



Salud familiar en adolescentes con riesgo de intento suicida del Consejo Popular No.6. Policlínico I Dra. Francisca Rivero Arocha

Family health in adolescents with risk of suicide attempt in the Popular Council No.6. Polyclinic I Dra. Francisca Rivero Arocha

Irias María Gamboa Piquet¹, Diógenes Nuevo Sábado¹, Rita González Sábado², Nora María Piquet Roca³

¹ Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley, Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. Estudiante de 4^{to} año Medicina.

² Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. Profesora e Investigadora Auxiliar

³ Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Cuba. Profesora asistente

E-mail: riar@ucm.grm.sld.cu

Citación: Gamboa-Piquet IM, Nuevo-Sábado D, González-Sábado R, Piquet-Roca NM. Salud familiar en adolescentes con riesgo de intento suicida del Consejo Popular No.6. Policlínico I Dra. Francisca Rivero Arocha. 2 de Diciembre. 2018 enero-mayo; 1(1):1-9.

Fecha de envío: 18/3/18

Fecha de aceptación: 29/3/2018

Fecha de publicación: 25/5/18

Tipo de revisión: con revisión a doble ciego

Palabras clave: adolescente, intento suicida, salud familiar

Keywords: teenager, suicide attempt, family health

Resumen

Introducción: La familia es mediadora en la salud y la enfermedad. La familia es una institución de la estructura social que se definen de modo particular en el sistema de relaciones en el contexto del hogar.

Objetivo: Describir los indicadores de riesgo de la salud familiar en adolescentes con riesgo de intento suicida del Consejo Popular No.6. Policlínico I de marzo 2016 a marzo 2017.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, el universo de trabajo fueron las familias que tenían un adolescente con riesgo de intento suicida que fueron un total de 34 familias, tomando en cuenta para ello los indicadores de riesgo que establece el Programa Nacional para la prevención y control de la conducta suicida, de los cuales se seleccionaron 10 familias (29,41%) por muestreo aleatorio simple y a su vez se aplicó una batería de instrumentos para evaluar salud familiar y confeccionar la matriz de salud familiar. Los datos fueron procesados mediante el análisis porcentual y números absolutos.



Resultados: En el grupo familiar sobresalen los problemas internos de la familia, los económicos y escolares, destacándose las familias de tamaño mediano, con estructura extensa y funcionamiento familiar disfuncional con diversas características familiares de riesgo, la matriz de salud familiar ubica a un grupo mayoritario de familias en la coincidencia de disfunción familiar y criticidad severa y moderada, lo que traduce que la mayoría de estas familias tienen dificultades marcadas para afrontar los problemas que pueden favorecer conductas autodestructivas en alguno de sus miembros.

Abstracts

Introduction: The family is a mediator in health and illness. The family is an institution of the social structure that is defined in a particular way in the system of relationships in the context of the home.

Objective: To describe the risk indicators of family health in adolescents at risk of suicide attempt by the Popular Council No.6. Polyclinic I from March 2016 to March 2017.

Material and Methods: A descriptive study was carried out, the universe of work was the families that had a teenager at risk of suicide attempt, which were a total of 34 families, taking into account for this the risk indicators established by the National Program for the prevention and control of suicidal behavior, of which 10 families (29.41%) were selected by simple random sampling and in turn a battery of instruments was applied to assess family health and to make the family health matrix. The data were processed by percentage analysis and absolute numbers.

Results: In the family group stand out the internal problems of the family, economic and school, highlighting medium-sized families, with extensive structure and dysfunctional family functioning with various family characteristics of risk, the family health matrix located a majority group of families in the coincidence of family dysfunction and severe and moderate criticality, which translates that most of these families have marked difficulties to face the problems that can favor self-destructive behavior in some of its members.

Introducción

Se concibe la familia como grupo de personas que residen en un hogar de forma permanente y comparten vínculos de consanguinidad, parentesco, convivencia y afecto. ¹

La distorsión de las relaciones afectivas intrafamiliares parecen tener mayor influencia que las demás características de la estructura familiar: familia de origen o de adopción, filiación legítima, natural o adoptiva, etc. La familia es el núcleo de socialización básico, influye decisivamente en el mantenimiento y adecuación de los demás vínculos interpersonales del individuo. Suelen acompañarse de dificultades o deterioro de la adaptación social, favoreciendo las situaciones de desarraigo y aislamiento que facilitan el acto suicida. ²

La familia es mediadora en la salud y la enfermedad. La familia es una institución de la estructura social condicionada por leyes económicas, sociales, biológicas y psicológicas, que se definen de modo particular en el sistema de relaciones en el contexto del hogar. El grupo familiar interviene en la formación de motivos y comportamientos implicados en la salud, en el desencadenamiento y recuperación de la enfermedad, en las decisiones sobre el uso de servicios profesionales, y constituye la red de apoyo más potente y eficaz en el ajuste a la vida social. ¹

La propia naturaleza del grupo familiar, la convivencia y las relaciones familiares estrechamente vinculadas con la salud, hacen de la familia un blanco permanente para las intervenciones, aspecto que se magnifica ante la



adversidad, las crisis económicas y otras situaciones de carácter general o particular que agregan vulnerabilidad a la salud de la familia.³

La familia cubana goza de los beneficios que emanan del carácter socialista del Estado y de la materialización concreta de los principios de equidad y justicia social del proyecto revolucionario, pero aún se identifican en ella necesidades de atención, dado los profundos cambios económicos y sociales que han repercutido en su estabilidad, sus relaciones y patrones de vida. Siendo la conducta suicida un desajuste en el estado de salud que se refleja de manera particular en el individuo que comete el acto y de forma grupal en la familia donde convive. La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el nivel primario, constituye un proceso importante para el diagnóstico y la planificación de las intervenciones promocionales y preventivas en favor de la salud. El adolescente como miembro de una familia es muy susceptible de tener desajustes en su conducta a consecuencia de convivir en familias poco saludables, las cuales no cumplen con sus funciones y ponen en riesgo la integridad y salud individual de ellos como miembros, justamente por las características de esta etapa de la vida. La adolescencia es una etapa entre la niñez y la adultez que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales.⁴

Con frecuencia, el funcionamiento familiar se ve afectado por la existencia de crisis no transitorias, accidentales o paranormativas, que no dependen del tránsito de una etapa a otra del ciclo vital, sino que se originan por eventos, con una intensa carga generadora de estrés que desestabilizan psicológicamente al núcleo familiar. El suicidio genera, sin dudas, crisis de carácter mixto, ya que

afecta la estabilidad de los miembros en el hogar, la dinámica de la familia y la subjetividad individual. De igual modo, el intento suicida provoca crisis por desorganización que desajusta y deteriora la interacción familiar.⁵

De la misma forma, el suicidio consumado y el intento suicida, constituyen motivo de distrés familiar, porque ambos hechos generan la perturbación y desorganización de la familia, ya sea por la pérdida del miembro que se autoelimina, como por la amenaza latente de la pérdida de quien lo pretende; los patrones habituales de existencia de una familia suelen ser vulnerados cuando en su seno ocurre un comportamiento suicida, el modo de vida se modifica, reajustándose a la falta de un integrante o polarizando la atención hacia el individuo potencialmente suicida.^{6,7}

Según el anuario estadístico del 2015 en su edición 2016⁸ señala las lesiones autoinfligidas intencionalmente en Cuba con 1492 casos, siendo una tasa de mortalidad por 100000 hab de 13,3 ubicada en la 10ma causa y como tasa ajustada por sexo Masculino /Femenino es de 4/1. En Granma se registran 109 casos de muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente con una tasa bruta x 100000 hab de 13,0 y una tasa ajustada x 100000 hab de 8,8.⁹

Por su parte este documento en el 2015⁸ a nivel de país exhibe en el grupo de 10 a 19 años el suicidio como tercera causa de defunción, lo que representa una tasa de 2,4 por cada 100 000 habitantes, con un total de 33 casos. Existe un aumento de la morbilidad por intento suicida en el nivel primario de atención siendo la provincia, el municipio y el Policlínico demandantes de este problema de salud. En el municipio Manzanillo en el año 2015¹⁰ fueron registrados un total de 107 intentos suicidas en general y en adolescentes el 39,25 %. En el Poli I se



registró un total de 24 casos de intento suicida en adolescentes en el año 2016.

Problema de Investigación: Limitaciones en la evaluación de la salud familiar como elemento diagnóstico para trabajar en la intervención educativa del grupo familiar, partiendo de que la disfuncionabilidad familiar como indicador negativo de la salud familiar influye en el comportamiento desajustado de los adolescentes con riesgo suicida.

Objetivo

General: Describir los indicadores de riesgo de la salud familiar en adolescentes con riesgo de intento suicida del Consejo Popular No.6. Policlínico I de marzo 2016 a marzo 2017.

Específicos:

1. Identificar en el grupo familiar variables como: principales problemas presentes, tamaño, ontogenia, funcionabilidad familiar.
2. Evaluar las características familiares de riesgo (criticidad familiar)
3. Confeccionar la matriz de salud familiar.

Material y Métodos

Tipo de estudio, población y muestra: La investigación se clasifica de tipo descriptiva. El universo de trabajo lo conformaron todas las familias que tenían un miembro con riesgo de intento suicida enmarcadas en tres CMF 14, 15, 16 del Consejo Popular No.6 que fueron un total de 34

familias, tomando en cuenta para ello los indicadores de riesgo que establece el Programa Nacional para la prevención y control de la conducta suicida ¹¹ registrados en la Historia de Salud Familiar de cada CMF, de los cuales se seleccionaron 10 familias (29,41%) por muestreo aleatorio simple y a su vez la batería de instrumentos para evaluar salud familiar se les aplicó a 2 miembros de cada familia convivientes con el adolescente que fueron un total de 20 buscando evaluar su percepción de la familia que forman parte, cumpliendo determinados criterios de inclusión y exclusión.

Distribución y clasificación de las variables objeto de estudio: -Sexo, etapa de la adolescencia en Adolescencia temprana o pre-adolescencia (10-14), adolescencia intermedia (15- 17), Adolescencia tardía (17-19) 12, principales problemas familiares, tamaño de la familia, ontogenia de la familia, número de generaciones, funcionamiento familiar y criticidad familiar.

Procesamiento estadístico: Se realizó el análisis de los resultados apoyados en la estadística descriptiva: cálculo porcentual y números absolutos.

Aspectos éticos de la investigación:

El consentimiento informado: para obtener la aprobación de participación en el estudio se le brindó a cada adolescente y al menos uno de sus padres los datos en relación con la investigación, las ventajas de participar en el estudio y voluntariedad de permanecer o no.

Resultados

Tabla 1. Principales problemas en el medio familiar. Policlínico 1 "Dra. Francisca Rivero Arocha" en Manzanillo de marzo 2016-marzo 2017

Problemas	Grupo estudio	
	No.	%
Pb Familiares	8	80



Pb Matrimoniales	5	50
Pb Laborales	6	60
Pb Económicos	7	70
Pb Escolar	7	70
Pb Convivencia social	5	50
Sin problemas	-	-
Total	10 (100%)	

Observando los resultados se destacan los problemas escolares y económicos (70 %), así como familiares (80%).

Tabla 2. Distribución de la familia según tamaño. Policlínico 1 "Dra. Francisca Rivero Arocha" en Manzanillo de marzo 2016-marzo 2017

Según Tamaño	Grupo estudio	
	No.	%
Grande	3	30
Mediana	6	60
Pequeña	1	10
Total	10	100

En cuanto al tamaño predominan las familias mediana 6 (60%) con 4 o más miembros que la integran.

Tabla 3. Distribución de la familia según ontogenia. Policlínico 1 "Dra. Francisca Rivero Arocha" en Manzanillo de marzo 2016-marzo 2017

Ontogenia	Grupo estudio	
	No.	%
Nuclear	3	30
Extensa	7	70
Ampliada	1	10
Total	20	100

Predominan las familias extensas (70%) es decir de las familias estudiadas en su estructura la mayoría cuentan con más de una generación.

Tabla 4. Tipo de funcionamiento familiar. Policlínico 1 "Dra. Francisca Rivero Arocha" en Manzanillo de marzo 2016-marzo 2017

Funcionamiento familiar	Grupo estudio	
	No.	%
Familia funcional	1	10
Familia moderadamente funcional	1	10



Familia disfuncional	6	60
Familia severamente disfuncional	2	20
Total	10	100

En los resultados de la evaluación del funcionamiento familiar al total de familiares del adolescente encuestados perciben a sus familias como disfuncionales 9 (45%).

Tabla 5. Principales características familiares de riesgo según las dimensiones. Policlínico 1 "Dra. Francisca Rivero Arocha" en Manzanillo de marzo 2016-marzo 2017

Dimensiones	Grupo estudio		
	No. de familias con características de riesgo		%
Contexto socio económico y cultural de la vida familiar	Economía familiar crítica	7	35
	Existe un miembro en la familia apto para trabajar y no trabaja	6	60
Composición del hogar	Hogar de reconstitución múltiple	2	20
	Convivencia de tres y más generaciones	7	70
Procesos críticos normativos	Adolescente en el hogar	10	100
	Adulto mayor en el hogar	5	50
Procesos críticos de salud	Algún integrante de la familia es bebedor de riesgo o adicto a bebidas alcohólicas	8	80
	Algún integrante con descompensación de su enfermedad crónica	4	40
Procesos críticos paranormativos	Pareja en proceso de separación o divorcio	4	40
	Algún miembro joven se encuentra desvinculado del estudio	7	70
	Algún integrante preso	-	-
Afrontamiento familiar	Tendencia a no cumplir o subvalorar las indicaciones terapéutica	5	50
	Mala higiene en el hogar	4	40
Apoyo social	Cuenta con pocos recursos de apoyo comunitario (vecinos)	4	40
	La familia no cuenta con apoyo de otros familiares fuera del núcleo	6	60
Sin problemas			-

Al evaluar los principales problemas de las familias objeto de estudio aparece en la dimensión composición del hogar como característica de riesgo la convivencia de tres y más generaciones en el 70% de ellas, en la



dimensión contexto socio económico y cultural de la vida familiar como característica de riesgo existe un miembro en la familia apto para trabajar y no trabaja 70% y en la dimensión procesos críticos de salud algún integrante de la familia es bebedor de riesgo o adicto a bebidas alcohólicas 80%. Y en todas las familias hay alguna característica de riesgo por lo que no hay familias sin problemas.

Discusión de los Resultados

En la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida.¹³

La predicción del riesgo y la prevención del suicidio en adolescentes, aunque es algo difícil, si estas se identificaran a tiempo, podrían ser evitadas un número importante de casos. Algunos autores delimitan claramente los factores de riesgo que pudieran estar asociados a esta conducta como pertenecer a una familia cargada de problemas.¹⁴ Ciertamente en las familias del estudio que hoy mostramos sus resultados, todas tienen problemas familiares diversos que pueden incidir en el adolescente y favorecer conductas autolesivas. Otros estudios muestran que la mayor proporción de intentos suicidas según el evento desencadenante primario es el conflicto familiar y teniendo en cuenta que los grupos de edad más afectados son los adolescentes y los jóvenes, podría encontrarse relación con los conflictos familiares.¹⁵

En el estudio de Valadez se reconoce que el 10% de los adolescentes ubicaron a sus familias en la posición de dificultades económicas severas, situación que estuvo asociada con el intento suicida

y el manejo inadecuado de los conflictos en la familia se comportó como factor de riesgo para el intento suicida, lo que se asocia con una dinámica de pareja alterada al intento suicida.^{16,8}

La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Una enfermedad crónica incapacitante puede intensificar y prolongar estas transiciones normales pero también en otros problemas como las adicciones, la conducta suicida en familiares, la mala cohesión y la falta de armonía en la familia favorecen la ocurrencia.¹⁷

Como se conoce son fuentes de apoyo social: la familia, los amigos, la pareja y en el caso de los adolescentes al tener una fuente de apoyo tan importante como la familia con dificultades en su dinámica puede favorecer la vulnerabilidad individual y sentirse desprotegidos, optando por conductas inapropiadas como poner fin a su propia vida.

Después de describir el comportamiento de un grupo de variables relacionadas con el medio familiar de los adolescentes con intento suicida, que van desde la composición de la familia, estructura, funcionamiento y características de riesgo, estamos en condiciones de mostrar la matriz de salud familiar, al contrastar los resultados del test FF-SIL y el Inventario de características familiares de riesgo.

Graficar estos resultados ilustra cómo se comporta la criticidad familiar. Matriz



F F S I L	Cuadrante 3: 1(10%)	Cuadrante 4: 5(50%)
	Disfunción intrafamiliar y moderada o leve criticidad	Disfunción intrafamiliar y criticidad extrema
	Cuadrante I: 1(10%)	Cuadrante 2: 3(30%)
	Baja o nula criticidad y funcionalidad intrafamiliar	Criticidad extrema y moderada funcionalidad familiar
		Inventario de características familiares de riesgo
	N= 10	

Conclusiones

La matriz de salud familiar ubica a un grupo mayoritario de familias en la coincidencia de disfunción familiar y criticidad severa y moderada, expresado en diversos indicadores de riesgo para la disfunción familiar, lo que traduce que la mayoría de estas familias tienen dificultades marcadas para afrontar los problemas, vivenciados como cargas o peso para sus integrantes en especial los miembros adolescentes lo cual puede favorecer conductas suicidas.

Referencias

1. Louro Bernal I. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr vol.20 (3). Ciudad de La Habana. [Internet]. Jun 2004 [citado 2017 Mar 22]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-21252004000300006

2. Herrera Santí Patricia Ma., González Benítez Idarmis, Soler Cárdenas Silvio. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 Abr [citado 2017 Mar 22] ; 18(2): 169-172. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-21252002000200013&lng=es.

3. González Benítez Idarmis. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 16 (5) [Internet]. 2000 Oct [citado 2017 feb 22] ; 16(5): 508-512. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0864-21252000000500015&lng=es.

4. Álvarez Toste M; Hernández-Bernal F; Castillo Hernández N; Hernández Álvarez Y; Sibila González ME; Castro Masson CR; Romero Placeres M. Algunos factores de riesgo en la adolescencia, hallazgos en un área de salud. Rev Cubana Salud Pública v.31 n.4 Ciudad de La Habana nov 2007.

5. Fava M, Cassano P. Mood disorders: Major depressive disorder and dysthymic disorder. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J,



Rauch SL, eds. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier. [Internet]. 2007 Oct [citado 2017 ene 22]. Disponible en: www.google.com, 2008:chap 29.

6. González Arias S, O'Farrill Fernández MA. Conducta suicida. Enfoque sistémico. Rev Cub Psicología. Vol, 20, No 2. 2003 feb [citado 2017 ene 22]. Disponible en: <http://chitita.uta.cl/cursos/2011-1/0000439/recursos/r-23.pdf>

7. Boue Ávila A, Boue Ávila A, Tarragó Fallas E, Corona Hechavarría Y, Martínez Pereira JR. Comportamiento clínico epidemiológico del intento suicida en adolescentes de la Policlínica Pedro del Toro Saad 2006 – 2007. Correo Científico Médico de Holguín 13(2). 2009 feb [citado 2017 ene 22]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no132/no132ori4.htm>

8. Anuario estadístico de salud 2016. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana, [Internet].abr 2016, [citado 26 de septiembre 2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu>

9. ONE. Anuario Estadístico Provincial. Salud y Asistencia Social. Provincia Granma. [Internet] 2015 [citado 26 de septiembre 2016]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/granma/pdf>

10. Registro de estadística del Centro de Higiene y Epidemiología Municipal, 2016. Documento de consulta

11. Riera C, Alonso Betancourt O, MasidOramas E 1989. Conducta suicida y su prevención, MINSAP, 1989.

12. Louro Bernal I. Capítulo 5 Atención Familiar. En Álvarez Sintés. Temas de Medicina General Integral. Vol. I. Salud y Medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 209- 238.

13. Cortés Alfaro A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr vol.30 no.1 Ciudad de La Habana. [Revista en la

Internet] mar 2014. [citado 4 de oct 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100013

14. Muro García A, González Muro A, Toledo Prado JL, Díaz Martínez N, Negrín Calvo Y. Intento suicida en niños y adolescentes. Aspectos epidemiológicos. Gaceta Médica Espirituana vol. 9 (2). [serie en internet]. mayo-ago 2007 [citado 14 de may 2016]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/sum.9.%282%29/sumario.html>

15. Gómez C Rodríguez N. Bohorquez A. Díaz Granados N. Ospina. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría. XXXI (4): 271.[Revista en la Internet] abr 2002. [citado 4 de oct 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02135-29252011000100012

16. Valadez Figueroa I, Quintana Montoya R, González Gallego N. El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. Salud pública Méx vol.47 n.1 Cuernavaca. [Revista en la Internet] Feb. 2005. [citado 4 de diciembre 2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-394020121340109981&lng=es

17. Ramírez Lumbreras C E, Méndez Espinosa E, Barrón Garza F, Riquelme Heras H. Funcionalidad Familiar y Enfermedad Crónica Infantil. [Internet] abr. 2012. [citado 4 de diciembre 2016]. Disponible en <http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/Funcionalidadfamiliar.pdf>