico forense, al iniciar el contacto con familiares de los finados fue necesaria la exclusión del analisis de dos familias ya que no cumplieron la con definición de familia previamente establecida por el instrumento (Escala de Funcionamiento Familiar).

De los 18 sujetos en que se baso la muestra, el 88.9 % correspondio al sexo masculino. La escolaridad más frecuente reportada fue la secundaria con un total de 9 sujetos que corresponde al 50 % de la muestra. El estado civil de soltero fue el más frecuente con el 88.9 % y el 61.1 % de la población se menciono que tenia una ocupación (cuadro 1).

CUADRO 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON SUICIDIO CONSUMADO.

<i>Variables Demograficas.</i>	<i>Número de Sujetos.</i>	<i>Porcentaje.</i>
Sexo.		
Masculino.	16	88.9
Femenino.	2	11.1
Escolaridad.		
Primaria.	5	27.8
Secundaria.	9	50.0
Preparatoria.	3	16.7
Licenciatura.	1	5.6
Estado Civil.		
Soltero.	16	88.9
Casado.	2	11.1
Trabajaba.		
Si.	11	61.1
No.	7	38.9

Otras características de los paciente con suicidio consumado que caben resaltar; es la edad promedio actual al momento del suceso que era de 24.78 ± 7.68 años, además la

familia constaba en promedio de 5.5 ± 1.29 integrantes, siendo la edad del primer hijo de familia de 22.47 ± 9.06 años y con un ingreso percapita de 466.97 ± 408.31 pesos.

Con respecto a la salud mental que privaba en el momento del incidente en los sujetos en que se compone la muestra, es de resaltar que el 33.3 % (6 sujetos) no habían padecido o cursado con ninguna enfermedad mental al momento del incidente; en un 38.9 % (7) se presentó algún trastorno afectivo, en el 11.1 % (2) de ansiedad así como trastorno psicótico. El uso o abuso de sustancia, se corroboró que ocho sujetos (44.4 %) cumplían con criterios para abuso de alcohol según el DSM-IV, además en cuatro sujetos (22.2 %) se corroboró la presencia de estar bajo efectos de alcohol y en dos había sustancias psicotrópicas. De los pacientes en los que se pudo recavar la información para algún trastorno mental, solo 6 sujetos (50 %) estaban bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico (cuadro 2).

CUADRO 2. PRESENCIA DE TRASTORNO PSIQUIATRICO O MEDICO Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON SUICIDIO CONSUMADO.

<i>Trastorno.</i>	<i>Número de Sujetos.</i>	<i>Porcentaje.</i>
No Hubo.	6	33.3
Afectivo.	7	38.9
Ansioso.	2	11.1
Psicótico.	2	11.1
Organico.	1	5.6
Abuso de OH.	8	44.4
<i>Manejo Psiquiatrico o Psicológico Presente*.</i>		
Si.	6	50.0

*El porcentaje corresponde sólo a sujetos con presencia de algún trastorno psiquiátrico.

La forma en la cual fue cometido el suicidio se presentan en el cuadro tres; en tres sujetos el suicidio se presentó fuera del hogar, mientras en el resto de la población el suceso fue en donde habitaba.

CUADRO 3. METODO O CAUSA DEL SUICIDIO.

<i>Metodo o Causa.</i>	<i>Número de Sujetos.</i>	<i>Porcentaje.</i>
Ahorcamiento.	9	50.0
Arma de Fuego	4	22.2
Vía del Metro.	3	16.7
Envenenamiento.	2	11.1

Otro dato de importancia se ve en relación a la situación que guardaban los individuos dentro de la familia, pues el 61.1 % de los sujetos (11) eran hijos primogénitos, dos eran hijos en segundo orden de nacimiento y se encontraron dos padres de familia (madre y padre). Respecto al número de intentos suicidas cabe resaltar que la mayoría de los sujetos (61.1 %) presentaban antecedentes de 3 o más intentos previos (cuadro 4).

CUADRO 4. NUMERO DE INTENTOS SUICIDAS PREVIOS EN LA POBLACION Y LA PRESENCIA DE TRASTORNO O MANEJO PSIQUIATRICO.

<i>Número de intentos.</i>	<i>Número de Sujetos.</i>	<i>Porcentaje.</i>	<i>Enfermedad Psiquiatrica.</i>	<i>Tratamiento Psiquiatrico.</i>
Uno.	3	16.7	1	1
Dos.	4	22.2	2	2
Tres.	6	33.3	5	3
Cuatro.	5	27.8	4	3

El funcionamiento familiar de acuerdo con los puntajes para la EFF, resalta que el puntaje mínimo o punto de corte que debe obtener la familia para referir que esta es funcional es de 128; sólo una familia de las 18 entrevistadas logró este puntaje, en términos generales el promedio obtenido para la EFF en la muestra fue de 90.33 ± 14.72 . Al revisar los resultados de la escala en las diferentes áreas de organización como tal de la familia, podemos observar que la Psicopatología y la Comunicación Afectiva en promedio fueron las que más bajas puntuaciones reportaron con 2.07 ± 0.70 y 2.09 ± 0.54 respectivamente. El

area de Reconocimiento y Centralidad reporto el mayor puntaje con el 2.80 ± 0.43 , estas observaciones son de importancia ya que ninguna de las areas optuvo un puntaje optimo para ser funcional dentro del analisis de la muestra de familias, ya que como minimo debian obtener el valo no menos a 3.6 (cuadro 5).

CUADRO 5. MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR EN LA DIFERENTES AREAS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

<i>Area de Funcionalidad.</i>	<i>Media.</i>	<i>Desviación Estandar.</i>
Comunicación Afectiva.	2.09	0.54
Organización Instrumental.	2.40	0.60
Comunicación Instrumental.	2.27	0.45
Conflicto Familiar.	2.38	0.47
Reconocimiento y Centralidad	2.80	0.43
Psicopatología.	2.07	0.70

2.7 DISCUSION Y CONCLUSIONES.

El presente trabajo nos presenta una serie de variables demográficas y de familia que presentan los individuos con suicidio consumado. Cabe hacer mención antes de realizar cualquier interpretación, que los resultados obtenidos en el presente estudio aún y que pueden ser comparables con la literatura mundial; como lo haremos ver en líneas posteriores, deben de tomarse con mucho cuidado ya que el número de individuos y/o familias involucradas en el presente trabajo es limitado, esto debido en parte al tiempo con el cual se contaba para la realización del mismo y así el presentar los datos obtenidos del estudio. Otro aspecto a resaltar es en función de la comunicación por parte de las autoridades afines en el presente trabajo, para la comunicación de los casos de suicidio consumado, ya que algunos servidores no tenían una voluntad plena ante el proyecto de estudio. Otro aspecto es que dentro de las limitaciones del presente estudio es el considerar la falta de un grupo control (individuo-familia) que reuniera algunas características semejantes con la muestra que aquí presentamos.

Ahora bien, dentro de los hallazgos del presente estudio, los datos sociodemográficos nos ofrecen varias vías de discusión. En primer instancia el sexo predominante es el masculino de sujetos con suicidio consumado con una relación de 9:1 con respecto al femenino. Lo anterior contribuye a dos aspectos relevantes; el primero y como se ha reportado en la literatura, el varón presenta intentos suicidas más letales y en consecuencia entra el segundo aspecto ya que la contribución es la mayor en frecuencia de suicidio en los varones con respecto de la mujer (27).

Siguiendo esta misma línea de evidenciar las características demográficas de los paciente; nos encontramos que los sujetos incluidos en el estudio en su mayor proporción

no exceden la secundaria, lo que nos da un nivel bajo de estudios para estos jóvenes dicho en toda la extensión ya que, como se menciona en líneas anteriores la edad promedio de suicidio en los pacientes de la muestra no es mayor a los 25 años, siendo relevante este aspecto pues nos hemos encontrado que con el transcurso del tiempo va disminuyendo la edad en la presentación del suicidio (12,29).

Otras dos características demográficas relevantes son el estado civil y el estado laboral del individuo; en la primera claramente está presente una mayor prevalencia de suicidios en pacientes solteros, además de que el estado laboral en los pacientes del presente estudio enmarca la mayor frecuencia en aquellos que no tenían una ocupación y presentan una mayor frecuencia de suicidio, estas dos situaciones han sido estudiadas mediante estudios prospectivos y se han determinado similares características a las encontradas en el presente estudio (9,23).

Ahora bien en la literatura se ha reportado como la presencia de algún trastorno afectivo, de ansiedad o psicótico puede favorecer intentos suicidas sin la necesidad de otro factor agregado (36,38), en nuestro estudio la población con el suicidio consumado y presencia de algún trastorno psiquiátrico corresponde a las dos terceras partes de la muestra, y si además de lo anterior agregamos que en los individuos aquí reportados en casi el 45 % de ellos hubo la evidencia de efectos de alcohol previo al suceso, esto nos hace reflexionar que tan importante o en su defecto como puede propiciar una sustancia el evento del suicidio, cabe aclarar que en algunos estudios han reportado el incremento de suicidio bajo efecto de alcohol así como en pacientes con presencia de abuso o dependencia al mismo (32).

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Ante las expectativas de un individuo que en algún momento pueda desarrollar algún trastorno psiquiátrico y además contar con otro factor agregado dentro de los demográficos antes citados; la familia se vuelve en este momento imprescindible tanto para ayudar al individuo en sí o tratar de buscar salidas ante la probabilidad del suceso y así ser ellos quienes puedan detectar con mayor premura la posibilidad de tan fatal suceso. Así la integración de la familia es de verdad importante para el salvaguardo del individuo en varias de sus funciones tanto sociales como individuales. Así ante tal expectativa el presente trabajo emplea un instrumento como es la Escala de Funcionamiento Familiar, que tiene seis diferentes áreas a investigar dentro de la familia que son: Comunicación afectiva, Organización instrumental, Comunicación instrumental, Conflicto Familiar, Reconocimiento y Centralidad, y Psicopatología, que en su conjunto nos define la funcionalidad de la familia y que dentro de los hallazgos del presente estudio sólo una de las familias tuvo los puntajes óptimos para considerarla funcional, pero aun así no fue suficiente para que el individuo no realizara el evento motivo del estudio. Ahora bien si consideramos al grupo de familias entrevistadas veremos que todas y cada una de ellas con excepción de la ya mencionada no cumplían con ningún área funcional conforme al puntaje mínimo requerido por la escala, además dos de suma importancia como es la comunicación afectiva y la psicopatología eran las de más bajo puntaje en términos generales. Ante esta situación ya hay evidencia en relación al incremento en la posibilidad de presentación de suicidio en individuos que provengan de familias disfuncionales (17,26). Si a lo anterior le agregamos que este individuo puede presentar más de un factor predisponente, entonces su posibilidad se acrecienta en el sentido de presentación del suicidio.

El hablar de suicidio siempre es un tema a mucha discusión por la interminable serie de factores que puedan estar incidiendo directamente en tal condición. Así el Suicidio Consumado viene a ser el resultado multi-factorial de una compleja interacción de factores como; biológico, psicológico, social, medio ambiental y situacional.

En conclusión el presente trabajo evidencio una serie de factores predisponente ante la presencia del suicidio consumado, que en gran parte estan ya sustentado dentro de la literatura médica como se ha documentado hasta el momento. Así mismo evidencio la falta de estructura familiar en estos pacientes que de algún modo influye en la presipitación del suceso como en las relaciones que el individuo pueda mostrar ante su rol social y relaciones interpersonales. Además el tipo de funcionamiento estudiado en estas familias, se caracteriza por aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos. Los límites interpersonales son difusos, y los miembros de la familia se inmiscuyen en los pensamientos, sentimientos y comunicaciones de los otros.

Nuestro trabajo nos deja la importancia de identificar la dimensión, el área afectada y la fase en la que se presenta la problemática de la relación familiar. La importancia de llevar en mente hasta donde sea posible la idea de tener nuevos diseños y modelos que permitan el manejo adecuado y la asimilación de los nuevos ideales que van presentando los cambios incesantes de la cultura, a las diferentes generaciones.

3.0 Bibliografía.

1. Ackerman, Nathan W., "Adolescent Problems: a Symptom of Family Disorder". *Family Process* (2), 1962 *The Psychodynamics of Family Life*. Basic Books, Inc., New York, 1961.
2. Beall, L.(1969) The Dynamics of suicide: A Review of the literature. *Bull Suicidology* March.
3. Borges G, Rosovsky H, Caballero M, Gomez C: Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 15-21, 1994.
4. Brent DA, Perper JA, and col. *Acta psychiatr Scand* 1993; 87:118-122 . Munksgaard 1993.
5. Brent DA, Peper AJ, Moritz G and Allman CJ: The validity of diagnoses obtained through the psychological autopsy procedure in adolescent suicide victims: use of family history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87; 118-122; 1993.
6. Brent DA, Peper AJ, Moritz G and Laura Liotus: Psychiatric impact of the loss of an adolescent sibling to suicide. *Journal of affective Disorders*, 28; 249-256; 1993.
7. Brent DA, Peper AJ, Moritz G and Laura Liotus: Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89; 52-58; 1994.
8. Calbido A, Elorriaga M: El suicidio como problema de salud mental. *Salud Pública de México*, 8: 441-451, 1966.
9. Deavoll BJ, Mulder RT and Joyce PR. One hundred years of suicide in New Zealand. *Acta Psychiatr Scand*. 1993; 87: 81-85.
10. Diekstra R. Suicide and the attempted suicide: an international perspective. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 80 (Suppl 354):1-24.
11. Dublin, Louis Y., *Suicide. A Sociological and Statistical Study*, New York (Ronald Press Co.).
12. Dyck RJ, Newman SC and Thompson AH. Suicide trends in Canada, 1956-1981. *Acta Psychiatr Scand*. 1988; 77: 411-419.
13. Elorriaga M: Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1960-1969. *Salud Pública de México*. 14: 487-498, 1972.
14. Estrada I. Lauro., "El Ciclo vital de la Familia". Editorial Posada, México,D.F., 19-40, 1995.

15. Farberow N, Schnerdman E. "Necesito ayuda". México: La Prensa Médica Mexicana, 1969.
16. George E., Murphy, and col. The Journal of Nervous an Mental Disease. Vo. 170, núm. 2.
17. Gideon Vigderhous. The impact of Unemployment and Familial Integration on Changing Suicide Rates in the U.S.A., 1920-1969. Social Psychiatry. 1978;13: 239-248.
18. Glick C. Paul. The Life Cycle of the Family. American Sociological Review N° 12, 1947.
19. Jimenez N, Rico M: El suicidio en México. Enfoque epidemiológico. Salud pública de México, 20: 67-78, 1978.
20. Joffe RT, Offord DR and Boyle MH. Ontario child health study: Suicidal behavior in youth age 12-16 years. American Journal of Psychiatry: 145; 1420-1423; 1988.
21. Kaplan H. and Sadok B. "Sinopsis de Psiquiatría". Baltimore Maryland:Williams&Wilkins 1996.
22. Kenneth E. Miller and col. Suicide and life-threectenin behavior, vol 22 (2), summer 1992. Pag. 226-239.
23. Klerman GL. Clinical epidemiology of suicide. J Clin Psychiatry. 1987; 48(suppl 12): 33-38.
24. Kreitman N. Research issues inthe epidemiological and public healt aspect of parasuicide and suicide. In: Goldberg D, Tantom D, de. The public impact of mental disorders. Lewiston, NY: Hogrefe & Huber, 1990: 73-82.
25. Linkowski P, Maertelaer V and Mendlewicz. Suicidal behaviour in major depressive illness. Acta Psychiatrica Scandinavica. 72, 233-238, 1985.
26. Martín G, Rozanes P, Allison S. Adolescent suicide, depression and family dysfunction. Acta Psychiatrica. Scandinavica. 1995; 92: 336-344.
27. McIntosh JL and Jewel BL. Sex difference trends in completed suicide. Suicide Life-Threat Behav. 1986; 16: 16-27.
28. Minuchin J. "Familias y Terapia Familiar". Granica Editores. Barcelona, España. 19-39. 1997
29. Monk M. Epidemiology of suicide. Epidemiol Rev. 1987; 9: 51-69.

30. Murphy GE, Wetzel RD. Family History of Suicidal Behavior Among Suicide Attempters. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1982; 170: 86-90.
31. Norstrom P, Asberg M. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 92: 345-350.
32. Rossow Ingeborg. Suicide, alcohol, and divorce; aspects of gender and family integration. *Addiction*. 1993; 88: 1659-1665.
33. Ror Alec MB. Family history of suicide. *Archives of General Psychiatry*: 40; 971-974; 1983.
34. Schneider, P:B:, *La tentative de Suicide*, Paris, Neuchotel (Delachaux&Niestle), 1954.
35. Shafii M, Carrigan S, Russell WJ and Derrick A: Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescent. *American Journal of Psychiatry*, 142; 1061-1064; 1985.
36. Stengel Erwin. *Suicide and attempted Suicide*. *Psicología del Suicidio y los intentos Suicidas*: Ediciones Horme S:A:E:, Distribución Editorial Paidós, Buenos Aires 1991.
37. Tsuang MT. Risk of suicide in the relatives of schizophrenics, manics, depressives and controls. *Journal of Clinical Psychiatry*: 44; 396-400, 1983.
38. Velasco R, Espejel. *Manual para la Escala de Funcionamiento Familiar*. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Instituto de la Familia A.C. 1997.

4.0 MATERIAL DE CAPTURA Y EVALUACIÓN.

CUESTIONARIO DE ESTRUCTURA DINÁMICA FAMILIAR

Espejel E, Cortés J, Ruiz Velasco V.

Copyright 1995

FAMILIA _____

TIEMPO DE UNIÓN _____ EDAD DEL PRIMER HIJO(A) _____ *

DIRECCIÓN _____

INGRESO FAMILIAR _____

INGRESO PER CAPITA _____

POSICIÓN	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	APORTACIÓN ECONÓMICA A LA FAMILIA

DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA _____

OBSERVACIONES _____

* Se indica la edad del hijo mayor que viva en la familia

Material de Investigación.

Prohibida su reproducción sin permiso expreso de los autores

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por los entrevistados.

1.- ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

2.- Quien organiza la alimentación en la familia (Ir al mercado, decidir los menús, etc.)...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

3.- En su familia, ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?....

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

4.- Si se reúne la familia para ver televisión ¿Quien decide el programa?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

No se reúnen

Funcionalidad..

5.- ¿Quien o quienes de la familia tienen más obligaciones?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

6.- ¿Quien o quienes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre si?...

Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: Las casillas oscuras nunca deben marcarse

7.- En los problemas de los hijos, ¿quien o quienes intervienen?...

Padre	Madre	Otros Hijos	Otras Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

8.- ¿Quien reprende a los hijos cuando cometen una falta?...

Padre	Madre	Otros Hijos	Otras Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

9.- Si en esta casa existen horarios para comer o llegar ¿quienes respetan los horarios de llegada?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

No existen horarios

Funcionalidad..

10.- Si uno de los padres castiga a un hijo, ¿quien interviene?...

El otro Padre	Otras Hijas	Otros Hijos	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

No ha sucedido

Funcionalidad..

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: A partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11.- ¿Cuando alguien invita a la casa a quien se le avisa...

A quien avisa:

Quien invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Nunca Invitan

Funcionalidad

22.- Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones. ¿Quienes son los que lo hacen?..

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

No Funcionalidad..

23.- ¿Quienes tienen mejor disposición para escuchar?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

24.- Cuando entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo, ¿A quienes se les hace saber con claridad?...

A quien se le hace saber

Quienes acuerdan	Subsistema Parental	Subsistema hijos	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro Familiar					
Otro NO Familiar					

No hay acuerdos Funcionalidad..

25.- ¿Quien supervisa el comportamiento escolar de los hijos?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

26.- ¿Quien se responsabiliza de los hábitos higiénicos?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

27 Para transmitir los valores más importantes en esta familia ¿quien se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

28. Cuando algo se descompone, ¿quien organiza su reparación?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

29.- ¿Quien o quienes participan en la solución de un problema grave?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

30.- ¿Quienes tomaron la decisión de vivir en este lugar?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

31.- En esta familia, ¿quienes son los más alegres o los que se divierten más?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

32.- ¿Quien en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?...

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad..

33. ¿Quienes en la familia se abrazan espontáneamente?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad..

34. Cuando se llegan a enojar en esta familia ¿quienes son los que lo hacen y con quienes?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro NO Familiar							

Funcionalidad..

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los eventos cuestionados.

35.- ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quien con quien?...

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro NO Familiar	Nadie	Frecuencia		
								Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre										
Madre										
Hijos										
Hijas										
Otro Familiar										
Otro NO Familiar										

Funcionalidad..

36.- ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad..

37.- ¿Quien tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad..

38.- Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etc.) ¿Quien los ha tenido?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad..

39.- ¿Quien ha presentado algún problema emocional?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad..

40. ¿Quien en la familia, se aísla?...

	Frecuencia		
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro Familiar			
Otro NO Familiar			

Funcionalidad..

FAMILIOGRAMA

Comenzar el diagrama en la parte inferior de la página con la familia nuclear.