

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS CON IDEACIÓN E INTENTO DE SUICIDIO**

PRESENTA

ROSALVA JAZMÍN CORTÉS GARZA

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA Y
HOSPITALARIA CON ORIENTACIÓN EN ADULTOS**

SEPTIEMBRE 2023

**EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON IDEACIÓN E
INTENTO DE SUICIDIO**

Aprobación del Trabajo Terminal:



Mtra. Verónica Flores Treviño
Directora de Trabajo Terminal



Mtra. Daniela Hayde Romero Guerra
Co-directora de Trabajo Terminal



Dra. Daniela Escobedo Belloc
Miembro de la Comisión de Trabajo Terminal



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

Monterrey, Nuevo León, México, Septiembre 2023

AGRADECIMIENTOS

Principalmente agradezco a mis padres, quienes han sido un pilar importante para lograr todos mis objetivos académicos hasta ahora. Su cariño y apoyo han sido fundamentales para poder seguir adelante cada vez que sentía que no lograría cumplir mi meta. Les agradezco también el haber sido mi soporte económico, que a pesar de no haber sido fácil, me brindaron la gran oportunidad de desarrollarme profesionalmente.

Agradezco también a mi directora, la maestra y subdirectora de tesis, sin su paciencia, experiencia y apoyo no hubiera podido lograr llegar a este momento tan importante de mi carrera profesional. Gracias por su tiempo y por transmitirme tanta calma dentro de todo el caos.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I RESUMEN.	1
CAPÍTULO II. INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO	6
CAPÍTULO IV. ANTECEDENTES	20
CAPÍTULO V. JUSTIFICACIÓN	23
CAPÍTULO VI. HIPÓTESIS	25
CAPÍTULO VII. OBJETIVOS	26
CAPÍTULO VIII. MATERIAL Y MÉTODOS	27
CAPÍTULO IX. RESULTADOS	34
CAPÍTULO X. DISCUSIÓN	33
CAPÍTULO XI. CONCLUSIÓN	53
CAPÍTULO XII.REFERENCIAS	54
CAPÍTULO XIII. ANEXOS	64
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	70

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

Figura 1. Diagnóstico actual de los pacientes.	34
Figura 2. Riesgo de suicidio de los pacientes.	35
Figura 3. Nivel de comunicación de los pacientes.	36
Figura 4. Nivel de satisfacción de los pacientes.	29

Figuras

Tabla 1. Nivel de cohesión de los pacientes.

Tabla 2. Nivel de flexibilidad de los pacientes.

Tabla 3. Nivel de cohesión y flexibilidad de acuerdo con el riesgo de suicidio del paciente.

Tabla 4. Nivel de cohesión y flexibilidad de acuerdo con el diagnóstico del paciente

Tabla 5. Nivel de comunicación y satisfacción de acuerdo con el riesgo de suicidio del paciente.

Tabla 6. Nivel de comunicación y satisfacción de acuerdo con el diagnóstico del paciente

Tabla 7. Nivel de cohesión y flexibilidad de acuerdo con la presencia de TLP.

Tabla 8. Nivel de cohesión y flexibilidad de acuerdo con la presencia de TDM.

Tabla 9. Nivel de comunicación y satisfacción de acuerdo con la presencia de TLP.

Tabla 10. Nivel de comunicación y satisfacción de acuerdo con la presencia de TDM.

CAPÍTULO I

RESUMEN

Introducción: Las características de una conducta catalogada como intento de suicidio es que el acto sea potencialmente perjudicial para sí mismo, que detrás de esto exista el deseo y la intención de morir, y que el resultado de ese acto no haya sido fatal. Se ha reportado que una de las razones por las que las personas pueden cometer un intento de suicidio son los conflictos familiares.

Objetivo: Documentar la percepción del funcionamiento familiar en pacientes hospitalizados con ideación e intento de suicidio

Material y método: Estudio observacional, transversal, prospectivo. Se incluyeron pacientes hospitalizados por ideación o intento suicida en la sala de Comunidad Terapéutica del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Dr. José E. González, en Monterrey, Nuevo León, durante las fechas de julio a noviembre de 2020. Se evaluó la funcionalidad familiar del paciente de acuerdo con el instrumento FACES-IV y se documentó el tipo de trastorno psiquiátrico de base del paciente.

Resultados: Se incluyeron a 48 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, 40 mujeres y 8 hombres, con una media de edad de 23.2 años. No encontramos una asociación del tipo de riesgo de suicidio con el tipo de funcionalidad familiar del paciente. Sin embargo, los pacientes con riesgo suicida presentaron tendencias a poca conexión familiar, un entorno familiar flexible, y pobre comunicación y satisfacción familiar. Además, los pacientes con trastorno limítrofe de la personalidad tienden a tener una cohesión familiar más variable y no muy conectada, así como que tienden a tener una comunicación muy baja o inadecuada, comparado con los demás pacientes.

Conclusiones: En general, el paciente con riesgo suicida presenta un entorno familiar disfuncional, que podría relacionarse con sus intenciones suicidas. Se puede considerar la evaluación de la funcionalidad familiar desde la perspectiva del paciente y del familiar para llevar a cabo intervenciones que mejoren los desenlaces del paciente con trastorno psiquiátrico internado por intento o ideación suicida.

Palabras claves: Suicidio, trastorno psiquiátrico, funcionalidad familiar, cohesión, satisfacción, comunicación, flexibilidad.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

Los diferentes niveles de funcionamiento familiar ayudan a vislumbrar la dinámica y el vínculo emocional entre los miembros, es decir, cómo es que se desenvuelven en conjunto, las capacidades y habilidades que tiene cada familia para resolver situaciones de la vida diaria o problemas y la manera en que cada uno respeta la individualidad del otro y aporta para su desarrollo (Olson, 2000).

Acorde al Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares (The Circumplex Model of Marital and Family Systems) expuesto por Olson (2000), se menciona que las parejas y familias con un funcionamiento familiar equilibrado generalmente funcionarán de una manera más adecuada que las familias que presentan un funcionamiento desbalanceado. Esto quiere decir que las parejas y familias balanceadas experimentan más independencia y al mismo tiempo una mejor conexión entre ellos. Además, muestran apertura y flexibilidad ante situaciones que se presenten dentro de la familia. Por otro lado, las familias con un funcionamiento desbalanceado presentan una comunicación menos positiva, lo cual da lugar a que los miembros de la familia estén más desconectados, menos flexibles y puede aumentar las posibilidades de que el sistema siga estando en el extremo desequilibrado.

De acuerdo con la investigación realizada por Eguiluz y Mera (2015), se tuvo como objetivo conocer el riesgo suicida, el bienestar psicológico y el funcionamiento familiar de jóvenes estudiantes de las carreras de la salud. Uno de los instrumentos que se utilizó para la evaluación de estas variables fue el FACES IV, el cual arrojó que 43% de las familias de los estudiantes identificados con riesgo suicida se caracterizaban por una flexibilidad caótica. De estas mismas familias, el 71% presentaban una cohesión desligada. Esto pone en evidencia la importancia del fomento de las relaciones en el grupo

familiar, siendo esta una medida preventiva para el riesgo suicida. Además, se puede entender que el riesgo de suicidio puede ser propiciado por diferentes elementos, entre ellos la familia, el cual puede ser un agravante en cualquier enfermedad mental y empobrecer el pronóstico. Esto debido a la falta de la fomentación para pedir ayuda a los miembros de la familia cuando es necesario.

Relacionado a lo anterior, López, Giraldo y Gómez (2012), reportan que las familias, con algún miembro que ha intentado quitarse la vida, se caracterizan por tener una jerarquía disfuncional, lo que hablaría de una flexibilidad caótica. Otros aspectos que pueden incrementar el riesgo suicida son las adversidades familiares, así como la ausencia de calidez familiar y falta de comunicación entre los miembros. Es por eso la necesidad del apoyo, estrechamente relacionado con la cohesión familiar, para que de esta manera los miembros se sientan con la apertura de poder acercarse al otro y saber que serán escuchados al momento de expresar sus emociones o conflictos.

Por otro lado, con relación a un perfil de personas que han realizado intento de suicidio, expone que la estructura y dinámica familiar de estas personas se caracterizan por ser disfuncionales e intolerantes. Siendo esto un factor determinante en las personas con conductas suicidas (Núñez, Olivera & Losada, 2008).

A partir de una investigación en donde se expone la elaboración y ejecución de un programa para reducir las conductas suicidas enfocado hacia adolescentes latinas, se encontró que al no tomar en cuenta la participación de la familia de las adolescentes y solo enfocarse en ellas, tuvo como consecuencia un cambio negativo en la flexibilidad familiar. Según lo evaluado por la escala FACES IV, la flexibilidad fue empeorando más cada mes que pasaba (Humensky et al., 2017). Esto nos habla de que la percepción de la flexibilidad que tienen estas

adolescentes de su familia se encuentra inclinado hacia los niveles desbalanceados (rígido o caótico).

Keitner y colaboradores (1987), descubrieron que pacientes con intento de suicidio perciben un peor funcionamiento que los pacientes sin conductas suicidas. Aunado a esto, encontraron que estos pacientes, con antecedentes de intento suicida, tienen una mayor percepción negativa del funcionamiento familiar que los miembros de sus familias.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

2.1 Funcionamiento familiar

La familia es vista como la base en donde permanentemente se desarrollan los procesos cognitivos, componentes afectivos, motivacionales, los valores, rasgos de carácter, entre otros aspectos. La dinámica familiar que se genera deja huellas en cada uno de los miembros, las cuales impactan en la salud mental de estos (Martín-Cala & Tamayo-Megret, 2013).

La estructura familiar es definida como la manera en la que una familia organiza la interacción de sus miembros de acuerdo a las demandas que se vayan presentando y a los patrones de interacción que se vuelven repetitivos. El funcionamiento familiar va modificándose de acuerdo a los sucesos estresantes, a cambios del ciclo vital de la familia y a cómo los miembros de esta se van adaptando a esas situaciones (Olson et al., según citado en Medellín et al., 2012). Por lo tanto, el funcionamiento familiar se comprende a partir de la dinámica existente entre los miembros, esto quiere decir, que se encuentran en constante cambio y se van adaptando de acuerdo a las situaciones que se presenten. Si existe una dinámica adecuada, quiere decir que el funcionamiento familiar es saludable (Zicavo, Palma & Garrido, 2011).

El que esté presente un funcionamiento familiar adecuado, el cual fomenta a que exista una dinámica relacional interna saludable, se espera que incite en los miembros de la familia un desarrollo psicológico apropiado. Además, que los miembros puedan desarrollar habilidades de adaptación que les ayuden a superar situaciones estresantes, ya que el estrés puede desencadenar problemas psicológicos, mal apego al tratamiento psicológico/psiquiátrico y la probabilidad de que dichos padecimientos se conviertan mermando así la

calidad de vida del paciente identificado y la familia (Castellón-Castillo & Romero-Silva, 2014).

Barcelata y colaboradores (2013), relacionan el funcionamiento familiar con el apoyo social. Es decir, las familias que reciben apoyo social promueven que exista un funcionamiento familiar adecuado, lo cual puede servir como un factor protector para personas que se encuentran en ambientes adversos. El apoyo social existente en el funcionamiento familiar puede disminuir el riesgo de recaídas en pacientes con algún padecimiento mental (Casanovas-Roda et al., 2014).

En consonancia con lo anterior, el funcionamiento familiar en sistemas en los que haya algún miembro con una enfermedad mental grave tendrá que tener reajustes con los cuales se puedan satisfacer tanto las necesidades individuales de todos los miembros de la familia, como las necesidades que se tengan en conjunto (Saunders, 1999). Tomando en cuenta que como familia se tienen necesidades que trastocan a todos los miembros por igual y al mismo tiempo saber que cada uno es un individuo diferente, con otras necesidades, deseos y emociones.

Los hallazgos referentes al funcionamiento familiar como una red de apoyo reportan que las familias con funcionamientos desbalanceados perciben una mayor falta de apoyo de su red familiar, al contrario de las familias con funcionamientos balanceados. Por lo que es común que los miembros de estas familias desequilibradas encuentren mayor apoyo en redes de amigos o de apoyo religioso (Medellín et al., 2012).

Hablando del extremo disfuncional, cuando existe una enfermedad mental grave, ideación o intentos de suicidio en algún miembro de la familia y se suma a un funcionamiento familiar inadecuado, puede desarrollar dificultades

importantes que pueden llevar a una crisis familiar (McCubbin & McCubbin, según citado en Saunders, 1999).

Con base en el Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares de Olson (2011), los aspectos que se deben de tomar en cuenta para la comprensión y evaluación del funcionamiento familia son:

2.1.1 Cohesión

Hace hincapié en la proximidad emocional entre los miembros del sistema familiar (Martínez-Pampliega et al., 2017). A su vez, el vínculo formado permite que los miembros se identifiquen entre sí, fortaleciendo el lazo emocional (García-Méndez et al., 2006). La cohesión se evalúa a través de algunos criterios que incluyen el vínculo emocional, los límites y la unión de estos vínculos, las amistades, la toma de decisiones, los intereses de los miembros, la manera en la que interactúan en actividades recreativas, el apoyo que se brindan unos a otros y la confianza para elaborar decisiones en conjunto (Villanueva et al., 2011; Humensky et al., 2017).

2.1.2 Flexibilidad

Se refiere a la capacidad para modificar el liderazgo, los roles y las reglas dentro de las relaciones del sistema familiar (Martínez-Pampliega et al., 2017). La flexibilidad o adaptabilidad, se evalúa a partir de aspectos referentes a la capacidad de control en las situaciones familiares, la estructura del poder entre los miembros y el papel que juega en la dinámica familiar cada uno de los integrantes (Villanueva et al., 2011). La capacidad de mediación de las modificaciones que se generen dentro de la estructura familiar también es un aspecto que se evalúa dentro de la flexibilidad (García-Méndez et al., 2006).

La flexibilidad familiar se evalúa de acuerdo a cómo es que la familia pretende o no reflexionar los problemas que surjan con el objetivo de solucionarlos, también se mide por el equilibrio que exista en el liderazgo que tienen los

padres, en donde lo esperado sería que ambos aporten ideas equitativamente para liderar a la familia y, por consiguiente, que se genere una disciplina justa. Otro aspecto que se evalúa es la capacidad de adaptabilidad a los cambios que aparezcan en la familia y que impliquen movimientos en los roles y responsabilidades de los miembros y el nivel de compromiso cuando surgen problemas (Humensky, 2017).

2.1.3 Comunicación

Considera aspectos como la capacidad de intercambiar ideas de manera libre entre los miembros de la familia, sin preocuparse por ser juzgados, sino, al contrario, con la confianza de que serán escuchados (Martínez-Pampliega et al., 2017).

Para que se pueda considerar una comunicación positiva, debe existir empatía al escuchar reflexivamente lo que dice el otro, mostrarse como una figura de apoyo para que la otra persona se sienta con la confianza de compartir ideas. Se tienen que evitar los dobles mensajes y las críticas, los cuales pueden confundir a la otra persona y provocar una comunicación inadecuada, haciendo que la persona se sienta juzgada (Villanueva et al., 2011).

La comunicación es un canal que puede tanto facilitar o evitar que exista una cohesión y flexibilidad equilibrada (Olson, 2011). Por lo tanto, es esencial para que las personas aprendan a relacionarse con otros, escuchar a los demás y negociar cuando es necesario (García-Méndez et al., 2006). Al tener una comunicación adecuada entre los miembros de la familia, se sentirán más conformes de que están siendo escuchados, lo que a su vez propiciará un ambiente más saludable (Rivero-Lazcano, Martínez-Pampliega & Iraurgi, 2011).

2.1.4 Satisfacción

La satisfacción es un factor que puede desarrollar tanto un bienestar mental, como deteriorar la salud de las personas (Rivero-Lazcano, 2011). En adición, la satisfacción tiene relación directa con el cumplimiento de las necesidades de los miembros de la familia (Sánchez, Martín & Carbonero, 2009). Esto parte de una

comunicación adecuada en donde haya apertura para el intercambio de ideas entre los miembros, que sean respetadas en caso de ser diferentes a las de otras personas dentro del entorno familiar y que además, se puedan hacer y recibir manifestaciones afectivas entre ellos (García-Méndez et al., 2006).

2.2 Suicidio

En Nuevo León, según el INEGI, en el año 2017 se realizaron 270 suicidios, mientras que en el 2018 hubo alrededor de 317 defunciones por suicidio. La mayoría de las personas que cometieron el suicidio se encontraban entre los 20 y 24 años y en segundo lugar personas entre los 30 y 34 años. La causa principal es por ahorcamiento y la segunda de estas es por disparo de arma de fuego.

El suicidio se considera un problema significativo de la salud pública debido a su gravedad, su aumento o disminución dependerá en parte en la manera en la que se aborde este tema y en la identificación de los pacientes que presenten conductas de riesgo suicida (Al-Habalí et al, 2016). El suicidio a menudo es asociado con trastornos psiquiátricos, sin embargo, las motivaciones que se encuentran detrás de las manifestaciones suicidas pueden ser muy amplias, las cuales pueden ir desde aspectos personales, hasta problemas en el entorno social como la familia, amigos, escuela, trabajo, etc. (Kim et al., 2019).

Respecto a la familia, la disfunción crónica entre los miembros de esta es reportada como uno de los factores que aumentan el riesgo de un intento o ideación suicida. Así mismo, se ha encontrado que la conexión entre padres funge como un factor protector ante la suicidabilidad (Taliaferro & Muehlenkamp, 2013). De acuerdo con Smith y colaboradores (2010), estas manifestaciones suicidas son una capacidad adquirida que se va desarrollando con el tiempo a través de la exposición repetida a eventos que produzcan miedo o dolor tanto psicológico como físico en un individuo.

En consonancia con lo anterior, este proceso gradual en el que las personas buscan atentar contra su vida puede manifestarse de diferentes maneras, podría ser el deseo de morir, la ideación, el intento suicida o el suicidio consumado. Estas dimensiones no guardan un orden cronológico o una secuencia determinada. (López, Giraldo & Gómez, 2012). Sin embargo, es común que una persona que presenta ideación suicida, en algún momento de su vida realice un intento de suicidio, aún así la manera en la que se manifiesta la conducta suicida sigue siendo grave y, por lo tanto, se tiene que atender inmediatamente.

En un estudio en el que se recopiló información de diferentes países, se encontró que el 60% de las personas que pasan de la ideación al primer intento de suicidio ocurrieron dentro del primer año de inicio de la ideación suicida. (Nock et al., 2008). Esta misma investigación dio como resultado que por cada persona que intenta suicidarse, hay dos o tres que consideran el suicidio sin intentarlo. (Nock et al., según citado en Klonsky & May, 2015).

Por lo tanto, no se puede considerar que en todos los casos la ideación lleva al intento, sino, que existen diferentes factores que pueden desencadenar estos comportamientos o factores que protejan a la persona para que no llegue a dicho suceso. Aun así, hay que tener en claro que ambas manifestaciones suicidas tienen el mismo valor de importancia al momento de abordarlas.

El comportamiento suicida engloba desde la ideación en sus diferentes expresiones, amenazas de atentar contra la vida, los gestos e intentos suicidas como tal y también incluye el suicidio consumado. Estos comportamientos deben ser considerados como un alto riesgo para cualquier persona que los presente (Eguiluz, según citado en Eguiluz y Mera, 2015).

En este estudio nos enfocaremos solamente en la ideación y el intento suicida.

2.2.1 Ideación suicida

De acuerdo con la Three-Step Theory, el primer paso que lleva hacia la ideación suicida es el dolor, el cual no solamente puede ser psicológico, sino que también puede ser físico. Esto debido a que las personas suelen formarse por el condicionamiento conductual, por lo que es común que a una persona se le castigue físicamente. Esto puede provocar que el deseo de vivir vaya disminuyendo y, a su vez, iniciar con ideas sobre el suicidio (Klonsky & May, 2015).

Muñoz y colaboradores (2006), reportan que la ideación suicida va desde los pensamientos relacionados a la devaluación de la vida y puede llegar hasta la planeación del suicidio como tal. Dentro de esos rangos, la persona puede experimentar deseos de muerte o de autodestrucción. Van Renen y Wild (2008), agregan que además de que puede haber planeación, también se considera ideación suicida cualquier pensamiento que cause preocupación a la persona que lo esté presentando y que además esté relacionado al suicidio, lo cual puede incluir escribir o hablar al respecto. Es importante tomar en cuenta lo anterior ya que existen personas que muy difícilmente pueden hablar respecto a la ideación suicida, por lo que prefieren escribir acerca de estos pensamientos, lo cual es clave que se indague.

Cuando existen mayores indicadores de ideación suicida, existe una posibilidad mayor de que la persona pueda tener un intento de suicidio, ya que suelen estar muy relacionados uno con otro. Por lo tanto, al poner atención en la ideación puede dar información importante para crear estrategias dirigidas a la conducta suicida, sin haber llegado al acto letal (Pérez-Amezcuca et al., 2010).

Se puede considerar que la ideación suicida va desde pensamientos de muerte inespecíficos, como “estaría mejor si no existiera”, “no habría tantos problemas si yo no estuviera”, hasta ideas más específicas relacionadas a la muerte como tal, por ejemplo, “me quiero morir”, “me gustaría hacer algo para matarme”.

Viéndolo se esta manera, la ideación de suicidio puede oscilar dentro de diferentes rangos de gravedad, sin embargo, cualquier indicio de esto es vital que se explore.

Es necesario la indagación de la ideación de suicidio para prevenir el suicidio como tal. De igual manera, es importante para detectar conflictos o condiciones que puedan estar detrás de la ideación y que pueden ser abordadas para evitar que se desencadenen condiciones aún más graves (Sánchez, Cáceres & Gómez, 2002).

2.2.2 Intento de suicidio

El intento de suicidio es definido como un comportamiento no fatal, que es autodirigido, con la intención de morir como el resultado final, incluso si el comportamiento no produce alguna lesión en la persona que lo realiza (Klonsky, May & Saffer, 2016).

De acuerdo con Van Renen y Wild (2008) se considera intento suicida cuando una persona realiza algún acto autodestructivo. Estos actos o conductas pueden provocar lesiones físicas graves o incluso llegar hasta la muerte (Borges, Orozco & Medina, 2012).

Según lo reportado por Smith y colaboradores (2010), las personas que habían realizado un intento suicida se consideraban a sí mismos más intrépidos y con mayor capacidad para soportar el dolor, en este caso el físico. Además, se reportó que estas personas habían experimentado más situaciones dolorosas, las cuales se ligaban a las causas de los intentos de suicidio.

Las personas que han realizado un intento de suicidio presentan algunas cualidades, entre estas es que el acto sea potencialmente perjudicial para sí mismo, que detrás de esto exista el deseo y la intención de morir, y que el resultado de ese acto no haya sido fatal. Una de las razones por las que las

personas pueden cometer un intento de suicidio son los conflictos familiares (Van Orden et al., 2010).

Borges y colaboradores (2012) refieren que indagar acerca de los intentos de suicidio es clave por su íntima relación con los conflictos psicológicos y por las consecuencias que esto puede provocar, como el suicidio consumado. Los intentos de suicidio también pueden clasificarse de acuerdo a su gravedad o grado de letalidad, ya sea que el intento se haga con un arma de fuego, con pastillas, ahorcamiento, entre otros. Algunos métodos se consideran más letales que otros, sin embargo, todos los intentos de suicidio se deben de tratar con la misma importancia.

CAPÍTULO IV

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo con las cifras reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2019, alrededor de 800,000 personas cometen el suicidio cada año. Mientras que los intentos de suicidio están aún más aumentados, siendo esto un factor individual de riesgo significativo. Además, el suicidio está posicionado en el tercer lugar de las causas principales de defunción en jóvenes de entre los 15 y 19 años. Por otro lado, la OMS menciona que el suicidio puede ser prevenible si se hacen las intervenciones adecuadas. Esto nos habla de que el suicidio va en aumento, por lo que se tiene que prestar la atención necesaria a este tema. Es relevante para la sociedad prestar atención a los factores que intensifican o incentivan a las personas para que actúen de esta manera.

Referente a un perfil multidimensional de personas que alguna vez hayan realizado un intento de suicidio, se reporta que tanto la estructura como la dinámica familiar es disfuncional en estas personas (Núñez, Olivera & Losada, 2008).

Relacionado a lo antes mencionado, la familia de las personas con comportamientos suicidas tiende a ser disfuncional, presentándose una falta de unidad entre los miembros, comunicación deficiente, poca habilidad para negociar frente a conflictos que se presenten dentro de la dinámica, una capacidad empática disminuida, baja tolerancia, relaciones hostiles y les es complicado adaptarse a las situaciones debido a la rigidez. Lo anterior propicia a que la familia se encuentre más vulnerable, lo cual hace que exista la posibilidad de que algún miembro presente conductas autodestructivas (Guibert & Torres, 2001). La falta o ausencia del apoyo familiar está relacionada significativamente con las conductas suicidas (Guibert & Del Cueto, 2003). Al

contrario de esto, las familias que presentan una cohesión familiar equilibrada tienen menor propensión al suicidio (Perez-Olmos et al., 2007).

En ese sentido, el entorno familiar puede predecir conductas suicidas, así mismo, puede representar estímulos estresantes, crónicos o episódicos, que contribuyen al riesgo de suicidio (Cáceda, 2014). Como se menciona, el ambiente que se vive en la dinámica familiar tiene la capacidad de generar riesgo para los miembros, sin embargo, cuando existe un entorno adecuado se pueden crear vínculos que protejan a estos mismos.

Interian y colaboradores (2019), hablan de la necesidad actual del desarrollo de investigaciones para una mejor comprensión de los problemas que conducen a las personas a tener conductas suicidas, así como identificar aspectos que puedan ayudar a crear intervenciones efectivas para prevenir el suicidio. Aunado a esta necesidad real, en un estudio realizado en Nuevo León acerca del suicidio, se habla de que algunas familias no saben de instituciones en las que se pueda pedir ayuda psicológica, tanto para la persona con riesgo como para los miembros (Cerdeña, 2016).

Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción del funcionamiento familiar en pacientes hospitalizados con ideación e intento de suicidio?

CAPÍTULO V

JUSTIFICACIÓN

Según lo expuesto por Roca y Riccardi (2014), una adecuada funcionalidad familiar es un predictor clave para una evolución positiva de pacientes internados en psiquiatría por un trastorno depresivo.

La familia, dependiendo de su funcionamiento, puede servir como uno de los apoyos sociales más importantes para las personas, gracias a que puede proporcionar recursos emocionales, sociales, cognitivos, materiales, entre otros. Por lo tanto, es fundamental tanto el apoyo de los familiares hacia los pacientes con trastornos mentales, como el apoyo de instituciones o del estado, a estas familias que puedan requerir cierto soporte o guía para contribuir al proceso de recuperación de alguno de sus miembros (Ardila, 2009).

Por otro lado, de acuerdo con una investigación relacionada a la familia y su contribución para la recuperación clínica de trastornos mentales graves, se habla de las intervenciones familiares como parte esencial para que se logre una mejoría en el paciente. Estas intervenciones van dirigidas a modificar el ambiente adverso en la familia, proporcionando psicoeducación a los miembros para cambiar la percepción que tienen hacia la enfermedad (Lemos, 2008). La psicoeducación es de gran importancia para que puedan comprender qué es lo que le está sucediendo a su familiar, de igual manera, el paciente se sentirá comprendido por ellos.

Por lo tanto, un mejor funcionamiento familiar está asociado con una mayor eficacia en el afrontamiento ante problemas familiares y más apoyo entre los miembros. Y como resultado a lo anterior, se disminuye la angustia psicológica en la familia y mejora el comportamiento del paciente (Saunders, 1999). La

comunicación es esencial para que el otro se sienta sostenido por alguien más en los momentos que representen alguna dificultad.

Lo anterior nos habla acerca de que la familia puede fungir como un factor protector para las personas que presentan algún trastorno o conductas de riesgo suicida. De tal forma que evaluar el funcionamiento familiar podría aportar información valiosa para realizar modelos preventivos enfocados al sistema familiar en pacientes con intento o ideación suicida. Esto con la finalidad de que las medidas preventivas puedan disminuir la incidencia de suicido en el Noroeste de México.

CAPÍTULO VI

HIPÓTESIS

Hipótesis alterna

Los pacientes hospitalizados con ideación e intento de suicidio tienen una mala percepción del funcionamiento familiar (cohesión desligada o enmarañada, flexibilidad rígida o caótica, y una comunicación y satisfacción inadecuada).

Hipótesis nula

Los pacientes hospitalizados con ideación e intento de suicidio tienen una buena percepción del funcionamiento familiar.

CAPÍTULO VII

OBJETIVOS

Objetivo general

Documentar la percepción del funcionamiento familiar en pacientes hospitalizados con ideación e intento de suicidio

Objetivos específicos

- Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes con ideación o intento de suicidio.
- Determinar los trastornos psiquiátricos presentes de los pacientes con ideación o intento de suicidio.
- Determinar qué tipo de percepción en el funcionamiento familiar tienen los pacientes según el riesgo de suicidio.

CAPÍTULO VIII

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de Investigación

Se trató de un estudio observacional analítico y poblacional de corte transversal.

Tratándose de un estudio poblacional, se invitaron a participar en el estudio a todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

Estos pacientes tuvieron que estar hospitalizados en la sala de Comunidad Terapéutica del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Dr. José E. González, en Monterrey, Nuevo León, durante las fechas de julio a noviembre de 2020. Dicha sala cuenta con 14 unidades fijas de internamiento, en funcionalidad rotaria.

Criterios de Inclusión

- Personas mayores a 18 años.
- Pacientes hospitalizados actualmente en el Departamento de Psiquiatría.
- Pacientes que hayan realizado un intento suicida.
- Pacientes que tengan ideación suicida.
- Que deseen colaborar en la investigación de manera voluntaria.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con enfermedades neurodegenerativas que impidan la aplicación de la escala de evaluación.
- Pacientes psicóticos.
- Pacientes que no deseen colaborar en la investigación.

Criterios de Eliminación

- Pacientes que no respondan completamente las escalas de evaluación.

Escalas y datos de obtención

Datos sociodemográficos

Se realizó una encuesta para recabar la siguiente información: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, con quién vive, número de miembros en familia nuclear, lugar que ocupa en la familia e impresión del funcionamiento. Además, se incluyeron datos que se le solicitaron al médico responsable: diagnóstico en eje I y II, y riesgo de auto y/o heteroagresión.

Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia de Severidad Suicida) Versión exploratoria

Se utilizó la versión exploratoria de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale, traducida y adaptada a la versión en español. Esta escala es una versión más corta de la C-SSRS para evaluar la ideación y el comportamiento suicida en los últimos meses del paciente. Las preguntas pueden ser flexibles de acuerdo con las respuestas que vaya dando el paciente y también del nivel de riesgo que se vaya indicando.

Las respuestas más graves serían un "Sí" en las preguntas 4 o 5 referentes a la ideación suicida, y cualquier comportamiento de suicidio reciente, referente a la pregunta 6. Por lo tanto, el riesgo se determinará a partir de dónde haya respondido afirmativamente el paciente. Las respuestas están codificadas por colores para identificar fácilmente el nivel de riesgo.

Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar FACES IV

Se utilizó la escala Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, la cual mide las dimensiones de cohesión y flexibilidad utilizando seis escalas: dos de estas balanceadas con 7 ítems cada una (Cohesión y Flexibilidad balanceada) y

cuatro escalas desbalanceadas, de 7 ítems cada una, que evalúan el otro extremo inferior de la cohesión y la flexibilidad (Enmarañada y Desligada, Rígida y Caótica). Además, cuenta con una escala que evalúa la comunicación familiar y otra que explora la satisfacción familiar, cada una compuesta por 10 ítems. Dando un total de 62 ítems.

Las cuatro dimensiones son:

- **Cohesión:** Lazos familiares que se tienen entre los miembros de la familia y grado de autonomía de cada uno de ellos. Se consideran diferentes niveles: balanceada, desligada y enredada.
- **Flexibilidad:** Capacidad que tiene la familia para cambiar el liderazgo, los roles y las reglas del sistema familiar, existen diferentes niveles: balanceada, rígida y caótica.
- **Comunicación:** Habilidades de comunicación que se utilizan en el sistema familiar.
- **Satisfacción:** Evalúa el nivel de satisfacción que tienen los miembros de la familia entre ellos.

METODOLOGÍA

Procedimiento

Se identificaron posibles candidatos dentro del internamiento del Departamento de Psiquiatría, los cuales hayan tenido un intento de suicidio previo o presenten ideación suicida. Frente a la presencia de testigos, se les explicó el proyecto de investigación, así como los objetivos de este. Posteriormente se les invitó a participar en el estudio y se les hizo saber que en caso de existir dudas o preguntas respecto al respecto se respondieron cada una de estas. Además, se les explicó que pueden renunciar a la actividad en cualquier momento y que eso no perjudicaría en absoluto su tratamiento. A los pacientes que aceptaron se les

entregó el formato de consentimiento informado para su lectura, para después explicarles verbalmente el mismo. Después, se les pidió llenar la ficha de Datos Sociodemográficos y se les aplicó la versión exploratoria de la Escala de Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio para verificar que cuenten con los criterios de inclusión y determinar el riesgo de suicidio, la cual se respondió aproximadamente en 10 minutos. Así mismo, se les hizo entrega de la escala auto-aplicable, FACES IV, la cual evalúa el funcionamiento familiar del paciente, esta se responderá en un tiempo estimado de 20 minutos.

Subsecuente a ello, se revisaron que las escalas estén contestadas de manera adecuada. La información obtenida de las escalas respecto al riesgo suicida y al funcionamiento familiar, se le hizo llegar a su médico tratante de manera verbal para darle seguimiento. Posteriormente la información se vació a la base de datos para el análisis estadístico.

Confidencialidad

Para preservar la confidencialidad de los participantes solamente los investigadores a cargo del estudio tuvieron acceso a esta información. Además, en los instrumentos aplicados no se incluyeron datos que pudieran llegar a la posible identificación de los participantes, por lo que se anotó un folio que será el que resguarde su identidad.

Consideraciones Éticas

- Se respetó la autonomía y la dignidad de las personas que desean participar en el proyecto.
- De acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, este estudio se considera con un riesgo mínimo. Por lo tanto, los participantes no se enfrentaron a peligros previsibles durante el estudio.
- El presente estudio tuvo como objetivo un beneficio para la salud.

- Se informó a los participantes de manera completa y adecuada acerca del proyecto, de cómo se lleva a cabo, de la función y objetivos del mismo.
- Se respetó la confidencialidad de los participantes de la información obtenida en la evaluación del estudio.
- Los resultados obtenidos en la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio, Versión Exploratoria y FACES IV se les comunicaron a los médicos de cabecera en el área de internamiento del Departamento de Psiquiatría para que se le diera seguimiento adecuado.

Análisis estadístico

Los resultados obtenidos se recabaron en una base de datos desarrollada en el programa Excel, para su análisis mediante el programa estadístico R 4.1.0.

De las variables evaluadas se obtuvieron los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, dispersión y posición) para las variables de tipo cuantitativo, así como frecuencias observadas para las variables cualitativas.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables y un cruce mediante prueba de hipótesis para proporciones Z a una confiabilidad del 95%.

CAPÍTULO IX

RESULTADOS

Se incluyeron a 48 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, 40 mujeres y 8 hombres, con una media de edad de 23.2 años. La mayoría solteros, siendo un 80% y de ocupación estudiantes, que formaban el 85% del total. El 70% vivían con sus padres y/o hermanos, ocupando el lugar de hijos en la familia. La mayoría de los pacientes (28 de ellos), tenía un nivel máximo de estudios de preparatoria.

Por otro lado, como se puede observar en la Figura 1, los pacientes participantes tenían diferentes diagnósticos. La cantidad de 17 (85%) pacientes presentaban Trastorno de Depresión Mayor, 15 (75%) presentaban Trastorno Límite de la Personalidad, 1 (5%) Trastorno de Estrés postraumático y 1 (5%) presentaban Trastorno Bipolar Tipo II. Aunado a esto, el 90% de los pacientes tuvo un intento de suicidio y el 10% de ellos tuvo ideación suicida (Figura 2).

Figura 1. Diagnóstico actual de los pacientes.

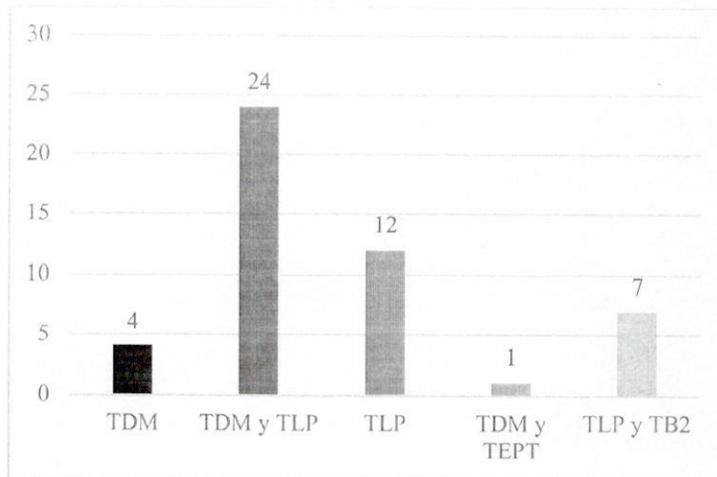
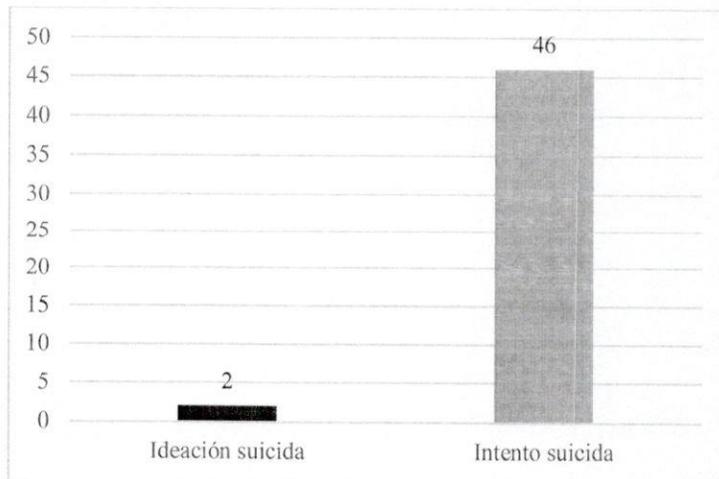


Figura 2. Riesgo de suicidio de los pacientes.



De acuerdo con los resultados del FACES IV, primeramente, en la Cohesión Familiar, 13 (27.1%) pacientes tuvieron una cohesión no balanceada, integrando las dimensiones: desligada 8 (16.7%) y enredada 5 (10.4%). Mientras que el resto de los pacientes tuvieron una cohesión balanceada (72.9%), integrando las dimensiones: poco conectada 17 (35.4%), conectada 8 (16.7%) y muy conectada 10 (20.8%) (Tabla 1).

Tabla 1. Nivel de cohesión de los pacientes.

Variable	
Desligada	8 (16.7%)
Enredada	5 (10.4%)
Poco Conectada	17 (35.4%)
Conectada	8 (16.7%)
Muy Conectada	10 (20.8%)

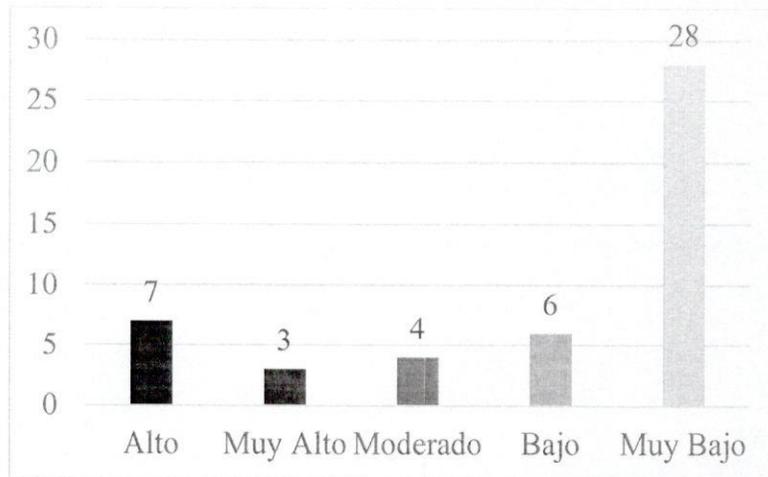
En la Flexibilidad Familiar se obtuvo como resultado que el 93.8% de los pacientes presentaron una flexibilidad balanceada, integrando las dimensiones: poco flexible 15 (31.3%), flexible 29 (60.4%) y muy flexible 1 (2.1%). Mientras que el 6.3% de los pacientes tuvieron una flexibilidad no balanceada y por lo tanto rígida (Tabla 2).

Tabla 2. Nivel de flexibilidad de los pacientes.

Variable	
Rígida	3 (6.3%)
Poco Flexible	15 (31.3%)
Flexible	29 (60.4%)
Muy Flexible	1 (2.1%)

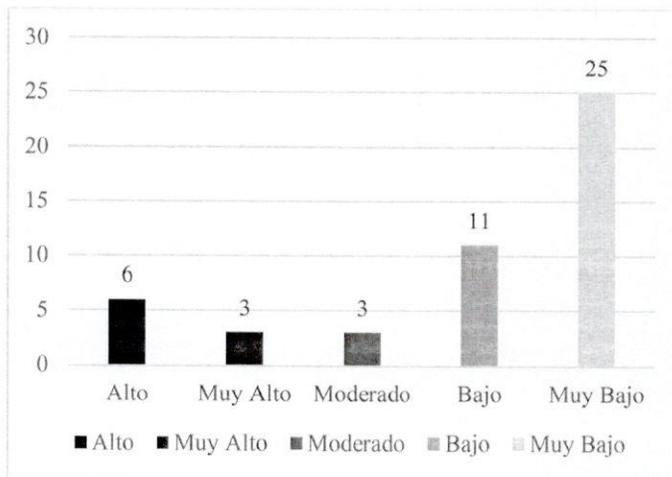
El nivel de comunicación fue alto o muy alto en 10 (20.9%) de los pacientes. Mientras que fue bajo o muy bajo en 34 (70.8%) de ellos (Figura 3).

Figura 3. Nivel de comunicación de los pacientes.



El nivel de satisfacción fue alto o muy alto en 9 (18.8%) de los pacientes. Por otro lado, 36 (75%) de los pacientes obtuvieron un nivel de satisfacción bajo o muy bajo (Figura 4).

Figura 4. Nivel de satisfacción de los pacientes.



Por último, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las prevalencias de ideación e intento de suicidio según la cohesión y flexibilidad (Tabla 3).

Tabla 3. Nivel de cohesión y flexibilidad de acuerdo con el riesgo de suicidio del paciente.

		Riesgo de suicidio		p
		Ideación suicida	Intento suicida	
Nivel de Dimensión de Cohesión	Enredada	0.00%	10.90%	0.064
	Muy conectada	0.00%	21.70%	
	Conectada	100.00%	13.00%	
	Poco Conectada	0.00%	37%	
	Desligada	0.00%	17.40%	
Nivel de Dimensión de Flexibilidad	Rígida	0.00%	6.50%	0.713
	Poco Flexible	0.00%	32.60%	
	Flexible	100.00%	58.70%	
	Muy Flexible	0.00%	2.20%	

También se encontró que los pacientes con nivel de cohesión conectada tienden a tener diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor (Tabla 4).

Tabla 4. Nivel de cohesión y flexibilidad de acuerdo con el diagnóstico del paciente

Tabla 4		Diagnóstico Actual					p
		TDM	TDM y TLP	TLP	TDM y TEPT	TLP y TB2	
Nivel de Dimensión de Cohesión	Aglutina	0.00%	16.70%	0.00%	0.00%	14.30%	0.912
	Muy Conectada	25.00%	20.80%	16.70%	100.00%	14.30%	
	Conectada	75.00%	16.70%	8.30%	0.00%	0.00%	
	Poco Conectada	0.00%	29.20%	58.30%	0.00%	42.90%	
	Desligada	0.00%	16.70%	16.70%	0.00%	28.60%	
Nivel de Dimensión de Flexibilidad	Muy Flexible	0.00%	4.20%	0.00%	0.00%	0.00%	0.284
	Flexible	75.00%	62.50%	41.70%	100.00%	71.40%	
	Poco Flexible	25.00%	29.20%	41.70%	0.00%	28.60%	
	Rígida	0.00%	4.20%	16.70%	0.00%	0.00%	

Los pacientes que tienen un nivel moderado de satisfacción y comunicación se asocian más con ideación de suicidio (Tabla 5).

Tabla 5. Nivel de comunicación y satisfacción de acuerdo con el riesgo de suicidio del paciente.

Tabla 5		Riesgo de suicidio		p
		Ideación suicida	Intento suicida	
Nivel de Comunicación	Muy Alto	0.00%	6.50%	0.28
	Alto	0.00%	15.20%	
	Moderado	50.00%	6.50%	
	Bajo	0.00%	13.00%	
	Muy Bajo	50.00%	58.70%	
Nivel de Satisfacción	Muy Alto	0.00%	6.50%	0.123
	Alto	0.00%	13.00%	
	Moderado	50.00%	4.30%	
	Bajo	0.00%	23.90%	
	Muy Bajo	50.00%	52.20%	

Mientras que los pacientes con un nivel de comunicación moderado tienden a tener un diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor (Tabla 6).

Tabla 6. Nivel de comunicación y satisfacción de acuerdo con el diagnóstico del paciente

Tabla 6		Diagnóstico Actual					p
		TDM	TDM y TLP	TLP	TDM y TEPT	TLP y TB2	
Nivel de Comunicación	Muy Alto	0.00%	12.50%	0.00%	0.00%	0.00%	0.074
	Alto	25.00%	12.50%	8.30%	100.00%	14.30%	
	Moderado	50.00%	4.20%	8.30%	0.00%	0.00%	
	Bajo	0.00%	20.80%	0.00%	0.00%	14.30%	
	Muy Bajo	25.00%	50.00%	83.30%	0.00%	71.40%	
Nivel de Satisfacción	Muy Alto	0.00%	12.50%	0.00%	0.00%	0.00%	0.175
	Alto	25.00%	16.70%	0.00%	100.00%	0.00%	
	Moderado	0.00%	8.30%	0.00%	0.00%	14.30%	
	Bajo	50.00%	25.00%	16.70%	0.00%	14.30%	
	Muy Bajo	25.00%	37.50%	83.30%	0.00%	71.40%	

Ya que la mayoría de los pacientes tenían trastorno depresivo mayor o trastorno límite de la personalidad, se hicieron subanálisis de acuerdo con la presencia de cada uno. En las tablas 7 y 8 se compara el nivel de cohesión y adaptabilidad en pacientes con TLP y TDM, respectivamente. Encontramos de forma general, que los pacientes con TLP tienden a tener mayor variación en su tipo de cohesión, mientras que aquellos que no tienen TLP tienen una cohesión conectada (P=0.04).

Tabla 7. Nivel de cohesión y flexibilidad de acuerdo con la presencia de TLP.

		TLP		p
		Sí	No	
Nivel de Dimensión de Cohesión	Enredada	11.4%	0%	0.04
	Muy conectada	20.5%	25%	
	Conectada	23.7%	75%	
	Poco Conectada	36.4%	0%	
	Desligada	18.2%	0%	
Nivel de Dimensión de Flexibilidad	Rígida	6.8%	0%	0.903
	Poco Flexible	31.8%	25%	
	Flexible	59.1%	75%	
	Muy Flexible	2.3%	0%	

Tabla 8. Nivel de cohesión y flexibilidad de acuerdo con la presencia de TDM.

		TDM		p
		Sí	No	
Nivel de Dimensión de Cohesión	Enredada	13.9%	0%	0.326
	Muy conectada	22.2%	16.7%	
	Conectada	22.2%	8.3%	
	Poco Conectada	25%	58.3%	
	Desligada	16.7%	16.7%	
Nivel de Dimensión de Flexibilidad	Rígida	2.8%	16.7%	0.204
	Poco Flexible	27.8%	31.7%	
	Flexible	66.7%	41.7%	
	Muy Flexible	2.8%	0%	

En las tablas 9 y 10 se compara el nivel de comunicación y satisfacción en pacientes con TLP y TDM, respectivamente. Encontramos de forma general, que los pacientes con TLP tienden a tener un nivel muy bajo de comunicación comparado con los que no ($P=0.026$).

Tabla 9. Nivel de comunicación y satisfacción de acuerdo con la presencia de TLP.

Tabla 6		TLP		p
		Sí	No	
Nivel de Comunicación	Muy Alto	6.80%	0%	0.026
	Alto	13.60%	25%	
	Moderado	4.50%	50%	
	Bajo	13.60%	0%	
	Muy Bajo	61.40%	25%	
Nivel de Satisfacción	Muy Alto	6.80%	0%	0.541
	Alto	11.40%	25%	
	Moderado	6.80%	0%	
	Bajo	20.50%	50%	
	Muy Bajo	54.50%	25%	

Tabla 10. Nivel de comunicación y satisfacción de acuerdo con la presencia de TDM.

Tabla 6		TDM		p
		Sí	No	
Nivel de Comunicación	Muy Alto	8.3%	0%	0.273
	Alto	16.7%	8.3%	
	Moderado	8.3%	8.3%	
	Bajo	8.3%	0%	
	Muy Bajo	50%	83.3%	
Nivel de Satisfacción	Muy Alto	8.3%	0%	0.122
	Alto	16.7%	0%	
	Moderado	8.3%	0%	
	Bajo	25%	16.7%	
	Muy Bajo	41.7%	83.3%	

CAPÍTULO X

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio tuvo como objetivo documentar la percepción del funcionamiento familiar en pacientes hospitalizados con ideación e intento de suicidio. De forma general, encontramos en nuestro estudio que los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienden a tener una cohesión familiar más variable y no muy conectada, así como a tener una comunicación muy baja o inadecuada, comparado con los demás pacientes. En nuestro estudio, no encontramos una asociación entre tipo de riesgo de suicidio con el tipo de funcionalidad familiar del paciente. Sin embargo, en general, estos pacientes con riesgo suicida tienden a tener poca conexión familiar, un entorno familiar flexible, y pobre comunicación y satisfacción familiar.

El entorno intrafamiliar se ha propuesto como un factor que puede ser responsable de diferentes resultados suicidas entre pacientes deprimidos. Esta variable es de particular interés porque, a diferencia de muchos otros predictores, es modificable a través del tratamiento. Los estudios en poblaciones adultas encuentran que existen discrepancias significativas entre las percepciones del paciente que intenta suicidarse y del cuidador sobre el funcionamiento familiar, pero no en los que tienen ideación ni en los pacientes que no tienen ideas suicidas (Keitner et al., 1987; McDermut et al., 2001). Mientras que los estudios encuentran consistentemente que el comportamiento suicida en los adolescentes está asociado con la disfunción familiar (King et al., 1993; Martin et al., 1995; Brinkman-Sull et al., 2000; Bridge et al., 2006). Por su parte, hay investigación limitada sobre las discrepancias entre el cuidador y el niño, y cómo se relacionan con los resultados suicidas. Además, la investigación que evalúa la asociación entre el funcionamiento familiar y el comportamiento suicida, de acuerdo con los efectos de la depresión y la ansiedad o el afecto negativo, es escasa. La investigación limitada que se ha

publicado ha visto que incluir factores como la gravedad de la depresión en el modelo predictivo como co-variable elimina la importancia de las variables que representan el funcionamiento familiar en un modelo predictivo de suicidio (King et al., 1993; Brinkman-Sull et al. , 2000), debido a que parece tener un mayor peso sobre cualquier otra cosa.

Las teorías del comportamiento suicida sugieren que el deseo de morir puede surgir de la interrupción de las relaciones interpersonales. La investigación sobre el suicidio típicamente ha estudiado esto desde la perspectiva del individuo, de la calidad y frecuencia de sus interacciones sociales. Por ello, Sheftall et al. (2013) examinaron el apego junto con el funcionamiento familiar más amplio entre pacientes psiquiátricos adolescentes con y sin antecedentes de intentos de suicidio. En comparación con aquellos sin intentos de suicidio, los adolescentes con intentos tenían un menor apego materno y paterno autoreportado y una menor adaptabilidad y cohesión familiar (Sheftall et al, 2013), lo cual parece ser algo similar a nuestros hallazgos en general. Además, los autoreportes de funcionalidad de los pacientes, mas no de los padres, también fueron predictores de suicidio, lo que parece ser consistentes con las predicciones de la Teoría Interpersonal del Suicidio sobre el funcionamiento social (Joiner, 2005). Los mismos hallazgos fueron reportados por Keitner et al (1987), quienes vieron que los padres perciben diferente la funcionalidad familiar, y los pacientes con intento suicida o con riesgo suicida en general, perciben más negativamente a su familia.

Sin embargo, a pesar de los hallazgos previamente reportados, en su estudio, King et al. (1993) observaron que los padres de adolescentes suicidas reportaron más depresión y problemas de unidad familiar comparados con los padres de adolescentes sin depresión y no suicidas, incluso después de controlar la gravedad de la depresión de los adolescentes, y los adolescentes suicidas, a su vez, relataron relaciones menos activas y comunicativas con los padres.

Adams et al. (1994) por su parte documentaron que los pacientes con riesgo suicida tienden a tener mayor distress y disfunción familiar que aquellos que no tienen el riesgo, lo cual parece ser que el riesgo suicida tendrá factores familiares muy importantes que llevaron a estas decisiones. Además, reportaron que el funcionamiento familiar percibido y las relaciones madre-adolescente se correlacionaron significativamente con los niveles de depresión, desesperanza y autoestima del paciente.

Por su parte, Berutti et al. (2016) vieron que los antecedentes de intentos de suicidio en el trastorno bipolar se asocian con un pobre funcionamiento familiar, incluyendo en la resolución de problemas, la comunicación, los roles y el funcionamiento general. Dado que los intentos de suicidio se evalúan de forma rutinaria en la práctica clínica, estos hallazgos pueden ayudar a identificar a los pacientes con un funcionamiento familiar más deficiente y pueden sugerir un papel de los factores de riesgo ambientales en el comportamiento suicida entre los pacientes con trastorno bipolar. Una limitante de nuestro trabajo fue la baja cantidad de pacientes con trastorno bipolar incluidos en el estudio, lo cual limitó un análisis más específico de este grupo.

Se han propuesto varios factores para explicar el desarrollo del trastorno límite de la personalidad. Estos incluyen influencias genéticas, neurobiológicas, psicodinámicas, sociales y familiares (Tamrnopolsky y Berelowitz, 1987; Stone, 1977; Cowdry et al, 1985; Masterson y Rinsley, 1975; Walsh, 1977). Entre estos últimos, existen elementos a mayor escala, como el abuso sexual y físico, y los trastornos psiquiátricos en los padres, que ha sido propuestos y verificados mediante estudios acerca del desarrollo de este trastorno (Ogata et al, 1990; Stone et al, 1981).

El entorno familiar ha sido ampliamente estudiado como factor causal del trastorno límite de la personalidad. Se considera que los niños de familias

perdidas y separadas tienen un alto riesgo de desarrollar trastorno límite de la personalidad (Ryan et al, 2016). El modelo biopsicosocial de Linehan hace hincapié en la interacción entre los factores biológicos y sociales que interactúan en el inicio y el mantenimiento de la psicopatología (Crowell et al, 2009). La vulnerabilidad genética, cuando se combina con un entorno familiar duro, conduce a resultados como el trastorno límite de la personalidad. En estos casos, se ha visto que los individuos aprenden patrones desadaptativos para lidiar con los estresores ambientales y, a su vez, aprenden a exhibir emociones en forma extrema o tienden a controlar e inhibir excesivamente la expresión. Esto puede llevar a tener una dificultad en la regulación emocional, y como consecuencia el individuo sigue teniendo dificultades donde oscila entre la expresión y la inhibición extremas de las emociones, lo cual desencadena ansiedad, depresión, comportamientos agresivos y de ruptura de reglas sin pensar en los resultados probables (impulsividad) (Sebastian et al, 2013), lo cual podemos percibir con esta variabilidad en el tipo de cohesión que presenta el paciente en su entorno familiar percibido.

Linehan (1993) en su modelo biopsicosocial sostiene que las vulnerabilidades de desregulación emocional interactúan con entornos infantiles invalidantes para contribuir a un mayor desarrollo y mantenimiento de la desregulación emocional, que es el núcleo de los síntomas del trastorno límite de la personalidad. Por lo tanto, considerando el rol familiar y del desarrollo del trastorno, se cree que la desregulación emocional de las personas con trastorno límite de la personalidad se mantiene en el contexto de un entorno infantil invalidante, donde un cuidador devaluador responderá de manera inapropiada a la comunicación del niño sobre experiencias privadas a través del castigo, la trivialización o respuestas extremas (Linehan, 1993). Por el contrario, los cuidadores que validan reconocen las emociones del niño, lo ayudan a experimentar y aceptar las emociones de manera adecuada. Las consecuencias de invalidar por parte de los cuidadores son tales que el niño no aprende a etiquetar las experiencias emocionales privadas como válidas,

normativas y dignas de confianza. El individuo no aprende a tolerar la angustia ni a formar metas o expectativas realistas, y en su lugar, el individuo desarrolla un patrón de oscilación entre la inhibición y los estados emocionales extremos observados en el trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1994; Fruzzetti y Shenk, 2008), lo cual puede detonar en una pobre comunicación con su familia, así como una mala satisfacción en general.

Durante la realización de este estudio, se presentaron una serie de limitantes que dificultaron la recaudación de la muestra. Debido al inicio de la pandemia por COVID-19 que implicó cambios importantes en los procesos de atención a los pacientes e inclusión de ciertas medidas sanitarias, que limitaron el flujo de pacientes en el internamiento. Esto tuvo un impacto significativo en el análisis específico por enfermedad, además de que muchos tenían múltiples patologías, la mayoría trastorno depresivo mayor y trastorno límite de la personalidad; así como que la mayoría de los pacientes incluidos en el estudio tuvieron intento previo suicida que fue la indicación de internamiento, y una minoría solo tuvo ideación, limitante también el análisis por riesgo suicida. Es por esto que se recomienda la realización de otro estudio con las mismas variables en otro momento más adecuado, y con esto poder ampliar la muestra. Así como también, tomar en cuenta la percepción de la familia acerca del funcionamiento familiar y no solamente del paciente, ya que parece que estas incongruencias entre el paciente y su familia, respecto a la funcionalidad familiar, tienen un papel muy importante en el desarrollo de riesgo suicida en el paciente, que pueden ser atendidas previamente por medio de intervenciones dirigidas en mejorar la funcionalidad de la familia y otros aspectos en el paciente con trastorno psiquiátrico. Con esto se concluye la importancia del funcionamiento familiar en los pacientes para el pronóstico y la evolución de estos.

Si bien es cierto, la muestra no fue suficiente para obtener una significancia, por lo que no encontramos una asociación del tipo de riesgo de suicidio con el

tipo de funcionalidad familiar del paciente. Sin embargo, en general, estos pacientes con riesgo suicida tienden a tener una poca conexión familiar, pobre comunicación y satisfacción familiar.

Además, encontramos en nuestro estudio que los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienden a tener una cohesión familiar más variable y no muy conectada, así como que una comunicación muy baja o inadecuada, comparado con los demás pacientes.

CAPÍTULO XII

REFERENCIAS

- Adams, D. M., Overholser, J. C., & Lehnert, K. L. (1994). Perceived family functioning and adolescent suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(4), 498–507.
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., ... Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134–142. doi:10.1016/j.rpsm.2016.02.002
- Ardila, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 114-125.
- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, K., Brooks, A., Hajak, G., et al. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, 134, 169-179.
- Barcelata, B. E., Granados, A., & Ramñírez, A. (2013). Correlatos entre funcionamiento familiar y apoyo social percibido en escolares en riesgo psicosocial. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 10(24), 65–70.

- Berryhill, M. & Smith, J. (2020). College Student Chaotically Disengaged Family Functioning, Depression, and Anxiety: The Indirect Effects of Positive Family Communication and Self-Compassion, *Marriage & Family Review*, DOI: 10.1080/01494929.2020.1740373
- Berutti, M., Dias, R. S., Pereira, V. A., Lafer, B., & Nery, F. G. (2016). Association between history of suicide attempts and family functioning in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 192, 28–33. doi:10.1016/j.jad.2015.12.010
- Borges G, Orozco R., & Medina-Mora M. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Publica México*, 54:595-606.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372–394.
- Brinkman-Sull, D. C., Overholster, J. C., & Silverman, E. (2000). Risk of future suicide attempts in adolescent psychiatric inpatients at 18-month follow-up. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 327–340.
- Cáceda, R. (2014). Conducta suicida: factores de riesgo y protección. *Revista de neuropsiquiatría* 77(1):3.
- Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, 37(5), 443–448.
- Castellón-Castillo, S., & Leticia Romero-Silva, L. (2014). Funcionamiento familiar, vivencias y estrés psicológico en la Psoriasis infantil (Tesis de Licenciatura). Universidad de Sancti Spiritus, Sancti Spiritus, Cuba.

- Cerda, P. (2006). El suicidio en Nuevo León: Perfil y estudio psicosocial. Monterrey, Nuevo León.
- Cowdry, R. W., Pickar, D., & Davies, R. (1985). Symptoms and EEG findings in the borderline syndrome. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 15(2), 201-211.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495-510.
- Eguiluz, L. y Mera, J. (2015). Medición del riesgo suicida, bienestar psicológico y estructura familiar en estudiantes de la salud. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 20, núm. 1, pp. 96-101.
- Fruzzetti, A. E., & Shenk, C. E. (2008). Fostering validating responses in families. *Social Work in Mental Health*, 6, 215-227.
- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I., & Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(22),91-110.
- Gómez, N., Plaza, S., Ramírez, I., Monroy, L., & Vega, H. (2008). Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento psicológico*, 4(10).
- Guibert, W., & Del Cueto, E. (2003). Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(5).
- Guibert, W., & Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-460.

- Humensky, J. L., Coronel, B., Gil, R., Mazzula, S., & Lewis-Fernández, R. (2017). Life is Precious: a community-based program to reduce suicidal behavior in Latina adolescents. *Archives of suicide research, 21*(4), 659-671.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Salud Mental.
- Interian, A., Chesin, M., Kline, A., St. Hill, L., King, A., Miller, R., ... Stanley, B. (2019). Coping with Suicidal Urges: An Important Factor for Suicide Risk Assessment and Intervention. *Archives of Suicide Research, 1–14*.
- Joiner, T. E. (2005). *Why People Die By Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Keitner, G. I., Miller, I. W., Fruzzetti, A. E., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Norman, W. H. (1987). *Family Functioning and Suicidal Behavior in Psychiatric Inpatients with Major Depression. Psychiatry, 50*(3), 242–255.
- Kim, S., Choi, K., Lee, K., Kim, D., Hong, S., Lee, H., Kweon, Y., Lee, C., & Lee, K. (2019). Risk Factors for Serious Suicide Attempts with High Medical Severity. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi:10.1111/sltb.12597
- King, C. A., Segal, H. G., Naylor, M., & Evans, T. (1993). Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*(6), 1198-1206.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy, 8*(2), 114–129. doi:10.1521/ijct.2015.8.2.114

- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology, 12(1)*, 307–330. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Lemos Giráldez, S. (2008). *Familia y enfermedad mental. Su contribución para la recuperación clínica*. Simposium Internacional "Familia y Psicología de la Salud". Murcia.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder: The dialectics of effective treatment. New York, NY: Guilford Press.
- López, A., Giraldo, N., & Gómez, N. (2012). Familia e intento de suicidio: una exploración sistémica en dos adolescentes de 14 y 15 años de edad, en la ciudad de Armenia, Guindío. *Revista de Investigaciones ALETHEIA No. 2*, 121–147.
- Martin, G., Rotaries, P., Pearce, C., & Allison, S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 92*, 336–344.
- Martín- Cala, Martín, & Tamayo- Megret, Minervy (2013). Funciones básicas de la familia. Reflexiones para la orientación psicológica educativa. *EduSol, 13(44)*,60-71.
- Martínez-Pampliega, A., Merino, L., Iriarte, L., & Olson, D. (2017). Psychometric Properties of the Spanish version of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV. *Psicothema, 29(3)*,414-420.

- Masterson, J. F., & Rinsley, D. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 163-177.
- McDermut, W., Miller, I. W., Solomon, D., Ryan, C. E., & Keitner, G. I. (2001). Family functioning and suicidality in depressed adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 96–104.
- Medellín Fontes, Martha M, Rivera Heredia, María Elena, López Peñaloza, Judith, Kanán Cedeño, ME Gabriela, & Rodríguez-Orozco, Alain R. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud mental*, 35(2), 147-154
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., & Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(4), 239-246.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., . . . Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192, 98–105.
- Núñez, N., Olivera, S., & Losada, I. (2008). Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 4, N°10, 85-100.
- Ogata, S. N., Sick, K. R., Goodrich, S., et al. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(8), 1008-1013.

- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64–80. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x
- Organización Mundial de la Salud (2019). Suicidio: datos y cifras. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Pérez- Amezcua, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F. Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333
- Pérez, I., Rodríguez, E., Dussán, M., y Ayala, J. (2007). Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida, atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Revista de Salud Pública*, 9 (2), 230-240.
- Radde, S., Gutwinski, S., Stuke, F., Fuchs, A., Schouler-Ocak, M., Bempohl, F., & Henssler, J. (2018). Suizidalität in der Adoleszenz. *Der Nervenarzt*. doi:10.1007/s00115-018-0549-6
- Rivero-Lazcano, N., Martínez-Pampliega, A., & Iraurgi, I. (2011). El Papel Funcionamiento y la Comunicación Familiar en los Síntomas Psicósomáticos. *Clínica y Salud*, 22(2), 175-186.
- Roca, M. A., & Riccardi, A. (2014). Familia: Funcionalidad y efectividad como red de apoyo social en pacientes con depresión que están ingresados en el área de hospitalización de psiquiatría del hospital del IESS Dr. Teodoro

- Maldonado Carbo en la Family: Functionality and effectiveness a. *Informes Psicológicos*, 14(2), 81–102.
- Ryan, S. R., Friedman, C. K., Liang, Y., Lake, S. L., Mathias, C. W., Charles, N. E., ... & Dougherty, D. M. (2016). Family functioning as a mediator of relations between family history of substance use disorder and impulsivity. *Addictive disorders & their treatment*, 15(1), 17-24.
- Sánchez, J., Martín, L., & Carbonero, M. (2009). Tipos de familia y satisfacción de necesidades de los hijos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 549-558.
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 22(Su2), 407-416.
- Saunders, J. C. (1999). *Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. Issues in Mental Health Nursing*, 20(2), 95–113. doi:10.1080/016128499248691
- Sebastian, A., Jacob, G., Lieb, K., & Tüscher, O. (2013). Impulsivity in borderline personality disorder: A matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation?. *Current Psychiatry Reports*, 15(3), 339.
- Sheftall, A. H., Mathias, C. W., Furr, R. M., & Dougherty, D. M. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & human development*, 15(4), 368–383.
- Smith, P., Cukrowicz, K., Poindexter, E., Hobson, V., & Cohen, L. (2010). The acquired capability for suicide: A comparison of suicide attempters,

- suicide ideators, and non-suicidal controls. *Depression and Anxiety*, 27(9), 871–877. doi:10.1002/da.20701
- Stone, M. H. (1977). The borderline syndrome: Evolution of the term, genetics aspects and prognosis. *American Journal of Psychotherapy*, 31(3), 345-365.
- Stone, M. H., Kahn, E., & Flye, B. (1981). Psychiatrically ill relatives of borderline patients: A family study. *Psychiatric Quarterly*, 53(2), 71-84.
- Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2013). Risk and Protective Factors that Distinguish Adolescents Who Attempt Suicide from Those Who Only Consider Suicide in the Past Year. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 6–22. doi:10.1111/sltb.12046
- Tamopolsky, A., & Berelowitz, M. (1987). Borderline personality: A review of recent research. *British Journal of Psychiatry*, 151(6), 724-734.
- Tramonti, F., Petrozzi, A., Burgalassi, A., Milanfranchi, A., Socci, C., Belviso, C., ... Guglielmi, P. (2019). Family functioning and psychological distress in a sample of mental health outpatients: Implications for routine examination and screening. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. doi:10.1111/jep.13253
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). *The interpersonal theory of suicide*. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. doi:10.1037/a0018697
- Van Renen, L. J., & Wild, L. G. (2008). *Family functioning and suicidal ideation/behaviour in adolescents: a pilot study*. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 20(2), 111–121.

- Villanueva, I., Guzmán, P., Alonso, M., Beltrán, F., Gómez, Y., & Pérez, I. (2011). Funcionamiento familiar en familias víctimas de abuso sexual intrafamiliar-incesto. *Psicogente*, 14(25), 100-121.
- Walsh, F. (1977). The family of the borderline patient. En R. R. Greitzer Sr. & B. Werble (Eds.), *The borderline patient* (pp. 221-234). New York, NY: Jason Aronson Inc.
- Zicavo, N., Palma, C. & Garrido, G. (2012). Adaptación y validación del Faces-20- ESP: Re-conociendo el funcionamiento familiar en Chillán, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), pp. 219-234.

CAPÍTULO XIII.

ANEXOS

Anexo 1. Evaluaciones aplicadas al paciente

Datos Sociodemográficos

INSTRUCCIONES. A continuación, se le pide completar la siguiente información:	
Edad: _____	Sexo: Femenino / Masculino
Estado Civil: Soltero / Casado / Unión Libre / Divorciado / Separado Especificar estados civiles previos (Ej. Segundo matrimonio): _____	
Escolaridad: Primaria / Secundaria / Preparatoria trunca / Preparatoria / Licenciatura trunca / Licenciatura / Posgrado	
Ocupación: Desempleado / Técnico-Manual / Profesionista / Pensionado-Jubilado	
¿Con quién vive? _____	
¿Cuántas personas son en su familia? _____	
¿Qué lugar ocupa en su familia? Padre / Madre / Hijo	
Especificar número de hijo (Ej. Hijo 1): _____	
¿Cómo calificaría el funcionamiento de su familia? a) Muy bueno b) Bueno c) Neutral d) Malo e) Muy malo	
Diagnóstico en Eje I: (_____. ____)	
Diagnóstico en Eje II: (_____. ____)	
¿Presenta riesgo de autoagresión? Sí / No	
¿Presenta riesgo de heteroagresión? Sí / No	

**Escala Columbia de Severidad Suicida (C-SSRS) Versión exploratoria –
Reciente**

	Mes Pasado	
	Sí	No
Formule las preguntas que están en negrilla.		
Formule las preguntas 1 y 2		
1) <i>¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?</i>		
2) <i>¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?</i>		
Si la respuesta es “Sí” a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es “No” continúe a la pregunta 6.		
3) <i>¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?</i> Esto incluye a un(a) participante que diría: <i>“He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría”.</i>		
4) <i>¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?</i> a diferencia de <i>“Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto”.</i>		
5) <i>¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?</i>		
6) <i>¿Alguna vez ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se has preparado para hacer algo para terminar su vida?</i> Ejemplos: Colectar píldoras, obtener un arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella, pero no las tragado, agarrar un arma, pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo, pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar un arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc. <i>Si la respuesta es “Sí”, formule: ¿Fue esto en los últimos 3 meses?</i>		

Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar FACES IV

INSTRUCCIONES. A continuación, hay una serie de afirmaciones, léalas con atención y conteste que tan de acuerdo está a cada una de ellas. Es necesario tomar en cuenta su contexto familiar actual, le pedimos contestar todos los reactivos.	Fuer tem ente en desa cuer do	Gen eral men te en desa cuer do	Ind eci so	Gen eral men te de acue rdo	Fuert ement e de acuer do
1. Los miembros de la familia están envueltos en las vidas de cada uno.	1	2	3	4	5
2. Nuestra familia trata nuevas maneras de lidiar con problemas.	1	2	3	4	5
3. Nosotros nos llevamos mejor con personas fuera de la familia que con personas en la familia.	1	2	3	4	5
4. Nosotros pasamos demasiado tiempo juntos.	1	2	3	4	5
5. Hay consecuencias estrictas por romper reglas en nuestra familia.	1	2	3	4	5
6. Parece que no nos podemos organizar en nuestra familia.	1	2	3	4	5
7. Los miembros de la familia se sienten muy unidos.	1	2	3	4	5
8. Los padres comparten el liderazgo en nuestra familia.	1	2	3	4	5
9. Los miembros de la familia parecen evitar entrar en contacto cuando están en la casa.	1	2	3	4	5
10. Los miembros de la familia se sienten presionados a pasar tiempos juntos.	1	2	3	4	5
11. Las consecuencias son bien claras cuando un miembro de la familia hace algo equivocado.	1	2	3	4	5
12. Es difícil saber quién es el líder en nuestra familia.	1	2	3	4	5
13. Los miembros de la familia se apoyan unos a otros durante momentos difíciles.	1	2	3	4	5
14. La disciplina es justa en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15. Los miembros de nuestra familia saben muy poco acerca de los amigos de los otros miembros de la familia.	1	2	3	4	5
16. Los miembros de la familia son muy dependientes de los otros miembros.	1	2	3	4	5
17. Nuestra familia tiene reglas para cada posible situación.	1	2	3	4	5
18. Las cosas no se completan en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19. Los miembros de la familia se consultan unos a otros.	1	2	3	4	5
20. Mi familia se puede ajustar a los cambios cuando es necesario.	1	2	3	4	5
21. Los miembros de la familia están por su cuenta cuando hay un problema para resolver.	1	2	3	4	5
22. Los miembros de la familia tienen poca necesidad de	1	2	3	4	5

amigos fuera de la familia.					
23. Nuestra familia es sumamente organizada.	1	2	3	4	5
24. No está claro quién es responsable de diferentes cosas (tareas, actividades) en nuestra familia.	1	2	3	4	5
25. Los miembros de la familia les gusta pasar sus tiempos libres juntos.	1	2	3	4	5
26. Nosotros intercambiamos las responsabilidades de la casa de persona a persona.	1	2	3	4	5
27. Nuestra familia raramente hace cosas juntas.	1	2	3	4	5
28. Nosotros nos sentimos demasiado conectados unos con los otros.	1	2	3	4	5
29. Nuestra familia se frustra cuando hay un cambio en nuestros planes o rutinas.	1	2	3	4	5
30. No hay liderazgo en nuestra familia.	1	2	3	4	5
31. Aunque los miembros de la familia tienen intereses individuales, todavía participan en las actividades de la familia.	1	2	3	4	5
32. Nosotros tenemos reglas y roles familiares claros.	1	2	3	4	5
33. Los miembros de la familia raramente cuentan unos con los otros.	1	2	3	4	5
34. Nosotros nos resentimos si los miembros de la familia hacen cosas fuera de la familia.	1	2	3	4	5
35. Es importante seguir las reglas en nuestra casa.	1	2	3	4	5
36. Se le hace difícil a nuestra familia saber quién es que está a cargo de hacer las diferentes tareas del hogar.	1	2	3	4	5
37. Nuestra familia tiene un buen balance entre separación y la unión.	1	2	3	4	5
38. Cuando los problemas surgen nosotros llegamos a un acuerdo.	1	2	3	4	5
39. Los miembros de la familia trabajan independientemente.	1	2	3	4	5
40. Los miembros de la familia se sienten culpables si desean pasar tiempo fuera de la familia.	1	2	3	4	5
41. Una vez que una decisión se toma es muy difícil modificar la decisión.	1	2	3	4	5
42. Nuestra familia parece estresante y desorganizada.	1	2	3	4	5

<p>INSTRUCCIONES. A continuación, hay una serie de afirmaciones, léalas con atención y conteste que tan de acuerdo está a cada una de ellas. Es necesario tomar en cuenta su contexto familiar actual, le pedimos contestar todos los reactivos.</p>	Fuertemente en des acuerdo	Generalmente en des acuerdo	Indeciso	Generalmente de acuerdo	Fuertemente de acuerdo
---	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------	--------------------------------	-------------------------------

1. Los miembros de la familia están satisfechos de cómo se comunican unos con los otros.	1	2	3	4	5
2. Los miembros de la familia saben escuchar.	1	2	3	4	5
3. Los miembros de la familia saben cómo expresar afecto.	1	2	3	4	5
4. Los miembros de la familia saben preguntar por lo que quieren.	1	2	3	4	5
5. Los miembros de la familia pueden discutir calmadamente los problemas.	1	2	3	4	5
6. Los miembros de la familia pueden discutir sus ideas y creencias con otros miembros.	1	2	3	4	5
7. Cuando los miembros de la familia se hacen preguntas unos a los otros reciben respuestas sinceras.	1	2	3	4	5
8. Los miembros de la familia tratan de entender los sentimientos de los otros.	1	2	3	4	5
9. Cuando están enojados, los miembros de la familia casi nunca dicen cosas negativas acerca de otros.	1	2	3	4	5
10. Los miembros de la familia expresan sus sentimientos sinceramente unos con otros.	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES. A continuación, hay una serie de afirmaciones, léalas con atención y conteste que tan de acuerdo está a cada una de ellas. Es necesario tomar en cuenta su contexto familiar actual, le pedimos contestar todos los reactivos.	Fuertemente descontento	Generalmente descontento	Indeciso	Generalmente contento	Fuertemente contento
1. El nivel de unión entre los miembros de la familia.	1	2	3	4	5
2. La habilidad de la familia en lidiar con estrés.	1	2	3	4	5
3. La habilidad de la familia en ser flexible.	1	2	3	4	5
4. La habilidad de la familia en compartir experiencias positivas.	1	2	3	4	5
5. La calidad de comunicación entre los miembros de la familia.	1	2	3	4	5
6. La habilidad de la familia en resolver conflictos.	1	2	3	4	5
7. La cantidad de tiempo que pasan juntos.	1	2	3	4	5
8. La manera en la cual los problemas son discutidos.	1	2	3	4	5
9. La crítica es justa en su familia.	1	2	3	4	5
10. La preocupación de los miembros de la familia hacia cada miembro.	1	2	3	4	5