

## Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares

### Family functioning and suicidal attempt in school children

Reinier Martin González, Laidy Martínez García, Dunia Mercedes Ferrer Lozano

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Villa Clara, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la conducta suicida ha sido abordada en Cuba, desde estudios que describen principalmente las características epidemiológicas de adolescentes con intento suicida y sin profundizar en otras perspectivas que contribuirían a una prevención más eficiente.

**Objetivo:** caracterizar el funcionamiento de las familias de escolares con intento suicida.

**Métodos:** con enfoque de investigación cualitativo, se realizó un estudio de caso múltiple, exploratorio y descriptivo. Se seleccionaron 8 familias de escolares atendidos por intento suicida en el Policlínico Universitario "Marta Abreu", de la ciudad de Santa Clara. Las técnicas utilizadas fueron: revisión de historias clínicas, entrevistas, completamiento de frases, historietas gráficas, dibujo de tema sugerido, cuestionario sobre violencia intrafamiliar, test de funcionamiento familiar FF-SIL. Los datos se procesaron mediante análisis de contenidos y procedimientos de triangulación de información cualitativa, como matrices de datos, análisis temáticos y diagramas categoriales de relación.

**Resultados:** los métodos empleados en los intentos suicidas fueron mayormente ingestión de medicamentos, considerados moderadamente graves y riesgosamente letales. Los factores desencadenantes de los intentos se relacionaron directamente con la presencia de maltrato infantil intrafamiliar. En las familias existió un predominio de procedencia rural o suburbana, con estructuras generalmente nucleares. Se constató una disfuncionalidad, caracterizada por dificultades en el mantenimiento de procesos básicos de la dinámica familiar, que se traducen en incumplimiento de funciones específicas como las de crianza y socialización.

**Conclusiones:** en las ocho familias había disfuncionalidad, por dificultades en el cumplimiento de la función educativa y la inadaptabilidad ante crisis paranormativas.

**Palabras clave:** conducta suicida en escolares; intento suicida; funcionamiento familiar; maltrato infantil.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Suicidal behavior has been addressed in Cuba, from studies that mainly describe the epidemiological characteristics of children with suicidal intent and without looking into other perspectives that could contribute to a more efficient prevention.

**Objective:** To characterize the functioning of families of children with suicidal intent.

**Methods:** From a qualitative research approach, a multiple case study was carried out, with exploratory and descriptive scope. Eight families of students attended by suicide attempt were selected at University Polyclinic Marta Abreu. The techniques used were: review of medical records, interviews, Phrase Completion, Graphic Comics, Drawing of a suggested topic, Family Violence Questionnaire, Family Function Tes. Data were processed through content analysis and qualitative information triangulation procedures, such as data matrices, thematic analyzes and relationship categorial diagrams.

**Results:** The methods employed in suicide attempts were mostly ingestion of drugs, considered moderately serious and risky lethal. The triggers of the attempts were directly related to the presence of intrafamily child abuse. In the families there was a predominance of rural or suburban origin, with generally nuclear structures. A dysfunctionality was found, characterized by difficulties in maintaining basic processes of family dynamics, which resulted in non-fulfillment of specific functions such as parenting and socialization.

**Conclusions:** In the eight families there was dysfunctionality, due to difficulties in fulfilling the educational function and the non-adaptability to paranormative crises.

**Keywords:** Suicidal behavior in schoolchildren; suicide attempt; family functioning; child maltreatment.

---

## INTRODUCCIÓN

El suicidio fue reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ratificado recientemente en su Nota Descriptiva No. 398, como la problemática de salud que describe el mayor nivel de expresión de la violencia. Se define científicamente como el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria y deliberada; en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto conducta suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí.<sup>1-3</sup>

Algunos especialistas aseguran, desde sus investigaciones, que los intentos suicidas frustrados son más comunes que los suicidios consumados. Pues muchos intentos de suicidio fallidos se llevan a cabo en una forma en que el rescate es posible, representando a menudo un grito desesperado en busca de ayuda.<sup>4-10</sup>

---

Durante la infancia, deben detectarse los factores de riesgo asociados al suicidio, sobre todo en el medio familiar en el que vive el menor. Pues un amplio grupo de expertos explica que en hogares disfuncionales en el que existen frecuentes discusiones entre padres y demás miembros, se desarrollan conductas suicidas producto del maltrato físico o psicológico, como variante de la violencia intrafamiliar.<sup>11-17</sup>

Desde el "Informe mundial sobre la violencia y la salud", se reconoce la relación directa que existe entre conducta suicida en la infancia y el maltrato infantil intrafamiliar. El primero como causa directa de este tipo de comportamientos y el segundo como una consecuencia inmediata de sufrir severas manifestaciones de malos tratos en el hogar. Incluso desde un análisis de las consecuencias de ambos tipos de agresiones, se destaca la presencia de daños físicos y psicológicos con evidencias inmediatas hasta efectos que perduran durante toda la vida para ambos tipos de violencias hacia los menores.<sup>1,3</sup>

En Cuba, la incidencia del suicidio en niños y adolescentes ha ido descendiendo, y se notan cambios sustanciales en los reportes de las principales causas de muerte entre los 10 y 19 años de edad durante 1970 y 2008. A pesar de esta reducción, continúa siendo un problema de salud que necesita de atención y supervisión; pues según el Anuario Estadístico de Salud del 2014, ocupó la cuarta causa de muerte en estas edades, para un total de 142 casos de menores de 15 años reportados con "muerte por causas externas", entre las que se incluyen tanto homicidios como los suicidios consumados según la clasificación del CIE-10 para este tipo de registros.<sup>18,19</sup>

Específicamente en Villa Clara, según reportes estadísticos sobre la situación de salud mental durante el año 2014, hubo un aumento de esta problemática de salud en la población infanto-juvenil. Por ejemplo, se reporta un total de 22 suicidios ocurridos del 2004 al 2013 en población menor de 18 años; de ellos 7 ocurrieron en el municipio de Santa Clara.<sup>20</sup>

Durante el 2013, en el Policlínico Universitario "Marta Abreu", se registraron los más altos índices de incidencia de esta problemática en esta provincia, con la ocurrencia además de un caso de suicidio consumado. Según el Informe Estadístico de Salud Mental del 2015, en esta misma área de salud se identificó un grupo de 56 escolares con riesgo a cometer intento suicida por diversos factores relacionados con el ambiente familiar. Entre los mismos se reconoce la expresión de ideación o manifestación de gestos suicidas por los propios menores, convivencia en familias con situaciones familiares inadecuadas por presencia de adultos con enfermedades mentales, padres alcohólicos, así como manifestaciones directas de maltrato infantil. Además de estos menores con riesgo suicida, hubo un total de 18 casos que realizaron intentos de suicidio; de los cuales un grupo de 9 pacientes fueron menores de 12 años.<sup>21</sup>

Si bien las estadísticas de la conducta suicida siguen siendo conservadoras en nuestro contexto, en comparación con otras realidades internacionales, es intención de los sistemas de salud y educación velar por el bienestar de la infancia. Indudablemente atentar contra la vida en edades tempranas es un factor preocupante que arroja información no solo sobre las características de la personalidad en formación de los menores y su enfrentamiento a lo cotidiano, sino alerta sobre las influencias que pueden estar recibiendo desde los diferentes agentes de socialización que no siempre juegan su rol de factores protectores y colocan a los menores en situaciones de vulnerabilidad.

Es por ello que el objetivo del presente estudio se encaminó a la caracterización del funcionamiento de las familias de los escolares con intentos suicidas.

## MÉTODOS

Desde el paradigma cualitativo y el método de estudio de caso, se realizó un estudio exploratorio y descriptivo con 8 familias de los 9 escolares atendidos por intento suicida en el Servicio Comunitario de Salud Mental del Policlínico Universitario "Marta Abreu", en la ciudad de Santa Clara, durante el 2015.

Según el procedimiento de investigación, en un primer momento de recogida de información se aplicó una entrevista semiestructurada a la Psiquiatra Infanto-Juvenil que atiende los casos, así como la revisión de las Historias Clínicas de los escolares. A los menores se aplicó un compendio de técnicas diseñadas para la descripción de las manifestaciones de maltrato infantil intrafamiliar, por el Grupo de Estudios sobre Familia del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS): Completamiento de Frases, Historietas Gráficas y Dibujo Familiar de tema sugerido. Mientras que a los padres se aplicó el Test de Funcionamiento Familiar FF-SIL, un Cuestionario sobre violencia intrafamiliar diseñado también por este grupo del CIPS y entrevistas en profundidad.<sup>22,23</sup>

Las principales categorías que guiaron el estudio fueron: conducta suicida, funcionamiento familiar y, dentro de este se destacó por su significación en el grupo de escolares estudiados, el maltrato infantil intrafamiliar. Toda la información obtenida en el transcurso de la investigación fue procesada siguiendo los procedimientos generales de la investigación cualitativa: análisis de contenido y triangulación de la información, a través de matrices de datos, un análisis temático y diagramas conceptuales de relación.

Para el desarrollo del estudio se tomaron en cuenta además un grupo de consideraciones éticas, establecidas por el Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida en la Atención Primaria de Salud. A través del consentimiento de las autoridades del área de salud, de los padres y los menores, los cuales fueron informados de forma verbal y escrita; así como se viabilizó el seguimiento de atención en los casos necesarios, respetándose los principios éticos de voluntariedad, confidencialidad y autonomía.

## RESULTADOS

Con relación al comportamiento suicida de los escolares se realizó un análisis temático, donde el primer tema identificado posibilitó una caracterización de los intentos de suicidio realizados. Resultando significativo cómo la mayoría de los factores desencadenantes y agravantes se relacionaron directamente con la presencia de violencia intrafamiliar en todos los casos, donde el maltrato físico estuvo presente como causa directa de los intentos suicidas.

Los métodos empleados fueron mayormente ingestión de medicamentos, que se consideraron como moderadamente graves y riesgosamente letales; donde la mayor parte se realizaron por impulsividad y sin planes suicidas elaborados previamente, pero con seriedad en la intención de morir; aun cuando todos se arrepintieron de sus comportamientos, según refieren la psiquiatra y padres entrevistados.

El segundo tema describió como antecedentes de esta conducta suicida, que los métodos utilizados por los escolares se relacionan directamente con los mismos métodos suicidas presenciados en los intentos realizados por sus padres, familiares o vecinos.

Sin embargo, las tres escolares que han realizado varios intentos suicidas, son las que posteriormente han realizado amenazas y expresan abiertamente ideaciones relacionadas con la muerte. Resultando significativo que estas adolescentes se reconocen en las historias clínicas y por la psiquiatra, con funcionamientos psicopáticos en formación, donde lo ganancial se convierte en un comportamiento importante y desencadenante de sus conductas suicidas.

El último de los temas analizados, sobre la atención psicológica ofrecida a los casos, demostró que todos han recibido tratamiento farmacológico y psicoterapéutico individual o familiar en su mayoría. Aun cuando seis de los escolares padecen trastornos ansiosos y depresivos, con rasgos psicopáticos en formación; el mayor reto psicoterapéutico se debe a la presencia de familias con dificultades en su funcionamiento por presencia de violencia intrafamiliar. Es por ello que profundizando en el funcionamiento de estas familias, se realizó un análisis descriptivo según las características sociodemográficas de las mismas, la composición de los grupos familiares y el propio contexto socioeconómico y cultural de los casos (ver matrices de datos en el [anexo 1](#)).

Al respecto se señala que en las familias existió un predominio de procedencia rural o suburbana, con madres de bajos niveles educativos y sin ocupación laboral; reconociéndose desde la estructura una mayoría de familias nucleares, de jerarquías claras con la identificación de los padres como figuras de mayor autoridad y a las madres con sobrecarga de roles domésticos y educativos.

Los escolares expresaron insatisfacción con el medio familiar donde viven, a través de conflictos en la representación y aceptación de las mismas por presencia de violencia intrafamiliar. Reflejado en frases como: "en mi familia las personas se agreden", "en mi casa todos nos peleamos", "en mi casa me siento mal porque no me gusta estar allí", "quisiera que mi familia viviera en paz", "no me gusta de mi familia que mi papá le dé a mi mamá", "lo que me gusta de mi familia es que no me den".

Resultado que se confirma desde la identificación por parte de los menores de un grupo de situaciones familiares potenciadoras de maltrato infantil de tipo físico y psicológico mayormente; con consecuencias emocionales y conductuales para los menores como tristeza, llanto y miedo. Las categorías de análisis que reflejan estos resultados, se muestran en el diagrama de relación categorial del [anexo 2](#).

A partir de las técnicas aplicadas a las madres, se confirma la dependencia y credibilidad entre los datos encontrados en los menores y los diferentes instrumentos aplicados (remitirse al diagrama categorial del [anexo 3](#)).

Se demostró así que las principales causas de la aparición de manifestaciones de maltrato infantil en las familias de estos escolares se debe a la aceptación de creencias sobre el uso de métodos educativos coercitivos y con carácter maltratador, el reconocimiento de un grupo de situaciones familiares cotidianas y potenciadoras de violencia (alcoholismo, violencia de género, desobediencia de los menores, divorcios e incumplimiento de rutinas educativas en el hogar) y el desconocimiento de métodos educativos adecuados para la etapa escolar de los hijos.

Confirmándose desde todas las madres, expresiones de maltrato físico y psicológico que producen emociones negativas en los menores; aunque en los casos 2, 3, 5, 7 y 8 se evidenciaron un grupo de afirmaciones que demuestran la manifestación de maltrato por negligencia durante el cumplimiento de la función de crianza en el hogar.

Lo significativo se encuentra en el reconocimiento de las madres de vivenciar emociones negativas como la tristeza, fundamentalmente después de aplicar métodos coercitivos como el golpe. Específicamente, las madres pertenecientes a los casos 4, 5 y 8, expresaron sentir culpa y arrepentimiento cuando castigan o regañan a sus hijos.

El criterio de que dichas manifestaciones de maltrato se relacionan de tipo causal con los comportamientos suicidas en sus hijos se confirmó a través de frases como: "tienen que ver porque el primer intento lo hizo después que el padre me amenazara delante de ella en el trabajo con un cuchillo", "los intentos que ha realizado ahora han sido después de discusiones que hemos tenido", "él sólo hizo eso después de ver como estaba el padre de agresivo contra nosotros, fue un momento de mucho miedo para todos".

Estas manifestaciones de violencia intrafamiliar analizadas hasta el momento son expresión directa de otras problemáticas familiares, que describen de forma general una afectación en el cumplimiento de la función educativa de los casos estudiados: baja solvencia económica que repercute en cumplimiento de la función de crianza, una pobre expresión de afecto, una deficiente comunicación en el subsistema padre-hijos, la aplicación de estilos educativos inconsistentes y autoritarios mayormente, con una distribución desigual de estos roles entre los propios padres (madres con sobrecarga de roles domésticos y educativos de los hijos, mientras los padres asumen responsabilidad económica del hogar), una pobre estimulación de la socialización, un mal manejo de las crisis educativas (paranormativas desde la identificación de los intentos suicidas de los escolares) y poca adaptabilidad a las mismas.

Esta dificultad de las familias en el adecuado manejo de los intentos suicidas como crisis paranormativas, se evidenció desde el reconocimiento de las madres de los casos 1, 2, 3, 6 y 7 sobre el uso de métodos coercitivos con intención sancionadora y no educativa, sumado a poco control de sus impulsos ("las dos veces me ha dado por gritarle y llorar mucho delante de ella", "la primera, cuando me lo dijo le di muchísimo", "lo más difícil fue cuando el intento, no supe de verdad que hacer", "yo no estaba en la casa y el padre le dio tremenda golpiza, cuando llegué yo nos la llevamos para el médico").

De manera negativa influyen en esta poca adaptabilidad a las crisis, la escasa permeabilidad de las familias y la lejanía de instituciones que podrían constituir redes de apoyo para las mismas, sobre todo para las familias de ubicación geográficas rurales y suburbanas. Algunas frases representativas fueron: "yo no tengo a nadie más que me ayude con ellos", "la familia del padre ni el mismo padre se han ocupado de ella, eso es por gusto", "nosotros no tenemos a nadie que nos ayude, porque ellos no aceptan la ayuda de mis hermanos de religión", "siempre hemos sido yo y su padre para todo".

El resultado obtenido con la aplicación del Test FF-SIL (remitirse al [anexo 4](#)), permitió la confirmación y credibilidad de los resultados logrados y analizados con anterioridad, a través de la identificación de los principales procesos de la dinámica familiar afectados. Demostrando que en todos los casos se evidenció una disfuncionalidad caracterizada por dificultades en el mantenimiento de procesos básicos de la dinámica familiar como: el desarrollo de relaciones armónicas y con expresión clara de la afectividad, una pobre resiliencia determinada por ubicaciones geográficas en zonas suburbanas y rurales que se describen con índices altos de marginalidad, la poca

permeabilidad y ausencia de redes de apoyo al grupo familiar, así como la poca capacidad de adaptabilidad y enfrentamiento a las crisis paranormativas que vivencian. Procesos todos que se traducen en incumplimiento de funciones específicas como la económica (en todos los casos, menos la familia 5) y las funciones de crianza y de socialización (en todos los casos); con repercusión directa y negativa en el desarrollo de la función educativa.

## DISCUSIÓN

En Cuba las investigaciones realizadas hasta la fecha sobre conducta suicida en población infantil, se han centrado fundamentalmente en adolescentes con intentos de suicidio y el registro de los principales factores de riesgo que han llevado a estos comportamientos. Reconociendo como los principales factores desencadenantes: niveles de disfuncionalidad familiar por vivencia de conflictos familiares y patrones suicidas de otros miembros de la familia. Más de la mitad de los adolescentes estudiados confirman altos niveles de depresión y dificultades en la formación de su autovaloración; asumiendo métodos suicidas de ingestión de medicamentos mayormente.<sup>4,8-10</sup>

Resultados que, sumados a los obtenidos en el presente estudio, demuestran la necesidad urgente de investigaciones que profundicen en las características más distintivas de la conducta suicida en los escolares; partiendo de enfoques preventivos que valoren un carácter multidisciplinario y se centren en la familia como grupo social más importante para el crecimiento y desarrollo individual de los menores.

Se confirma la existencia de un grupo de características de la violencia infantil como problema de salud, que según la OMS se legitiman como causas comunes a todas las familias que lo vivencian. Por ejemplo su naturalización e invisibilización social producto a creencias y comportamientos de violencia intrafamiliar aceptados y asumidos como normales, su carácter transgeneracional debido al aprendizaje de métodos educativos vivenciados y transmitidos de forma generacional según las madres estudiadas, así como una multicausalidad cargada fundamentalmente de conflictos familiares y el desconocimiento de los padres para desempeñar sus roles educativos de forma satisfactoria.<sup>1,3,5,24</sup>

Resulta significativa también la identificación de un grupo de características sociodemográficas, que la OMS declara como factores de riesgo a manifestaciones de maltrato infantil. Dígase un predominio de bajos niveles educativos (principalmente de noveno grado), una mayoría de madres desocupadas y una mitad de ellas que son solteras, además de la convivencia en contextos de marginalidad en zonas rurales y suburbanas (según descripción de los mismos por parte de la psiquiatra que atiende los casos) y que favorecen la aceptación de estas creencias y situaciones familiares potenciadoras de maltrato.<sup>1,3,5,24</sup>

Aun cuando estos indicadores de maltrato infantil estuvieron presentes en las familias estudiadas y alertan sobre la importancia del enfoque familiar ante al abordaje de la conducta suicida infantil; confirman estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud como la importancia de valorar los intentos suicidas en la etapa escolar por conflictos familiares como el primer factor de riesgo para intentos suicidas durante la adolescencia.<sup>16</sup>

Las expresiones de maltrato infantil identificadas en las familias estudiadas son coincidentes con otros resultados encontrados en varias investigaciones cubanas sobre violencia intrafamiliar. Aunque en estas ocho familias se identificaron afectaciones en el cumplimiento de otros procesos de la dinámica familiar, que repercuten directamente en el cumplimiento de la función educativa familiar y reflejan dinámicas disfuncionales extremas.<sup>22-27</sup>

Resulta significativa la criticidad de las madres ante el uso de un grupo de métodos educativos coercitivos y sancionadores (no así de los padres que a pesar de dar el consentimiento colaboraron muy poco en la investigación), las dificultades en la comunicación con sus hijos desde la poca expresión de afecto y expresiones de negligencia ante sus cuidados. De igual manera se destaca la no adaptabilidad de las familias ante la presencia de las crisis paranormativas vivenciadas (divorcios, internamiento en cárcel de algunos miembros del grupo familiar y los propios intentos suicidas de los menores) y su poca permeabilidad ante las mismas.

Como conclusiones de la investigación, se constató que los factores desencadenantes y agravantes de los intentos suicidas se vinculan directamente con la presencia de violencia intrafamiliar en la convivencia de los escolares estudiados.

Se evidenció en las familias una afectación general en el cumplimiento de la función educativa, con dificultades en el cumplimiento de la función económica que repercuten directamente en la crianza y socialización de los hijos, así como una comunicación afectada y estilos educativos autoritarios e inconsistentes, asociados al reconocimiento y criticidad (únicamente de las madres) sobre el uso de métodos coercitivos con intención sancionadora más que educativa en las rutinas del hogar.

Como otra generalidad de los casos estudiados se constató la poca permeabilidad del grupo familiar y la lejanía de instituciones sanitarias o educativas que podrían contribuir como redes de apoyo.

Todo lo anterior refuerza la idea de la importancia del trabajo con el grupo familiar tanto en la prevención como en la atención a escolares con intento suicida y muestra aspectos relevantes dentro de su funcionamiento, necesarios a considerar en pro del bienestar de los menores y su grupo de convivencia.

#### **Conflictos de interés**

Los autores no declaran conflictos de intereses.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. OMS. La violencia autoinfligida. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003. p. 199-232.
2. OMS. Preventing suicide: a global imperative. Ginebra: OMS; 2014.
3. OMS. Suicidio. Nota descriptiva N° 398. Ginebra: OMS; 2015.

4. Hernández LC, Louro I. Principales características psicosociales de adolescentes con intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2015; 31(2): 182-9.
5. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2016; 3(1): 9-18.
6. Andrade JA. Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2012; 5(2): 688-721.
7. Cabra OI, Infante DC, Sossa FN. El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*. 2010; 13(2): 28-35.
8. Cortés A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2013; 30(1): 132-9.
9. Cortés A, Aguilar J, Suárez R, Rodríguez E, Durán JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2011; 27(1): 33-41.
10. Cruz E, Moreira I, Orraca O, Pérez N, Hernández L. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2011; 15(4): 52-61.
11. Gaona JB, Bohórquez A, Gómez PA, Ramírez YD, Barrientos G, Peñaloza LN, *et al*. Incidencia de los antecedentes de funcionalidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental frente al intento de suicidio. *Ciencia y Cuidado*. 2012; 9(12): 36-42.
12. Pérez-González A, Pereda N. Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual. *Actas Especiales de Psiquiatría*. 2015; 43(4): 149-58.
13. Pérez MP, Vianchá MA, Martínez LC, Salas IC. El maltrato familiar y su relación con la ideación suicida en adolescentes escolarizados de instituciones públicas y privadas de las ciudades de Tunja, Duitama y Sogamoso. *Psicogente*. 2014; 17(31): 80-92.
14. Kólves K. Child Suicide, Family Environment, and Economic Crisis. *Crisis*. 2010; 31(3): 115-7.
15. Guerrero Hernández ME. La funcionalidad familiar del paciente con intento suicida. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2006.
16. OPS. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington, DC: OMS; 2014.
17. Rodríguez F, Mok Y, Cuervo L, Rodríguez OD. Prevención del suicidio en adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba. *MEDISAN*. 2013; 17(1): 101-8.
18. Hernández W, Ramos M. Diferenciación territorial del suicidio en Cuba. 2008.
19. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadística de Salud; 2015.

20. Guerra LA, Santana Y, Alvarez JO. Mortalidad por Causas Externas en menores de 20 años. Villa Clara 2004-2013. Convención Salud 2015. 2015 [citado Ene 2017]. Disponible en: <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/view/1552>
21. Díaz Y. Situación de Salud Mental del Policlínico Universitario "Marta Abreu" 2015. [Informe Estadístico de la Situación de Salud Mental]. In press; 2016.
22. Durán A, Díaz M, Valdés Y, Padrón S. Convivir en familia sin violencia. Una metodología para la intervención y prevención de la violencia intrafamiliar. La Habana: Casa Editorial Imágenes; 2005.
23. Díaz M, Valdés Y, Durán A, Gazmuri P, Padrón S, Chávez E. Violencia Familiar en Cuba. Estudios, realidades y desafíos sociales. La Habana: Félix Varela; 2011.
24. Martín González, R, Hernández Soler, G. ¿Padres Maltratadores? Otra cara de la Violencia Intrafamiliar. En: Ferrer Soler, DM. Secretos de Convivencia. Comunicación, violencia y relaciones humanas. Santa Clara: Editorial Feijóo; 2016. p. 47-60.
25. Díaz JA, Díaz M, Socorro Y, Bravo V. Morbimortalidad y factores de riesgo para el maltrato infantil en niños atendidos en el policlínico "José Agustín Mas Naranjo" de Primero de Enero. MEDICIEGO. 2011 [citado Ene 2017]; 17(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2011/mdc111e.pdf>
26. Arce DL, Castellanos MA, Reina L, Fernández A, Mustelie HL. Algunos factores psicosociales del maltrato infantil en escolares de la enseñanza primaria. MEDISAN. 2012; 16(12): 1891-8.
27. Barón D, Hernández I. Violencia intrafamiliar en hogares de adolescentes pinareños con diagnóstico de trastorno disocial. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2013; 17(2): 172-86.

Recibido: 21 de febrero de 2017.

Aprobado: 24 de mayo de 2017.

*Reinier Martín González.* Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: [reiniermg@uclv.cu](mailto:reiniermg@uclv.cu)

ANEXOS

**Anexo 1.** Matrices de datos con presentación de los casos según características sociodemográficas, estructura familiar y contexto socioeconómico y cultural de las familias.

**Tabla 1.** Matriz de datos con presentación de los casos según características sociodemográficas de los participantes

Casos	Características sociodemográficas					
	Escolares		Padres que participaron en investigación			
	Género	Edad (años)	Género y edad (años)	Escolaridad	Estado Civil	Ocupación
1	Femenino	11	madre de 37	Secundaria	En unión consensual	Obrera
2	Femenino	11	madre de 47	Secundaria	Divorciada	Desocupada
3	Femenino	11	madre de 40	Preuniversitario o tecnológico	Soltera	Técnico
4	Femenino	10	madre de 39	Secundaria	En unión consensual	Obrera
5	Femenino	9	madre de 29	Secundaria	Casada	Desocupada
6	Masculino	10	madre de 43	Preuniversitario o tecnológico	Divorciada	Técnico
7	Femenino	11	madre de 42	Secundaria	Casada	Desocupada
8	Masculino	11	madre de 32	Secundaria	Soltera	Desocupada

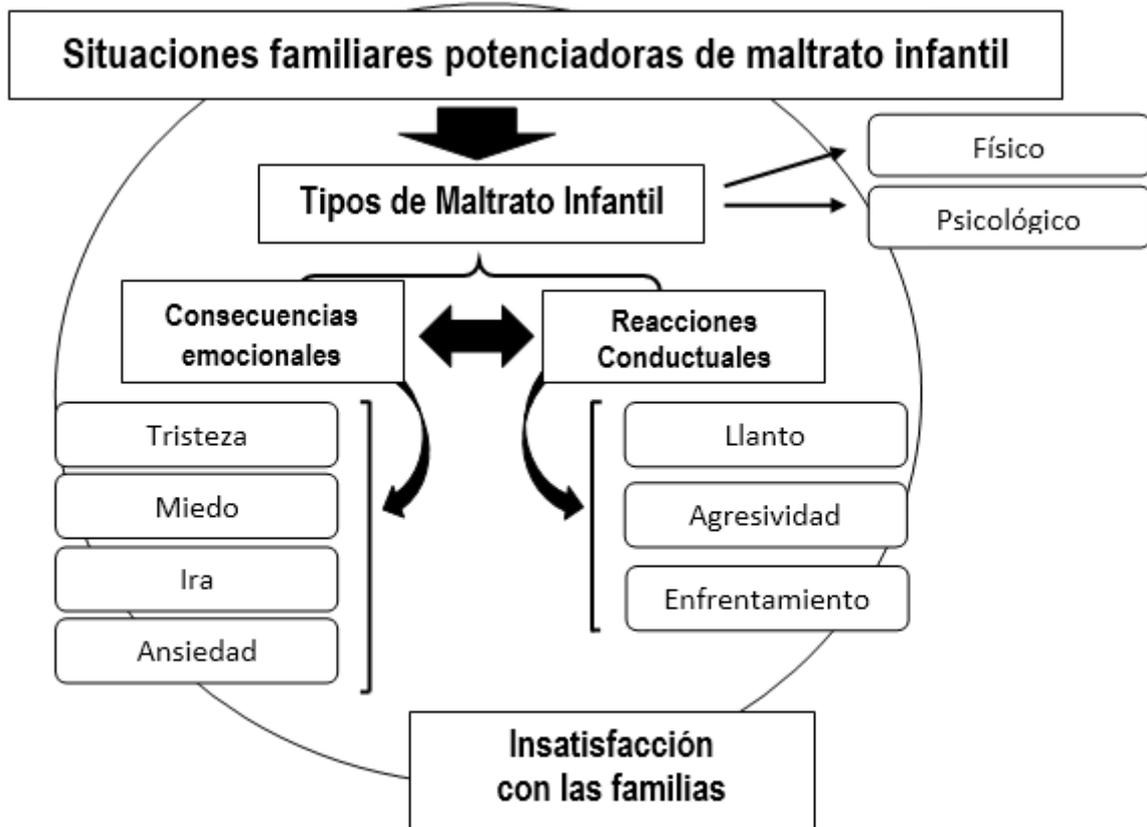
*Fuente:* Técnicas aplicadas para la recogida de la información: Revisión de las historias clínicas y Cuestionario a los padres.

**Tabla 2.** Matriz de datos con presentación de los casos según organización familiar y características del contexto socioeconómico y cultural

Casos	Categoría de estudio: Funcionamiento familiar						
	Organización familiar			Contexto socioeconómico y cultural			
	Composición	Jerarquías	Roles	Procedencia	Solvencia económica	Inserción sociolaboral	Creencias religiosas
1	Extensa reconstituida	Clara en el reconocimiento de la madre como figura de autoridad	Roles domésticos compartidos entre abuela y madre	Suburbana	Regular	Solo madre y su pareja trabajan	Yoruba
2	Nuclear monoparental	Madre reconocida como jefa	No establecidos con claridad	Urbana	Mala	Madre desocupada	No expresaron
3	Extensa monoparental	Madre como único adulto del hogar	No establecidos durante los quehaceres domésticos	Urbana	Regular	Solo trabaja la madre	No expresaron
4	Nuclear	Padre reconocido como jefe	Sobrecarga de roles domésticos en la madre	Suburbana	Regular	Madre trabaja como auxiliar de limpieza en una institución estatal y padre como ayudante de albañilería por cuenta propia	No expresaron
5	Reconstituida y ampliada	Padre con control económico	Madre como ama de casa	Suburbana	Buena	Padre trabaja como cuentapropista y prima también trabaja.  Solo madre desocupada	No expresaron
6	Extensa monoparental	Madre	Sobrecarga de roles económicos, domésticos y educativos	Suburbana	Regular	Madre trabaja en empresa estatal	Madre y abuela católicas
7	Nuclear	Padre con control económico	No establecidos en el ámbito doméstico  Madre que asume rol educativo	Rural	Regular	Padre cuentapropista y madre desocupada	Padre ateo y madre cristiana protestante
8	Nuclear monoparental	Madre	Madre con rol económico y educativo	Rural	Mala	Madre desocupada	Madre yoruba

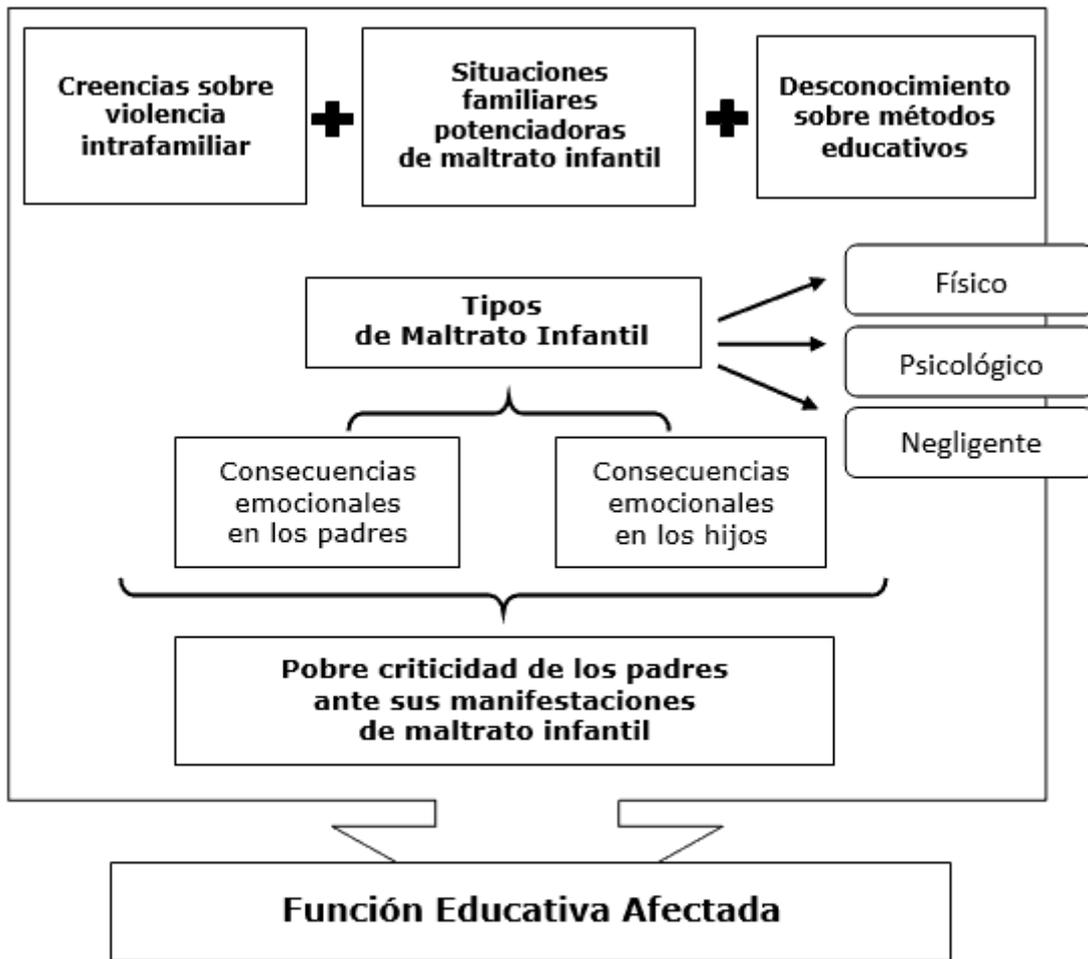
*Fuente:* Técnicas aplicadas para la recogida de la información: Cuestionario a padres y las entrevistas aplicadas a Psiquiatra Infanto-Juvenil y a los propios padres.

**Anexo 2.** Diagrama categorial de relación con percepción de los escolares sobre sus vivencias de maltrato infantil intrafamiliar.



**Fig. 1.** Diagrama categorial de relación con categoría de estudio Maltrato infantil intrafamiliar.

**Anexo 3.** Diagrama categorial de relación con percepción de las madres sobre el cumplimiento de la función educativa en las familias.



**Fig. 2.** Diagrama categorial de relación con categorías de análisis relacionadas al cumplimiento de la función educativa familiar.

**Anexo 4.** Matriz de datos con presentación de los casos según funcionamiento general de las familias.

**Tabla 3.** Matriz de datos con presentación de los casos según respuestas emitidas por las madres en el Test de Funcionamiento Familiar (Escala FF-SIL)

Casos	Funcionamiento General	Procesos afectados <sup>1</sup>	Procesos conservados <sup>2</sup>
1	Disfuncional	Afectividad, Armonía, Permeabilidad y Roles	Comunicación y Cohesión
2	Moderadamente funcional	Afectividad, Armonía, Cohesión y Permeabilidad	Comunicación y Roles
3	Disfuncional	Afectividad, Armonía, Permeabilidad, Cohesión y Roles	Comunicación
4	Disfuncional	Afectividad, Comunicación, Permeabilidad y Roles	Cohesión
5	Disfuncional	Afectividad, Adaptabilidad, Armonía, Comunicación y Permeabilidad	Cohesión y Roles
6	Moderadamente funcional	Cohesión, Roles, Adaptabilidad y Comunicación	Permeabilidad
7	Disfuncional	Afectividad, Armonía, Cohesión, Roles, Permeabilidad, Comunicación, Adaptabilidad	
8	Disfuncional	Afectividad, Comunicación, Permeabilidad y Roles	Cohesión, Adaptabilidad y Armonía

*Fuente:* Técnicas aplicadas para la recogida de la información: Test de funcionamiento familiar FF-SIL.

<sup>1</sup> Se consideraron como procesos afectados, aquellos identificados por las madres con una frecuencia en sus familias de pocas veces o casi nunca.

<sup>2</sup> Se consideraron como procesos conservados, aquellos identificados por las madres con una frecuencia de algunas veces o muchas veces.