

## **INTENTO SUICIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

*Wilfredo Guibert Reyes<sup>1</sup> y Niurka Torres Miranda<sup>2</sup>*

**RESUMEN:** Se realizó un estudio analítico retrospectivo de corte transversal del tipo caso control con el objetivo de caracterizar el funcionamiento familiar diferencial de los individuos que realizaron intentos suicida en un área de salud de la Habana Vieja, durante los meses de enero a mayo de 2000. La muestra estuvo conformada por 62 individuos y sus respectivas familias, 31 del grupo estudio e igual cantidad de controles. Se les aplicó la entrevista familiar semiestructurada circular, la prueba de funcionamiento familiar FF-SIL y se observaron sus interacciones familiares. Se encontró que el funcionamiento familiar (FF) en los individuos que realizaron intento suicida es predominantemente disfuncional, que las características diferenciales del funcionamiento familiar en las suicidas fueron la poca adaptabilidad (67,7 %), la baja cohesión (70,9 %), y la desarmonía (87,1 %) y que en las familias de los suicidas predominaron significativamente todos los factores familiares de riesgo esenciales que predisponen al suicidio.

**DeCS: INTENTO DE SUICIDIO/psicología; RELACIONES FAMILIARES; FACTORES DE RIESGO.**

La problemática del suicidio ha sido rodeada históricamente por un halo de misterio y desconocimiento que origina en investigadores y neófitos sentimientos y actitudes ambivalentes de atracción-rechazo hacia el tema y múltiples interrogantes: ¿por qué lo hizo?, ¿fue un acto impulsivo o premeditado?, ¿las personas más allegadas no pudieron percatarse de la intención?, ¿influyeron en su conducta los que le rodeaban? Actualmente el suicidio ocupa un lugar cada vez más importante entre las primeras causas de muerte en el ámbito mundial y americano<sup>1,2</sup> con un incremento de su tasa entre la población de jóvenes y adolescentes, aunque en los últimos años tam-

bién se observa esta tendencia en la tercera edad.<sup>3</sup>

En Cuba el suicidio se ubica en la 6ta causa de muerte, con una tasa de 18,3 por 100 000 habitantes en el año 1999, y afecta principalmente a la población comprendida entre 15 y 44 años, y se reportan 6 intentos por cada fallecido por suicidio, cifra inferior a la esperada por los especialistas en suicidio y en epidemiología (Cuba. MINSAP. Temas de estadísticas de salud: mortalidad por suicidio y el intento suicida en Cuba. Situación actual. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas, mayo 2000.).

El proceso de la conducta suicida se mueve desde la desesperanza hasta el in-

---

<sup>1</sup> Especialista en Psicología de la Salud. Máster en Psicología Clínica. Policlínico Docente "Reina".

<sup>2</sup> Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología de Salud. Policlínico Docente "Dr. Tomás Romay".

tento suicida. La evolución hacia la ejecución del acto implica desajustes emocionales, cognitivos y comportamentales en el sujeto, indicadores de pérdida de su salud individual.<sup>4</sup>

El 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 terapéuticas 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".<sup>5</sup>

Actualmente existe una tendencia al predominio del análisis multicausal y evolutivo de este fenómeno, que confiere relevancia a factores personales, interpersonales y biológicos en interacción con factores circunstanciales y psicosociales que actúan como desencadenantes de la conducta suicida.<sup>4,6,7</sup>

Uno de estos factores psicosociales es la familia, que desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar (FF).<sup>8,9</sup> Este lo comprendemos con una dinámica relacional sistémica que se establece entre los miembros de una familia permitiendo que esta funcione positivamente, cumpla sus funciones y permita la expresión y desarrollo de la individualidad.<sup>10</sup>

Las pautas de interacción familiar se transmiten de una generación a otra, de

manera consciente e inconsciente, lo que posibilita que a través del aprendizaje se perpetúen modelos negativos de FF que constituyen factores de riesgo familiares esenciales para la conducta suicida, ellos son: la desorganización familiar en lo que respecta a un consenso de normas, sentimientos de falta de comunicación y hostilidad entre sus miembros, las riñas familiares constantes por parejas en permanente desacuerdo y disputa con agresión física o psicológica, la familia destruida por abandono físico o emocional de alguno de los padres o de ambos, los sentimientos de rechazo familiar unido a cogniciones disfuncionales familiares y la presencia frecuente en ambos padres de sentimientos de desesperanza y pesimismo acompañados de actitudes y conductas pasivas ante su propia vida y la familia.<sup>4,11,12</sup>

Existen además otros factores de riesgo familiares considerados importantes pues aunque no tienen que ver directamente con la evolución del proceso suicida, pueden predisponer a la conducta suicida si están presentes los esenciales, según señalan los autores<sup>13,14</sup> como sobrecarga de roles, conflictos de poder entre los miembros, baja tolerancia entre ellos y rigidez en la solución de problemas. En la bibliografía consultada hasta la fecha son escasos los estudios en que se aborda como objetivo esencial la relación entre FF e intento de suicidio.<sup>15-17</sup>

En nuestro trabajo el objetivo general es determinar las diferencias en el FF, así como la presencia de los factores de riesgo familiares esenciales e importantes en los individuos que realizaron intento suicida.

## **Métodos**

Se realizó un estudio analítico retrospectivo de corte transversal del tipo caso

control, en correspondencia con el objetivo de la investigación, en el período comprendido entre los meses de enero a mayo de 2000.

La muestra estuvo conformada por 31 individuos que cometieron intento suicida en el período de la investigación, dispensarizados y notificados en la tarjeta de enfermedades de declaración obligatoria, así como sus familias, pertenecientes al área de salud del Policlínico "Dr. Tomás Romay", y 31 controles que se establecieron con aquellos individuos y familias sin antecedentes de tentativa de suicidio o trastornos psiquiátricos. Con vistas a aumentar la validez de nuestro estudio se realizó la homogeneización de la muestra en las variables relativas a los individuos: sexo y edad (+/- 2 años), y en las familiares el tamaño de la familia, la estructura y la zona de residencia. La participación de todos los sujetos fue voluntaria y se respetaron todos sus derechos.

A fin de obtener una visión más integral del FF que se correspondiera con la concepción sistémica de la familia, se trabajó con díadas intrafamiliares conformadas por el paciente identificado y otro miembro significativo de su familia, igual se hizo en los controles.

Se utilizaron las técnicas psicológicas como la entrevista familiar semiestructurada circular con participación del mayor número de miembros posibles, y esta incluye variables relativas al FF: comunicación, afectividad, roles, ejercicio del poder en la familia, rituales, permeabilidad, apoyo social y flexibilidad resolutoria, su valoración es cualitativa; el test FF-SIL<sup>10</sup> que mide el funcionamiento familiar y nos sirvió además para hacer un análisis cualitativo diferencial con cada una de sus categorías componentes, dándole valores cualitativos a agrupaciones de los valores numéricos de las respuestas del test, de acuerdo con el criterio de expertos; y la observación de la interacción familiar para obtener evidencias empíricas.

Los resultados se presentan en 5 tablas que sintetizan los aspectos principales de la información obtenida, y para el procesamiento estadístico de los datos primarios fue utilizado el paquete de programas SPSS para Windows, realizándose la tabulación cruzada y las distribuciones de frecuencia. La prueba Chi cuadrado se utilizó para determinar la significación estadística de las diferencias observadas entre los grupos, y el estadístico Likelihood ratio para medir la fuerza de la credibilidad de que existe relación entre las variables correlacionadas y la variable resultado con nivel de significación  $p \leq 0,05$ .<sup>18</sup>

## **Resultados**

Observamos que la evaluación de las familias de los suicidas con relación al FF es predominantemente disfuncional (45,2 % y 32,2 %), mientras que en el grupo control la evaluación del FF es predominantemente funcional (58,1 %) y en el 29 % fue moderadamente funcional (tabla 1). Tal comportamiento se mantiene cuando la evaluación la realiza otro miembro significativo de las familias estudiadas, al aplicarle el estadístico  $X^2$  a ambos grupos observamos que existen diferencias significativas entre la visión del suicida y su control (a),  $X^2 = 23,03$ ;  $p=0,0000$ , y entre la visión del familiar significativo y su control (b),  $X^2 = 23,03$ ;  $p=0,0000$ .

Al no apreciar diferencias importantes entre las valoraciones que realizaron los sujetos suicidas y las del familiar significativo en ambos grupos respecto al FF, analizamos solamente las evaluaciones de las categorías que conforman la prueba FF-SIL desde la percepción del sujeto suicida y su control, asumiendo que estas evaluaciones nos acercan al funcionamiento real de sus grupos familiares.

TABLA 1. Evaluación del funcionamiento familiar de las familias estudiadas

Funcionamiento familiar	Visión del suicida (a)		Visión del otro familiar significativo (b)	
	Casos n=31 %	Control n= 31 %	Casos n=31 %	Control n=31 %
Funcional	12,9	58,1	16,1	61,3
Moderadamente funcional	9,6	29	25,8	25,8
Disfuncional	45,2	12,9	38,7	12,9
Severamente disfuncional	32,2	-	19,3	-

TABLA 2. Análisis cualitativo de las categorías de funcionamiento familiar

Categorías de funcionamiento familiar		Casos suicidas n= 31 %	Casos control n=31 %
Adaptabilidad	Buena	32,3	87,1
	Poca	67,7	12,9
Afectividad	Buena	22,6	51,6
	Regular	35,4	45,2
Permeabilidad	Mala	41,9	3,2
	Buena	29	90,3
	Mala	70,9	9,7

En la tabla 2 en relación con la categoría adaptabilidad los sujetos suicidas valoraron a sus familias como poco adaptables a los cambios ante situaciones que lo requieren (67,7 %), en contraste con sus controles que manifestaron en mayoría buena adaptabilidad familiar (87,1 %), estableciéndose diferencias significativas entre ambos grupos ( $p=0,0004$ ). Sobre la categoría afectividad los sujetos suicidas reportan predominio de mala afectividad en sus familias (41,9 %), a diferencia de los controles en los que predomina la percepción de fuertes vínculos afectivos familiares (51,6 %), existiendo entre ambos grupos diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,0003$ ), y en la categoría permeabilidad se observan percepciones diferentes entre los sujetos suicidas y sus controles, resultando menos permeables las familias de los primeros (70,9 %) con diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,0001$ ).

Con relación a la categoría cohesión (tabla 3) se observa que el predominio de baja cohesión corresponde a las familias con intento suicida (70,9 %) y la alta cohesión a las familias controles (77,4 %), y estas diferencias resultan significativas estadísticamente ( $p=0,0000$ ); en la armonía también se observaron diferencias entre los casos y los controles. En los primeros los resultados traducían 87,1 % de desarmonía entre sus miembros y en los segundos estaba presente la armonía en el 80,6 % de sus familias, con diferencias estadísticamente significativas entre ellos ( $p=0,0002$ ). La comunicación presentó una distribución similar a las categorías anteriores, en las familias suicidas fue generalmente mala (54,8 %) y en las familias de los controles fue buena en su mayoría (54,8 %), también con diferencias entre ambos grupos estadísticamente significativas ( $P=0,0003$ ).

TABLA 3. Análisis cualitativo de las categorías de funcionamiento familiar

Categorías de funcionamiento familiar		Casos suicidas n=31 %	Casos control n=31 %
Cohesión	Alta	6,4	77,4
	Media	22,6	16,1
	Baja	70,9	3,2
Armonía	Armonía	12,9	80,6
	Desarmonía	87,1	19,4
Comunicación	Buena	16,1	54,8
	Regular	29	38,7
	Mala	54,8	6,4

TABLA 4. Factores familiares esenciales de riesgo para la conducta suicida en las familias estudiadas

Factores de riesgo	Casos suicidas n=31 %	Casos control n=31 %	P ≤ 0,05	G.L.	Likelihood Ratio
Riñas familiares constantes	54,8	22,6	0,000	1	15,46
Abandono emocional o físico	51,6	25,8	0,005	1	11,01
Hostilidad e incomunicación	77,4	12,9	0,000	1	19,82
Desesperanza y pesimismo	87,1	16,1	0,000	1	23,17
Rechazos familiares y cogniciones disfuncionales	70,9	19,4	0,000	1	26,55
Inconsistencia y desorganización	51,6	32,3	0,022	1	5,30

TABLA 5. Factores familiares importantes de riesgo para la conducta suicida en las familias estudiadas

Factores de riesgo	Casos suicidas	Casos control	P ≤ 0,05	G.L.	Likelihood Ratio
Sobrecarga de roles	30,6	27,4	0,076	1	-
Conflicto por el poder	48,4	12,9	0,002	1	13,52
Baja percepción de apoyo social	38,7	48,3	0,083	1	-
Baja tolerancia	33,9	22,6	0,073	1	-
Rigidez en la solución de problemas	32,3	25,8	0,303	1	-

Todos los factores familiares esenciales de riesgo estudiados tuvieron mayor presencia en las familias de las personas con conducta suicida en contraste con una menor frecuencia en las familias control, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en todos los factores (tabla 4). Las razones de posibili-

dades (Likelihood Ratio) observadas muestran que todos los factores estudiados tienen una fuerte asociación a la conducta suicida, sin embargo el factor de riesgo con menor fuerza predictiva fue desorganización familiar en lo que respecta a un consenso de normas (Likelihood Ratio-5,30).

En la tabla 5 vemos que el único factor familiar importante que se encontró que pre-disponía al suicidio fue la presencia de conflictos de poder entre sus miembros (Likelihood Ratio- 13,52) y con una frecuencia de 47,4 % en las familias de los suicidas y menor en los controles (12,9 %), esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $p=0,002$ ). Las otras variables analizadas no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos por lo que no parecen tener asociación con el intento suicida.

## **Discusión**

Concebir a la familia como un sistema implica reconocer la influencia recíproca entre sus miembros y con otros sistemas más amplios, por eso en las familias donde hay sujetos suicidas el funcionamiento tiende a ser disfuncional lo que reafirma la concepción de que la salud del individuo no puede ser marginada de la idea de una familia que funcione eficazmente. El suicida tiende a valorar la familia como más severamente disfuncional, mientras que el miembro significativo de su propia familia tiende a evaluarla como moderadamente funcional, confirmando ambos que su familia no funciona bien.

Los sujetos suicidas en su interacción con el medio familiar utilizan para percibir un autoesquema cognitivo y emocional de "perdedor" que generalmente tiene su origen en esta misma interacción,<sup>19</sup> y los lleva a tener una visión más pesimista y hostil de los grupos humanos en los que se desenvuelven, intensificándose esta visión cuando su familia tiene problemas.

La ocurrencia del intento suicida afecta a la familia en 2 sentidos, la propia familia puede ser una de las variables que influyó en que se produjera el comportamiento, y una vez que se produce este, el sistema

familiar sufre una serie de modificaciones resultantes de los impactos del mismo sobre él.

El FF de las familias con intento suicida se caracterizó por la falta de unidad física y emocional ante situaciones de la vida cotidiana, incapacidad para establecer comunicaciones claras y directas entre sí y para expresar adecuadamente emociones positivas o negativas, escasa habilidad para negociar conflictos y déficits de recursos para afrontar las crisis, para dar y recibir ayuda y realizar cambios a su interior en función de las circunstancias. Estas características coinciden con las de las familias denominadas "conflictivas",<sup>11</sup> en las que el clima está marcado por emociones y sentimientos negativos que se traducen en hostilidad, resentimiento o frialdad afectiva, aun cuando socialmente mantengan un comportamiento aceptable.

Nuestros resultados coinciden con otras investigaciones realizadas que reportan dificultades en el FF de las personas con conductas autodestructivas.<sup>16,17</sup> Las familias de los sujetos suicidas tienden a ser más rígidas para hacer cambios en cuanto a las reglas explícitas o implícitas, los roles y las estructuras de poder, lo que conlleva a que no sean capaces de actualizar su funcionamiento en dependencia de las exigencias que se les presenten. Además, tienen pocas habilidades para dar y recibir apoyo por tener poca capacidad empática y no controlar o entender la mayoría de las reacciones emocionales de sus miembros, dificultando su desarrollo sano.<sup>9,20</sup> Generalmente las familias de los suicidas están cerradas a la influencia externa, pues temen que esta pueda alterar su equilibrio patológico y no influyen conscientemente sobre otras familias por estar muy centrados en sus conflictos.

En las familias de los suicidas se observó la presencia de variables que dificultaban su cohesión como son las relaciones

hostiles y la baja tolerancia, lo cual hacía que los sujetos tuvieran una pobre percepción de apoyo social, mientras, en las familias controles se respetaba la jerarquía, se adoptaba más simetría en el ejercicio del poder y había mayor unión física y emocional al enfrentar situaciones de la vida cotidiana y en la toma de decisiones ante asuntos importantes para ellas. En la literatura revisada encontramos estudios con resultados coincidentes con los nuestros,<sup>15,17</sup> y coincidimos con criterios de expertos quienes plantean lo frecuente que es la falta de cohesión en las familias disfuncionales.<sup>13,14</sup>

Las relaciones familiares disarmónicas predominaron en los suicidas al no ser capaces de conciliar los intereses y necesidades individuales con los grupales. Por tal razón con frecuencia se producen conflictos que desatan emociones negativas para cuya canalización adecuada no están preparados como grupos, propiciando que estas se sedimenten en sentimientos de hostilidad y rechazo mantenidos que conforman un clima emocional familiar adecuado para desajustes emocionales entre sus miembros.<sup>13,16</sup> Las familias de los suicidas se caracterizaron por dificultades en la comunicación intrafamiliar, tanto de los afectos como en el área instrumental, predominando la comunicación indirecta y enmascarada, así como también la falta de congruencia entre los mensajes verbales y no verbales. Estos resultados coinciden con estudios anteriores a familias de personas con alteraciones psicológicas.<sup>15,20,21</sup>

Los factores de riesgo familiares esenciales aumentan la vulnerabilidad de las familias para que aparezcan conductas autodestructivas entre sus miembros, su acción debilita la base afectivo emocional de la personalidad que obstaculiza el desarrollo y la eficiencia de los mecanismos

autorreguladores, y afectan la capacidad regenerativa del sistema familiar para amortiguar y modificar la acción y efecto de los mismos, pues estos factores anulan la energía de muchos de los recursos de afrontamiento de que podría disponer dicho sistema en ausencia de los mismos, aunque no podemos olvidar que el acto suicida tiene una etiología multifactorial y la familia no es la única variable que interviene en la evolución de este proceso.

Estos factores de riesgo requieren ser objeto de intervenciones más tempranas en su evolución pues su efecto es generalmente mediato, y se convierten en normas de la interacción grupal con efectos estables sobre el funcionamiento de la personalidad de los miembros del grupo.<sup>12</sup>

Los factores de riesgo familiar importantes potencian su efecto predictor solo si las familias tienen presente los factores familiares esenciales, así los conflictos por el poder desestabilizan la cohesión del sistema familiar. En este punto del proceso para activar factores protectores y/o recursos de afrontamiento se hace necesaria la intervención profesional para restablecer las principales características de una familia funcional: jerarquías claras, límites claros, roles definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.<sup>9</sup>

Concluimos que el FF en los individuos que realizaron intento suicida es predominantemente disfuncional, que las características diferenciales del FF en los suicidas fueron la poca adaptabilidad, la mala efectividad, la mala permeabilidad, una baja cohesión, la desarmonía y la mala comunicación. Comprobamos también que en las familias de los suicidas predominaron significativamente todos los factores familiares de riesgo esenciales que predisponen al suicidio y están en su mayoría fuer-

temente asociados a la ocurrencia de este, y que el factor familiar importante que predispone a la conducta suicida en presencia de los primeros fueron los conflictos por el poder entre sus miembros.

Recomendamos diseñar proyectos de intervención que tengan por objetivo la modificación a mediano plazo de los factores familiares esenciales de riesgo para la conducta suicida y que potencien la acción

de los factores protectores de la salud familiar, así como también utilizar modelos de regresión múltiple que nos permitan a partir de investigaciones semejantes a la nuestra en las áreas de salud, establecer cuál sería el mínimo conjunto de variables familiares capaces de predecir adecuadamente familias con alta probabilidad de que entre sus miembros se produzcan conductas de autodestrucción.

**SUMMARY:** A case-control crosswise retrospective and analytical study was made from January to May, 2000 to characterize the family performance in individual who attempted to commit suicide in a health area located in Habana Vieja municipality. The sample was composed by 62 subjects and their respective families, 31 of them belonged to the study group and the rest to the control group. The circular semi-structured family interview and the family performance test were applied whereas family interactions were observed. It was found that family performance in individuals with attempted suicides was predominantly dysfunctional; the differential characteristics of family performance in suicidal persons were low adaptability(67.7%), low cohesion (70.9%) and lack of harmony (87.1%) and that all the essential family risk factors that are conducive to suicide were significantly present in the families of the suicides.

Subject headings: **SUICIDE, ATTEMPTED/psychology; FAMILY RELATIONS; RISK FACTORS.**

### **Referencias bibliográficas**

1. Murray L, Christopher J, López AD. Mortality by cause for eight regions of the world global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1025-37.
2. OPS. La salud en las Américas. Washington DC.: OPS, 1998, vol 1: 80-195.
3. Guibert W, Trujillo O. Estudio del anciano con intento suicida en Centro Habana. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(5):509-15.
4. Guibert W. El Suicidio. Análisis y enfrentamiento. La Habana: Nuevo Milenio. (en prensa).
5. Rodríguez F, González F, Marrero C, Darias CD. Las personas con autolesiones. En: Rodríguez F, Vázquez JL, Desviat M, eds. *Psiquiatría social y comunitaria I*. Madrid: ICEPSS, 1997:719-40.
6. Instituto Nacional de Salud Mental. Useful information on suicide. DHHS. Publication No. (ADM) 86-1489; 1992.
7. Beck AT, Brown G, Steer RA. Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *J Consul Clin Psychol* 1989;57:309-10.
8. Horwitz N, Florenzano R, Ringeling I. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Bol Of Sanit Panam* 1985;98(2):144-55.
9. Herrera PM. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(6):591-5.
10. Cuesta D de la, Pérez E, Louro I. Un instrumento de evaluación familiar para el médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996;12(1):24-32.
11. Satir V. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México, DF: Pax, 1991:23-4.
12. Shneidman E. The suicidal mind. Oxford: University Press, 1998:26-63.
13. Macías R. La familia. En: *Antología de la sexualidad humana*. México, D.F.: Miguel A. Porrúa, 1994:165-97.

14. Calvo de la Rosa AM, Villar P. Hogar roto. *Rev Hosp Psiq Hab* 1989;30(2):267-73.
15. Fernández A, González MA, Lasa A. Aspectos diferenciales de la familia de adolescentes y jóvenes adultos que realizan tentativas de suicidio. *Rev Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1998;26(2):235-8.
16. Santos CB, Armas FA, González VP. Tentativa de suicidio y Apgar familiar modificado. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(4):325-9.
17. Hernández A, Rebutillo GT, Danaux M, Bess S. Influencia del medio familiar en un grupo de sujetos con riesgo suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(4):372-7.
18. Thompson WD. Análisis estadístico de los estudios de casos y controles. *Bol Of Sanit Panam* 1996;121(1):41-61.
19. Rizo W. Depresión. Avances recientes de la cognición y el procesamiento de la información. Medellín: Ediciones Gráficas, 1992:124-37.
20. Cumsille P, Epstein N. Family cohesion, family adaptability, social support, and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. *J Fam Psychol* 1994;8:202-14.
21. Arlaes L, Hernández G, Álvarez D, Eñizares T. Conducta suicida, factores de riesgo asociados. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(2):122-6.

Recibido: 4 de mayo de 2001. Aprobado: 11 de octubre de 2001.

*Lic. Wilfredo Guibert Reyes*. Serrano # 561 (altos) entre Santa Irene y San Bernardino, Santos Suárez, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.