
Multimed 2021; 25(1): e1208

Enero-Febrero

Artículo original

Comportamiento y estratificación espacial de la conducta suicida. Provincia Granma. Año 2017

Behavior and spatial stratification of suicidal behavior. Granma province.
Year 2017

Comportamento e estratificação espacial do comportamento suicida.
Província de Granma. Ano 2017

Dania Martínez Orozco^{1*}  <https://orcid.org/0000-0003-0288-7357>

Yusel Mariuska Collejo Rosabal¹  <https://orcid.org/0000-0001-8479-5362>

Zulín Fonseca González¹  <https://orcid.org/0000-0001-8995-9661>

Ana Julia Quezada Font¹  <https://orcid.org/0000-0001-6765-0532>

Yudilsa Verdecia Pacheco¹  <https://orcid.org/0000-0002-4637-509X>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Bayamo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. E-mail: dmtnezorozco@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la conducta suicida constituye uno de los problemas a los que se enfrenta el profesional de la salud, pues cada año aumentan los fallecidos por esa causa y los que intentan consumar el hecho, así como las consecuencias que de ella se derivan, desde los



Esta obra de Multimed se encuentra bajo una licencia <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

puntos de vista psicológico, sociológico y asistencial para ellos, sus familiares y el equipo médico que les atiende.

Objetivo: caracterizar el comportamiento de la conducta suicida en la provincia Granma durante el año 2017.

Métodos: se utilizaron como variables epidemiológicas grupos de edad, sexo, municipio de residencia, determinándose otros indicadores: tendencia, riesgo de enfermar por municipios y estratificación de riesgo.

Resultados: el suicidio muestra un crecimiento respecto al año 2016 y una disminución en los intentos de suicidio; el riesgo respecto al año anterior se incrementa en 8 municipios y en los grupos de edad de 15 a 59 años y en el suicidio en 4 municipios y en todos los grupos de edad, excepto en el de 10 a 14 años; la estratificación epidemiológica ubica en los Intentos de suicidio, 2 municipios en el estrato de alto riesgo (Media Luna y Niquero) y en los suicidios (Jiguaní, Yara, Buey Arriba y Guisa).

Conclusiones: la tendencia en los últimos 10 años es descendente en el Suicidio y estable en los Intentos de suicidio; el suicidio es más frecuente en el sexo masculino y en los Intentos de suicidio predominó en el sexo femenino.

Palabras clave: Psicológico; Sociológico; Estratificación.

ABSTRACT

Introduction: suicidal behavior is one of the problems faced by health professionals, since every year the number of deaths from this cause and those who try to consummate the act increase, as well as the consequences derived from it, from the psychological, sociological and care points of view for them, their relatives and the medical team that attends them.

Objective: to characterize the behavior of suicidal behavior in the Granma province during the year 2017.



Methods: age groups, sex, municipality of residence were used as epidemiological variables, determining other indicators: trend, risk of illness by municipalities, and risk stratification.

Results: suicide shows growth compared to 2016 and a decrease in suicide attempts; the risk with respect to the previous year increases in 8 municipalities and in the age groups of 15 to 59 years and in suicide in 4 municipalities and in all age groups, except in the 10 to 14 years; Epidemiological stratification places 2 municipalities in the high-risk stratum (Media Luna and Niquero) in suicide attempts and in suicides (Jiguaní, Yara, Buey Arriba and Guisa).

Conclusions: the trend in the last 10 years is downward in Suicide and stable in Suicide attempts; suicide is more frequent in males and in suicide attempts it predominated in females.

Keywords: Psychological; Sociological; Stratification.

RESUMO

Introdução: o comportamento suicida é um dos problemas enfrentados pelos profissionais de saúde, visto que a cada ano aumenta o número de óbitos por essa causa e daqueles que tentam consumir o ato, bem como as consequências dele decorrentes, da pontos de vista psicológico, sociológico e assistencial para eles, seus familiares e a equipe médica que os atende.

Objetivo: caracterizar o comportamento de comportamento suicida na província do Granma durante o ano de 2017.

Métodos: foram utilizadas como variáveis epidemiológicas faixas etárias, sexo, município de residência, determinando outros indicadores: tendência, risco de adoecimento por municípios e estratificação de risco.

Resultados: o suicídio apresenta crescimento em relação a 2016 e diminuição nas tentativas de suicídio; o risco em relação ao ano anterior aumenta em 8 municípios e nas



faixas etárias de 15 a 59 anos e no suicídio em 4 municípios e em todas as faixas etárias, exceto nos 10 a 14 anos; A estratificação epidemiológica coloca 2 municípios no estrato de alto risco (Media Luna e Niquero) nas tentativas de suicídio e nos suicídios (Jiguaní, Yara, Buey Arriba e Guisa).

Conclusões: a tendência nos últimos 10 anos é de queda no Suicídio e estável nas Tentativas de Suicídio; o suicídio é mais frequente no sexo masculino e nas tentativas de suicídio predominou no sexo feminino.

Palavras-chave: Psicológico; Sociológico; Estratificação.

Recibido:1/12/2020

Aprobado: 16/12/2020

Introducción

La conducta suicida constituye uno de los problemas a los que se enfrenta el profesional de la salud mental, pues cada año aumentan los fallecidos por esa causa y los que intentan consumar el hecho, y las consecuencias que de ella se derivan, desde los puntos de vista psicológico, sociológico y asistencial para ellos, sus familiares y el equipo médico que les atiende.

Constituye un problema de salud pública de gran importancia, pero en gran medida prevenible, provocando casi la mitad de todas las muertes violentas, y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones.

(1)



El suicidio es por lo general consecuencia de desesperación, derivada o atribuible a una enfermedad física, enfermedad mental, como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, el alcoholismo o abuso de sustancias. A menudo influyen en él diversos factores estresantes como dificultades financieras o problemas en las relaciones interpersonales. Entre las medidas empleadas para prevenirlo se encuentran: limitar el acceso a los métodos, como armas de fuego y venenos, el tratamiento de la enfermedad mental subyacente o del abuso de sustancias y la mejora de las condiciones financieras. Aunque son comunes las líneas de crisis, hay poca evidencia sobre su efectividad.⁽²⁾

Anualmente, cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y es la segunda causa de defunción en el grupo de edad 15 a 29 años en todo el mundo.⁽³⁾

El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, más del 78% de los suicidios en todo el mundo tienen lugar en países de ingresos bajos y medianos.⁽⁴⁾

El método escogido por una persona para suicidarse está determinado, a menudo, por los factores culturales y también puede reflejar la seriedad del intento. En ese sentido, mientras algunos métodos, como saltar desde un edificio alto, hacen que sea virtualmente imposible sobrevivir; otros, como la sobredosis de medicamentos, dejan abierta la posibilidad del rescate. Al respecto, el hecho de usar un método que demuestra no ser mortal, no indica necesariamente que el intento de la persona sea menos serio.⁽⁴⁾

Las tasas más altas de suicidio se registran en Europa del Este y las más bajas en América Latina, en los países musulmanes y en unas cuantas regiones asiáticas. En los países africanos se dispone de poca información sobre este hecho, por lo cual se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no



se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Así, las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años.⁽⁵⁾

En general, se suicidan más hombres que mujeres. En los países más ricos, los suicidios en el sexo masculino triplican al de las féminas. Los hombres de 50 o más años son especialmente vulnerables.⁽⁶⁾

El comportamiento suicida está determinado por un gran número de causas complejas, tales como: pobreza, desempleo, pérdida de seres queridos, discusiones, ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales; también existen otros factores que tienen una influencia marcada, entre los cuales figuran: antecedentes familiares de suicidio, abuso en el consumo de alcohol y estupefacientes, maltratos en la infancia, aislamiento social y determinados trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia, así como las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante.⁽⁷⁾

La pronta identificación de los afectados y el tratamiento adecuado a las personas con trastornos mentales son una importante estrategia preventiva, así como la formación del personal de la atención primaria para tales fines, contribuyen a disminuir los suicidios entre los grupos de riesgo.

La OMS con la ayuda de expertos de todo el mundo, ha elaborado una serie de directrices para distintos públicos llamados a desempeñar un rol esencial en la prevención del suicidio, incluidos profesionales sanitarios, personal docente, funcionarios de prisiones, profesionales de los medios de comunicación y personas que han intentado suicidarse.⁽⁸⁾

La diferenciación espacial de la salud, ha constituido, desde la misma génesis de la epidemiología, un arma eficaz para el análisis y la interpretación de los problemas; así podemos citar artículos clásicos de la Epidemiología como los estudios de Snow sobre el cólera en Broad Street, constituyendo desde entonces herramientas poderosas para el esclarecimiento de los mecanismos de transmisión de las enfermedades.



Cuando tenemos en cuenta que; la epidemiología facilita la identificación de áreas geográficas y grupos de poblaciones que presenten mayor riesgo de enfermar o morir, también reconocer la distribución y la importancia de los factores que operan en el aumento de un determinado riesgo, e identifica algunos grupos similares con respecto a los determinantes de riesgo a la salud que comparten, seleccionando a la vez las intervenciones sociales y sanitarias para disminuir o eliminar los factores específicos de riesgo y su evaluación; entonces estamos hablando de estratificación epidemiológica.

El proceso de estratificación epidemiológica es una estrategia útil para obtener un diagnóstico objetivo de acuerdo con el cual planificar las actividades de prevención y control de las distintas enfermedades y eventos de salud, es así que se reconoce como un proceso dinámico y continuo de investigación, diagnóstico, análisis e interpretación de información, que sirve de base para categorizar metodológicamente y de manera integral áreas geoecológicas y grupos poblacionales de acuerdo a factores de riesgo.

Este proceso reviste una extraordinaria importancia en la Vigilancia en salud. Permitiendo mediante la aplicación del mismo, la identificación de problemas de salud y su accionar de forma oportuna.

Teniendo en cuenta la importancia que reviste el conocimiento del comportamiento de la conducta suicida, según las áreas geográficas de mayor riesgo en nuestra provincia, realizamos la presente estratificación espacial hasta el nivel municipal, partiendo del comportamiento de la misma, para identificar con mayor precisión los factores causales o condicionantes que han motivado su comportamiento y faciliten diseños de intervención específicos más eficaces y eficientes para la reducción o eliminación de dichos riesgos.

Se pretende poner en evidencia los municipios en los cuales se hace necesario realizar un trabajo más preciso y exhaustivo en la dinámica investigación-acción-evaluación en un escenario adecuado y sistemático de Vigilancia en salud.



Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, sobre la conducta suicida en la provincia Granma durante el año 2017 respecto al año 2016, con el objetivo de evaluar el comportamiento de la misma, teniendo en cuenta las siguientes variables: grupos de edad, sexo, municipio de residencia. Se determinaron otros indicadores de vigilancia como fueron: tendencia, riesgo de enfermar por municipios y estratificación de riesgo.

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema a través de los materiales existentes, con el objetivo de consultar otros estudios relacionados con el tema.

Todos los datos utilizados fueron recogidos del Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria del Departamento Provincial de Estadística.

Para el análisis de los datos se calcularon tasas de incidencia y se utilizaron métodos estadísticos: media aritmética, desviación estándar.

En la realización de la descripción, análisis, cálculos y confección de gráficos nos apoyamos en los programas Microsoft Office Excell, Power Point y Word.

Resultados

La mortalidad por suicidio en la provincia, exhibe una tendencia descendente, siendo los años 2009 y 2011 los de mayor incidencia con tasas de 15.0 y 15.4 x 100 000 habitantes respectivamente. (Gráfico 1)

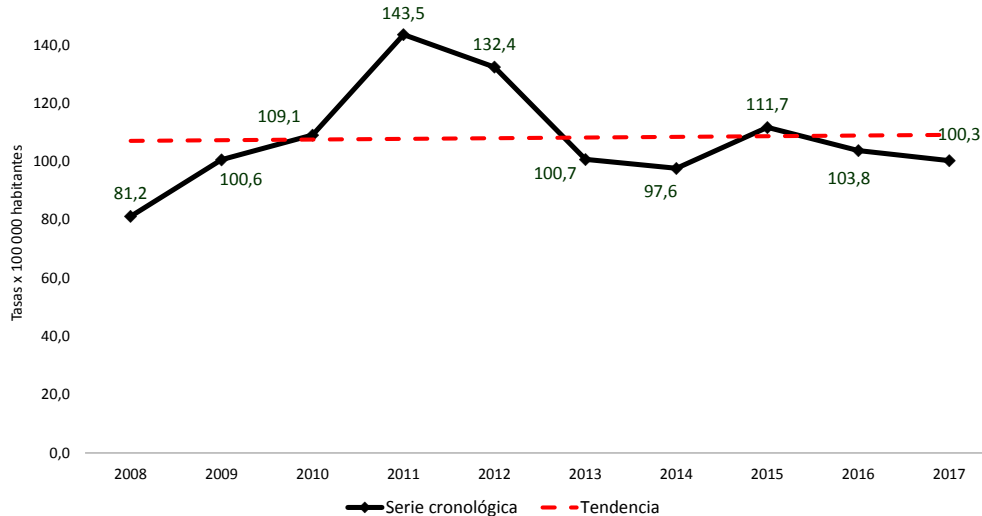


Gráfico 1. Comportamiento y tendencia de la Mortalidad por suicidio.

Granma 2008-2017.

Fuente: Departamento Provincial de estadística. Granma.

Los intentos de suicidio exhiben una tendencia estable, observándose un incremento paulatino a partir del año 2008 a 2012, año a partir del cual comienza a disminuir, manteniéndose de forma estable hasta el año 2017, mostrando las mayores tasas en los años 2011 (143.5) y 2012 (132.4) x 100 000 habitantes. (Gráfico 2)

**Gráfico 2. Comportamiento y tendencia de los Intentos de Suicidio.**

Granma 2008-2017.

Fuente: Departamento Provincial de estadística. Granma.

El análisis de la morbimortalidad por conducta suicida respecto al año 2016, se aprecia que el suicidio experimentó un crecimiento de 31.6% y los intentos de suicidio un decrecimiento de 3.3%.



Respecto al comportamiento por sexo durante ambos años de estudio, se aprecia el predominio del sexo masculino en el suicidio y del sexo femenino en los intentos de suicidio.

La tabla muestra el comportamiento de los intentos de suicidio y suicidio por grupos de edad de ambos años de estudio, donde apreciamos que en los Intentos de suicidio en ambos años los grupos más afectados fueron: 15-19, 20-24 y 25-59 años; observándose que en el año 2017 el grupo de 65 años y más incrementa el número de casos en un 72.7%, resulta de gran importancia destacar que en los menores de 15 años se reportaron 131 casos en el año 2016 y 123 en el año 2017, aportando a la morbilidad el 15.0% de los casos y el 14.6% respectivamente, siendo muy significativo que en el grupo de edad 5 a 9 años, se incrementan los intentos de suicidio (+4) respecto al año 2016. En cuanto al suicidio se incrementa el número de fallecidos en todos los grupos de edad, excepto en el grupo 10 a 14 años.

Tabla. Intentos de suicidio y suicidio. Distribución por grupos de edad. Granma 2017 vs 2016.

Grupos de edad	Intentos Suicidio		Variación %	Suicidio		Variación %
	2017	2016		2017	2016	
5 a 9 años	5	1	400,0			
10 a 14 años	118	130	-9,2	1	2	-50,0
15 a 19 años	227	238	-4,6	3	1	200,0
20 a 24 años	122	153	-20,3	6	4	50,0
25 a 59 años	324	311	4,2	51	43	18,6
60 a 64 años	6	14	-57,1	9	5	80,0
65 años y más	38	22	72,7	34	24	41,7
Total	840	869	-3,3	104	79	31,6

Fuente: Departamento de Estadística. Dirección Provincial de Salud. Granma.



El análisis del comportamiento por municipios de los Intentos de suicidio, muestra que los municipios Media Luna (195.0%), Niquero (80.0%), Bartolomé Masó (57.6%), Cauto Cristo (27.8%), Jiguaní (12.1) y Río Cauto (2.3%) incrementan el riesgo respecto al año 2016; en el caso de los suicidios, 9 municipios incrementan el riesgo siendo lo más afectados Guisa (333.3%), Jiguaní (180.0%), Media Luna (150.0%) y Niquero (100.0%).

Al realizar la estratificación epidemiológica de la conducta suicida, concluimos que en los intentos de suicidio 2 municipios se ubicaron el estrato de alto riesgo (Media Luna y Niquero) y en los suicidios (Jiguaní, Yara, Buey Arriba y Guisa), lo cual se aprecia en los mapas 1 y 2 respectivamente. (Fig. 1 y Fig. 2)

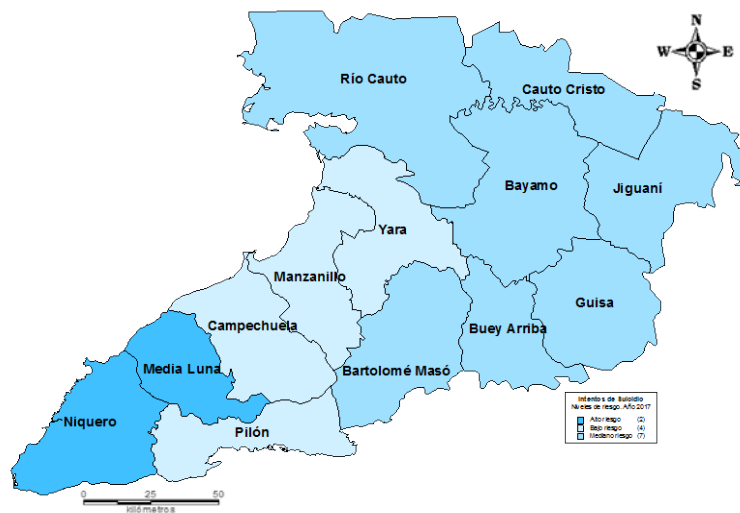


Fig. 1. Intentos de suicidio. Distribución espacial según niveles de riesgo.

Granma. Año 2017.



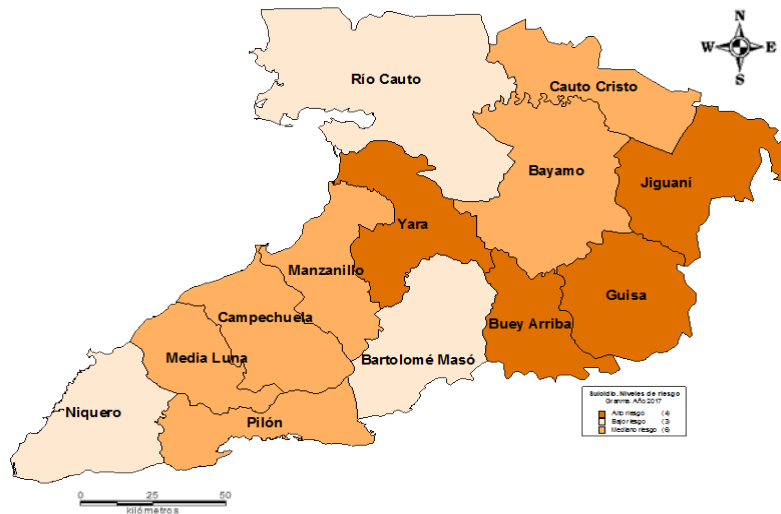


Fig. 2. Suicidio. Distribución espacial según niveles de riesgo.
Granma. Año 2017.

Discusión

El suicidio es un tema controvertido, que pese a su carácter individual, es considerado como un grave problema de salud en casi todas las regiones del mundo. Es aún un enigma el por qué los seres humanos, orientados hacia la vida, se entregan a comportamientos autodestructivos. Es tan viejo como la humanidad y el conocimiento de los factores de riesgo que lo provoca permite prevenir dicha conducta, pues a partir de ahí el médico de la atención primaria estaría en condiciones para detectar aquellos individuos suicidas en potencia y trazar la conducta a seguir para que este paciente sea valorado de forma precoz por profesionales de la salud mental, quienes están científicamente más capacitados para profundizar en el diagnóstico nosológico, perturbación y letalidad potencial de la persona con riesgo de autodestrucción, así como la terapéutica que debe ser aplicada, sea hospitalizado o de forma ambulatoria.^(8,9)



A pesar de que en la provincia la tendencia del Suicidio es discretamente descendente y los Intentos de suicidio ascendente, a nivel mundial la tendencia apreciable del incremento de este fenómeno se ha transformado en un tema de preocupación tanto para los gobiernos y sistemas de salud de los países como para los organismos internacionales. Las políticas y programas de prevención y control de la conducta suicida constituyen respuestas, pero no siempre con resultados muy alentadores. ⁽¹⁰⁾Para ello nuestro país cuenta con el Programa Nacional de Prevención de la conducta suicida cuyo objetivo fundamental es reducir la morbilidad por Intentos de suicidio y la mortalidad por suicidio.

Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio es posible; comprende una serie de actividades, tales como proveer información apropiada para jóvenes y niños, ofrecer un tratamiento eficaz de los trastornos mentales y controlar los factores de riesgo medioambientales. La difusión apropiada de la información y las campañas de sensibilización sobre el problema, son elementos esenciales para asegurar el éxito de los programas de prevención. La OMS pone énfasis en la importancia de recordar que el suicidio no ocurre como un hecho aislado al margen de las comunidades. ⁽¹¹⁾

Aunque algunas tentativas de suicidio o suicidios consumados constituyen golpes inesperados para los familiares y amigos; a menudo los suicidas han mostrado con anterioridad algún tipo de advertencia sobre su intención. Se ha de prestar atención a las amenazas y a las tentativas de suicidio. Si se ignoran, se puede perder una vida. ⁽¹¹⁾

La conducta suicida no se hereda, pero sí la predisposición genética para padecer determinadas enfermedades mentales; por consiguiente, en los pacientes con dicha intención hay que precisar si existen esos antecedentes patológicos familiares para poder intervenir en la reducción del riesgo suicida, pues para prevenir ese comportamiento deben promoverse modos de vida saludables como la práctica sistemática de deportes, una sexualidad responsable, los hábitos no tóxicos y el desarrollo de múltiples intereses que permitan un uso adecuado del tiempo libre. ⁽¹¹⁾



La conducta suicida aparece en ambos sexos y a cualquier edad. En Estados Unidos, el suicidio constituye la tercera causa de muerte en los jóvenes de edades comprendidas entre los 10 y los 24 años, y ocupa el lugar número 10 entre las causas de muerte de la población en general. Cuando se agrupa a las personas por edad, ascendencia y sexo, la tasa de suicidio es más alta en los hombres de ascendencia caucásica mayores de 85 años, pero cuando se agrupan únicamente por edad, la tasa es más alta en las personas entre 45 y 64 años de edad.⁽¹²⁾

Los intentos de suicidio son más frecuentes antes de la mediana edad (entre 40 y 60 años). Las tentativas de suicidio son especialmente frecuentes entre las mujeres adolescentes y los varones solteros en la treintena. En todos los grupos de edad, las tentativas son dos o tres veces más frecuentes en las mujeres que en los varones, pero la probabilidad de consumar el suicidio es cuatro veces mayor en varones.⁽¹²⁾

En resumen, respecto a la edad y al sexo, existen importantes diferencias entre el suicidio consumado y los intentos de suicidio. Así, mientras el primero suele producirse en hombres, los intentos son más habituales entre las mujeres jóvenes.⁽¹²⁾

Nuestro estudio confirma similares resultados a los exhibidos anteriormente, donde se aprecia que el suicidio es más frecuente en el sexo masculino y en mayores de 60 años y por otro lado los Intentos de suicidio predominan en el sexo femenino en el grupo de edad 10 a 24 años.

Desde 1989 en nuestro país se implementó el Programa Nacional de Prevención de la conducta suicida, que tiene como objetivos fundamentales reducir la morbimortalidad por esta causa; capacitar al personal de salud y salud mental y a la comunidad en temas de salud mental; establecer un sistema de vigilancia en salud; detectar grupos de riesgos en la población; optimizar la atención a toda persona que haya realizado un intento suicida; desarrollar acciones de promoción de salud para fomentar factores protectores y actitudes y estilos de vida saludable; entre otros. Este programa está dirigido a toda la población y sus acciones se llevan a cabo fundamentalmente a nivel primario.



Para el logro de los objetivos de este programa resulta de vital importancia la distribución espacial de los casos y fallecidos, así como la incidencia de los diferentes factores de riesgo que sean identificados; constituyendo una herramienta fundamental en el proceso de toma de decisiones; nuestro trabajo identifica cuales son los municipios de mayor riesgo en nuestra provincia, donde las acciones constituyen una prioridad, a pesar de que su alcance es a toda la población.

Conclusiones

La morbimortalidad en los últimos 10 años muestra una tendencia ligeramente descendente en el suicidio y estable en los intentos de suicidio; el riesgo respecto al año anterior se incrementa en 8 municipios y en los grupos de edad de 15 a 59 años y en el suicidio en 4 municipios y en todos los grupos de edad, excepto en el de 10 a 14 años; respecto al año 2016 el suicidio experimenta un crecimiento y un decrecimiento en los intentos de suicidio; el suicidio fue más frecuente en el sexo masculino y en los Intentos de suicidio predominó el sexo femenino; la estratificación epidemiológica ubicó en los intentos de suicidio, 2 municipios en el estrato de alto riesgo (Media Luna y Niquero) y en los suicidios (Jiguaní, Yara, Buey Arriba y Guisa).

Referencias bibliográficas

1. Suelves Josep M, Robert A. La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. Revista Española de Medicina Legal 2012;38(4): 137-42.
2. Ekeberg Ø, Hem E. Chronically suicidal” and “chronic suicidality” are unclear terms which in our opinion should not be used. Chronically suicidal. [Internet]. 2018 [citado 2/9/2019]. Disponible en: <https://tidsskriftet.no/en/2017/11/kronikk/chronically-suicidal>



-
3. MedlinePlus. Suicidio y comportamiento suicida. MedlinePlus. [Internet]. 2018 [citado 2/9/2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001554.htm>
 4. Cruz Sánchez F, Martínez Vázquez N, León Reyes S, Guisandes Zayas AA, Torres Vidal RM, Alonso Uria RM, et al. Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia. Ministerio de Salud Pública. Departamento Materno Infantil y Planificación Familiar. [Internet]. 2012-2017. [citado 2/9/2019]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Programa%20nacional%20de%20salud%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20integral%20en%20la%20adolescencia%20%28Cuba%29.pdf>
 5. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. Estadísticas a propósito del Día mundial para la prevención del suicidio. INEGI. [Internet]. 2014 [citado 5/8/2019]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/suicidio0.pdf>
 6. Guajardo G. Suicidios Contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales: ensayos sobre violencia, cultura y sentido. [Internet]. Santiago, Chile: FLACSO-Chile; 2017. [citado 5/8/2019]. Disponible en: https://biblio.flacsoandes.edu.ec/shared/biblio_view.php?bibid=145481&tab=opac
 7. Arroyo Fernández A, Bertomeu Ruiz A. Métodos suicidas e Internet. Revista Española de Medicina Legal 2012;38(4):143-8.
 8. Organización Mundial de la Salud. Depresión. OMS. [Internet]. 2020 [citado 5/8/2019]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 9. Hernández PA, Villarreal RE. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. MEDISAN. 2015; 19(8):1051-1058.
 10. Politopedia. Recomendaciones OMS para prevenir el suicidio. Politopedia. [Internet]. 2017 [citado 5/8/2019]. Disponible en: <http://www.politopedia.cl/recomendaciones-oms-prevenir-suicidio/>



-
11. Silva D, Valdivia M, Vicente B, Arévalo E, Dapelo R, Soto C. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2017; 22(1): 33-42.
 12. Valiente Morejón W, Junco Sena B, Padrón Vega Y, Ramos Águila YC, RodríguezMéndez A. Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores. Revista Finlay2018; 8(2): 111-21.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de autoría

Dania Martínez Orozco: gestación de la idea, elaboración del diseño, contribuyó en los resultados, discusión del estudio y en la redacción del artículo.

Yusel Mariuska Collejo Rosabal: contribuyó en los resultados, discusión y en la parte estadística.

Zulín Fonseca González: contribuyó en los resultados y discusión del estudio, realizó las búsquedas bibliográficas y el procesamiento de la información.

Ana Julia Quezada Font: participó en la elaboración del diseño, contribuyó en los resultados, discusión y en la aprobación de la versión final.

Yudilsa Verdecia Pacheco: participó en la elaboración del diseño, contribuyó en los resultados, discusión y en la aprobación de la versión final.

Yo, Dania Martínez Orozco, en nombre de todos los coautores declaro la veracidad del contenido del artículo.

