

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

**Comparación de la dinámica familiar y emoción expresada entre usuarios/pacientes del servicio de Atención Psiquiátrica Continua con intento de suicidio o ideación suicida.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA: Jimena Ramírez Peris**

**Tutor Teórico:**

**Dra. Brisa G. Monroy Cortés**

**Tutor metodológico:**

**Dra. Laura González Macías**

Ciudad de México

2021



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**

A mis tutoras las doctoras Brisa Monroy, Laura González y María de Lourdes García Anaya quienes me acompañaron y guiaron en la elaboración de esta tesis con su experiencia, conocimiento y sobre todo escuchando y aportando ideas sobre un tema que a las cuatro nos apasiona.

A los participantes del Instituto Nacional de Psiquiatría quienes fueron fundamentales en este proyecto por su cooperación y confianza.

Al Instituto Crisol de Terapia Familiar quien en estos años me ha acompañado en la formación como terapeuta familiar y hoy agradezco tener esta nueva perspectiva que se une y enriquece a la aprendida en los últimos años en mi querido Instituto Nacional de Psiquiatría.

A mi amiga Nicté Cavazos, quien además de mi colega se ha vuelto una hermana en estos proyectos que hemos emprendido.

Y, por último, a mis padres, sin los cuales cada una de estas palabras y logros no serían posibles.

## Índice

Resumen final .....	5
<b>Antecedentes</b>	
1. El fenómeno suicida.....	7
-Introducción.....	7
-Datos epidemiológicos.....	8
-Etiología.....	9
-Factores de riesgo .....	10
2. Conducta suicida, familia y dinámica familiar. ....	13
3. Emoción expresada .....	18
4. Conducta suicida y emoción expresada.....	21
5. El modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales .....	22
6. Evaluación del riesgo suicida: El triage psiquiátrico.....	26
<b>Metodología</b>	
1. Planteamiento del problema.....	29
2. Justificación.....	30
3. Preguntas de investigación.....	30
4. Objetivos.....	30
a. Objetivos generales	
b. Objetivos específicos	
5. Hipótesis.....	30
a. Hipótesis verdadera	
b. Hipótesis nula	
6. Material y métodos .....	31
a. Tipo de estudio	
b. Tamaño de la muestra	
c. Población	
d. Criterios de inclusión	
e. Criterios de exclusión	
f. Criterios de eliminación	
g. Definición conceptual y operacional de las principales variables del estudio.	
h. Escalas de medición	
i. Escala FACES III	
1. Método de Aplicación.	
ii. Escala Cuestionario Familiar	
1. Método de Aplicación.	
iii. Escala riesgo suicida de Senties	
1. Método de Aplicación	
7. Procedimientos.....	42
a. Análisis estadístico	
b. Recursos humanos, materiales y cronograma de actividades	
Consideraciones éticas .....	47
Resultados .....	48
a. Variables Sociodemográficas	
b. Variables Clínicas	
a. Diagnóstico Principal al Egreso	
b. Número de Diagnósticos al Egreso	

c. Destino del paciente al Egreso	
d. Escala de Riesgo Suicida	
e. Número de Intentos Suicidas	
f. Tiempo de Evolución del Padecimiento Actual	
c. Variables Familiares	
a. Tipo de Familia Según Integrantes	
b. Tipo de Familia Según la Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES)	
i. Cohesión Familiar	
ii. Adaptabilidad Familiar	
c. Emoción Expresada	
Discusión .....	64
Consideraciones y Limitaciones .....	70
Conclusiones .....	71
Referencias .....	72
Anexos .....	78
a. Escalas de evaluación.	
b. Cartas de Consentimiento Informado	
c. Carta de autorización para tomar datos de la base de datos de APC.	

## **Resumen final**

### ***Antecedentes***

El análisis multicausal de la conducta suicida incluye factores personales, interpersonales y biológicos en interacción con factores circunstanciales y psicosociales. Dentro de los factores psicosociales, se sabe que la familia tiene un lugar privilegiado en la formación de la personalidad y los mecanismos de afrontamiento en las personas.

La dinámica familiar puede ser evaluada de diferentes formas, por lo general suele ser de utilidad la valoración de las jerarquías, alianzas, límites, funciones y control de situaciones. La cohesión y la adaptabilidad de una familia, son parámetros que tienen utilidad en la evaluación relacional de la familia. Estos puntos son abordados en el Modelo Circumplejo de Olsen, en el cual identifica de acuerdo a la cohesión familiar cuatro tipos familiares: Desprendidas, separadas, unidas y enredadas. Y en cuanto a su capacidad de adaptación como: caóticas, flexibles, estructuradas y rígidas.

La emoción expresada (EE) se refiere a la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, hostilidad y sobre involucramiento que uno de los familiares expresa acerca de uno o varios miembros de la familia.

Las expresiones emocionales más características comprenden: comentarios críticos, hostilidad y exceso de involucramiento afectivo. La crítica implica intolerancia y desaprobación, el sobre involucramiento sugiere intrusividad y control, que incluyen niveles altos de ansiedad en el paciente.

En la práctica diaria observamos pacientes/ usuarios quienes constantemente acuden al servicio de Atención Psiquiátrica Continua con conducta suicida. Sabemos que el antecedente de un intento de suicidio, especialmente uno reciente, se traduce en uno de los mayores factores de riesgo para un nuevo intento de suicidio o bien para un suicidio consumado.

Con frecuencia en los pacientes/ usuarios quienes acuden con conducta suicida evaluamos factores clínicos, tendiendo a subestimar el papel de la familia y la actitud de ésta hacia el paciente y su padecimiento.

En estudios previos se ha encontrado que tanto una dinámica familiar desorganizada como una alta emoción expresada puede favorecer e incluso predecir que la conducta suicida pueda volver a presentarse o perpetuarse.

### ***Objetivo***

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar a mayor profundidad los factores psicosociales que pudieran intervenir en la conducta suicida, tanto en la dinámica familiar como en la emoción expresada que observamos en diferentes grupos. Los cuales suponemos podrían tener una diferencia significativa por presentar mayor riesgo aquellos quienes acuden con un intento de suicidio reciente contra quienes acuden con ideación suicida.

El poder conocer más sobre factores psicosociales nos permitiría poder medir con mayor objetividad el riesgo de suicidio que presentan nuestros pacientes/ usuarios, ya que en ocasiones la decisión del sitio en donde el paciente llevará su tratamiento puede verse influida por estos factores y no contamos con un método de evaluación objetivo del mismo.

## ***Materiales y métodos***

Se realizó el estudio mediante la aplicación de cuestionarios a los usuarios/ pacientes que acuden a consulta al servicio de APC del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Como parte normal del procedimiento, el médico adscrito o residentes de mayor jerarquía realizan el triage psiquiátrico, en donde se clasifican a los pacientes. De dicha valoración se podrán reclutar a los dos grupos de estudio.

Los Pacientes/ usuarios que son clasificado como “Amarillo 17” representan el grupo de “Intento de suicidio”. A quienes se les asigna “Amarillo 18” representan al grupo de “Ideación suicida.

Una vez asignados, quienes cumplan con los criterios de inclusión serán invitados al estudio. En caso de consentir su participación se aplicarán las escalas FACES III y Cuestionario Familiar en el familiar responsable.

El resto de la información necesaria se obtuvo de la nota de APC que se genera tras la atención en el servicio.

## ***Análisis estadístico***

Para el análisis estadístico se realizó la descripción de las características demográficas y clínicas con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E) para las variables continuas.

Para la comparación entre grupos se empleará Chi Cuadrada ( $\chi^2$ ) para el contraste de las variables categóricas.

El nivel de significancia se fijará en una  $p \leq 0.05$ .

## ***Resultados y Conclusiones***

En el grupo de ideación suicida la estructura familiar más frecuente fue la desprendida estructurada y la desprendida rígida y en el grupo de intento de suicidio la estructura familiar más frecuente fue la desprendida flexible.

El tipo de estructura familiar resultó ser significativa con un valor de  $\chi^2 (1, N = 3.84) = 12.91, p < 0.05$

La estructura familiar desprendida resultó asociarse con un valor de  $\chi^2 (1, N = 3.84) = 5.88, p < 0.05$

La emoción expresada de la familia no resultó asociarse significativamente con una conducta suicida en específico para el grupo de ideación y el grupo de intento de suicidio.

El grupo de ideación suicida presentó familias menos balanceadas comparada con el grupo de intento de suicidio, sin embargo, esta diferencia no alcanzó a ser estadísticamente significativa, pero puede sugerir que los pacientes con ideación suicida se pudieran estar subestimando el ambiente familiar en el que se desenvuelven.

## **Antecedentes**

### **1. El fenómeno suicida**

#### **Introducción.**

El término *suicidio* proviene del latín y significa “matarse a sí mismo”. Existe una diferencia, no obstante, entre las intenciones suicidas y la puesta en práctica. Algunas personas tienen ideas de suicidarse que nunca llevan a cabo; otras hacen planes durante días semanas o incluso años antes de actuar y otras se quitan la vida aparentemente de forma impulsiva y sin premeditar. (Sadock, Benjamin James. Sadock, Virginia Alcott, Ruiz, 2015)

La conducta suicida incluye de igual forma los pensamientos y actos “no fatales” los cuales se clasifican específicamente en tres categorías (Matthew K. Nock, Guilherme Borges, Evelyn J. Bromet, Christine B. Cha, Ronald C.Kessler, 2008):

**Ideación suicida:** Se refiere a los pensamientos de involucrarse en alguna acción con la intención de terminar su vida.

**Plan suicida:** Se refiere a la formulación de un método específico mediante el cual se pretende morir.

**Intento de suicidio:** Se refiere a las conductas potencialmente lesivas con las cuales se tenía la intención de morir.

El suicidio puede entenderse a través diferentes perspectivas desde la religiosa, filosófica y sociológica hasta la psicológica y la biológica. El suicidio ha existido desde el principio de la historia y las actitudes frente a él han variado desde la condena hasta la tolerancia, según la época y la cultura. Por ejemplo, en las antiguas culturas orientales el suicidio constituía una manera honorable de morir y salvaguardar el honor, mientras que en la tradición judeo-cristiana es considerado incluso como un pecado. (Echeburúa, Vasco, & Ehu, 2015)



## **Datos epidemiológicos**

Según los datos reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cerca de 800 000 personas se suicidan cada año, estimando que una persona muere por suicidio cada 40 segundos. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

El 79% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos y México es un país en donde estas cifras van en aumento, contrario a las estadísticas reportadas en el resto del mundo. Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) de 2016 se produjo un incremento del 16% de suicidios en los años comprendidos entre 2000 y 2017. El mayor aumento se encuentra en mujeres mexicanas y entre jóvenes de 10 a 19 años y de 30 a 49 años. (Guilherme Borges et al., 2019)

Es sabido que por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Las cuales con frecuencia suelen ser poco identificadas por el bajo registro que existe al respecto (G. Borges, Orozco, Benjet, & Medina-Mora, 2010).

Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante, por lo que conocer la presencia de ideación e intento de suicidio favorecerá la prevención del mismo. (Matthew K. Nock, Guilherme Borges, Evelyn J. Bromet, Christine B. Cha, Ronald C. Kessler, 2008)

En la ENCODAT 2016 se buscó propositivamente la prevalencia de estos aspectos. Se encontró que la prevalencia general de ideación suicida fue del 2.3%, planificación suicida de 0.8% e intento del 0.7%. Siendo la mayor prevalencia en mujeres jóvenes y el estado de Tabasco ocupó el primer lugar. (Guilherme Borges et al., 2019)

## **Etiología**

*Teoría de Durkheim:* Fue la primera contribución importante al estudio de las influencias sociales y culturales sobre el suicidio a finales del siglo XIX. El sociólogo francés Emile Durkheim con la intención de explicar los patrones estadísticos dividió los suicidios en tres categorías sociales:

*Egoísta:* Se aplica a personas que no están bien integradas en ningún grupo social. La falta de integración familiar explica por qué las solteras son más vulnerables al suicidio y por qué las parejas sin hijos son el grupo con mayor protección. Identificando que ambientes en donde existe una menor integración social este tipo de suicidio es más frecuente, como son los medios urbanos o la religión protestante.

*Altruista:* Se aplica a las personas cuya tendencia al suicidio deriva de una excesiva integración en su grupo y se sacrifica por el bien del grupo al que pertenece.

*Anómicos:* Personas cuya integración a la sociedad se encuentra alterada por una desintegración general de las referencias y valores de la sociedad y es ante la inestabilidad social ocurre el suicidio. (Sadock, Benjamin James. Sadock, Virigina Alcott, Ruiz, 2015)

*Teoría de Freud:* El suicidio representa la agresividad dirigida hacia el interior contra un objeto de amor introyectado ambivalentemente. Freud dudaba que existiera un suicidio sin el deseo previo reprimido de matar a alguien. (Sadock, Benjamin James. Sadock, Virigina Alcott, Ruiz, 2015).

*Teoría de Menninger:* Basándose en las ideas de Freud concibió al suicidio como un homicidio invertido debido a la ira del paciente contra otra persona con tres componentes de hostilidad: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. (Sadock, Benjamin James. Sadock, Virigina Alcott, Ruiz, 2015)

*Factores biológicos:* Se ha encontrado que menores concentraciones de serotonina al igual que una disminución en las concentraciones de 5-HIAA (ácido 5-hidroxiindolacético) en líquido cefalorraquídeo se asociaba a conducta suicida.

*Factores genéticos:* La conducta suicida, como otros trastornos psiquiátricos tienden a presentar una incidencia familiar, en estos pacientes los antecedentes familiares suicidas aumentan el riesgo del mismo.

*Estudios en gemelos:* En un estudio de 1991 con parejas de gemelos que se habían suicidado encontraron una concordancia suicida en ambos gemelos de 11.3% frente a 1.8%. Lo cual sugiere que la implicación de factores genéticos en la conducta suicida, sin embargo encuentran que factores sociales pueden actuar como potenciadores de estas conductas.(Sadock, Benjamin James. Sadock, Virginia Alcott, Ruiz, 2015)

### **Factores de riesgo para la conducta suicida**

*Diferencias entre sexos:* La frecuencia de suicidio en los hombres es cuatro veces superior a la de las mujeres, a pesar de que los intentos de suicidio y la ideación suicida es tres veces mayor en las mujeres. (Sadock, Benjamin James. Sadock, Virginia Alcott, Ruiz, 2015)

*Edad:* En los hombres la incidencia máxima de suicidio se observa a partir de los 45 años y en las mujeres después de los 55. Las personas mayores tienen menos intentos de suicidio que los jóvenes, pero consiguen su objetivo más frecuentemente. A pesar de lo anterior el suicidio ocupa el tercer lugar en causa de mortalidad en jóvenes. En la actualidad la mayoría de los suicidios ocurren entre los 35 y los 64 años.

*Estado civil:* El matrimonio disminuye el riesgo de suicidio de forma significativa sobre todo cuando se convive con hijos. Los hombres divorciados tienen tres veces más posibilidad de suicidarse que las mujeres divorciadas.

*Salud física:* Los cuidados médicos previos son un indicador que se relaciona positivamente con el riesgo de suicidio. Una tercera parte de los suicidas recibieron atención médica en los seis meses previos a su muerte y se ha calculado que la enfermedad física contribuye de manera importante al suicidio en cerca de la mitad de los casos. (Sadock, Benjamin James. Sadock, Virginia Alcott, Ruiz, 2015)

*Enfermedad mental:* Casi el 95% de las personas que se suicidan o lo intentan presentan un trastorno mental diagnosticado, los trastornos depresivos suponen el 80%, la esquizofrenia el 10% y la demencia el 5%. De todas las personas con trastornos mentales, el 25% presentan también dependencia al etanol.

El riesgo de suicidio en los pacientes psiquiátricos es de 3 a 12 veces mayor que el de las personas sin problemas mentales. (Sadock, Benjamin James. Sadock, Virginia Alcott, Ruiz, 2015)

Los factores de riesgo que se han descrito en México en población adulta y en adolescentes son en muchos aspectos similares a lo descrito en la literatura internacional, e incluyen al sexo femenino, a los más jóvenes, a aquéllos que no están casados o con una pareja, diferentes trastornos mentales y eventos negativos de la vida. (Guilherme Borges, Ricardo Orozco, 2012)

Investigaciones previas han mostrado que hasta 20% de las personas con ideación suicida tienen un intento en el mismo año. (Kessler, Berglund, Nock, Wang, & Page, 2005)(Wen-Hung, Gallo, & Tien, 2001). Además de que una persona que cometió un intento de suicidio durante los próximos tres meses tiene un riesgo incrementado de cometer otro intento. (Sadock, Benjamin James. Sadock, Virginia Alcott, Ruiz, 2015)

En un estudio realizado en México en el 2007 se estudiaron los factores de riesgo y prevalencia de ideación suicida en adolescentes de escuelas públicas encontrando que

47% reportó al menos un síntoma de ideación; 9% refirieron antecedente de intento. Los factores asociados a la conducta suicida fueron: poca confianza en la comunicación hacia los padres (RM=1.30, RM=1.54); abuso sexual (RM=1.92, RM=1.57), sintomatología depresiva (RM=5.36, RM=1.51), consumo de tabaco (RM=1.30, RM=2.57), alcohol (RM=1.60, RM=1.31) y, para las mujeres, haber tenido relaciones sexuales (RM=1.28, RM=1.65). (Berenice Pérez- Amezcua, Leonor Rivera-Rivera, Erika E Atienzo, Filipa de Castro, Ahidee Leyva-López, M en C, 2010)

En México en el año 2012 el Dr. Borges realizó un estudio de prevalencia con la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 con el objetivo de desarrollar un índice de riesgo de los intentos de suicidio en los últimos 12 meses dentro de un grupo de personas con ideación suicida. Encontrando que en general, los no católicos, las personas que viven fuera de las tres grandes zonas metropolitanas (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey) y los migrantes de regreso presentaron incrementos en el riesgo.

Encontraron también que las variables socioeconómicas consistentemente sugieren que aquellas personas en mejores niveles (como, por ejemplo, con mayor nivel salarial) tienen un riesgo más bajo, aunque éstos no alcanzaron significancia estadística.

Se observa que el abuso/dependencia del alcohol, la presencia de problemas relacionados con el uso de drogas, la sintomatología depresiva moderada, problemas de conducta, el abuso sexual y la violencia ejercida por la pareja provocan incrementos en el riesgo de presentar un intento de suicidio entre aquellas personas que tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses. Además, se ve el papel tan importante de la presencia de un plan suicida, que incrementó el riesgo de intento de suicidio en 24 veces.

Se encontró que las personas que no están casadas ni viven en unión libre, las de menor escolaridad, los grupos más jóvenes y los subempleados tienen, en general, riesgos más elevados de presentar conducta suicida

Los hallazgos de este estudio están limitados ya que no se evaluaron trastornos psiquiátricos a excepción de si se habían detectado síntomas depresivos, problemas de conducta y consumo de alcohol y drogas. Tampoco se incluyeron factores de la historia familiar (historia de esquizofrenia o trastorno bipolar), psicológicos (desesperanza), sociales (falta de una red de apoyo social) o biológicos (funcionamiento serotoninérgico), que se sabe están asociados con conductas suicidas. (Guilherme Borges, Ricardo Orozco, 2012)

## **2. Conducta suicida, familia y dinámica familiar.**

Actualmente existe una tendencia al predominio del análisis multicausal y evolutivo del fenómeno suicida, que confiere relevancia a factores personales, interpersonales y biológicos en interacción con factores circunstanciales y psicosociales que actúan como desencadenante de la conducta suicida.

Uno de estos factores psicosociales es la familia, que desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos.

Además la familia actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar (FF) (Horwitz, N, Florenzano R, 1985).

Este funcionamiento lo comprendemos con una dinámica relacional que se establece entre los miembros de una familia permitiendo que esta funcione positivamente, cumpla sus funciones y permita la expresión y desarrollo de la individualidad.

La sociedad mexicana tiende a percibir a la familia como un espacio en donde prevalecen aspectos positivos vinculados al amor, comprensión y felicidad, así como a un lugar donde los integrantes que la conforman se encuentran a salvo de cualquier malestar; sin embargo esta concepción es una imagen idealizada que muchas veces no toma en cuenta otros fenómenos que suceden en la vida familiar, tales como conflictos, crisis o luchas de poder (Oudhof, 2014).

La UNICEF define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio". El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. (Gennarini, 2016)

La familia difiere de otros grupos humanos en muchos aspectos como la duración, la intensidad de los lazos afectivos que unen a sus integrantes y las funciones que estos desempeñan. Las características psicológicas de las familias son más que la suma de las personalidades individuales de sus miembros. (Sauceda García, 2003)

Con fines prácticos se puede decir que la organización familiar está formada por los siguientes elementos (Sauceda García, 2003):

- **Jerarquía:** Se refiere a los diferentes niveles de autoridad de los individuos y los subsistemas dentro del grupo familiar. El buen funcionamiento de la familia se facilita cuando el subsistema de los padres ostenta la mayor jerarquía o autoridad. Esto no excluye la conveniencia de tomar en consideración las opiniones de los hijos y otros familiares.
- **Alianzas:** Las alianzas son asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más familiares. La alianza fundamental que constituye la base del buen funcionamiento

del grupo es la que se establece entre el padre y la madre, sobre todo en lo que se refiere a las reglas de la convivencia y la educación de los hijos.

Si la alianza tiene el objetivo de perjudicar a un tercer integrante de la familia se llama coalición.

En general las alianzas más funcionales son abiertas y se forman entre familiares de la misma generación y el mismo sexo.

- **Límites:** Se refieren a aspectos de cercanía o distancia entre diversas personas o subsistemas. Se trata de membranas imaginarias que regulan el contacto con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomías, etc. Los límites firmes determinan cierta separación y promueven la autonomía relativa. Sin embargo, los límites funcionales también conservan cierta permeabilidad para permitir acercamientos y expresiones de afecto. Estos límites se ven influidos por la cultura. En general en México y en las familias latinoamericanas se observa mayor cercanía y expresividad de afecto que en las familias anglosajonas en donde las relaciones interpersonales son más distantes.
- **Funciones:** Las funciones o papeles son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas entre los familiares y que promueve la realización de tareas que permiten la vida en familia. Se debe tener en cuenta que los papeles en general dependen en gran medida por el contexto sociocultural de donde proviene la familia. En términos generales se considera funcional cuando de manera consistente el miembro de la familia se ve a sí mismo de igual forma a como lo ven el resto de los integrantes de la familia, entendiendo claramente cuál es su papel dentro del subsistema. Lo deseable es que los papeles permitan el desarrollo del individuo dentro de la familia y que exista la suficiente flexibilidad en la asignación de funciones de manera que sea posible hacer modificaciones cuando sea necesario.



- **Control del comportamiento:** Es necesario para que los papeles y las tareas de la vida diarias se desempeñen satisfactoriamente. Su consistencia, basada en la claridad de las reglas permite a los familiares saber que esperar los unos de los otros sin sacrificio de la individualidad y la espontaneidad. El control funcional es benévolo y también es efectivo. Descansa o se apoya en el consenso con el hijo cuando esto es posible pero también refuerza los límites si es necesario. Las formas no funcionales por su parte incluyen la sobreprotección parental, la supervisión inadecuada o negligencia, la privación experiencial y otras presiones parentales desviadas.

Las pautas de interacción familiar se transmiten de una generación a otra, de manera consciente e inconsciente, lo que posibilita que a través del aprendizaje se perpetúen modelos negativos de funcionamiento familiar que constituyen factores de riesgo familiares esenciales para la conducta suicida, ellos son: la desorganización familiar en lo que respecta a un consenso de normas, sentimientos de falta de comunicación y hostilidad entre sus miembros, las riñas familiares constantes por parejas en permanente desacuerdo y disputa con agresión física o psicológica, la familia destruida por abandono físico o emocional de alguno de los padres o de ambos, los sentimientos de rechazo familiar unido a cogniciones disfuncionales familiares y la presencia frecuente en ambos padres de sentimientos de desesperanza y pesimismo acompañados de actitudes y conductas pasivas ante su propia vida y la familia. (Reyes & Miranda, 2001)

Existen pocos estudios que han abordado el impacto de la dinámica familiar en la conducta suicida, siendo la mayoría de ellos enfocados a adolescentes.

En un estudio realizado en Cuba en 2001 encontraron que las familias de una persona con intento suicida se caracterizaron por la falta de unidad física y emocional ante situaciones de la vida cotidiana, incapacidad para establecer comunicaciones claras y directas entre sí

y para expresar adecuadamente emociones positivas o negativas, escasa habilidad para negociar conflictos y déficits de recursos para afrontar las crisis, para dar y recibir ayuda y realizar cambios a su interior en función de las circunstancias. (Reyes & Miranda, 2001)

Estas características coinciden con las de las familias denominadas "conflictivas", en las que el clima está marcado por emociones y sentimientos negativos que se traducen en hostilidad, resentimiento o frialdad afectiva, aun cuando socialmente mantengan un comportamiento aceptable (Horwitz, N, Florenzano R, 1985)

En otras investigaciones previas del mismo grupo encontraron que las familias de los sujetos suicidas tienden a ser más rígidas para hacer cambios en cuanto a las reglas explícitas o implícitas, los roles y las estructuras de poder, lo que conlleva a que no sean capaces de actualizar su funcionamiento en dependencia de las exigencias que se les presenten.

En las familias de los suicidas se observó la presencia de variables que dificultaban su cohesión como son las relaciones hostiles y la baja tolerancia, lo cual hacía que los sujetos tuvieran una pobre percepción de apoyo social. Encontrándose por varios autores que las familias de pacientes suicidas tienden a ser desligadas. (Rojas & Saavedra, 2014)(Lucero, César, & Alcaráz, 2013)

En 2006 en un estudio en Perú aplicando la escala FACES III buscaron la presencia de ideación suicida en jóvenes de 15 a 24 años y su asociación con pertenecer a familias de muy bajos y muy altos niveles de cohesión familiar. Las familias fueron, según el nivel de cohesión familiar, desligada (22%), separada (32%), conectada (31%) y amalgamada (15%). Al asociar ideación suicida y familia desligada se obtuvo un OR de 2,17 (IC95 1,26-3,74) en adolescentes y 1,35 (IC95 0.21-8.64) en adultos jóvenes. Se identificaron otros

factores de riesgo en ambos subgrupos como el antecedente familiar de intento suicida y el hecho de vivir solo.(Muñoz M & Pinto M, 2006)

En México se realizó un estudio en 2003 buscando correlatos psicosociales en adolescentes de nivel secundaria encontrando que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con padre/madre, y reportan que sus padres discuten por problemas económicos; tienen menor autoestima y no tienen una buena relación con padre/madre; son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas. (Ángel et al., 2003).

Las familias de los suicidas se caracterizaron por dificultades en la comunicación intrafamiliar, tanto de los afectos como en el área instrumental, predominando la comunicación indirecta y enmascarada, así como también la falta de congruencia entre los mensajes verbales y no verbales. (Reyes & Miranda, 2001).

Como vemos se ha encontrado que no únicamente es la configuración de la familia la que confiere un mayor riesgo para que una persona presente cierta conducta suicida, sino también o quizás en mayor medida la actitud que esta tiene hacia el paciente. Son precisamente sentimientos negativos hacia la persona a lo que llamamos la emoción expresada.

### **3. Emoción expresada**

La emoción expresada (EE) se refiere a la evaluación de la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, hostilidad y sobre involucramiento que uno de los familiares expresa acerca de uno o varios miembros de la familia. (Domínguez-Martínez et al., 2016)

La investigación sobre la emoción expresada fue desarrollada a partir de los estudios de las familias de personas con esquizofrenia en la década de los sesenta por Brown y

colaboradores (1962), empezaron a estudiar los factores de recaída y de reingreso en la población esquizofrénica y hallaron que las actitudes emocionales de los familiares hacia los pacientes estaban ligadas a las recaídas. Los resultados de sus investigaciones permitieron concluir que existen ciertas características de las relaciones familiares que no son deseables en el paciente con esquizofrenia y que la tipología familiar está relacionada con las recaídas psiquiátricas de los enfermos porque refleja el clima emocional que impera en el hogar. (Brown, G., Birley, J., & Wing, 1972)

Vaughn & Leff (1978) fueron los primeros en investigar las diferencias entre las familias con alta y baja EE. Estos autores diferenciaron a los familiares que mostraban una alta crítica y/o una marcada sobreimplicación emocional.

El grado de intrusión de la familia en la vida del paciente es una característica importante que diferencia a las familias de baja y alta EE, ya que quienes presentan altas puntuaciones tienen dificultades para dar autonomía, son intrusivos, escuchan menos eficazmente. (Vizcarro & Arévalo, 1984)

Las expresiones emocionales más características comprenden: comentarios críticos, hostilidad, exceso de involucramiento afectivo y aspectos positivos como la calidez, los cuales son percibidos en general como estresantes. La crítica implica intolerancia y desaprobación, el sobre involucramiento sugiere intrusividad y control, que incluyen niveles altos de ansiedad en el paciente y que se describen de la siguiente manera:

1. **La crítica:** Originalmente fue definida como aquellos comentarios o aseveraciones los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad del individuo a quién se refiere. Es decir, muestran aversión o desaprobación de la conducta o las características de una persona.

**2. El sobre involucramiento o sobreprotección.** Se presenta más comúnmente en los padres que en algún otro familiar; está compuesta por aspectos de sobreprotección o consentimiento, autosacrificio y malestar emocional. Es similar al trato que generalmente se le da a un niño sobreprotegido, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar. El paciente es visto como menos competente que antes y más vulnerable.

**3. La hostilidad.** Se presenta cuando existe crítica, por lo que tiene poco valor como predictor independiente. Se considera que está presente cuando el paciente es atacado por lo que es, más que por lo que hace, lo que refleja una dificultad para tolerar y algunas veces para comprender la situación del familiar enfermo. (VAUGHN, C. and LEFF, 1976)

**Características de las familias con baja y alta EE (Vaughn & Leff, 1976)**

	<b>Baja Emoción Expresada</b>	<b>Alta Emoción Expresada</b>
<b>Nivel Cognitivo</b>	-El paciente no puede controlar los síntomas -Bajas expectativas	-El paciente puede controlar los síntomas -Altas expectativas
<b>Nivel Conductual</b>	-Adaptativo, intentando resolver problemas -No intrusivo. -Evitando el conflicto	-Ineficacia en el manejo. -Intrusivo -Confrontación
<b>Nivel Emocional</b>	-Calma, autocontrol -Objetividad -Empatía	-Rabia y tensión intensa. -Subjetividad -Preocupación en torno a uno mismo.

**4. Conducta suicida y emoción expresada**

Aunque se han realizado pocos estudios en donde se analiza la emoción expresada y la conducta suicida, hay resultados que encuentran correlación entre la hostilidad, la crítica de la familia y la conducta suicida.

Pollard en 1996 estudió a dos grupos de adolescentes con diferentes trastornos psiquiátricos. Después de un seguimiento a 12 meses encontraron que la hostilidad familiar y la crítica estaban asociados con la presencia de intentos de suicidio. (Santos, Saraiva, & de Sousa, 2009)

José Carlos Santos en 2014 publicó un estudio en donde compararon adolescentes con conducta suicida y controles sanos. Encontraron que en el grupo de conducta suicida los niveles de emoción expresada, especialmente el sobre involucramiento emocional, tenía una diferencia estadística significativa comparada con los controles. Además de que se asoció con una recurrencia de la conducta suicida a 9 meses. (Santos et al., 2009)

En 2018, Jessica Hack y colaboradores realizaron el primer estudio en donde investigaron el efecto de la emoción expresada entre los cuidadores primarios y el impacto que este tiene en las autolesiones no suicidas. Encontrando que los predictores para que los pacientes continúen realizando conductas autolesivas se encontraban el estrés psicológico, la vergüenza y el sobre involucramiento emocional de la familia. (Hack & Martin, 2018)

En 2018, Satir realizó un estudio en Turquía para evaluar la emoción expresada y la probabilidad de suicidio en pacientes ambulatorios, en donde encontraron que niveles elevados de Emoción expresada aumenta la probabilidad de suicidio. (Demir, 2018)

Aunque estos conceptos sobre las relaciones familiares y la actitud de los miembros de la familia al paciente resultan fundamentales, es en ocasiones complicado evaluar de manera objetiva estos aspectos. A partir del estudio a profundidad de las relaciones familiares se

han desarrollado modelos que ayudan a entender mejor el funcionamiento familiar como es el Modelo Circumplejo de Olsen.

## **5. El modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales**

El Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares fue desarrollado por David Olsen en 1989 en un intento por cerrar la brecha que típicamente existe entre la investigación teórica y la práctica. Se trata de uno de los modelos más importantes para el estudio del funcionamiento familiar e integra una variedad de conceptos utilizados en la terapia familiar.

El modelo es particularmente útil para el "diagnóstico relacional" porque está enfocado en el sistema e integra tres dimensiones que en repetidas ocasiones se han considerado altamente relevantes en una variedad de teorías familiares: La cohesión familiar, la adaptabilidad y la comunicación.

A partir de esto se establecen niveles de adaptabilidad y de cohesión y en su interrelación se obtienen 16 diferentes tipos posibles de familia, los cuales a su vez pueden agruparse en Balanceadas, Rango medio y No-Balanceadas. Esto se mide gracias a las escalas de funcionamiento familiar "The Family Adaptability and Cohesion Scales" (FACES). (Olson, 1993)

### **Dimensiones del modelo:**

#### **-Cohesión**

La cohesión familiar mide el grado en el cual los miembros familiares están separados o conectados entre ellos. Es el vínculo emocional entre los miembros y el grado de autonomía individual de los mismos.

1. **Desprendidas:** Se da una ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, poca lealtad, muy poca interacción entre sus miembros, alta independencia personal y los miembros rara vez pasan tiempo juntos. Se toman

decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia y existen intereses desiguales.

2. **Separadas:** En este tipo de familias se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una tendencia hacia la independencia. Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal. Los límites paterno-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos. El tiempo individual es importante, pero pasan parte de su tiempo juntos. Las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas. Existe interés fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia y las actividades recreativas se lleva de forma separada.
3. **Unidas:** Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento, pero se permite la distancia personal. Las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía paterno-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los intereses comunes y se prefiere la recreación compartida más que la individual. Son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia a la independencia.
4. **Enredadas:** Se caracterizan por una cercanía emocional extrema, se demanda fidelidad y lealtad a la familia, existe un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones paterno-filiales, hay falta de



límites generacionales, falta de separación personal, la mayor parte del tiempo la pasan juntos, se percibe poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia más que los personales y los intereses conjuntos se dan por mandato.

### **-Adaptación**

La adaptación familiar tiene que ver con la magnitud en la cual el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Esto se mide a través de la estructura familiar, el poder, la asertividad, el control, las formas y estilos de negociaciones, los roles, las reglas de relación y la retroalimentación tanto positiva como negativa.

1. **Rígida:** El liderazgo es autoritario, con roles fijos, una disciplina estricta y ausencia de cambios. Existe un fuerte control parental y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos y las reglas y se hacen cumplir estrictamente sin existir la posibilidad de cambio.
2. **Estructurada:** El liderazgo es autoritario siendo algunas veces igualitario, así como los roles en algunas ocasiones con compartidos. Existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa siendo previsible sus consecuencias, los padres toman las decisiones. Las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente y son pocas las que cambian.
3. **Flexible:** Liderazgo y roles compartidos, disciplina severa y democrática negociándose sus consecuencias. El liderazgo es igualitario, permite cambios, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad y algunas cambian.

4. **Caótica:** Se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos. En este tipo de familia son frecuentes los cambios de las reglas y estas se cumplen inconsistentemente.

Dentro de los niveles centrales de cohesión y adaptabilidad, los extremos como las familias desprendidas, enredadas, caóticas o rígidas son consideradas como *familias desbalanceadas o problemáticas*, y los medios como las familias separadas, unidas, flexibles y estructuradas están consideradas como *familias facilitadoras*.

Un sistema equilibrado significa que la familia puede actuar conforme a los extremos de la dimensión cuando sea apropiado, pero no permanecerá en esos patrones por largos periodos de tiempo. Como resultado de su estilo de funcionamiento, las familias equilibradas tienen un repertorio más amplio de conductas y mayor capacidad de cambio que las familias extremas. (Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, 1979)

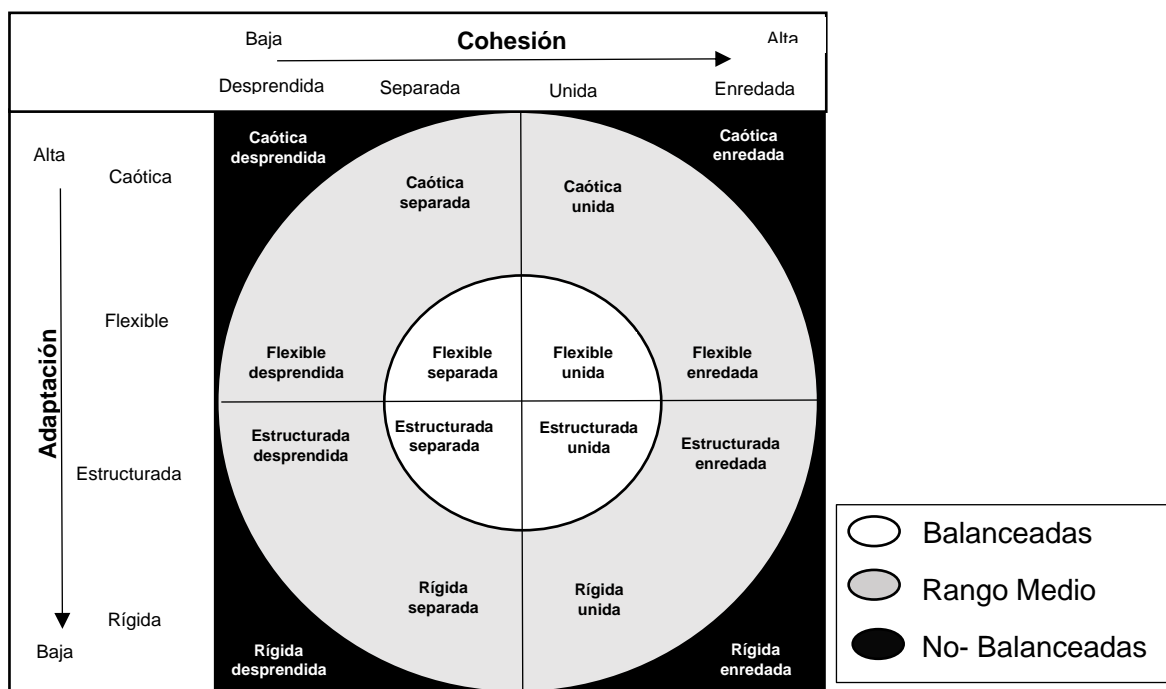


Figura 1. Mapa familiar del Modelo Circunflejo de Olson. Adaptado de Olson, D. H. (2000)

## **6. Evaluación del riesgo suicida: El triage psiquiátrico.**

El suicidio es la principal urgencia psiquiátrica, no solo por su alta frecuencia sino también por las implicaciones que este tiene en la familia, los médicos que atendían al paciente, aspectos legales, etc. A pesar de que el psiquiatra proporcione una atención óptima el suicidio es imprevisible, sin embargo, el conocimiento de factores precipitantes al igual que la identificación de paciente en riesgo ayuda a disminuir esta incertidumbre.

En 2008 se desarrolló en el Instituto Nacional de Psiquiatría el Triage Psiquiátrico (Molina-lópez, Cruz-islas, Palma-cortés, & Guizar-sánchez, 2016). El cual es un instrumento que categoriza las Urgencias Psiquiátricas en una de cinco categorías posibles de riesgo representadas por un color. Además de 32 posibles condiciones que pueden presentarse en un servicio de urgencias, ya sea médicas u hospitalarias.

Para investigar sobre la validez y confiabilidad del Triage Psiquiátrico, se llevó a cabo el Proyecto de Investigación: "Estudio Piloto de un instrumento de Triage Psiquiátrico", realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría del 1° de diciembre de 2008 al 1° de diciembre de 2009. En este estudio se incluyeron un total de 7631 sujetos, encontrando una asociación significativa entre color del Triage con la referencia y la conducta suicida ( $\chi^2=1860$ ,  $p=0.0001$ ). Se encontró correlación significativa con la puntuación de la Crisis Triage Rating Scale con el color ( $r=0.646$ ,  $p<0.001$ ) y la puntuación ( $r=0.704$ ,  $p<0.0001$ ) del Triage Psiquiátrico. El coeficiente de Correlación Intraclassa para evaluar la confiabilidad del Triage Psiquiátrico fue el mayor ( $ICC=0.98$  IC 95%)(Alejandro Molina Lopez, 2016).

NIVEL DE SEVERIDAD, CONDICION Y ACCION				
Marrón Emergencia Médica	Rojo Urgencia Psiquiátrica Riesgo Alto	Amarillo Urgencia Psiquiátrica Riesgo Medio	Verde Urgencia Psiquiátrica Riesgo Mínimo	Blanco Urgencia Sentida Riesgo Nulo
Médica Crítica	Psiquiátrica Crítica	Psiquiátrica Vulnerable	Psiquiátrica Estable	Psiquiátrica mínima
Referencia	Restricción	Estabilización	Contención	Derivación
<b>SOPORTE BASICO VITAL</b>				
01	Paciente inconsciente con "CAB" inestable			
02	Paciente confuso, con "CAB" inestable			
<b>CONDICIONES MEDICAS COMPLICADAS Y GRAVES</b>				
03	Cuadro neuropsiquiátrico reciente con deterioro cognitivo o motor de inicio súbito			
04	Fluctuaciones de alerta con Signos Vitales o Laboratoriales alterados o desconocidos			
05	Cuadro convulsivo reciente sin estudios o tratamientos previos			
06	Inestabilidad estructural o funcional secundario a daño físico o químico			
<b>INTOXICACION O ABSTINENCIA POR SUBSTANCIAS</b>				
07	Intoxicación o abstinencia en estado inconsciente o confuso			
08	Intoxicación o abstinencia con síntomas autonómicos			
09	Intoxicación o abstinencia sin síntomas autonómicos			
<b>AGRESIVIDAD HETERODIRIGIDA (Grita, Insulta, Golpea, Amenaza)</b>				
10	Golpea o intenta golpear deliberadamente con arma u objeto			
11	Golpea o intenta golpear deliberadamente con su cuerpo			
12	Amenaza con agresión física inminente sin llegar a golpear			
13	Grita, insulta o hace improperios sin llegar a amenazar o golpear			
14	Se muestra combativo, retador, beligerante o querulante			
<b>GESTO, IDEACION O INTENTO SUICIDA</b>				
15	Presenta actos deliberados de autolesión en la entrevista			
16	Refiere intención de autolesión en la entrevista			
17	Refiere haber presentado intentos o gestos suicidas en la última semana			
18	Refiere haber tenido ideación suicida en la última semana			
<b>AGITACION MAYOR NO AGRESIVA</b>				
19	Agitación Psicótica/Maniaca: Se muestra expansivo, disfórico, irritable, suspicaz y/o con actitud alucinada			
20	Agitación Ansiosa/Depresiva: Presenta crisis de angustia/lanto incoercible a la contención verbal			
21	Agitación Disociativo-Convertiva: Presenta síntomas sugestivos de disociación o crisis pseudoneurológica			
22	Agitación secundaria a efectos secundarios de medicamentos: Temblor, Acatasia, Rigidez, Distonia, Espasmos			
<b>AGITACION MENOR</b>				
23	Antecedentes de cuadros de agitación en la última semana y reducidos o remitidos en el momento actual			
24	Efectos secundarios menores de medicamentos que no afectan la funcionalidad motora			
25	Labilidad emocional durante el interrogatorio que no requiere intervención en crisis			
<b>HOSTILIDAD Y NEGATIVISMO</b>				
26	Demanda atención especial y/o impone sus propios procedimientos			
27	Hostil y/o reacio a contestar las preguntas o recibir atención			
<b>URGENCIA SUBJETIVA</b>				
28	Urgencia subjetiva con síntomas primordialmente físicos			
29	Urgencia subjetiva con síntomas primordialmente emocionales			
<b>PERSONAL, ADMINISTRATIVA U HORARIA</b>				
30	Motivos personales que le impiden ser atendido de forma habitual			
31	Motivos económicos que le impiden ser atendido de forma habitual			
32	Motivos de horario que le impiden ser atendido de forma habitual			

Figura 2. Triage Psiquiátrico. Tomado de Alejandro Molina-López, 2008.

El Doctor Molina-López de junio de 2008 a Julio de 2009 realizó un estudio sobre la implementación del Triage Psiquiátrico en el Instituto Nacional de Psiquiatría, completando una muestra de 13259 sujetos.

Del 1° de octubre de 2008 al 30 de junio de 2009, las visitas en el servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría, resultaron el 54% verdes (riesgo mínimo), 21.3% amarillas (riesgo medio), 21.2% blancas (riesgo nulo), 3% rojas (riesgo alto) y 0.5% marrones (Emergencia médica). Durante este periodo la oferta de atención del servicio fue de 24 horas del día, los 365 días del año. (Alejandro Molina Lopez, 2016).

Los resultados de este estudio arrojaron que los usuarios en Urgencias Psiquiátricas de más riesgo tienen mayor edad, riesgo suicida, referencias a otras unidades y requieren mayor tiempo de atención. Las urgencias de riesgo medio (Amarillas) fueron más frecuentes en mujeres y las urgencias de riesgo nulo (Blancas) fueron más frecuentes en hombres.

## **Metodología**

### **1. Planteamiento del problema**

El análisis multicausal de la conducta suicida incluye factores personales, interpersonales y biológicos en interacción con factores circunstanciales y psicosociales.

En la práctica diaria observamos pacientes/ usuarios quienes constantemente acuden al servicio de Atención Psiquiátrica Continua con conducta suicida. Sabemos que el antecedente de un intento de suicidio, especialmente uno reciente, traduce en uno de los mayores factores de riesgo para un nuevo intento de suicidio o bien para un suicidio consumado.

Con frecuencia los pacientes/ usuarios quienes acuden con conducta suicida evaluamos factores clínicos, tendiendo a subestimar el papel de la familia y la actitud de esta hacia el paciente y su padecimiento.

En estudios previos se ha encontrado que tanto una dinámica familiar desorganizada como una alta emoción expresada puede favorecer e incluso predecir que la conducta suicida pueda volver a presentarse o perpetuarse.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que han surgido, la información es poca y ninguno de estos estudios se han realizado en nuestro país.

Se desconoce el tipo de dinámica familiar que se presenta con mayor frecuencia en pacientes con conducta suicida en nuestro país, además de que pocas veces se realiza una evaluación objetiva de la misma, a pesar de que se sabe que la familia juega un papel privilegiado en la formación de la personalidad y los mecanismos de afrontamiento en las personas.

## **2. Justificación**

El suicidio es una de las principales causas de mortalidad en jóvenes. En nuestro país el suicidio consumado al igual que otras conductas suicidas van en incremento, por lo que conocer más sobre los posibles factores que puedan intervenir en la presencia de ideación e intento de suicidio favorecerá la prevención del mismo.

El presente estudio pretende evaluar a mayor profundidad los factores psicosociales que pudieran intervenir en la conducta suicida, tanto en la dinámica familiar como en la emoción expresada que observamos en diferentes grupos. Los cuales suponemos podrían tener una diferencia significativa por presentar mayor riesgo aquellos quienes acuden con un intento de suicidio reciente contra quienes acuden con ideación suicida.

El poder conocer más sobre factores psicosociales nos permitiría poder medir con mayor objetividad y eficacia el riesgo de suicidio que presentan nuestros pacientes/ usuarios, ya que en ocasiones la decisión del sitio en donde el paciente llevará su tratamiento puede verse influida por estos factores y no contamos con un método de evaluación objetivo del mismo.

## **3. Pregunta de investigación**

¿Cómo influye la dinámica familiar y la emoción expresada de la familia para que el paciente/usuario presente una conducta suicida (ideación o intento suicida)?

## **4. Objetivos**

### **a. Objetivos generales**

Evaluar la dinámica familiar y la emoción expresada en los pacientes/usuarios que acuden al servicio de APC con intento o ideación suicida.

### **b. Objetivos específicos**

Identificar el tipo de conducta suicida en los usuarios /pacientes que acuden al servicio de APC

Evaluar la dinámica familiar en los usuarios/pacientes que acuden al servicio de APC con intento o ideación suicida.

Evaluar la emoción expresada en los usuarios/pacientes que acuden al servicio de APC intento o ideación suicida.

Comparar la dinámica familiar entre el grupo de ideación suicida y el grupo de intento de suicidio.

Comparar la emoción expresada entre el grupo de ideación suicida y el grupo de intento de suicidio.

## 5. Hipótesis

- a. **Hipótesis verdadera H1:** Existen elementos en la dinámica familiar y la actitud de la familia hacia el padecimiento psiquiátrico de los usuarios/pacientes que acuden al servicio de APC, que predisponen a que tengan una conducta suicida más grave.
- b. **Hipótesis nula H0:** No existen elementos en la dinámica familiar y la actitud de la familia hacia el padecimiento psiquiátrico de los usuarios/pacientes que acuden al servicio de APC, que predisponen a que tengan una conducta suicida más grave.

## 6. Material y métodos

### a. Tipo de estudio

Estudio descriptivo, comparativo y transversal.

### b. Tamaño de la muestra



A partir de la siguiente fórmula se calculó una muestra de 123 sujetos (62 por grupo), considerando un intervalo de confianza del 95%, un poder estadístico del 80% y un nivel de significancia donde  $p < 0.05$ :

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

$p$  = Proporción aproximada del fenómeno en estudio de la población de referencia. A partir de la información proporcionada del servicio de APC en los primeros tres meses del 2019 se vieron 2116 pacientes, de los cuales 228 acudieron con intento de suicidio (10.77%) y 328 con ideación suicida (15.5%)

$q$  = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno ( $p+q=1$ )

$d = 0.05$

$N$  = Tamaño de la población.

Amarillo 17 (grupo intento de suicidio): 228

Amarillo 18 (grupo ideación suicida): 328

(Datos obtenidos del número de consultas atendidas en APC en el primer trimestre de 2019).

$Z = 1.96$

$n = 62$  por grupo

### **c. Población**

Pacientes/usuarios adultos que acuden al servicio de Atención Psiquiátrica Continua.

### **d. Criterios de inclusión**

#### **Generales**

Pacientes/ usuarios que acudan al servicio de APC

Mayores de 18 años

Que acudan acompañado de un familiar de primer grado que con conviva con el paciente.

Que consientan y asientan participar en el estudio a través de firmar un consentimiento informado.

#### **Grupo de Ideación suicida**

Haber presentado ideación suicida en la última semana

#### **Grupo Intento suicida**

Haber presentado intento de suicidio en la última semana.

#### **e. Criterios de exclusión**

Ser analfabeta

Escolaridad menor a primaria

Cualquier discapacidad física o mental que no permita la realización de pruebas

#### **f. Criterios de eliminación**

No concluir el estudio

Que no acepten la consulta de manera voluntaria en el servicio de APC.

Que no se recabe en la nota de APC las variables necesarias para el estudio.

**g. Definición conceptual y operacional de las principales variables del estudio.**

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Instrumento de medición</b>
	<b>Sociodemográficas</b>			
Edad	Cuantitativa escalar	Número de años cumplidos al momento de realizar la valoración.	años	Entrevista/ Expediente
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Condición orgánica femenina y masculina. (Real Academia de la Lengua Española)	Femenino Masculino	Entrevista/ Expediente.
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	La situación personal del individuo, de si se encuentra solo o en pareja. (Jurisprudencia Civil, 2016)	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre	Entrevista/ Expediente.
Escolaridad	Cualitativa ordinal	Ultimo nivel de estudios completado.	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado	Entrevista/ Expediente.
Ingreso familiar mensual total	Cuantitativa ordinal	Niveles socioeconómicos AMAI 2005 a partir del	E: \$0-2,699.00	Entrevista.

		total de ingreso familiar mensual. (AMAI, 2005)	D: 2700.00-6,799.00 D+: 6,800.00-11,599.00 C: 11,600-34,999.00 C+: 35,000-84,999.00 A/B: >85,000.00	
	<b>Clínicas</b>			
Diagnóstico principal al egreso de APC	Cualitativa nominal politómica	Diagnóstico que se asigna en el expediente electrónico al egreso según CIE-10.		Expediente
Número de diagnósticos psiquiátricos	Cuantitativa ordinal	Número de diagnóstico asignados según DSM-5 incluyendo personalidad.		Expediente.
Destino del paciente al egreso	Cualitativa nominal politómica	Sitio en donde se deriva al paciente al final de la atención en el servicio de APC.	Hospitalización Consulta externa Referencia	Expediente

Escala de riesgo suicida	Cualitativa ordinal.	Puntaje obtenido durante la valoración de la escala de Riesgo suicida de Sentíes.	Riesgo bajo Riesgo moderado Riesgo alto	Expediente. Escala de riesgo suicida de Sentíes Zamudio.
Número de intentos de suicidio	Cuantitativa ordinal	Número de eventos encaminados a quitarse la vida, que provocaron daño tisular. (Medina-Mora, Maria Elena, Madrigal de Leon, Eduardo. Juan Ramón de la Fuente, 2001)		Expediente
Tiempo de evolución del padecimiento actual	Cuantitativa ordinal	Número de días que el paciente identifica han pasado desde que comenzó con la sintomatología que lo trae al servicio de APC.	días	Expediente
	<b>Familiares</b>			
Tipo de familia	Cualitativa politómica	Forma en que la familia se constituyó durante la infancia del individuo.	Monoparenta   Biparental Reconstituida	Entrevista

<p>Tipo de familia según el modelo Circumplejo de Olsen</p>	<p>Católica</p>	<p>Modelo de dinámica familiar que busca evaluar la cohesión y la adaptabilidad dentro de la familia. (Olson, D. H., Sprenkle, D. H., &amp; Russell, 1979)</p>	<p><b>Balancedas</b></p> <p>Flexible</p> <p>Separada</p> <p>Flexible</p> <p>Unida</p> <p>Estructurada</p> <p>Separada</p> <p>Estructurada</p> <p>Unida</p> <p><b>Rango</b></p> <p><b>Medio</b></p> <p>Caótica</p> <p>Separada</p> <p>Caótica</p> <p>Unida</p> <p>Flexible</p> <p>Enredada</p> <p>Estructurada</p> <p>Enredada</p> <p>Rígida Unida</p> <p>Rígida</p> <p>Separada</p> <p>Flexible</p> <p>Desprendida</p>	<p>FACES III</p>
---	-----------------	--	--	------------------

			Estructurada Desprendida <b>No balanceadas</b> Caótica Desprendida Caótica Enredada Rígida Enredada Rígida Desprendida	
Emoción expresada	Catórica dicotómica.	Actitud del familiar hacia el individuo que mide la crítica y el sobre involucramiento (Wiedemann, Rayki, Feinstein, & Hahlweg, 2002)	Comentarios críticos Sobre involucramie nto emocional	Cuestionario Familiar

## **h. Escalas de medición**

### **i. FACES III**

En 1978 se desarrolló el primer instrumento por Olsen, Bell y Portner para evaluar el funcionamiento familiar, basándose en el modelo Circumplejo con el nombre de Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES). Este primer instrumento era un instrumento de 111 ítems, el cual fue mejorado en 1982 y se convirtió en FACES II con 30 ítems con el cual mejoró su confiabilidad y validez.

En 1985 se desarrolló la escala clinimétrica FACES III con 20 ítems, buscando mejorar la validez y la cual se utiliza hasta la fecha, basándose principalmente en evaluar la cohesión y flexibilidad de la familia. Como crítica a este instrumento se desarrolló la escala FACES IV en la cual en lugar ser una evaluación lineal introduce nuevos ítems para que la evaluación pueda ser flexible y por lo tanto más apropiada para ambientes clínicos. (RIVERO, Nayeli. Ana Marínez-Pampliega, n.d.)

En México se han realizado estudios de validación de los instrumentos FACES II y FACES III, en 2002 se realizó la validación en población general del instrumento FACES III con el cual se obtuvieron valores buenos de fiabilidad (Alfa de Cronbach de 0.70) el cual es un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona que obtuvo una fiabilidad media de 0.80. (Rosas & Coria, 2002)

### **Método de evaluación**

La calificación de *Cohesión* es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems *nones*

La calificación de *Adaptabilidad* es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems *pares*.



Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad, se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase que se ejemplifican a continuación:

<b>Cohesión</b>	Amplitud de clase
Desprendida	10-34
Separada	35-40
Unida	41-45
Enredada	46-50

<b>Adaptabilidad</b>	Amplitud de clase
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

## ii. Cuestionario familiar.

El primer instrumento que se realizó la medir la emoción expresada fue la Entrevista Familiar se Camberwell en 1966, desde su publicación se han desarrollados métodos alternativos que puedan medir este fenómeno como el Standarized Clinical Family Interview (Brown & Rutter, 1996) y el Five minutes Speech Scale (Magaña et. Al 1984)

En 2002 Wiedemann desarrollo el Cuestionario Familiar como una escala con mayor costo beneficio para evaluar la emoción expresada. Se encontró en el instrumento una adecuada consistencia interna de 0.81 para el sobre involucramiento emocional y 0.92 para los

comentarios críticos. Se trata de un auto informe que consta de 20 preguntas y que evalúa el nivel de emoción expresada en los familiares. Los primeros 10 ítems evalúan la sobre implicación emocional y los últimos 10 los comentarios críticos.(Sepúlveda et al., 2014)

El cuestionario familiar predice mejor que otros instrumentos, teniendo una similitud con el Five minute questionnaire pero encontrándose que el último tiende a sobrevaluar la emoción expresada en familiares. (Sepúlveda et al., 2014)

En 2014 el Cuestionario Familiar de Wiedemann fue adaptada por Sepulveda al español y en nuestro país ha sido utilizado en estudios realizados por la Dominguez-Martinez y Rascón-Gasca en población mexicana, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.84 en general y de 0.74 para la subescala de crítica y 0.72 para sobre involucramiento (Domínguez-Martinez et al., 2016)

### **Método de Evaluación**

Puntos de corte: ordinal

Sobre involucramiento (ítems 1-10) > 27

Comentarios críticos (ítems 11-20) >23

#### **i. Escala de Estimación de Riesgo Suicida Modificada Sentíes H/ Zamudio M).**

La escala de Estimación de Riesgo Suicida es un instrumento para ser aplicado por el clínico que consta de diez reactivos y tiene el objetivo de determinar la presencia o ausencia de las principales variables de riesgo asociadas al intento de suicidio y suicidio consumado. Fue propuesto por Sentíes-Zamudio en 2009, y se evaluó su implementación en población del Instituto Nacional de Psiquiatría, comparándola con otras escalas de evaluación de riesgo suicida como la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y la MINI Entrevista

Neuropsiquiátrica Internacional Modulo de Riesgo de Suicidio. Se encontró en este estudio un mejor comportamiento de la escala de Sentíes- Zamudio que la escala de Riesgo Suicida de Plutchik, la cual se utiliza con alta frecuencia alrededor del mundo.

La confiabilidad de este instrumento presenta una Alpha de Cronbach de 0.489. (Zamudio, 2009)

### **Método de evaluación**

Consta de 10 reactivas, cada reactivo de la escala se califica de manera dicotómica (Si=1, No=0). La suma del puntaje determina la calificación total y se compara con los puntos de corte propuestos:

Riesgo Suicida Leve: 0-3

Riesgo Suicida Moderado: 4-7

Riesgo Suicida Elevado: 8-10

### **7. Procedimiento**

Se realizó el estudio mediante la aplicación de cuestionarios a los usuarios/ pacientes que acudían a consulta al servicio de APC del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Como parte normal del procedimiento, el médico adscrito o residentes de mayor jerarquía realizan el triage psiquiátrico, en donde se clasifican a los pacientes. De dicha valoración se reclutaron a los grupos de estudio.

Los Pacientes/ usuarios que son clasificado como "Amarillo 17" representan el grupo de "Intento de suicidio". A quienes se les asigna "Amarillo 18" representan al grupo de "Ideación suicida".

Una vez asignados, quienes cumplan con los criterios de inclusión fueron invitados al proyecto. En caso de consentir su participación se aplicaron las escalas FACES III y Cuestionario Familiar en el familiar responsable.

El resto de la información necesaria se obtuvo de la nota de APC que se genera tras la atención en el servicio.

#### **a. Análisis estadístico**

De acuerdo a los objetivos del presente estudio:

Para poder evaluar el tipo de conducta suicida en los usuarios /pacientes que acuden al servicio de APC se realizó evaluación de riesgo suicida mediante triage psiquiátrico que aplican médicos adscritos o médicos residentes de 3° y 4° año a los pacientes/ usuarios que acudieron al servicio de APC durante julio de 2020 y abril de 2021.

En cuanto a la evaluación de la dinámica familiar en los usuarios/pacientes que acudieron al servicio de APC con intento o ideación suicida se aplicó la escala FACES III al paciente.

Para la evaluación de la emoción expresada de la familia hacia el paciente se evaluó la emoción expresada en los familiares de los usuarios/pacientes que acudieron al servicio de APC intento o ideación suicida mediante la aplicación del Cuestionario Familiar al familiar acompañante.

Se obtuvieron resto de las variables de la nota de APC que se realiza al finalizar la atención.

Se realizó la descripción de las características demográficas y clínicas con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y con medias y desviaciones estándar (D.E) para las variables continuas.

Como variable independiente encontramos: Intento de suicidio e Ideación suicida.

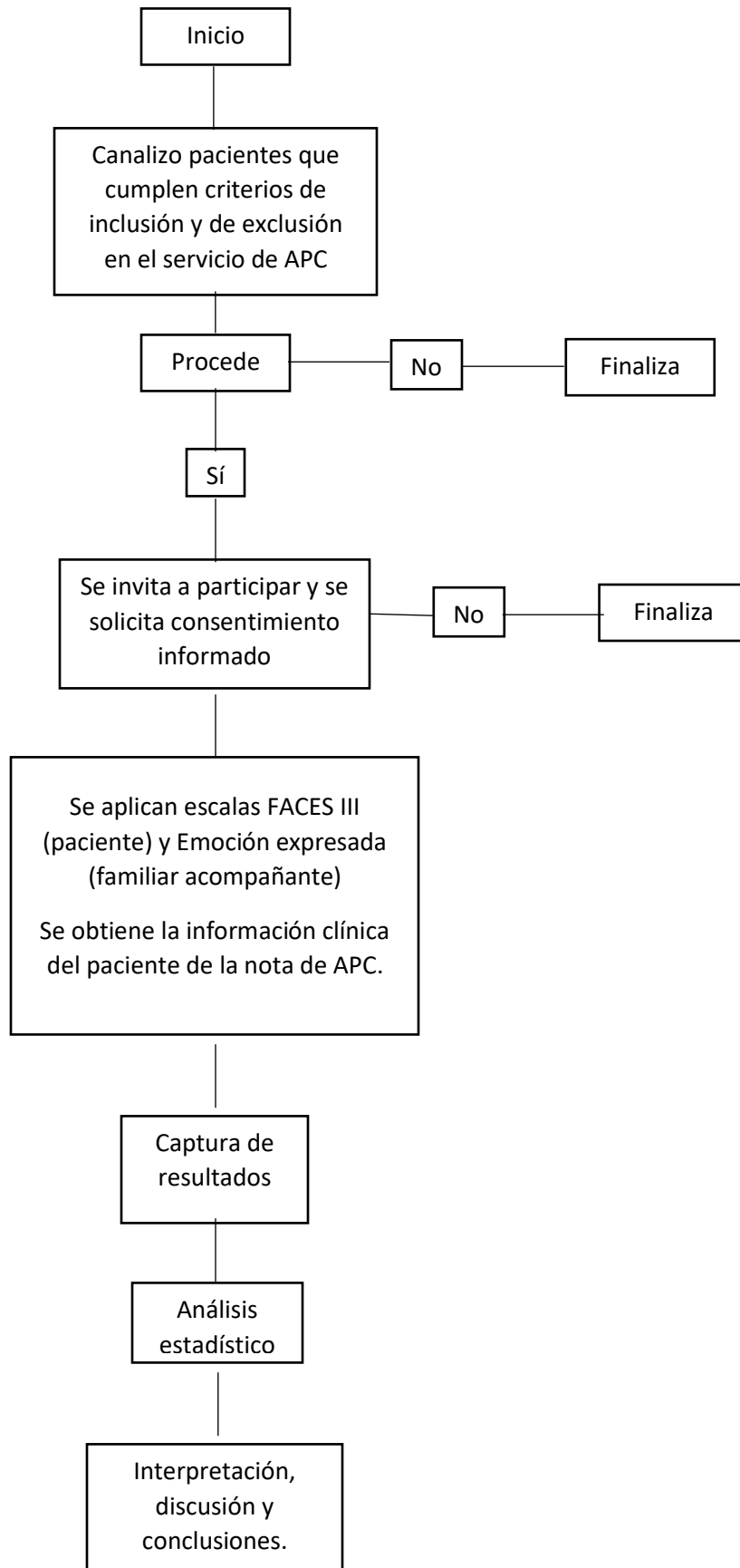
Como variables dependientes encontramos:

-Dinámica familiar: Cohesión (Desprendida, Separada, Unida o enredada) y Adaptabilidad (Rígida, estructurada, flexible, caótica)

-Emoción expresada: Sobre involucramiento, comentarios críticos, baja emoción expresada.

En relación a la comparación de la dinámica familiar entre ambos grupos se empleó chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para el análisis de variables categóricas.

El nivel de significancia se fijará en una  $p \leq 0.05$ .



**b. Recursos humanos, materiales y cronograma de actividades**

**Tesista:** Dra. Jimena Ramírez Peris, residente del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

**Tutora Metodológico:** Dra. Laura González Macías, Doctora en psicología, adscrita a la Clínica de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

**Tutora Teórico:** Dra. Brisa Monroy Cortes, Médico Psiquiatra adscrito al servicio de Atención Psiquiátrica continua del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

**Participantes:** Pacientes/ usuarios que acuden al servicio de APC del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” que cumplan los criterios de inclusión al proyecto de tesis.

Se requerirán hojas blancas, lápices y fotocopias de las escalas a aplicar.

Cronograma de actividades

Actividades	Primer y segundo semestre del segundo año de psiquiatría	Primer semestre del tercer año de psiquiatría	Segundo semestre del tercer año de psiquiatría	Primer semestre del cuarto año de psiquiatría
Elaboración del anteproyecto y aprobación por los comités de tesis y ética	X			
Captación de participantes		X	X	X
Concentración de datos			X	
Análisis de resultados				X
Elaboración de informa final y entrega de tesis				X

## **Consideraciones Éticas**

El estudio se adapta a los principios científicos y éticos para la investigación en seres humanos de acuerdo a la declaración de Helsinki (Human, 2001).

A todos los pacientes se les informó verbalmente de los procedimientos que se realicen y se solicitó su consentimiento por escrito para su participación el estudio, guardando siempre su confidencialidad y pidiendo su aprobación para el reporte de los resultados. De igual forma se solicitó consentimiento de dos testigos para garantizar la comprensión de los procedimientos para la realización del estudio.

Los apartados que constituyen el consentimiento informado son la justificación y objetivos de la investigación, los procedimientos o consignas a seguir durante la investigación, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgo, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del paciente y por último la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento médico.

En relación con la confidencialidad, a cada uno de los expedientes de los participantes que aceptaron participar, se les asignó un código numérico, por lo que el nombre y datos generales están bajo resguardo del investigador principal y no aparecerán en ninguno de los reportes que surjan de la investigación.

El presente proyecto fue presentado y aprobado por el comité de ética hospitalaria el 6 Julio de 2020.

Los consentimientos informados utilizados para esta investigación se pueden consultar en los anexos de esta tesis.



## Resultados

Se recolectó una muestra de 124 participantes, divididos en dos grupos de 62 individuos cada uno; el grupo de Intento Suicida (IS) y el grupo de Ideación Suicida (IdS).

### a) Variables Sociodemográficas

Los valores de las variables sociodemográficas se recogen en la *Tabla 1*.

Ambos grupos tuvieron una media de edad similar IS (26.3 años DE 9.48) y IdS (27 años DE 12.18). En cuanto a la distribución por sexo, el grupo de IS tuvo una mayor proporción de mujeres (75.8%) comparado con el grupo de IdS (61.2%).

Si hablamos del estado civil, en ambos grupos se observó una mayor proporción de solteros, siendo está más evidente en el grupo de Ideación Suicida, IS (74.1%) e IdS (85.4%). El 14.5% estaba casado en el grupo de IS contra el 4.8% del grupo de IdS. 6.4% del grupo de IS se encontraban en unión libre mientras que el 4.8% de los de IdS. En el grupo de IS el 4.8% se encontraban divorciados y el 1.6% de los de IdS. Por último, en el grupo de IS no se encontró ningún participante viudo y en el de IdS el 3.2%.

En cuanto a la escolaridad, la mayoría de la muestra en ambos grupos estudio hasta la preparatoria, más específicamente, el 40.4 % de los participantes en el grupo de IS habían estudiado hasta este nivel, contra el 45.1% en el grupo de IdS. Seguido en cuanto a frecuencia en ambos grupos por el nivel licenciatura, en donde el 38.7% del grupo de IS habían estudiado hasta este nivel comparado con el 37.0% del grupo de IdS. El 1.8% de los participantes del grupo de IS había estudiado hasta la primaria comparado con el 8% de los de IdS. 14.5% de IS y 6.45% de IdS estudiaron hasta nivel secundaria y. El 3.2% de los de IS tuvieron una escolaridad de carrera técnica y ninguno del grupo de IdS.

El ingreso mensual promedio en el grupo de IS fue de \$12,181 (DE 13,417) y de \$12,009 (DE 10,946).

Tabla 1

<b>Variables Sociodemográficas</b>				
	Intento Suida		Ideación Suicida	
	Media	DE	Media	DE
Edad	26.2903226	9.48750187	27.016129	12.181001
Ingreso Mensual	12181.4516	13417.6976	12009.8361	10945.3141
<b>Sexo</b>				
	Intento Suida		Ideación Suicida	
	n	%	n	%
Mujeres	47	75.8064516	38	61.2903226
Hombres	15	24.1935484	24	38.7096774
<b>Estado Civil</b>				
Solteros	46	74.1935484	53	85.483871
Casados	9	14.516129	3	4.83870968
Unión Libre	4	6.4516129	3	4.83870968
Divorciado	3	4.83870968	1	1.61290323
Viudo	0	0	2	3.22580645
<b>Escolaridad</b>				
Primaria	1	1.61290323	5	8.06451613
Secundaria	9	14.516129	4	6.4516129
Preparatoria	25	40.3225806	28	45.1612903
Licenciatura	24	38.7096774	23	37.0967742
Maestría	1	1.61290323	2	3.22580645
Doctorado	0	0	0	0
Carrera Técnica	2	3.22580645	0	0

## b) Variables Clínicas

### Diagnóstico principal al Egreso

Se detectaron un total de 22 diagnósticos principales al egreso, de los cuales los más frecuentes fueron los trastornos depresivos, en donde en el grupo de IS fueron el 82% de los casos y el 81% de los de IdS. Dentro de estos, el diagnóstico más frecuente fue el de

T. depresivo mayor recurrente, episodio actual grave (IS 27% IdS 24%). (*Tabla 2 y Grafica 1*)

Del resto de los diagnósticos, se presentaron en menores frecuencias. Por ejemplo, para el espectro de la esquizofrenia y trastornos psicóticos se encontró un 2% en el grupo de IS y un 4% para el grupo de IdS. En cuanto al Trastorno bipolar y trastornos relacionados, se presentó en un 2% en ambos grupos. (*Grafica 2*)

En cuanto al Trastorno Bipolar y trastornos relacionados, tanto en el grupo de IS como en el de IdS se encontró el 2% de la muestra con alguno de estos diagnósticos.

Si hablamos de los Trastornos de ansiedad, el 2% del grupo de IS contó con alguno de estos diagnósticos comparado con el 7% de aquellos del grupo de IdS.

En cuanto al Trastorno Obsesivo Compulsivo y trastornos relacionados, el 2% de los participantes del grupo de IS presentaron alguno de estos diagnósticos contra el 4% de los de IdS.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), se encontró en ambos grupos en el 3% de los participantes.

Los Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, se encontraron en el 4% de los participantes del IS y en ninguno de aquellos con IdS.

El Trastorno Limite de Personalidad se encontró únicamente como diagnóstico principal en el 2% de los participantes de IdS y en ninguno de los de IS.

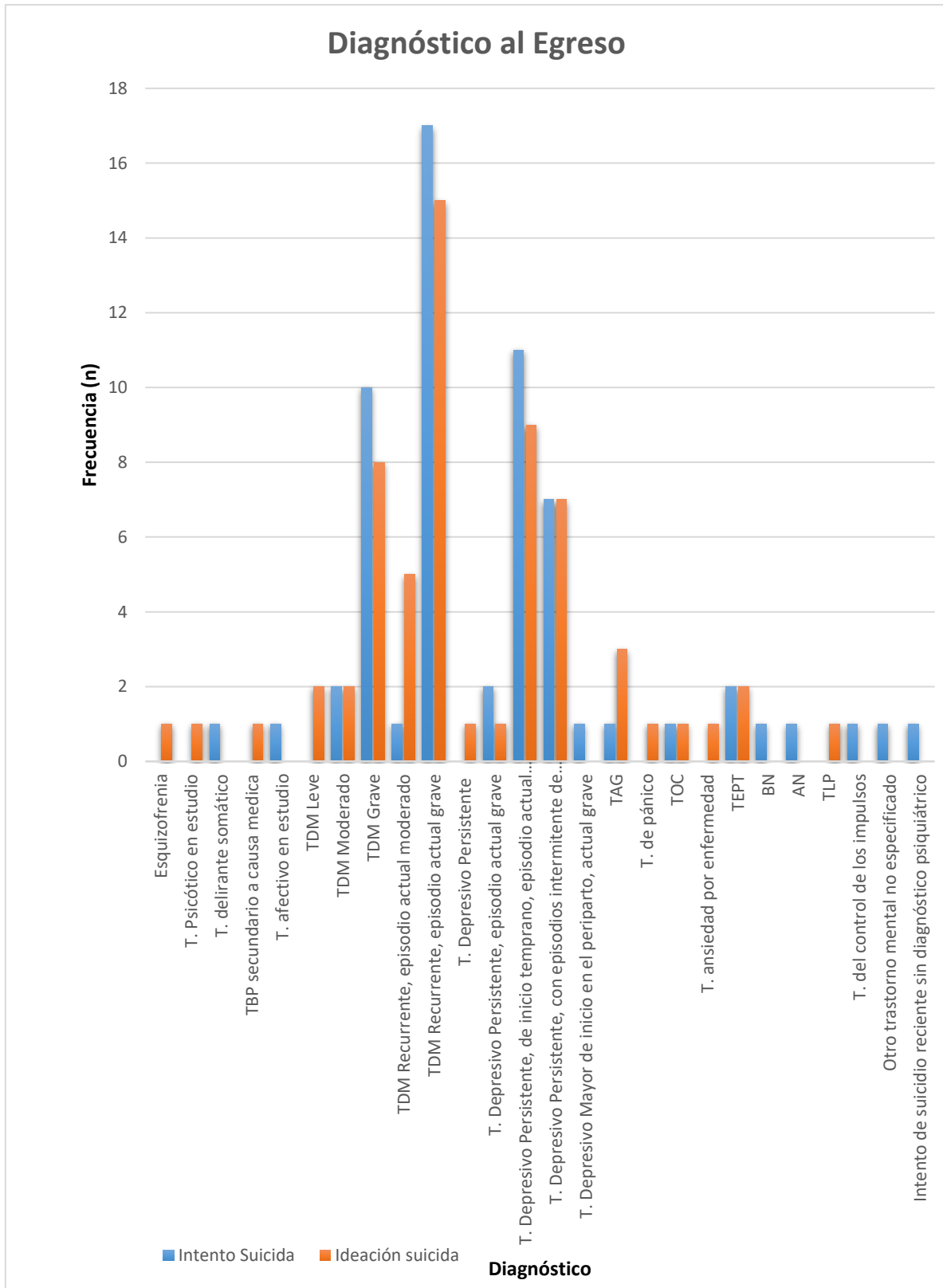
En el grupo de IS y no en el de IdS, se encontró un 2% de participantes con el diagnóstico de Trastorno por control de impulsos, el 2% con Otro Trastorno Mental No especificado y un 2% con Intento de suicidio sin diagnóstico psiquiátrico.

En la Tabla 2 se retiraron los diagnósticos del espectro depresivo con la finalidad de visualizar con mayor facilidad los otros diagnósticos.

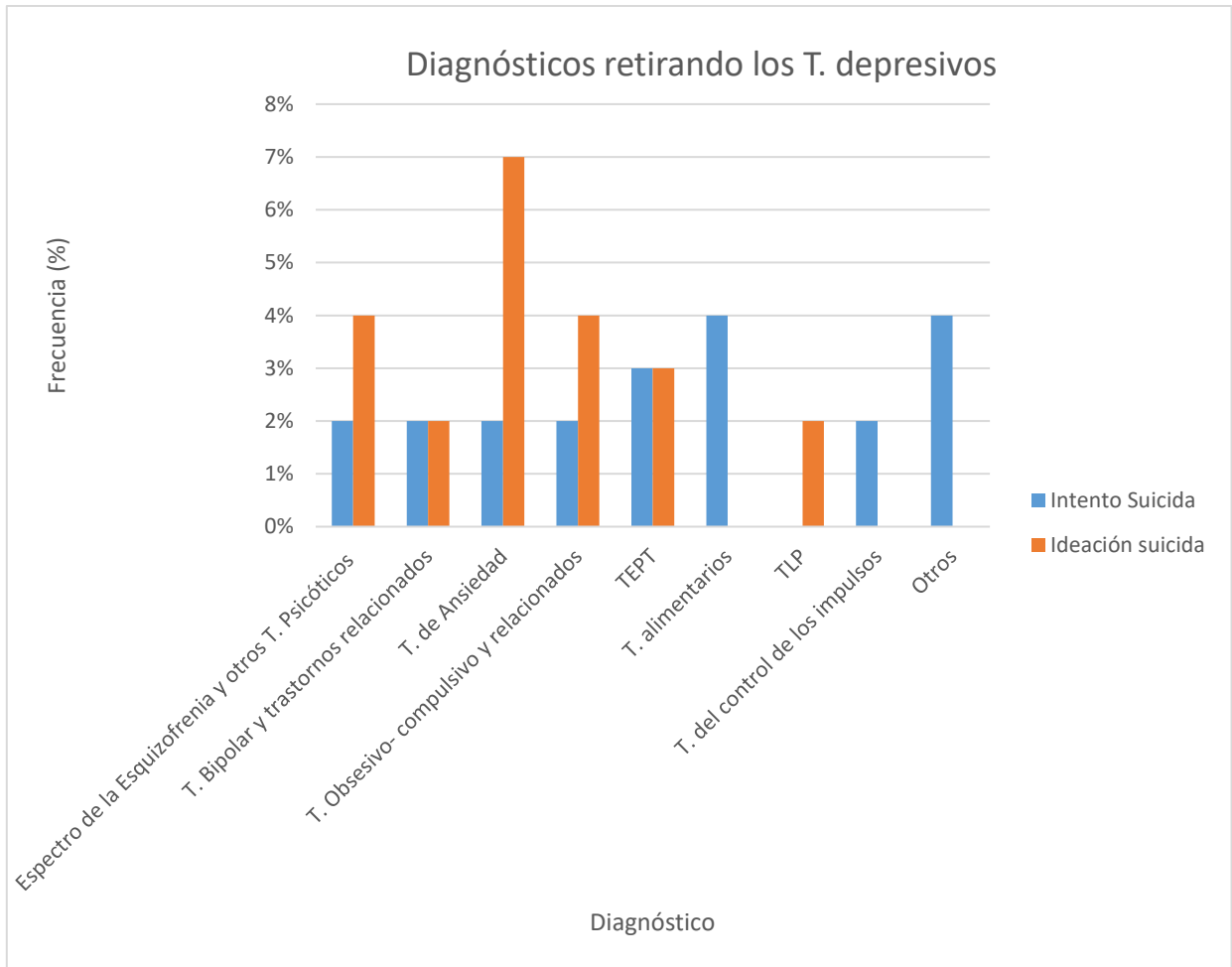
Tabla 2

Diagnóstico Principal al Egreso	Intento Suicida	Ideación suicida
Esquizofrenia	0	2%
T. Psicótico en estudio	0	2%
T. delirante somático	2%	0
TBP secundario a causa medica	0	2%
T. afectivo en estudio	2%	0
TDM Leve	0	3%
TDM Moderado	3%	3%
TDM Grave	16%	13%
TDM Recurrente, episodio actual moderado	2%	8%
TDM Recurrente, episodio actual grave	27%	24%
T. Depresivo Persistente	0	2%
T. Depresivo Persistente, episodio actual grave	3%	2%
T. Depresivo Persistente, de inicio temprano, episodio actual grave	18%	15%
T. Depresivo Persistente, con episodios intermitente de depresión mayor, actual grave	11%	11%
T. Depresivo Mayor de inicio en el periparto, actual grave	2%	0
TAG	2%	5%
T. de pánico	0 %	2%
TOC	2%	2%
T. ansiedad por enfermedad	0	2%
TEPT	3%	3%
BN	2%	0
AN	2%	0
TLP	0	2%
T. del control de los impulsos	2%	0
Otro trastorno mental no especificado	2%	0
Intento de suicidio reciente sin diagnóstico psiquiátrico	2%	0

Grafica 1



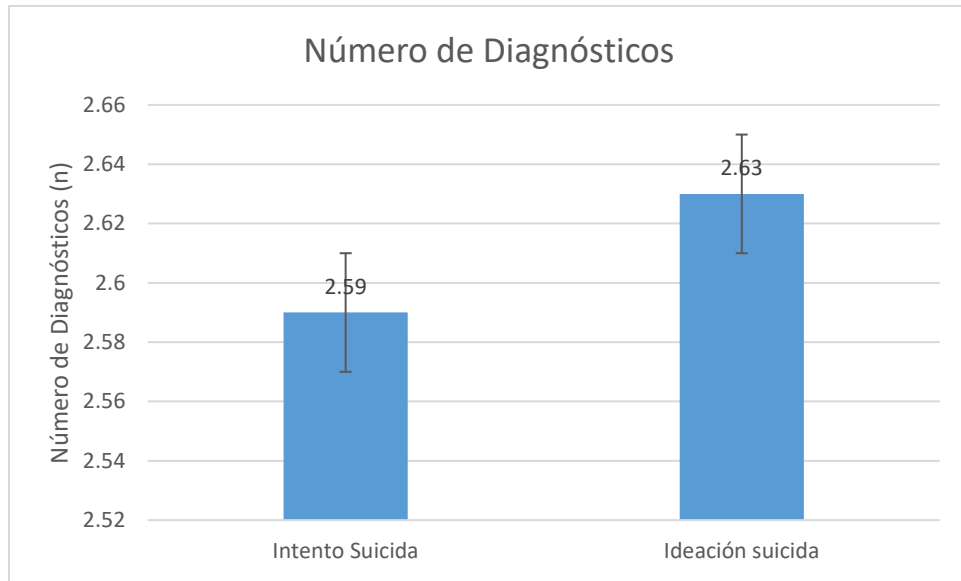
Grafica 2



### Número de Diagnósticos al Egreso

Al egreso de la consulta los participantes del grupo de IS tuvieron una media de diagnósticos menor (2.59 DE 1.311) a aquellos en el grupo de IdS (2.63 DE 1.19). (Grafica 3)

Grafica 3

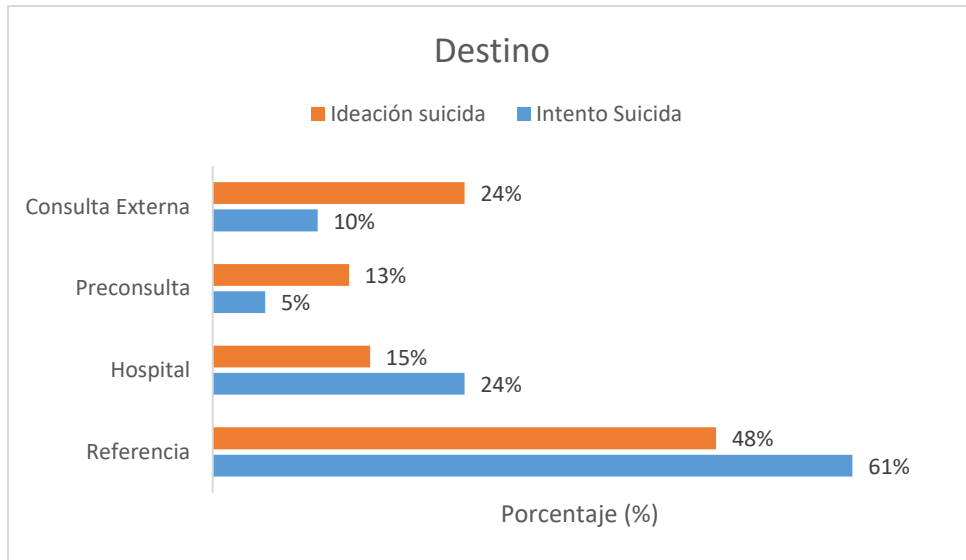


### Destino del paciente al egreso

En cuanto al sitio de envío al finalizar la consulta de externa, se observó que en general los pacientes que acudían con un intento de suicidio reciente con mayor frecuencia eran hospitalizados o referidos a otra institución para internamiento, comparado con aquellos del grupo de Ideación Suicida que con mayor frecuencia se derivaban para llevar un seguimiento ambulatorio ya sea mediante la consulta externa de nuestra institución o a la preconsulta.

El 24% de los participantes de IdS se enviaron a la Consulta externa, comparado con el 10% de los de IS. El 13% de IdS se enviaron a preconsulta comparado con el 5% de IS. El 15% de los participantes de IdS se hospitalizaron contra el 24% de los de IS. Finalmente el 48% de quienes llegaron con IdS se refirieron a otra institución, comparado con el 61% de los que presentaban un intento de suicidio reciente. (Grafica 4)

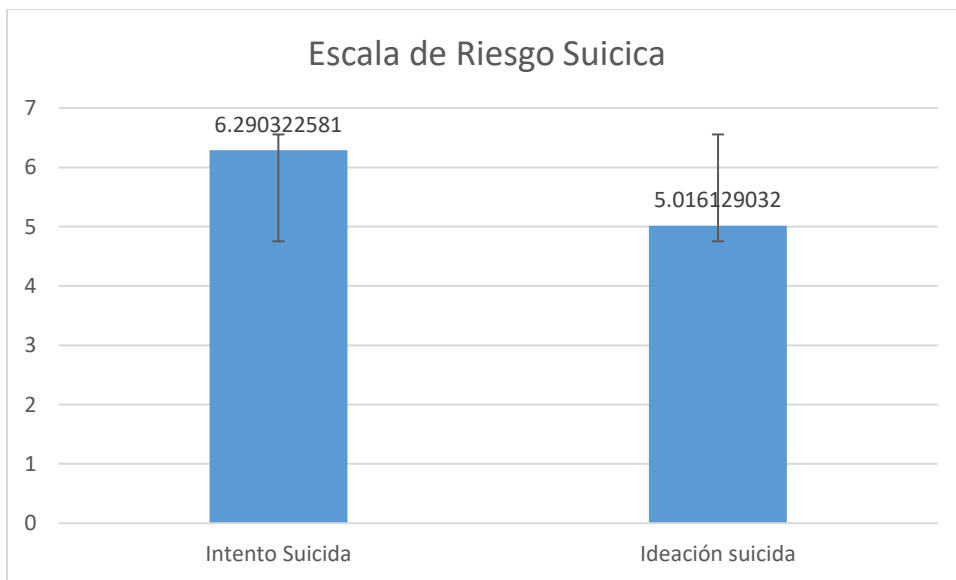
Grafica 4



### Escala de Riesgo Suicida

Al comparar las puntuaciones obtenida en ambos grupos según la escala de riesgo suicida de Senties-Zamudio, se observó que en el grupo de IS en promedio tuvieron una calificación de 6.29 (DE 1.181) comparado con el grupo de IdS que obtuvieron un promedio de 5.01 (DE 1.97). (Gráfica 5)

Gráfica 5

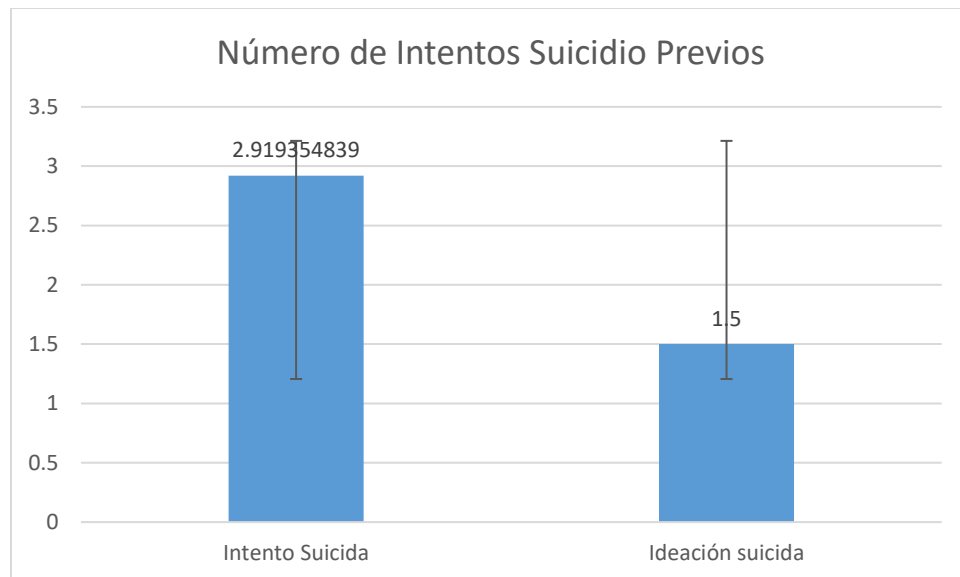




### Número de Intentos Suicidas

Al comparar ambos grupos en cuanto a los intentos de suicidio previos, observamos que aquellos que acudían con un intento de suicidio reciente (IS) tenían un promedio mayor de intentos previos (2.91 DE 3.45) comparado con aquellos que acudían con ideación suicida (IdS) (1.5 DE 1.97). (Gráfica 6)

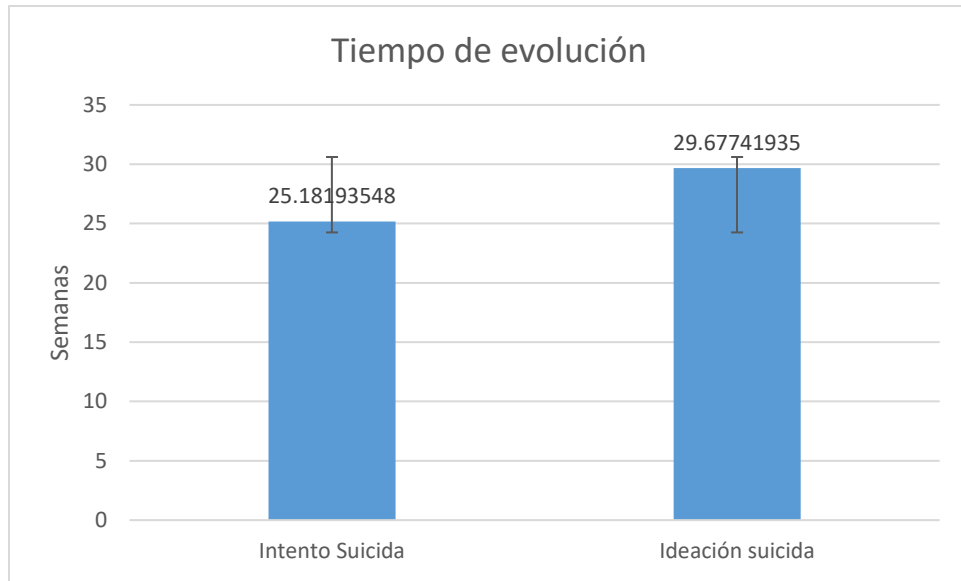
Gráfica 6



### Tiempo de Evolución del padecimiento actual

En relación al tiempo de evolución sobre el padecimiento actual, se observó que aquellos del grupo de IdS presentaron un tiempo de evolución mayor (25.18 DE 35.13) comparado con aquellos del grupo de IS (29.67 DE 42.76). (Gráfica 7)

Gráfica 7



### c) Variables Familiares

#### Tipo de Familia según integrantes

Ambos grupos presentaron características similares en cuanto a la manera en que la familia estaba conformada.

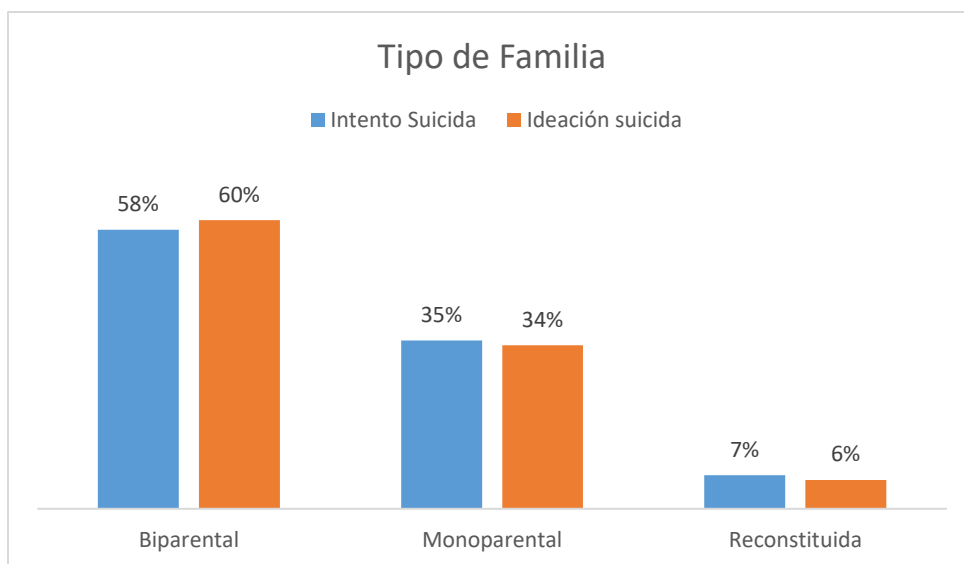
El 58% de los participantes del grupo de IS provenían de una familia biparental y el 60% de aquellos del grupo de IdS.

Las familias monoparentales se presentaron el 35% del grupo de IS y en el 34% de los de IdS.

Por último, el 7% del grupo de IS y el 6% de IdS provenían de familias reconstituidas.

(Gráfica 8)

Gráfica 8



### Tipo de Familia Según la Escala de Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES)

De los 16 subtipos de familia según la adaptabilidad y la cohesión que mide la escala FACES, se encontró como familia más frecuente en el grupo de intento de suicidio fue la desprendida flexible (12 familias), mientras que en el grupo de Ideación suicida fue igual de frecuente la desprendida estructurada y la desprendida rígida con 13 familias cada una.

(Gráfica 9)

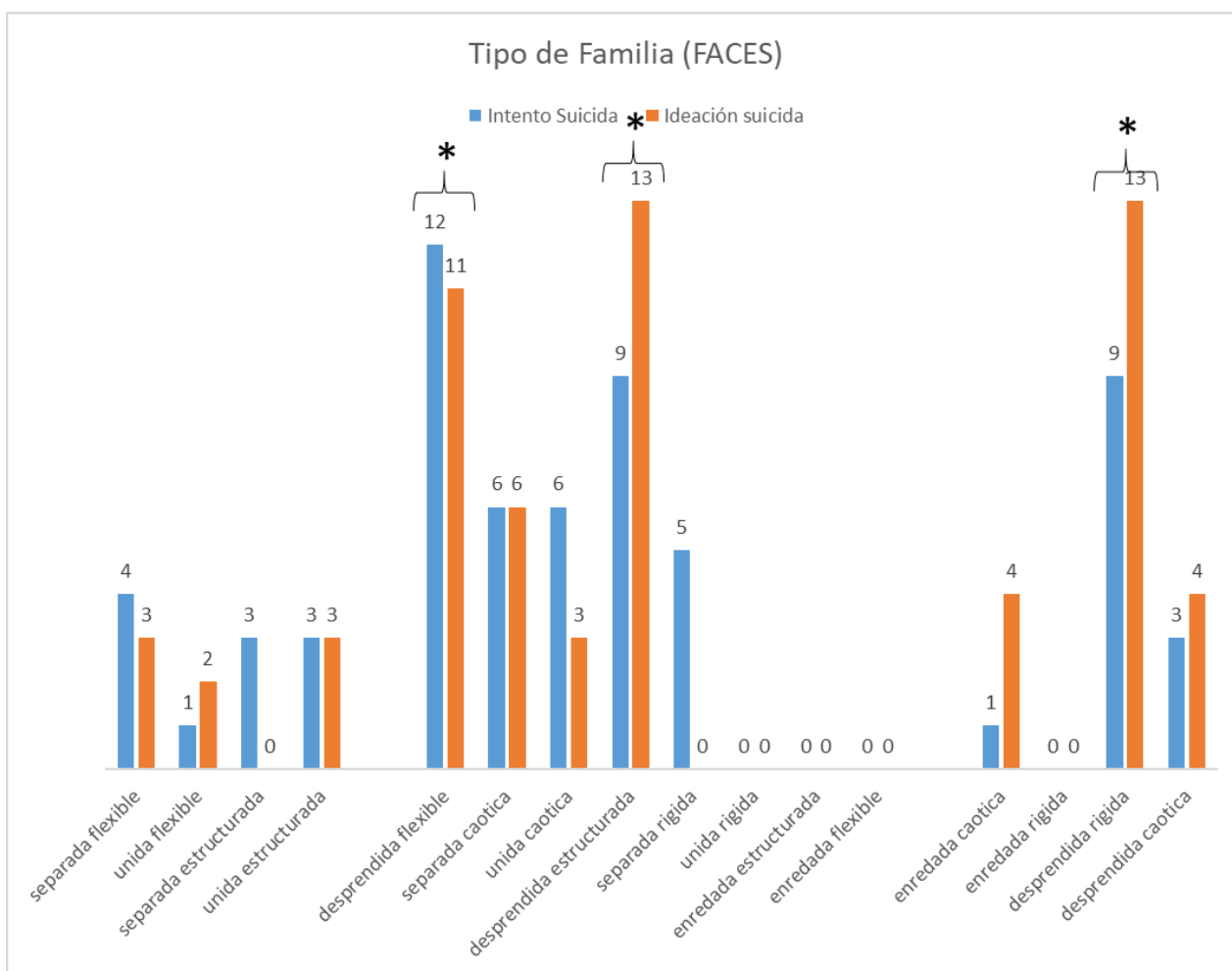
En el grupo de Intento Suicida observamos en cuatro familias el tipo separada flexible, en una la unida flexible, en tres la separada estructurada, en tres la unida estructurada, en seis la separada caótica, en seis la unida caótica, en nueve la desprendida estructurada, en cinco la separada rígida, en una la enredada caótica, en nueve la desprendida rígida y en tres la desprendida caótica. No se encontró ninguna familia unida rígida, enredada estructurada, enredada flexible o enredada rígida.

Por otro lado, en el grupo de Ideación Suicida observamos en tres familias el tipo separada flexible, en dos la unida flexible, en tres la unida estructurada, en seis la separada caótica, en tres la unida caótica, en trece la desprendida estructurada, en cuatro la enredada caótica,

en trece la desprendida rígida y en cuatro la desprendida caótica. No se encontró ninguna familia separada estructurada, separada rígida, unida rígida, enredada estructurada, enredada flexible o enredada rígida.

Al comparar ambos grupos, se obtiene un valor de  $\chi^2 (1, N = 3.84) = 12.91, p < 0.05$ . Por lo tanto, podemos asumir que las diferencias en cuanto al tipo de familia son estadísticamente significativas.

Grafica 9



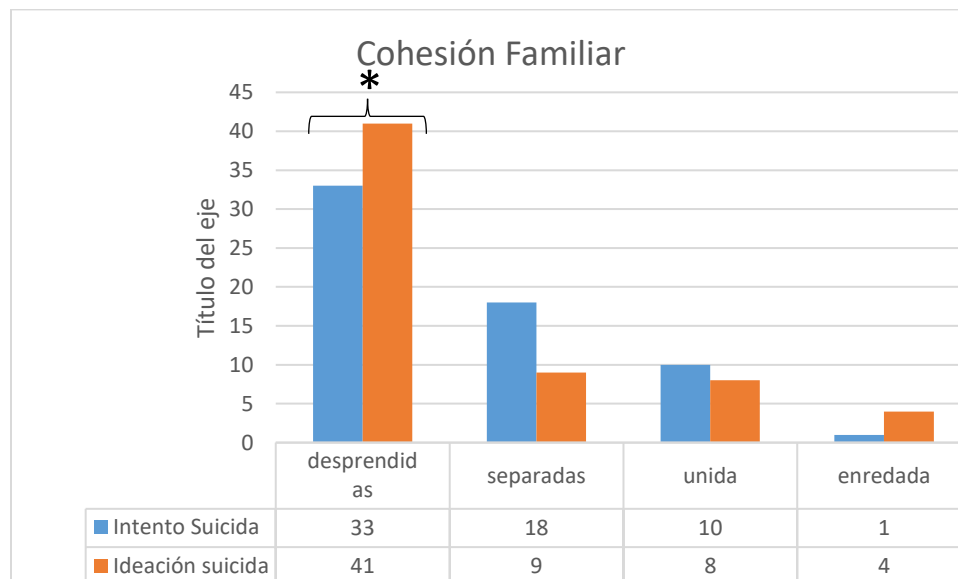
A su vez la escala subdivide a en dos grandes variables el funcionamiento familiar, por un lado, la cohesión entre sus individuos (*Gráfica 10*) y por otra la adaptabilidad (*Gráfica 11*).

### Cohesión Familiar

Al observar la cohesión familiar en ambos grupos encontramos que la mayoría de las familias son desprendidas (53% del grupo de IS y 66% del grupo de IdS), seguidas por la configuración separada (29% de IS y 14.5% de IdS). Las familias unidas se presentaron en el 16.1% del grupo IS y en el 12.9% de los de IdS. Siendo las familias enredadas las menos frecuentes en ambos grupos, con un 1.6% en el grupo de IS y un 6.45% del grupo de IdS. (*Gráfica 10*)

Al comparar ambos grupos, se obtiene un valor de  $\chi^2 (1, N = 3.84) = 5.88, p < 0.05$ . Por lo tanto, dichas diferencias resultaron significativas.

*Gráfica 10*



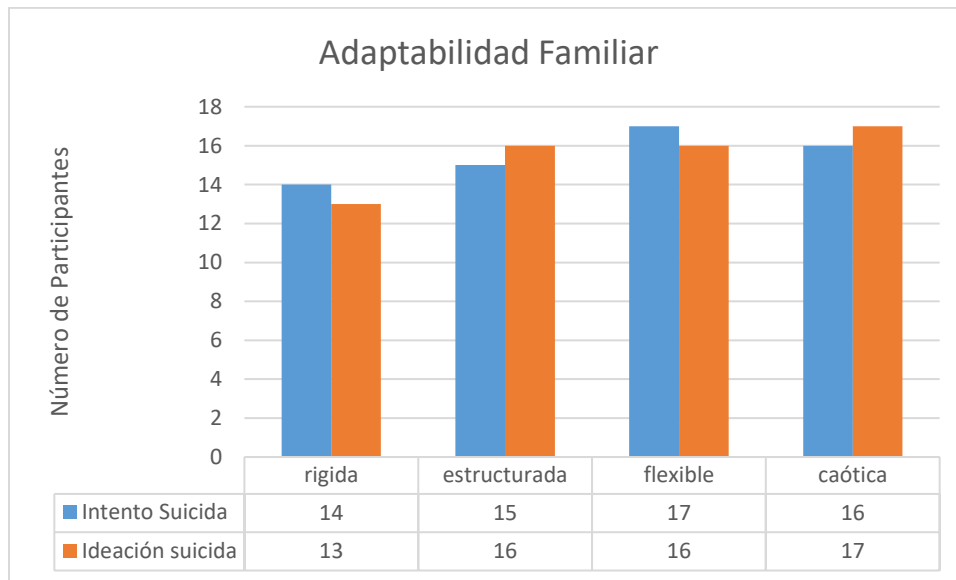
## Adaptabilidad Familiar

El segundo apartado de la escala FACES habla sobre la Adaptabilidad de la familia. Al comparar ambos grupos, nos encontramos que presentan pequeñas diferencias entre el tipo de adaptabilidad.

Las familias rígidas se presentaron en el 22.5% de aquellos con IS y en el 20.9% de los de IdS. Las familias estructuradas por su parte, se observaron en el 24.1 % de IS y en el 25.8% de IdS. Aquellas familias flexibles se encontraron en el 27% del grupo de IS y en el 26.6% del grupo de IdS. Por último, las familias caóticas se observaron en el 26.6% de IS y en el 27% de IdS. (Gráfica 11)

Al comparar ambos grupos, se obtiene un valor de  $\chi^2 (1, N = 3.84) = 0.129, p < 0.05$ . Por lo tanto, no se puede rechazar la hipótesis nula. Es decir, la adaptabilidad familiar no resulta en provocar una conducta suicida más grave en estos grupos.

Gráfica 11



Dentro de los niveles centrales de cohesión y adaptabilidad, los extremos se consideran familias desbalanceadas y se encuentran a su vez también aquellas de rango medio y por

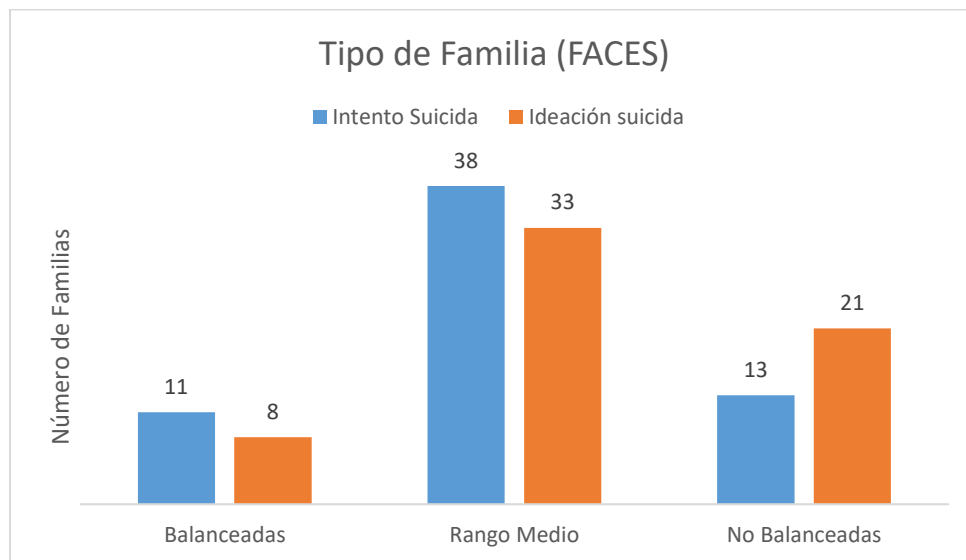
último las balanceadas que se encuentran en los puntos más cercanos entre adaptabilidad y cohesión.

Al comparar los grupos con esta subclasificación: balanceadas, rango medio y no balanceadas encontramos una mayor proporción en ambos grupos de familias de rango medio, seguidas por las no balanceadas y por último aquellas balanceadas. (Gráfica 12)

Las familias balanceadas se encontraron en el 17.74% del grupo de IS comparado con el 12.9% del grupo de IdS. Aquellas familias de rango medio se observaron en el 61.2% de IS y en el 53.2% de IdS. Por último, las familias no balanceadas, se encontraron en el 20.9% del grupo de IS y en el 33.8% del grupo de IdS.

Al comparar ambos grupos, se obtiene un valor de  $\chi^2 (1, N = 3.84) = 2.70 p < 0.05$ . Por lo tanto, no se puede rechazar la hipótesis nula.

Gráfica 12



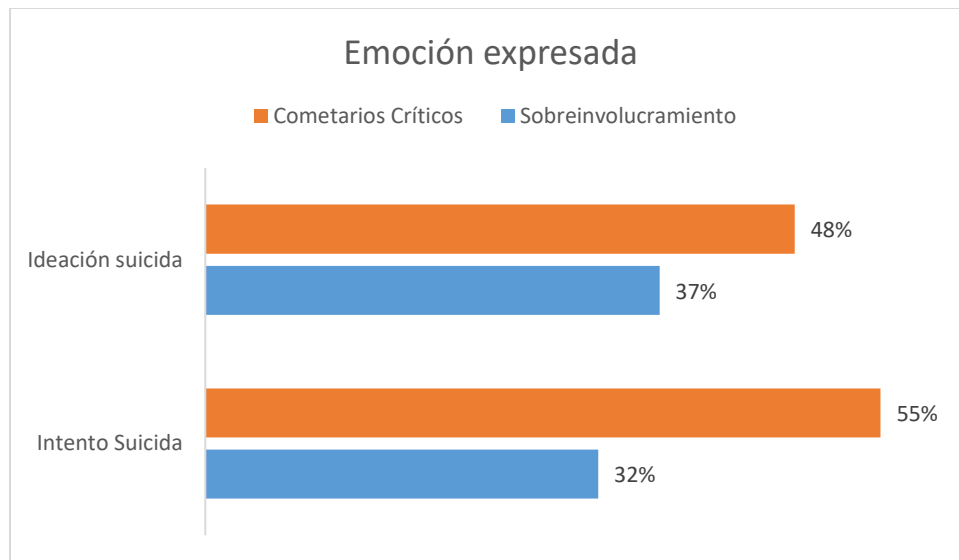
### Emoción Expresada

Los comentarios críticos en el grupo de IS se presentaron en el 55% de las familias y en el 48% de las familias de IdS.

El sobreinvolucramiento se observó en el 32% de las familias de IS y en el 37% de las de IdS. (Gráfica 13)

Al comparar ambos grupos, se obtiene un valor de  $\chi^2 (1, N = 3.84) = 0.449$   $p < 0.05$ . Por lo tanto, no se encontraron diferencias significativas relacionadas con la emoción expresada entre grupos.

Gráfica 13





## **Discusión**

En el presente estudio se buscó evaluar aspectos de la dinámica familiar y la emoción expresada en dos grupos de pacientes con conducta suicida que acudían al servicio de Atención Psiquiátrica Continua.

En primer lugar, al observar los resultados de este estudio, encontramos varios aspectos similares a lo anteriormente observado en la literatura con respecto a la conducta suicida.

La muestra fue compuesta principalmente por adultos jóvenes, solteros y en su mayoría mujeres, lo cual coincide con los datos obtenidos por Borges y Medina Mora (2016). Aunque a diferencia de lo observado en otras investigaciones, encontramos en la mayoría de nuestra muestra un nivel educativo medio y superior. Lo cual es relevante pues la baja escolaridad es un factor de riesgo para suicidio en nuestro país. (Guilherme Borges et al., 2019), (Pérez- Amezcu, 2010). Posiblemente esto pueda estar influido por la zona geográfica y socioeconómica donde se encuentra el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz y que en nuestros criterios de exclusión se encontraba el analfabetismo por la dificultad para realizar las escalas clinimétricas, aunque en realidad resultaron excluidos por esta causa solo dos participantes.

De igual forma la muestra es consistente en apuntar una mayor frecuencia a los trastornos depresivos (Sadock, 2015), encontrándose éstos en más del 80% de los participantes. Si bien esto ya es conocido, es importante señalar que desde la óptica de la terapia sistémica el diagnóstico principal que presenta el paciente identificado suele jugar un papel importante en la estructura familiar. (Minuchin, 1979). De hecho, se considera que el diagnóstico es por sí mismo un reflejo de la dinámica que envuelve y sostiene la familia.

Si bien no podemos hacer generalizaciones o asociaciones entre un diagnóstico y un tipo de dinámica o estructura familiar, pues los sistemas se retroalimentan de manera constante

(Minuchin, 1979) se han hecho algunas observaciones en cuanto a las familias de pacientes deprimidos, encontrando una tendencia a observarse en las familias una baja cohesión y niveles emocionales fríos (Darrow, 2008). Lo cual concuerda con los resultados que obtuvimos, donde el hallazgo más importante de este trabajo es que el tipo de cohesión familiar, en este caso familias desprendidas, es una característica presente tanto del grupo de ideación como de intento de suicidio y que es significativamente diferente de los otros tipos de cohesión (separada, unida y enredada).

Esta observación sobre la baja cohesión en la familia, desde la perspectiva sistémica puede ser interesante, ya que es conocido que ante situaciones de crisis uno de los recursos familiares suele ser aumentar la cercanía entre los individuos (Olsen, 1979). Por lo tanto, se puede leer como que el síntoma (la conducta suicida) le da coherencia a una forma de resolver la dinámica vivida como poco cercana.

Con respecto a los otros diagnósticos que encontramos en esta muestra se caracterizan por ser sumamente variados y por lo tanto números muy pequeños como para poder hacer especulaciones, sin embargo, llama la atención que, entre los dos grupos de estudio, los participantes que acudían con ideación suicida con mayor frecuencia presentaban trastornos ansiosos y obsesivos, comparado con los de intento de suicidio. O bien en el grupo de intento de suicidio se observaron con mayor frecuencia trastornos de la conducta alimentaria.

Entonces ambos grupos de interés presentan desde las variables clínicas algunas diferencias significativas, por ejemplo, nuestro grupo de intento de suicidio, como era esperado, presentaron puntuaciones en la escala de riesgo suicida mayor, un mayor número de intentos de suicidio y con mayor frecuencia fueron hospitalizados o referidos a otra institución para recibir un tratamiento hospitalario.

Sin embargo, resulta interesante que el grupo de ideación suicida presentó mayor número de diagnósticos al egreso y tiempos de evolución más largos, además que con mayor frecuencia se consideró llevar el tratamiento de manera ambulatoria por medio de la consulta externa.

Es importante mencionar que Klonsky en 2016, a través de su marco de ideación a la acción (ideation-to-action framework) comenzó a poner en evidencia que más estudios deben realizarse en donde se comparen grupos de ideación con grupos de intento de suicidio, pues habitualmente se realizan con controles y se sobreponen factores de riesgo de ideación suicida con aquellos de intento de suicidio. (Klonsky, 2016).

En dichos estudios se ve con mayor frecuencia ideación suicida pero no necesariamente todos llegan al intento de suicidio, por lo que sugiere que en general los cuadros depresivos, la soledad y la impulsividad predicen mejor la presencia de ideación suicida pero para predecir que esta pase a un intento de suicidio, el factor que hasta ahora se ha comprobado, es la capacidad para tolerar el miedo y el dolor de realizar un acto suicida y tener conocimientos sobre la forma de terminar con la vida. (Klonsky,2017).

Por lo tanto, estas diferencias clínicas observadas serían interesantes de continuar explorándose pues pudiera aportar más información a este nuevo esquema de entendimiento de la conducta suicida.

Una tercera dimensión que pretende aportar esta investigación es la de incluir la perspectiva de la familia como elemento psicosocial en el que se desenvuelve el individuo. Sin embargo, este estudio es el primero en evaluar de la siguiente forma la dinámica familiar en pacientes con conducta suicida en nuestro país, por lo que muchas de las observaciones pueden dar pie a futuras interrogantes.

Al observar los resultados, nos encontramos con que para ambos grupos de conducta suicida la cohesión familiar que predomina es la desprendida. Es decir, aquellas en donde la unión afectiva entre los miembros es baja o ausente, se viven con poca lealtad entre ellos además de una pobre interacción (Olson, 1979). Por lo tanto, de acuerdo a lo observado en este trabajo y en la literatura, la cohesión familiar resulta importante de ser estudiada con mayor profundidad para comprender de que manera este funcionamiento familiar influye en la conducta suicida.

Si bien en ambos grupos se observa una cohesión desprendida, en el grupo de ideación suicida se observaron con significancia estadística, mayor frecuencia de desprendimiento familiar y en general familias menos balanceadas, de acuerdo al modelo de Olsen.

Este resultado, es contrario al que esperábamos a priori en este estudio en donde considerábamos que los pacientes con un intento de suicidio al ser pacientes más graves, que incluso tienen que ser hospitalizados, serían quienes tendrían familias con una estructura más desbalanceada.

A manera de hipótesis para explicar este fenómeno pudiera ser de utilidad recordar un concepto que surge en los inicios de la terapia sistémica, que es el de chivo expiatorio. (Vogel, 1978, Minuchin 1979) En donde consideraban que las familias desviaban el foco de atención del conflicto familiar hacia el paciente sintomático para así evitar afrontar la verdadera problemática familiar. En consecuencia, la familia siente alivio, pero el chivo expiatorio se percibe enojado y solo. (Ellison, 2017)

Si bien al clasificar las familias como balanceadas, rango medio y no balanceadas no observamos una significancia estadística, existe una clara tendencia en las familias cuyo integrante presentó un intento de suicidio a ser más balanceadas o de rango medio. Pudiendo entonces especular que un posible fenómeno observado es el que un miembro

de la familia que presenta un cuadro más grave puede encubrir y balancear a una familia. O bien que debido a la gravedad que implica la acción suicida esta tenga un efecto cohesionador y así un intento de solución.

Sin embargo, esto no puede comprobarse ni afirmarse con la naturaleza del estudio aquí presentado, pero puede abrir la puerta a futuras investigaciones.

Observamos entonces que las familias del grupo de ideación suicida entran con mayor frecuencia dentro de las familias no balanceadas, es decir familias con un repertorio menos amplio de conductas y menos capacidad de cambio (Olson, 1979).

Además, si lo unimos con los resultados observados en las variables clínicas, tienen un mayor número de diagnósticos psiquiátricos y tiempos de evolución más prolongados. Por lo que pudiéramos estar infravalorando la gravedad de un paciente que acude con ideación suicida.

Por último, el segundo elemento a evaluar en esta esfera familiar fue la emoción expresada, la cual se encontró con niveles elevados en ambos grupos, especialmente los comentarios críticos, sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre los grupos de estudio, esto posiblemente debido al tamaño de la muestra en donde especulamos que en caso de ampliar el número de sujetos la tendencia observada podría alcanzar la significancia estadística.

Finalmente, nuestros resultados destacan la complejidad del fenómeno suicida, resaltando la importancia de diferenciar en los estudios la ideación del intento de suicidio y que en ambos panoramas nos encontramos con un trasfondo familiar en donde prevalecen las familias desprendidas y con una alta emoción expresada.

Por lo tanto, esto pudiera tener impacto en la terapéutica de los pacientes que atendemos en nuestra institución con conducta suicida, en donde conocemos que las familias son

desprendidas, por lo que podemos incidir en acciones destinadas a influir en la cohesión y además psicoeducar a los familiares sobre los comentarios críticos y formas de evitarlos. Así quizás pudiéramos estar abordando brevemente, pero bajo conocimiento, una esfera tan importante como es la familia. Ya que a pesar de lo veloz que es un servicio de urgencias no deja de ser una oportunidad vital de intervención.

## **Consideraciones y Limitaciones**

Nuestro estudio contó con limitaciones a considerar, en primer lugar, al tratarse de un estudio transversal por lo que las asociaciones entre el tipo de familia y el tipo de conducta suicida encontradas no puede ser reportada a lo largo del tiempo ni la dirección de la asociación.

Aunque la emoción expresada y el tipo de familia de acuerdo a su nivel de balance no resultó significativa, se observa una tendencia a diferenciar estos aspectos en ambos grupos por lo que se considera que en caso de ampliar la muestra podríamos alcanzar la significancia estadística al dispersarse menos los resultados.

Además, al ser un estudio tomado dentro del contexto de un servicio de urgencias, en donde uno de los objetivos es evaluar al paciente y el riesgo para la vida, por lo que la fineza de los diagnósticos puede ser puesto en segundo término.

No se debe de perder de vista que el fenómeno suicida es altamente complejo y otros aspectos que se han demostrado tener impacto en este, no se incluyeron en el análisis como por ejemplo antecedentes de trauma, consumo de sustancias o migración.

De igual forma las relaciones familiares tienen un alto nivel de complejidad, en donde la relación entre el paciente y el familiar es bidireccional, dinámico y recíproco. Por lo que las interpretaciones deben de ser tomadas con cautela.

## Conclusiones

- Se encontraron características sociodemográficas similares en ambos grupos de estudio.
- Los participantes del grupo de ideación suicida presentaron un mayor número de diagnósticos al egreso, un tiempo de evolución mayor y con mayor frecuencia fueron enviados a seguir el tratamiento de manera ambulatoria.
- Los participantes del grupo de intento de suicidio tuvieron un mayor número de intentos de suicidio, una puntuación mayor en la escala de riesgo suicida y fueron con mayor frecuencia hospitalizados o referidos para ser hospitalizados.
- En el grupo de ideación suicida la estructura familiar más frecuente fue la desprendida estructurada y la desprendida rígida.
- En el grupo de intento de suicidio la estructura familiar más frecuente fue la desprendida flexible.
- La cohesión familiar desprendida resultó ser predominante entre los sujetos con conducta suicida tanto en la ideación como en el intento de suicidio, con un valor de  $\chi^2 (1, N = 3.84) = 5.88, p < 0.05$
- El tipo de estructura familiar resultó ser significativa con un valor de  $\chi^2 (1, N = 3.84) = 12.91, p < 0.05$
- La emoción expresada de la familia no resultó asociarse significativamente con una conducta suicida en específico para ninguno de los dos grupos.



## Referencias:

1. Saucedo García, J. M. (2003). *La familia: su dinámica y tratamiento*.  
  
Alejandro Molina Lopez. (2016). *Implementación y aplicación de un instrumento de triage psiquiátrico en instituciones de salud mexicanas*.  
  
Ángel, M., Fernando, A., Forteza, C. G., Lira, L. R., Ángel, M., Gutiérrez, C., & Echeagarray, A. W. (2003). Correlatos psicosociales de depresión , ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 10.  
  
Anónimo. (2005). Niveles de ingreso. Retrieved July 15, 2019, from NSE AMAI website: [www.nse.amai.org/data/](http://www.nse.amai.org/data/)  
  
Berenice Pérez- Amezcua, Leonor Rivera-Rivera, Erika E Atienzo, Filipa de Castro, Ahidee Leyva-López, M en C, I. R. C.-A. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública Méx*, 52(4).  
  
Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicide and suicidal behaviors in Mexico: Retrospective and current status | Suicidio y conductas suicidas en México: Retrospectiva y situación actual. *Salud Publica de Mexico*, 52(4). <https://doi.org/10.1590/S0036-36341998000500007>  
  
Borges, Guilherme, Orozco, R., Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., & Díaz-Salazar, J. (2019). Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016. *Salud Publica de Mexico*, 61(1), 6–15. <https://doi.org/10.21149/9351>  
  
Brown, G., Birley, J., & Wing, J. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *British Journal of Psychiatry*, 121(562), 241–

258. <https://doi.org/10.1192/bjp.121.3.241>

Darrow SM, Accurso EC, Nauman ER, Goldschmidt AB, Le Grange D. Exploring Types of Family Environments in Youth with Eating Disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2017 Sep;25(5):389-396. doi: 10.1002/erv.2531. Epub 2017 Jul 4. PMID: 28675592; PMCID: PMC5568961.

Demir, S. (2018). The relationship between expressed emotion and the probability of suicide among Turkish psychiatric outpatients. *Family and Community Health, 41*(2), 111–116. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000178>

Domínguez-Martínez, T., Rascon-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., García-Silberman, S., Casanova-Rodas, L., & López-Jiménez, J. L. (2016). Effects of Family-to-Family Psychoeducation Among Relatives of Patients With Severe Mental Disorders in Mexico City. *Psychiatric Services, 68*(4), 415–418. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500457>

Echeburúa, E., Psicología, F. De, Vasco, P., & Ehu, U. P. V. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica The many faces of suicide in the psychological clinic. *Terapia Psicológica, 33*(2), 117–126.

Ellison, Lori. "Scapegoating." *The SAGE Encyclopedia of Marriage, Family, and Couples Counseling*, edited by Jon Carlson and Shannon B. Dermer, vol. 4, SAGE Reference, 2017, pp. 1449-1452.

Gennarini, S. (2016). Center for Family And Human Rigts. Retrieved from C-Fam website: [https://c-fam.org/friday\\_fax/informe-de-la-onu-no-hay-definicion-de-familia/](https://c-fam.org/friday_fax/informe-de-la-onu-no-hay-definicion-de-familia/)

Guilherme Borges, Ricardo Orozco, M. E. M. M. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública de México, 54*(6), 595–606.

Hack, J., & Martin, G. (2018). Expressed emotion, shame, and non-suicidal self-injury.

*International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5).

<https://doi.org/10.3390/ijerph15050890>

Horwitz, N, Florenzano R, R. I. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la

atención primaria. *Bol Of Sanit Panam*, 98(2), 144-55.

Hughes EK, Gullone E. Internalizing symptoms and disorders in families of adolescents: a

review of family systems literature. *Clin Psychol Rev*. 2008 Jan;28(1):92-117. doi:

10.1016/j.cpr.2007.04.002. Epub 2007 Apr 19. PMID: 17509739.

Human, D (2001) Declaration of Helsinki. *The Lancet*, 357 (9251), 236. doi:

10.1016/S01406736(05)71342-8

Jurisprudencia Civil. (2016). ESTADO CIVIL. SU CONCEPTO. In *Gaceta del Semanario*

*Judicial de la Federación* (pp. 34(1), 10).

Kessler, R. C., Berglund, P., Nock, M., Wang, P. S., & Page, P. (2005). Trends in Suicide

Ideation, Plans, Gestures, and Attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-

2003. *JAMA*, 293(20), 2487–2495.

Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu*

*Rev Clin Psychol*. 2016;12:307-30. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204. Epub

2016 Jan 11. PMID: 26772209.

Klonsky, B.Y. Saffer, C.J. Bryan, Ideation-toAction Theories of Suicide: A Conceptual and

Empirical Update, *COPSYC* (2017)

Lucero, V., César, J., & Alcaráz, O. (2013). Estilos parentales como predictores de

ideación suicida en estudiantes adolescentes Parenting styles as predictors of

suicidal ideation in. *Psicología Desde El Caribe*, 30(3), 19.

Matthew K. Nock, Guilherme Borges, Evelyn J. Bromet, Christine B. Cha, Ronald C. Kessler, and S. L. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>.

Medina-Mora, Maria Elena, Madrigal de Leon, Eduardo. Juan Ramón de la Fuente, G. H. M. L. C. A. J. del B. et al. (2001). Guía práctica para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales. *Secretaría de Salud*, 43.

Minuchin, Salvador. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. México: GEDISA Mexicana.

Molina-lópez, A., Cruz-islas, J. B., Palma-cortés, M., & Guizar-sánchez, D. P. (2016). Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department. *BMC Psychiatry*, 16(30). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0727-7>

Muñoz M, J., & Pinto M, V. (2006). IDEACIÓN SUICIDA Y COHESIÓN FAMILIAR EN ESTUDIANTES PREUNIVERSITARIOS ENTRE 15 Y 24 AÑOS , LIMA 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 23(4), 239–246.

Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18(1), 3–28. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x>

Olson, D. H. (1993). Circumplex Model of Marital and Family Systems: Assessing family functioning. *Normal Family Processes*, 104–137. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Suicidio. Datos y cifras. Retrieved from 24 de Agosto website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Oudhof, H. & R. E. (2014). *Familia y crianza en México, Entre el cambio y la continuidad*. Mexico: Fontamara.
- Real Academia de la Lengua Española. (n.d.). Retrieved July 6, 2019, from <https://dle.rae.es/?id=XIApmpe>
- Reyes, W. G., & Miranda, N. T. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452–460.
- RIVERO, Nayeli. Ana Marínez-Pampliega, D. O. (n.d.). Spanish Adaptation of the FACES IV Questionnaire: Psychometric Characteristics. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*.
- Rojas, I. G., & Saavedra, J. E. (2014). Cohesión familiar e ideación suicida en adolescentes de la costa peruana en el año 2006 . *Rev Neuropsiquiatra*, 77(4), 12.
- Rosas, E. R. P., & Coria, A. E. I. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español mexicano. 30(10), 624–630.
- Sadock, Benjamin James. Sadock, Virginia Alcott, Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias del comportamiento/Psiquiatría clínica* (11°).
- Santos, J. C., Saraiva, C. B., & de Sousa, L. (2009). The role of expressed emotion, self-concept, coping, and depression in parasuicidal behavior: A follow-up study. *Archives of Suicide Research*, 13(4), 358–367. <https://doi.org/10.1080/13811110903266590>
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., Rodríguez, L., Almendros, C., Andrés, P., Vaz, F., &

Graell, M. (2014). Spanish validation of the Family Questionnaire (FQ) in families of patients with an eating disorder. *Psicothema*, 26(3), 321–327.

<https://doi.org/10.7334/psicothema2013.310>

Severino, M. J. Z. (2009). *Validez concurrente de tres instrumentos clinimétricos para la evaluación del riesgo suicida: Mini entrevista psiquiátrica internacional modulo de riesgo de suicida, escala de riesgo de Plutchik y la nueva escala de estimación del riesgo suicida (Sentíes)*. Universidad Nacional Autónoma de México.

VAUGHN, C. and LEFF, J. (1976). The Measurement of Expressed Emotion in the Families of Psychiatric Patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157–165. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1976.tb00021.x>

Vizcarro, C., & Arévalo, J. (1984). *Emoción expresada : Introducción al concepto , evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas*.

Vogel, E. F., & Bell, N. W. (1968). The emotionally disturbed child as the family scapegoat. In E. F. Vogel & N. W. Bell (Eds.), *A modern introduction to the family* (pp. 412–427). New York: Free Press.

Wen-Hung, K. U. O., Gallo, J. J., & Tien, A. Y. (2001). Incidence of suicide ideation and attempts in adults: The 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychological Medicine*, 31(7), 1181–1191.

<https://doi.org/10.1017/S0033291701004482>

Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., & Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*, 109, 265–279.

## Anexos

### Escalas de Evaluación

#### FACES III

<b>Nombre persona encuestada</b>	
<b>Fecha</b>	

#### Instrucciones

A continuación, usted deberá seleccionar una de las opciones que se le presentarán a continuación. Deberá marcar con una **X** la opción que más se acerque a su respuesta.

N.º	Pregunta	Casi Nunca o Nunca	De vez en cuando	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre o Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					

11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					



## Cuestionario Familiar

Este cuestionario muestra diferentes formas en las que las familias intentan hacer frente cada día a los problemas. Por favor, indique para cada pregunta, con qué frecuencia actualmente ha reaccionado ante su familiar de esta manera. Por favor, conteste a las preguntas siguientes con la mayor sinceridad posible, teniendo en cuenta que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Tanto las respuestas como los resultados se mantendrán en estricta confidencialidad. Lo mejor es marcar la primera respuesta que le venga a la cabeza y señalar solamente una respuesta por cada pregunta.

N.º	Pregunta	Nunca/ Muy raramente	Raramente	A menudo	Frecuentemente
1	Tiendo a descuidarme a mí mismo/a por él/ ella.				
2	Tengo que pedir continuamente que haga las cosas.				
3	Pienso a menudo qué va a ser de él/ ella.				
4	Él/ Ella me molesta.				
5	Sigo pensando en las razones por las que enfermó.				
6	Tengo que intentar no criticarlo/la.				
7	No puedo dormir a causa de él/ ella.				
8	Es difícil para nosotros estar de acuerdo en cosas.				
9	Cuando algo me molesta él/ ella, yo me lo guardo para mí mismo/a.				
10	No aprecia lo que hago por él/ ella.				
11	Percibo mis propias necesidades como menos importantes.				
12	En ocasiones, él/ ella me pone de nervios.				
13	Estoy muy preocupado por él/ ella.				

<b>14</b>	Él/ Ella hace algunas cosas por rencor.				
<b>15</b>	Pensé que yo podría llegar a enfermar.				
<b>16</b>	Cuando él/ ella quiere constantemente algo de mí, me molesta.				
<b>17</b>	Es una parte importante de mi vida.				
<b>18</b>	Tengo que insistir que él/ ella se comporte de forma diferente.				
<b>19</b>	He renunciado a cosas importantes con la finalidad de poder ayudarlo/la.				
<b>20</b>	Estoy a menudo enfado con él/ ella.				

### Escala de Estimación de riesgo suicida Sentíes Zamudio M Versión Modificada.

Seleccione de cada reactivo la opción que, con la información obtenida durante la entrevista, a su juicio clínico aplique para el paciente.

Elementos clínicos de peso	Sí	No
1. Presencia de sintomatología depresiva (incluyendo leve) y/o ansiosa grave.		
2. Abuso actual o anterior de alcohol y/o sustancias psicoactivas.		
3. Conflictos graves en la relación familiar y/o de pareja o pérdida de la pareja.		
4. Antecedente de intentos suicidas.		
5. Presencia de impulsividad/ agresividad auto y/o heterodirigida.		
6. Alucinaciones de comando autodestructivo.		
7. Historia familiar de depresión y/o suicidio.		
8. Desesperanza marcada.		
9. Pérdida de empleo o de status.		
10. Presencia de ideación y/o plan suicida estructurado.		

**Total:**

**Riesgo suicida leve: 0-3 Puntos**

**Riesgo suicida moderado: 4-7 puntos.**

**Riesgo suicida elevado: 8-10**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **Comparación de la dinámica familiar y emoción expresada entre usuarios/pacientes del servicio de Atención Psiquiátrica Continua con intento de suicidio o ideación suicida.**

Dirigido a: Familiares de participantes que acuden al servicio de Atención Psiquiátrica Continua

Nombre del Investigador Principal: Dra. Jimena Ramírez Peris

Estimado(a) Señor/Señora:

Usted está siendo invitado a participar en una investigación que se encuentra desarrollando el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". El estudio se realizará en el área de Atención Psiquiátrica Continua (APC) del Instituto.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier cosa que no le quede clara.

El propósito del presente estudio es describir algunos aspectos en la relación familiar de las personas que presentan ideas o intentos de quitarse la vida. Para poder evaluar esto requerimos hacer unas preguntas sobre la familia por lo que lo invitamos a usted a participar al ser el familiar acompañante del paciente/usuario que acude al servicio de Atención Psiquiátrica Continua de esta institución.

#### **Procedimientos:**

Se invitará a participar en el estudio a todos los pacientes/ usuarios que acudan al servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" que hayan presentado ideas o intento(s) de quitarse la vida.

Si usted como familiar, acepta participar en este proyecto se pedirá otorgar el consentimiento informado con una firma y se aplicará un cuestionario de 20 preguntas en donde se evalúa la emoción expresada hacia el paciente/ usuario que acude a APC. La emoción expresada se refiere a los sentimientos, pensamientos y acciones que tenemos ante un familiar que se encuentra con algún tipo de enfermedad.

Posteriormente se integrará la información recabada en una base de datos a la que solamente los investigadores tendrán acceso.

#### **Su participación consistirá en:**

- Responder al cuestionario que nosotros le proveeremos y aplicaremos.
- Dicha aplicación del cuestionario durará alrededor de 10 min.
- Esto será realizado en la sala de espera del servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".
- Al finalizar la evaluación ¿le gustaría que le diéramos los resultados de la evaluación?

#### **Beneficios:**

Se dará un folleto informativo sobre medidas a tomar como familiar ante las situaciones de riesgo suicida.

Además, si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Psiquiatría para el conocimiento de posibles factores familiares que puedan estar presentes en las personas con riesgo suicida, y así quizás ayudar a familiares y pacientes/ usuarios que enfrentan este problema.

#### **Confidencialidad:**

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en este estudio. Usted quedará identificado(a) mediante un código que hará imposible su identificación.

Los datos obtenidos se guardaran en una base de datos de excel en una computadora Lenovo ideapad Número de serie YDN0B8705005, la cual estará en la oficina de la Dra. Laura González Macías de la Clínica de Alimentación en la Torre de Especialidades. A la cual solo tiene acceso bajo llave dicha investigadora. Junto con dicha computadora estarán almacenados los consentimientos informados junto con los cuestionarios aplicados. Dicha muestra estará almacenada por 5 años. Posterior a cinco años dicha información será destruida.

Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

**Participación Voluntaria/Retiro:**

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera la atención médica en el servicio de nuestra Institución.

**Riesgos Potenciales/Compensación:**

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio están relacionados con la posibilidad de que se traten temas sensibles que provoquen molestias emocionales transitorias, por lo que recibirá ayuda inmediata por alguno de los médicos psiquiatras involucrados en el proyecto. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases de datos o bien retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo [dra.jimenarperis.psiquiatria@gmail.com](mailto:dra.jimenarperis.psiquiatria@gmail.com).

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Dra. Jimena Ramírez Peris al siguiente número de teléfono 5541 605278 en un horario de 8:30 a 17 hrs o al correo electrónico: [dra.jimenarperis.psiquiatria@gmail.com](mailto:dra.jimenarperis.psiquiatria@gmail.com) @gmail.com.

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Acepto participar voluntariamente en la investigación "Comparación de la dinámica familiar y emoción expresada entre usuarios/pacientes del servicio de Atención Psiquiátrica Continua con intento de suicidio o ideación suicida, dirigida por la Dra. Jimena Ramírez Peris, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación a ello, acepto participar en la resolución del cuestionario que se me aplicará.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio impone un riesgo mínimo, del cual en caso de presentarse recibiré apoyo por parte de los psiquiatras que participan en el proyecto, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será confidencial. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo individual.

Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada por el equipo de investigación, y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio. Después de cinco años los cuestionarios serán destruidos.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, le pedimos que indique su consentimiento mediante una firma.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

**PARTICIPANTE:** Código: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha/hora \_\_\_\_\_

**TESTIGO 1** Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Relación con la participante: \_\_\_\_\_ Fecha/hora: \_\_\_\_\_

**TESTIGO 2** Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Relación con la participante: \_\_\_\_\_ Fecha/hora: \_\_\_\_\_

**Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha/hora \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **Comparación de la dinámica familiar y emoción expresada entre usuarios/pacientes del servicio de Atención Psiquiátrica Continua con intento de suicidio o ideación suicida.**

Dirigido a: Grupo de participantes que acuden al servicio de Atención Psiquiátrica Continua  
Nombre del Investigador Principal: Dra. Jimena Ramírez Peris

Estimado(a) Señor/Señora:

Usted está siendo invitado a participar en una investigación que se encuentra desarrollando el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". El estudio se realizará en el área de Atención Psiquiátrica Continua (APC) del Instituto.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier cosa que no le quede clara.

El propósito del presente estudio es describir algunos aspectos en la relación familiar de las personas que presentan ideas o intentos de quitarse la vida. Le pedimos participar en este estudio porque usted forma parte de la población que acude al servicio de Atención Psiquiátrica Continua de esta institución, sitio en donde principalmente podemos detectar estas conductas de riesgo.

#### **Procedimientos:**

Se invitará a participar en el estudio a todos los pacientes/ usuarios que acudan al servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" que hayan presentado en la última semana ideas o intento(s) de quitarse la vida.

Si usted acepta participar se pedirá que nos dé su consentimiento informado mediante su firma y se le aplicará a usted un cuestionario de veinte preguntas para evaluar el tipo de relación familiar que predomina en su familia. Además, si usted y su familiar lo autoriza también se aplicará un cuestionario a su familiar para evaluar la emoción expresada que existe hacia usted. La emoción expresada se refiere a los sentimientos, pensamientos y acciones que tenemos ante un familiar que se encuentra con algún tipo de enfermedad.

De igual forma se consultarán los siguientes datos en su expediente como es: edad, sexo, estado civil, escolaridad, diagnóstico principal al egreso de APC, número de diagnósticos psiquiátricos, destino al egreso, número de intentos de suicidio y tiempo de evolución del padecimiento actual. Posteriormente se integrará la información recabada en una base de datos a la que solamente los investigadores tendrán acceso.

#### **Su participación consistirá en:**

- Responder **un cuestionario** que nosotros le proveeremos y aplicaremos.
- **Le tomará alrededor de 15 min responder el cuestionario de 20 preguntas.**
- Esto será realizado en la sala de espera del servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"
- **Al finalizar la evaluación, ¿le gustaría que se le comunicaran los resultados?**

#### **Beneficios:**

Se le ofrecerá un folleto informativo sobre medidas a tomar ante las situaciones de riesgo suicida. Además, si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Psiquiatría para el conocimiento de posibles factores familiares que puedan influir en la conducta suicida, y así ayudar a familiares y pacientes/ usuarios a enfrentar esta problemática.

#### **Confidencialidad:**

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en este estudio. Usted quedará identificado(a) mediante un código que hará imposible su identificación.

Los datos obtenidos se guardaran en una base de datos de excel en una computadora Lenovo ideapad Número de serie YDN0B8705005, la cual estará en la oficina de la Dra. Laura González Macías de la Clínica de Alimentación en la Torre de Especialidades. A la cual solo tiene acceso bajo llave dicha investigadora. Junto con dicha computadora estarán almacenados los consentimientos

informados junto con los cuestionarios aplicados. Dicha muestra estará almacenada por 5 años. Posterior a cinco años dicha información será destruida. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

**Participación Voluntaria/Retiro:**

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera su atención médica en el servicio de nuestra Institución.

**Riesgos Potenciales/Compensación:**

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio están relacionados con la posibilidad de que se traten temas sensibles que provoquen inestabilidad emocional, por lo que recibirá ayuda inmediata por alguno de los médicos psiquiatras involucrados en el proyecto. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: Dra. Jimena Ramírez Peris al siguiente número de teléfono 5541605278 en un horario de 8:30 a 17 hrs. Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntaria y confidencialmente en la investigación "Comparación de la dinámica familiar y emoción expresada entre usuarios/pacientes del servicio de Atención Psiquiátrica Continua con intento de suicidio o ideación suicida, dirigida por la Dra. Jimena Ramírez Peris, del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación a ello, acepto participar en la resolución del cuestionario que se me aplicará, que se tomen de mi expediente los datos que aquí se especifican (edad, sexo, estado civil, escolaridad, diagnóstico principal al egreso de APC, número de diagnósticos psiquiátricos, destino al egreso, número de intentos de suicidio y tiempo de evolución del padecimiento actual) y autorizo que se invite a mi familiar para completar un cuestionario sobre la emoción expresada.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra un daño o peligro mayor al mínimo para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna. Declaro saber que la información entregada será confidencial. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de modo individual.

Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada por el equipo de investigación, y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio. Después de cinco años los cuestionarios serán destruidos.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento mediante una firma, para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

**PARTICIPANTE:** Código: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha/hora \_\_\_\_\_

TESTIGO 1 Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Relación con la participante: \_\_\_\_\_ Fecha/hora: \_\_\_\_\_

TESTIGO 2 Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Relación con la participante: \_\_\_\_\_ Fecha/hora: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento: Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha/hora \_\_\_\_\_

**Carta de autorización para tomar datos no personales de la base datos de APC.**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA  
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ**


**Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez**  
Subdirección de Hospital y APC,  
Instituto Nacional de Psiquiatría  
"Ramón de la Fuente Muñiz"  
PRESENTE.

**Fecha: 20 Mayo 2019**

Por medio del presente le envío un cordial saludo y aprovecho para solicitar su permiso de obtener el número de pacientes/usuarios que acuden al servicio de APC con conducta suicida (ideación, intento o gesto) en el primer trimestre del año, con la finalidad de calcular el tamaño de muestra para mi proyecto de tesis que pretende valorar la dinámica familiar y emoción expresada en pacientes/usuarios que acuden al servicio de APC con conducta suicida.

Agradezco la atención a la presente, y quedo a su disposición.


Vo. Bo.

  
**Dra. Brisa G. Monroy Cortés**  
Tutora Clínica

Vo. Bo.

  
**Dra. Laura González Macías**  
Tutora Metodológica

Atte

  
**Dra. Jimena Ramírez Peris**  
Médico Residente de segundo año  
Instituto Nacional de Psiquiatría  
"Ramón de la Fuente Muñiz"

Vo.Bo.

  
**Dra. Mónica Flores Ramos**  
Directora de Enseñanza

  
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA  
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ  
DIRECCION SERVICIOS CLINICOS

28 MAYO 2019

SUBDIRECCION DE HOSPITALIZACION Y APC  
HORA 13:55  
NOMBRE 