

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LOS INTENTOS SUICIDAS

Wilfredo Guibert Reyes¹ y Ada P. Alonso Roldán²

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el área de salud urbana del Policlínico "Marcio Manduley", del municipio Centro Habana con el propósito de identificar el comportamiento epidemiológico y de los factores psicosociales asociados al intento suicida (IS) en el último trienio (1996-1998). La muestra estuvo conformada por 41 personas con intentos suicidas, residentes permanentes del área de salud que fueron reportados por el Departamento de Estadísticas, a los cuales se les aplicó el instrumento: encuesta sobre intento suicida. Las principales conclusiones fueron: la tasa de prevalencia del intento suicida en el área de salud se mantuvo estable; la depresión mayor, los sentimientos de culpa y/o desesperanza y el hogar desorganizado fueron los factores de riesgo principales que antecedieron al acto suicida; y la mayoría de los pacientes no recibieron atención de salud especializada después del intento, y de los que la recibieron, la mayoría la percibió como de regular calidad.

DeCS: INTENTO DE SUICIDIO/psicología; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; PREVALENCIA; FACTORES EPIDEMIOLOGICOS.

El suicidio es una de las causas de defunción más frecuente, y por eso su importancia ha ido en aumento como causa externa de mortalidad. Según la OMS, las muertes por esta causa superan las 500 000 personas al año, y se sabe que por cada caso que termina en muerte existen unos 10 intentos suicidas. Cada día se efectúan unos 12 000 intentos de suicidios en el mundo.¹

Algunos investigadores aseveran que el suicidio pasará a la 10ma posición como causa de mortalidad a escala mundial para el año 2020.² Hacia 1990 murieron 818 000 personas por esta causa, la mayoría entre

15 y 29 años de edad, sobre todo en los países subdesarrollados afectando fundamentalmente a los adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes.³

Se estima que la tasa de suicidio por cada 100 000 hab de América Latina era de 3,9 en el año 1985, con un aumento previsto a 4,1 en el año 2000. Para este continente la distribución actual de las tasas de suicidio por países, entre las edades de 15 a 24 años, fue la siguiente: con tasas por encima de 10 x 100 000 hab se hallan Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago, Estado Unidos, Uruguay y Venezuela; y entre

¹ Especialista de I Grado en Psicología de la Salud. Máster en Psicología Clínica. Policlínico Docente "Reina". Profesor Instructor de la Facultad "General Calixto García".

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Marcio Manduley".

6 y 10 x 100 000 hab. están Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Panamá y Puerto Rico.¹

Como vemos nuestro país no está exento de este problema y es el suicidio la 6ta causa de mortalidad general, y la 2da entre las edades de 14 a 49 años. Aunque la tasa nacional ha disminuido, continúa siendo elevada. En 1996 esta se reportó en 18,2 x 100 000 hab.⁴ En Centro Habana, municipio donde laboramos, el número de intentos suicidas en 1995 fue de 145 casos, de los cuales 21 murieron, según datos tomados del departamento de estadísticas de la dirección municipal de salud.

El suicidio es un hecho complejo que requiere, para su comprensión, de un enfoque interdisciplinario integral que abarque la influencia de factores de índole individual, social y familiar que induzcan a una persona a intentar su autodestrucción. Por esto lo definimos como "el acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor comprendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que delimita un problema para el que el acto es percibido como la mejor solución."⁵

En relación con la conducta suicida existen múltiples estudios (Guibert, W. El suicidio. Análisis crítico y aspectos importantes para su conocimiento. Ciudad de La Habana, 1997. TTR Psicología de la Salud) que nos permiten acercarnos a la comprensión de la influencia de un grupo de factores de riesgo que pueden ser causa o indicadores de este tipo de comportamiento en las personas, y por eso su identificación temprana tiene un extraordinario valor epidemiológico y clínico, para reducir la morbimortalidad de la conducta suicida a mediano y largo plazo.

En la actualidad una serie de cambios cualitativos ocurridos en la Atención Primaria de Salud como la estructura de Consejo Popular, el trabajo de especialistas en Medicina General Integral, la disponibilidad de un equipo de salud integral y multidisciplinario, así como la adopción de un enfo-

que clínicoepidemiológico y social de la salud, exige para el trabajo en nuestras comunidades la necesidad de realizar investigaciones de corte epidemiológico y psicosocial como la nuestra, que ven un cuadro de la situación existente y de los principales aspectos a tener en cuenta para la formulación y aplicación de una intervención eficaz, de bajo costo y de calidad. El objetivo de nuestro estudio fue identificar el comportamiento epidemiológico y de los factores psicosociales que inciden en la conducta suicida de las personas con intento suicida (IS) pertenecientes a un área de salud del municipio Centro Habana.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, de corte transversal, en el área de salud del Policlínico "Marcio Manduley", del municipio Centro Habana, durante el trienio 1996-1998. El universo estuvo conformado por 46 pacientes pertenecientes al área de salud antes referida, que intentaron el suicidio, y que fueron reportados al departamento de estadísticas de nuestro centro. De este total solo pudieron ser investigados 41 pacientes.

Se les aplicó una encuesta sobre intento suicida de 20 preguntas (entre abiertas y cerradas), previo consentimiento informado, a cada uno de los sujetos de la muestra, tratando en todos los casos de que fuera aplicada en un período no mayor de 6 u 8 meses con la finalidad de aminorar el sesgo de percepción del individuo sobre su crisis (en el caso de la adolescente en primera etapa de la vida se escogieron algunos ítems de la encuesta para usarlos a manera de entrevista en beneficio de la objetividad de los datos a obtener).

El análisis de los resultados se realizó utilizando el cálculo porcentual, y además para el caso de las variables sexo y edad se

estimaron las tasas de prevalencia del intento suicida por 1 000 hab. y se utilizó Chi cuadrado convenientemente.

Resultados

Las tasas de prevalencia del intento suicida en el policlínico "Marcio Manduley" durante dos trienios (1993-1995, 1996-1998) muestran que la tasa de prevalencia general se mantuvo igual (1,5 x 1 000 hab.), sin embargo advertimos cambios para algunos grupos de edades, como en el grupo de 15 a 19 años cuya tasa creció de 3,8 a 4,4 x 1 000 hab., y también de forma más discreta en el resto de los grupos (25 - 30 años de 1,4 a 1,5 por 1 000 hab, 40 - 59 años de 1,3 a 1,4 por 1 000 hab.). Para los grupos de 20 a 24 años

y mayores de 60 años pasó de 5,3 a 2,9 x 1 000 hab. y de 0,1 a 0,4 x 1 000 hab respectivamente, por lo que se observa un ligero decrecimiento.

En la tabla 1 se analizan las variables sociodemográficas que nos permiten una caracterización epidemiológica de los sujetos estudiados. Observamos que la mayoría de las personas con intento suicida son del sexo femenino (78 %), con un predominio de los grupos etáreos 25 - 39 y 40 - 59 años con 34,1 % 24,3 % respectivamente. De la raza blanca son el 58,5 %, y en relación a su estado civil encontramos que el 65,8 % eran solteros.

El nivel escolar predominante correspondió a los que habían vencido el nivel secundario con un 39 %, a expensas del sexo masculino con un 55,5 %; y en el perfil ocupacional el mayor porcentaje lo ocuparon los técnicos y obreros con el 26,8 %,

TABLA 1. Comportamiento sociodemográfico de las personas con intento suicida en el período 1996-1998

Intentos suicidas	Masculino n = 9	Femenino n = 32	Total n = 41
Raza			
Blanca %	55,5	53,1	58,5
Mestiza %	33,3	15,6	19,5
Negra %	11,1	21,8	19,5
Estado civil			
Soltero %	55,5	68,7	65,8
Casado %	44,4	31,2	34,1
Nivel escolar			
Primaria	33,3	37,5	36,5
Secundaria básica	55,5	34,3	39,0
Preuniversitario	11,1	21,8	19,5
Universitario	0	6,2	4,8
Ocupación			
Técnicos y obreros	0	34,3	26,8
Profesionales	0	6,2	4,8
Jubilados	11,1	15,6	14,6
Amas de casa	0	28,1	21,9
Desvinculados	55,5	0	12,1
Estudiantes	33,3	15,6	17,0

Fuente: Encuesta.

TABLA 2. Principales factores de riesgo en las personas con intento suicida

Edades por etapa de vida (en años)	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %
10 - 14 n = 1	0	0	100	100	0	100	0
15 - 19 n = 7	0	14,2	14,2	57,1	28,5	57,1	28,5
20 - 24 n = 6	0	16,6	33,3	50	16,6	50	66,6
25 - 39 n = 14	0	21,4	42,8	57,1	50	57,1	71,4
40 - 59 n = 10	0	40	0	30	40	20	80
≥ 60 n = 3		33,3	33,3	100	33,3	33,3	66,6
Total n = 41		24,3	26,8	51,2	36,5	46,3	63,4

1. Personas sin apoyo familiar y/o social.
 2. Antecedentes personales de suicidio o IS.
 3. Antecedentes familiares de suicidio o IS.
 4. Sentimientos de culpa y/o desesperanza.
 5. Presagio o amenaza de suicidio.
 6. Hogar desorganizado.
 7. Depresión mayor.
- Fuente: Encuestas.

seguido de las amas de casa con un 21,9 %, ambos a expensas del sexo femenino.

Como puede ser observado en la tabla 2 los principales factores de riesgo encontrados en los pacientes estudiados fueron la depresión mayor con un 63,4 %, los sentimientos de culpa y/o desesperanza con un 51,2 %, y en tercer lugar con un 43,6 % el hogar desorganizado. Al analizar la frecuencia de estos factores de riesgo por grupos de edades hallamos que en el rango de 10 a 19 años los factores de mayor incidencia fueron el sentimiento de culpa y/o desesperanza y el hogar desorganizado con un 62,5 % ambos. Para las personas comprendidas entre las edades de 20 a 24 años predominaron la depresión mayor con el 66,6 %, y el hogar desorganizado y los sentimientos de culpa y/o desesperanza con el 50 % para ambos. En el caso del adulto joven (de 25 a 39 años) incidieron

con mayores porcentajes la depresión mayor con el 71,4 % y los sentimientos de culpa y/o desesperanza, así como también el hogar desorganizado con el 57,1 % en ambos; en cambio en el adulto maduro (40 - 59 años) predominó la depresión mayor con un 80 %. Por último en el adulto mayor predominaron de culpa y/o desesperanza con el 100 % y la depresión mayor con el 66,6 %.

En la tabla 3, encontramos que el sentimiento de soledad y minusvalía con un 60,9 %, seguido de la descompensación situacional con el 58,5 % y los conflictos amorosos con el 48,7 % fueron las principales razones del intento suicida expresadas por estas personas. Si analizamos los grupos de edades que tuvieron mayor incidencia de IS en cuanto a las razones para el mismo vemos que los grupos de edades de 15 - 19 años y 25 - 39 años tuvieron altos porcentajes en casi todas las causas expuestas de manera general.

TABLA 3. Razones del intento suicida

Edades por Etapa de vida (en años)	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %
10 - 14 n = 1	100	0	0	0	0	100	100
15 - 19 n = 7	85,7	85,7	0	0	57,1	100	42,8
20 - 24 n = 6	50	66,6	0	16,6	100	66,6	33,3
25 - 39 n = 14	35,7	50	0	21,4	50	71,4	28,5
40 - 59 n = 10	20	50	0	0	30	10	40
≥ 60 n = 3	66,6	100	33,3	0	0	33,3	66,6
Total n = 41	46,3	60,9	2,4	9,7	48,7	58,5	39

1. Conflictos familiares.
 2. Sentimiento de soledad y minusvalía.
 3. Enfermedad física invalidante.
 4. Problemas económicos.
 5. Conflicto amoroso.
 6. Descompensación situacional.
 7. Sentimiento de desesperanza.
- Fuente: Encuestas.

La relación entre IS según el sexo y la dinámica familiar previa al evento se representa en la tabla 4. Se observa que la dinámica fue mala en el 63,4 % y regular en el 26,8 % de la muestra, como tendencia predominaba la dinámica familiar deficiente, y al aplicar Chi cuadrado se encontró relación entre las variables.

TABLA 4. Ocurrencia del intento suicida y dinámica familiar previa

Intentos suicidas	Dinámica familiar			Total %
	Buena	Regular	Mala	
Masculino n = 9	11,1	22,2	66,6	21,9
Femenino n = 32	12,5	28,1	59,3	78,1
Total n = 41	12,1	26,8	63,4	100

Fuente: Encuestas.
 $\chi^2 = 0,16$ gl 2
 $P = 0,9215$

En la tabla 5 se observa que el 58,5 % de las personas con intento suicida no recibió atención especializada después del suceso. Además en esta tabla se muestra cómo percibieron la calidad de las consultas aquellos pacientes que sí la recibieron; la mayoría (52,9 %), refirió que fue regular, seguido de un 29,5 % que la percibió como mala.

TABLA 5 Atención especializada y calidad percibida

Intentos suicidas %	Recibió atención especializada n = 41		Calidad percibida n = 17		
	Sí	No	Buena	Regular	Mala
	Masculino n = 9	22,2	77,7	0	50
Femenino n = 32	46,8	41,4	20	53,3	26,7
Total n = 41	41,4	58,5	17,6	52,9	29,5

Fuente: Encuestas.

Discusión

El análisis de la prevalencia del intento suicida por habitante en 2 trienios en nuestro policlínico nos aportó datos importantes para la estrategia de abordaje de esta problemática de salud a nivel general, pues aunque se mantuvo igual, nos mostró aquellos grupos de edad que podrían ser vulnerables a aumento o disminución de este comportamiento. Estos resultados muestran que las tasas de prevalencia de nuestro policlínico son bajas en comparación con otras áreas de salud de nuestro municipales (Dirección Municipal de Salud Pública, estadísticas municipales, 1998), y en relación con estudios en otros municipios del país.^{6,7}

La propensión al crecimiento en la segunda etapa de la adolescencia nos permite evaluar que la tendencia futura del problema de salud en esta etapa de la vida no es positiva y se hace necesario, como expresa el profesor *Cruickshank*,⁸ lograr acciones desde ahora que permitan planificar la salud de este grupo, asignar los recursos necesarios y educarlos para poder mejorar el curso futuro de sus historias humanas.

El comportamiento de nuestros resultados es similar al de diferentes estudios^{6,9,10} que ratifican el hecho de que el sexo femenino incurre mayormente en este acto, si bien lo hacen con métodos menos letales. De igual manera nuestros hallazgos coinciden con estos estudios en lo relacionado con que la incidencia del IS es mayor en personas de raza blanca, y si bien no hay investigaciones que aporten explicación a este comportamiento, podemos aventurarnos a situar su origen en las características socioculturales y patrones de comportamiento introyectados en el ámbito social y familiar.

Estudios realizados por diversos autores coinciden con nuestros hallazgos que sitúan a los solteros como el grupo de mayor incidencia, concluyendo así que en las personas viudas, divorciadas o solas es más común este acto, ya que en ocasiones, inclusive la separación de pareja, actúa

como detonador del intento al fallarle el apoyo social al individuo.¹¹

Con relación al nivel educacional, creemos que la situación del mayor grupo de sujetos en el nivel secundario se debe a que este es el nivel educacional predominante en nuestro país, seguido como es de esperar por las personas con educación primaria, ya que se ha demostrado que la incidencia del IS disminuye a medida que aumenta el nivel educacional,^{12,13} pues el individuo está mejor preparado para enfrentar sus conflictos y hallarles solución.

En relación con la variable *ocupación* es preocupante que un porcentaje importante de las personas con IS estaban desvinculados del trabajo en el momento del comportamiento (los hombres por desvinculación laboral y las mujeres por ser amas de casa), y al no estar en la actividad social y productiva esto pudiera haber generado en ellos sentimientos de subvaloración y pérdida de la autoestima que alteran sus mecanismos autorreguladores y aumentan su vulnerabilidad psicosocial.

Como era de esperar, los adultos mayores de 60 años están jubilados. Este hecho se corresponde con lo que es un hecho conocido, que en casi todas las sociedades las posibilidades de empleo son pocas o nulas para las personas ancianas, dado en parte a las discapacidades propias de la edad, y a las limitantes sociales que establecen límites de edad para la mayoría de los empleos.¹⁴ Nosotros creemos que el trabajo y el estudio son actividades esenciales en las cuales el hombre experimenta importantes vivencias de gratificación a partir del contacto social que en ellos se establece, de los conocimientos que se adquieren y del apoyo y seguridad que siente al poder interactuar dentro de un grupo de referencia, y que le da al individuo un sentido de pertenencia; cuestión vital para la seguridad psicológica como plantean muchos autores al hablar de los factores protectores de la salud.¹⁵

Los factores de riesgo para el suicidio hallados constituyen realidades psicosociales

que generan en el individuo dinámicas psicológicas que conducen a que este se subvalore, pierda el sentido de la vida, crea poco en la solidaridad humana, en los apoyos grupales, y además, que evalúe los eventos en los cuales se ve inmerso como imposibles de cambiar. De ahí que su conducta social se comporte de manera más pasiva y de acuerdo con *Badin Rotemberg* la pasividad de la personalidad no contribuye a la salud mental del individuo.¹⁶

Por otra parte estos resultados coinciden con otros trabajos^{11,17,18} que plantean que la depresión usualmente está presente debido a que la reducción del círculo de intereses vitales y la presencia generalizada de frustración y soledad, apuntan hacia un deterioro importante de la actividad psicológica de estos sujetos, quienes se manifiestan indefensos y culpables. En general en estos individuos se observa con mucha frecuencia la intervención de sentimientos de desesperanza en el prisma con que perciben la realidad y actúan en ella, lo cual va generando la importancia y el abandono de la lucha por la vida, y al no poder sostener las angustias vitales dejan de esperar y van en pos de la muerte.^{14,18}

El análisis de las razones para intentar suicidarse en las personas estudiadas muestra que es fruto de la tendencia de vida de estas hacia la pérdida de su salud, que se agudiza ante situaciones presentes en la vida de las personas que actúan como catalizadores.

Con relación a las razones específicas al hablar de soledad se alude a las vivencias subjetivas de ausencia de interacción social, no determinadas por la cantidad y la índole de los contactos sociales comprobables objetivamente, sino porque se sienten solos aunque estén rodeados de familiares, vecinos y otras personas, pues tales contactos no los satisfacen del todo.^{17,19}

Esta posición emocional genera elevada vulnerabilidad psicológica del individuo como habíamos planteado, afectando considerablemente la inteligencia emocional del

sujeto, es decir la capacidad para expresar sus propios sentimientos del modo más adecuado y eficaz, y posibilitar la colaboración en la consecución de sus objetivos,²⁰ por lo que son más sensibles a que los conflictos con sus seres queridos y cercanos los impacten de manera particular, asumiendo generalmente una interpretación desesperanzadora de ellos que en términos de interacción interpersonal, se expresan como inactividad de la personalidad, subvaloración de su actuación y ausencia de socialización de la agresividad percibida. En estos casos el tipo de conflicto más significativo es el amoroso por su singularidad y por el compromiso emocional que en él se produce. Estudios como el de *Pérez* en Bayamo encontraron que en los sujetos con intento suicida existía mala comunicación generalmente entre los miembros de su familia, como un importante factor de riesgo.^{10,12}

Las relaciones familiares comprenden procesos tales como el establecimiento de límites entre los miembros, el desempeño de roles, el ejercicio de la jerarquía, el aprendizaje de la educación emocional y comunicacional, el apoyo y la tolerancia.²¹ Cuando estas relaciones son cálidas, estrechas y cooperativas los miembros se fortalecen y se fomenta la libre y creadora evolución personal; en cambio, cuando lo anterior no acontece, predomina la tirantez con el consiguiente malestar que puede generar la ideación e incluso el intento suicida.

Esta dinámica psicológica generalmente se produce en el marco de una situación grupal, casi siempre la familia, en la cual la persona con su acto pretende enviar un mensaje a otra persona y que esta reciba de forma específica dicho mensaje con un contenido fundamental de apoyo y generador de culpas.¹³ Su presencia es más probable y frecuente en familias con desorganización familiar en lo que respecta a consenso de normas, con hostilidad entre sus miembros, con riñas familiares o con atmósferas de rechazo familiar, unido a cogniciones familiares disfuncionales. Por estas razones es

que observamos que existía relación entre las variables de dinámica familiar previa y ocurrencia de intento suicida, influyendo la dinámica familiar deficiente en la ocurrencia de los intentos.

Teniendo en cuenta que la encuesta fue aplicada entre 6 y 8 meses posteriores al IS y que el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida establece que el 100 % de las personas deben recibir este tipo de atención, el índice de personas que recibieron atención especializada fue bajo. También se observó que el seguimiento de estos pacientes en los 6 primeros meses, de acuerdo con el programa fue deficiente, originado por causas atribuibles a las 2 partes (agente sanitario-paciente); otros estudios obtuvieron similares resultados.⁷

En este tipo de conducta es importante la atención especializada porque si el individuo no reestructura sus creencias disfuncionales y desarrolla sus estilos de afrontamiento, desestima como efectivo el apoyo especializado, y sus valoraciones de autoeficacia para vencer los problemas y controlar sus estados emocionales disminuyen, haciéndose más probable la conducta suicida con mayor grado de letalidad.¹⁸

Los pacientes que recibieron atención especializada percibieron en su mayoría que fue de una calidad regular y con tendencia desfavorable. Un número importante de pacientes juzgó que las consultas fueron apresuradas, que el médico no le miró a la cara, que no sintió confianza para abrirse totalmente a este y que sus problemas no se trataron con la profundidad que él esperaba. Pueden estar influyendo en esto los prejuicios de los profesionales con relación al suicidio y los prejuicios de las personas con relación a la ayuda psicoterapéutica, así como también la demora entre la ocurrencia del intento suicida y la intervención médica especializada, intervalo en el cual el individuo puede considerar que ya no necesita esos servicios, puesto que la crisis ya pasó.

En general el concepto de ayuda que tienen las personas en el contexto de una relación de ayuda profesional está asociada a una idea de toma-dame (problema recibe terapia). Nuestra concepción es la de facilitar, cooperar y organizar alternativas de solución a partir de una posición activa del sujeto que demanda la ayuda, cuestión vital a lograr en el suicida, pues él sobre todo con el acto suicida está diciendo que de la manera en que vive o asume determinado problema, se le hace imposible vivir, y en este caso no optar por una modificación o adaptación, sino por dejar de existir con la ilusión de que de esta forma se quite el problema. El planteo correcto del terapeuta debe ser que el suicidio no es una opción de vida, ya que su realización conlleva un dejar de existir y negar la posibilidad de la intervención de variables que cambien la situación o que la hagan más viable, por eso siempre hay que encontrar una solución en el marco de la realidad objetiva hacia la vida.

Concluimos que la tasa de prevalencia en el área de salud estudiada se mantiene estable, observándose un incremento importante en el grupo de edades de 15 a 19 años. Las características epidemiológicas que predominaron en los pacientes estudiados fueron sexo femenino, raza blanca, estado civil soltero, nivel de escolaridad secundaria y como ocupación la de técnicos y obreros. Comprobamos que la depresión mayor, los sentimientos de culpa y desesperanza y el hogar desorganizado fueron los principales factores de riesgo asociados a la conducta suicida, y que las razones principales por las cuales intentaron suicidarse fueron: los sentimientos de soledad y minusvalía, la descompensación situacional y los conflictos amorosos. La mayoría de ellos no recibió atención de salud especializada después del IS y de los que la recibieron la mayoría la percibió como de regular calidad.

SUMMARY: The authors conducted a cross-sectional descriptive study in the health urban area of "Marcio Manduley" Polyclinic, in Centro Habana Municipality, in order to identify the epidemiologic behaviour and that of the psychosocial factors related to suicide attempt (SA) in the last triennium (1996-1998). The sample consisted of 41 persons with SA that were permanent residents in the health area reported by the Statistics Department, which did a survey on suicide attempts. The main conclusion was that the prevalence rate of suicide attempt in the health area remained stable. A higher depression, guilt and/or hopelessness feelings and a disorganized home were the fundamental risk factors that preceded the suicide act. Most of the patients did not receive specialized care after the attempt and many of those who had it considered it as ordinary.

Subject headings: **SUICIDE, ATTEMPTED/psychology; PRIMARY HEALTH CARE; PREVALENCE; EPIDEMIOLOGIC FACTORS.**

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, DC:OPS, 1998:80-187.
2. Murray L, Christopher J, López AD. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. *Lancet* 1997;1025-37.
3. World Health Organization. World Health Statistical Annual. Ginebra, 1996.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe estadístico anual 1995. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1996.
5. Shneidman E. Definition of suicide. New York: John Wiley, 1985:20.
6. Pérez S, Sánchez M. Epidemiología de la conducta suicida en Bayamo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996;2(10):110-5.
7. Armas NB, Ramos I, Murla PA, Sosa I, Rodríguez A. Evaluación de algunos aspectos del Programa Nacional de Prevención de la conducta suicida. Municipio Playa, 1995, *Rev Cubana Hig Epidemiol* 1998;36(2):105-12.
8. Nakajima H. La epidemiología y el futuro de la salud mundial. *Bol Epidemiol* 1990;11:1-6.
9. Rodríguez F, González F, Marrero C, Darias CD, Ramal J, Rodríguez S. Las personas con autolesiones. En: Rodríguez F, Vázquez JL, Desviat M, eds. *Psiquiatría social y comunitaria*. Madrid: ICEPSS, 1997;719-40.
10. Pérez S, Ross LA, Pablos T, Calas R. Factores de riesgo suicida en adultos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(1):7-11.
11. Montalbán R. La conducta suicida. Madrid: Libro del Año, 1997:27-52.
12. Pérez S, Reytor F. El suicidio y su atención por el médico de familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995;(4):319-26.
13. Copeinas E. Suicidio el peor remedio. Muy interesante 1998;208:46-52.
14. Matusевич D. El suicidio en la vejez. *Vivir en plenitud* 1996;10:5-14.
15. Bages N. Estrés y salud: el papel de los factores protectores. *Comportamiento* 1990;1(1):16-28.
16. Rotember V. En sociedad sana, espíritu sano. *Rev Tiempos Nuevos* 1989;32:46.
17. Guibert RW, Trujillo GO. Un abordaje psicológico de la problemática del suicidio en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1993;9(4):316-22.
18. Rizo W. Depresión. Avances recientes de la cognición y el procesamiento de la información. Medellín: Ediciones Gráficas, 1992:77-89.
19. Faberow NL. Crisis disaster and suicide theory and therapy. En: Shneidman E. *Essays in selfdestruction*. New York: Science House, 1967:389.
20. Goleman D. La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 1999;20-35.
21. Satir V. Relaciones humanas en el núcleo familiar. México, DE: Pax Mexico, 1989:59-71.

Recibido: 2 de febrero del 2000. Aprobado: 2 de mayo del 2000.

Lic. Wilfredo Guibert Reyes. Serrano # 561 (altos) entre Santa Irene y San Bernardino, Santos Suárez, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana Cuba.