

Alcances y limitaciones de un enfoque de riesgos para comprender el suicidio

Reaches and limitations of a risk approach to understand suicide

Lic. Alejandro Arnaldo Barroso Martínez

Licenciado en Psicología. Universidad de la Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: El suicidio es un fenómeno social que va en incremento en todas las regiones del mundo. No obstante, los esfuerzos teóricos y metodológicos han priorizado de forma acrítica, la identificación y caracterización de lo que consideran factores de riesgo. Consecuentemente, el artículo intentó mostrar los alcances y las limitaciones de este enfoque de riesgos, así como algunas premisas para plantear una perspectiva tanto alternativa como complementaria de comprensión.

Métodos: Se utilizaron diferentes bases de datos, revistas especializadas en el tema, y el buscador académico de Google. Se utilizó información actualizada, y representativa desde el punto de vista geográfico.

Desarrollo: Se realizó una caracterización contextualizada del enfoque de riesgos en el estudio del suicidio. Se identificaron las limitaciones de este enfoque dentro de la disciplina estadística misma, así como en sus aplicaciones para comprender la salud como un proceso social.

Consecuentemente se propusieron algunas premisas teóricas para comprender el suicidio.

Conclusiones: Comprender el suicidio es ir más allá de la prevención del acto de suicidio en sí. Necesitamos entender la forma histórica en que se vive y se significa esta vida. Para lograr este entendimiento, las ciencias de la salud necesitan articular los saberes transdisciplinarios sobre la relación entre el individuo y la sociedad, lo biológico y lo social. La tarea va más allá del campo disciplinar de la clínica, y aún de la academia, porque implica replantear la forma en que nos relacionamos a diario.

Palabras clave: Suicidio, factores de riesgo, neoliberalismo.

ABSTRACT

Introduction. Suicide is a social phenomenon which increases in all regions all over the world. Nevertheless, theoretical and methodological efforts have given priority in an uncritical way to the identification and characterization of what is considered risk factors. Consequently, this article attempts to show the reaches and limitations of this risk approach, as well as some premises to give a perspective both alternative and complementary for comprehension

Methods. Different data bases, specialized journals on this topic, Google Academic Searcher, and up-dated representative information from the geographical point of view were used

Development. A contextualized characterization of the risk approach in the study of suicide was carried out. The limitations of this approach within statistics as a discipline as well as its applications to understand health as a social process were identified. Consequently, some theoretical premises were proposed to understand suicide.

Conclusions. Understanding suicide is to go beyond the prevention of the act of suicide in itself. We need to understand the historical way we are living our lives. Health sciences need to articulate trans-disciplinary knowledge about the relationship between individual and society; between what is biological and what is social to achieve this understanding. The task goes beyond the field of the clinic and even beyond the academy, because it implies to reconsider the way we relate ourselves daily.

Keywords: Suicide, risk factors, neoliberalism.

INTRODUCCIÓN

La palabra suicidio proviene del latín *sui*, que significa *a sí mismo*, y *caedere* que significa *matar*, es decir, matarse a sí mismo.¹ El suicidio es conceptualizado en la literatura científica, como el acto deliberado y voluntario por el que se intenta acabar con la propia vida. La diferencia del suicidio con la autolesión, es que en esta última no existe la intención de morir.²

El acto de suicidio puede ser entendido en un continuo de dos etapas, aunque no ocurren necesariamente en orden. Estas son: la ideación, y el intento suicida.³ La ideación abarca el deseo de morir, así como la representación de un plan más o menos específico. Por su parte, el intento constituye la acción intencional de atentar contra la propia vida.³

La tasa global de mortalidad por suicidio se ha registrado en 16 por cada 100 000 habitantes⁴, mostrando un crecimiento del 60% en los últimos 45 años. Estos datos equivalen a un suicidio cada 40 segundos en el mundo.^{5,6} Según datos obtenidos por la misma OMS⁴, las estadísticas de los intentos de suicidio son más alarmantes, pues se estima que por cada suicidio se producen 20 intentos. En Estados Unidos por ejemplo, de 1999 a 2014 la tasa de suicidios en mujeres subió de 4.0 a 5.8 por cada 100 000 personas, y en hombres pasó de 17.8 a 20.7. En México, del año 2000 al 2013, la tasa por cada 100 000 subió en mujeres de 1.1 a 1.7, y en hombres de 6.0 a 8.1.⁸

En el caso de Cuba, las llamadas “lesiones auto infligidas” se han constituido por ejemplo de 2003 hasta 2014, como la novena causa de muerte.⁹ Si se hace un recorte estadístico de 2005 hasta 2014, se observa que la tasa de suicidios por cada 100 000 habitantes en Cuba ha experimentado un breve descenso entre las mujeres 6.1 (2005), 5.4 (2008) y 5.2 (2014). En el caso de los hombres la situación es lo contrario, evidenciándose incrementos 18.3 (2005), 18.7 (2008), 20.4 (2014).⁴⁻⁶

Los datos globales son alarmantes. A esto hay que añadir que muchas muertes e intentos no se reportan o se distorsionan, debido a restricciones religiosas, jurídicas, tabúes y estígmata sociales.⁵ El suicidio es considerado un problema global y urgente de salud pública.¹⁰ Por esta razón, a partir del 2013 la OMS se ha propuesto reducir en un 10% la tasa de suicidio en los países.⁶

En América Latina se pueden identificar tres líneas fundamentales de investigación sobre el suicidio: 1. El análisis y puesta en práctica de programas de intervención.¹¹ 2. La exploración del significado sociocultural del suicidio y el intento de suicidio, desde aproximaciones como la Salud Colectiva¹² y la Antropología.¹³ Una vertiente de esta línea de investigación explora en las representaciones sociales y creencias asociadas al suicidio.¹⁴

La tercera línea es mayoritaria, e incluye las investigaciones que caracterizan e identifican los factores de riesgo asociados al suicidio.¹⁵⁻²⁰ En el caso específico de Cuba, al igual que en América Latina, son mayoritarios los trabajos que pertenecen al enfoque de riesgos. En el país se pueden citar varios trabajos.²¹⁻²⁹

A pesar de que los intentos por identificar y caracterizar los llamados "factores de riesgo" constituyen una línea de investigación prioritaria en América Latina, la revisión bibliográfica muestra que se ha sido poco crítico con las premisas teórico-metodológicas que sustentan esta forma de investigación. En última instancia, estas limitaciones son resultado de una forma de entender lo social, la relación individuo-sociedad, y el proceso salud-enfermedad.

El objetivo de este artículo es caracterizar la forma que adopta un enfoque de riesgos dentro de las ciencias de la salud, para determinar los alcances y limitaciones que ello implica en la comprensión del suicidio. Esto permitirá argumentar una perspectiva crítica que puede ser alternativa o complementaria. Estas tareas se realizan a partir de una revisión bibliográfica de tipo temática.

MÉTODO

Si bien el artículo aborda la definición de suicidio, el núcleo que define la revisión temática realizada puede ser agrupado en 2 dimensiones de búsqueda. La primera es la de las investigaciones sobre el suicidio, de manera que se pudiera apreciar el lugar que ocupa la línea que investiga en los riesgos. En esta etapa se utilizaron las bases de datos digitales ScieLo, DIALNET y REDALYC; así como la información del sitio web INFOMED.

Dada la cantidad de estudios encontrados, se decidió analizar aquellos realizados en América Latina, incluida Cuba. Se utilizaron como criterios selectivos: la saturación en las 3 líneas investigativas definidas, así como la pertenencia a una diversidad de países latinoamericanos además de Cuba. Con el propósito de cubrir un espectro temporal amplio y actual de investigaciones, estas abarcan de 1998 a 2016.

La segunda dimensión corresponde a la búsqueda de los argumentos que se sostienen sobre la investigación de riesgos en las ciencias de la salud, y específicamente vinculados al suicidio. Esta dimensión incluyó la búsqueda de criterios para construir una perspectiva teórica y metodológica alternativa en la investigación del fenómeno. Para esto se utilizó el buscador de Google académico: <https://scholar.google.com.mx/>. Como términos claves se utilizaron: *Riesgos en salud, factores de riesgo en salud, críticas a la investigación de riesgos en salud, suicidio y factores de riesgo*.

La búsqueda no arrojó resultados sobre posturas críticas relacionadas a la utilización del enfoque de riesgos en el estudio del suicidio. Por esto, las críticas al enfoque de riesgos en el estudio del suicidio, son una aplicación de los debates teóricos sobre el uso del concepto de riesgos en el campo de las Ciencias de la Salud en general.

DESARROLLO

Caracterización del enfoque de riesgos en el estudio del suicidio

El concepto *factor de riesgo* es ampliamente utilizado en el campo de las ciencias de la salud. Su utilización se realiza fundamentalmente con una perspectiva epidemiológica, y en el contexto del modelo médico para entender la enfermedad. Un factor de riesgo es definido como un comportamiento individual, una condición, o conjunto de condiciones psicosociales que pueden incrementar, en este caso, la ocurrencia de un comportamiento suicida.³⁰

Como factores de riesgo asociados al suicidio, se ha argumentado el carácter sugestivo y la exposición a noticias e historias mediáticas³; así como la proximidad psicológica o la empatía con la persona que intenta suicidarse.³¹ Estos dos enfoques han investigado el suicidio a partir de la metáfora del contagio, y la importancia que se le ha asignado a los procesos de aprendizaje e imitación del comportamiento suicida de otros.

También se han argumentado otros factores de riesgo. Estos incluyen la historia de los intentos previos de suicidio, y los sentimientos de soledad²¹, el consumo de sustancias^{16, 32-35}, así como las pérdidas laborales y familiares.¹⁷⁻³⁶

Por último, se han identificado determinadas características psicopatológicas individuales como la agresividad y la impulsividad³⁷, enfermedades como la esquizofrenia, y las "desventajas socioeconómicas"; en cuyo análisis el proceso histórico de inequidad ha sido reducido al concepto *condiciones*.¹²

El concepto *factor de riesgo* tiene un origen en la Epidemiología, y las raíces fundacionales estadísticas de esta. La determinación de aquella variable que se considera un factor de riesgo, depende de la asociación consistente que mantiene con otra u otras variables. En esta lógica estadística, quedan anuladas las singularidades de los casos, y las variaciones culturales.³⁸

Trabajar el concepto de riesgo como agente causal, implica dos tipos de generalización estadística que son cuestionables. La primera, es que la variable identificada como tal, tenga una relación temporal ascendente, en este caso con el suicidio. La búsqueda de este tipo de temporalidad se realiza comenzando por la selección de aquellas personas consideradas expuestas al factor o los factores de riesgo.³⁹ De esta forma, la comprensión del suicidio puede quedar limitada a la presencia de unos factores más que otros, o su variabilidad demográfica; cuando hay procesos históricos y compartidos que pueden ofrecer un marco explicativo del fenómeno a nivel cultural.^{12,40} Este nivel de explicación es complejo, pero puede generar conocimiento más allá de la confirmación que se tiene cuando estadísticamente se extrae una relación causal a casos no conocidos a través del cálculo de las diferencias de medias, y los intervalos de confianza.³⁸

La segunda generalización estadística ha sido criticada en su propia lógica epistemológica. La garantía estadística de que la variable considerada factor de riesgo tiene una asociación de tipo causal ascendente con otra variable, se busca controlando la presencia de los llamados factores confusores.³⁸ En un esquema causal ascendente que contempla uno o varios factores de riesgo, un factor confusor es una variable que pudiera tener una influencia en la relación causal ascendente que nos interesa. Por esta razón, su control permite descartarlo como agente causal, y reforzar la confianza en los factores de riesgo identificados como intrínsecamente causales.³⁹

Dada la determinación estadística y epidemiológica de esta forma de establecer relaciones causales, en la comprensión del suicidio esos factores confusores o terceras variables, quedan excluidos bajo una lógica que no permite problematizarlos socialmente. En algunos estudios sobre suicidio^{24,25}, incluso los factores de riesgo se asumen como tales de forma menos crítica dentro de la propia lógica positivista. Esto ocurre, una vez que les basta confirmar una relación temporal ascendente, y no se emplean otros métodos como la regresión logística. La forma en que se trabajan ambas generalizaciones estadísticas, justifica que el enfoque de riesgo haya sido criticado como a histórico, y a social.³⁸

En congruencia con un enfoque epidemiológico positivista, en el que la prioridad en el estudio de la salud lo constituye la enfermedad; el enfoque de riesgos solo tiene en cuenta aquello que promueve o determina la muerte por mano propia. En este sentido, hay ausencia de un análisis sobre los procesos que determinan también la vida, y la forma en que se vive. Esto permitiría explicar, por qué en el mismo contexto de procesos sociales, unas personas intentan suicidarse, pero otras no.

La noción de procesos sociales merece un análisis. Un enfoque de riesgos consiste también en la segmentación de la sociedad en condiciones, y en factores que en vez de explicar la forma en que se vive; reducen su comprensión a un esquema en el que unos factores son más relevantes que otros.

Este enfoque también fragmenta la sociedad en la suma de individuos. Esto anula las posibilidades de cualquier debate sobre la forma en la que se significa la vida como un proceso necesariamente cultural. Con ello, también se limitan las posibilidades de construir una ciencia interdisciplinaria sobre la salud. Este ha sido uno de los reclamos de la Epidemiología Crítica Latinoamericana en el estudio del proceso salud-enfermedad.

Ni el estudio de la vida y la salud, ni la concepción epistemológica de proceso, se rescatan acudiendo al concepto *factor protector para la salud*. Un factor protector ha sido definido como aquellos comportamientos o condiciones que evitan o ayudan a evitar que ocurra un daño para la salud.^{6,18} En el caso del suicidio se han citado como "factores protectores", el tener redes de apoyo social, las creencias religiosas⁶, así como el sentido de responsabilidad vinculado por ejemplo, a la familia, los hijos, la pareja o la ocupación.³³

El concepto *factor protector* opera en la misma lógica que lo hace el de factor de riesgo. Esta perspectiva limita el entendimiento de la sociedad como escenario en el que se explica no solo la actitud ante la muerte, sino en primer lugar ante la vida que se considera vale la pena, y merece ser vivida.

Un riesgo es una contingencia probable, pero hay procesos sociales estructurales permanentes, que no pueden ser aprehendidos si no se hace desde una perspectiva histórica.⁴⁰ Un ejemplo son los procesos de inequidad en la sociedad capitalista. La exclusión de las mujeres o de grupos con capacidades diferentes vulnera, y crea sistemas inequitativos de oportunidades.⁴⁰

Este es un argumento que enfrenta la forma predominante y hegemónica de estudiar el suicidio. Se necesita una perspectiva en la que se aborden las relaciones entre lo biológico y lo social, el individuo y lo colectivo, y desde un enfoque inter y transdisciplinario. El saber clínico y epidemiológico resulta desbordado e insuficiente, para comprender y generar prácticas y políticas que partan de lo que significan los modos de vivir.^{40,41}

Premisas teóricas de un enfoque alternativo en la comprensión del suicidio

El desarrollo acelerado del Neoliberalismo, fundamentalmente a partir de los años 80 del siglo pasado; ha reconfigurado las formas de relación social de los individuos consigo mismos, y con otros.⁴¹ A diferencia de los períodos anteriores de desarrollo capitalista, la acumulación de capitales y especialización del trabajo, han conllevado una transformación cultural que abarca a toda la sociedad.

La relevancia de problematizar el suicidio en un contexto neoliberal, responde a la amplitud de la transformación cultural que ha conllevado, y a que es un proceso histórico, cuya contradicción central capital-trabajo, ha llegado a un punto de tensión sin precedentes para la salud mental.^{39,41,42} Problematicar la relación de las contradicciones capitalistas con la forma en que se vive y significa la vida social, teórica y metodológicamente aporta una mirada sobre procesos que son determinantes centrales.^{12,40-43} Con ello, también se ofrece un marco de coherente y articulado de referencia para explicar una multiplicidad de factores de riesgo.

En el Neoliberalismo, por primera vez la vivencia del cuerpo y de las emociones propias es un objetivo intencional en la competencia por incluir a las personas en la cultura del mercado.^{43,45} Los valores globalizados de eficiencia y rentabilidad personal, han coadyuvado en la emergencia de contradicciones que desestabilizan y hacen vulnerable a los individuos. Por ello, es que se ha investigado la relación entre el Neoliberalismo, la salud mental^{40,43,45}, y en este contexto el suicidio.^{12,40}

La libre elección y el consumo personal, han venido a constituir una de las bases de la apatía por el otro, el distanciamiento de los referentes colectivos como redes de apoyo y sistemas de identificación, así como la dependencia de lo material como fuente casi exclusiva de autoestima e identidad personal.⁴³⁻⁴⁵

A la vez que se estimula la libre elección, y la competencia individual como mecanismos para estimular el consumo y una productividad alienantes, los individuos se perciben a sí mismos como autónomos, pero también responsables individuales de la forma en que viven socialmente. De esta forma, se invisibiliza cualquier crítica a las contradicciones capitalistas, y los problemas cotidianos se sufren como responsabilidades, fracasos, inadecuaciones, e incompetencias individuales.^{43,45}

Las características de esta nueva etapa neoliberal, son entre otras, la atomización y el aislamiento apático de los individuos, con la consecuente desconfianza por los otros; la relativización de la moral, y la incertidumbre por el presente y el futuro como resultado de la precarización del trabajo.^{10,43}

En este contexto neoliberal es que las investigaciones se preguntan por lo que significa el modo de vivir.^{36,48} La depresión ha sido uno de los factores que más comúnmente se han asociado al suicidio.⁵³ Desde una perspectiva que trasciende la preocupación exclusiva por el riesgo, la depresión puede ser analizada en su vínculo con la idealización de lo joven, y los fracasos en la optimización del cuerpo.^{42, 43}

También es analizable la brecha que crea el Capitalismo entre la estimulación creciente de los deseos y necesidades, y las posibilidades reales que ofrece a su satisfacción. Ello en un contexto de creciente precarización laboral.⁴⁰⁻⁴³

Otro eje de análisis investigado, es cómo el sujeto se vivencia a sí mismo dentro de la dinámica de valoración material.^{42,44} Por un lado, una creciente valoración del éxito y la autoestima a partir de las posesiones materiales, y por otro la obsolescencia acelerada de estos mismos productos, a partir de su misma lógica capitalista de producción.^{10,43}

El discurso médico y epidemiológico tradicional no se pregunta por esto.^{12,36,40,43} No responder a esta interrogante desconecta la teoría sobre la vida real de las personas, y dentro de la teoría misma; no se plantea el problema de cómo construir una ciencia en beneficio de lo colectivo y social, cuando el individuo mismo está aislado de todo compromiso y participación.

Las limitaciones en el estudio del suicidio a partir de un enfoque de riesgos, muestran que es necesario ubicar la unidad de análisis más allá del acto suicida. La significación de quitarse la vida por mano propia puede tener una explicación en la historia de vida del sujeto. En este sentido, la metodología cualitativa puede ser muy útil para identificar y comprender los discursos que participan en la definición misma de lo que constituye un problema para la persona.³⁶

Son relevantes los discursos y reglas que se utilizan por parte de los sujetos para significar, explicar, y resolver sus problemas. Es necesario enfocar esta perspectiva como parte del estudio de trayectorias personales y narrativas. Esto implica sustituir la búsqueda de la causalidad lineal, por el estudio de la vida de los individuos en el contexto de las articulaciones entre lo económico, lo político, lo cultural.^{36,41}

Un ejemplo del ejercicio anterior son los estudios llevados a cabo por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 2012. Desde una perspectiva etnográfica, los resultados sostuvieron que el atentar contra la propia vida es una vivencia y un comportamiento resultado de transformaciones en los modos de vida históricos, en este caso de poblaciones originarias de América Latina.

Otra exigencia epistemológica muy relacionada a la anterior, es abordar esta relación desde perspectivas inter y transdisciplinarias, y como un proceso histórico. Tal es el ejercicio permanente que hacen campos como la Medicina Social, y la Salud Colectiva, fundamentalmente en América Latina. Consecuentemente se plantea la necesidad de metodologías mixtas, y repensar categorías como *cultura, modos de vida, trabajo, y edad*.^{12,47-49}

Estas categorías deben ser repensadas desde un punto de vista histórico y procesual. Por ejemplo, la categoría *edad* es recurrente en el estudio del suicidio, pero sólo como vía para caracterizar a la población estudiada.^{2,25} Con esto, se limita el poder explicativo de la categoría para comprender el suicidio.

Si se trasciende una visión estática y a histórica de la edad, esta se puede comprender como una construcción social intencionada.^{47,48} Siguiendo esta lógica, y en relación al suicidio, podríamos preguntarnos por el vínculo entre la estimulación capitalista del consumo, y los discursos que idealizan el tiempo y el cuerpo joven, así como sus capacidades. A estas preguntas no escapan las vivencias de la vejez como fealdad, aislamiento, e incapacidad.^{48,49}

No se trata de que un enfoque de riesgos sea inoperante, sino de las preguntas que pueden o no ser respondidas con su utilización, y el alcance de las mismas. Se trata de las implicaciones epistemológicas, metodológicas y cotidianas, que tiene ofrecer algunas respuestas, dejar de ofrecer otras, y cambiar las preguntas.

CONCLUSIONES

El suicidio es un fenómeno social cuyas tasas de incidencia se han incrementado dramáticamente en los últimos años. Por esta razón, es considerado por la OMS como un tema prioritario de Salud Pública.

La investigación sobre este tema ha adoptado diversas líneas de investigación, aunque se destacan los estudios que tratan de identificar y caracterizar los llamados "factores de riesgo". El enfoque de riesgos se caracteriza por el intento de comprender el suicidio como causado por un grupo de factores identificables. Por esto, la tarea prioritaria es su caracterización con el objetivo de prevenir o atenuar su presencia en los grupos humanos. Este enfoque ha sido asumido casi de forma acrítica en la investigación sobre el suicidio, como resultado de la perspectiva positivista que ha primado históricamente en las ciencias de la salud.

Este enfoque si bien ha movilizado crecientemente la investigación sobre el tema, y ha permitido una visión del suicidio como un fenómeno multideterminado; tiene limitaciones importantes. La primera es que limita las posibilidades de comprender la determinación social del suicidio, porque los "factores" escinden lo social en un grupo de variables relevantes, que son los que orientan la investigación.

Al ser un esquema causal a histórico, se enfatiza el análisis del acto de suicidio, o de la persona que intenta suicidarse. Con ello, se pasa por alto que el fenómeno de atentar contra la vida debe ser analizado en primer lugar, como proceso histórico de significar la forma en que se vive.

Esta exigencia implica acudir a saberes inter y transdisciplinares, articular conocimientos sobre la relación entre lo individual y lo colectivo, lo biológico y lo social. Consecuentemente, es importante retomar metodologías cualitativas, pensar nuevas categorías, y replantear desde la perspectiva de procesos las que se han estado utilizando.

Las soluciones no están solo en la investigación, sino también en la forma en que nos relacionamos cotidianamente. Hay que potenciar los espacios de comunicación desde el acuerdo, defender los lazos comunitarios no como estructuras burocráticas, sino como fuentes de apoyo e integración en la vida social. Es un imperativo seguir protegiendo la vida como un proceso complejo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tejeda A. Suicidio. La última decisión. México D.F: Editorial Trillas; 2011.
2. Apter A y Gvion Y. Suicide and Suicidal Behavior. Public Health Reviews. 2012; 34 (2): 1-20.
3. Phillips D. The influence of suggestion on suicide. Substantive and theoretical implications of the Werther effect. American Sociological Review. 1974; 3 (39): 340-54.
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio; 2012.
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales; 2009.
6. Organización Mundial de la Salud. Previendo el suicidio, un imperativo global; 2014.
7. Crosby A, Caine E, Hindman J y Reed J. Preventing Suicide: A comprehensive Public Health Approach. 2015 [citado 13 sept 2016]; Disponible en: <http://www.cdc.gov/cdcgrandrounds/archives/2015/september2015.htm>.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. 2015 [citado 2 febrero 2016]; Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?c=274>.
9. Oficina Nacional de Estadística e Información. Anuario Estadístico de Cuba 2014. Cap. 19: Salud y Asistencia Social; 2015.
10. Lipovetsky G. La sociedad de la decepción. Entrevista con Bertrand Richard. Editorial Anagrama: Barcelona; 2008.

11. Santana R, Núñez B, Brossard M, y García C. Calidad de la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida. 2010 [citado 14 oct 2016]; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_5_10/san10510.htm.
12. Guinsberg E, Martínez A. Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2009; 27 (1): 1-15.
13. UNICEF. Suicidios adolescentes en pueblos indígenas. Tres estudios de casos. 2012 [citado 9 mar 2016]. Disponible de internet en:
http://www.iwgia.org/publicaciones/buscar-publicaciones?publication_id=575.
14. Montoya R, García J, Loyo L, López T, y Gaitán J. Consenso Cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. Revista Colombiana de Psicología. 2011; 20 (2): 1-10.
15. Ávila D y Beltrán A. Prevalencia de suicidio y factores de riesgo en pacientes que acudieron al hospital Homero Castanier Crespo-Ciudad de Azogues-Período 2010-2012. [Tesis]. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
16. Pompili M, Serafini G, Innamati M, Dominici G, Ferracuti S, Katzalidis G, Serra G, Girardi P, Janini L, Tatarelli R, Sher L, y Lester D. Suicidal Behavior and alcoholic abuse. International Journal Environment Research and Public Health. 2010; 7 (4): 1392-1431.
17. Rábago H, Flores J, Gómez J, A Ureña G, y Vargas, J. Factores de riesgo asociados a intento de suicidio comprobando factores de alta y baja letalidad. Revista de Salud Pública. 2010; 15 (5): 713-21.
18. Rueda V, Villalba A, Camacho P, y Jaimes G. Factores de riesgo y protectores para intento suicida para adultos colombianos con suicidabilidad. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2010; 39 (4): 705-15.
19. Saavedra J y Vargas H. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Revista Neuropsiquiatría. 2012; 75 (1): 19-28.
20. Sánchez R, Orejana S, y Guzmán Y. Características de los suicidas en Bogotá: 1985-2000. Revista Salud Pública. 2004; 6 (3): 217-34.
21. Alfaro A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Revista Cubana Medicina General Integral. 2014 [citado 9 sept 2016]; 30(1):132-9. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100013.
22. Calvo Y, Prado J, Escobar J, Núñez E, García A, Barreto E. Factores de riesgo asociados al suicidio en el municipio Sancti Spíritus en el quinquenio 2005-2009. Revista Finlay. 2013; 3 (1): 58-65.
23. Falcón Z, Sánchez S, Polanco I, Rodríguez M. Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. 2010 [citado 8 mar 2016]; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san02810.htm.
24. Hernández I, Milián L. Caracterización de la situación de los individuos con intento suicida. Revista de Ciencias Médicas. 2016; 23 (1): 83-94.
25. Huerta B, González Y, Kondeff M. Caracterización de la conducta suicida en adolescentes del municipio Cerro, 2009-2010. Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana. 2012; 9 (2): 1-12.
26. Leyva L, Gómez A, Correa M, y Rojas L. Caracterización de algunos factores socio-psicológicos en adolescentes con intento suicida en el municipio Morón. MediCiego. 2012 [citado 9 sept 2016]; 18:(Supl.2): 1-10. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=93556&id_sección=3715&id_ejemplar=9162&id_revista=226
27. Nápoles L, Sorí G, Concepción D, y García T. Conducta suicida. Factores de riesgo asociados. Revista Cubana de Medicina General Integral. 1998; 14 (29): 122-6.
28. Olmo Y, Bello L, Arias O. Prevención del suicidio en adolescentes en un área de salud de Santiago de Cuba. 2012 [citado 8 sept 2016]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100013.
29. Veranes M, Sánchez A, Álvarez L, Laena Y, y Naranjo J. Tentativa de suicidio en la población mayor de 15 años durante el bienio 2011-2012. Medisan. 2013; 17 (10): 6072-79.
30. McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris F, y Jepson R. Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behavior. A Literature Review. 2008 [citado 3 mar 2016]. Disponible en: www.scotland.gov.uk/socialresearch.
31. Zenere F. Suicide clusters and contagion. Principal Leadership. 2009; 2 (10): 12-16.
32. Borges G, Orozco R, Mora E. Índice de riesgo para el intento de suicidio en México. Revista Salud Pública. 2012; 54 (6): 595-606.

33. Pérez C y Asenjo M. Indicadores de riesgo y criterios epidemiológicos de causalidad. 2010 [citado 7 mar 2016]. Disponible en: www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1761/76/00760083_LR.pdf.
34. Razvodousky Y. Alcohol consumption and suicide rates in Russia, Suicidiology Online. 2011; 2: 67-74.
35. Sher L, Oquendo M, Galfalvy H, Gurebaum M, Burke A, Zalsman G, y Mann J. The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. Addictive Behavior. 2005; 30 (6): 1144-53.
36. Stolkiner A. Subjetividades de época y prácticas en Salud Mental. Revista Actualidad en Psicología. 2001; XXVI (239): 1-9.
37. Castro A y Salvo L. Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidialidad en adolescentes. Revista Médica de Chile. 2013; 141: 428-34.
38. Filho A, Castiel L y Ayres J. Riesgo: Concepto básico de la Epidemiología. Salud Colectiva. 2009; 5 (3): 1-12.
39. Ayçaguer, L. Causalidad y predicción: diferencias y puntos de contacto. Medwave. 2014; 14 (8): 1-6.
40. Guinsberg E. Normalidad, conflicto psíquico, control social. México D.F: Plaza y Valdés; 1996.
41. Breilh J. Entrevista: Jaime Breilh. Trabajo, Educación, Salud. 2015; 13 (2): 533-40.
42. Byung-Chul H. La sociedad de la transparencia. Editorial Herder: Barcelona; 2013.
43. Guinsberg E. La salud mental en el neoliberalismo. México D.F: Plaza y Valdés; 2005.
44. Ferry L. El hombre-Dios o el sentido de la vida. Tusquets editores: Barcelona; 2010.
45. Lipovetsky G. La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo. Editorial Anagrama: Barcelona; 2007.
46. Lipovetsky G y Serroy J. La cultura-mundo. Respuesta a una sociedad desorientada. Editorial Anagrama: Barcelona; 2010.
47. De Quiroga A. Subjetividad y cambio social. América Libre. 2012 [citado 17 sept 2016]; 15: 1-9. Disponible en: http://www.espiraldialectica.com.ar/espiral/pdf/quirosa_subjetividad_cambio.pdf.
48. Reguillo R. Pensar los jóvenes: Un debate necesario En: Emergencia de culturas juveniles. Estrategias del desencanto (pp.19-47). Colombia: Editorial Norma; 2000.
49. Reguillo R. La condición juvenil en el México contemporáneo. Biografías, incertidumbres y lugares. 2014 [citado 22 sept 2016]. Disponible en: [https://www.clubensayos.com/Acontecimientos-Sociales/ La-Condici%C3%B3n-Juvenil-En-El-M%C3%A9jico- Contempor%C3%A1neo-Biograf%C3%ADAs/ 1936738.html](https://www.clubensayos.com/Acontecimientos-Sociales/ La-Condici%C3%B3n-Juvenil-En-El-M%C3%A9jico- Contempor%C3%A1neo-Biograf%C3%ADAs/).

Recibido: 02 de enero de 2017.
Aceptado: 04 de abril de 2017

Alejandro Arnaldo Barroso Martínez. Universidad de la Habana, Cuba. Correo electrónico: almex2012@gmail.com