



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA "MORELOS" UMAE

ANTEPROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA TESIS DE ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

Emoción expresada en familiares de primer grado de pacientes con intento suicida

Dr. Luis Arturo Quijano Romero

Asesores:

Dra. Claudia Fouilloux Morales

Dr. José Ángel Francisco Mendoza García



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.

Tabla de Contenidos

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	3
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
JUSTIFICACIÓN	9
HIPÓTESIS	10
OBJETIVOS	11
MATERIAL Y MÉTODOS	12
Tipo de estudio	12
Población en estudio; selección y tamaño de la muestra	12
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	12
Variables y escalas de medición	14
Instrumentos	16
Métodos de recolección de datos	17
Plan de análisis de los resultados	18
IMPLICACIONES ÉTICAS	19
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	35
REFERENCIAS	36
ANEXOS	39
1. Consentimiento informado	39
2. Calificación de la evaluación de la emoción expresada	40
3. Escala de emoción expresada (Guanilo y Seclén)	41

Antecedentes científicos

La conducta suicida es cualquier acción deliberada con potenciales consecuencias de mortalidad.^{1,2} Tiende a ser recurrente y puede ser predictivo de suicidio consumado. Los estimados del riesgo de repetición de la conducta suicida se sitúan de 10% en los 6 meses siguientes, y el 42% a los 21 meses, con una mediana de recurrencia por año de 5-15%. Los rangos de consumación subsecuente entre los que intentan son de 0.5-1.0% por año.³ En el ámbito mundial, la conducta suicida es de alta prevalencia. Los países desarrollados notifican elevadas tasas de mortalidad por esta conducta, y dentro de ella, el suicidio es una de las causas comunes de muerte.⁴ La cifra de suicidios se eleva por encima de 30 por cada 100,000 habitantes y en algunos países sobrepasan los 40, siendo la prevalencia de los intentos de suicidio en la población general de 3% a 5%.¹⁰ En relación a los intentos fallidos se plantean alrededor de 10 por cada suicidio consumado. En América, la mayor incidencia de suicidio se presenta en jóvenes entre 15 y 19 años de edad, y en Canadá, Estados Unidos, Cuba y Venezuela se registran las tasas más altas.⁵ En general, los rangos más altos están en Europa del Este y los menores en América Central y Sudamérica, estando en medio Estados Unidos, Europa del Oeste y Asia, y es la 14ª causa de muerte en el mundo. A pesar de la gran variedad de rangos, existe una consistencia entre valores elevados entre hombres, quienes mueren más frecuentemente que las mujeres por suicidio a un rango de 3:1-7.5:1.¹¹

Dentro del proceso continuo de la conducta suicida, que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, gestos, hasta el suicidio, se encuentra el intento suicida.⁶ Intento suicida o parasuicidio es definido por la Organización Mundial

de la Salud, ‘como un acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causará autodaño, o ingiere una sustancia superior a las dosis terapéutica generalmente reconocidas y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte’.^{7,8,9}

García-Macia, Sarró, Giró y Otín consideran que los intentos suicidas pueden ser entendidos: como síntomas de una enfermedad mental, como estrés (aquellos de menor cronicidad, evaluados como reacción frente a una situación ambiental estresante de aparición reciente) y como crisis (de mayor cronicidad, en los que el sujeto se encuentra en una situación a la que no halla salida, de varios meses de evolución).⁹

Diversas reacciones despiertan los intentos suicidas en los doctores y enfermeras, familiares y amigos, y en el público en general, como son las emocionales. Éstas varían de acuerdo a las características de la conducta: si parece estar relacionada con un intento suicida grave generalmente evoca simpatía; cuando puede ser asociado con otros motivos, especialmente aquellos de naturaleza manipulatoria, son frecuentemente vistos con desagrado.^{4, 12, 13, 14, 15, 16}

Investigadores de las emociones han teorizado sobre las clases de estímulos percibidos relacionados con eventos que determinan cuantitativamente distintas emociones y tendencias de acción, que afectan la respuesta y la resultante calidad de la interacción diádica, en este caso, paciente y familiar.^{12,17,18,30,31}

Estudios empíricos han demostrado la conexión entre los pensamientos suicidas y el comportamiento suicida en individuos y su percepción de rechazo, o culpa entre otros.^{13,}

14, 15, 19, 8, 16

En este sentido la Emoción Expresada es un constructo que permite medir actitudes y conductas expresadas por los familiares acerca de un miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica, y que a partir de ello es mensurable en los familiares.²⁰

Es un índice global de emociones, actitudes y conductas expresadas por los familiares acerca de un miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica, y que a partir de ello es mensurable en los familiares, los cuales expresan:

1. Crítica: Es referida como comentarios u observaciones en los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen factores desfavorables sobre la conducta o personalidad del paciente.
2. Hostilidad: Se considera cuando el paciente recibe agresión con actitudes, palabras o comportamientos de los familiares, independientemente de sus propias conductas.
3. Sobreinvolucramiento: Está compuesta por elementos de autosacrificio o malestar emocional, con niveles apropiados de preocupación por parte del familiar.²⁰

Diversos autores han demostrado que existen características diferenciales entre las familias de Alta Emoción Expresada (AEE) y Baja Emoción Expresada (BEE) en lo referente a la interacción con el enfermo. Así, los familiares de AEE se caracterizarían en sus interacciones por la crítica, la sobreprotección y una alta expresividad verbal, mientras que los de BEE serían más neutrales (Hahlweg y cols,1989), aunque ello no

implicaría que utilizarasen más expresiones de afecto o apoyo que las de AEE durante una discusión.²⁰

Se ha encontrado que aquellas familias que presentaban alta emoción expresada, producen recaídas sintomáticas u hospitalizaciones frecuentes.^{20,21}

Inicialmente llevado a cabo en familiares de pacientes con esquizofrenia, paulatinamente el estudio de la Emoción Expresada se fue extendiendo a las familias de otros enfermos mentales (Trastorno Bipolar, Trastornos Alimentarios, Demencias, Trastornos de Personalidad Límite y Antisocial, T.O.C, Trastorno por Angustia, T.D.A.H y otros trastornos de conducta en la infancia, Colon Irritable). Los hallazgos han sido diversos pero todos ellos coincidentes en que la alta EE se asocia a un peor curso evolutivo.^{20,22}

Como ha señalado Miklovitz (2004) hay cuatro enfoques posibles para explicar el origen de la Emoción Expresada: que sea una reacción familiar ante las características clínicas del paciente, que se deba a los rasgos caracteriales o psicopatológicos de los familiares, que se deba a las teorías familiares sobre la causa de las conductas del paciente o que traduzca el patrón de interacciones familiar.^{20,22,23}

La EE parece estar condicionada por diversos factores, algunos de ellos pudieran resultar más perturbadores a nivel familiar y social o bien pudieran dificultar su manejo, sobre todo si pueden confundirse con comportamientos voluntarios del paciente.^{20,24}

La mayoría de los artículos apuntan a que entre el 50% y el 68% de los familiares tienden a mantener el mismo nivel de EE a lo largo del período de estudio sea alta o baja EE. El resto varía la alta o baja EE inicial durante el seguimiento, según se les haya realizado una intervención o no.^{20,24}

Los trabajos que comparan la estabilidad de la EE entre familiares a los que se les ha realizado una intervención familiar de tipo psicosocial y familiares no intervenidos encuentran que las variaciones en la EE y subescalas se producen en un número mayor entre los intervenidos (Leff cifra el cambio en un 41.6% en intervenidos y un 16.6 en no intervenidos).^{20,24}

La EE parece ser más inestable en las fases iniciales de la enfermedad, por lo que es importante no considerarla simplemente como un factor de recaída sino más bien como el resultado de un proceso de ajuste y adaptación que necesita ser modelado adecuadamente. Esta concepción implicaría la necesidad de intervenir precozmente en los primeros episodios para prevenir el desarrollo de actitudes de AEE, al tratarse de un período crítico de ajuste previo a que se establezcan y consoliden.^{20,24,25}

Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de la emoción expresada alta en familiares de primer grado de pacientes con intento suicida?

Justificación

La familia tiene una participación primordial en el fenómeno del suicidio, puesto que al no encontrarse en las mejores condiciones de proporcionar apoyo al paciente, impide su recuperación, su permanencia libre de sintomatología, así como su reincorporación al ambiente laboral, social y familiar.

Se han realizado escasos estudios al respecto, generalmente empleado Escalas Análogo Visuales, las cuales no son exclusivas para medir estas variables. En México son casi inexistentes este tipo de estudios.

La Emoción Expresada es un constructo que ha permitido la evaluación de la participación de las emociones en la patología psiquiátrica desde una base sólida y consistente. En este sentido ha demostrado su utilidad como herramienta que determina la posibilidad de recaídas en diversas entidades mentales.

Por ende el estudio de la emoción expresada en esta población es instrumento de suma importancia ya que permitiría evaluar patrones familiares desfavorables para la evolución adecuada de un paciente, que pueden finalmente consolidarse permanentemente y promover múltiples intentos suicidas, e incluso el suicidio consumado.

Hipótesis

La Emoción Expresada es alta en familiares de primer grado de pacientes con intento suicida.

Objetivo

Estimar la frecuencia de la Alta Emoción Expresada de los familiares de primer de pacientes con intento suicida.

Material y métodos

Posterior a la autorización del protocolo de investigación por las autoridades del Hospital Regional de Psiquiatría “Morelos “ y del comité de investigación del Centro Médico Nacional “La Raza” Hospital de Especialidades “ Antonio Fraga Mouret”.

1. Se captaran los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y acudan al hospital regional de psiquiatría “Morelos”, del área de hospitalización, consulta externa y admisión continua de los turnos matutino y vespertino
2. Se usará la escala de emoción expresada de Seclén y Guanilo

Tipo de estudio

Transversal, observacional, descriptivo.

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Todos familiares de pacientes que sean captados en el Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos, en un período de un mes, a partir del 1 de Noviembre al 1 Diciembre del 2010.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión:

1. Familiares de primer grado de pacientes (hombres y mujeres) con intento suicida que acudan a la Consulta Externa, Clínicas Parciales, y Admisión Continua del Hospital Regional de Psiquiatría ‘Unidad Morelos’.
2. Que deseen participar en el protocolo y firmen el consentimiento informado.

3. Que sepan leer y escribir.

No inclusión:

1. Familiares menores de edad.

2. Que cursen con alguna enfermedad discapacitante, que cursen con retraso mental o trastorno psicótico.

Eliminación:

1. Aquellos que abandonen el estudio.

2. Que no contesten hasta un 95% de la evaluación.

Variables y escalas de medición

Cálculo del tamaño de la muestra

Se incluirán aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión de la consulta externa, admisión y hospitalización, siendo seleccionados por conveniencia ya que actualmente esta unidad no cuenta con base de datos de índice de suicidio. Los pacientes serán seleccionados en el lapso de un mes teniendo como referencia 50.

Variable Dependiente

Emoción Expresada

Definición Conceptual

Se refiere a un índice global de emociones, actitudes y conductas expresadas por los familiares acerca de un miembro de la familia que padece de una enfermedad psiquiátrica, y que a partir de ello es mensurable en los familiares, los cuales expresan:

1. Crítica: Es referida como comentarios u observaciones en los cuales, por la manera en que son expresados, constituyen factores desfavorables sobre la conducta o personalidad del paciente.
2. Hostilidad: Se considera cuando el paciente recibe agresión con actitudes, palabras o comportamientos de los familiares, independientemente de sus propias conductas.
3. Sobreinvolucramiento: Está compuesta por elementos de autosacrificio o malestar emocional, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar.²⁰

Definición Operacional

Se evaluará con la escala de autoaplicación del cuestionario-encuesta evaluación del nivel de expresión expresada elaborado por Guanilo y Seclén (1993), validada por Rascón (1997) para población mexicana. Su confiabilidad Alpha estandarizada de > 0.8570 . Para medir la efectividad de la medición se contrastó con la entrevista Five-Minute Speech Simple y se una validez concurrente de Kappa: CRI: 0.7534 y SIE: 0.7293. Está conformada por 30 reactivos, que mide tres componentes: la crítica, la sobreprotección y la hostilidad. La calificación es alta de 25-40 y baja 10-24 de las tres subescalas. Del puntaje total se obtiene la emoción expresada, siendo alta 62-120 y baja $<30-61$.²⁶

Variable independiente

Intento suicida

Definición Conceptual

El intento suicida o parasuicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud como un acto con una consecuencia no fatal en el cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causará autodaño, o ingiere una sustancia superior a la dosis terapéutica generalmente reconocida y cuyo objetivo es producir que él o ella desean a través de consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte.^{7,8,9}

Definición operacional

Dado por el médico psiquiatra del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del IMSS; como 'SI' en caso de cursar con intento suicida, o 'No' cuando no se cuenta con él.

Instrumentos

Cuestionario-encuesta evaluación del nivel de emoción expresada por Guanilo y Seclén (1993), validada por Rascón (1997) para población mexicana. Su confiabilidad Alpha estandarizada de > 0.8570 . Para medir la efectividad de la medición se contrastó con la entrevista Five-Minute Speech Simple y se una validez concurrente de Kappa: CRI: 0.7534 y SIE: 0.7293. Está conformada por 30 reactivos, que mide tres componentes: la crítica, la sobreprotección y la hostilidad. La calificación es alta de 25-40 y baja 10-24 de las tres subescalas. Del puntaje total se obtiene la emoción expresada, siendo alta 62-120 y baja $<30-61$.²⁶

Método de recolección de datos

Tras la autorización de la realización del protocolo por parte de las autoridades correspondientes en el Hospital Regional de Psiquiatría Morelos, y el Hospital de Especialidades “ Antonio Fraga Mouret”, se considerarán aquellos familiares (hombres y mujeres), que cumplan los criterios de inclusión y exclusión que acudan a la consulta externa, admisión continua, hospitalización, del Hospital Regional de Psiquiatría Morelos; serán invitados personalmente por el investigador a participar en el protocolo, previa explicación del mismo, y concertando una cita.

En dicha entrevista se explicará de forma detallada en que consiste el protocolo y posterior a la autorización del consentimiento informado, se aplicará la escala de Emoción Expresada.

En aquellos familiares que se encuentren Alta Emoción Expresada, serán orientados al respecto para su atención pertinente.

Aquellos que así lo deseen, se les entregarán los resultados del protocolo.

Plan de análisis de los resultados

Se utilizará el programa SPSS versión 18 para la organización de la información.

Porcentajes y medidas de frecuencia y dispersión.

Correlación de Spearman, regresiones lineales, análisis de varianzas.

Implicaciones Éticas

Esta investigación, por los temas tratados, se presentó como:

Riesgo mínimo

No se realizará ninguna utilización de medicamentos, o manipulación de conducta de los sujetos involucrados y la probabilidad de que los participantes resulten afectados es mínima.

Incluye la realización de una escala autoaplicada.

Procesos conductuales que podrían causar estrés psíquico pueden estar justificados si existen beneficios específicos, terapéuticos o profilácticos que podrían redundar en provecho de la población siempre y cuando se respete la dignidad e integridad humanas. Los estudios de esta categoría se justifican si se obtienen conocimientos que de otro modo no podrían obtenerse, para la comprensión de la enfermedad o trastorno que sufre el sujeto.

De acuerdo a las consideraciones éticas exigidas en la declaración de Helsinki y su revisión en el 2000. Con confidencialidad absoluta para los participantes.

Conforme a la Ley General de Salud 2002, en su título quinto, capítulo único del artículo 96 al 103 acerca de “La investigación para la salud”, acerca de la cual podemos comentar que toda investigación envuelve riesgos, complicaciones y efectos colaterales, de los cuales se consideraran las lesiones físicas o psicológicas que no excedan las que normalmente surgirían en la vida diaria, en la exploración médica o psicológica corriente. Daremos una explicación adecuada a la edad y escolaridad de lo que se realizará en la investigación, las molestias que puede causar y se acordará podrán retirarse del estudio en el momento en que lo deseen, sin que esto afecte la relación con el investigador o las

circunstancias laborales, escolares o de servicios en las que se encuentre el paciente. Así pues, los elementos clásicos para consentir con conocimiento incluyen la capacidad de expresar preferencias y entender naturaleza, finalidad y técnicas de la investigación.

Recursos humanos y materiales

Humanos: Un médico residente para la aplicación de las escalas, recolección de la información y organización de la misma.

Materiales: Lápices, copias, folders, una computadora para organizar la información

Económicos: Se estima un costo aproximado de \$1,000.00 (Un mil pesos. 00/100mn)

Resultados

Del total de pacientes encuestados casi el 29% fueron hombres y el 71.43% mujeres. Las edades de los participantes estuvieron entre los 18 y 41 años de edad con un promedio de 27.8 ± 7.14 años, con una diferencia de casi dos años entre ambos sexos (mujeres 27.33 ± 6.6 años y hombres 29 ± 8.89 años). Tabla 1

La distribución de la escolaridad fue de 9.2% primaria, 33.33% secundaria, 47.62% técnico, 4.76% bachillerato al igual que licenciatura. En el caso de los hombres, el 16.67% estudió la secundaria, el 50% estudió técnico, el 16.67% bachillerato al igual que licenciatura. El 13.33% de las mujeres estudiaron la primaria, el 40% la secundaria y el resto técnico. Se puede observar que los hombres presentaron mayor escolaridad, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$).

Respecto al mecanismo de intento de suicidio utilizado, el 38% fue con punzocortantes, el 33.33% ingesta de medicamentos, el 14.3% ingesta de raticida, casi el 10% ahorcamiento y el resto por lanzamiento al vacío. Del total de hombres, el 50% lo intentó por ingesta de medicamentos, el 33.33% por punzocortantes y el resto por ingestión de raticidas. Del total de mujeres, el 40% por punzocortantes, casi el 27% por ingesta de medicamentos, el 13% por ahorcamiento al igual que ingesta de raticida y el resto se lanzó al vacío; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos y el mecanismo suicida. Respecto a la edad y el mecanismo suicida, la edad promedio para punzocortantes fue de 28 ± 7.57 años, ahorcamiento 28 ± 12.72 años, ingesta de medicamentos 28 ± 7.9 años, lanzamiento al vacío 21 años e ingesta de raticida 29 ± 3.6 años, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Fig. 2

No se encontró correlación entre el mecanismo de intento de suicidio y la edad, el sexo y la escolaridad.

Emoción expresada

Del total de familiares encuestados el 48% fueron hombres y el 52% mujeres. Las edades de los participantes estuvieron entre los 20 y 68 años de edad con un promedio de 43.92 ± 12.09 años, con una diferencia de menos de un año entre ambos sexos (mujeres 44.38 años y hombres 43.41 años). Tabla 2, Fig.5

La distribución de la escolaridad fue de 30% secundaria, 28% técnico, 28% bachillerato y 14% licenciatura. En el caso de los hombres, el 33.33% estudió la secundaria, el 20.83% técnico, 29.17% bachillerato, y solo el 16.67% licenciatura. Casi el 27% de las mujeres estudiaron la secundaria, el 34.6 técnico, 26.92 % bachillerato y el resto licenciatura.

El 28% de los participantes fueron padres, el 34% madres, el 28% hermanos y sólo el 10% cónyuges. Del total de cónyuges el 100% se encontró con un AEE, el 57.14% de los Padres se encontraron con AEE, 58.82 del total de madres y el 85.71% de los hermanos, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Fig. 6

En cuanto al EE, la media de puntos fue de 60.9 ± 16.02 de los familiares participantes, mediana de 67, mínimo de 27 y máximo de 90. De los anteriores, el 30% calificó para un BEE y el 70% para una alta emoción expresada. Al realizar un análisis de varianzas se encontró que el promedio de puntos más altos según la relación con el familiar fue de 75.6 alcanzado por el grupo de cónyuges, seguido por los hermanos con 64.85, las madres con 58.8 y por último los padres con 54.21; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$). Del total de AEE 51.43% fueron hombres y 48.57 mujeres, sin embargo, del total de hombres el 75% fue AEE y del total de mujeres

el 65.38% calificó para AEE, sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$). El promedio de edad del grupo AEE fue de 41.88 años y el del grupo BEE fue de 48.66 años siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.0344$). El 46.67% de los pacientes con BEE estudiaron la secundaria, 33.33% técnico, 13.33% bachillerato y casi el 7% licenciatura. De los pacientes con AEE, el 22.8% estudió la primaria, 25.71% técnico, 34.29% bachillerato y el 17% licenciatura; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de AEE y BEE con escolaridad. El 40% de los BEE fueron padres, el 46.67% madres y el 13.33% hermanos. En el grupo de AEE, el 22.86% fueron padres, el 28.57% madres, el 34.29% hermanos y el 14.29% cónyuges. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la relación y la calificación de EE.

Al realizar una correlación de spearman entre la edad del familiar y la puntuación de la EE, se puede observar que existe una relación débil de -0.2852 ($p < 0.05$), pero no con un AEE o un BEE. También se encontró que existe una correlación de spearman débil de 0.2953 significativa ($p = 0.0373$) entre un BEE o AEE y la escolaridad del familiar.

Al realizar una un modelo regresión lineal independiente para cada una de las variables independientes se encontró que el puntaje de EE esta explicado en un 14.45% por la escolaridad, sin embargo no se encontró relación con la edad ni el sexo.

Tabla de resultados Pacientes (Tabla 1)

		Hombres	Mujeres	Total
Mecanismo	Punzocortantes	2	6	8
		25%	75%	100%
		33.33%	40%	38.1%
	Ahorcamiento	0	6	2
		0%	75%	100%
		0%	40%	9.52%
	Ingesta de medicamentos	3	2	7
		42.86%	100%	100%
		50%	13.33%	33.33%
	Lanzamiento al vacío	0	4	1
		0%	57.14%	100%
		0%	26.67%	4.76%
	Ingesta de raticida	1	1	3
		33.33%	100%	100%
		16.67%	6.67%	14.29%
	Total	6	15	21
		28.57%	71.43%	100%
		100%	100%	100%
				p=0.87
Escolaridad	Primaria	0	2	2
		0%	100%	100%
		0%	13.33%	9.52%
	Secundaria	1	6	7
		14.29%	85.71%	100%
		16.67%	40%	33.33%
	Técnico	3	7	10
		30%	70%	100%
		50%	46.67%	47.62%
	Bachillerato	1	0	1
		100%	0%	100%
		16.67%	0%	4.76%
	Licenciatura	1	0	1
		100%	0%	100%
		16.67%	0%	4.76%
	Total	6	15	21
		28.57%	71.43%	100%
		100%	100%	100%
				p= 0.203
				n=21

Tabla resultados de Emoción expresada (Tabla 2)

		Baja emoción expresada	Alta emoción expresada	Total
Sexo	Masculino	6 25% 40%	18 75% 51.43%	24 100% 48%
	Femenino	9 34.62% 60%	17 65.38% 48.57%	26 100% 52%
	Total	15 30% 100%	35 70% 100%	50 100% 100%
				p 0.545
Escolaridad	Secundaria	7 46.67 % 46.67 %	8 53.33% 22.86%	15 100% 30%
	Hombres	4 50% 66.67%	4 50% 22.22%	8 100% 33.33%
	Mujeres	3 42.86% 33.33%	4 57.14% 23.53%	7 100% 26.92%
	Técnico	5 35.71% 33.33%	9 64.29% 25.71%	14 100% 28%
	Hombres	1 20% 16.67%	4 80% 22.22%	5 100% 20.83%
	Mujeres	4 44.44% 44.44%	5 55.56% 29.41%	9 100% 34.62%
	Bachillerato	2 14.29% 13.33%	12 85.71% 34.29%	14 100% 28%
	Hombres	1 14.29% 16.67%	6 85.71% 33.33%	7 100% 29.17%
	Mujeres	1 14.29% 11.11%	6 85.71% 35.29%	7 100% 26.92%
	Licenciatura	1 14.29% 6.67%	6 85.71% 17.14%	7 100% 14%

	Hombres	0 0% 0%	4 100% 22.22%	4 100% 16.67%
	Mujeres	1 33.33% 11.11%	2 66.67% 11.76%	3 100% 11.54%
	Total	15 30% 100%	35 70% 100%	50 100% 100%
				p 0.218
Relación	Papá	6 42.86% 40%	8 57.14% 22.86%	14 100% 28%
	Mamá	7 41.18% 46.67%	10 58.82% 28.57%	17 100% 34%
	Hermano	2 14.29% 13.33%	12 85.71% 34.29%	15 100% 34%
	Cónyuge	0 0% 0%	5 100% 14.29%	5 100% 10%
	Total	15 30% 100%	35 70% 100%	50% 100% 100%
				p 0.137
				n=50

Gráficas de resultados de Pacientes

Fig.1

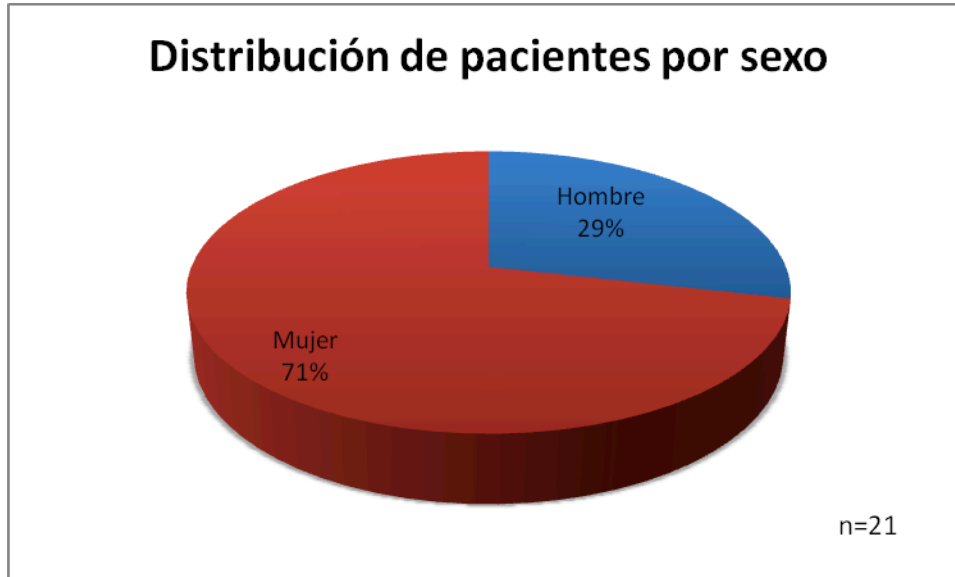


Fig.2

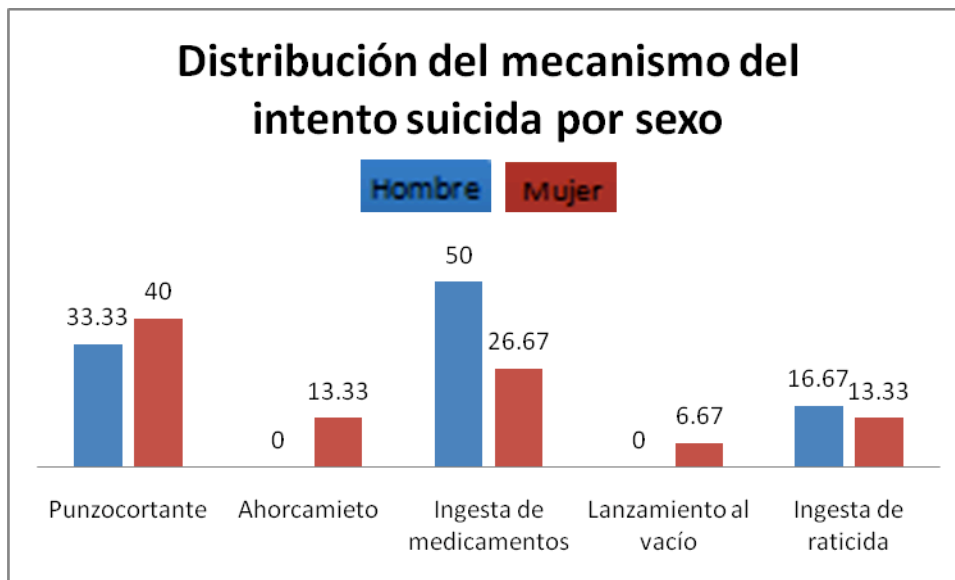
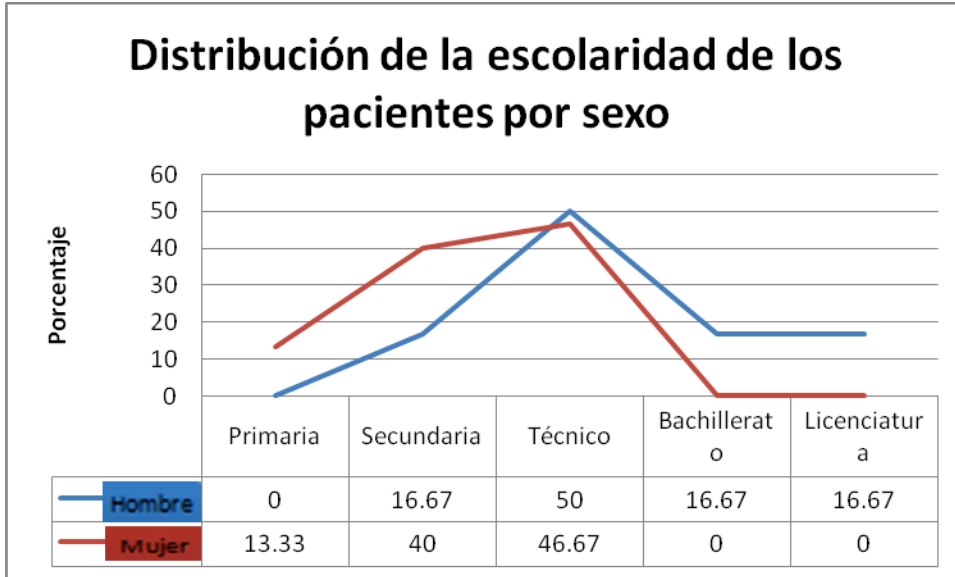


Fig.3



Gráficas de Emoción Expresada

Fig. 4

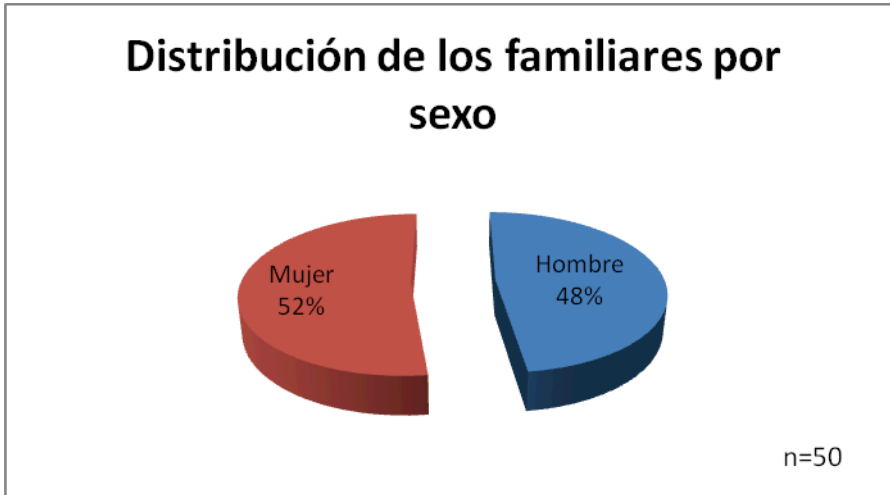


Fig. 5

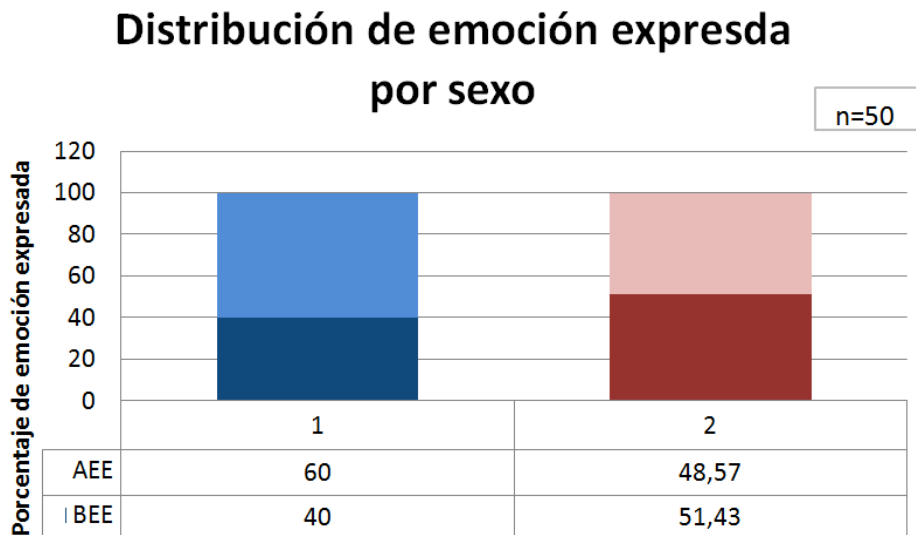


Fig. 6

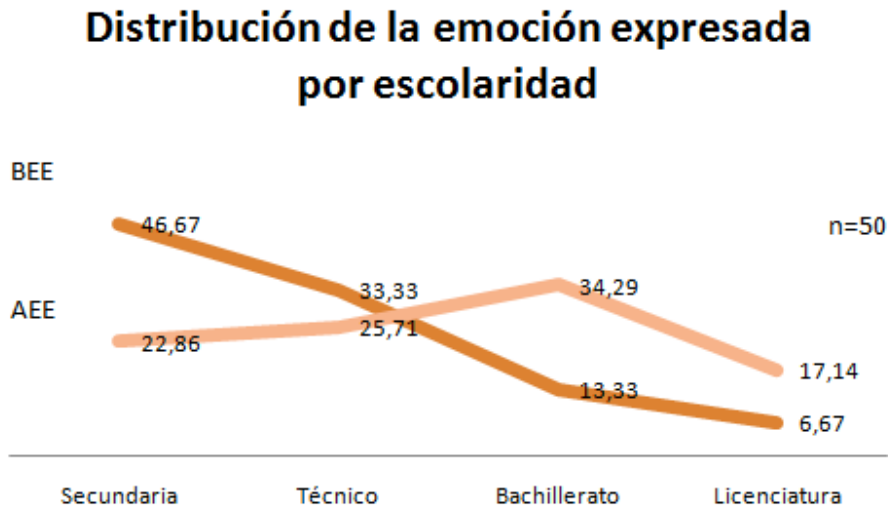


Fig. 7

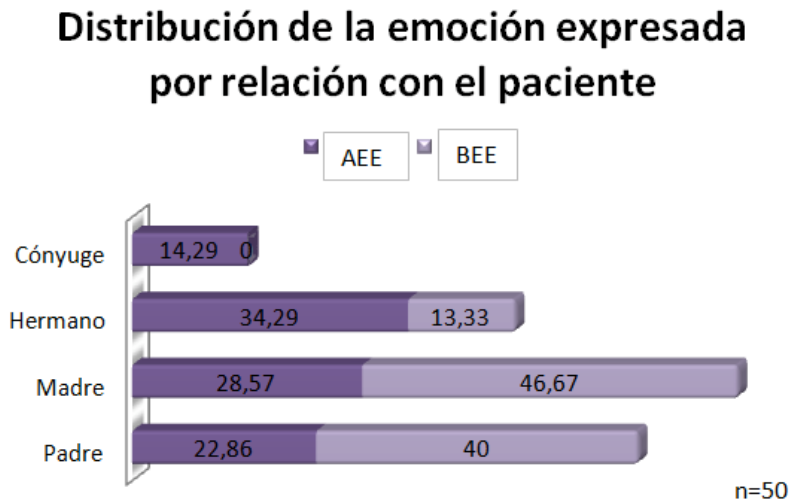


Fig. 8

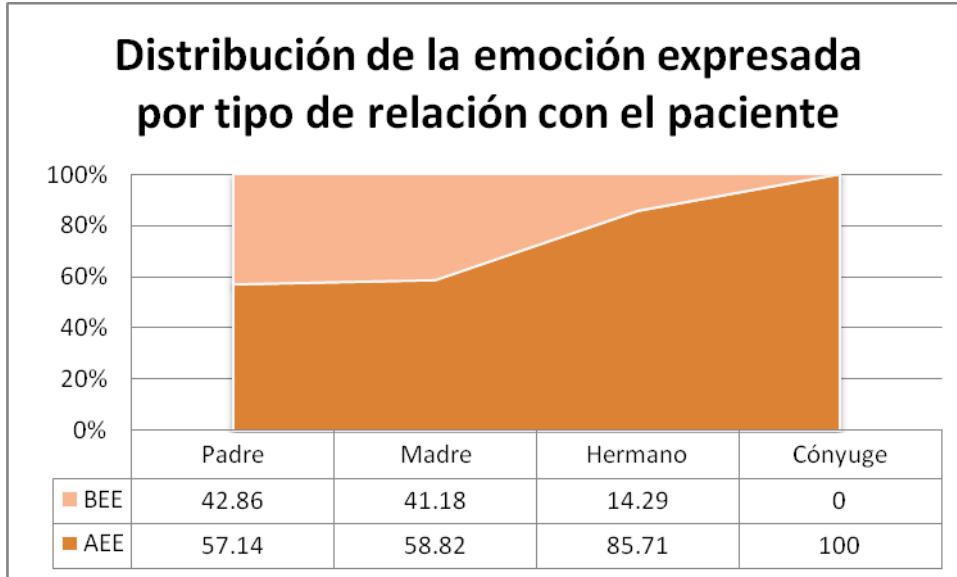
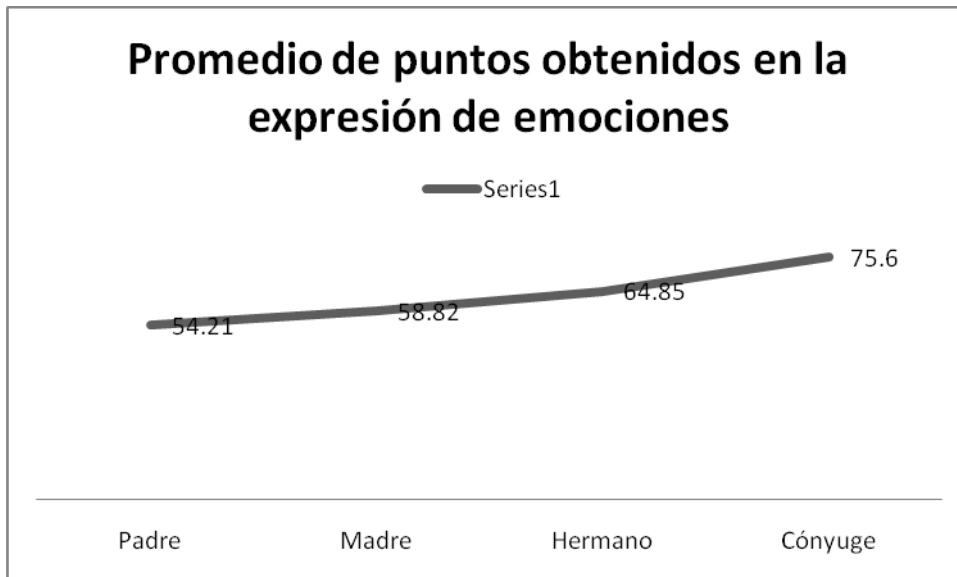


Fig. 9



Discusión

La edad de realización de intento suicida promedio es de 27.8 ± 7.14 años, cercano a lo correspondiente a la Republica Mexicana que es de 18-24 años; siendo las mujeres las preponderantemente afectadas . Los niveles educativos más bajos son los que presentan los valores más altos de suicidio.^{9,27}

Asimismo el método más frecuentemente utilizado fue la sobredosis de medicamentos, seguido de cerca por las armas blancas, congruente con lo reportado en otros estudios.

En lo referente a la emoción expresada, se observa una mayor proporción de mujeres en esta muestra, siendo en su mayoría madres.^{9,27}

Del total de conyugues el 100% mostró una AEE, el 85.71% de los hermanos, 58.8% de las madres y 57.14% de los padres; lo anterior estaría dado por el contexto sociocultural de la propia población mexicana donde, los cónyuges y hermanos tendrían más conocimiento de la situación que vive el paciente, ocasionando un mayor compromiso con el mismo. De la misma manera se aprecia que los padres y las madres revelan una frecuencia menor de Emoción Expresada que podría estar basada en la anestesia emocional, aunque no se encuentran diferencias significativas.²⁰

Debido a que se encuentran en un mes posterior al intento suicida se observa una alta frecuencia de AEE, 70% de los encuestados, siendo la media de 60.9 ± 16.02 , con una mediana de 67. Lo que nos indica que la situación de crisis es un factor que aumenta la EE como lo han demostrado los estudios en los que se observa una BEE en momentos de estabilidad. El peor estado clínico del paciente, bien por una mayor gravedad de la clínica productiva o bien por un peor funcionamiento social, se asociaría a niveles altos de EE.^{20,26,28}

Con respecto a las variables sociodemográficas no se encuentran diferencias significativas.

Hallazgos

En el 70% de los familiares de pacientes con intento suicida se encontró una AEE en la Escala de emoción expresada de Seclen y Guanilo, además de observarse una media de 67, en el rango de un mes posterior a dicha conducta suicida.

Al realizar una correlación de spearman entre la edad del familiar y la puntuación de la EE, se puede observar que existe una relación débil de -0.2852 ($p < 0.05$), pero no con un AEE o un BEE. También se encontró que existe una correlación de spearman débil de 0.2953 significativa ($p = 0.0373$) entre un BEE o AEE y la escolaridad del familiar.

Limitaciones

El estudio fue realizado en base a un solo corte, donde el valor obtenido en la EE es matizado por el carácter agudo del fenómeno, lo que da como resultado cifras elevadas en esta escala; sin embargo no se poseen datos en este tipo de población con los que se pueda equiparar directamente, solo existen como base aquellos producidos por estudios en pacientes con esquizofrenia. Asimismo al no poseer bases estadísticas en la unidad donde se realizó, y por ende, la necesidad de plantear un estudio por conveniencia, la muestra no representa fidedignamente la población que es beneficiaria del hospital.

Recomendaciones

Particularizar la exanimación de la Emoción Expresada por cada entidad patológica para

determinar características especiales de cada una de ellas, y de esta manera, poder dirigir estrategias más adecuadas que permitan un mejoramiento del paciente, y del ambiente de su grupo familiar.

Esperamos que este estudio sirva para la realización de otros más que permitan ampliar nuestro conocimiento.

Conclusiones

En el 70% de los familiares de pacientes con intento suicida se encontró una AEE en la Escala de emoción expresada de Seclen y Guanilo, además de observarse una media de 67, en el rango de un mes posterior a dicha conducta suicida.

No poseer bases estadísticas de índice de suicidio en la unidad donde se realizó, y por ende, la necesidad de plantear un estudio por conveniencia, condicionan que la muestra no represente fidedignamente la población que es beneficiaria del hospital.

Es necesario la realización de este estudio de forma secuencial, al inicio y al final del tratamiento, con la finalidad de conocer el comportamiento de la Emoción Expresada para evaluar los resultados de la terapéutica empleada, así como determinar la probabilidad de recaídas.

Bibliografía

1. Hills AL, Afifi Tracie, Cox BJ, Bienvenu OJ, Sarenn J. Externalizing psychopathology and risk for suicide attempt. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 293-297.
2. Gaffney P, Russell V, Collins K, Bergin A, Halligan P, Carey C et al. Impact of patient suicide on front-line staff in Ireland. *Death Studies* 2009; 33: 639-656.
3. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006; 47: 372-394.
4. Lizardi D, Thompson RG, Keyes K, Hasin D. Parental divorce, parental depression, and gender differences in adult offspring suicide attempt. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 899-904.
5. Pantoja Ruíz R. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *MEDISAN* 2009; 13.
6. Mojarro P. Depresión y suicidio. *Pediatr Integral* 2009; 12: 937-946.
7. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 437-443.
8. Guibert Reyes W, Torres Miranda N. Intento suicida y funcionamiento familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17: 452-460.
9. Villalobos FH. Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. Granada 2009. Presentada en la Facultad de Psicología de Universidad de Granada para obtención de Doctorado.
10. Lorán Meler ME, Cardoner Álvarez N. Protocolo de actuación clínica ante el intento de suicidio. *Medicine* 2003; 8: 63-65.
11. Nock MK, Borges G, Bromet E, Cha C, Kessler R, Sing Lee. Suicide and suicide behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133-154.
12. Lindqvist P, Johansson L, Karlsson U. In the aftermath of teenage suicide: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BMC* 2008; 8: 1-7.
13. Kuramoto SJ, Brent DA, Wilcox HC. The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. *Suicide and LifeThreatening behavior* 2009; 39: 137-151

14. Lusyne P, Page H. The impact of children on a parent's risk of suicide following death of a spouse, Belgium 1991-96. *Population studies* 2009; 62: 55-67.
15. Kidd S, Henrich CC, Brookmeyer KA, Davidson L, King RA, Shahar G. The social context of adolescent suicide attempts: interactive effects of parent, peer, and school social relations. *Suicide and life-threatening behavior* 2006; 36:386-395.
16. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villarroel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 226-233.
17. Cottrel CA, Neuberg S. Different emotional reactions to different groups: A sociofunctional threat-based approach to 'Prejudice'. *Journal of Personality and Social Psychology* 2005; 88: 770-789.
18. Mikulincer M, Shaver P. Attachment theory and emotions in close relationships: exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships* 2005; 12: 149-168.
19. Marx DM, Stapel DA. It's all in the timing: Measuring emotional reactions to stereotype threat and after taking a test. *Eur J Soc Psychol* 2006; 36: 687-698.
20. Bellver F. Variables modificadoras de la asociación expresividad emocional familiar-recidivas en pacientes esquizofrénicos. Valencia 2005. Presentada en la Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia para obtención de Doctorado.
21. Ratnarajah D, Schofield M. Survivors' narratives of the impact of parental suicide. *Suicide and life-threatening behavior* 2008; 38:618-630.
22. de Miguel Sánchez C, López Romero A. Atención al duelo. *JANO* 21-27 de septiembre 2007; 1663: 33-36.
23. Vázquez Pizaña E, Fonseca Chon I, Padilla Villareal JR, Pérez Hernández M, Gómez Rivera N. Diagnóstico de depresión con la escala de Birleson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. *Archivos de Investigación Pediátrica de México* 2006;9: 10-20.
24. Guevara Werlang BS, Roxo Borges V, Fensterseirfer R. Factores de risco ou protecao para a pesenca de ideacao suicida na adolescencia. *R interam Psicol* 2005; 39: 259-266.
25. Mann JJ, Bortinger J, Oquendo MA, Currier D, Li S, Brent DA. Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1672-1679.

26. Valencia C, Rascón M, Quiroga H. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental* 2003;26:1-18.
27. Borges G, Medina-Mora M, Orozco R, et al. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental* 2009;32:413-425.
28. Rascon M, Gutiérrez M, Valencia C, et al. Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social. *Salud Mental* 2008;31:205-212.
29. Ley General de Salud para el Distrito Federal, colección Porrúa, 17ª edición, Tomo II, 2002, 1241 pp.
30. Centre for Suicide Prevention. SIEC #70, January 2009. Disponible en:
<http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/alert70.pdf>
31. Centre for Suicide Prevention. SIEC #71, July 2009. Disponible en:
<http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/alert71.pdf>

Anexo I. Consentimiento informado para el familiar

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA MORELOS	
Lugar y fecha	
El paciente (nombre)	
Autoriza participar en el protocolo de investigación titulado:	Emoción expresada en familiares de primer grado de pacientes con intento suicida
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	
El objetivo del estudio es	Estimar la frecuencia de la alta emoción expresada en los familiares de pacientes con intento suicida
Se me ha explicado que mi participación consistirá en	Contestar el cuestionario de Emoción Expresada del Familiar conforme a las indicaciones del investigador
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
<p>El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.</p> <p>En relación a los riesgos, molestias e inconvenientes se me ha explicado que son afines al manejo de la información otorgada por mi persona, la cual, como será detallado abajo será estrictamente confidencial. Los datos, también incluyen el resultado de la escala, que de ser adverso se me hará saber para beneficiar a mi paciente de un trato más adecuado y prevenir recaídas como será especificado posteriormente.</p> <p>Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.</p> <p>El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo. En caso necesario se me canalizará a la consulta y servicio correspondiente para mi atención.</p>	
Nombre y firma del paciente	
Nombre y firma testigo 1	Nombre y firma testigo 2
Dr. Luis Arturo Quijano Romero 99366378	
Dirección del investigador: Cda Paseo de Unión Internacional 61, Miami 102, Col DM Nacional 07469. Gustavo A Madero DF	

Anexo II. Calificación de la evaluación de la Emoción Expresada

1° Se pueden vaciar los códigos de respuesta a la hoja de respuesta o capturar directamente a una base de datos.

2° Se tiene que tomar en cuenta que hay preguntas que se requieren invertir los códigos.

P: 7, 12, 13, 20, 22 y 28

Si aparecen códigos (4 = 1) (3 =2) (2 = 3) (1 = 4)

3° Posteriormente se pueden obtener totales por cada subtest, tomando en cuenta las preguntas:

Crítica P. 1, 3, 5, 9, 15, 16, 18, 27, 29 y 30

Sobreprotección P. 2, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 20 y 26

Hostilidad P. 7, 13, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25 y 28

Sumando los códigos 4, 3, 2 ó 1 respectivos.

4° Se obtiene el nivel de Emoción Expresada teniendo como resultado

Nivel de EE	Puntaje
Alta	62-120
Baja	<30-61

5° De igual manera se puede determinar el nivel por cada subtest. Sobreprotección, Crítica y hostilidad

Alta	25-40
Baja	10-24

Anexo III. Emoción Expresada del Familiar (GUANILO Y SECLÉN)
 Versión modificada
 Instituto Nacional de Psiquiatría

Fecha _____
 Folio _____
 Fase _____
 Grupo _____

PRESENTACIÓN:

Este es un cuestionario en el que usted encuentra situaciones que comúnmente pueden presentarse cuando hay un miembro con enfermedad mental en casa. Ante estas situaciones usted tiene la oportunidad de recordar su reacción o sentimiento contestando a todas las preguntas que a continuación se le presentan. De sus respuestas francas y sinceras será posible ayudarle a mejorar su relación con él.

Instrucciones:

Usted deberá poner una cruz (X) dentro del casillero que mejor describa su respuesta. Deberá decidir entre las siguientes opciones:

- SI Nunca o menos de una vez al mes siente o reacciona ponga la (X) en el recuadro **NUNCA**.
- SI Ocasionalmente lo hace pocas veces en tal caso pondrá una (X) en **CASI NUNCA**.
- SI lo hace más veces o frecuentemente en este caso ponga la (X) en el recuadro de **CASI SIEMPRE**.
- SI Diario o muy a menudo ponga la (X) en el recuadro **SIEMPRE**.

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasionalmente	CASI SIEMPRE Frecuente pero no constante	SIEMPRE Diario
1.- Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto lo regaño para que ayude en casa.				
2.- Tengo cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado				
3.- Cuando mi familiar se descuida de su vestido como de su higiene, me es indiferente.				
4.- Siento desesperación frente a él por las cosas que este hace.				
5.-Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa igual que los				

demás.				
--------	--	--	--	--

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasional- mente	CASI SIEMPRE Frecuente pero no constante	SIEMPRE Diario
7.- La enfermedad de mi familiar hace que aumenten los problemas que existen en la casa.				
8.- Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa, yo se lo hago.				
9.- Estoy acostumbrado(a) al poco interés de mi familiar porque tengo otras preocupaciones.				
10.- Desde que se inicio la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.				
11.- Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace.				
12.- Mi familiar no hace nada por si solo, sin embargo no me molesta.				
13.- Las recompensas que merezco son menores por culpa de mi familiar enfermo .				
14.- Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo en casa.				
15.- Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación				
16.- La mortificación que sentía antes ya no la siento.				
17.- Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo.				
18.- Me irrito cuando veo a mi familiar desganado				
19.- Por la enfermedad de mi familiar, procuramos apartarlo.				

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasional- mente	CASI SIEMPRE Frecuente pero no constante	SIEMPRE Diario
20.- Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.				
21.- El saber que la enfermedad de mi familiar, sólo es controlable indefinidamente, me irrita y me fastidia.				
22.- Trato de ser poco duro con mi familiar				
23.- Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.				
24.- Constantemente tengo que estar advirtiéndole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.				
25.- La situación o las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo o pedirle que se valla a otro lado.				
26.- En casa estoy al pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.				
27.- Me da coraje que mi familiar no entienda claramente lo que quiero decir.				
28.- Ya hice lo máximo por mi familiar enfermo, es caso perdido.				
29.- A pesar de que se lo digo, me da coraje cuando mi familiar enfermo no se da cuenta que lo que hace me fastidia.				
30.- Procuo hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.				

