



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION



DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

“Composición y Funcionalidad Familiar en Pacientes con Intento de Suicidio que acuden al servicio de Urgencias del Hospital General de Cunduacán, de la Jurisdicción Sanitaria 06” De Enero a Diciembre del 2007.

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

PRESENTA:
DR. PEDRO OCHOA SANCHEZ

CUNDUACAN, TABASCO FEBRERO DE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“COMPOSICION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE CUNDUACAN, DE LA JURISDICCION SANITARIA 06, DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2007”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. PEDRO OCHOA SANCHEZ

AUTORIZACIONES



DR. ELIAS HERNANDEZ CORNELIO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN EL CENTRO DE SALUD URBANO
CUNDUACAN, TABASCO

LIC. EN ENF. ANITA MADRIGAL ALMEIDA

ASESOR METODOLOGICO

Anita Madrigal Almeida



DR. ELIAS HERNANDEZ CORNELIO

ASESOR CLINICO
MEDICO FAMILIAR

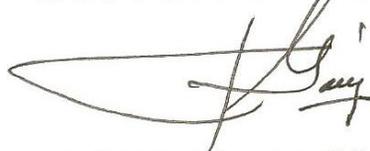
**“COMPOSICIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
CON INTENTO DE SUICIDIO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL DE CUNDUACÁN, DE LA
JURIDICCIÓN SANITARIA 06, DE ENERO A DICIEMBRE DEL
2007”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

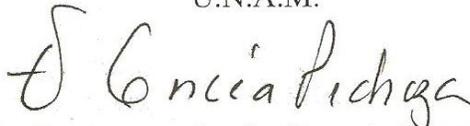
PRESENTA:

Dr. PEDRO OCHOA SÁNCHEZ

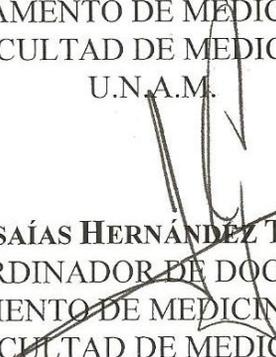
A U T O R I Z A C I O N E S



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

“COMPOSICION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE CUNDUACAN, DE LA JURISDICCION SANITARIA 06, DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2007”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. PEDRO OCHOA SANCHEZ

AUTORIZACIONES

P.O.

DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

QUIM. SERGIO LEON RAMIREZ
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y EDUCACION EN
SALUD DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

DR. JOSE FRANCISCO AGUILAR ORTIZ
JEFE DE LA JURISDICCION SANITARIA # 06 DE CUNDUACAN, TABASCO

DR. MANUEL MARAVILLA MERINOS
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE CUNDUACAN, TABASCO

DEDICATORIA

A todos los que de una u otra forma colaboraron para realizar este trabajo, influyendo en mí con su enseñanza e ideas sin esperar algo a cambio. Las personas que tuvieron la paciencia de esperar en ciertos momentos difíciles, así también a aquellas que sirvieron de inspiración con sus consejos.

A Dios:

Principalmente quiero darle gracias a Dios siendo fuente permanente de inspiración, mi guía y mi maestro espiritual.

A mi padre:

Hombre sereno, tranquilo que con su silencio a lo largo de todo este tiempo me comunica como hay que tomar las cosas en ocasiones por difíciles que sean, aquel que aunque se sienta ofendido hace como si no escuchara nada y no dice palabra alguna mucho menos palabras de ofensas que yo nunca le he escuchado decir.

A mi madre:

Persona fuerte por naturaleza, que con su ejemplo y la capacidad de sacar todo problema adelante me deja esa gran enseñanza; recuerdo que decía que para ella no había nada imposible que lo iba a lograr con la ayuda de Dios; se proponía alcanzar un logro y lo cumplía. Respetuosa siempre de los valores inculcados por sus padres, que amó a sus hijos quizás como pocas veces lo he visto dejando todo a costa de ellos. Jamás pensé que todo esto iba influir tanto en mí y que junto a mi padre me enseñaron el verbo AMAR.

Gracias por todo padre y madre. Perdónenme si alguna vez no entendí o los juzgué mal.

Mi Esposa:

Amiga, compañera y pareja, la que siempre ha estado a mi lado aún en los momentos más difíciles de mi vida, agradezco todo su apoyo por la redacción de este trabajo, a la que en muchas ocasiones la hice esperar los días sábados por estar en clases, pero quiero que sepa que siempre la tuve en mi mente; ahora que he terminado el trabajo le doy las gracias porque con su apoyo lo he logrado.

A mis hijos:

Siempre dispuestos a esperarme como los tres años que pase los días sábados durante todo el día en clases para llevarlos al parque a jugar en las res baladillas, los carritos, comernos un helado o ir al cine. Sepan que ustedes son mi fuente de inspiración, Gracias por su espera

A mis maestros:

Por su enseñanza e ideas, siempre dispuestos a compartir sus conocimientos con la intención de hacer un buen trabajo no a medias, que sirva de guía para otras personas dedicadas al estudio.

Mis Padres:

Carlos Manuel Ochoa Izquierdo

Ana María Sánchez López †

Mi esposa e hijos:

Rosa Laura Morales Díaz

Alexandro Javier Ochoa Morales

Arantza Giselle Ochoa Morales

Mis maestros:

Dr. Elías Hernández Cornelio

Lic. En enfermería: Anita Madrigal Almeida

II. INDICE GENERAL:

CONTENIDO

I	Titulo	1
	Autorización	2
	Dedicatoria	5
II	Índice general	8
III	Marco teórico	9
IV	Planteamiento del problema	24
V	Justificación	25
VI	Objetivos:-	26
	- General	
	- Especifico	
VII	Hipótesis	27
VIII	Metodología:	28
	Tipo de estudio	
	Población, lugar y tiempo de estudio	
	Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
	Criterios de inclusión ,exclusión y de eliminación	
	Información a recolectar (Variables a recolectar)	
	Método o procedimiento para captar la información	
	Consideraciones éticas	
IX	Resultados	40
	Descripción de los resultados	
	Tablas (cuadros y gráficas)	
X	Discusión	54
XI	Conclusión	58
XII	Referencias bibliográficas	60
XIII	Anexos	63

III. MARCO TEORICO

La actitud de los hombres ante la muerte no ha sido la misma a través de los tiempos; cuando un hombre de hoy habla de su muerte, piensa que si le fuera dado escogería una muerte súbita, sin dolor, como un leve sueño.

“Las antiguas civilizaciones sacralizaron la muerte, la domesticaron, queriendo restarle dramatismo e integrarla en un sistema de ritos y creencias que tenían objeto convertirla en una etapa más del destino, por ello, rechazaban y condenaban el suicidio: el cuerpo del suicida era castigado, arrastrado por el piso, y no tenía derecho a ser sepultado en la Iglesia... solo en el caso del soldado vencido que se suicidaba por honor, o de otras formas de suicidio como el duelo”

En sociedades donde la sacralidad era la cosmovisión vigente, es lógico que el comportamiento suicida se rechazara, pues el hombre no tenía permitido modificar su destino, que estaba en las manos de Dios, tampoco se le reconocía al ser humano el derecho de imponer a la sociedad la presencia intempestiva de la muerte por una decisión personal, una sociedad así, no permitía que el individuo la forzara moralmente ni a ella ni a Dios.

El suicidio ha estado ligado a la humanidad y sus costumbres: los mayas, según refiere la historia, veneraban a Ixtab, la diosa del suicidio, y, en el Lejano Oriente, los japoneses se hacían el “harakiri” para lavar la deshonra.

Fue a partir del siglo XIX cuando se perdió ese sentido de socialización, inserto en la ritualidad. La sociedad emergente rechazó aquel paradigma medieval. La muerte fue liberada y pasó al dominio privado, el cadáver era velado en la casa, sepultado en familia, y en ese sentido la muerte pasó a depender cada vez más de la voluntad del individuo. De este modo, la sociedad occidental se había desvinculado de la muerte y del suicidio en particular.

El suicidio era, tiempo atrás en occidente, algo vergonzoso para la familia; era sinónimo de debilidad, de enfermedad, de conducta inadecuada y por ello pocos o casi nadie lo daban a conocer. Actualmente las cosas son distintas, ya que este acto se ve como un síntoma de enfermedad y se acepta, se denuncia, lo que ha aumentado las cifras de manera alarmante. Es un problema en el que parece haber consenso entre sociólogos, psicólogos, psiquiatras, antropólogos y demógrafos, cuando lo consideran como un rasgo de la modernidad, uno de los males del siglo. (1)

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

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

En Tabasco no abundan muchos estudios acerca del suicidio, por lo que es evidente la necesidad de orientar hacia una mayor atención a este problema, ya que se han observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia intentar suicidarse. (2)

Intento de Suicidio:

(Del Latín sui caedere, matar a uno mismo). Es el acto de quitarse la propia vida. Muchas religiones lo consideran un pecado, y en algunas jurisdicciones aun se considera un delito. Por otra parte, algunas culturas lo ven como una forma honorable de escapar de algunas humillaciones o sin escapatoria. Pertenece al campo de la psicosis. (1)

A menudo se carece de datos reales sobre los casos de suicidio o éstos son incompletos a causa del estigma que lleva consigo (3).

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

IDEA SUICIDA: Consiste en pensamientos de terminar con la existencia. (6)

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

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

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

INTENTO SUICIDA: También denominado para suicidio, tentativa de intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sinónimo de muerte en el cual un individuo deliberadamente se hace daño a sí mismo. (6)

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

Los intentos de suicidio que no resultan en muerte sobrepasan por mucho a los suicidios verdaderos. Muchos intentos de suicidios no exitosos se llevan a cabo en una forma en el que el rescate sea posible, lo cual a menudo representa un grito desesperado buscando ayuda. Los intentos de suicidio siempre deben tomarse en serio y se debe hacer una consulta siquiátrica inmediatamente. No hacerles caso y verlos como un acto para llamar la atención puede tener consecuencias devastadoras. (8)

El intento de suicidio es un fenómeno de carácter multifactorial, su problemática es compleja y en Tabasco va en aumento.

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

- Sexo: El intento suicida se presenta con mayor frecuencia en sexo femenino, pero el suicidio culminado es más frecuente en los varones.
- Edad: En los hombres se presenta entre los 45 y 55 años debido a la crisis de la edad madura. En las mujeres se presenta entre los 15 y 25 años de edad.
- Raza: predomina en la raza blanca.
- Religión: El índice es menor en la católica, debido al grado de ortodoxia e integración de la religión.
- Estado civil: Predomina en los solteros, en casados que tienen problemas con su pareja.
- Ocupación: Predomina en los estudiantes de bachillerato y universitarios (9)
- Método: La ingesta de fármacos es el método de suicidio más utilizado, siendo éstos ocupados por las mujeres, predominantemente la ingesta de plaguicidas, siguiendo posteriormente cáusticos y anticongelantes. Los hombres utilizan más las armas de fuego y ahorcamientos (10).

El paciente que intenta suicidarse tiene alteraciones en su entorno biopsicosocial, ya que el intento de suicidio es la consecuencia compleja de la interacción de los factores precipitantes y pre disponentes. Entre estos últimos se encuentra el comportamiento antisocial y alteraciones afectivas que se acompañan de ruptura familiar, el deceso del padre de familia o de otro ser querido, alguna pérdida grave (dinero, poder, trabajo, honor), la edad y los factores ambientales (11).

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

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

Debe investigarse la dinámica familiar en éste tipo de pacientes y los mecanismos verdaderos y decidir si es necesario hospitalizar al paciente o manejarlo como externo.

Ya que el cuidado de la salud del individuo en el contexto familiar requiere tener presente que la familia no es una entidad homogénea, si no una red de interrelaciones, alianzas y lazos de unión (14).

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

- Integrada: Es una familia completa donde cada uno de sus elementos nucleares desempeñan sus rol en forma normal.

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

Para poder entender este estudio es necesario definir la palabra familia desde los diferentes puntos de vista:

Una de las principales explicaciones acerca de la etimología del término familia es propuesta por el marqués de Morantes, quien nos dice que la palabra deriva del latín fámulos, que significa “sirviente o esclavo doméstico”. Este vocablo, a su vez, deriva del primitivo famul originado de la voz hosca famel.

Familia: Grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas. Según la OMS, la familia puede considerarse a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

- Censo canadiense: Esposo y esposa, con o sin hijos o padre y madre sólo con uno o más hijos que vivan bajo el mismo techo.
- Censo americano o estadounidense: Un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción. Aquí se nos permite incluir a familias con uno o ambos padres, abuelos o más personas relacionadas por sangre que vivan bajo el mismo techo. (16), (24), (25), (26).

La familia es importante e influye para el desarrollo de enfermedad en los distintos factores como lo publica Javier Santacruz Varela.

Por familia se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y o unión estable y que viven en un mismo hogar. (26)

Estructura Familiar descrita por Irigoyen

Familia Nuclear:

Modelo de la Familia Actual, formada por padre, madre e hijos.

Familia Extensa:

Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad.

Familia Extensa Compuesta:

Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres. (27)

Composición familiar: Se refiere al estudio de la familia como un todo es decir identifica con que elementos está integrada, grado de desarrollo alcanzado, contexto demográfico, comportamiento, satisfacción de sus miembros, relaciones, roles o funciones. La composición familiar no es un término estático, sino un proceso dinámico que cambia tanto en relación en el momento histórico que se estudia como en la etapa del ciclo de vida en que se encuentra, o con determinados acontecimientos importantes a los que se ve sometida.(24)

Funcionalidad familiar:

Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se pueden presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible.

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas y de acuerdo al ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Smilkstein et al propone un modelo que nos permita comprender los cambios que se producen en las familias, superando el incomodo debate sobre normalidad y anormalidad (fig. 11.1 pág. 51). Las familias no son normales ni anormales funcionan bien o mal dependiendo de sus posibilidades, que a su vez dependen de la capacidad adaptativa y de los recursos que han ido adquiriendo a lo largo de su ciclo vital.

Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella, este equilibrio denominado por Jackson como homeostasis familiar. El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen. (28)

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Las funciones de la familia son las responsabilidades fundamentales que determinan su sobrevivencia. Sirven a dos objetivos; uno es interno, la protección psicosocial de sus miembros; y el otro es externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura a sus descendientes.

Los problemas de ajuste que tienen las familias, están relacionados con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas. Al menos cinco funciones de la familia pueden ser especificadas:

1. Socialización
2. Cuidado
3. Afecto
4. Reproducción
5. Estatus y nivel socioeconómico

Es importante determinar no sólo si la familia cumple estas funciones, sino los mecanismos para cumplirlas.

1. **Socialización**

Interacción mediante la cual el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y de la sociedad.

2. **Cuidado**

Cubrir las necesidades físicas de los miembros de la familia. Esta función significa para la vida familiar el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los servicios de salud, etc. Para cada uno de sus miembros.

3. **Afecto**

Cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia es lo más importante, porque la respuesta afectiva de un miembro a otro, proporciona la recompensa básica de la vida familiar.

4. **Reproducción**

Regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción a través de:

- a) Interacción sexual adulta.
- b) Educación sexual.
- c) Control de la natalidad

5. **Estatus y nivel socioeconómico**

Responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permiten al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes con sus expectativas.

Al considerar que en este núcleo familiar se satisfacen las necesidades más elementales de supervivencia pero también las de crecimiento y desarrollo. (21), (24), (26).

La dinámica familiar es aquella confrontación de fuerzas, tanto positivas, como negativas que interactúan como un conjunto de pautas transaccionales en el

comportamiento de cada miembro de la familia, y hace que esta, como una unidad, reaccione ante diversas circunstancias que se le presentan en el diario vivir. (22).

La dinámica familiar va a estar en los siguientes parámetros:

- Claridad en la jerarquía: Entendemos por jerarquía al poder de influir en los demás y tomar decisiones que se piensan seguir.
- Claridad en los límites: se refiere a la familia de origen, trabajo, hobbies, instituciones, etc. Es la necesidad de trazar y reafirmar en la familia la capacidad para limitar fronteras en la familia de origen.
- Claridad en los subsistemas: Es el parámetro más útil para evaluar la funcionalidad familiar. Aquí se mencionan tres tipos de fronteras: rígidas, claras y difusas.
- Equilibrio entre la estabilidad y el cambio: La necesaria reestructuración de la red de las relaciones familiares exige flexibilidad y capacidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes, externas e internas, debe haber estabilidad para que haya equilibrio en el sistema familiar (17, 18).

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

Familiograma: *Es la representación grafica y simbólica de la estructura y dinámica familiar, incluyendo patrones de enfermedad y problemas psicosociales.* El familiograma identifica lo siguiente:

- **Composición del hogar:** Los padres y hermanos hasta tres generaciones
- **Constelación fraterna:** Orden y género de los elementos: edad, sexo, momento del nacimiento del ciclo familiar.
- **Adaptación al ciclo familiar.**
- **Repetición de pautas a través de las generaciones.**

- **Eventos de la vida y funcionamiento familiar: impacto** de cambios, aniversarios, etc.
- **Patrones vinculares y triángulos.**
- **Equilibrio y desequilibrio familiar (19).**

El familiograma es un instrumento para recolectar y almacenar datos familiares que dan una retroalimentación gráfica inmediata, permitiendo una rápida interpretación. Con esta información se pueden explorar hechos biomédicos, genéticos, conductuales, sociales, así como las interrelaciones familiares. Permite graficar, en términos simples datos familiares (nombre, fechas de nacimiento, triangulaciones, genética), dependiendo del problema. Esta información puede ser usada para aclarar diagnósticos y mejorar el manejo y educación del paciente, se deben estudiar cuando menos tres generaciones. (20), (28).

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional (Pérez 1989). Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar (Huerta 1998, De La Revilla y Fleitas 1994). (22)

Panorama epidemiológico:

Algunos investigadores opinan que probablemente las tasas efectivas son considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados. El hecho de que no se notifiquen muchos casos se debe a una combinación de factores tales como la resistencia a calificar de suicidio una defunción por las repercusiones de carácter judicial y social que tal calificación pudiera tener para la familia del muerto; en algunas ocasiones el silencio se debe a las dudas en cuanto a las circunstancias en que se produjo la muerte y en otras por factores personales y culturales. (29)

El 56% de las mujeres que se suicidan en el mundo son chinas. El aborto está fuertemente asociado al incremento de suicidios. Hay evidencia clínica que indica que tras un aborto pueden presentarse actitudes suicidas debido al dolor de la pérdida y la depresión. (30)

En 1986 La Organización Mundial de la Salud definió el intento de suicida como un acto con una consecuencia no fatal, en donde el individuo deliberadamente se causa auto daño, cuyo objetivo es producirse cambios así mismo a través de consecuencias físicas y/o psíquicas reales o esperadas cercanas de la muerte. Conocer los factores de riesgo de la conducta suicida antes de su ocurrencia permite realizar una atención preventiva, adecuada y oportuna evitando esa conducta patológica.

Los factores psicosociales de riesgo de acuerdo con las investigaciones científicas más actuales son esenciales en la ocurrencia de un intento suicida: sentimientos de desesperanza y culpa, depresión mayor, personas que han sobrevivido al intento suicida, personas que han llamado la atención por presagiar o amenazar con el suicidio (proyecto suicida), antecedentes familiares de suicidio o intento, personas sin apoyo social y familiar y presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad. (31)

Según la OMS, en el año de 1980 la tasa de suicidios más elevada correspondió a Hungría, con una tasa de 44.9 x 100 000 habitantes, le siguió Dinamarca con una tasa de 31.6, después Austria y Suiza con 25.7 y Alemania Federal con 20.9, obteniendo México en ese mismo año una tasa de 1.6. (32), (33)

En el año 2000, según la OMS, la tasa de suicidios a nivel mundial fue de 16 por cada 100 000 habitantes y Lituania ocupa el primer lugar en el mundo con una tasa de 41.9, seguida de Estonia con una tasa de 40.1, luego Rusia con una tasa de 37.6, posteriormente Letonia con 33.9 y Hungría con 32.2 y según esta organización se sabe que en el mundo por cada suicidio ocurren 10 intentos, por lo que se calcula que diariamente ocurren 12 000 intentos suicidas en el mundo. (31), (34)

En América Latina en el año 1985, la tasa de suicidios era de 3.9, en 1994 era de 12.4, con un aumento de los suicidios en los hombres y una disminución en las mujeres. En toda la región el 59% de los suicidios ocurren entre los 15 y 44 años y alrededor del 17% después de los 65 años. En 1994, en México la tasa de suicidios fue de 3.6 y en el 2000 fue de 4.1. (34)

En los Estados Unidos, entre los métodos suicidas empleados comúnmente, las mujeres prefieren la sobredosis de medicamentos y laceración de muñecas, mientras que los hombres tienden a escoger métodos más violentos, de mayor grado de letalidad, como heridas con armas de fuego, ahorcamiento y salto de altura. (35)

En el Estado de México y Tlaxcala, en 1994 se registraron las tasas más bajas, de 1.19 y 1.17 por 100 000 habitantes respectivamente y los estados con las tasas más altas fueron Tabasco y Campeche con tasas de 9.74 y 7.78 respectivamente. La zona centro, formada por los estados de Tlaxcala, México, Hidalgo, Querétaro y Puebla es la de menor incidencia, la excepción es el Distrito Federal con una tasa por encima del promedio nacional.

En 1994 el medio más utilizado por los hombres fue el ahorcamiento, representando el 53% de todas las muertes por suicidio, mientras que para las mujeres el ahorcamiento y la ingestión de sustancias tuvieron un 33 y 32% respectivamente, siguiéndole en importancia para los hombres el uso de armas de fuego y explosivos con el 33% y en mujeres el 25%. (36)

En 1996 se registraron más de 2000 suicidios en México, sobresaliendo el hombre en relación a la mujer en un margen de 6 a 1 y una relación hombre – mujer 2:1 respecto a los intentos de suicidio. (37)

Según un informe del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) publicado en el año 2004, en el territorio nacional se identificó una tendencia decreciente en el número anual de casos registrados que constituyó un descenso similar al que se registró en el 2001, percibiéndose éste descenso desde 1999. (38)

Según registros oficiales de la Secretaría de Salud, en el Estado de Tabasco en el año 2003 ocurrieron 214 muertes por suicidio, con una tasa de 10.5 por 100 000 habitantes, en el año 2004 217 casos con una tasa de 10.6 por 100 000 habitantes y en el año 2005 ocurrieron 207, con una tasa de 10 por 100 000 habitantes, en el municipio de Cunduacán en el año 2003 a 2005 fue de 27 casos. (39)

Además en el estado de Tabasco en el año 2005, se presentaron 207 muertes por suicidio con una tasa de 10 x 100 000 habitantes, lo que sugiere que la curva epidemiológica se incrementa notablemente en los meses de Mayo y Octubre durante 2 años consecutivos (2004 – 2005). (39)

SEÑALES DEL SUICIDIO

La persona que piensa en suicidarse:

- Habla de suicidarse
- Tiene dificultades para comer o dormir
- Muestra un cambio radical en su comportamiento
- Se aleja de sus amigos y/o sus actividades sociales
- Pierde el interés en sus aficiones, sus estudios o su trabajo
- Se prepara para morir. Escribe sus testamento y pone en orden sus asuntos
- Regala sus posesiones más apreciadas
- Ha intentado suicidarse previamente
- Corre riesgos innecesarios
- Ha sufrido recientemente una pérdida importante
- Piensa constantemente en la muerte
- Pierde el interés en su apariencia personal
- Aumenta su consumo de bebidas alcohólicas o de drogas.(23)

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional (Pérez 1989). Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar (Huerta 1998, De La Revilla y Fleitas 1994).

Cada suicidio, la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos, ha declarado la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.

Actualmente el suicidio representa un problema de salud pública constituyendo la novena causa de muerte a nivel mundial y décima causa en México.

Las causas de suicidio dependen de factores psico-sociales, en la población en general, con un aumento en nuestro país con 70% en 20 años en los adolescentes.

« El suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras. Es necesario adoptar con urgencia en todo el mundo medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas». Por lo tanto surge la siguiente pregunta de Investigación.

¿Cuál es la composición y funcionalidad familiar en pacientes con intento de suicidio que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General Cunduacán, de la Jurisdicción Sanitaria 06, durante el periodo de enero a diciembre 2007?

V. JUSTIFICACIÓN

Siendo el intento de suicidio un fenómeno de carácter multifactorial con problemática compleja y que en México ha ido en aumento, dato significativo que en año 2001 se reportaron 168 casos de suicidio.

Cada suicidio la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos, ha declarado la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. « El suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras. Es necesario adoptar con urgencia en todo el mundo medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas
Se puede realizar este estudio siguiendo las normas ya establecidas por la secretaria de salud

Por lo antes mencionado, es de vital importancia conocer la funcionalidad y composición familiar en este grupo de pacientes, buscando alternativas de solución y propuestas a esta problemática que afecta a un gran número de la población en general y que además al presentarse un intento de suicidio en un familiar se corre el riesgo, que otro integrante de la familia también lo presente.

Con este estudio se puede contribuir a conocer la composición y funcionalidad familiar y las características sociales de cada individuo que están presentes en este estudio.

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

“Identificar la composición y funcionalidad familiar en pacientes con intento de suicidio que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General Cunduacan, de la jurisdicción Sanitaria 06”.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Identificar la funcionalidad familiar aplicando la prueba de Mac Máster en los pacientes con intento de suicidio.
- Identificar la composición y etapas del ciclo de vida y desarrollo de los pacientes con intento de suicidio.

VII. HIPOTESIS

HIPOTESIS H1

Los pacientes con intento de suicidio *no* tienen alteración en su composición y funcionalidad familiar.

HIPOTESIS H0

Los pacientes con intento de suicidio *tienen* alteración en su composición y funcionalidad familiar.

VIII. METODOLOGÍA

8.1. Tipo de estudio.

Este estudio es de tipo prospectivo, transversal, y descriptivo.

8.2. Población, lugar y tiempo de estudio.

La población en la cual se aplicó el presente estudio estuvo conformado por pacientes con diagnóstico de Intento de Suicidio que acudieron al servicio de Urgencias del Hospital General Cunduacán de la Jurisdicción Sanitaria 06, y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y con el consentimiento de la Dirección se tuvo acceso a los expedientes de archivo (de pacientes atendidos en el periodo comprendido del mes de enero al mes de diciembre del año 2007), y dando seguimiento a los mismos haciendo visitas domiciliarias con la información obtenida de dichos expedientes.

8.3. Tipo y tamaño de la muestra.

La muestra quedó conformada por nueve pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

8.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

8.4.1. Criterios de inclusión:

- ✚ Pacientes que ingresan al servicio de Urgencias con el diagnóstico de intento de suicidio.
- ✚ Pacientes de ambos sexos
- ✚ Edad indeterminada
- ✚ Pacientes con alteraciones psiquiátricas
- ✚ Pacientes con diferentes creencias religiosas
- ✚ Pacientes con diferentes oficios (empleados y desempleados)
- ✚ Pacientes analfabetas y alfabetos

- ✚ Pacientes solteros, casados, unión libre, divorciados.
- ✚ Pacientes que no vivan dentro de su núcleo familiar.

8.4.2. Criterios de exclusión

- ✚ Pacientes que hayan emigrado en el tiempo comprendido del estudio.
- ✚ Pacientes que hayan consumado el suicidio durante el estudio.
- ✚ Pacientes que no deseen participar en este estudio.
- ✚ Pacientes que cursen con algún impedimento o enfermedad terminal y no coopere.

8.5 Información a recolectar.

8.5.1. Variable Independiente

Composición y funcionalidad familiar

Composición Familiar:

Funcionalidad Familiar:

8.5.2. Variable Dependiente

Intento de suicidio: (Del latín sui caedere, matar a uno mismo). Es el acto de quitarse la propia vida, por los diversos métodos que van desde la intoxicación medicamentosa hasta con armas de fuego, siendo esta última la consumación del suicidio.

Conceptualización de las variables

1.- Intento suicida: Es la acción que amenaza con terminar la vida, por los diversos métodos que van desde la intoxicación medicamentosa hasta con armas de fuego, siendo ésta última la consumación del suicidio.

2.- Edad: Tiempo de vida que una persona ha vivido desde su nacimiento.

3.- Sexo: Constitución orgánica que distingue al hombre y la mujer.

4.- Escolaridad: Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.

5.- Ocupación: Trabajo, oficio o actividad en que uno emplea el tiempo.

6.- Religión: Grupo religioso con el que se identifica y simpatiza el encuestado

7.- Composición: Es una representación gráfica que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones. Acción y efecto de componer. Ajuste, convenio entre dos o más personas.

8.- Ciclo de vida: Es el lapso, periodo, fase, etapa.

9.- Funcionalidad: Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

	Tipo	Escala
1.-Intento suicida:	Nominal	Cuando presentó intento suicida
2.-Edad: Mayor de 12 años	Ordinal	Mayor de 12 años
3. -Sexo:	Ordinal	1. Femenino 2. Masculino
4.- Escolaridad	Ordinal	1. Analfabeta 2.Sabe leer y escribir 3. Primaria 4. secundaria
5.- Ocupación	Nominal	1.Estudiante 2.Empleado 3.Obrero 4. Comerciante 5.Hogar 6.Hogar 7. Otros
6- Religión	Nominal	5.Preparatoria 6.Licenciatura o superior
7.-Composición	Nominal	1.Nuclear 2.Extensa 3.Compuesta 4. Extensa compuesta
7.-Ciclo de vida	Nominal	1.Matrimonio 2.Expansión 3.Dispersión 4. Independencia 5.Retiro
8.- Funcionalidad	Nominal	La suma de las respuestas del Índice de Funcionalidad Familiar de la prueba de Mac Máster.

**INDICE DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A LA PRUEBA DE
MAC MASTER**

NOMBRE:

EDAD:

OCUPACION:

Marque con una cruz el número de paréntesis a la cual corresponda su respuesta.

- (1) Fuertemente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) En desacuerdo
- (4) Fuertemente en desacuerdo

1. Normalmente tomamos nuestras decisiones considerando los problemas de la familia

1. () 2. () 3. () 4. ()

2. Cuando la familia trata de resolver sus problemas platicamos si participamos o no

1. () 2. () 3. () 4. ()

3. tratamos de resolver los problemas emocionales más graves que surgen

1. () 2. () 3. () 4. ()

4. Enfrentamos los problemas tomando en cuenta nuestros sentimientos

1. () 2. () 3. () 4. ()

5. Buscamos diferentes caminos para resolver problemas

1. () 2. () 3. () 4. ()

6. Cuando alguien esta alterado los otros saben por que

1. () 2. () 3. () 4. ()

7. Puedo saber como se siente alguien de la familia por que lo dice

1. () 2. () 3. () 4. ()

8. Las personas que no son de la familia dicen las cosas claras en lugar de insinuarlas

1. () 2. () 3. () 4. ()

9. Nosotros somos francos con los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

10. Cuando estamos enojados no conversamos con los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

11. Cuando no nos gusta lo que dice alguien se lo decimos.

1. () 2. () 3. () 4. ()

12. Cuando usted pide que alguien haga algo, tiene que corroborar lo que hizo

1. () 2. () 3. () 4. ()

13. Nos aseguramos que los integrantes de la familia, sepan sus responsabilidades familiares

1. () 2. () 3. () 4. ()

14. Las labores familiares no ha sido adecuadamente distribuidas

1. () 2. () 3. () 4. ()

15. Se nos dificulta encontrar un objetivo común

1. () 2. () 3. () 4. ()

16. Dedicamos poco tiempo para buscar nuestros intereses personales.

1. () 2. () 3. () 4. ()

17. Discutimos quien haga los quehaceres domésticos

1. () 2. () 3. () 4. ()

18. Si alguien le pide que haga algo, necesita que se lo recuerden

1. () 2. () 3. () 4. ()

19. Generalmente estamos insatisfechos con los deberes familiares asignados

1. () 2. () 3. () 4. ()

20. Se nos obliga a mostrar afecto a los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

21. A alguno de nosotros no nos afectan las emociones

1. () 2. () 3. () 4. ()

22. No mostramos nuestro cariño a los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

23. Nos interesan más otras cosas que el cariño de la familia.

1. () 2. () 3. () 4. ()

24. Nosotros si expresamos cariño.

1. () 2. () 3. () 4. ()

25. Si alguien tiene problemas, los demás tienen problemas para expresarlo

1. () 2. () 3. () 4. ()

26. Los demás miembros de la familia, solo ven su propio interés cuando alguno es importante

1. () 2. () 3. () 4. ()

27. No nos escondemos para llorar.

1. () 2. () 3. () 4. ()

28. A nosotros solo nos interesa lo nuestro

1. () 2. () 3. () 4. ()

29. Solo nos relacionamos con otras gentes cuando algo nos interesa

1. () 2. () 3. () 4. ()

30. Mostramos interés a otros cuando obtienen algo de nosotros

1. () 2. () 3. () 4. ()

31. A pesar de que nos entendemos la mayoría de las veces intervenimos demasiado en la vida de los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

32. No sabemos que hacer en el momento en que se presenta una emergencia

1. () 2. () 3. () 4. ()

33. No hay problemas si rompemos las reglas de la familia

1. () 2. () 3. () 4. ()

34. Sabemos que hacer antes de que se presente un emergencia

1. () 2. () 3. () 4. ()

35. No somos muy ordenados en nuestros hábitos de limpieza

1. () 2. () 3. () 4. ()

36. No tenemos reglas sobre cuando golpear a las personas para que se comporten

1. () 2. () 3. () 4. ()

37. No respetamos ninguna regla

1. () 2. () 3. () 4. ()

38. Si se rompen las reglas, no sabemos que hacer

1. () 2. () 3. () 4. ()

39. En nuestra familia se permite hacer cualquier cosa

1. () 2. () 3. () 4. ()

40. Hay reglas para la situación de peligro

1. () 2. () 3. () 4. ()

41. Es difícil planear las actividades de la familia, porque no nos comprendemos

1. () 2. () 3. () 4. ()

42. En situaciones difíciles podemos apoyarnos en los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

43. No podemos hablar con otros acerca de la tristeza que sentimos

1. () 2. () 3. () 4. ()

44. Aceptamos a las personas

1. () 2. () 3. () 4. ()

45. Evitamos discutir nuestros temores y situaciones

1. () 2. () 3. () 4. ()

46. Podemos expresar nuestros sentimientos hacia los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

47. Hay muchos sentimientos malos en la familia

1. () 2. () 3. () 4. ()

48. Creemos que los demás no nos aceptan

1. () 2. () 3. () 4. ()

49. Para nuestra familia es un problema tomar decisiones

1. () 2. () 3. () 4. ()

50. Somos capaces de tomar decisiones para resolver los problemas

1. () 2. () 3. () 4. ()

51. No nos llevamos bien

1. () 2. () 3. () 4. ()

52. Confiamos en los demás miembros de la familia

1. () 2. () 3. () 4. ()

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO**

**Carta de consentimiento informado para participación en el proyecto de investigación
clínica.**

Por medio del presente ACEPTO participar en el proyecto de investigación titulado **“Composición y funcionalidad familiar en pacientes con intento de suicidio que acuden al servicio de urgencias del Hospital General de Cunduacán, Jurisdicción Sanitaria 06 de Enero a Diciembre del 2007”**.

El objetivo del estudio es identificar la composición y funcionalidad familiar relacionados con el intento de suicidio en pacientes que acuden al Hospital General de Cunduacán, Tabasco.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en una entrevista para contestación de un test (unas preguntas) relacionadas con la funcionalidad familiar en el intento de suicidio.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios que se pudieran derivar de mi participación en el estudio que son los siguientes: no tienen ningún tipo de repercusión moral, mental y psicológica sobre mi persona y han sido considerados los criterios de protección a los seres humanos según lo declaró Helsinki.

El investigador principal se ha comprometido a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para mi estudio o encuesta, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que derive de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial. También se ha

comprometido a proporcionar la información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer, respecto a mi permanencia en el mismo.

_____ Nombre y firma del paciente investigador	DR. PEDRO OCHOA SANCHEZ _____ Nombre y firma del
_____ Testigo	_____ Testigo

8.6. Método o procedimiento para captar la información.

Para la integración de este estudio, se solicitó consentimiento informado a la Administración del Hospital General Cunducacán para la aplicación de éste proceso de investigación, así como a los pacientes que formaron el universo de trabajo.

Para la recolección de la información se aplicó el Genograma (instrumento prediseñado), obteniendo datos demográficos del paciente la composición familiar, el ciclo vital familiar y patrones de repetición.

Para medir la funcionalidad familiar, se aplicó la prueba de Mac Máster, integrada por 52 ítems, con cuatro opciones de respuesta a cada una de ellas.

- (1) Fuertemente de acuerdo.
- (2) De acuerdo.
- (3) En desacuerdo.
- (4) Fuertemente en desacuerdo.

Calificando a cada familia como: Funcional: menor de 70 puntos

Moderadamente Funcional: de 71 a 140 puntos

Severamente Disfuncional: más de 141 puntos

8.7. Consideraciones Éticas.

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud (Secretaria de Salud, 1987) en su Título Segundo: “A fin de asegurar el respeto a la dignidad de los sujetos y la protección de sus derechos y bienestar”.

Tal como lo establece el reglamento, se contó con el consentimiento informado por escrito (Capítulo I, Artículo 14 fracción V; Artículo 20 y Artículo 21) que garantiza el anonimato de los sujetos, su participación voluntaria, la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio.

Se consideró una investigación de riesgo mínimo (Capítulo I, Artículo 17, fracción II) dado que la mayor parte del registro de los datos se llevó a través del cuestionario y visitas domiciliarias personalmente con el sujeto a investigar.

IX. RESULTADOS

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

En la presente investigación se estudiaron a 9 pacientes con intento de suicidio que se presentaron en el servicio de urgencias del Hospital General de Cunduacán, jurisdicción sanitaria 06 de Enero a Diciembre del 2007.

La distribución por rangos de edad y sexo fue de la siguiente manera: 16 a 25 años 56% hombres, de 26 a 35 11% mujer y 11% hombre, de 36 a 45 años 11 mujer de 46 a 55 años ninguno y de 56 a 65 años 11% hombre. (Ver tabla y gráfica No. 1).

Tabla 1. Distribución por edad y sexo.

EDAD	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
16-25	0	0%	5	56%	5	56%
26-35	1	11%	1	11%	2	22%
36-45	1	11%	0	0%	1	11%
46-55	0	0%	0	0%	0	0%
56-65	0	0%	1	11%	1	11%
TOTAL	2	22%	7	78%	9	100%

Fuente: Entrevista a 9 pacientes atendidos por intento suicida en el Hospital General Cunduacán. S.S.A. 2007.

De acuerdo a la escolaridad quedaron de la siguiente manera: Con ninguna escolaridad un paciente, con educación primaria cuatro, con educación secundaria uno, con bachillerato uno y con educación profesional 0. (Ver tabla y gráfica No. 2).

Tabla 2. Escolaridad

ESCOLARIDAD		
NINGUNA	1	11%
PRIMARIA	4	44%
SECUNDARIA	1	11%
BACHILLER	3	33%
PROFESIONAL	0	0%
TOTAL	9	100%
%	100%	

Según su estado civil: Cinco pacientes son solteros, cuatro son casados, unión libre, divorciado y viudo ninguno. Ver tabla y gráfica No. 3).

Tabla 3. Estado Civil

ESTADO CIVIL		
SOLTERO	5	56%
CASADO	4	44%
U. LIBRE	0	0%
DIVORCIADO	0	0%
VIUDO	0	0%
TOTAL	9	100%
%	100%	

Según su ocupación: Tres son estudiantes, desempleado ninguno, dos son obreros, comerciante ninguno, dos en labores del hogar y dos en otras actividades. (Ver tabla y gráfica No. 4).

Tabla 4. Ocupación

OCUPACION		
ESTUDIANTE	3	33%
DESEMPLEADO	0	0%
OBRAERO	2	22%
COMERCIANTE	0	0%
L. DEL HOGAR	2	22%
OTROS	2	22%
TOTAL	9	100%
%	100%	

Según la religión: Nueve son Católicos, Adventistas, Pentecostés, Testigos de Jehová u otras religiones ninguno. (Ver tabla y gráfica No. 5).

Tabla 5. Religión

RELIGION	Cantidad	
CATOLICA	9	100%
ADVENTISTA	0	0%
PENTECOSTES	0	0%
T. DE JEHOVA	0	0%
OTRAS	0	0%
TOTAL	9	100%
%	100%	

De acuerdo a su composición: Ocho familias son nucleares, extensa ninguna, compuesta una, y extensa compuesta ninguna. (Ver tabla y gráfica No. 6).

Tabla 6. Composición

COMPOSICION		
NUCLEAR	8	89%
EXTENSA	0	0%
COMPUESTA	1	11%
EXTENSA C.	0	0%
TOTAL	9	100%
%	100%	

Por su ciclo vital: En Noviazgo ningún paciente, en Matrimonio uno, en Expansión uno, en Dispersión seis, en Independencia 0 y en etapa de retiro un paciente. (Ver tabla y gráfica No. 7).

Tabla 7. Ciclo Vital

CICLO VITAL		
NOVIAZGO	0	0%
MATRIMONIO	1	11%
EXPANSION	1	11%
DISPERSION	6	67%
INDEPENDENCIA	0	0%
RETIRO	1	11%
TOTAL	9	100%
%	100%	

Por patrones de repetición: En Depresión ninguno, en Escolaridad 8 pacientes, con Conflictos familiares ninguno, con Toxicomanías uno, Enfermedades ninguno y en otros factores ninguno. (Ver tabla y gráfica No. 8)

Tabla 8. Patrones de Repetición

PATRONES DE REPETICION		
DEPRESION	0	0%
ESCOLARIDAD	8	89%
CONFLICTOS	0	0%
TOXICOMANIAS	1	11%
ENFERMEDAD	0	0%
OTROS	0	0%
TOTAL	9	100%
%	100%	

De acuerdo a su grado de funcionalidad familiar: Familia Funcional ninguna, nueve familias son Moderadamente funcional y Severamente disfuncional ninguna. (Ver tabla y gráfica No. 9).

Tabla 9. Grado de Funcionalidad

GRADO DE FUNCIONALIDAD		
FUNCIONAL	0	0%
MODERADAMENTE FUNCIONAL	9	100%
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	0	0%
TOTAL	9	100%
%	100%	

De acuerdo a su Dinámica Familiar: Ocho familias son integradas, semiintegrada ninguna y desintegrada una familia. (Ver tabla y gráfica No. 10).

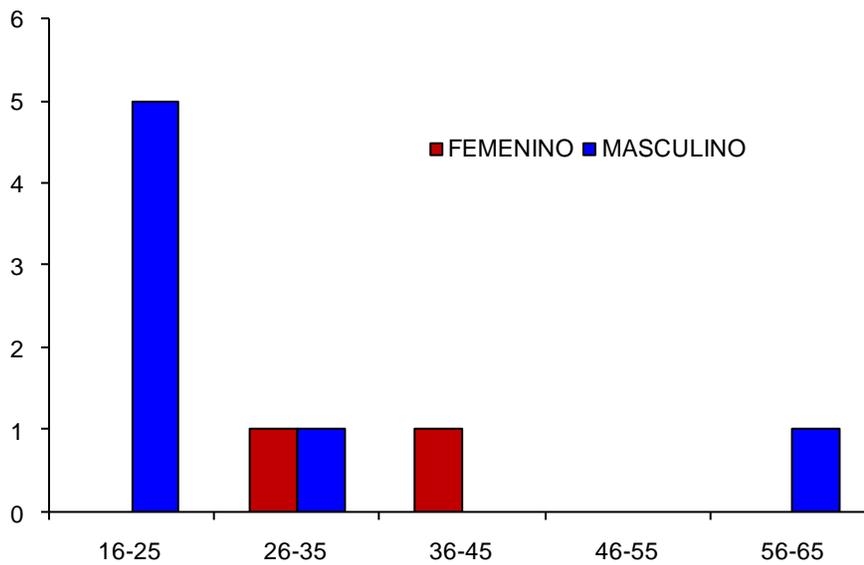
Tabla 10. Dinámica Familiar

DINAMICA FAMILIAR		
INTEGRADA	8	89%
SEMI INTEGRADA	0	0%
DESINTEGRADA	1	11%
TOTAL	9	100%
%	100%	

I. Gráficos

Intento suicida por edad y sexo, en pacientes atendidos en el Hospital General Cunduacán, de la Jurisdicción Sanitaria 06, del 1º. De Enero al 31 de diciembre del 2007.

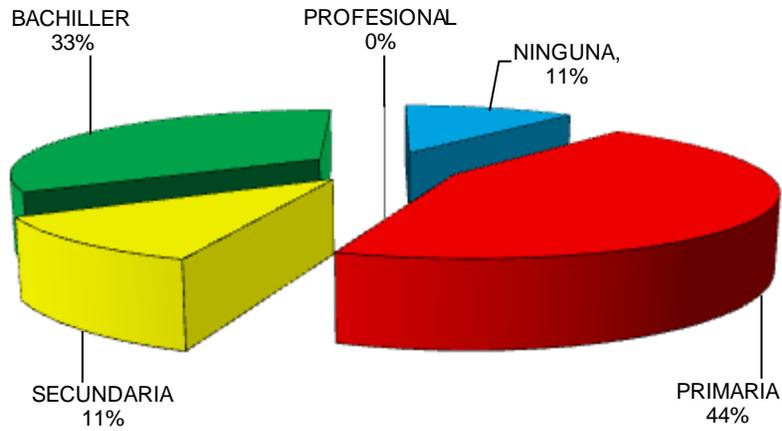
GRAFICA No. 1



Fuente: Ficha de Identificación

Grado de escolaridad en pacientes atendidos con intento de suicidio, en el Hospital General Cunduacan, de la Jurisdicción Sanitaria 06, del 1º De enero al 31 de diciembre del 2007.

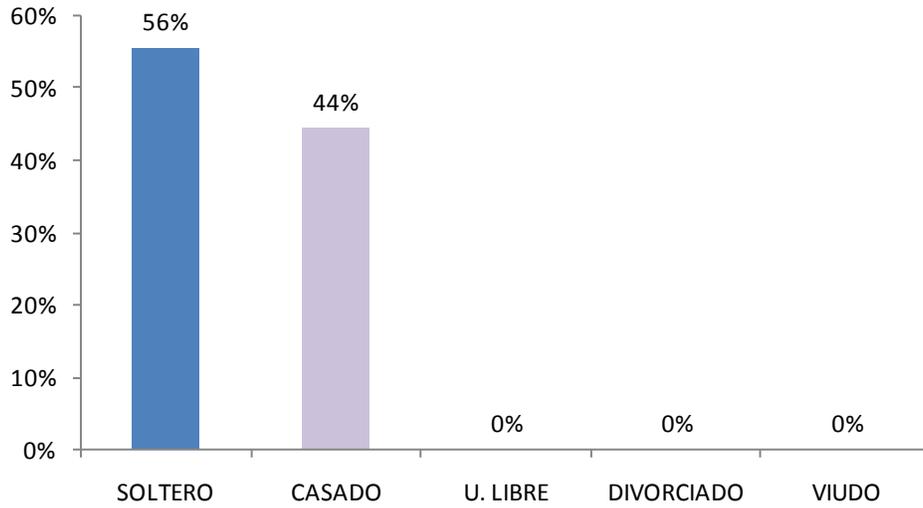
GRAFICA No. 2



Fuente: Ficha de Identificación

Estado Civil en pacientes atendidos con intento de suicidio, en el Hospital General Cunduacán, de la Jurisdicción Sanitaria 06, del 1º De enero al 31 de diciembre del 2007.

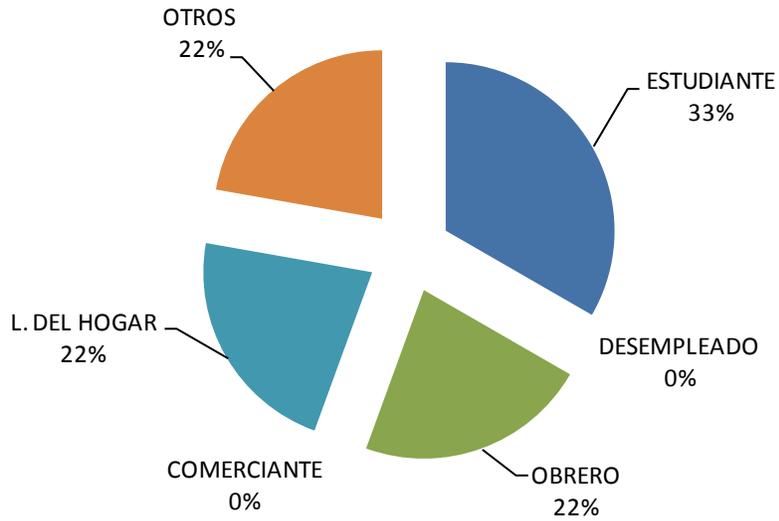
GRAFICA No. 3



Fuente: Ficha de Identificación

Ocupación en pacientes atendidos con intento de suicidio, en el Hospital General Cunduacán, de la Jurisdicción Sanitaria 06, del 1º De enero al 31 de diciembre del 2007.

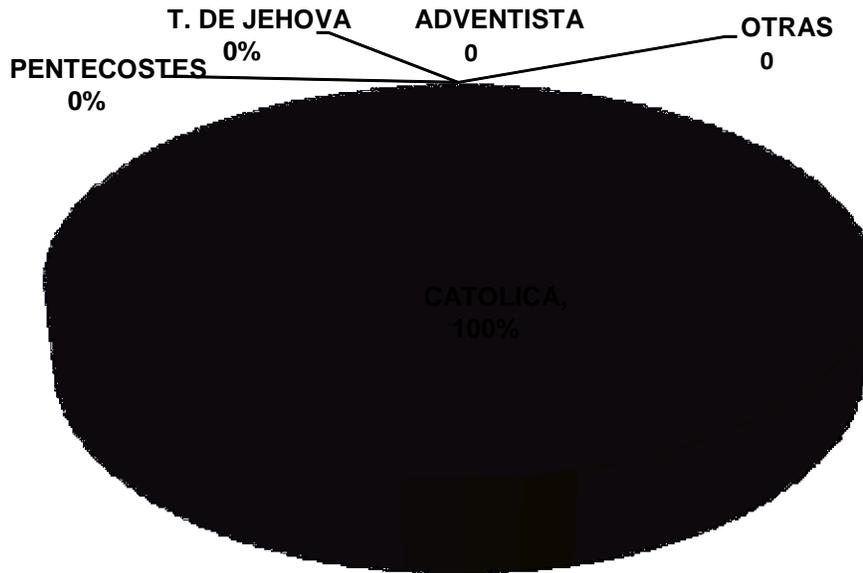
GRAFICA No. 4



Fuente: Ficha de Identificación

Religión en pacientes atendidos con intento de suicidio, en el Hospital General Cunduacán, de la Jurisdicción Sanitaria 06, del 1º De enero al 31 de diciembre del 2007.

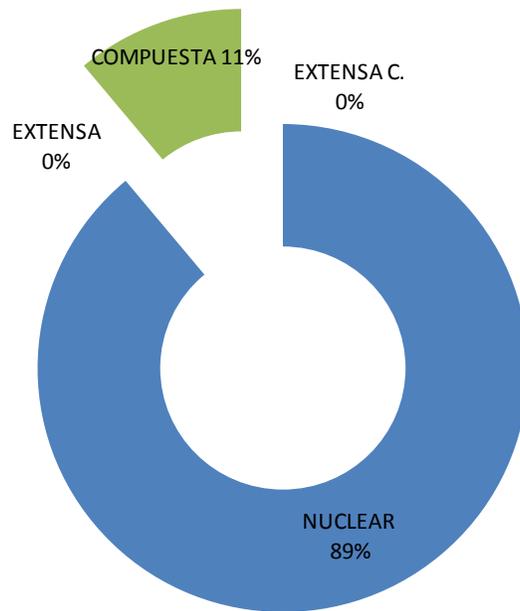
GRAFICA No. 5



Fuente: Ficha de Identificación

Composición familiar en pacientes atendidos con intento de suicidio, en el Hospital General Cunduacán, de la Jurisdicción Sanitaria 06, del 1º De enero al 31 de diciembre del 2007.

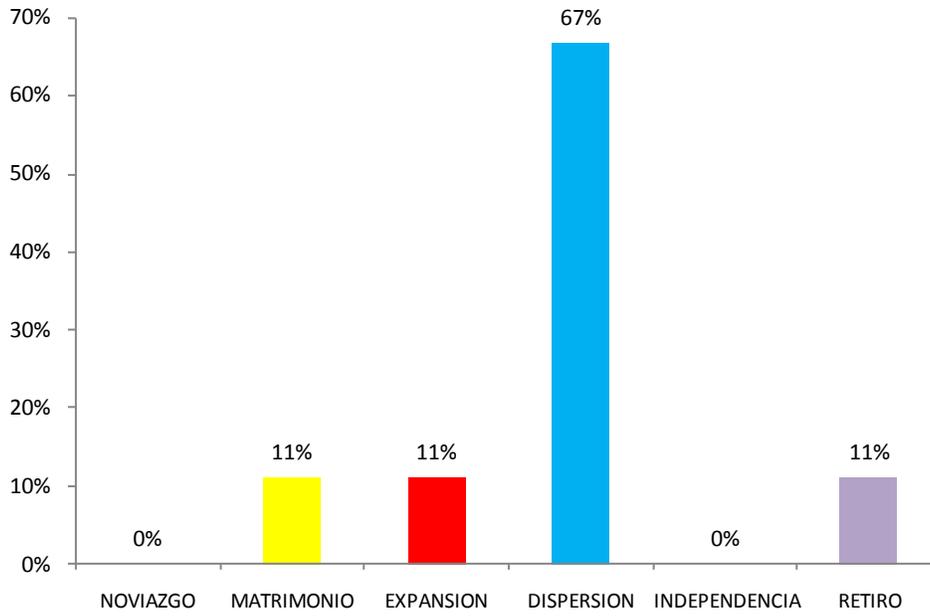
GRAFICA No. 6



Fuente: Genograma

Ciclo vital en pacientes atendidos con intento de suicidio, en el Hospital General Cunduacán, de la Jurisdicción Sanitaria 06, del 1º De enero al 31 de diciembre del 2007.

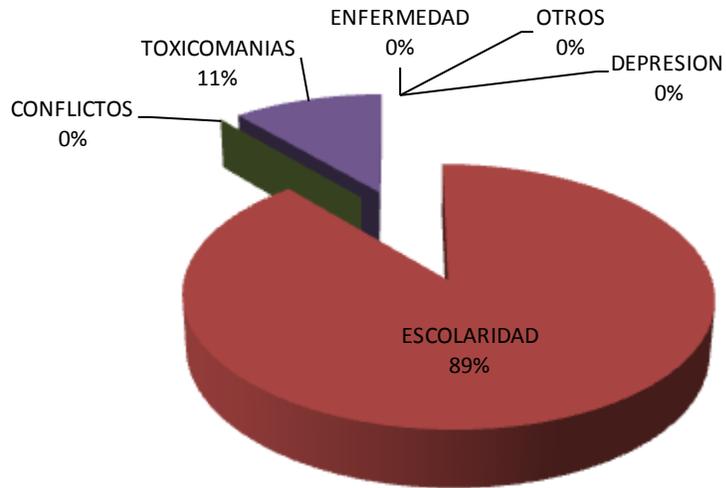
GRAFICA No. 7



Fuente: Genograma

Patrones de repetición en pacientes atendidos con intento de suicidio, en el Hospital General Cunduacán, de la Jurisdicción Sanitaria 06, del 1º De enero al 31 de diciembre del 2007.

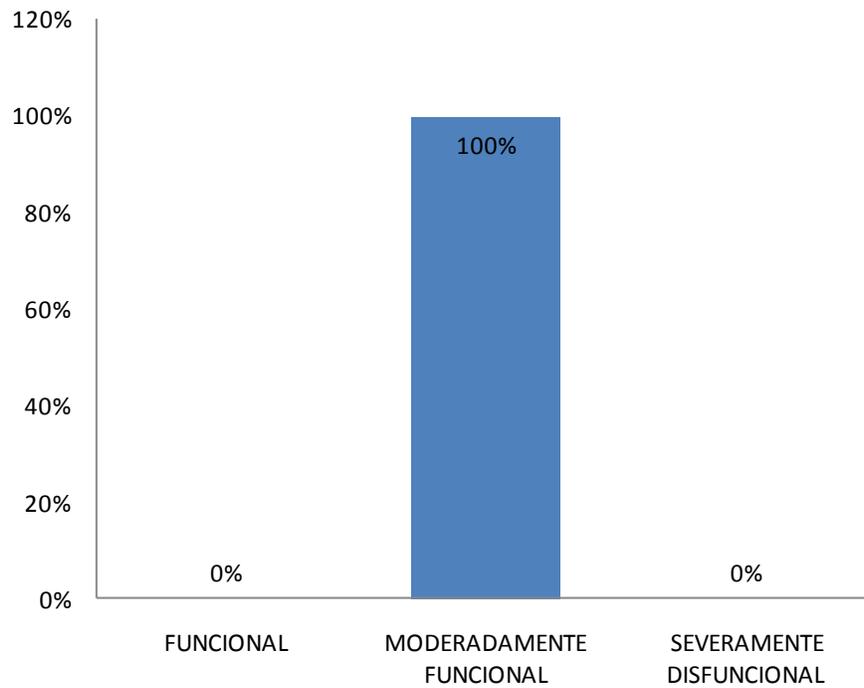
GRAFICA No. 8



Fuente: Genograma

Grado de funcionalidad familiar en pacientes atendidos con intento de suicidio, en el Hospital General Cunduacán, de la Jurisdicción Sanitaria 06, del 1º De enero al 31 de diciembre del 2007.

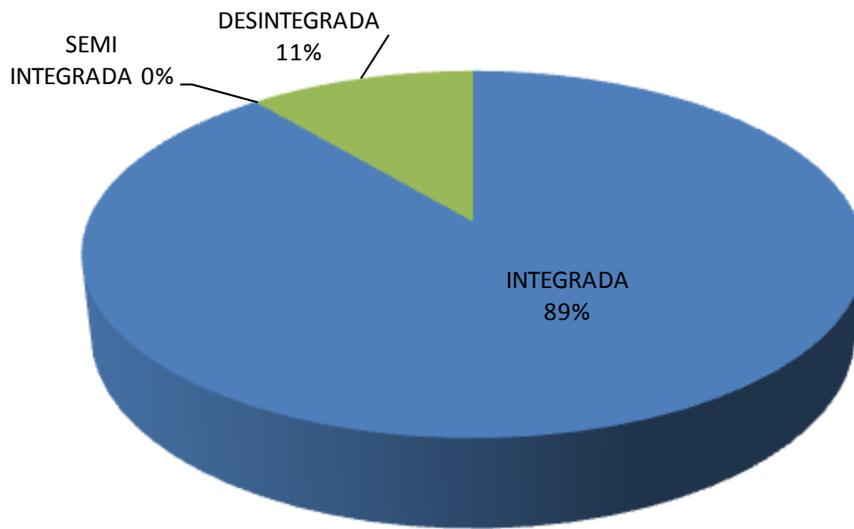
GRAFICA No. 9



Fuente: Cuestionario de Mac Máster

Dinámica familiar en pacientes atendidos con intento de suicidio, en el Hospital General Cunduacán, de la Jurisdicción Sanitaria 06, del 1º De enero al 31 de diciembre del 2007.

GRAFICA No. 10



Fuente: Genograma

X. DISCUSION

Tomando en cuenta que en el país de México el suicidio ocupa una de las 10 principales causas de muerte y arrastrando en su vertiginoso paso a más jóvenes, niños y ancianos, y que cada dos horas fallece una persona en México por ésta causa, de acuerdo a datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI), cabe mencionar que el funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de de la enfermedad en sus miembros, con base en que la familia cumple o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, de acuerdo a (Pérez 1989), por lo tanto, se considera a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar, según, (Huerta 1998, de La Revilla y Fleitas 1994), nos encontramos con datos de suma importancia cómo lo muestra la tabla N0.2 que representa la incidencia del intento de suicidio durante la educación básica (educación primaria) en relación a la educación media superior (bachillerato) y de acuerdo a la literatura donde más se presenta es en la educación primaria.

El paciente que intenta suicidarse tiene alteraciones en su entorno biopsicosocial, ya que el intento de suicidio es la consecuencia compleja de la interacción de los factores precipitantes y pre disponentes. Entre estos últimos se encuentra el comportamiento antisocial y alteraciones afectivas que se acompañan de ruptura familiar, el deceso del padre de familia o de otro ser querido, alguna pérdida grave (dinero, poder, trabajo, honor), la edad y los factores ambientales (11); en la tabla N0.4 que representa la ocupación se obtuvo en orden de frecuencia a 3 estudiantes, 2 obreros, 2 labores del hogar y 2 de otras actividades.

El suicidio es un acto en el cual deliberadamente se quita la propia vida, el comportamiento suicida es cualquier acción intencionada con consecuencias potencialmente graves en la que se pone en riesgo la vida y en muchas religiones lo consideran un pecado, en base a los datos de la tabla N0.5 donde se considera la religión, se encontró la prevalencia en la religión católica reportando 9 pacientes con intento de suicidio, no teniendo relación con la literatura a nivel nacional, pero si con las características a nivel estatal.

En base a que la composición familiar es una representación gráfica que registra información sobre los miembros de una familia y según datos reportados por el genograma y representados en la tabla N0.6 se encontró que 8 de los pacientes integran familias nucleares y un paciente integra familia compuesta, de acuerdo a la estructura familiar descrita por Irigoyen.

La familia es importante e influye para el desarrollo de la enfermedad en los distintos factores como lo publica Javier Santa Cruz Varela, y la define como "un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven en forma permanente y que comparten factores biológicos, psicológicos, y sociales que afectan su salud individual y familiar", de acuerdo al ciclo vital de la vida según Geyman propuesto en 1980 se obtuvo el siguiente resultado representado en la tabla N0.7, en orden de frecuencia 6 pacientes con familias en fase de dispersión, 1 paciente con familia en matrimonio, 1 paciente con familia en expansión y 1 paciente con familia en fase de retiro.

El paciente que intenta suicidarse tiene alteraciones en su entorno biopsicosocial, ya que el intento de suicidio es la consecuencia compleja de la interacción de los factores precipitantes y pre disponentes, en base a datos de la tabla N0.8 encontramos en los patrones de repetición 8 pacientes en etapa de formación escolar (de educación primaria y educación media superior), y 1 paciente con toxicomanías, en contraste, no presentándose casos en pacientes en estado de depresión.

Las funciones de la familia son las responsabilidades fundamentales que determinan su sobrevivencia, la protección psicosocial de sus miembros como objetivo interno; y la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura a sus descendientes como objetivo externo; con la aplicación del cuestionario de Mac Máster se encontró en la tabla N0.9 que reporta el grado de funcionalidad, los 9 pacientes estudiados integran familias moderadamente funcional, con base en que la familia cumple o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, de acuerdo a (Pérez 1989).

Se entiende por dinámica familiar que cada miembro de la familia debe funcionar; éste puede ser padre, madre o hijos, que cada quién debe desempeñar su roll; clasificando así a la familia de acuerdo a sus roles familiares: integrada, semi integrada, desintegrada (15).

La dinámica familiar es aquella confrontación de fuerzas, tanto positivas, como negativas que interactúan como un conjunto de pautas transaccionales en el comportamiento de cada miembro de la familia, y hace que ésta, como una unidad, reaccione ante diversas circunstancias que se le presentan en el diario vivir. (22). En base a ello, se encontró en la tabla N0.10 que 8 de los pacientes son miembros de familias integradas, en contraste con 1 paciente miembro de familia desintegrada.

En el estado de Tabasco, los intentos de suicidio han ido en aumento en los últimos años, convirtiéndose en un verdadero problema de salud pública, se presenta más frecuentemente en la población comprendida en edades entre 16 a 25 años, añadido que aunque las mujeres son las que más intentan suicidarse en realidad los que consuman el suicidio son los hombres, aunque en esta investigación solo 2 mujeres son las que intentaron suicidarse, tal vez por el poco número de pacientes estudiados, estos datos coinciden con un estudio realizado sobre la prevalencia del intento de suicidio en el Hospital General "Dr. Agustín O'Horan", en Mérida, Yucatán, México, de 1998 a 2003, donde se observa que las edades más frecuentes fueron entre los 15 y 24 años de edad, datos que coinciden con nuestra población de estudio (25).

La intoxicación fue el método más empleado para realizar el intento de suicidio en nuestro estado, hecho que concuerda con la literatura revisada (10).

En los resultados de un estudio realizado en Mérida, Yucatán, México, se observó que los mecanismos más empleados para consumar el suicidio fue la intoxicación por organofosforados, seguido del ahorcamiento (24), en otro estudio realizado en Cuba, el método empleado para el intento de suicidio fue la ingestión de psicofármacos (37).

La mayor parte de los pacientes que intentaron el suicidio en el municipio de cunduacán tenían como grado de estudio la primaria, teniendo poca relación con la literatura revisada (10).

En relación al estado civil, encontramos en esta investigación que en el municipio de cunduacán los que intentaron suicidarse fueron solteros, seguidos de los casados, teniendo relación con la literatura en estudio. (10)

XI. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten plantear los siguientes resultados:

Los intentos de suicidio de los pacientes que acudieron al hospital general de Cunduacán en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2007 fueron en total 9 pacientes de los cuales 7 fueron hombres y 2 mujeres y de estos 5 corresponden al grupo de edad de 16 a 25 años lo cual coincide con las bibliografías del INEGI en el año 2002, en el estado de Tabasco en donde ocurrieron 178 suicidios, de los cuales 152 lo realizaron hombres y 26 mujeres

De los resultados obtenidos en relación al grado de escolaridad 4 de los pacientes sólo estudiaron primaria, 3 con estudios de bachiller, 1 sin ninguna escolaridad y 1 más con estudios de secundaria, lo cual no corresponde a la información obtenida para la elaboración del estudio.

En relación al estado civil 5 de los pacientes son solteros y 4 casados, lo cual tiene relación con la investigación documentada en nuestro estudio, ya que en la investigación recabada en donde el predominio es en solteros y en casados que tiene problemas con su pareja.

En cuanto a la ocupación 3 son estudiantes, 2 son obreros, 2 en labores del hogar y 2 en otras ocupaciones, en donde los datos obtenidos en la investigación solo encontré pocos datos haciéndose mención con predominio en estudiantes de bachillerato y universitarios.

En cuanto a la religión los resultados obtenidos fueron todos de la religión católica, no guarda relación con la información recabada en este aspecto, en donde el índice es menor, debido al grado de ortodoxia e integración de la religión, cabe mencionar que no se encontró suficiente información que nos pudiera dar otro punto de vista.

Continuando con la composición o tipología familiar el resultado que se obtuvo en este apartado fue nuclear en 8 pacientes y una de tipo compuesta, teniendo relación con la tesis que lleva por título Dinámica Familiar en pacientes con intento de suicidio atendidos en el centro de salud de Villa Tecolutilla, Comalcalco Tabasco. Quiero mencionar que no se encontró información relacionada con este aspecto.

En lo que respecta al ciclo vital familiar 1 paciente estaba en la etapa de matrimonio, 1 en expansión, 6 en dispersión y uno en etapa de retiro, pudiendo observar diferencias con la tesis mencionada en líneas anteriores, además de que el número de pacientes es poco en relación a la tesis mencionada, así como no contar con otros datos estadísticos pudiendo tener otro punto de vista.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- - Jiménez A. Díaz Ceballos M. Suicidio factores de riesgo. Rev. Fac. Med. UNAM 1999; 3 (41): 104-106.
- <http://es.wikipedia.org/wiki/suicidio> 2006; 2
- 2.- González Corteza C. Berezon S. Ideación suicida y características asociadas a mujeres adolescentes. Salud Pública de México 1999, 40 (5): 430-437.
- 3.- Borges G. Rosovsky A. Epidemiología del Suicidio en México 2000; 38 (3): 197-205.
- 4.- Juárez R. Luckie LA: Morán P. Vázquez D. Perfil Socioeconómico del paciente con intento de suicidio. Med. Int. Méx. 2000; 14 (4): 145-150.
- 5.- Durán SF Urgencias Psiquiátricas. Psiquiatría Ed. Interamericana 1998, pp 592- 597.
- 6.- <http://www.psicología-online.com/ebooks/suicidio/comportamiento>, julio 2007
1-2
- 7.- Escalante Galindo P. El Intento Suicida en los adolescentes mediante intoxicación: Problema reciente. Rev. Med. IMMS 1999; 36 (4): 257-258.
8. – Medline Plus Enciclopedia Médica continua, mayo 2006 2
- 9.- Jiménez Genchi A. Senties Castellán H. Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. Salud Mental 1999; 20 (1): 36-40.
- 10.- Anzures Pérez S. El Suicidio, comportamiento y prevención. Rev. Cub. Med. Gen. Inter. 2000; 15(2): 196-217.
- 11.- González Corteza C. García G. Indicadores psico-sociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de universitarios. Salud Mental 1999; 21(3): 1-9.
- 12.- Taylor B: La disciplina, la especialidad y el médico familiar. Medicina de familia. ED. Toyamada 6ta. Edición España 2000.

- 13.- Velasco de Torres MI Mapas familiares, su utilidad en el diagnóstico y formación de hipótesis terapéuticas. CENCALLI 2000.
- 14.- Mecnógrama UM 20 Tipología familiar.
- 15.- Saucedá García JR. Lineamientos para evaluar la vida en familia Rev. Med. IMSS 1999, 33 249-256.
- 16.- Martínez Rosales MG. Uso de familiograma en la práctica profesional del médico familiar Tesis 1999 UMF No. 20.
- 17.- De la Fuente R. Salud Mental y familiar. Psicología medica. Ed. Fondo de cultura económica, México 1999.
- 18.- Morris M. Psicología de la conducta Ed. Interamericana México 2000.
- 19.- Cardigán R. Psicología del adolescente Ed. El ateneo. México1999.
- 20.- Dr. Garza Elizondo T. Trabajo con familias, Familiograma "El genograma" 77-78
- 21.- Santacruz VJ La familia como unidad de análisis. Rev. Med. IMSS 1983, 21:348-57
- 22.- (Pérez 1989, Huerta 1998, De La Revilla y Fleitas 1994, Satir 1980).
- 23.- Ortiz – Maldonado E. etal. Salud en Tabasco 8(3):107-114. 2002. (23).
- 24.- Membrillo Luna A., Fernández O. MA Familia Introducción al estudio de sus elementos.
Editores de textos mexicanos, México 2008, 78-85
- 25.- Huerta González JL. Medicina Familiar. La Familia en el proceso salud enfermedad.
Editorial Alfil. México D.F. 2005, Cap. 2 12-14
- 26.- García Elizondo. La Familia 1ª. Edición. Editorial Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Nuevo León.1997 136, 143-147
- 27.- Irigoyen Coria AE. Elementos para un análisis de la estructura familiar, 3 50, 51 2004
- 29.- Guilbert Reyes Wilfredo. Epidemiología de la conducta suicida. Rev. Cubana Medicina General Integral 2002; 18 (2): 325-355.
- 30.- Gutiérrez Ercasi Claudia. La Cultura del Suicidio en China <<http://www.fluvium.org/textos/mujer/muj93,htm>> consulta: 1 diciembre 2005.

- 31.- Guilbert Reyes Wilfredo, Del Cueto de Inastrilla Eloísa R. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Revista Cubana de Medicina General Integral 2003; 19 (5): 345-358.
- 32.- Cano López Edith, Velasco García Andrés David. Historia y sociedad en el suicidio: “Un pasaje al acto” <<http://www-uaq.mx/psicología/lámision/suicidio.html>> consulta: 23 enero 2005.
- 33.- Desojo Arancha. El suicidio: Un problema de salud pública desconocido <http://www.analítico.com/va/sociedad/articulos/154203.asp> consulta: 16 enero 2005.
- 34.- Guilbert Reyes Wilfredo, Alonso Roldán Ada P. Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas < [http://bvs sidcu/revistas/mgi/vol/18-1-92/mgi_05102.htm](http://bvs.sidcu/revistas/mgi/vol/18-1-92/mgi_05102.htm)> consulta: 16 enero 2005.
- 35.- Campo Gerardo, Roa Jaime Arturo, Pérez Ángela, Salazar Omar, Pira guato Carolina, López Luz, Ramírez Clara. Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali < http://colombiamedica.Univalle.edu.co/Vol_34_No/cm34nl_a_2.htm> consulta: 23 enero 2005.
- 36.- Borges G. Rosovsky H, Gómez C., Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública Mexicana. 1996; 38:197-206.
- 37.- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. 1997; 1:1-10.
- 38.- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. 2004; 1: 7-8.
- 39.- Enfermedad de primer mundo en Tabasco. El Universal. Sitio consultado: 16 de enero de 2005. <http://www.eluniversal.com.mx/pls/impreso/web-hito-nacio.despliega?var=329651&va>.

XIII. ANEXOS:

INDICE DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A LA PRUEBA DE MAC MASTER

NOMBRE:

EDAD:

OCUPACION:

Marque con una cruz el número de paréntesis a la cual corresponda su respuesta.

- (1) Fuertemente de acuerdo
- (2) De acuerdo
- (3) En desacuerdo
- (4) Fuertemente en desacuerdo

1. Normalmente tomamos nuestras decisiones considerando los problemas de la familia

1. () 2. () 3. () 4. ()

2. Cuando la familia trata de resolver sus problemas platicamos si participamos o no

1. () 2. () 3. () 4. ()

3. tratamos de resolver los problemas emocionales más graves que surgen

1. () 2. () 3. () 4. ()

4. Enfrentamos los problemas tomando en cuenta nuestros sentimientos

1. () 2. () 3. () 4. ()

5. Buscamos diferentes caminos para resolver problemas

1. () 2. () 3. () 4. ()

6. Cuando alguien esta alterado los otros saben por que

1. () 2. () 3. () 4. ()

7. Puedo saber cómo se siente alguien de la familia porque lo dice

1. () 2. () 3. () 4. ()

8. Las personas que no son de la familia dicen las cosas claras en lugar de insinuarlas

1. () 2. () 3. () 4. ()

9. Nosotros somos francos con los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

10. Cuando estamos enojados no conversamos con los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

11. Cuando no nos gusta lo que dice alguien se lo decimos.

1. () 2. () 3. () 4. ()

12. Cuando usted pide que alguien haga algo, tiene que corroborar lo que hizo

1. () 2. () 3. () 4. ()

13. Nos aseguramos que los integrantes de la familia, sepan sus responsabilidades familiares

1. () 2. () 3. () 4. ()

14. Las labores familiares no ha sido adecuadamente distribuidas

1. () 2. () 3. () 4. ()

15. Se nos dificulta encontrar un objetivo común

1. () 2. () 3. () 4. ()

16. Dedicamos poco tiempo para buscar nuestros intereses personales.

1. () 2. () 3. () 4. ()

17. Discutimos quien haga los quehaceres domésticos

1. () 2. () 3. () 4. ()

18. Si alguien le pide que haga algo, necesita que se lo recuerden

1. () 2. () 3. () 4. ()

19. Generalmente estamos insatisfechos con los deberes familiares asignados

1. () 2. () 3. () 4. ()

20. Se nos obliga a mostrar afecto a los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

21. A alguno de nosotros no nos afectan las emociones

1. () 2. () 3. () 4. ()

22. No mostramos nuestro cariño a los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

23. Nos interesan más otras cosas que el cariño de la familia.

1. () 2. () 3. () 4. ()

24. Nosotros si expresamos cariño.

1. () 2. () 3. () 4. ()

25. Si alguien tiene problemas, los demás tienen problemas para expresarlo

1. () 2. () 3. () 4. ()

26. Los demás miembros de la familia, solo ven su propio interés cuando alguno es importante

1. () 2. () 3. () 4. ()

27. No nos escondemos para llorar.

1. () 2. () 3. () 4. ()

28. A nosotros solo nos interesa lo nuestro

1. () 2. () 3. () 4. ()

29. Solo nos relacionamos con otras gentes cuando algo nos interesa

1. () 2. () 3. () 4. ()

30. Mostramos interés a otros cuando obtienen algo de nosotros

1. () 2. () 3. () 4. ()

31. A pesar de que nos entendemos la mayoría de las veces intervenimos demasiado en la vida de los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

32. No sabemos qué hacer en el momento en que se presenta una emergencia

1. () 2. () 3. () 4. ()

33. No hay problemas si rompemos las reglas de la familia

1. () 2. () 3. () 4. ()

34. Sabemos que hacer antes de que se presente un emergencia

1. () 2. () 3. () 4. ()

35. No somos muy ordenados en nuestros hábitos de limpieza

1. () 2. () 3. () 4. ()

36. No tenemos reglas sobre cuando golpear a las personas para que se comporten

1. () 2. () 3. () 4. ()

37. No respetamos ninguna regla

1. () 2. () 3. () 4. ()

38. Si se rompen las reglas, no sabemos qué hacer

1. () 2. () 3. () 4. ()

39. En nuestra familia se permite hacer cualquier cosa

1. () 2. () 3. () 4. ()

40. Hay reglas para la situación de peligro

1. () 2. () 3. () 4. ()

41. Es difícil planear las actividades de la familia, porque no nos comprendemos

1. () 2. () 3. () 4. ()

42. En situaciones difíciles podemos apoyarnos en los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

43. No podemos hablar con otros acerca de la tristeza que sentimos

1. () 2. () 3. () 4. ()

44. Aceptamos a las personas

1. () 2. () 3. () 4. ()

45. Evitamos discutir nuestros temores y situaciones

1. () 2. () 3. () 4. ()

46. Podemos expresar nuestros sentimientos hacia los demás

1. () 2. () 3. () 4. ()

47. Hay muchos sentimientos malos en la familia

1. () 2. () 3. () 4. ()

48. Creemos que los demás no nos aceptan

1. () 2. () 3. () 4. ()

49. Para nuestra familia es un problema tomar decisiones

1. () 2. () 3. () 4. ()

50. Somos capaces de tomar decisiones para resolver los problemas

1. () 2. () 3. () 4. ()

51. No nos llevamos bien

1. () 2. () 3. () 4. ()

52. Confiamos en los demás miembros de la familia

1. () 2. () 3. () 4. ()

Consta de 52 preguntas con 4 opciones de respuesta a cada una de ellas, calificando a cada familia como:

FUNCIONAL: menor de 70 puntos

MODERADAMENTE FUNCIONAL: 71 a 140 puntos

SEVERAMENTE DISFUNCIONAL: más de 141 puntos

I. DATOS DEL GENOGRAMA:

8. COMPOSICION ()

NUCLEAR 1 EXTENSA 2 COMPUESTA 3 EXTENSA
COMPUESTA 4

9. ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR (SEGÚN GEYMAN) ()

NOVIAZGO 1 MATRIMONIO 2 EXPANSION 3
DISPERSION 4 INDEPENDENCIA 5 RETIRO O MUERTE 6

10. PATRONES DE REPETICION ()

DEPRESION 1 ESCOLARIDAD 2 CONFLICTOS
FAMILIARES 3
TOXICOMANIAS 4 ENFERMEDAD 5 OTROS 6

II. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ()

CUESTIONARIO DE MAC MASTER (ANEXOS)

FUNCIONAL: 1

MODERADAMENTE FUNCIONAL 2

SEVERAMENTE DISFUNCIONAL 3

Propuesta de CARG para los símbolos del genograma

Estructura familiar		Asociación con salud-enfermedad	
Sexo	Hombre mujer indefinido	Aborto *	Espontáneo Inducido
Adopción	(Año)	Muerte *	
Matrimonio	(Año)	Embarazo *	
Vínculo ascendente		Paciente identificado *	
Vínculo descendente		Óbito **	
Personas que habitan la casa			
Unión libre *	(Año)		
Gemelos heterocigotos *			
Gemelos homocigotos *			
Divorcio *	(año)		
Separación *	(año)		
Matrimonio consanguíneo **	(año)		
Descendencia desconocida **			
Matrimonio sin embarazos ni hijos **			
Vive lejos del hogar (escuela, cárcel, etc.) **			
		Relaciones interpersonales afectivas	
		Relaciones conflictivas *	
		Relaciones cerradas *	
		Relaciones distantes *	
		Relaciones dominantes *	
		Disfunciones en el matrimonio **	
		Disfunciones en el matrimonio y amante **	

Propuesto por 4 ó más autores
Propuesto por 3 ó menos autores

Tomado de: Gómez CF, Irigoyen CA, Ponce RR, Terán TM, Fernández OM, Yañez PE. Análisis comparativo de seis recomendaciones para el diseño de genogramas en Medicina Familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(1):13-20.

Apgar-familiar. *Aten primaria* 1996; 1996; 18(6) : 118-125