



**Universidad Nacional Autónoma de México**



**Facultad de Medicina**

**Departamento de Psiquiatría y Salud Mental**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA "MORELOS"

**MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADOS POR LOS FAMILIARES DE LOS  
PACIENTES CON INTENTO SUICIDA INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE  
PSIQUIATRÍA MORELOS, IMSS**

TESIS DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

**DRA CECILIA VARGAS TAPIA**

**ASESORES**

**DRA CLAUDIA FOUILLOUX**

**DR. MIGUEL PALOMAR BAENA**

**MÉXICO DF, JUNIO 2012**



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.



## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias Mamá por tu insistencia, por tu apoyo, por estar siempre junto a mí, por ser mi amiga y haber creído siempre en mí. Gracias por levantarte temprano y empezar tú día antes que yo, por quitarme todos los pretextos y haber hecho esta residencia conmigo.

Gracias a mis queridos profesores, Dr. Dante, Dr. Villalobos, Dra. Ayala, Dr. Palomar, por su guía. Ana Lilia por la supervisión de este trabajo

Gracias a mis compañeros residentes, que en los últimos fueron como mi familia, agradezco su amistad, los buenos momentos, las risas, los consejos, las críticas y sus observaciones siempre tan acertadas que hacen de este hospital un lugar único.

Gracias a mis pacientes que durante estos años me han enseñado tanto.

# Contenido

<b><u>AGRADECIMIENTOS .....</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b><u>INTRODUCCION.....</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b><u>ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b><u>JUSTIFICACIÓN .....</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b><u>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b><u>OBJETIVOS.....</u></b>	<b><u>21</u></b>
<b><u>HIPÓTESIS .....</u></b>	<b><u>22</u></b>
<b><u>HIPÓTESIS NULA.....</u></b>	<b><u>22</u></b>
<b><u>MATERIAL Y MÉTODOS.....</u></b>	<b><u>23</u></b>
TIPO DE ESTUDIO .....	23
LUGAR DE ESTUDIO .....	23
PERIODO DE ESTUDIO .....	23
UNIVERSO DE ESTUDIO .....	23
POBLACIÓN.....	23
TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	23
<b><u>CRITERIOS DE PARTICIPACIÓN .....</u></b>	<b><u>25</u></b>
CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO .....	25
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO .....	25
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO .....	25
CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE GRUPO COMPARATIVO .....	26
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL GRUPO COMPARATIVO:.....	26
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO .....	26

<b><u>VARIABLES .....</u></b>	<b><u>27</u></b>
VARIABLE DEPENDIENTE .....	27
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	28
<b><u>INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....</u></b>	<b><u>29</u></b>
Inventario de Estrategias de Afrontamiento, CSI.....	29
<b><u>RECOLECCIÓN DE DATOS .....</u></b>	<b><u>31</u></b>
<b><u>ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</u></b>	<b><u>33</u></b>
<b><u>ASPECTOS ÉTICOS.....</u></b>	<b><u>34</u></b>
<b><u>RESULTADOS.....</u></b>	<b><u>35</u></b>
<b><u>DISCUSIÓN.....</u></b>	<b><u>44</u></b>
<b><u>CONCLUSIONES.....</u></b>	<b><u>47</u></b>
<b><u>REFERENCIAS .....</u></b>	<b><u>48</u></b>
<b><u>ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</u></b>	<b><u>52</u></b>
<b><u>ANEXO 2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....</u></b>	<b><u>53</u></b>
<b><u>ANEXO 3. INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....</u></b>	<b><u>54</u></b>

## INTRODUCCION

En los últimos años, el suicidio se ha convertido en un problema de Salud Pública, con una incidencia que se incrementa rápidamente. Pero más allá de las muertes ocurridas por el suicidio, se encuentran los intentos suicidas, cuya incidencia es mucho mayor a la del suicidio.

Tras el intento suicida (IS), la familia entra en una situación de crisis y tomará diversas acciones para tratar de resolverla y mantener su funcionalidad. Estas acciones o estrategias de afrontamiento son diferentes en cada miembro de la familia y la capacidad resolutive de estas varía en cada individuo y circunstancia. Sin embargo, en el caso de los familiares de pacientes que han realizado IS, estas estrategias de afrontamiento empleadas podrían afectar la evolución del paciente, ayudando a que él resuelva su propia crisis, o perpetuando el problema al que se enfrenta el paciente y favoreciendo intentos suicidas posteriores.

El objetivo de este estudio consiste en describir estas estrategias de afrontamiento empleadas por los familiares de los pacientes hospitalizados por haber realizado un IS y compararlas con las empleadas por familiares de pacientes que nunca han tenido un IS a pesar de presentar algún problema de salud mental. Con este conocimiento, se podrá brindar una atención más integral al paciente con IS e incorporar a la familia en su recuperación.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El suicidio es definido como el acto de matarse de forma voluntaria. En él intervienen pensamientos, gestos, conductas y el acto suicida en sí. El suicidio ocurre como una repercusión grave de algunos trastornos psiquiátricos. Entre estos destacan la depresión mayor, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, alcoholismo, abuso de sustancias, ansiedad, anorexia nerviosa y trastornos de personalidad.<sup>1</sup>

En el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, colocando al suicidio como la 13ª causa de muerte, la OMS estima que esta cifra podría duplicarse en 20 años.<sup>2</sup>

En México, el suicidio se ha instalado como parte del perfil epidemiológico. En el 2007 se reportaron 4388 muertes por suicidio en el país, con una tasa de mortalidad de 4.12 por cada cien mil habitantes. El suicidio ha presentado un incremento marcado entre la población joven, posicionándose entre las primeras 5 causas de muerte entre la población hasta los 34 años; la tercera causa de muerte en la población de hasta 24 años y dentro de las 10 causas de muerte entre la población de hasta 44 años.<sup>1</sup>

Sin embargo, detrás de la muerte por suicidio, existe de manera regular, un historial de IS previos, cuya prevalencia de haberse realizado alguna vez en la vida es reportada de 4.26% en el grupo de 12-17 años, de 3.75% entre los 18-29 años y de 2.61% en el grupo de 30 a 65 años y, esta prevalencia es 2 veces mayor en el grupo de mujeres que en el de hombre<sup>1</sup>.



El suicidio ocurre como una secuencia que va desde la ideación suicida en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, gestos y el IS.<sup>3</sup>

El intento suicida es definido por la OMS como “Aquellas situaciones en que la persona ha cometido un acto que amenaza su vida con la intención de ponerla en peligro o que dan la apariencia de tal intención. Incluye actos interrumpidos por otros antes de que el daño real ocurra”.<sup>4</sup>

Los IS, al igual que el suicidio, pueden ser entendidos como síntomas de una enfermedad mental y como una crisis. Relacionados con el estrés aquellos de menor cronicidad y evaluados como reacción frente a una situación ambiental estresante de aparición reciente; y como crisis los de mayor cronicidad, en los que el sujeto se encuentra en una situación a la que no halla salida, de varios meses de evolución.<sup>5</sup>

De acuerdo a la teoría de los sistemas desarrollada en 1968 por Von Bertalanffy, la familia es vista como un sistema cuyo objetivo es mantener la homeostasis y cada uno de los miembros de la familia responden de una manera u otra con el objetivo de mantener este balance, y si bien, estas observaciones son especialmente útiles en el caso de psicopatología de los niños y adolescentes, pueden ser aplicables ante otras situaciones estresantes, como lo es el IS en alguno de sus miembros.<sup>6, 7</sup> Después de un IS, los familiares temen o se preocupan por la posible repetición de dicha conducta. Este temor puede estar acompañado por otros sentimientos tales como: impotencia, enojo, irritabilidad, hostilidad y culpa, que pueden incitar a IS subsecuentes.

Diversas reacciones despiertan los IS en los doctores, enfermeras, familiares, amigos, y en el público en general, como son las emocionales. Éstas varían de acuerdo a las características de la conducta: si parece estar relacionada con un IS grave generalmente evoca simpatía; cuando puede ser asociado con otros motivos, especialmente aquellos de naturaleza manipuladora, son frecuentemente vistos con desagrado.<sup>8, 9, 10, 11, 12, 13.</sup>

El afrontamiento se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. La función de las estrategias de afrontamiento está en consonancia con las habilidades que los individuos tienen para la consecución de objetivos específicos. Lazarus y Folkman proponen dos tipos de estrategias de afrontamiento, el dirigido a la acción y el dirigido a la emoción. El afrontamiento dirigido a la acción incluye aquellas actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema. El afrontamiento dirigido a la emoción implica las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar.<sup>14</sup> En general las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación que descarta cualquier acto capaz de modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema aparecen cuando las condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.<sup>15</sup>

En relación con el proceso de afrontamiento, se han elaborado dos conceptos relativos a la forma en que las personas manejan los estresores: los estilos de

afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. Según Pelechano, uno de los autores que más sistemáticamente ha investigado el proceso de afrontamiento en España, son conceptos complementarios, representando el primero formas estables y consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento son acciones más específicas.<sup>16</sup> La noción de estrategias de afrontamiento presenta ventajas con respecto a la de estilos de afrontamiento, como la posibilidad de modificarse y mayor capacidad predictiva, que la vuelven más atractiva desde la perspectiva de las intervenciones posibles a realizar. Tanto las estrategias como los estilos de afrontamiento, se relacionan estrechamente con los rasgos de personalidad de quien lo efectúa.<sup>17</sup>

Lazarus y Folkman en 1984, proponen un modelo de evaluación cognitiva partiendo de la concepción del estrés como un proceso dinámico, interactivo y reactivo, mediado por otros dos; el de evaluación y el de afrontamiento. El primero, el de evaluación, plantea que el individuo determina el significado de un evento, y a partir de la significancia que se le otorgue, se origina la experiencia de estrés; el afrontamiento hace referencia a los esfuerzos cognitivos y comportamentales para controlar, reducir o tolerar las demandas internas y/o externas creadas por una transacción estresante<sup>14</sup>

De acuerdo al Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI, Coping Strategies Inventory), traducida por Cano y validada en México por Nava<sup>14,16,18</sup>, Lazarus y Folkman clasifican las estrategias de afrontamiento, de acuerdo a su evaluación propuesta, en ocho escalas: 1) Resolución de problemas que corresponde a las estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; 2) Reestructuración cognitiva, las

estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante; 3) Apoyo social, estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional, 4) Expresión emocional serán aquellas estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; 5) Evitación de problemas, estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; 6) Pensamiento desiderativo son las estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; 7) Retirada social, estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante y 8) Autocrítica corresponde a las estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.<sup>15</sup> Para Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento no es un estilo de personalidad constante sino que, por el contrario, está formado por ciertas cogniciones y conductas que se ejecutan en respuesta a situaciones estresantes específicas. La relación entre estrés y afrontamiento es recíproca, debido a que las acciones que realiza una persona para afrontar un problema afectan la valoración del problema y el subsecuente<sup>19</sup>

Los mecanismos de afrontamiento son factores personales, estrategias que utilizan los individuos para tratar de manejar el estrés y mitigar las consecuencias negativas que una situación estresante les condiciona, se les asocia con la aparición del Síndrome de Burnout, cuando estos mecanismos no favorecen la adaptación.<sup>20</sup>

El individuo que proporciona cuidado a cualquier tipo de enfermo se enfrenta a diversos factores estresantes y su respuesta depende de determinados

mediadores, como la forma en que se valora la situación, los recursos disponibles y el apoyo social.<sup>21</sup> Diversos estudios se refieren a la carga de la enfermedad que recae sobre los cuidadores de los pacientes, entre ellos los pacientes con enfermedad mental. Se identifican características del paciente y el cuidador que se relacionan con una mayor carga de la enfermedad, entre estos, la depresión, el consumo de sustancias y la ideación suicida en el enfermo, atribuyéndose el 32% de la carga de la enfermedad a estos factores.<sup>22</sup> En el caso del paciente suicida estos estresores se incrementan no sólo por la presencia de enfermedad, sino por el contexto del paciente suicida, el desconocimiento y el estigma que como paciente psiquiátrico lo rodea, por lo que cuidadosa evaluación del contexto familiar, que incluya los mecanismos para enfrentar los problemas y la orientación familiar necesaria podría convertirse en un factor de protección para el paciente suicida.<sup>23, 24</sup> En el caso de padecimientos que cursan con sintomatología psicótica se ha demostrado que la psicoeducación en la familia se traduce en un mejor control de los síntomas psicóticos, sin embargo no se ha determinado hasta que grado pudiera llegar a reducir la carga de la enfermedad en la familia.<sup>22</sup> Está bien descrito que la conducta suicida ocurre como respuesta a la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, entre los que destaca el papel de la familia.<sup>25, 26</sup>

Entre los diferentes factores de riesgo asociados a la conducta suicida entre adolescentes se encuentra el maltrato psicológico, la relación con los padres como factor de riesgo/protección.<sup>27</sup> Un mayor grado de depresión, menor capacidad de

afrontamiento y un autoconcepto devaluado y una alta emoción expresada en la familia, se consideran factores predictores de la conducta suicida en jóvenes.<sup>28</sup>

Masson identifica cuatro contextos de riesgo de suicidio, estrechamente relacionados con el funcionamiento familiar: de abusos sexuales, de carencias afectivas, sociales o educativas, de violencia, y de aislamiento y de relaciones rígidas y disfuncionales.<sup>29</sup> La frecuencia de suicidios, conductas agresivas y conductas autodestructivas es mayor en niños y adolescentes con familias estresantes, en aquellos niños y jóvenes que están solos, sin familia o con poco apoyo social. Se asocian también como factores de riesgo la pobre comunicación entre padres e hijos, familias desintegradas y un escaso apoyo familiar.<sup>30</sup> Las críticas de los padres se asocian de manera significativa con realizar conductas autolesivas y se sugiere como una vía a través de la cual la familia influencia el comportamiento suicida en el adolescente.<sup>31</sup>

El intento de suicidio afecta de manera importante la dinámica familiar, independientemente de como la familia reaccione ante el problema, genera culpa y vergüenza al respecto, sobreprotección al paciente suicida y puede llegar a convertirse en un problema que tarde años en resolverse.<sup>32</sup> La muerte un paciente por suicidio deja un rastro de culpa, dolor, pena, enojo, insatisfacción personal, no solo en sus médicos sino también en la familia.<sup>33</sup>

Ante esta situación de crisis, tanto el paciente como la familia requieren de diferentes estrategias de afrontamiento para superarla. Estudios realizados para determinar los mecanismos de afrontamiento de los pacientes suicidas se enfocan en la búsqueda de apoyo social, confidencias, búsqueda de información,

resignación, descalificación del objeto y evitación. Por otro lado, los familiares tienden a la evitación, culpar a otros y a las confidencias, y el criterio de los médicos tiende a la afiliación a grupos y petición de ayuda a la red de apoyo social y a la distracción evasiva.<sup>34, 35</sup> Otro estudio reporta que los adolescentes suicidas suelen utilizar la religión, actividades distractoras, crecimiento personal, aceptación y abandono como estrategias de afrontamiento pasivo.<sup>19</sup>

También se sugiere que las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con tentativa suicida generalmente están dirigidas a la emoción. La mayor proporción de las personas utilizan como primera opción la de tipo autoculpabilizante. Esta estrategia las conduce a aumentar el grado de trastorno emocional, para sentirse verdaderamente mal y después iniciar su proceso de recuperación. Otro sector menor (30%) centra su estrategia en alterar el significado emocional para sentirse mejor, aunque después le haga crisis la autodecepción. Se puede concluir que el 75% de las personas con tentativa suicida utilizan una estrategia de afrontamiento poco adaptativa y que por la tanto presenta problemas de salud mental, entendido no como una patología; sino como un malestar, o incompatibilidad con los modos comunes de vida social en su entorno.<sup>36</sup>

Se asocia el tipo de estrategia de afrontamiento empleada por los suicidas con el tipo de personalidad, mientras los rasgos predominantes de emocionalidad y dureza usan estrategias evitativas y de alteración del significado emocional y el tipo extraversión se correlaciona con estrategias centradas en la solución de problemas.<sup>37</sup>

En los sobrevivientes de un IS se encuentra también vergüenza, deseos de esconderse, de huir, miedo a buscar ayuda, impulsos de dejar el hospital. Los que realizaron un IS frecuentemente experimentan la estancia en un hospital como dificultad. El haber sobrevivido al IS se percibe como una falla más. Los sobrevivientes de un IS se tornan muy sensibles a las actitudes y comportamientos de terceros; percibirlos amables, respetuosos y no sentirse juzgados parece contribuir a disminuir los sentimientos de vergüenza, así mismo un ambiente tolerante, con pocas exigencias son elementos favorecedores de su recuperación y a aceptar el manejo psiquiátrico.<sup>33</sup>

De esta manera se reconoce la importancia de la familia ante un paciente que ha realizado IS, se ha sugerido que tras el IS, se inicie un proceso terapéutico familiar enfocado en acelerar el “proceso de curación”, permitiendo a los miembros de la familia aceptar los cambios individuales y grupales, disminuir las interacciones destructivas, manejar la ansiedad y mejorar el contacto entre los familiares.<sup>25, 38</sup>

Siempre es necesaria tanto para obtener información como para valorar el soporte familiar en el seguimiento ambulatorio. Hay que favorecer la expresión emocional por parte de los familiares: sentimientos de culpa, agresividad ante el “chantaje”, angustia ante la dramática realidad del suicidio.

Se debe informar a la familia el riesgo de consumación o recidiva en las primeras semanas tras la tentativa para que asuman la responsabilidad en la vigilancia y control de los posibles agentes letales. La muerte por suicidio representa muchas



veces una experiencia emocional compleja, por la ambivalencia de sentimientos que provoca en el entorno no solo familiar sino también social.

La muerte por suicidio de un familiar o persona significativa dificulta la reacción de duelo, que puede evolucionar hasta estados depresivos que deben prevenirse y tratarse.<sup>39</sup>

En el abordaje del paciente con IS se debe buscar la participación familiar y aprovechar el movimiento que la propia crisis produjo para conseguir un compromiso de colaboración, favorecer la comunicación y creación de un entorno favorable.<sup>29</sup>

Como parte de las recomendaciones encontradas en una guía para familiares de pacientes suicidas se sugiere la búsqueda de apoyo emocional para enfrentar esta crisis.<sup>40</sup> En Estados Unidos únicamente el 33% de las familias de adolescentes con IS acuden a terapia familiar y de estas, hasta un 77% la abandona sin concluir.<sup>32</sup>

El suicidio de un paciente afecta no sólo a la familia sino también repercusiones en sus médicos tratantes, incluyendo el área de psiquiatría. Estudios cualitativos refieren la necesidad del médico de buscar apoyo emocional como principal medida de afrontamiento.<sup>40</sup>

El tema de los mecanismos de afrontamiento empleados por la familia ante la enfermedad ha sido estudiado en los pacientes con enfermedades crónicas, cáncer, padecimientos que cursan con dolor crónico, enfermedad mental, cardiopatías, sin embargo y a pesar de que su importancia se ha reconocido,

poco se ha escrito sobre las estrategias de afrontamiento en los familiares de los pacientes suicidas.<sup>41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48,49.</sup>

## JUSTIFICACIÓN

Como parte del manejo integral del paciente suicida se requiere de la participación de la familia cercana al paciente, sin embargo, en muchas ocasiones la respuesta de los familiares no se encamina hacia la resolución del problema, lo que contribuye a perpetuar la conflictiva dentro del núcleo familiar y del paciente suicida.

Con este estudio se detectan los mecanismos de afrontamiento empleados por los familiares de los pacientes suicidas, lo que nos permitirá desarrollar estrategias de intervención dirigidas y adecuadas para el manejo del estrés en la familia surgido en estas situaciones.

A partir de esta información se podrá brindar un manejo integral al paciente suicida, incluyendo a su familia en el tratamiento y a largo plazo, con el respaldo de más estudios, permitirá inclusive la formación de grupos de apoyo a familiares con esta problemática.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos (HRPUM), IMSS funciona como Hospital de concentración de la región Norte de la Ciudad de México y estados aledaños de la República, recibiendo alrededor de 2755 pacientes en el Servicio de Valoraciones de manera anual. De estos pacientes se ha reportado que hasta 444 (16.11%) acude por haber realizado intento suicida (IS) independientemente del diagnóstico que se le haya otorgado. De estos, el 55.6% de los pacientes no son hospitalizados y se refieren a su Hospital General de Zona (HGZ) o Unidad de Medicina Familiar (UMF) correspondientes a continuar manejo externo, el resto es hospitalizado en la Unidad.<sup>50</sup> Un requisito para brindar el servicio de Valoración es la presencia de un familiar acompañante, en la mayoría de los casos este familiar tiene ya asignado el rol de cuidador o bien será quien tome el papel de cuidador primario. Tras la evaluación del paciente suicida, independientemente de que el paciente sea hospitalizado o derivado a otro servicio para manejo ambulatorio, se dan indicaciones generales a los familiares del paciente sobre su manejo y cuidado, en la mayoría de las ocasiones esto ocurre sin considerar el impacto emocional, la respuesta que el familiar esté presentando, ni la manera en que el familiar hará frente a esta situación de crisis, lo que en algunos casos resulta en un mal manejo, en apoyo deficiente, inclusive maltrato por parte de la familia hacia el paciente suicida en un intento de resolver la situación estresante a la que se enfrenta.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento empleados por los familiares de los pacientes con IS?

# OBJETIVOS

## Objetivo general

Identificar los mecanismos de afrontamiento empleados por los familiares de los pacientes con IS hospitalizados en el Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos, IMSS.

## Objetivos específicos

- Describir los mecanismos de afrontamiento empleados en relación al número de IS realizados por el paciente suicida.
- Describir los mecanismos de afrontamiento empleados en relación a una patología psiquiátrica aguda o crónica del paciente suicida
- Describir los mecanismos de afrontamiento empleados en relación al tipo de parentesco (padres, hermanos, hijos, pareja) con el paciente suicida.
- Comparar los mecanismos de afrontamiento que emplean los familiares de los pacientes con IS con los empleados por familiares de pacientes hospitalizados por otras psicopatologías

## **HIPÓTESIS**

Los mecanismos de afrontamiento empleados por los familiares de los pacientes con IS son desadaptativos en comparación a los mecanismos de afrontamiento empleados por los familiares de pacientes que nunca han realizado IS.

## **HIPÓTESIS NULA**

Los mecanismos de afrontamiento empleados por los familiares de los pacientes con IS son igual de desadaptativos que los mecanismos de afrontamiento empleados por los familiares de pacientes que nunca han realizado IS.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, transversal y comparativo.

### **LUGAR DE ESTUDIO**

Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos, IMSS

### **PERIODO DE ESTUDIO**

Este estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre el 15 de mayo al 15 de junio del 2012.

### **UNIVERSO DE ESTUDIO**

Familiares acompañantes de los pacientes con IS hospitalizados en el Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos (HRPUM), IMSS, en el período de tiempo comprendido entre el 15 de mayo al 15 de junio del 2012.

### **POBLACIÓN**

Familiares de primer grado (padres, hermanos, pareja o hijos) de los pacientes hospitalizados en el HRPUM

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Solo se cuenta con un reporte del 2009 de los casos de IS valorados en el HPRUM con un total de 444 pacientes en un año, en promedio 37 pacientes con IS hospitalizados al mes.

Con base a lo anterior, la muestra se eligió por conveniencia reclutando a los familiares de todos los pacientes que fueron internados en el HPRUM en el



periodo del 15 de mayo al 15 de junio del 2012, teniendo como referencia un 35 participantes para el grupo de estudio y 35 participantes para el grupo comparativo. En total 70 participantes.

# **CRITERIOS DE PARTICIPACIÓN**

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO**

- Familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos o pareja) que se hayan registrado como responsables de los pacientes hospitalizados en el HPRUM por haber realizado un IS, independientemente del diagnóstico de ingreso a la Unidad
- Mayores de 18 años
- Cualquier sexo
- Que sepan leer y escribir
- Que firmen el consentimiento informado
- Podrá participar más de un familiar por paciente siempre y cuando cumpla el requisito del parentesco señalado (padres, hermanos, hijos o pareja) y el resto de criterios de inclusión.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO**

- Familiares con una enfermedad discapacitante que les impida responder la escala, con retraso mental o trastorno psicótico

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO**

- Se eliminarán las escalas en las cuales falte mas del 20% de los reactivos totales de la prueba (mas de 4 reactivos)
- Aquellas escalas en las que en todas las respuestas se haya señalado 0 ó 4 como respuesta (indica nula cooperación).

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE GRUPO COMPARATIVO**

- Familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos o pareja) que se hayan registrado como responsables de los pacientes hospitalizados en el HPRUM con cualquier diagnóstico de ingreso, que nunca hayan realizado IS.
- Mayores de 18 años
- Cualquier sexo
- Que sepan leer y escribir
- Que firmen el consentimiento informado
- Podrá participar más de un familiar por paciente siempre y cuando cumpla el requisito del parentesco señalado (padres, hermanos, hijos o pareja) y el resto de criterios de inclusión.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL GRUPO COMPARATIVO:**

- Familiares con una enfermedad discapacitante que les impida responder la escala, con retraso mental o trastorno psicótico.
- Familiares que alguna vez hayan realizado intento de suicidio

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO**

- Se eliminarán las escalas en las cuales falte mas del 20% de los reactivos totales de la prueba (mas de 4 reactivos)
- Aquellas escalas en las que en todas las respuestas se haya señalado 0 ó 4 como respuesta (indica nula cooperación).

# VARIABLES

## VARIABLE DEPENDIENTE

- Mecanismos de afrontamiento
  - Variable cuantitativa discreta
  - Definición conceptual
    - Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, su función está en consonancia con las estrategias que los individuos llevan a cabo para la consecución de objetivos específicos.<sup>14</sup>
  - Definición operacional
    - Los mecanismos de afrontamiento fueron definidos de acuerdo a los resultados obtenidos tras la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI, siglas en inglés) como predominantemente adaptativos o predominantemente desadaptativos.<sup>17</sup> Los mecanismos adaptativos corresponden a:
      1. Resolución de problemas
      2. Expresión emocional
      3. Apoyo social
      4. Reestructuración cognitiva

Y como mecanismos desadaptativos

5. Autocrítica
6. Pensamiento desiderativo
7. Evitación de problemas
8. Retirada social

## **VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Intento suicida
  - Variable cualitativa nominal
  - Definición Conceptual
    - El intento de suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud como un acto de consecuencias no fatales en que la persona ha cometido un acto que amenaza su vida con la intención de ponerla en peligro o que dan la apariencia de tal intención. Incluye actos interrumpidos por otros antes de que el daño real ocurra.<sup>4</sup>
  - Definición operacional
    - Dado por el médico psiquiatra del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del IMSS en la nota de valoración del paciente; como 'Si' en caso de cursar con IS, o 'No' cuando no se cuenta con él.

# INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

## **Inventario de Estrategias de Afrontamiento, CSI.**

El CSI (Anexo 3) es un inventario de 40 ítems, adaptado al español por Cano y García en el 2006, validado en México por Nava<sup>15</sup>. Tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias. La persona comienza por describir de manera detallada la situación estresante; después, contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita. Al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento. Las ocho escalas primarias son: 1) Resolución de problemas, 2) Reestructuración cognitiva, 3) Apoyo social, 4) Expresión emocional, 5) Evitación de problemas, 6) Pensamiento desiderativo, 7) Retirada social y 8) Autocrítica.

Considerándose como un afrontamiento adaptativo centrado en el problema a la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva; un manejo centrado en la emoción incluye la búsqueda de apoyo social y la expresión emocional, estos reflejan un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante. El manejo inadecuado del problema centrado en el problema incluye las subescalas Evitación de problemas y pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, ya sea evitando las situaciones estresantes, fantaseando sobre realidades alternativas. El manejo inadecuado de la emoción incluye las subescalas de retirada social y autocrítica que reflejan un afrontamiento desadaptativo centrado

en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación.<sup>14, 16, 18</sup>

La puntuación de la escala se da de acuerdo al valor señalado en las Claves de Corrección de la misma escala. La puntuación bruta se convierte en puntuación normalizada y de esta manera es posible determinar las estrategias de afrontamiento predominantes en el individuo y clasificarlas en predominantemente adaptativas o desadaptativas. Las estrategias predominantes se consideraran aquellas cuya puntuación normalizada sea mayor a 50.

## RECOLECCIÓN DE DATOS

Tras la autorización para la realización del protocolo por parte del Comité de Investigación en Salud del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” y el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, se dio inicio a este estudio.

Se consideraron a aquellos familiares de los pacientes con IS así como acompañantes de pacientes con otros trastornos, hospitalizados en el HPRUM que cumplían los criterios de inclusión. Fueron invitados personalmente por el investigador a participar en el protocolo, previa explicación del mismo. El contacto se estableció dentro de las 24 horas posteriores a la hospitalización del paciente. Una vez firmada la carta de consentimiento informado (Anexo 1), se le pidió al familiar que completara un cuestionario de recolección de datos epidemiológicos acerca del paciente y su familiar. El diagnóstico asignado se tomó de la nota de revisión incluida en el expediente del paciente al igual que el tiempo de evolución. La información recopilada se concentró en la hoja de recolección de datos (Anexo 2) y fue sometida a estadística descriptiva con el programa SPSS versión 17.

Este mismo procedimiento se llevó a cabo para los familiares del grupo comparativo

Aquellos familiares que presentaron mecanismos no adaptativos fueron orientados al respecto y de ser necesario canalizados para recibir la atención médica/psiquiátrica adecuada.



A los familiares que así lo desearon se les entregaron los resultados de la encuesta aplicada (Anexo 3)

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

La información obtenida se sometió a estadística descriptiva (frecuencia, porcentaje, desviación estándar) y coeficiente de correlación de Spearman para la búsqueda de asociación entre los mecanismos de afrontamiento empleados por los familiares y el número de IS, el diagnóstico de paciente suicida y el tiempo de evolución de dicho padecimiento, y la prueba de chi cuadrada para confrontar los datos con los obtenidos del grupo comparativo, con el paquete estadístico SPSS versión 17.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

El protocolo protegió la intimidad y confidencialidad de la información; no puso en riesgo la integridad física, mental y social de los pacientes; incluyó sujetos que aceptaron participar firmando consentimiento informado de las características del protocolo; y no afectó de manera adversa la salud de los participantes; de acuerdo con los principios éticos para las investigaciones de la declaración de Helsinki en su asamblea general más reciente (59a) de Seúl, Corea (octubre de 2008)

## RESULTADOS

Se aplicaron 75 escalas a los familiares de los pacientes hospitalizados, 49 (65.33%) mujeres y 26 (34.67%) varones, con edades entre de los 18 y 80 años, con una media de 44.08 años, (DE +/-15.58) (Tabla 1), 8% era padres, 29% madres, 36% hermanos, 10% hijos y 12% cónyuges del paciente hospitalizado (Tabla 2). El 52% tenían familiares con IS y el 48% familiares hospitalizados por otra psicopatología (Tabla 3). La distribución de la escolaridad de los entrevistados fue 25% primaria, 20% secundaria, 34.7% bachillerato o equivalente y 20% licenciatura. (Tabla 4). El 5.3% de los entrevistados eran estudiantes, 44% empleados/técnicos, 26% amas de casa, 8% se desempeñaban como profesionistas y 5.3% no laboraban (Tabla 5). El 62.7% vive con el paciente, el 37.3% no. (Tabla 6). Los diagnósticos otorgados a los pacientes de los familiares entrevistados se distribuyeron de la siguiente manera, 32% trastornos dentro del espectro depresivo, 5.3% de ansiedad, 41.3% trastornos psicóticos, 2.7% consumo de sustancias, 14.7% trastornos de personalidad y 4% cuadros de manía. (Tabla 7). El 25.3% correspondió a padecimientos agudos y el 74.7% crónicos. (Tabla 8)

El 35% de los pacientes con IS lo realizaban por primera vez, el 64.1% tenía historial de varios IS previos, teniendo el familiar conocimiento de hasta 5 IS previos, con una media de 2 +/-1.706. (Tabla 9)

De los familiares de pacientes con IS, el 48.7% de los entrevistados fue el primero en saber sobre el IS actual, el 61% acompañó al paciente a petición del mismo y el 39.3% de estos últimos ya habían acompañado a su familiar en ocasiones previas.

En relación a los mecanismos de afrontamiento empleados, en ambos grupos se encontró predominio de mecanismos desadaptativos, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa, Chi cuadrada 0.248 (Tabla 10).

De manera cualitativa si se observaron diferencias entre los mecanismos empleados por los familiares de pacientes con IS y los empleados por los familiares de pacientes no suicidas. En los familiares de pacientes con IS predomina el pensamiento desiderativo, la retirada social y la autocrítica como mecanismos principales, mientras que en los familiares con otra psicopatología sobresale la retirada social, seguida de la autocrítica y la reestructuración cognitiva (Tabla 11).

No se encontró relación entre mecanismos de afrontamiento y número de IS, independientemente del número de intentos que el paciente ha presentado, los mecanismos son desadaptativos con predominio de la autocrítica, el pensamiento desiderativo y la retirada social. (Tabla 12) No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de IS previos y la calidad de los mecanismos de afrontamiento (Chi cuadrada 9.491), aunque cabe señalar que estos fueron cualitativamente desadaptativos. (Tabla 13)

De la misma manera se encontraron diferencias cualitativas entre el tipo de mecanismos de afrontamiento en relación al tiempo de evolución del padecimiento, en los familiares de pacientes con enfermedad aguda (menos de 1 año de evolución) predomina la reestructuración cognitiva, autocrítica y la evitación de problemas; en los familiares de pacientes con padecimientos crónicos se

observan la reestructuración cognitiva, el pensamiento desiderativo y autocrítica (Tabla 14). En relación a la calidad de los mecanismos de afrontamiento y el tiempo de evolución, independientemente de que se trate de un padecimiento agudo o crónico, los mecanismos empleados son desadaptativos, aunque la diferencia no tiene diferencias estadísticamente significativas, Chi cuadrada (Tabla 15)

En relación al parentesco, las madres y los hermanos son quienes visitan a los pacientes con mayor frecuencia, sin embargo las estrategias de afrontamiento que presentan corresponden a estrategias desadaptativas en ambos grupos. (Tabla 16) sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de parentesco y la calidad de los mecanismos de afrontamiento empleados, Chi cuadrada de 8.982 (Tabla 17)

**Tabla 1. Sexo**

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	49	65.3%
Masculino	26	34.7%
Total	75	100.0%

**Tabla 2. Parentesco**

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Padre	6	8%
Madre	22	29.3%
Hermano	27	36%
Hijo	8	10.7%
Cónyuge	12	16.0%
Total	75	100%

**TABLA 3. Pacientes con intento suicida**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	39	52.0
No	36	48.0
Total	75	100.0

**TABLA 4. Escolaridad**

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	19	25.3%
Secundaria	15	20.0%
Bachillerato o equivalente	26	34.7%
Licenciatura	15	20.0%
Total	75	100%

**Tabla 5. Ocupación**

	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	4	5.3
Empleado/técnico	33	44.0
Ama de casa	26	34.7
No labora	4	5.3
Profesionista	8	10.7
Total	75	100.0

**Tabla 6. Viven con el paciente**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	47	62.7
No	28	37.3
Total	75	100.0

**Tabla 7. Diagnóstico del paciente hospitalizado**

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Trastornos depresivos	24	32%
Trastornos de ansiedad	4	5.3%
Trastornos psicóticos	31	41.3%
Consumo de sustancias	2	2.7%
Trastornos de personalidad	11	14.7%
Episodios de manía	3	4.0%
Total	75	100%

**Tabla 8. Evolución**

Tipo de padecimiento	Frecuencia	Porcentaje
Agudo	19	25.3%
Crónico	56	74.7%

**Tabla 9. Primer intento suicida**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	35.9%
No	25	64.1%
Total	39	100%

**Tabla 10. Calidad de los mecanismos de afrontamiento empleados**

		Mixto	Adaptativo	Desadaptativo	Total
Intento suicida	Si	0	11	28	39
	No	2	7	27	36
Total		2	18	55	75

**Pruebas de chi-cuadrado. Tabla 10**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.792 <sup>a</sup>	2	.248
Razón de verosimilitudes	3.567	2	.168
Asociación lineal por lineal	.039	1	.843
N de casos válidos	75		



**Pruebas de chi-cuadrado. Tabla 10**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.792 <sup>a</sup>	2	.248
Razón de verosimilitudes	3.567	2	.168
Asociación lineal por lineal	.039	1	.843
N de casos válidos	75		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .96.

**Tabla 11. Mecanismos de afrontamiento empleados (Medias)**

	Resolución de problemas	Autocrítica	Expresión emocional	Pensamiento desiderativo	Apoyo social	Reestructuraci ón cognitiva	Evitación de problemas	Retirada social
Intento suicida								
Si	57.15	66.15	60.41	73.41	49.15	49.49	53.28	73.33
No	46.78	69.94	55.19	53.72	46.50	63.14	59.67	83.00
Total	52.17	67.97	57.91	63.96	47.88	56.04	56.35	77.97

**Tabla 12 Mecanismos de afrontamiento en relación al número de intentos suicidas (Medias)**

Número de IS	Resolución de problemas	Autocrítica	Expresión emocional	Pensamiento desiderativo	Apoyo social	Reestructurac ión cognitiva	Evitación de problemas	Retirada social
0	46.59	70.49	55.32	53.35	46.73	62.38	60.49	83.19
1	52.09	69.64	57.73	69.82	44.91	38.82	35.91	73.27
2	82.00	45.00	85.00	87.50	67.50	75.00	50.00	70.00
3	62.33	72.33	62.67	71.67	59.17	64.17	63.50	71.00
4	57.73	61.36	54.09	77.91	46.91	50.73	48.64	76.00
5	56.00	60.00	53.75	73.50	44.25	33.75	61.25	48.75
6	68.00	91.67	75.00	78.00	46.67	61.67	80.67	99.00
Total	52.68	68.76	57.61	63.95	47.92	56.05	55.89	78.08

**Tabla 13. Calidad de los mecanismos de afrontamiento empleados en relación al número de intentos suicidas previos**

Intentos suicidas previos		Calidad			Total
		Mixta	Adaptativo	Desadaptativo	
	0	2	10	36	48
	1	0	2	0	2
	2	0	1	5	6
	3	0	3	8	11
	4	0	1	3	4
	5	0	0	4	4
Total		2	17	56	75

**Pruebas de chi-cuadrado. Tabla 13**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.491 <sup>a</sup>	10	.486
Razón de verosimilitudes	10.088	10	.433
Asociación lineal por lineal	.764	1	.382
N de casos válidos	75		

a. 15 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .05.

**Tabla 14. MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO EMPLEADOS EN RELACIÓN AL TIEMPO DE EVOLUCIÓN**

Evolución	Resolución de problemas	Autocrítica	Expresión emocional	Pensamiento desiderativo	Apoyo social	Reestructuración cognitiva	Evitación de problemas	Retirada social
Agudo	41.53	72.21	56.05	54.84	42.68	54.74	63.89	82.95
Crónico	55.79	66.54	58.54	67.05	49.64	56.48	53.79	76.29

**Tabla 15. Mecanismos de afrontamiento en relación al parentesco**

Tipo de mecanismos		Padre	Madre	Hermano	Hijo	Cónyuge
Adaptativos	Con IS	1	4	2	0	3
	Sin IS	0	1	3	3	0
Desadaptativos	Con IS	2	13	10	1	3
	Sin IS	2	4	12	4	5
Mixtos	Con IS	0	0	0	0	
	Sin IS	1	0	0	0	1

**Tabla 16. Calidad de los mecanismos de afrontamiento en relación al tiempo de evolución**

		Calidad			Total
		Mixta	Adaptativo	Desadaptativo	
Evolución	Agudo	0	2	17	19
	Crónico	2	15	39	56
Total		2	17	56	75

**Pruebas de chi-cuadrado, Tabla 16**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.080 <sup>a</sup>	2	.214
Razón de verosimilitudes	3.828	2	.148
Asociación lineal por lineal	3.007	1	.083
N de casos válidos	75		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .51.

**Tabla 17. Mecanismos de afrontamiento empleados en relación al parentesco**

Parentesco		Calidad			Total
		Mixta	Adaptativo	Desadaptativo	
	Padre	1	1	4	6

	Madre	0	5	17	22
	Hermano	0	5	22	27
	Hijo	0	3	5	8
	Cónyuge	1	3	8	12
TOTAL		2	17	56	75

**Pruebas de chi-cuadrado, Tabla 17**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.982 <sup>a</sup>	8	.344
Razón de verosimilitudes	7.454	8	.489
Asociación lineal por lineal	.249	1	.618
N de casos válidos	75		

a. 10 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .16.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio estaba encaminado a describir los mecanismos de afrontamiento que presentan los familiares de los pacientes que están internados en hospital psiquiátrico por haber realizado IS y compararlos con los mecanismos empleados por los familiares de pacientes que no han intentado el suicidio. A pesar de que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas, de manera cualitativa fue posible encontrar variantes en la manera en que los familiares enfrentan esta situación de estrés.

En la literatura se ha descrito que los familiares de pacientes con patologías no psiquiátricas buscan el apoyo social y la expresión emocional como estrategias de afrontamiento empleadas de manera frecuente <sup>41-49</sup>, estrategias que se consideran como adaptativas. En el caso de los familiares estudiados, las estrategias empleadas con mayor frecuencia fueron diferentes, siendo la constante en ambos grupos de familiares es la autocrítica y retirada social, probablemente relacionadas con el hecho del estigma que condiciona la enfermedad mental <sup>23, 24</sup>

Una pobre capacidad de afrontamiento, la falta de apoyo social, un medio rígido con poca opción de externar emociones se asocian a un mayor riesgo suicida en adolescentes <sup>28, 29, 30</sup>, y los mecanismos de afrontamiento predominantes en los familiares de los pacientes con intento de suicidio reportados en este estudio colocarían al paciente en esta situación de riesgo. La autocrítica y la retirada social también fueron constantemente reportadas en ambos grupos de estudio y de igual manera corresponden a lo reportado en la literatura como respuesta de la familia

al intento de suicidio, y que han sido señalados como un problema que se puede perpetuar por años.<sup>32</sup> Los resultados de este estudio también coinciden con las estrategias empleadas por familiares de pacientes con suicidio consumado: la autocrítica, la retirada social y el pensamiento desiderativo <sup>34,35.</sup>

Por otro lado los mecanismos de afrontamiento empleados por los pacientes que realizan IS se enfocan en la autocrítica, evitación de problemas, retirada social y la búsqueda de apoyo social en menor proporción, sin embargo reportadas en la mayoría de los casos como predominantemente desadaptativas <sup>19, 31, 34, 35, 36, 37</sup>, y que en el caso de este estudio también son similares a las que los familiares de ambos grupos presentaron.

A pesar de que existen reportes en los que se señala la conveniencia de la búsqueda de apoyo social, este no es el mecanismo empleado por los familiares ni en los casos de intento de suicidio ni en otras psicopatologías lo que podría constituir un factor de riesgo para próximos intentos de suicidio y condicionante de psicopatología crónica tanto en los pacientes como en sus familiares <sup>29, 32, 39, 40.</sup>

Por último señalaré que a pesar de no ser uno de los objetivos del estudio, el CSI contiene un ítem que permite evaluar la autopercepción de la eficacia del afrontamiento ante el problema expuesto (ítem 40, CSI), encontrándose diferencias estadísticamente significativas (Chi cuadrada 0.038) entre la percepción de los familiares con IS, que se consideran “totalmente capaces de afrontar la situación, en comparación con los familiares de pacientes sin IS, que consideran su capacidad de afrontamiento menor (Tabla 18).

**Tabla 18. Me consideré capaz de afrontar la situación**

		Capacidad de afrontar la situación					Total
		en absoluto	un poco	Bastante	Mucho	totalmente	
Intento suicida	Si	2	4	6	5	22	39
	No	5	5	7	11	8	36
Total		7	9	13	16	30	75

**Pruebas de chi-cuadrado. Tabla 18**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.792 <sup>a</sup>	2	.248
Razón de verosimilitudes	3.567	2	.168
Asociación lineal por lineal	.039	1	.843
N de casos válidos	75		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .96.

Los mecanismos de afrontamiento que emplea cada individuo se relacionan también con los rasgos de personalidad <sup>17</sup> que en este estudio no fueron considerados y que son un factor condicionante de psicopatología, de la percepción y evaluación de las situaciones de estrés y de la posibilidad de efectuar cambios. <sup>14, 15, 17, 32</sup>

## CONCLUSIONES

Los mecanismos de afrontamiento permiten a cada individuo evaluar y enfrentar las situaciones que considere estresantes. Tanto el intento de suicidio de un familiar como la presencia de una enfermedad mental son eventos lo suficientemente estresantes para movilizar la capacidad de afrontamiento de cada miembro de la familia. Tras la realización de este estudio concluimos que los familiares de los pacientes con IS presentan mecanismos de afrontamiento desadaptativos, caracterizados por autocrítica, evitación de problemas y retirada social. Estos mecanismos no presentan cambios en relación al número de IS, la cronicidad del padecimiento ni en relación al parentesco con el paciente suicida. Se compararon con los mecanismos de afrontamiento empleados por los familiares de pacientes hospitalizados por otra psicopatología, encontrándose que en ambos casos los mecanismos empleados son predominantemente desadaptativos y aunque se detectaron algunas diferencias, estas carecen de significancia estadística. Se requieren más estudios para confirmar y ampliar los alcances de esta investigación



## REFERENCIAS

1. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*. 2010, 52(4), 292-304.
2. Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco Rodríguez RC. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*. 2006, 29(5), 66-74.
3. Mojarro, P. Depresión y suicidio. *Pediatría Integral*. 2009(12), 937-946.
4. OMS. Multisite Intervention Study on suicidal Behaviours-SUPRE-MISS. Geneva: World Health Organization, 2002.
5. Villalobos FH. Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología en la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada. 2010
6. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006, (47), 372-394.
7. AACAP Official Action. Practice Parameter for the Assessment of the family. *J. Am Acad. Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7): 922-937
8. Lindqvist P, Johansson L, Karlsson U. In the aftermath of teenage suicide: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BMC* 2008; 8: 1-7.
9. Kuramoto SJ, Brent DA, Wilcox HC. The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. *Suicide and Life-Threatening behavior* 2009; 39: 137-151
10. Lusyne P, Page H. The impact of children on a parent's risk of suicide following death of a spouse, Belgium 1991-96. *Population studies* 2009; 62: 55-67.
11. Kidd S, Henrich CC, Brookmeyer KA, Davidson L, King RA, Shahar G. The social context of adolescent suicide attempts: interactive effects of parent, peer, and school social relations. *Suicide and life-threatening behavior* 2006; 36:386-395.
12. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villarroel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 226-233.
13. Quijano RLA. Emoción expresada en familiares de primer grado de pacientes con intento suicida. Tesis para obtener el grado de Médico Especialista en Psiquiatría. 2010
14. Lazarus RS, Folkman S. *Stress Appraisal and coping*. New York: Springer. 1984
15. Nava C, Ollua P, Vega C, Soria R. Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*. 2010, 20(2), 213-220.

16. Pelechano V. Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. Análisis de Modificación de conducta. 1992(18), 167-201.
17. Cano G, Rodríguez F, García M. Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Actas Esp Psiquiatr. 2007, 35(1), 29-39.
18. Tobin DL, Reynolds RV, Wigal JK. The hierarchical factor structure of Coping Strategies Inventory. Cognitive Therapy and Research. 1989, 13(4), 343-361.
19. Virseda HJA, Amado GG, Bonilla MMP, Gurrola PGM. Afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. Psicología.com. 2011; 15 (16) [Internet] <http://hdl.handle.net/10401/4065>
20. Blandin J, Martínez AD. Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: Su relación con la aparición del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología. 2005,51(104), 12-15.
21. Lara PG, Pedraza AG. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas. 2008, 13(4), 159-66.
22. McDonell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DC. Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of Family Psychoeducation and awareness of Patient Suicidality. Family Process 2003; 42 (1): 91-103,
23. Sun FK, Long A, Huang XY, Huang HM. Family care of Taiwanese patients who had attempted suicide: a grounded theory study. Journal of Advanced Nursing. 2008; 62 (1):53-61
24. Sun FK, Long A, Huang XY, Huang HM. A grounded theory study of action/interaction strategies used when Taiwanese families provide care of formerly suicidal patients. Public Health Nursing. 2009, 26 (6):543-552.
25. Richman J. The Family Therapy of Attempted Suicide. Family Process 1979;18(2):131-142
26. Soyoung IL, Jung H-A. Psychosocial Risk factors for suicide. Psychiatry Invest 2006; 3(2):15-22
27. Blanco CT. Suicidio y parasuicidio en adolescentes: prevención y tratamiento. Universidad de la Sabana. 2006
28. Santos JC, Saraiva CB, De Soussa L. The role of expressed emotion, self-concept, coping, and depression in parasuicidal behavior: a follow up study. Arch Suicide Res 2009; 13 (4):358-367.
29. Jiménez DJJ, Villanueva AA, García SXR, Ibeas CEJ, Hernando PLM. Abordaje familiar en un caso de intento de suicidio. Medifam. 2001; 11 (8): 461-466.
30. Gastaminza X, Herreros O, Ortiz V, Gracia R, Sánchez F. Suicidio e intento de suicidio en niños y adolescentes: Intervenciones terapéuticas. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2006. [Internet] <http://psiquiatria.com>.

31. Wedig MM, Nock M. Parental expressed emotion and adolescent self injury. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007; 46 (9): 1171-1178.
32. Hoover D. Aftermath of suicide attempts – helping families cope. US. 2007 [Internet] <http://www.news-medical.net/news/2007/04/15/23548.aspx>
33. Wiklander M, Samuelsson RNM, Åsberg M. Shame reactions after suicide attempt. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003; 17 (3): 293-300.
34. Clavijo PA. “Crisis, familia y psicoterapia” (Aporte de un a nueva tecnología al tratamiento de los trastornos psíquicos). Tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias Médicas. Cuba 2006
35. Hernández FG, García GL, Clavijo PA. Estilos de afrontamiento en pacientes con conducta suicida en la Unidad de Intervención en Crisis. 2004; 8 (4). [Internet] <http://Psiquiatria.com>
36. Quintanilla MR, Valadez FI, Valencia AS, González de Mendoza JM. Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en Salud*. 2005; (7) 2: 112-116
37. Quintanilla MR, Valadez FI, Vega MJC, Flores RLE. Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. *Psicología y salud*. 2006; 16 (2):139-147
38. Suicide: Taking care of yourself & your family. After an attempt. Canadá [Internet] <http://www.namy.org>
39. Soler Insa Pere Antoni, Josep Gascon Barrachina Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los transtornos mentales. Recomendaciones terapéuticas en los transtornos mentales RTM-III *Ars Medica* 3ª edición.
40. Foley SR, Kelly BD. When a patient dies by suicide. *Advances in Psychiatric treatment*. 2007;13; 134-138.
41. Qués MAA, Rodríguez RA, Rodríguez FC, Rodríguez FA. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una Unidad de Coronarias. *Enfermería Cardiológica*. 2005; 34 (1):15-21.
42. Vega-Angarita OM, González-Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*. [Internet] 2009: 16. Disponible en <http://www.um.es/eglobal/>
43. Walsh-Burke K. Family communication and coping with cancer: Impact of the we can weekend. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1992, 10(1); 63-81.
44. Grbich C, Parker D, Maddocks I. The emotions and coping strategies of caregivers of family members with a terminal cancer. *Journal of Palliative Care*. 2001, 17 (1);30-36.

45. Brown GK, Perry MN, Wallston KA. Pain and coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1989, 57(5); 652-657.
46. Shulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2004, 12 (3);240-249.
47. Leftley HP. Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*. 1989, 44 (3); 556-560.
48. Maurin JT, Barmann CB. Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1990, 4 (2); 99-107.
49. Molewyk DM. The strengths of families coping with serious mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1996, 10 (4); 214-220.
50. Figueroa ZLE. Búsqueda de casos de intento suicida en pacientes del Hospital Regional Morelos. Tesis para obtener el grado de Médico Especialista en Psiquiatría. 2010.

# ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

México DF, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2012

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CON INTENTO SUICIDA INTERNADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO MORELOS IMSS”

Este estudio tiene por objetivo DESCRIBIR LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO QUE PRESENTAN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SUICIDAS A FIN DE DAR UN MANEJO INTEGRAL AL PACIENTE. -----  
La participación en este estudio consistirá en responder un cuestionario con información general sobre usted y su familiar hospitalizado así como una escala llamada “INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO”. Este estudio no pondrá en riesgo de manera alguna su integridad física, no se llevara a cabo ningún procedimiento invasivo ni aplicación de medicamento o toma de muestra.

“Al participar en este estudio DECLARO que se me ha informado ampliamente sobre cómo voy a participar y que me puede ayudar a conocer mi forma de reaccionar ante situaciones estresantes y en caso necesario se me dará la orientación necesaria para recibir el tratamiento psiquiátrico adecuado. Sé que puedo dejar de asistir a las sesiones en las que se me aplican las pruebas en cualquier momento. El investigador me ha asegurado de que no se me darán a conocer mis datos en las presentaciones o publicaciones de los resultados de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.-----

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con el Investigador Responsable: DR. MIGUEL PALOMAR BAENA JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN CLINICA DEL HPRM. TEL 53922182 Y 5517318139 o su colaboradora DRA CECILIA VARGAS TAPIA R4 PSIQUIATRIA HPRM. MATRICULA 99368672. TEL 53922162 Y 5517318139

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 2:

## ANEXO 2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente hospitalizado: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Vive con el paciente? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Su familiar ha realizado alguna vez un intento de suicidio? \_\_\_\_\_

En esta ocasión, ¿su familiar realizó un intento de suicidio? \_\_\_\_\_

¿Usted fue el primero en enterarse del intento suicida realizado por su familiar?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Su familiar le pidió que lo acompañara a esta valoración? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Es la primera vez que su familiar ha realizado un intento suicida? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

En caso de haber respondido que no a la pregunta anterior, ¿usted lo ha acompañado antes a valoración Psiquiátrica por intento suicida previo?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿De cuántos intentos suicidas previos tiene usted conocimiento? \_\_\_\_\_

Diagnostico en el Eje I/II establecido como principal en la nota de revisión:

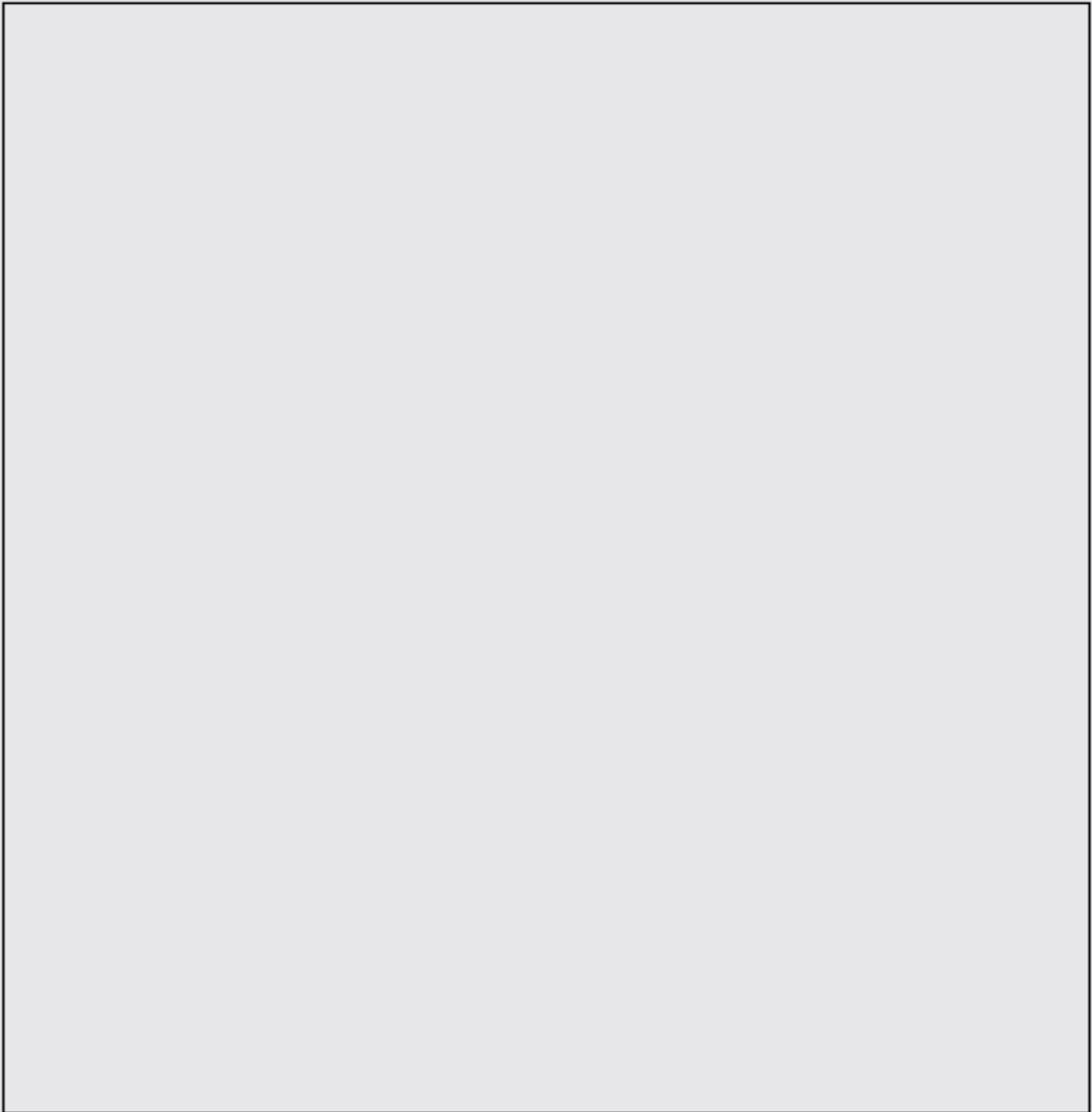
---

Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

## ANEXO 3. INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

**Inventario de Estrategias de Afrontamiento**  
(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escribala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



**Inventario de Estrategias de Afrontamiento**  
(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

De nuevo plense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

**Inventario de Estrategias de Afrontamiento**

1. Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2. Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16. Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18. Me criticqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23. QUITÉ importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26. Me reprimí por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeta	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

**FIN DE LA PRUEBA**



**Inventario de Estrategias de Afrontamiento**  
(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

**Inventario de Estrategias de Afrontamiento (claves de corrección)**

Resolución de problemas (REP)	01 + 09 + 17 + 25 + 33
Autocrítica (AUC)	02 + 10 + 18 + 26 + 34
Expresión emocional (EEM)	03 + 11 + 19 + 27 + 35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04 + 12 + 20 + 28 + 36
Apoyo social (APS)	05 + 13 + 21 + 29 + 37
Reestructuración cognitiva (REC)	06 + 14 + 22 + 30 + 38
Evitación de problemas (EVP)	07 + 15 + 23 + 31 + 39
Retirada social (RES)	08 + 16 + 24 + 32 + 40

**Inventario de Estrategias de Afrontamiento (baremo)**

Pc	REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	Pc
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30
35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60
65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19,28	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99
Media	14,25	5,11	8,98	11,66	10,93	10,17	5,81	3,93	Media
DT	5,01	5,05	5,05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N