

Multimed 2016; 20(1)

ENERO-FEBRERO

ARTÍCULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA

POLICLÍNICO DOCENTE II. MANZANILLO

Salud familiar en adolescentes con antecedentes de intento suicida. Propuesta de intervención. Policlínico Docente II. Manzanillo. Granma.

Family health in adolescents with a history of suicide attempts. Intervention Proposal. Teaching Polyclinic II. Manzanillo. Granma.

Rita Irma González Sábado;¹ Alberto Martínez Cárdenas;² Asdel Alberto Martínez González;³ Osbel Martínez González;⁴ Marvelis Blanco Suárez.⁵

1 Licenciada en Psicología. Máster en Medicina Bioenergética. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Manzanillo. Granma. E-mail: riar@ucm.grm.sld.cu

2 Licenciado en Psicología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Policlínico I "Francisca Rivero Arocha". Manzanillo. Granma.

3 Médico General Integral. Policlínico Docente II "Ángel Ortiz Vázquez". Manzanillo. Granma.

4 Médico General Integral. Policlínico Docente II "Ángel Ortiz Vázquez". Manzanillo. Granma.

5 Licenciada en Defectología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Bayamo. Granma.

RESUMEN

Se realizó un estudio teniendo como universo 18 adolescentes que cometieron intento suicida en el Policlínico docente II de Manzanillo, con el objetivo de evaluar la salud familiar de adolescentes con riesgo suicida y crear una propuesta de intervención. El diseño metodológico se sustenta en un estudio descriptivo que aborda variables como: principales problemas en

la familia, tamaño, ontogenia, funcionabilidad familiar, características familiares de riesgo (criticidad familiar) y confección de la matriz de salud familiar, utilizando para el procesamiento de los datos la estadística descriptiva porcentual. Entre sus resultados obtuvimos predominio de los problemas internos de la familia , los económicos y de convivencia social, familias de tamaño mediano y pequeño, con estructura extensa y funcionamiento familiar moderadamente funcional y disfuncional, todas las dimensiones que evalúan características familiares de riesgo muestran diversos problemas donde 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 en dificultades marcadas para afrontar los problemas, vivenciados como sobrecargas para sus integrantes. Siendo posible a punto de partida del diagnóstico realizado diseñar una propuesta de intervención para las familias con diversas problemáticas en su funcionamiento, especialmente con la presencia de un miembro con riesgo suicida, quedando al servicio de la comunidad científica la propuesta.

Descriptores DeCS: SALUD DE LA FAMILIA; SUICIDIO /prevención & control; ADOLESCENTE

ABSTRACT

It was performed a study taking as universe 18 teenagers with suicide attempt in the Teaching Polyclinic II of Manzanillo, in order to assess the family health of adolescents with suicidal risk and create a proposal of intervention. The methodological design was based on a descriptive study taking into account some variables such as: main family problems, size, ontogeny, familiar functionality, familiar risk features (family criticism) and development of the health family matrix, using the percentage descriptive statistics for data processing. Among the results we obtained predominance of the internal family problems, economic and social life, families of medium and small size with extensive structure and moderately functional and dysfunctional family functioning, all dimensions that assess family risk characteristics showed various problems where the family health matrix

placed a majority group of families in the coincidence of family dysfunction and severe and moderate criticism, which results in difficulties to face the problems experienced as surcharges for its members. From the diagnosis it was possible to start with a proposal of intervention for families with various problems in their functioning, especially with the presence of a member with suicidal risk, leaving the proposal at the service of the scientific community.

Subject heading: FAMILY HEALTH; SUICIDE /prevention & control; ADOLESCENT

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 familia como célula fundamental de la sociedad participa de forma importante en las decisiones o conductas que pueden o no tomar sus miembros. La ruptura, desorganización, ausencia de lazos familiares durante la infancia y las disputas y desavenencias conyugales en los adultos; son los motivos desencadenantes de desajustes emocionales en sus miembros. 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 desarraigamiento 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 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. La funcionabilidad de una familia puede depender de diversas categorías que marcan las relaciones de sus miembros entre ellas: la cohesión, los roles desempeñados, la armonía, la afectividad que se profesan, de igual forma cada miembro puede tener una percepción de cómo funciona su familia respecto a estas categorías a lo que se ha dado en llamar criticidad familiar: siendo la valoración crítica que cada miembro tiene del comportamiento de su familia que puede estar variar en dependencia de las experiencias vividas y de sus aspiraciones y metas cumplidas o no cumplidas como miembro de ese grupo de pertenencia.³

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. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido como adolescente a toda persona comprendida entre los 10 y 19 años de edad. Durante esta etapa aparecen los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico. Este período es idóneo para la adopción de hábitos y actitudes, especialmente en el uso de sustancias adictivas, intento suicida que posteriormente pueden permanecer en la adultez, si no son bien manejadas, llegando a afectar la salud del individuo, la familia y la sociedad.

En la problemática relacionada con el adolescente y su entorno familiar un aspecto a considerar son los riesgos a cometer intento suicida.

Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los acontecimientos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan vivencias estresantes y esto puede conducir a tomar actitudes de autoagresión como el intento suicida.

En las Proyecciones de la Salud Pública en Cuba⁵ en el capítulo 3 de Enfermedades no transmisibles y otros daños a la salud se hace referencia a las lesiones autoinflingidas que constituyeron en el 2006 la décima causa de muerte. En el último decenio se reportan alrededor de 1500 fallecidos por esta causa anualmente. En los últimos años se perdieron como promedio de 3 a 4 años de vida por cada 1000 habitantes entre 1-74 años por esta causa. En el 2012 se reportan 1484 defunciones por lesiones autoinflingidas y en Granma 108, con una tasa x 100000 hab de 10,6.⁶

En el cuadro de salud del país se ha comportado en los últimos años entre la 8va y 10ma causa de muerte y de forma similar en la provincia Granma y el municipio Manzanillo.

Por todo lo expresado resulta evidente que estudiar el adolescente con riesgo suicida y su entorno familiar ayudaría a un conocimiento más acabado de la problemática y surgirían de los resultados acciones de salud futuras con el grupo estudio.

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 la hipótesis teórica de que la disfuncionabilidad familiar como indicador negativo de la salud familiar influye en el comportamiento desajustado de los adolescentes con riesgo suicida. De modo que el objeto de estudio de la presente investigación es la salud familiar del adolescente con riesgo suicida.

Teniendo como objetivo: Evaluar la salud familiar de adolescentes con riesgo suicida y crear una propuesta de intervención educativa.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el período comprendido del primer semestre del 2013 en el área de salud del Policlínico Docente II de Manzanillo. El universo de trabajo fueron la totalidad de adolescentes que cometieron intento suicida durante este periodo, teniendo un total de 19 casos (15 del sexo femenino y 3 del sexo masculino), identificados en el Registro de Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) del Policlínico II quedando excluido por no permanecer en el área una paciente femenina, a los mismos se les aplicó una batería de pruebas que permitió evaluar la percepción de la salud familiar que tenían de su grupo de pertenencia. Es necesario esclarecer que a todos los pacientes se les pidió el consentimiento informado para participar en la investigación.

Distribución de las variables objeto de estudio:

Principales problemas (cualitativa nominal): se recogieron según las siguientes categorías: Problemas familiares: poco apoyo familiar, dificultad en la comunicación, agresión física o verbal entre sus miembros, alcoholismo. Problemas matrimoniales: infidelidad, divorcio, violencia doméstica. Problemas laborales: delitos laborales, dificultad en la interrelación con sus compañeros, problemas en la comunicación. Problemas económicos: baja percápita familiar, no satisfacen sus necesidades básicas, pérdidas económicas grandes. Problemas escolares: pobre rendimiento escolar, rechazo escolar, relación desfavorable con profesores y alumnos. Problemas de convivencia social: problemas entre vecinos, laborales o escolares.

El tamaño de la familia (cuantitativa discreta) y ésta se clasificó en: Grande: 6 o más miembros. Mediana: entre 4 y 6 miembros. Pequeña: de 1 a 3 miembros.

La ontogenia de la familia (cuantitativa discreta), se clasificó en: Nuclear: presencia de hasta dos generaciones (Padres e hijos, matrimonios con hijos o sin ellos y hermanos solos). Extensa: presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados con descendencia y sin ella. Ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras, puede incluir otros parientes y amigos.

Número de generaciones (cuantitativa discreta): Monogeneracional: convive una generación. Bigeneracional: conviven dos generaciones. Trigeneracional: conviven tres generaciones. Multigeneracional: conviven más de tres generaciones.

Funcionamiento familiar (cuantitativa discreta): como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y que se evaluará a través del Test FF-SIL, que evalúa percepción del funcionamiento de la familia en funcional, moderadamente funcional y severamente disfuncional por puntaje.⁷

Criticidad familiar (cuantitativa discreta): Se identifican a través de 50 características que potencialmente generan crisis familiares y que identifican el nivel de criticidad en: nula, baja y alta. La calificación del inventario de características familiares de riesgo se realiza en una escala de 0, 1, 2 y 3 en dirección creciente de criticidad, ofreciendo combinaciones para cada categoría, lo cual se explica en técnicas y procedimientos.

Técnicas y procedimientos

Se utilizaron varias técnicas que permitieron caracterizar el grupo familiar al que pertenecen, evaluar su nivel de funcionalidad, nivel de criticidad , determinar las aspiraciones y valoraciones que hace el adolescente de su grupo familiar todo lo cual permite evaluar la salud familiar como un todo, los instrumentos que se aplicaron son descritos a continuación.

El test FF-SIL: Se seleccionan 7 procesos implicados en las relaciones intrafamiliares, que son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad, que dan lugar a las 14 afirmaciones que componen la prueba (anexo 2). La calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos). Los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento intrafamiliar clasificado en familia funcional (70 a 57 puntos), familia moderadamente funcional (56 a 43 puntos), familia disfuncional (42 a 28 puntos) y familia severamente disfuncional (27 a 14 puntos).

Inventario de características familiares de riesgo: Las dimensiones del modelo de salud familiar son desglosadas en categorías, y estas a su vez en 50 características que potencialmente generan crisis familiares, y con ellas se elabora la relación que constituye el inventario como un dispositivo para identificar la presencia de tales características.¹

Se considera que la acción combinada de tales características eleva las exigencias a la familia y la pone en condición de sobreesfuerzo para afrontar la vida cotidiana, y por tanto, se le dificulta su capacidad de generar bienestar y potenciar el desarrollo biopsicosocial de sus integrantes. La calificación se realiza marcando el número de la característica en una plantilla que las muestra ordenadas, según dimensiones del modelo y el grado en que afectan la salud familiar (tipo I, II, III). La puntuación se obtiene por el número y tipo de característica que presenta la familia, y el resultado final provee información sobre niveles de criticidad familiar.

Cuestionario de caracterización familiar: A través de 4 preguntas recoge varios indicadores de la familia: la comunicación familiar, acontecimientos principales ocurridos, métodos educativos que se practican, estados emocionales más comunes.⁸

Técnica de los rostros: Técnica proyectiva que mediante la presentación de una hoja de papel que muestra varios rostros con diversos estados de ánimo y la frecuencia en que aparecen, se les pide que diga cuál es el que predomina en cada uno de los miembros de la familia: tristeza, indiferencia, angustia, alegría, hostilidad. Busca identificar la afectividad que caracteriza la familia.⁸

Técnica si su familia fuera: Mediante la representación del dibujo de una rueda, un sonajero y una corte se le realizan tres preguntas en cada caso para que explique metafóricamente qué función tiene cada miembro en tal situación. Busca identificar cohesión, armonía.⁸

Técnica escala de valores: Es una variante de la técnica Dembo- Rubinstein, la técnica muestra una escala donde el paciente debe ubicar a su familia respondiendo determinadas preguntas de que le falta para llegar a ser mejor y cuáles son las mejores familias teniendo presente que hacia los extremos inferior y superior va en aumento o detrimento la cualidad que se trate (mejores y peores).⁸

Confección de la matriz de salud familiar

Para la confección de la matriz de salud familiar se toman esencialmente los resultados del test FF-SIL y el inventario de características de riesgo. La matriz de salud familiar constituye un procedimiento resumen que permite la valoración diagnóstica de la situación de salud del grupo familiar con el objetivo de lograr la estratificación de las familias según tal condición. Se coloca en el eje de las X los resultados del inventario de características familiares de riesgo, y en el eje de las Y el resultado de la prueba de funcionamiento intrafamiliar. Los resultados de ambos instrumentos se codifican en una escala de 0 a 3 de menor a mayor gravedad. En tanto la familia se evalúa con respecto a ambos atributos, ocupa un punto (x, y) en la matriz, lo que la coloca en un cuadrante determinado, según se cruzan los

resultados de los respectivos instrumentos. La ubicación de la familia en la matriz representa la salud de la familia. La matriz se divide en 4 cuadrantes.

Confección del programa de intervención

A partir de evaluar los resultados de la aplicación de los instrumentos y llegar a confeccionar la matriz de salud familiar habiendo superado la etapa diagnóstica, estuvimos en condiciones de proponer un programa de intervención para estos grupos familiares, se estructura en las siguientes etapas, como establece la metodología: ^{9,10} Diagnóstico, Planificación, Ejecución, Evaluación. Cuya implementación presumiblemente permitirá mejorar la salud familiar.

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

RESULTADOS

Predominan en las familias de los pacientes con intento suicida los problemas familiares de convivencia (88,8%), problemas económicos (38,8%) y de adaptabilidad social (38,8%) (tabla 1).

Tabla 1. Principales problemas en el medio familiar de los adolescentes. Policlínico Docente II. Manzanillo.

	Grupo estudio	
Problemas	No.	%
Pb familiares	16	88,8
Pb Matrimonial	4	22,2
Pb. Laboral	5	27,7
Pb. Económico	7	38,8
Pb. Escolar	4	22,2
Pb. Convivencia social	7	38,8
Sin Problemas	5	27,7
Total	18	100

Aparecen mayormente representadas las familias de tamaño mediano y pequeño (50%) y (33,3%) respectivamente (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la familia según tamaño. Policlínico Docente II. Manzanillo.

Según tamaño	Grupo estudio	
	No.	%
Grande	3	16,6
Mediana	9	50,0
Pequeña	6	33,3
Total	18	100

Predominan las familias extensas (61,1%) lo que implica que como característica general en nuestro país los hijos se casan y quedan viviendo con sus padres por carencia de espacios habitacionales para vivir como nueva familia constituida, dato que corresponde con la mayoría de los estudios cubanos (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la familia según ontogenia. Policlínico Docente II. Manzanillo.

	Grupo estudio	
Ontogenia	No.	%
Nuclear	5	27,7
Extensa	11	61,1
Ampliada	2	11,1
Total	18	100

Por su parte al analizar el funcionamiento familiar predominan las familias con funcionamiento moderado (44,4%) y disfuncional (38,8%) y a lo interior cuando analizamos los resultados del test presentaron

características familiares de riesgo como convivencia de tres y más generaciones, desvinculados de trabajo o estudio, convivencia de edades extremas (adolescente y adulto mayor), la familia no cuenta con apoyo de otros familiares, hogar de reconstitución múltiple, alcoholismo u otras adicciones entre otros (tabla 4).

Tabla 4. Tipo de funcionamiento familiar. Policlínico Docente II. Manzanillo.

	Grupo estudio	
Funcionamiento familiar	No.	%
Familia funcional	2	11,1
Familia moderadamente funcional	8	44,4
Familia disfuncional	7	38,8
Familia severamente disfuncional	1	5,5
Total	18	100

La matriz de salud familiar uniendo los resultados del funcionamiento familiar y la criticidad familiar queda conformada de la siguiente manera (cuadro).

Cuadro. Matriz Familiar.

F		
F	Cuadrante 3: 4(22,2%)	Cuadrante 4: 8(44,4%)
S	Disfunción intrafamiliar y moderada o leve criticidad	Disfunción intrafamiliar y criticidad extrema
I		
L		
Cuadrante I: 1(5,5%)		Cuadrante 2: 5(27,7%)
Baja o nula criticidad y funcionalidad intrafamiliar		Criticidad extrema y moderada funcionabilidad familiar
		Inventario de características familiares de riesgo
N= 18		

Es notorio que la mayoría de las familias fueron ubicadas en el cuadrante 4 (44,8%) y en el cuadrante 2 (27,7%) para un total de 13, reflejando disfunción intrafamiliar y criticidad extrema o criticidad extrema y moderada funcionalidad indistintamente, lo que traduce que la mayoría de estas familias tienen dificultades marcadas para afrontar los problemas, vivenciados como cargas o peso para sus integrantes.

DISCUSIÓN

Estudios realizados en el exterior 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, debido a que el adolescente se encuentra en un

punto intermedio entre la infancia y la edad adulta, en ocasiones se le exige comportarse como un adulto y en otras se le trata como a un niño. Los adolescentes constantemente están siendo vistos críticamente; los adultos los evalúan, los comparan, los juzgan, los critican.¹¹

La investigación sobre los factores de riesgo para el intento suicida adolescente ha establecido una relación con desórdenes psiquiátricos, como con la adversidad familiar En cuanto al ámbito familiar, se ha estudiado la relación de su funcionamiento con el intento suicida, destacándose los siguientes factores de riesgo: dificultades en las relaciones; comunicación conflictiva; bajos niveles de cercanía afectiva; altos niveles de control parental; estructura familiar inestable; historia familiar con depresión; desórdenes psiquiátricos; abuso de sustancias; conducta suicida y conflictos legales del padre, entre otros.¹²

La relevancia de estudiar los factores de riesgo psicosociales asociados al intento suicida, integrando la variable (adversidad familiar), se sustenta en el hecho que el intento suicida es un fenómeno multicausal, no atribuible a un suceso aislado o específico.¹²

Todo lo antes expuesto infiere que la convivencia en una familia sana o funcional favorece el aprendizaje de conductas saludables y protectoras incluyendo las derivadas de la conservación de la propia integridad física, que aún denotando en ese acto de autoagresión un profundo sentimiento de impotencia y dificultad para vencer los problemas que le agobian, implica el riesgo potencial de fallecer y la búsqueda de soluciones definitivas ante problemas temporales.

Finalmente estuvimos en condiciones de proponer el programa educativo respetando los pasos metodológicos conocidos como: técnicas escogidas, objetivos, materiales, procedimientos y etapa de cierre, los cuales se exponen de forma resumida (anexo).

CONCLUSIONES

A partir de todo el análisis integrativo realizado en la etapa de diagnóstico considerando los indicadores negativos en la funcionalidad familiar como potenciadores de una conducta suicida fue posible proponer un programa educativo para desde el medio familiar prevenir el intento suicida como riesgo de salud.

Anexo**Diseño de la propuesta de intervención familiar.**

Fase 1: Se realiza el encuadre con el grupo, se ubica al grupo en los aspectos de familia: definiciones, funciones, ciclos de vida familiar, estructura.

1ra técnica: Recoja su alegría.

Objetivo: Presentación y animación

Se exploran las expectativas que tienen con relación a estas actividades. Este paso es muy importante ya que despierta el interés, la motivación de los participantes y constituye el enganche de nuestro trabajo.

Fase 2: La comunicación y la interpretación por el otro.

Encuentro 1: Se trabaja la importancia de la comunicación, tipos de comunicación: verbal y extraverbal.

1ra técnica: Objetivo: Comunicar sentimientos a partir de gestos.

Encuentro 2. Se trabajan las reglas para una mejor comunicación y las diferencias intergeneracionales en la comunicación. El silencio como forma de comunicación.

2da técnica: Comunicación positiva

Objetivo: Enseñar a expresar sentimientos y pensamientos a través de frases que permitan una buena comunicación.

Fase 3: El afecto:

Encuentro 1: Se trabaja en modelar y fomentar en el grupo interacciones afectivas en la familia. Importancia del afecto para los miembros de la familia.

1ra técnica: La rifa afectiva

Objetivo: Propiciar atmósfera positiva

Encuentro 2: Saber comunicar afectos, Importancia de expresar afectos, sentimientos, emociones positivos según diferencias individuales.

2da técnica: El telegrama

Objetivo: Favorecer la expresión verbal de los afectos

Fase 4: Roles.

Encuentro 1: Distribución y desempeño de roles en el hogar, cumplimiento y distribución equitativa de roles en el hogar.

1ra Técnica: Manejo de los roles

Objetivo: Tomar conciencia de la valoración familiar en el desempeño de roles hogareños

Encuentro 2: Responsabilidad de roles negociada por el grupo familiar, roles y diferencias intergeneracionales.

2da técnica: Recoja alegría relacionada con mensajes familiares vinculado a las funciones.

Objetivo: Animación y modelaje.

Fase 5: Solución de problemas.

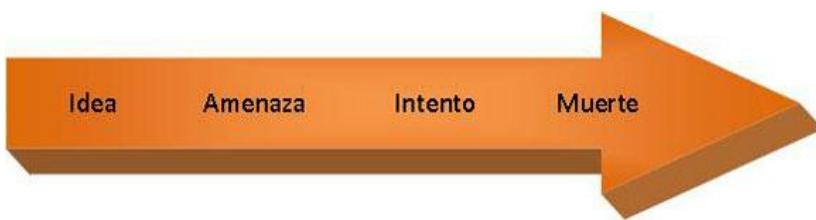
Encuentro 1: Se trabaja qué es un problema, que es una dificultad, tipos de problemas.

Técnica 1: Los periódicos: Identificar las barreras psicológicas que interfieren en la solución de problemas y desarrollo de la creatividad.

Encuentro 2: Barreras imaginarias en la solución de problemas, herramientas para solucionar problemas relacionados con la conducta suicida. Se invita a reflexionar sobre lo que puede implicar convivir con un paciente con riesgo suicida y el papel de la familia.

2da Técnica: Deje aquí su carga pesada.

Objetivo: Animación y reflexión grupal.



6ta Sesión: Análisis cualitativo de las sesiones realizadas.

Se aplica la técnica del P.N.I consiste en que cada miembro expone lo positivo, negativo e interesante que ha podido apreciar en las sesiones realizadas. Se cierra la sesión, se motiva al grupo para pensar siempre en familia y la importancia de adquirir como cimientos estas herramientas para que puedan ser llevados a la vida familiar y ser potenciadores de buena comunicación y mejor salud en su grupo familiar.

Siendo posible a punto de partida del diagnóstico realizado diseñar una propuesta de intervención para las familias con diversas problemáticas en su funcionamiento, especialmente con la presencia de un miembro con riesgo suicida, quedando al servicio de la comunidad científica esta propuesta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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 [Internet]. 2004 Mayo-Jun [citado 10 Jul 2013];

20(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300006&lng=es&nrm=iso&tlang=es

2-Herrera Santí PM, González Benítez I, Soler Cárdenas S.

Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2002 Mar-Abr [citado 17 Jul 2013]; 18(2):

[aprox. 15 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200013

3- Louro Bernal I. Modelo de salud del grupo familiar. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2005 Sep-Dic [citado 19 Jun 2013]; 31(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662005000400011&script=sci_arttext

4- Álvarez Toste M, Hernández-Bernal F, Castillo Hernández N, Hernández Álvarez Y, Sibila González ME, Castro Masson CR, et al. Algunos factores de riesgo en la adolescencia, hallazgos en un área de salud. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2008 Sep-Dic [citado 22 Mayo 2013]; 46(3): [aprox. 8 p.]. Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032008000300007&script=sci_arttext

5 -Ministerio de salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015 [Internet]. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006 [citado 12 Abr 2013]. Disponible en:http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Cuba/cuba_proyecciones_de_la_salud_publica_para_el_2006-2015.pdf

6-Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2012 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2013 [citado 17 Jul 2013].Disponible en:

http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf

7-De la Cuesta Freijomil D, Pérez González E, Louro Bernal I,Bayarre Vea H. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. Rev Cub Med Gen Int 1996; 12(1):24 -31.

8-González Llaneza FM. Instrumentos de evaluación psicológica [Internet]. Ciudad de La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2007 [citado 19 Jun 2013]. Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf

9-Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental.

Programa educativo y metodología para la intervención comunitaria en las comunidades afectadas por desastres [Internet]. El Salvador:ACISAM; [s/a] [citado 22 May 2013].

Disponible en: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/2-programa-educativo-y-metodologia-para-la-intervencion-comunitaria>
<http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/areas-y-poblaciones-especificas-de-trabajo/carceles/2-programa-educativo-y-metodologia-para-la-intervencion-comunitaria/file>

10-Ministerio de Salud. Dirección Regional de Salud Cajamarca.

Metodología de Educación de Adultos en Saneamiento: Serie 4 [Internet]. Cajamarca: Aprisabac; 1997 [citado 10 Jul 2013].

Disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/47.pdf>

11-Gómez C, Rodríguez N, Bohorquez AP, Díazgranados N. Ospina MB, Fernández C. Factores asociados al intento de suicidio en la Población Colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría[Internet]. 2002 [citado 17 Jul 2013]; XXXI(4): [aprox. 16p.]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/806/80631401.pdf>

12- Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villarroel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Rev Méd Chile [Internet]. 2009 Feb [citado 19 Jun 2013]; 137(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000200006&script=sci_arttext

Recibido: 12 de noviembre de 2015.

Aprobado: 9 de diciembre de 2015.