

Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes con esta conducta.

[Ariel Acosta González, 2.- Milaidi Milian Martínez y 3.- Hany Viña Pérez](#)

RESUMEN

El suicidio constituye un problema importante de salud, un verdadero drama existencial del hombre, reconocido desde la antigüedad. Con el propósito de determinar algunos de los factores de riesgo del intento suicida en adolescentes con esta conducta tratados en el Centro para la Atención Integral al Adolescente del municipio Artemisa entre 2005 y 2009, se realizó un proyecto de investigación analítico de tipo caso - control pareado retrospectivo. Se consideró grupo estudio [64 casos de intento suicida] y grupo control [64 no intento suicida]. Se utilizó el método histórico -lógico y empírico que permitió utilizar las historias clínicas de los pacientes en estudio y obtenida la información necesaria crear así una base de datos con el paquete estadístico Medcalc, a través del cual se crearon las tablas y gráficos correspondientes. Para determinar si existieron diferencias significativas entre los dos grupos se utilizaron los estadígrafos chi – cuadrado y el Odds ratio, además de la Probabilidad. Constituyeron factores de riesgo del intento suicida: los antecedentes psiquiátricos familiares ($p < 0,05$; OR: 2,94; P: 74,61 %), la estructura familiar ($p < 0,05$; OR: 2,137; P: 68,12 %), la dinámica familiar ($p < 0,05$; OR: 2,290; P: 71,56%) y la depresión ($p < 0,05$; OR: 2,142; P: 68,17 %). Resulta evidente la necesidad de una identificación precoz de los factores anteriores, a fin de establecer un programa de prevención que disminuya el riesgo suicida en los adolescentes.

Palabras clave: intento de suicidio, factores de riesgo, composición familiar, antecedentes psiquiátricos familiares, depresión.

INTRODUCCIÓN

El suicidio ha estado presente en la humanidad desde las primeras civilizaciones conocidas. Evitar que esto se produzca debe ser una de las funciones más importantes de las políticas de Salud. La Organización Mundial de la Salud estima que por lo menos 1 100 personas se suicidan y ocurren de 10-15 intentos suicidas por cada suicidio, siendo el grupo etario más afectado el de 15 a 24 años. Además, el 20 % de las personas que

tienen historia de intentos suicidas, finalmente se quitan la vida.^{1,2} Diekstra, al analizar las tasas del suicidio reportados a la Organización Mundial de la Salud para 1987, se señala el patrón regional que guardan estos. Los países árabes y latinoamericanos tienen tasas relativamente bajas, mientras que Europa y los países con población descendientes de europeos (Ej. Australia, EUA, Canadá) tienen tasas relativamente altas. Dentro de la misma Europa son más elevadas las tasas en las regiones del centro y del norte en contraste con el sur (Ej. Hungría 38.6 en 1991).³

En América entre los países de más altas incidencia (tasa mayores de 10 x 100 000), se encuentran: Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago, EUA, Uruguay y Venezuela. Tasas intermedias tienen Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Panamá y Puerto Rico, mientras Costa Rica y México registraron tasas menores (por debajo de 6 x 100 000 habitantes).⁴

En Cuba la tasa de mortalidad por suicidio se incrementó en la década del 80 (22,5 x 100 000 habitantes) por lo que se implantó el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida, lográndose una reducción de la mortalidad por suicidio hasta 9,4 x 100 000 habitantes en el 2009, ubicándose en el 9no lugar entre las principales causas para todas las edades con 1472 suicidios, 1142 fallecidos pertenecían al sexo masculino para una tasa de 20,3 x 100 000 habitantes y 330 al sexo femenino con una tasa de 5,9 x 100 000 habitantes. En el grupo etario de 10-19 años de edad el suicidio constituyó la 3ra causa de muerte en el 2009 con 39 fallecidos para una tasa de 2,5 x 100 000 habitantes.⁵

La conducta suicida en niños y adolescentes se ha incrementado en las últimas décadas, así lo reportan las estadísticas procedentes del extranjero lo cual provoca gran interés en los profesionales de la salud, maestros, padres y otros grupos sociales. Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastrós y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades, los desastres naturales pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos.⁶⁻⁸

En un estudio realizado en el Hospital Pediátrico Docente “Juan M. Márquez” durante el trienio 1997-1999, se encontró que el intento suicida constituía el 42 % del total de pacientes hospitalizados en el servicio de salud mental.⁹

En el municipio Artemisa del año 2005 al 2009 se reportaron entre 11 y 22 intentos suicidas en adolescentes por año. Si a lo anterior se le suman los intentos suicidas que no acuden en busca de asistencia médica o no son reportados a través de las tarjetas de Enfermedades de Declaración Obligatoria, se puede apreciar que, aunque el suicidio no llegue a constituir un problema de salud en Cuba, se trata de una situación que precisa atención, estudio, divulgación y búsqueda de soluciones, así como programas de intervención.

Los autores de este trabajo consideran que existen, en los adolescentes que asisten al Centro para la Atención Integral al Adolescente del municipio Artemisa por haber realizado un intento suicida, algunos factores de riesgo de esta conducta que lo diferencian del resto de los adolescentes que asisten a dicho Centro pero por otro motivo.

El presente estudio se trazó como objetivo determinar si los antecedentes psiquiátricos familiares, los antecedentes patológicos personales de trastorno psiquiátrico, la estructura familiar y los diagnósticos principales y asociados, se comportan como factores de riesgo para el intento suicida en los adolescentes con esta conducta tratados en el Centro para la Atención Integral al Adolescente del municipio Artemisa en el quinquenio 2005 – 2009.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un proyecto de investigación analítico de tipo caso - control pareado retrospectivo en el Centro para la Atención Integral al Adolescente del municipio Artemisa, La Habana, Cuba en el quinquenio 2005 – 2009.

Se estudió el universo dividiéndose en dos grupos: un grupo estudio [casos de intento suicida] y un grupo control [no intento suicida].

El universo fueron todos los adolescentes entre 10 y 18 años atendidos en consulta de psiquiatría infantil del Centro para la Atención Integral al Adolescente del municipio Artemisa en el período del estudio.

Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta una serie de criterios de inclusión:

Grupo estudio:

1. Adolescentes que fueron atendidos por haber cometido intento suicida.
2. En el tiempo comprendido entre el 1º de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2009.
3. Que tuvieran entre 10 y 18 años cumplidos.
4. Que no tuvieran como diagnóstico un Retraso mental moderado, severo o profundo.
5. Que tuvieran la historia clínica completa.

Se excluyeron los pacientes que:

1. Los adolescentes con intento suicida que no cumplieron los criterios de inclusión.
2. Que la historia clínica estuviera incompleta.

Grupo Control:

1. Adolescentes que fueron atendidos en el Centro para la Atención Integral al Adolescente del municipio Artemisa, La Habana, Cuba, cuyo motivo de consulta no fue haber cometido intento suicida
2. En el tiempo comprendido entre el 1º de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2009.
3. Que tuvieran entre 10 y 18 años cumplidos.
4. Que no tuvieran como diagnóstico un Retraso mental moderado, severo o profundo.
5. Que tuvieran la historia clínica completa.
6. Que pudieran ser pareados 1 a 1 con el grupo estudio según edad, sexo, color de la piel y ubicación geográfica.

Se excluyeron los pacientes que:

1. Los que no cumplieron los criterios de inclusión.
2. Se excluyeron a aquellos adolescentes que a pesar de cumplir con todos los criterios de inclusión no se pudieron parear con un adolescente del grupo estudio o sobrepasaron el tamaño de la muestra.

Después de haber obtenido la autorización de la dirección del Centro para la Atención Integral al Adolescente en Artemisa para realizar la presente investigación, se revisaron las historias clínicas donde se detectaron los adolescentes que en el período de estudio habían realizado intento suicida; constituyéndose así el grupo estudio.

Se seleccionó el grupo control con los adolescentes que cumplieron los requisitos de pareo (edad, sexo, color de la piel y área geográfica), uno a uno; es decir por cada adolescente con intento suicida se buscó un adolescente con similares características.

La muestra en ambos grupos quedó constituida por 64 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión.

Para la mejor comprensión de nuestro trabajo se dan algunas conceptualizaciones que consideramos pertinentes:

Variables cualitativas nominales dicotómicas:

Antecedentes Psiquiátricos Familiares: se consignó la existencia o no de enfermedades psiquiátricas en familiares según los datos encontrados en la historia clínica.

Antecedentes Patológicos Personales de trastornos psiquiátricos: se consignó, según los datos recogidos en la historia clínica, si el paciente padecía de algún trastorno psiquiátrico o si tenía antecedentes de salud mental.

Diagnóstico principal de depresión: se consignó a aquellos pacientes que se les había hecho diagnóstico principal de depresión y se nominaron: con depresión y sin depresión.

Variables cualitativas nominales polítómicas:

La clasificación de la estructura familiar se realizó teniendo en cuenta:

Familia incompleta: Cuando el adolescente convive con uno solo de los padres, incluso cuando convive con otra persona por segundas nupcias de uno de sus padres.

Familia completa: Cuando el adolescente convive con ambos padres.

Diagnóstico principal: se consideró el diagnóstico de mayor importancia dinámica y definitiva del paciente reflejado en la historia clínica donde se tuvieron en cuenta los criterios de la C.I.E.-10 y del G.C.-3.10,11

Diagnósticos asociados: se consideró los diagnósticos reflejados en la historia clínica pero que no tenía la importancia dinámica en el cuadro presentado por el paciente; se tuvieron en cuenta los criterios de la C.I.E.-10 y del G.C.-3.

Se utilizaron los métodos histórico, empírico y estadístico que permitió utilizar las historias clínicas de los pacientes en estudio. Obtenida la información necesaria, se creó una base de datos con el paquete estadístico Medcalc, que permitió la creación de las tablas correspondientes.

Para determinar factores de riesgo se hicieron primero comparaciones entre los grupos utilizando Chi – cuadrado (en lo adelante χ^2) para determinar si había asociación entre las variables independientes y el intento suicida. Se utilizó un nivel de significación del 5 % y cuando existió asociación entre las variables se aplicaron el Odds Ratio (en lo adelante OR) y la Probabilidad (en lo adelante P). Los datos se presentaron en tablas reflejados en Frecuencia Absoluta y Porcentaje.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la muestra según la presencia de Antecedentes Psiquiátricos Familiares en ambos grupos.

Presencia de Antecedentes Psiquiátricos Familiares	Grupo Estudio		Grupo Control	
	n = 64	n = 64		
	FA	P	FA	P
Si	47	73,43	31	48,43
No	17	26,56	33	51,56

Fuente: Historia clínica revisada. p < 0,05 OR: 2,94 P: 74,61 %

Después de revisadas todas las historias clínicas seleccionadas, se encontró que en el grupo de estudio predominaron los adolescentes con antecedentes psiquiátricos familiares con 47 para un 73,43 %, mientras que el grupo de control predominó la ausencia de estos antecedentes con 33 casos para un 51,56 %. Estadísticamente existen diferencias significativas entre ambos grupos donde $\chi^2=8,402$ (p < 0,05). Quienes tuvieron antecedentes psiquiátricos familiares presentaron un riesgo casi tres veces mayor de realizar un intento suicida que los que no tenían este antecedente, una asociación que fue positiva (OR: 2,94) y estadísticamente significativa. La probabilidad de que esto sucediera fue del 74,61 %.

En cuanto a los antecedentes patológicos personales de trastornos psiquiátricos, se encontró que tanto en el grupo de estudio con 34 adolescentes para un 53,12 %, como en el grupo de control con 41 casos para un 64,07 %, predominó la presencia de los mismos. En el grupo de estudio los pacientes con antecedentes de salud constituyeron el 46,88 %. El antecedente patológico personal más frecuentemente encontrado en el grupo de estudio fue el intento suicida anterior con 19 casos para un 29,69 %. No se pudo establecer diferencias significativas entre el grupo estudio y el control en cuanto a la presencia de antecedentes patológicos personales de trastornos psiquiátricos $\chi^2= 1,5778$ (p > 0,05).

Tabla 2. Distribución de la muestra según la estructura familiar.

Estructura Familiar	Grupo Estudio n=64		Grupo Control n=64	
	FA	P	FA	P
Incompleta	37	57,81	25	39,06
Completa	27	42,19	39	60,94

Fuente: Historia clínica revisada. p < 0,05 OR: 2,137 P: 68,12 %

Distribuyendo la muestra según la estructura familiar, se observó que predominaron las familias completas en el grupo control con un 60,94 % mientras que en el grupo estudio estas representaron solamente el 42,19 %. En el grupo estudio predominaron las familias incompletas con un 57,81 % mientras que en el control fueron el 39,06 %. Existió una diferencia significativa en cuanto al tipo de familia entre ambos grupos para un valor de $\chi^2 = 4,5043$ (p < 0,05). En los adolescentes que tenían una familia incompleta fue dos veces más frecuente la posibilidad de realizar un intento suicida que en los que vivían en una familia completa (OR: 2,137). La

probabilidad de que los adolescentes provenientes de familias incompletas intentaran suicidarse fue de 68,12 %.

Al distribuir la muestra según el diagnóstico principal se observó que en el grupo de estudio los diagnósticos más frecuentes fueron en primer lugar el trastorno de adaptación reacción depresiva breve con 22 casos para un 34,38 %, en segundo lugar se encontraron los episodios depresivos leves con un 17,19 % y en tercer lugar el trastorno de ansiedad generalizada con un 14,06 %, después la disfunción familiar con un 12,5 %, la distimia y el trastorno incipiente de personalidad (4,69 %). El trastorno por déficit de atención con y sin hiperquinesia se realizó en 2 casos para un 3,13 %.

En el grupo control el trastorno de adaptación reacción depresiva breve fue el diagnóstico principal en el 21,88 % de los casos, el segundo diagnóstico más frecuente fue el trastorno de ansiedad generalizada 12,5 %, le seguían la distimia y el retardo del desarrollo psíquico con 9,38 %, la disfunción familiar con un 7,81 % y los episodios depresivos leves, los trastornos incipientes de personalidad y el trastorno por déficit de atención con y sin hiperquinesia con solo el 4,69 % de los casos. Hubo un caso de trastorno bipolar episodio actual depresivo leve (1,56 %).

Tabla 3. Distribución de la muestra según el Diagnóstico principal de depresión.

Diagnóstico principal	Grupo Estudio n=64		Grupo Control n=64	
	FA	P	FA	P
Con depresión	36	56,25	24	37,50
Sin depresión	28	43,75	40	62,50

Fuente: Historia clínica revisada. p < 0,05 OR: 2,142 P: 68,17 %

Buscando si existía alguna diferencia entre ambos grupos, teniendo en cuenta como diagnóstico principal la depresión en algunas de sus variantes, se encontró que en general estuvo presente en el 56,25 % de los adolescentes del grupo estudio y en el 37,50 % del grupo control, encontrándose que existía una diferencia significativa entre ambos grupos para un valor de $\chi^2 = 4,5176$ ($p < 0,05$). La posibilidad de que un adolescente del grupo estudio tuviera un trastorno depresivo fue dos veces mayor que en el grupo control (OR: 2,142), con una probabilidad del 68,17 %.

La mayoría de los pacientes del grupo estudio (51,56 %) y del control (70,31%) no tenían ningún diagnóstico asociado al diagnóstico principal descrito. La disfunción familiar fue el diagnóstico más frecuentemente encontrado en ambos grupos, pero fundamentalmente en el de estudio con un 35,93 %, mientras que en

el control se encontró en un 14,06 %. En segundo lugar se presentó el mal manejo familiar de los adolescentes en el 9,37 % del grupo de estudio y el 12,50 % del control.

No hubo diferencia significativa entre ambos grupos en cuanto a la presencia o no de diagnósticos asociados con un valor de $\chi^2 = 0,4875$ para una $p > 0,05$.

En general los problemas en la dinámica familiar representaron el 45,31 % de los diagnósticos asociados en el grupo estudio y el 26,56% en el control; existiendo una diferencia significativa entre ambos grupos con un valor de $\chi^2 = 4,8865$ ($p < 0,05$). La posibilidad de que un adolescente con alteraciones de la dinámica familiar realizara un intento suicida fue dos veces mayor que el que no tenía dificultades en dicha dinámica (OR: 2,290), con una probabilidad del 71,56 %.

DISCUSIÓN

Los antecedentes psiquiátricos familiares fueron más frecuentes de manera significativa en el grupo estudio, comportándose como un factor de riesgo, coincidiendo con otros autores.¹²⁻¹⁵

Dentro de los factores familiares de riesgo suicida en adolescentes se describe la enfermedad psiquiátrica del padre, de la madre y de los hermanos, fundamentalmente cuando dentro de estos trastornos se describe el intento suicida.

Casi la mitad de los pacientes con historia familiar de suicidio realizan también una tentativa suicida. El cúmulo de suicidios en ciertas familias sugiere la existencia de factores genéticos determinantes. Dentro de ellos se describen factores biológicos como la deficiencia serotoninérgica y los niveles elevados de 17 hidrocorticoesteroides y/o de cortisol libre en orina.^{12,13}

En el presente trabajo los familiares que más presentaron antecedentes psiquiátricos fueron las abuelas maternas y las madres, siendo la esquizofrenia y la depresión los trastornos más frecuentemente encontrados.

No se pudo establecer relación entre el intento suicida y los antecedentes personales de trastorno psiquiátrico, lo cual no coincide con la bibliografía consultada donde se describe que los pacientes con diagnóstico psiquiátrico constituyen grupos de alto riesgo de cometer suicidio: los deprimidos de cualquier naturaleza, los trastornos neuróticos y de la personalidad, los esquizofrénicos, los alcohólicos, el retraso mental ligero y los enfermos crónicos. Se reporta además que los sujetos que intentan múltiples suicidios exhiben un perfil clínico más severo que los que solo lo intentan una vez.¹⁶

Los autores de esta investigación encontraron que en los adolescentes del grupo estudio existía el antecedente de haber realizado más de un intento suicida anterior en nueve de ellos. Lo alarmante fue que en cuatro adolescentes

ya era el tercero y para seis adolescentes era el cuarto intento suicida. Esto pudiera tener varias explicaciones: el hecho mismo de que no recibieron atención antes facilitó la repetición y la calidad de los diagnósticos de un grupo y otro, con mayor tendencia a la depresión en el grupo estudio.

Estos datos coinciden con textos revisados, pues como expresara Torre es más probable que se quite la vida una persona que ya lo ha intentado, que otra que nunca lo había realizado.¹⁷

En el presente estudio se estableció la relación entre el tipo de familia y la presencia de intento suicida, arrojando que la estructura familiar fue un factor de riesgo para el intento suicida en los adolescentes estudiados. La ausencia de la figura paterna fue lo que predominó en la familia de los adolescentes, fundamentalmente en el grupo de estudio; solo en dos casos los adolescentes vivían sin su mamá. En un porcentaje no despreciable la figura del padrastro estuvo presente, con toda la implicación psicológica que conlleva la presencia de una persona que no forma parte de la raíz de la familia.

La familia es la unidad social primaria universal y, por tanto, debe ocupar una posición central para la comprensión de la salud y la enfermedad. El primer ambiente social de todos los seres humanos es la familia, la cual recoge ampliamente las emociones, pensamientos y juicios de ser contexto social.¹⁸ El funcionamiento de la familia es importante y por ello la disfunción familiar estuvo entre los diagnósticos principales más frecuentemente encontrados en ambos grupos.

El mito de que todas las personas suicidas están deprimidas no es absoluto, existen otros trastornos psiquiátricos y otros factores de alto riesgo que se asocian a la conducta suicida; sin embargo es un factor importante como quedó demostrado en este trabajo.

Al analizar los diagnósticos principales que tienen los pacientes con intento suicida en este estudio se observa un predominio de la depresión, existiendo una diferencia significativa entre los dos grupos, lo cual coincide con otros estudios nacionales e internacionales.¹⁸⁻²¹

También al analizar los diagnósticos asociados al diagnóstico principal por el que los adolescentes acuden a consulta, vuelve a aparecer la familia, su funcionamiento y el manejo inadecuado de la adolescencia y del trastorno psiquiátrico del los pacientes estudiados, como factor más frecuente. Existiendo una diferencia significativa en cuanto a la dinámica familiar entre ambos grupos. Esto coincide con lo expresado por Torre cuando plantea que “en la familia radica la responsabilidad de cumplir con toda una serie de funciones que le permiten al adolescente desarrollarse y relacionarse adecuadamente con el mundo circundante”.^{17, 22}

En este estudio se encontró que los factores desencadenantes del intento suicida actual se encontraron generalmente en el medio familiar, fundamentalmente por

mal funcionamiento de la familia, mal manejo de los cambios propios de la adolescencia y dentro de ellos de las relaciones de pareja. No fueron precisamente los problemas de pareja lo más frecuente, sino la no aceptación por la familia de la pareja elegida, el no saber conciliar los horarios de salida para el esparcimiento, el empleo de regímenes de educación muy impositivos o por el contrario demasiado permisivos.

Un análisis global de los resultados de la investigación permitió a los autores plantear que el intento suicida en el grupo de estudio estuvo estrechamente vinculado a la depresión, a la familia y su funcionamiento.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, se concluye que son factores de riesgo del intento suicida de los adolescentes atendidos por esta conducta en el Centro para la Atención Integral al Adolescente: antecedentes psiquiátricos familiares, la estructura y dinámica familiar así como la depresión como diagnóstico principal. Resulta evidente también la necesidad de una identificación precoz de los factores anteriores, a fin de establecer medidas que disminuyan el riesgo suicida en los adolescentes. Aunque existe un Programa Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida desde finales del siglo pasado, aun existen brechas en su ejecución en las que se tiene que profundizar.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio se hizo posible gracias al apoyo del Centro para la atención integral al adolescente del municipio Artemisa.

Agradecemos a la enfermera Amalia González Pestana por valiosa colaboración en el proceso de recopilación de la información.

El presente trabajo constituye parte de la línea de investigación del Centro y en especial del departamento de salud mental.

Risk factors of attempted suicide in adolescents with this behavior.

SUMMARY

Suicide is a major health problem, a real man's existential drama, recognized since the antiquity. An analytic case – control and retrospective study was conducted to determine some of the risk factors of attempted suicide in adolescents treated at Integrated Care Center for Adolescents in the period 2005-2009 in Artemisa municipality. 64 cases of attempted suicide were considered, *study group* and 64 not attempted suicide, *control group*. Historical-logical method and the empiric one allowed to look up the patients' medical records and obtained the need information to create a database using the statistical package Medcalc, that allowed to create tables and graphics. Probability, chi - square and Odds ratio allowed the calculus of the significant

differences between the two groups. The risk factors of attempted suicide in the study were: family psychiatric histories($p < 0,05$; OR: 2,94; P: 74,61 %), family relations($p < 0,05$; OR: 2,137; P: 68,12 %), family dynamics($p < 0,05$; OR: 2,290; P: 71,56 %) and depression ($p < 0,05$; OR: 2,142; P: 68,17 %). Early identification of risk factors of attempted suicide, is a clear need to establish a prevention program for decreasing this risk in adolescents.

Key words: *attempted suicide, risk factors, family relations, family psychiatric history, depression.*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turiño Pedraja JA, Castro Perdomo FE. Conducta suicida en niños y adolescentes. Aspectos éticos y morales. Humanidades Médicas, Vol 4, No 10, Enero- Abril del 2004.
2. Forman Evan M. Una historia de múltiples intentos de suicidio puede ser un marcador comportamental de psicopatología severa. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 2004 MAR;161(3):437-443.
3. El Suicidio en los Adolescentes. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004. Jul: N_10.
4. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cub Obstret- Ginecol 1996:15-22.
5. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2009. Ciudad de la Habana, Cuba. Abril 2010.
6. Martín Cabrero B. Perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en la interconsulta de psiquiatría del Hospital Severo Ochoa. PSIQUIATRIA.COM. 2004; 8(4)
7. El Suicidio en los Adolescentes. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2004.Junio, N_ 9.
8. Scholten A. Previniendo el Suicidio Adolescente: Lo Que Usted Puede Hacer. Kimberly Rask, Noviembre 2004.
9. Castillo Yzquierdo G, Castro Peraza M. Factores asociados a la conducta suicida. Ciudad de La Habana, 2000.
10. O.M.S. Trastornos mentales y comportamiento. MEDITOR. Clasificación Internacional de enfermedades en su décima edición, 1992.
11. MINSAP. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. Adaptación para Cuba del capítulo V de la 10ma Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Hospital Psiquiátrico de La Habana. Junio 2001.
12. Saíz Martínez PA, González García Portilla MP, Bousaño García M, Bobes García J. Estudios de los factores de riesgo suicida y parasuicida. Barcelona: Editorial Masson, SA Prevención de las conductas suicidas y parasuicida, 2003.

13. Sau Man S, Fung Kum H, Chiu Wah L. Suicidio en ancianos y la epidemia SARS en el año 2003 en Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006 FEB; 21(2).
14. Infantes Pérez Eisy Mercedes, Ochoa Roca Tatiana Zoila, Ochoa Roca Rosa Maria. Caracterización de la conducta suicida en el Policlínico Rene Aviles de Holguín 2007-2008 Rev.Electronica de Ciencias Holguín 2009; Nro. 4.
15. Acosta González A, Milian Martínez M, González Pestana A . Caracterización de los pacientes atendidos en consulta de Psiquiatría Infanto juvenil del municipio Artemisa. [CD –ROM].La Habana. ISBN: 978-959-282-082-1; 2008.
16. Gwendolyn P, Kurt A. Trastornos adaptativos y curso del proceso suicida en adolescentes. *J AFFECT DISORD*. 2005 AGO;87(3):265-270 .
17. Torre, E. El Suicidio entre personas jóvenes: un análisis epidemiológico en tres provincias italianas. *Eur J Psychiatr (Italia)* 15(3): 180-88, 2001.
18. Paul S.F. Yang C. Los efectos del suicidio de una celebridad en los índices de suicidio en Hong-Kong. *J AFFECT DISORD*. 2006 JUL;93(1).
19. Coryell W, Young EA. Predictores clínicos del suicidio en el trastorno depresivo mayor primario. *J CLIN PSYCHIATRY*. 2005 ABR;65(4):412-417.
20. Balázs J, Benazzi F, Rihmer Z. La conexión cercana entre las tentativas de suicidio y la depresión (bipolar) mixta: Implicaciones para la prevención del suicidio. *J AFFECT DISORD*. 2006 ABR;91(2).
21. Ping Qin; Merete Nordentoft. Riesgo de suicidio en relación con la hospitalización psiquiátrica. *ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY*. 2005 ABR;62(4):427-432.
22. Mann J, Bortinger J, Oquendo MA, Currier , Li Sh, Brent DA. Antecedentes familiares de comportamiento suicida y de trastornos del estado del ánimo en probandos con trastornos del estado del ánimo. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 2005 SEP;162(9):1672-1679.

Especialista de Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa.

2.- Especialista de Primer Grado en Pediatría. Profesora Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa

3.- Especialista de Medicina General Integral. Centro Psicopedagógico y de Atención Integral al Adolescente.