

Caracterización de la Conducta Suicida en Bartolomé Masó Márquez en el 2014 Characterization of Suicidal Behaviour in Bartolome Maso Marquez in 2014

Lic. Aleida Santamarina Fernández,^ILic. Odalis Quintero Ríos,^{II}Lic. Wilfredo Joel Pupo Báez,^{III}Lic. Yudisleni Cambar Martínez,^{IV}Lic. Maiquis Quintero González,^VLic. Marcia Santamarina Fernández,^{VI}

I Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Granma "Celia Sánchez Manduley, Cuba.

II Licenciada en Enfermería. Especialista en Psiquiatría. Policlínico docente Bartolomé Masó Márquez. Granma, Cuba.

III Licenciada en Psicología. Policlínico docente Bartolomé Masó Márquez. Granma, Cuba.

IV Licenciada en Enfermería. Policlínica docente Bartolomé Masó Márquez. Granma, Cuba.

V Licenciada en Enfermería. Policlínico docente Bartolomé Masó Márquez. Granma, Cuba.

VI Licenciada en Enfermería. Especialista en Psiquiatría. Policlínico docente Bartolomé Masó Márquez. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción. La conducta suicida es definida como todo acto cometido en perjuicio de quien lo ejecuta, con diverso grado de intento letal, e incluye el intento suicida y el suicidio consumado.

Objetivo: Caracterizar los pacientes con intento suicida que fueron atendidos en la consulta de Salud Mental, en el 2014.

Métodos: El universo de estudio lo representaron las 24 personas que lo intentaron. Dado el pequeño tamaño del universo se decidió estudiar al total de las personas y obviar la selección de una muestra. Los sujetos se clasificaron según la edad, sexo, ocupación, método empleado para el suicidio, motivo del Intento y Consejos populares a los que pertenecían. La información se recogió de la encuesta aplicada a estos pacientes. La información obtenida fue almacenada en una base de datos creada al efecto. Los resultados se expresaron en porcentajes y valores absolutos.

Resultados: El intento fue más frecuente en mujeres jóvenes que emplearon fundamentalmente psicofármacos. La ocupación Ama de casa. Se pudo conocer también que la ingestión de psicofármacos fue utilizada por el 80 % como método para intentar el suicidio. La mayor proporción de los intentos ocurrió en el Consejo popular "Zarzal". El principal móvil de suicidios conflicto familiar y de pareja.

Conclusiones: El intento suicida fue más frecuente en mujeres jóvenes estudiantes, seguida por las amas de casa, que para intentar quitarse la vida utilizaron métodos suaves fundamentalmente ingestión de psicofármacos. La mayor proporción de los intentos ocurrió en el Consejo popular "Zarzal". Los principales móviles fueron problemas de familia y Pareja.

Palabras clave: suicidio, intento de suicidio, métodos

ABSTRACT

Introduction: Suicidal behavior is defined as any act committed against a person runs it, with varying degrees of lethal intent, including suicide attempts and completed suicide.

Objective: To characterize patients with suicide attempts that were treated at the Mental Health in 2014.

Methods: The study group represented the 24 people who tried. Given the small size of the universe was decided to study the total of people and ignore the selection of a sample. The subjects were classified according to age, sex, occupation, method used for suicide, the

attempted and Popular Councils to which they belonged. The information was collected from the survey of these patients. The information obtained was stored in a database created for this purpose. The results are expressed as percentages and absolute values.

Results: The attempt was more frequent in young women using mainly psychotropic drugs. The Ama occupation from home. It was also found that the ingestion of psychotropic drugs was used by 80% as a method to attempt suicide. The largest proportion of attempts occurred on the popular Council "Zarzal." The moving head of family conflict and suicide couple.

Conclusions: The suicide attempt was more frequent in young women students, followed by housewives who attempt suicide gentle methods used primarily ingestion of psychotropic drugs. The largest proportion of attempts occurred on the popular Council "Zarzal". Phones were the main problems of family and couple

Keywords: suicide, attempted suicide methods

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es definida como todo acto cometido en perjuicio de quien lo ejecuta, con diverso grado de intento letal, e incluye el intento suicida y el suicidio consumado.¹ Se considera la forma extrema de autoagresión, de forma consciente, meditada y voluntaria, en un correcto estado de salud mental, o bien aparece como complicación de un trastorno mental, generalmente relacionado con aquellas alteraciones psíquicas que cursan con depresión.²

El intento suicida es concebido de 2 maneras: cuando el sujeto realiza un acto de autoagresión con amenaza de muerte, pero su intención final no era quitarse la vida, y cuando fracasa en su intento de darse muerte una vez realizado el acto.¹ La prevalencia del intento suicida ha aumentado considerablemente en los últimos años, convirtiéndose en un problema de salud actual. Por definición, el intento suicida es toda acción por la cual el individuo se causa lesión independientemente de la letalidad del método empleado y de la intención real.³

En relación con el tema, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que el suicidio es un importante problema de salud, pues se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en todas las edades. A escala mundial, sus tasas aumentaron 60 % en los últimos 45 años y en 90 % de los casos está asociado con la depresión y el abuso de sustancias. Cada año se suicida un millón de personas y diariamente en el mundo 1 000 individuos consumen el hecho y otros tantos intentan hacerlo, de los cuales solo la décima parte lo logra.⁴

En el 2000, la Organización Mundial de la Salud hizo público que la tasa de suicidios mundial fue de 16 por cada 100 000 habitantes. En el continente americano el suicidio ha alcanzado grandes proporciones durante los últimos decenios, por lo que se ha convertido en una importante preocupación de salud.⁵ Las estadísticas acerca de los suicidios son alarmantes, se plantea que una persona muere en el mundo por suicidio cada 40 segundos y un millón de personas por año, cifra esta mayor que la suma de víctimas de guerras y homicidios, y es un problema que se agrava, según un informe de la OMS publicado en Ginebra.⁶

Las tasas de suicidio más elevadas se dan en los países de Europa del Este como Lituania o Rusia, mientras las más bajas se sitúan en América Central y del Sur en países como Perú, México, Brasil o Colombia. No existen estadísticas sobre el tema en muchos países africanos y del sudeste asiático.⁷ Las naciones desarrolladas presentan altas tasas de mortalidad por suicidio. Corea del Sur y Japón presentan los índices más altos del mundo, con 24,8 y 27 de cada 100 000 personas, respectivamente; seguidos por Bélgica (21,3), Finlandia (20,4) y los Estados Unidos (11,1).⁸

En el conjunto de los países de la región de América, 5 tienen tasas de suicidio iguales o mayores al 20 % de sus defunciones por causas externas: Suriname, Trinidad y Tobago, Cuba,

Canadá y Estados Unidos. En Cuba la incidencia de intento suicida ha ido en aumento en los últimos años.⁴

La propia OMS subraya que hay tres veces más suicidios en hombres que en mujeres, sean cuales fueran las clases de edad y los países considerados, y por el contrario hay tres veces más tentativas de suicidio en las mujeres que en los hombres, y que esa disparidad entre ambas estadísticas se explica por el hecho de que los hombres emplean métodos más radicales que las mujeres para morir.^{9,10} Los estimados mundiales de causas de muerte, pronostican que el suicidio ascenderá en el 2020, a la décima causa de muerte en el mundo.¹¹

Cuba no está exenta de esta problemática en los adolescentes, al observarse que en las edades de 10 a 19 años ha ocupado en los dos últimos años la tercera y cuarta causa de muerte. La tasa de suicidios continúa siendo inferior a 15 casos por cada 100 000 habitantes, mientras que el intento suicida ha ido aumentando; así, en 2006, de una tasa de 81 pasó a 91,9 en 2007 y a 96,9 en 2008. En el año 2010 existió una tasa de 2,9 por 10 000 habitantes en las edades de 10 a 19 años, ocupando la tercera causa de muerte para este grupo de edades, y en el año 2011 presentó una tasa de 2,7 para pasar a la cuarta causa de muerte en esta población.¹² Según Anuario estadístico 2014 existieron 1137 defunciones en el sexo masculino por lesiones autoinfligidas intencionalmente y en el sexo femenino 293.¹³

En el municipio Bartolomé Masó Márquez de la provincia Granma en el 2014 se reportaron 40 casos de intento suicida y cinco suicidios en el sexo masculino, un promedio de edad 43.6 años y como forma de suicidio predominante, ahorcamiento. De ahí la motivación para nuestro trabajo, con el cual pretendemos describir el comportamiento de la conducta suicida a punto de partida de la caracterización de los individuos que la tuvieron y fueron atendidos en la consulta de Salud Mental del Policlínico.

MATERIALES Y MÉTODO

Se diseñó y ejecutó un estudio descriptivo, retrospectivo comportamiento de la conducta suicida en el municipio Bartolomé Masó Márquez, provincia Granma, del año 2014. El universo de estudio lo representaron las 24 personas atendidas en la consulta de salud mental pertenecientes a este municipio que lo intentaron como mínimo una vez durante el estudio. Dado el pequeño tamaño del universo se decidió estudiar al total de las personas y obviar la selección de una muestra, por tanto, la muestra coincide con el universo y se usará indistintamente una u otra expresión.

Para caracterizar a los 24 individuos que conformaron la muestra, se tomaron los datos referentes a la edad, sexo, móvil intento, estratificar la conducta suicida por consejos populares y método empleado. Se tuvieron en cuenta varios grupos de edades por considerar que cada uno de ellos tiene estilos de vida y comportamientos muy propios relacionados con la conducta suicida. La información se recogió de la Encuesta aplicadas a estos pacientes, con el especialista en Psicología del municipio de la Consulta de Salud Mental. De las encuestas revisadas, se obtuvo la dirección de residencia de los Intentos suicidas, edad, sexo, ocupación, métodos y se distribuyeron según los consejos populares a los que pertenecían.

Los datos se expresaron en porcentajes, valores absolutos y relativos, medidas de tendencia central y de dispersión; se mostraron en tablas para su mejor comprensión.

RESULTADOS

Se detectaron un total de 24 intentos suicidas y 1 suicidio (sexo, masculino, 77 años, jubilado; forma de suicidio ahorcamiento, sin antecedentes familiar y personal) reportados por la consulta realizadas de Salud Mental. La distribución por grupos de edades según sexo arrojó un promedio de edad de 27,8 años con un valor mínimo de 14 años y un máximo de 71; predominaron las mujeres entre 14 y 25 años que aportaron el 83.3 % del total. Como puede verse en la tabla 1, son las mujeres las que más lo han intentado, representadas en un 75 % (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de intentos suicidas por grupos de edades según sexo

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
14-25	1	16.6	15	83.3	16	67
26-59	5	83.3	2	11.1	7	29
60 y más	0	0	1	5.55	1	4
Total	6	25	18	75	24	100

La ocupación de los intentos suicidas el 42% estudiantes, seguida por ama de casa con un 33% y en caso de los Masculino el 67% obrero (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de intentos suicidas según ocupación

Ocupación	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ama de casa	0	0	8	44	8	33
Estudiante	0	0	10	56	10	42
Obrero	4	67	0	0	4	17
Trabajador	1	17	0	0	1	4
Desocupado	1	17	0	0	1	4
Total	6	25	18	75	24	100

El análisis por consejos populares, arrojó que Zarzal aportó el 25 % de todos los intentos, incidiendo los CMF Cabagán(3), Madre Vieja(2), Punta Isleña(1) y entre Providencia y Caney tienen el 16.6 % con igual porcentaje(Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de intentos suicidas según Consejos Populares

Consejos populares	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Zarzal	6	33	0	0	6	25.16
Masó	2	11	0	0	2	8.33
Corojo	0	0	1	17	1	4.16
Canabacoa	1	5	1	17	2	8.33
Providencia	4	22	0	0	4	16.6
Río Yara	0	0	2	33	2	8.33
Caney	4	22	0	0	4	16.6
Sao Grande	0	0	1	17	1	4.16

Las Mercedes	1	5	1	17	2	8.33
Total	18	75	6	25	24	100

Nota: CP Corojo.Frio de Nagua y San Lorenzo no presentaron intentos suicidas

Los métodos de suicidio más empleados según los resultados mostrados en la tabla 4 son los denominados métodos suaves con un 92 %, siendo la ingestión de psicofármacos el de mayor incidencia dentro del grupo, con el 79.16%; mientras que los menos empleados son los duros (ahorcamiento, quemaduras, precipitaciones desde alturas y heridas por armas blancas o de fuego) el ahorcamiento, con el de las heridas por armas blancas con 4.16, siendo utilizados por el sexo masculino, aunque utilizaron la ingestión de medicamentos 50%y sustancias tóxicas 16,6%que son métodos suaves que predomina en el sexo femenino. Hubo un solo suicidio del sexo masculino con 77 años, jubilado que utilizó el ahorcamiento para lograr su propósito del Consejo Popular de Caney

El método principal utilizados es la ingestión de fármacos con un 79.16%, predominando el sexo femenino con un 89%, aunque no es usual en el sexo masculino lo utilizaron 50%, que habitualmente usan métodos duros, en este estudio solo el 8.33% como formas utilizaron el ahorcamiento y cortes de vena.

Tabla 4. Distribución de pacientes según métodos utilizados

Métodos	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Métodos duros						
Ahorcamiento			1	16.66	1	4.16
Heridas por armas blancas o de fuego			1	16.66	1	4.16
Métodos suaves						
Ingestión de sustancias tóxicas	2	11	1	16.66	3	12.52
Ingestión de drogas	16	89	3	50	19	79.16
Total	18	100	6	100	24	100

Los conflictos de pareja fue el principal motivo de Intento suicida con un 41.66% en ambos sexo, seguido con 25% los conflictos de familia predominante en el sexo femenino.

Tabla 5. Distribución de pacientes según Móvil del Intento Suicida

Motivo del Intento Suicida	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Conflicto de Pareja	2	33	8	44	10	41.66
Accidental-Cambio de Medicación	0	0	1	5	1	4.16
Trastornos Psiquiátrico	1	17	2	11	3	12.51
Depresión	0	0	1	5	1	4.16
Conflicto Familiar (Madre y Padre)	0	0	6	33	6	25.03
Estado de Embriaguez	1	17	0	0	1	4.16
Problema de Justicia y Moral	1	17	0	0	1	4.16
No Sabe	1	17	0	0	1	4.16
Total	6	25	18	75	24	100

DISCUSIÓN

El intento suicida es más frecuente en sexo femenino con un 75%, las jóvenes entre 14-25 años del, utilizan métodos suaves (ingestión de psicofármacos, ingestión de sustancias tóxicas) para intenta lograrlo coincidiendo con estudio realizados en el Policlínico Epifanio Rojas Gil, Municipio San Luis, Pinar del Río en el 2002.y en Cienfuegos, II semestres del 2007. Se reportan algunos datos realmente preocupantes obtenidos de fuentes de los Estados Unidos, donde se plantea que en 1998, el sector de población menor de 25 años, constituía el 15 % de todos los suicidios, y en los años 1980 al 1997, la tasa de suicidio entre 15 y 19 años se había incrementado en un 11 %.¹⁴La representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la OMS en México, Maureen Birmingham, precisó que en el mundo, cada 40 segundos una persona se suicida, siendo ésta la segunda causa de muerte en la población de entre 15 y 29 años de edad.En el evento efectuado en la Secretaría de Salud, expresó que el suicidio representa "50 % de las muertes violentas en hombres y 71 % en mujeres".¹⁵

Durante la etapa de la adolescencia se suceden sistemáticos cambios relacionados con las actitudes asumidas en los aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos, se adquiere la independencia, se logra el despegue familiar y se generan algunas conductas que inciden negativamente en el medio familiar y social, lo cual provoca estilos de vida poco saludables como la conducta suicida, que afecta su calidad de vida.¹⁰

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan están caracterizados por diferentes factores de riesgo para esta conducta, entre los que se citan: provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional, exposición a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz, los que presentan sicopatologías incluyendo la depresión, el abuso de sustancias y tener una conducta disocial, la baja autoestima, la impulsividad, la desesperanza, los amores contrariados o los problemas socioeconómicos, la falta de comunicación con los padres, la desesperanza y el maltrato, entre otros aspectos, que limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de sus necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen.^{16,17}

Los intentos suicidas se han incrementado considerablemente en los adolescentes y jóvenes en las últimas décadas, según reflejan los diversos estudios, en los cuales se expone que toda llamada de atención sobre la posibilidad de ver la autolesión como solución a un problema, debe ser tomada en serio, no restársele importancia y remitirse a evaluación especializada, esta debe ser integral y tener en cuenta al adolescente en su contexto familiar, escolar y social.¹⁸

La forma de manejar estas situaciones por parte de los padres y otros familiares influye en la presencia de sicopatologías en los adolescentes, sobre lo cual incide también la utilización de métodos correctivos inadecuados, que, lejos de corregir la conducta inapropiada, pueden reforzarla o hacer que surjan comportamientos rebeldes hacia la autoridad de los progenitores.¹⁹

En cuanto a ocupación, el mayor riesgo aparece en los jubilados, amas de casa y personas que no tienen vínculo laboral. En este estudio predominan los estudiantes adolescentes, seguida de las amas de casa. Correspondiendo con la literatura sobre suicidio.

Es más frecuente en el área urbana que en la rural como es planteado en la Literatura.como se evidencia el Consejo Popular de Zarzal Y de Caney, seguido por el Consejo Popular del Plan Turquino Providencia. El intento de suicidio es más frecuente en el área urbana que en la rural (Reina Betancourt C, Alonso Betancourt O, Masid Oramas E. La Habana). Preocupante, pues denota que se debe trabajar fuertemente con los factores que pudieran estar facilitando el

suicidio en el Consejo Popular de Zarzal y el CMF de Cabagán de mayor incidencia perteneciente al mismo.

El ahorcamiento es el método más empleado por los hombres y el fuego por las mujeres, ambos métodos son muy letales. Sin embargo, los jóvenes y las mujeres emplean la ingestión de psicofármacos en alta medida como se evidencia en este trabajo, aunque no hubo la utilización del fuego. Además, la atención a estos pacientes es muy costosa, ya que requiere la utilización de grandes recursos materiales, técnicos y humanos altamente calificados y por lo general, si la persona no muere, queda con secuelas físicas y/o psíquicas que requieren rehabilitación y otras alternativas, que en nuestro país se ofrecen de forma gratuita, un ejemplo es la cirugía reconstructiva.

Los conflictos familiares, con la pareja y los relacionados con la salud son los más frecuentemente referidos como factores desencadenantes del intento suicida. Coincidiendo los dos primeros con los resultados de este trabajo.

Las Comisiones de Salud Mental a escala municipal y el equipo de salud al nivel de policlínico constituyen logros organizativos, de la práctica de la salud pública cubana, para la implementación y efectividad del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida en la Atención Primaria de Salud. Estos necesitan perfeccionarse y aumentar su eficacia y deberían hacerlo en 2 direcciones principales: estabilizando y desarrollando la cooperación intersectorial, y además controlando rigurosamente la ejecución de planes de trabajo que respondan a las estrategias municipales de enfrentar el problema de salud suicidio en correspondencia con el programa nacional.

Finalmente se puede concluir que el intento suicida fue más frecuente en mujeres jóvenes estudiantes, seguida por las amas de casa, que para intentar quitarse la vida utilizaron métodos suaves fundamentalmente ingestión de psicofármacos. La mayor proporción de los intentos ocurrió en el Consejo popular "Zarzal". Los principales móviles fueron problemas de familia y pareja.

ANEXO 1

Guía para la discusión del intento de suicidio

I.-Generales del sujeto

Fecha de ocurrido el intento de suicidio: D___M___A___

Fecha de aplicada la encuesta D___M___A___

- Sexo M___ F___
- Edad___
- Había intentado el suicidio con anterioridad Si___ No___ Método utilizado___
- Método empleado para intentar el suicidio actualmente___
- ¿Dónde realizó el intento de suicidio En la casa___ En la escuela___ En otra parte___
- Se encontraba solo ___ Había otras personas con el sujeto___
- El intento de suicidio ocurrió en la madrugada___ en la mañana___ al mediodía___ en la tarde___ en la noche___
- Cuando fue la última vez que lo vio un médico: Hace una semana___ Hace más de una semana pero menos de un mes___ Hace más de un mes pero menos de tres meses. Hace más de tres meses pero menos de seis meses. Entre seis meses y un año. Hace más de un año___

II.- Cadena preventiva

- Fue visto por el médico de familia? No__ Si__
- ¿Fue evaluado el riesgo de suicidio? No__ Si __
- ¿Fue incluido en alguno de los grupos de riesgo? No__Si__
 - Deprimido
 - Intento suicida
 - Ideación suicida
 - Sobreviviente
 - Sujeto vulnerable en crisis

4.- Tenía antecedente de intento de suicidio? No__ No se explora__ Si__

- Había tenido 24 horas de observación hospitalaria? No __ Si__
- Tenía seguimiento por Psiquiatría? No__ Si__

5.- Fue aplicada la Guía Práctica para la evaluación del riesgo de suicidio? No__ Si__

6.- Fue remitido por el médico de familia a:

- Psicólogo del área de salud
- Psiquiatra del área de salud
- Guardia de psiquiatría

VII.- Fue visto por el psicólogo No__ Si__

- Fue evaluado el riesgo de suicidio No __Si__
- Fue remitido al psiquiatra del área o a la guardia de Psiquiatría? No __Si__

VIII.- Fue visto por el psiquiatra No __Si__

- Fue evaluado el riesgo de suicidio No __Si__
- Fue remitido a la guardia de psiquiatría?. No__ Si__

IX.-Fue visto por la guardia de psiquiatría? No __Si__

- Fue hospitalizado? No __Si__

III.- Conclusiones

- Falló la cadena preventiva? No__ Si__
- En la atención primaria de salud? No__ Si__
- En los servicios de salud mental? No__ Si__

En el hospital psiquiátrico? No__ Si__

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. MEDISAN [Internet]. 2010 Nov [citado 2015 Dic 03]; 14(8): 1054-1060. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000800002&lng=es.
- 2- Torralbas Blázquez Mario José, Torralbas Fitz Sergio José, TorralbasFitz Ana de Lourdes, Rubio Ricardo Abelardo. Conducta suicida en pacientes con trastornos mentales descendientes de familias consanguíneas. CCM [Internet]. 2013 Sep [citado 2015 Dic 03]; 17(3): 403-404. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300024&lng=es
- 3- Ovalle Borrego Ivett, Santana Santana Evelio R. Caracterización clínico-epidemiológica del intento suicida en La Coloma. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2013 Oct [citado 2015 Dic 03]; 17(5): 74-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500008&lng=es.
- 4- Moreno Campa Celia, Díaz Cantún Carlos Luis, Soler Santana Raxsy, BrossardCisneroMarlenis, Carbonell García Isabel Cristina. Caracterización epidemiológica de la conducta suicida en la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2012 Feb [citado 3 Dic 2014]; 16(2): 205-211. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000200008&lng=es.
- 5- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Situación de salud de Cuba. Indicadores básicos 2001. Ciudad de La Habana: MINSAP, 2002.
- 6- Trenzado Rodríguez N, Canosa Besu LB, González Pérez H. Epidemiología del suicidio en Cárdenas. Rev medica electrón [Internet]. 2008 [citado 3 Dic 2014]; 4(20): Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol4%202008/tema01.h>
- 7- Cortés Alfaro Alba. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [citado 3 Dic 2014]; 30(1): 132-139. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100013&lng=es
- 8- Soler Santana Raxsy, Castillo Núñez Bárbara, BrossardCisnero Marlene, Peña García Carilda Emilia. Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida. MEDISAN [Internet]. 2010 Jul [citado 4 Dic 2014]; 14(5): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000500010&lng=es
- 9-Turiño Pedraja JA, Castro Perdomo FE. Conducta Suicida en niños y adolescentes. Aspectos éticos y morales según los estudios Ciencia -Tecnología -Sociedad. Rev Humanidades Médicas [Internet]. enero-abril de2004 [citado 2015 Dic 03]; 4(10):0-0. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2004/n10/body/hmc040104.htm>
- 10- Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández FG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. Revista MEDISAN [Internet]. 2010 [citado 2015 Dic 03]; 36(1):0-0 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm
- 11- Pérez Martínez Víctor Tadeo. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral, acerca de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Dic 03]; 27(4): 455-466. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400004&lng=es.
- 12- Hernández Trujillo Ariane, Eiranova González- Elías Irina, López Acosta Yelina M. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. MEDISAN [Internet]. 2013 Dic [citado 2015 Dic 03]; 17(12): 9027-9035. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200001&lng=es.
- 13-Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Suicidio. Mortalidad y prevención. Factográfico de Salud [Internet]. 2015 Sep [citado 4 Dic 2015]; 1(9): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2015/09/factografico-de-salud-septiembre-2015.pdf>
- 14- Alba Cortés Alfaro; Juan Aguilar Valdés; Ramón Medina Suárez; Jorge Luis Toledo Prado; Bernardo Echemendía. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spiritus. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología .2010; 48(1):15-23.
- 15- Lanza OMS primer informe sobre la prevención del suicidio. Octubre 24, 2014. Tomado del Boletín de Prensa Latina Copyright 2014 "Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A. [citado 2015 Dic 04]; Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2014/10/24/lanza-la-oms-primer-informe-sobre-la-prevencion-del-suicidio/>
- 16-Toro DC, Paniagua RE, Gonzáles CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo suicida. Medellín 2006. RevFacNac Salud Pública [Internet]. 2009

[citado 4 Dic 2015]; 27(3): 302-8. Disponible

en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/1446>

17- Pérez Barrero SA. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Revista Futuros [Internet]. 2005 [citado 4 Dic 2015]; 3(9). Disponible

en: http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_adol1.htm

18- Castillo Ledo I. Caracterización del intento suicidio en el municipio Roda. Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente [Internet]. 2007 [citado 22 Agosto 2008]; (8): 125-42. Disponible en: <http://www.paidopsiquiatria.com/numero8/art9.pdf>

19- Noa López Josefina, Miranda Vázquez Margarita. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. MEDISAN [Internet]. 2010 Abr [citado 2015 Dic 04]; 14(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300011&lng=es

Recibido: 03 de agosto de 2015

Aceptado: 10 de diciembre de 2015

Aleida Santamarina Fernández. Universidad de Ciencias Médicas de Granma "Celia Sánchez Manduley, Cuba. Correo electrónico: geminis1973@grannet.grm.sld.cu