

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), Cuba.

Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores

Suicide mortality risk and protective factors

Beatriz Corona Miranda ^I, Mariela Hernández Sánchez^{II} y Rosa Marina García Pérez^{III}

^IEspecialista Primer Grado en Medicina General Integral e Higiene y Epidemiología. Máster en Salud Ambiental. Investigador Agregado. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. beatrizc@inhem.sld.cu

^{II}Especialista Segundo Grado en Higiene Escolar. Máster en Epidemiología. Investigador Auxiliar. Profesora Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. marielah@inhem.sld.cu

^{III}Especialista Segundo Grado en Higiene y Epidemiología y Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Ambiental. Investigador Agregado. Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. rosamarina@inhem.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el suicidio es un problema universal y multicausal. El sexo, la cultura, el grupo étnico, la historia familiar, los trastornos emocionales, la violencia, el maltrato infantil y las condiciones socioeconómicas desfavorables son determinantes a tener en cuenta en su epidemiología, existiendo factores de riesgo y protectores relacionados con esta conducta.

Objetivo: actualizar aspectos relacionados con la mortalidad por suicidio e identificar los factores de riesgos y protectores que intervienen en esta lesión autoinfligida intencionalmente.

Material y Métodos: se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud, utilizando las bases de datos Cielo, Ebsco, Revistasmédicas cubanas y otros, se obtuvieron 89 publicaciones y se incluyeron 29 artículos atendiendo a su relevancia, pertinencia y actualidad en el último

quinquenio.

Resultados: la Organización Mundial de la Salud, en su informe del año 2014, reportó que las regiones de bajos y medianos ingresos aportaron 75,5 % de la mortalidad por suicidio en el mundo, representando 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y 71% entre mujeres. En Cuba es la novena causa de muerte y la tercera en el grupo de 10-19 años, incrementándose las tasas a partir de los 60 años de edad. Existen factores de riesgos y protectores a nivel individual, familiar, comunitario, e institucional que se relacionan directamente con esta conducta.

Conclusiones: la identificación precoz de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores, tienen repercusiones positivas en las estrategias de prevención del suicidio.

Palabras clave: suicidio, lesiones autoinfligidas intencionalmente, conducta suicida, factores de riesgo y protectores.

ABSTRACT

Introduction: suicide is a universal problem with many causes. Gender, culture, ethnicity, family history, emotional disorders, violence, child abuse and unfavorable socioeconomic conditions are determining to consider in its epidemiology, existing risk and protective factors related to this behavior.

Objective: update aspects of suicide mortality and identify risk and protective factors involved in this intentionally self-inflicted injury.

Material and Methods: a literature review was conducted in different databases of the Virtual Health Library, using the bases of SciELO, Ebsco, Cuban medical journals and other data were obtained 89 publications and 29 articles were included according to their importance, relevance and timeliness in the last five years.

Results: the World Health Organization in its report in 2014 reported that the regions of low and middle income accounted for 75.5% of suicide mortality in the world, accounting for 50% of all violent deaths recorded between men and 71% among women. In Cuba is the ninth leading cause of death and the third in the group 10-19 years, increasing rates from 60 years of age. There are risks and protective factors at the individual, family, community, and institutional that are directly related to this conduct.

Conclusions: early identification of risk factors and strengthening protective factors has a positive impact on suicide prevention strategies.

Key words: intentionally self-inflicted injuries, suicidal behavior, risk and protective factors for suicide.

INTRODUCCIÓN

El suicidio o lesiones autoinfligidas intencionalmente como se conoce según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9-10), es un problema humano que existe desde el origen mismo del hombre, sucede en todas las épocas, afecta a ambos sexos y a diferentes clases sociales variando sus características de acuerdo con la

cultura y la estructura socioeconómica. Sus consecuencias tienen un gran impacto, desde el punto de vista social y económico.^{1,2}

Etimológicamente, la palabra suicidio resulta de la unión de dos palabras latinas *Sui* (sí mismo) y *Cidium* (matar), siendo su significado literal "acción de matarse a sí mismo"; es la manifestación más extrema de violencia, por estar orientada hacia el propio individuo.^{3,4}

A nivel mundial el sexo, la cultura, la raza, el grupo étnico, la historia familiar y el abuso sexual o físico durante la niñez son determinantes a tener en cuenta en la epidemiología del suicidio (OMS/OPS 2003; OMS 2004).⁵

En la antigüedad, en países como Japón, China y gran parte de Europa, el suicidio no solo era frecuente sino que en muchos casos era honroso; en los siglos VII y VIII, la Iglesia empezó a castigar severamente a quienes intentaban suicidarse. En el 1820, el médico J. P. Falret señaló que el suicidio era resultado de un "trastorno mental" y en 1838, Esquirol se refirió al acto suicida como consecuencia de una crisis de tipo afectiva. A finales del siglo XIX, Morselli (1879) y el sociólogo francés Durkheim (1897) introducen los factores sobre los cuales se basarían los estudios posteriores y las teorías sociológicas sobre el suicidio.⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que se suicida un millón de personas por año y que esta cifra se incrementará hasta llegar a 1,5 millones a partir de 2020, cantidad superior a todas las muertes debidas a guerras y homicidios.^{7,8}

Los países árabes y latinoamericanos tienen tasas de suicidio relativamente bajas, mientras que otros continentes como África se subregistra el reporte, por no contar con un sistema estadístico confiable.^{9,10}

En América Latina y el Caribe, el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad del 2010 reportó tendencias regionales importantes que revelan el aumento de la carga de morbilidad como consecuencias de lesiones y enfermedades no transmisibles, mientras que los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) ocasionados por esta autoagresión también aumentaron en 132 %.¹¹

En Cuba desde la época de la colonización, los indígenas se ahorcaban de los árboles antes de resignarse a ser esclavos; más tarde, los africanos traídos a la Isla asumían igual actitud ante la impotencia y sufrimientos a que eran sometidos.¹²

El primer estudio sobre suicidio conocido en Cuba se remonta a 1885, expuesto por el doctor Tomás Plasencia el 14 de mayo de 1886 en los Anales de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana. En 1893 se reportó que el suicidio ocupaba el décimo tercer lugar dentro de la mortalidad general, que pudiera ser más bajo si consideráramos la cifra oscura no reportada por razones sociales (religión, coloniaje) de la época. En 1907, Jorge Le Roy alertó sobre una nueva enfermedad que afligía a nuestro pueblo y que revelaba un estado de "descomposición social".¹²

Posteriormente, en el período prerrevolucionario las tasas de suicidio se mantuvieron entre 13 y 15 por 100 000 habitantes. En la década de los 60, se reportaron tasas por encima de 10 por 100 000 habitantes y a finales de los años 70, las tasas comenzaron a incrementarse a 19 por 100 000 habitantes, hasta la década de los ochenta que llegaron a 23,2 por 100 000 habitantes; se realizó entonces una investigación de carácter nacional cuyos resultados propiciaron la implementación del Programa Nacional de Atención a la Conducta Suicida en 1989, el cual fue revisado en 1995 y 2001.¹²

El suicidio en Cuba es la novena causa de muerte en el cuadro de mortalidad general; ocupa la tercera causa de muerte en el grupo de 10-19 años y el 4to lugar en los grupos de 5-14 años y de 15-49 años, incrementándose las tasas a partir de los mayores de 60 años de 24,1 por 100 000 habitantes hasta 48,3 por 100 000 habitantes en los mayores de 80 años en el trienio del 2008-2010.^{13,14} Esta lesión autoinfligida intencionalmente ocupa el quinto lugar como causa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en la población general con 2,8 años por 1 000 habitantes; predomina en los hombres con tasas de 4.5 con respecto a las mujeres con tasas de 1.1.¹⁵

El conocimiento acerca del comportamiento suicida ha aumentado enormemente en los últimos decenios. La investigación ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, culturales y las condiciones económicas desfavorables que intervienen en la determinación de los comportamientos suicidas. La epidemiología ha ayudado a identificar los factores de riesgo y protección frente al suicidio tanto en la población general como en los grupos vulnerables. Los factores de riesgo actúan acumulativamente incrementando la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida y los factores protectores son las condiciones que mejoran la resistencia a estos trastornos y reducen el riesgo.¹⁶

OBJETIVO

El suicidio es un problema de salud por el impacto que ocasiona en términos social, psicológico y económico a las familias y al país. La identificación de los factores de riesgo y protectores que se vinculan con esta conducta, resulta muy importante para definir estrategias de prevención, por lo que decidimos realizar esta revisión con el objetivo de actualizar aspectos relacionados con la mortalidad por suicidio e identificar los factores de riesgos y protectores que intervienen en esta lesión autoinfligida intencionalmente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la Mortalidad por Suicidio a nivel internacional y en Cuba, así como de los factores de riesgo y protectores que se relacionan con esta conducta. Se recopiló, analizó, sintetizó y se expuso la información de diferentes fuentes a través de una búsqueda automatizada en bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud: SciELO, Ebsco, Pubmed, Revistas médicas cubanas, libros, anuarios estadísticos de Cuba y otras sobre el tema tratado, en el idioma inglés y español. Se obtuvieron 89 publicaciones y se incluyeron 29 artículos atendiendo a su relevancia, pertinencia y actualización de los últimos cinco años. Dentro de los artículos seleccionados estuvieron las últimas publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Prevención del suicidio: Un imperativo global del 2014 y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la Mortalidad por suicidio, en las Américas del 2012, se incluyeron artículos sobre "La Estrategia Regional de Salud Mental de la OPS" y otros que fueran de interés.

RESULTADOS

En 2012, se registraron en el mundo 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial ajustada según la edad de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres).¹⁷

El suicidio se clasifica como una de las diez causas principales de carga de enfermedad y para ambos sexos combinados se ubica en el octavo lugar (OMS 2008). En los últimos 45 años, se han incrementado las tasas en 60 % a nivel internacional; ocupa el vigésimo lugar con respecto a las principales causas de Años de Vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) (OMS 2008). Se prevé que en 2030 ocupe el décimo cuarto (Matthers y Roncar, 2006) tanto en los hombres como en las mujeres entre los 15 y 44 años de de edad.^{18,19}

A nivel mundial esta lesión autoinfligida representa 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y 71% entre mujeres. En las Américas, el suicidio aportó 12% de la mortalidad por causas externas, variando según la región en 19,7 % en Norteamérica y 7,8 % en Centro América, con un total anual de 63 000 fallecidos anuales, siendo superado por accidentes o lesiones no intencionales.¹⁸

Aunque las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto entre hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo, los jóvenes se encuentran entre los más afectados; siendo la segunda causa de muerte entre edades de 15 y 29 años a nivel mundial.¹⁷ En Europa, es la segunda causa más frecuente de muerte entre los grupos de 15 a 44 años.^{20,21}

La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más comúnmente utilizados para el suicidio, pero también se recurre a muchos otros métodos, que varían según el grupo de población, por lo que la restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es un elemento clave de la prevención del suicidio.¹⁷

A escala mundial los hombres tienen una tasa de suicidio superior a las mujeres con una razón 3,5-1 (OMS 2001) siendo la mortalidad por suicidio mayor en ellos y el intento suicida mayor en las mujeres. Esto pudiera deberse entre otros factores a que los métodos utilizados por ellos son más violentos y graves que los utilizados por las mujeres, siendo los hombres de 50 años y más, especialmente vulnerables. China es uno de los países donde las tasas de suicidios en las mujeres es mayor que en los hombres, siendo el envenenamiento por plaguicidas uno de los métodos más usados en las zonas rurales.^{17,22}

En los países de altos ingresos, se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón, hombre: mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer.¹⁷ En las Américas, la diferencia de la mortalidad por sexo varía de 2 a 6 a veces más, en las tasas de los hombres con respecto a las de las mujeres.²³

En 2012, los países de medianos y bajos ingresos aportaron 75.5% de la mortalidad por suicidio y los de altos ingresos 24.5%. Los países de mayores tasas estandarizadas de suicidio según la OMS en ese año fueron: Guyana con 44.2 por 100 000 habitantes; República Popular de Corea con tasa de 28.9 por 100 000 habitantes; Sri Lanka 28.8 por 100 000; entre otros.¹⁷ (tabla).

En las Américas, los países de Guyana y Surinam *son los que se encuentran con las tasas más altas a nivel mundial*. En la región, las tasas de suicidio muestran un primer pico entre los jóvenes, permanecen en el mismo nivel para otros grupos de edad y se incrementan de nuevo en las personas de edad avanzada.

Tabla. Tasas de Mortalidad por suicidio, según países seleccionados. 2012. (Por 100 000 habitantes). OMS

Países seleccionados	Tasas crudas	Tasas estandarizadas
Guyana	34.8	44.2
República de Corea	36.6	28.9
Sri Lanka	29.2	28.8
Lituania	33.3	28.2
Surinam	27.2	27.8
Kazakstán	24.0	23.8
Burundi	16.4	23.1
India	20.9	21.1
Federación Rusa	22.4	19.5
Hungría	25.3	19.1
Japón	23.1	18.5
Belarús	21.8	18.3
Trinidad y Tobago	14.4	13.0
República Checa	15.6	12.5
Chile	13.3	12.2
Bolivia	11.2	12.2
Uruguay	13.8	12.1
Estados Unidos	13.7	12.1
Cuba	14.6	11.4
Bulgaria	14.5	10.8

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS; 2014.

[Citado 2 Agosto 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1&ua=1

La tasa estimada de suicidio es generalmente más baja en las Américas que en otras regiones de la OMS, esto pudiera explicarse entre otras cosas a que en algunos países no existen registros confiables que permitan obtener un dato de mortalidad seguro y se plantea incluso que los países con buenos datos de recolección de mortalidad, el suicidio puede estar mal clasificado como muerte por accidente u otra causa.^{17,20}

En muchos países, el suicidio es estigmatizado o ilegal y como resultado, la obtención de datos de alta calidad sobre el comportamiento suicida es difícil, sobre todo en los países que no tienen buenos sistemas de registro de mortalidad o buenos sistemas de recopilación de datos sobre la prestación de servicios hospitalarios (que controlan los intentos suicidas). El reconocimiento de un suicidio en algunas zonas es un procedimiento complicado que involucra a varias autoridades diferentes, inclusive a menudo a la policía. Los países que no poseen un sistema estadístico fiable de las muertes, los suicidios simplemente, no se cuentan.¹⁷

Cuba en 2014, reportó 1 430 fallecidos, con una tasa bruta de 12.8 por 100 000 habitantes. De ellos 1 202, fallecidos pertenecían al sexo masculino para una tasa de 21,6 x 100 000 habitantes, aportando 80.3% del total de los fallecidos y 298 del sexo femenino con una tasa de 5.3 x 100 000 habitantes, aportando 19.7%. Existe una sobre mortalidad masculina, siendo la razón entre hombres y mujeres de 3,9; estos resultados coinciden con los resultados reportados a nivel internacional.¹⁵ Las provincias que en 2014 reportaron tasas de suicidio por encima de la tasa nacional ajustada de 8.8 por 100 000 fueron: Las Tunas 14.7 por 100 000; Holguín 12.5 por 100 000; Isla de la Juventud 11.5 por 100 000; Camagüey 10.5 por 100 000; Villa Clara 10.3 por 10000 Sancti Spiritus 10.2 por 100 000; Matanzas 10.2 por 100 000; Mayabeque 9.4 por 100 000; Cienfuegos 9.1 por 100 000.¹⁵

La prevención del suicidio es la piedra angular del Plan de Acción de Salud Mental de la OMS, adoptado por la 66^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2013 y en el que se hace un llamado a los países, a reducir las tasas en 10% para 2020, siendo una prioridad en la agenda global de salud pública, en las políticas públicas.^{17,24,25}

La OMS reporta que no hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. Más de 90% de los casos de suicidio se relacionan con enfermedades mentales, como la depresión, los trastornos por consumo de alcohol, el uso de drogas, las víctimas de la violencia física, sexual, psicológica existiendo otros factores como los sociales, económicos y culturales que influyen en este comportamiento.^{17,24,25}

El conocimiento acerca de la conducta suicida ha aumentado enormemente en los últimos decenios. La investigación, por ejemplo, ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas. Hay indicios de que, por cada adulto que se suicida, posiblemente más de 20 lo han intentado. También se ha observado como los patrones culturales heredados y transmitidos por diferentes etnias (amerindios) y religiones pueden aumentar el riesgo de comportamientos suicidas o prevenir contra estos.¹⁷

La clasificación de los factores de riesgo se realiza teniendo en cuenta el individuo, la familia, la comunidad y las instituciones formales y no formales del Estado, incluyendo los contextos económicos y ambientales.

Los factores de riesgo se clasifican en:^{26,27}

Individuales: Cuando existen problemas de salud (enfermedades crónicas), enfermedades graves con hospitalización, dolor crónico, enfermedades transmisibles por ejemplo (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) , presencia de desórdenes de salud mental: depresión, intento suicida previo, consumo indebido de alcohol y otras drogas, problemas en el aprendizaje, fracaso escolar, no vínculo al estudio y/o trabajo, impulsividad, enfermedades incapacitantes, vulnerabilidad ante los eventos humillantes, internamiento involuntario, alteración de la identidad sexual, descuido y maltrato de los menores, aislamiento, separación, divorcio, desesperanza, muerte de la pareja, y factores socioeconómicos adversos.^{26,27}

Familiares: Conflictos o desorganización familiar; antecedentes de conducta suicida en la familia y familias con trastornos mentales graves y persistentes; violencia doméstica, abuso sexual, muerte o separación de familiares, ausencia de los padres, tanto psicológica como física; bajo nivel educativo del grupo familiar; aislamiento social o conducta antisocial; problemas familiares de comunicación; facilidad de medios que faciliten la conducta suicida, pobreza, desatención familiar.^{26,27}

Comunitarios: Deterioro socioeconómico de la comunidad, falta de acceso a los servicios relacionados con la salud y la educación, oportunidades limitadas para estudiar, trabajar o realizar actividades extracurriculares (culturales y recreativas) vecindario inseguro; exposición a agresiones, violencia; guerras, desastres, pertenencia a una minoría discriminada, alta incidencia de alcoholismo y otras adicciones y comportamiento suicida aceptado.^{26,27}

Institucionales: Violaciones sistemáticas de los derechos fundamentales de los pacientes en centros de tratamientos de las adicciones al alcohol y otras drogas; cárceles y escuelas desorganizadas con un marcado clima de violencia.^{26,27}

Los factores protectores disminuyen la probabilidad de que surja un trastorno mental, mediante la reducción a la exposición de la persona al riesgo o la atenuación del efecto de los factores de riesgo y son:^{26,27}

Individuales: Dentro de los que se encuentra un buen estado de salud; hábitos saludables; adecuada nutrición; actitud y carácter positivo; buena relación con los pares; apropiadas aptitudes sociales; sentido de esperanza y optimismo; autoestima adecuada; manejo del estrés; adaptabilidad; cociente intelectual elevado; nivel de educación alto; sentido de coherencia; metas profesionales y existencia de proyecto de vida.^{26,27}

Familiares: Satisfacción de las necesidades básicas aseguradas mediante el empleo estable y digno; estabilidad y coherencia del núcleo familiar; estímulo y refuerzo de actividades y comportamientos positivos; vida regular en el colectivo; reconocimiento de logros; apoyo a metas positivas; promoción de la amistad, la solidaridad, la tolerancia y la inclusión; establecimiento de límites sociales apropiados de conducta, evitar la violencia en todas sus manifestaciones, incrementar la resiliencia.^{27,28}

Comunitarios: Oportunidades educativas y profesionales; actividades para niños y adolescentes (deportes y actividades educativas); apoyo social; apoyo a las familias con necesidades especiales; legislación protectora de los jóvenes; entorno sin riesgos (ausencia de violencia, uso de drogas o contaminación ambiental); construcción de espacios públicos seguros (barrios, parques, plazas, edificios, caminos); oportunidades para el desarrollo económico sostenido (capacitación y créditos), redes de apoyo.^{28,29}

Institucionales: Formación de personal de atención primaria que realice la identificación y atención a las personas en riesgo y con trastornos emocionales, crear organizaciones basadas en las necesidades de las personas y que ofrezcan buen trato; instituciones proactivas en la defensa del medio ambiente; instituciones facilitadoras de la atención a personas con desventajas (discapacidades, minorías étnicas) y promotoras de la responsabilidad social por la salud mental de la población.^{28,29}

Los factores de riesgo y de protección, se relacionan con las estrategias de prevención del suicidio. Las estrategias para contrarrestar los factores de riesgo son de tres clases.²⁶

1. Las de prevención "universal", diseñadas para llegar a toda una población, pueden procurar aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión.
2. Las estrategias de prevención "selectivas" se dirigen a grupos vulnerables, como los de quienes han padecido traumas o abuso, los afectados por

conflictos o desastres, los refugiados y migrantes y los familiares de suicidas, mediante "guardianes" adiestrados que ayudan a las personas vulnerables y mediante servicios de ayuda como los prestados por líneas telefónicas.

3. Las estrategias "a personas vulnerables específicas" mediante el apoyo de la comunidad, el seguimiento a quienes salen de las instituciones de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias.

CONCLUSIONES

El suicidio es una de las principales causas de muerte a nivel internacional y en Cuba. La identificación precoz de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores tienen repercusiones positivas en las estrategias de su prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Clasificación internacional de enfermedades CIE-10. Causas externas de morbilidad y mortalidad. Lesiones auto infligidas intencionalmente. Capítulo 20 (X60-X84) Internet. Washington (DC): OPS; 2001. Citado 2 junio 2015. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
2. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Toledo Prado L, Echemendía B. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spiritus. Rev Cubana Hig Epidemiol Internet. 2010;48(1):0-0. Citado 20 septiembre 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1561
3. Sarracent Sarracent A, García Pérez T, Brown Miclin P, Sarracent Pupo Y, Saavedra de la Cruz L. Caracterización psicológica de los pacientes con suicidio consumado en La Habana en el año 2010. Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana Internet. 2013;10(1):0-0. Citado 12 de marzo de 2014. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph12113.html>
4. Alonso Carballo J, Garalvade León JA. Comportamiento del intento suicida en pacientes atendidos en los Centros de Diagnóstico Integral (CDI) del Municipio Araure entre 2007 y 2009. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana Internet. 2010;7(1):0-0. Citado: 12 de julio de 2014. Disponible en: <file:///D:/proyectos/conducta%20suicida/IS%20.%20en%20cnentro%20de%20diagnostico.%20htm.htm>
5. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Informe Subregional del Suicidio. Centro América y República Dominicana. 1988-2008. Internet. Citado 14 May 2014. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/OPS%20Suicidio%20en%20CA%20y%20RD.pdf>
6. Castro Trejos G. Aspectos médico-legales del suicidio en Costa Rica Epidemiología del suicidio en Costa Rica, del 2000 al 2004 Med. Leg. Costa Rica. Sep. 2007;24 (2).

7. Rátiva Osorio J, Ruiz Vélez V, Medina-Pérez O. Análisis de las noticias sobre suicidio publicadas en un diario local del Quindío Colombia, entre 2004 y 2011. Internet. 2012. Citado 14 Junio 2015. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol51_2_13/hie07213.htm
8. Cortés Alfaro A, Suárez Medina R, Carbonell Quezada M, Fuentes Cortés J. Factores de riesgos familiares y personales de intento suicida en adolescentes". Provincia Granma. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana Internet. 2012. Citado 14 May 2014. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/Revista%203-2012/hph06312.html>
9. Acosta González A, Milián Martínez M, Viña Pérez H. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes con esta conducta. Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana. Internet. 2012; 9(1):0-0. Citado 9 abril, 2014. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hph06112.html>
10. Osorno J, Svanstrom L, Beskow J. Community Suicide Prevention. 2nd. Rev. Ed. Institutet Karolinska; 2010, Cap. 3, p. 60-9.
11. Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, The World Bank. La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas. Ed. Reg para América Latina y el Caribe. Seattle: IHME; 2013.
12. García Pérez T. La autopsia psicológica. ¿Suicidio u Homicidio? La Habana: Editorial Científico-técnica; 2014, p.40-62.
13. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2013. La Habana: ONE; 2014.
14. Ministerio de Salud Pública. Temas Estadísticos de Salud. La Habana. Cuba: ONE; 2011.
15. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana: ONE; 2015.
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles .2013. Internet. Washington (DC): OPS; 2013. Consultado el 25 de junio del 2015. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21348&Itemid=270
17. World Health Organization. (WHO): Preventing suicide. A global imperative. Luxembourg: 2014.
18. Organización Panamericana de la Salud.(OPS). Mortalidad por Suicidio en las Américas: Informe Regional. Washington (DC): 2013, p. 6-27.
19. Medina Pérez O, Adalberto Rodríguez Escobar J. Caracterización del suicidio en adultos jóvenes del área metropolitana del departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2011. Rev Méd Electrón Internet. 2012 Nov-Dic; 34(6). Citado: 11 de marzo de 2014. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol6%202012/tema05.htm>

20-. Soler Santana R, Castillo Núñez B, Brossard Cisnero M, Peña García CE. Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida. Medisan Internet.2010; 14 (5). Citado 14 May 2014. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000500010&script=sci>

21. Aguilar Hernández I, Louro Bernal I, Perera Milián SL. Ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en Nueva Paz. Rev Cubana Salud Pública Internet. Ene.-mar. 2012; 38(1):0-0. Citado 6 Abril 2014. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000100008&script=sci>

22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Primer Informe de la OMS sobre la prevención del Suicidio. 2014 Internet. Washington (DC):OPS 2014. Consultado el 20 septiembre del 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>

23. Organización Panamericana de la Salud. Datos de Mortalidad para Salud en las Américas 2012. Internet. Washington (DC): OPS; 2012. Consultado el 25 de marzo de 2015 . Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id

24. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de prensa: Más de 800 000 personas mueren por suicidio cada año en el mundo, según un nuevo informe de la OMS. Salud Ment. México. Sep./Oct. 2014; 37(5).

25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidio. 2014. Consultado 1 julio, 2015. Disponible en: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>

26. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marco de Referencia para la implantación de la Estrategia Regional de Salud Mental. Washington (DC): 2011, p.142-37.

27. Lomba Acevedo P, Alfonso Carrillo E, Fernández Coto L "Prevención del suicidio en la comunidad". En Medio Residencial y Salud. (2013). La Habana: Consejo editorial OMS y OPS; pp. 207-214.

28. Organización Mundial de la Salud. (OMS) Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas: Un informe del departamento de salud mental y abuso de sustancias de la Organización Mundial de la Salud en colaboración con el Centro de Investigaciones de Prevención de Nijmegen y Maastricht. Ginebra:WHO; 2004. Consultado 9 junio, 2015. Disponible en: http://www.who.int/mental_health_evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

29. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y el uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra: OMS; 2010. Consultado 19 junio, 2015. Disponible en: <http://www.medbox.org/clinical-guidelines/guia-de-intervencion-mhgap-para-los-trastornos-mentales-neurolgicos-y-por-uso-de-sustancias-en-el-nivel-de-atencion-de-la-salud-no-especializada/preview?q>

Recibido: 12 de octubre de 2015.

Aprobado: 15 de diciembre de 2015.