

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLINICO DOCENTE SUR
MORON

TÍTULO: COMPORTAMIENTO DE FACTORES DE
RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES
DEL CONSULTORIO 3 CONSEJO POPULAR SUR
MORON

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE: Especialista de Primer Grado en Medicina
General Integral.

AUTOR: Dra. Gina Mamani Marca

Morón, 2017.

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLINICO DOCENTE SUR
MORON

**TÍTULO: COMPORTAMIENTO DE FACTORES DE
RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES
DEL CONSULTORIO 3 CONSEJO POPULAR SUR
MORON.**

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE: Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral.

AUTOR: Dra. Gina Mamani Marca. Residente de medicina General
Integral.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico universitario docente sur.

TUTOR: Msc. Lourdes Castillo Rojas.

Lic. en Psicología

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico universitario docente sur.

MORON, 2017

R E S U M E N

Se realizó una investigación observacional descriptivo con el objetivo de determinar el comportamiento de los factores de riesgo suicida en los adolescentes del consultorio 3. La población estuvo constituida por 126 adolescentes, de los cuales se escogieron por el muestreo probabilístico, 47 adolescentes y sus padres. Se aplicó la encuesta a ambos. Los principales resultados fueron que predominó el sexo femenino sobre el sexo masculino y entre edades 15 a 16 años.

ÍNDICE

Introducción	Pág .
Problema Científico	Pág .
Objetivo General	Pág .
Objetivos Específicos	Pág .
Marco Teórico	Pág .
Materiales y Métodos	Pág .
Variables a estudiar	Pág .
Resultados y Discusión	Pág .
Conclusiones	Pág .
Recomendaciones	Pág .
Referencias Bibliográficas	Pág .
Anexos	Pág .

INTRODUCCION.

Uno de los problemas actuales más acuciantes a los que se enfrenta el profesional de la salud, es la conducta suicida, pues cada año aumentan los fallecidos por esa causa y los que intentan consumar el hecho, con el consecuente lastre psicológico, sociológico y asistencial para ellos, sus familiares y el equipo médico que les atiende en tan lamentable situación. **(1)**

El intento suicida es cualquier acción mediante la cual el individuo se autolesiona, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su pretensión. Tanto ese impulso como el suicidio son las 2 formas más representativas de la conducta suicida, que van desde la idea suicida hasta el suicidio propiamente dicho; es considerado como un grave problema de salud en casi todas partes del mundo, pues se calcula que por cada muerte atribuible a esa extrema autoagresión, se producen 10 tentativas, con predominio en adolescentes y jóvenes. **(1)**

La adolescencia es una época de identidad sexual y relaciones sociales, cuando la necesidad de independencia contradice a menudo las reglas y expectativas que otras personas establecen. El suicidio y el intento de realizarlo, constituyen las manifestaciones dramáticas del fracaso de los adolescentes al enfrentarse con ese nuevo mundo; en consecuencia, como ellos ponen en tela de juicio lo histórico y social, amenazan con crear un conflicto de generaciones. **(1)**

El comportamiento autolesivo se encuentra en la población general hay autores que proponen que se considere un síndrome por sí mismo. **(2)**

Aunque el comportamiento autolesivo es conceptualmente distinto del suicidio múltiples estudios muestran una relación muy estrecha entre ambos, siendo las conductas autolíticas un claro factor de riesgo para las tentativas suicidas, ya que tras una autolesión el riesgo de cometer suicidio oscila entre el 0,5 y el 2% en el año siguiente. **(3)**

Según la OMS, la conducta suicida en sus diferentes formas constituye un serio problema de Salud Pública, ya que se encuentra dentro de las 10 primeras causas de mortalidad general y dentro de las tres primeras causas de muerte entre los adolescentes y adultos jóvenes **(4)**.

Las estadísticas acerca de los suicidios son alarmantes, se plantea que una persona muere en el mundo por suicidio cada 40 segundos y un millón de personas por año, cifra esta mayor que la suma de víctimas de guerras y homicidios, y es un problema que se agrava, según un informe de la OMS publicado en Ginebra. (4)

Según la OMS en los últimos años la tasa ha aumentado en 60 % en algunos países; existen 20 millones de tentativas por año; y el 5 % de las personas en el mundo hacen una tentativa de suicidio por lo menos una vez en su vida. (5)

El intento de suicidio, junto con el suicidio son las dos formas más representativas de esta conducta, aunque no las únicas. El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes grados, las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado. (6)

La presencia de cualquiera de estos indicadores constituye un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta. La identificación y detección oportuna de estas señales que emiten los individuos con riesgo suicida es importante para la prevención de esta conducta. El intento suicida, también denominado para suicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada, se ha definido como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo. (7)

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. (8 9)

Las características del suicidio varían de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente, desde las civilizaciones más antiguas, durante la edad media, y se observa con posterioridad una caída en su incidencia. De nuevo reaparece el suicidio, impetuosamente en el siglo XVIII hasta nuestros días, fenómeno que ha ocupado la atención de filósofos, médicos, sociólogos, psicólogos y educadores, entre otros. (10)

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. En Europa, es la segunda causa más frecuente de muerte entre los grupos de 15 a 44 años. **(11 12)**

La adolescencia es la etapa entre la niñez y la adultez, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, que comprende desde los 10 hasta los 19 años. **(13)**

Los aspectos biopsicosociales que afectan la adolescencia pueden ser percibidos en tal gravedad y magnitud que convierten a algunos adolescentes en sujetos vulnerables a la realización de intentos suicidas. Factores como el contexto en que se desarrolla el adolescente, la situación social de desarrollo, el ambiente familiar, las relaciones interpersonales (con familiares, amigos, compañeros), las posibilidades socioeconómicas, la complacencia con las actividades que realiza (docentes, laborales, o domésticas), la satisfacción o insatisfacción de sus necesidades, generan sentimientos de frustración. **(14)**

Los adolescentes se caracterizan por:

- Baja percepción de riesgo.
- Necesidad de reafirmación y búsqueda de independencia.
- Concesiones de mayor independencia para la toma de decisiones sobre todo en la adolescencia tardía. **(15)**

Existen necesidades psicológicas básicas en el adolescente que se enmarcan en su entorno familiar, escolar y social, las cuales pueden influir decisivamente en la formación de su personalidad y en la adaptación social.

La conducta suicida puede ser el reflejo de un desajuste en esa interacción recíproca del adolescente con su medio.

La adolescencia es casi siempre valorada por los adultos como una etapa relacionada con la felicidad, la libertad y un ambiente sano, sin problemas, no obstante, el intento suicida ocurre con frecuencia. **(16)**

En la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida.

Estos adolescentes generalmente provienen de familias desestructuradas, con carencias en el aspecto económico, déficit sociales y culturales, alteraciones en las relaciones dentro y fuera del grupo familiar, o lo que se pudiera llamarse familias multiproblemas, o familias que por sus características intrafamiliares y/o por el entorno en que viven pueden calificarse de alto riesgo, con pobreza educacional, y de exposición a situaciones familiares adversas. (17)

Este fenómeno que va en aumento en todos los países del mundo, se encuentra considerado ya como parte de "Las enfermedades del desarrollo", comprende el intento y el suicidio en sí. (18)

Las tasas de suicidio más elevadas se dan en los países de Europa del Este como Lituania o Rusia, mientras las más bajas se sitúan en América Central y del Sur en países como Perú, México, Brasil o Colombia. No existen estadísticas sobre el tema en muchos países africanos y del sudeste asiático. (19)

La propia OMS subraya que hay tres veces más suicidios en hombres que en mujeres, sean cuales fueran las clases de edad y los países considerados, y por el contrario hay tres veces más tentativas de suicidio en las mujeres que en los hombres, y que esa disparidad entre ambas estadísticas se explica por el hecho de que los hombres emplean métodos más radicales que las mujeres para morir. (20)

El Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles (California) informó una tasa de 16 por cada 100 000 habitantes, de los cuales 43 % tenían edades que oscilaban de 12 a 20 años. Para América Latina la mayor incidencia de suicidio se presenta en jóvenes entre 15 a 19 años de edad. (21)

Cuba no está exenta de esta problemática en los adolescentes, al observarse que en las edades de 10 a 19 años ha ocupado en los dos últimos años la tercera y cuarta causa de muerte. En el año 2010 existió una tasa de 2,9 por 10 000 habitantes en las edades de 10 a 19 años, ocupando la tercera causa de

muerte para este grupo de edades, y en el año 2011 presentó una tasa de 2,7 para pasar a la cuarta causa de muerte es esta población. **(22)**

Por ello diversas áreas del conocimiento como la sociología, la psicología, la psiquiatría y la filosofía, se han dedicado a estudiar todo lo relacionado con el suicidio, debido a que dicha problemática ha crecido progresivamente a través de los años, situándose como primera causa de muerte violenta en el mundo según la Organización Mundial de la Salud (O M S).**(23)**.

Muestra del Comportamiento Suicida en el municipio, es el dato obtenido a través de la notificación de los casos de Intento Suicida en la tarjeta de Enfermedad de Declaración Obligatoria (E.D.O), en la Dirección Municipal de Higiene y Epidemiología, la que informó que en el 2015 se notificaron en el municipio un total de 77 Intentos Suicidas ,60 del sexo femeninos y 17 del masculino, de ellos 39 casos entre 10 a 19 años, 34 correspondiente del sexo femenino y 5 al masculino. En el año 2016 fueron un total de 82 casos, 58 correspondieron el sexo femenino y 24 al masculino., de ellos 11 del sexo masculino y 31 del femenino en edades de 10 a 19 casos, existiendo un incremento de 5 casos de un año respecto a otro, pero, específicamente en edades de 15 a 19 años el aumento fue de 8 casos. También existieron más casos en el Consejo Sur de Morón en el 2016.

La prevención de esta conducta no es una tarea fácil debido a que no siempre los factores de riesgo son identificados por las personas que permanecen en contacto con el adolescente, de ahí la necesidad de proyectar acciones de salud en este sentido con el objetivo de evitar el primer intento, su repetición y el suicidio consumado

PROBLEMA

¿Cómo se comportan los factores de riesgo de intento suicida en los adolescentes del consultorio 3.

Objetivo General:

1. Determinar el comportamiento de los factores de riesgo de suicida en los adolescentes del consultorio 3

Objetivos Específicos:

1_Fundamentar los sustentos teóricos del comportamiento suicida.

2-Identificar los factores de riesgo del comportamiento suicida.

3-Identificar factores desencadenantes del comportamiento suicida.

4 Determinar el espectro del comportamiento suicida.

MARCO TEORICO .

A través de la historia, la postura frente al suicidio ha sido diferente según el momento histórico concreto de que se trate. Así, en la antigua Roma, se asumía una posición neutral e incluso positiva frente al suicidio. (24)

En la antigüedad, tanto los griegos como los romanos aceptaban el suicidio; sin embargo, no reconocían en las mujeres, en los esclavos y en los niños el derecho a disponer de sus vidas, ya que consideraban el acto como un atentado contra la propiedad del amo. (25)

La actitud de los hombres ante la muerte no ha sido la misma a través de los tiempos; cuando un hombre de hoy habla de su muerte, piensa que si le fuera dado escogería una muerte súbita, sin dolor, como un leve sueño. El hombre del Medioevo se sentiría aterrado de ello, porque como lo expresa el padre de Hamlet, en la famosa obra de Shakespeare, moriría «en la flor del pecado»; por eso el hombre de la Edad Media prefería un tiempo de arrepentimiento y de balance de sus deudas con Dios y con los hombres, incluso en las oraciones medievales se rezaba «líbranos Señor de la muerte repentina».

El suicidio comenzó a ser considerado pecado en el siglo IV con San Agustín, porque viola el sexto mandamiento, usurpa la función del Estado y de la Iglesia y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios.

En la Edad Media y hasta bien entrada nuestra Edad Moderna en Europa occidental las Iglesias cristianas sacralizaron la muerte, la domesticaron, integrándola en un sistema de ritos y creencias que la convertían en una etapa más del destino final de cada ser humano. La Iglesia Católica rechazaba al suicida y se le negaba la sepultura en el Campo Santo.

En la Edad Media en Europa degradaban el cadáver arrastrándolo por las calles cabeza abajo con una estaca atravesando el corazón y una piedra en la cabeza para inmovilizar el cuerpo y que el espíritu no regresara a dañar a los vivos: el alma del suicida era condenada al infierno por toda la eternidad.

En la Inglaterra anglicana de 1800 el cuerpo del suicida era castigado por la justicia públicamente siendo arrastrado por el suelo y estaqueado en el cruce

de los caminos, sus bienes confiscados y la viuda desheredada y deshonrada. Solo se aceptaba el caso del soldado vencido que se suicidaba por honor. En el siglo XV, Castilla, Aragón, Florencia, Francia, Reino Unido, Milán, Venecia y Portugal sancionaban el suicidio, rematando incluso a los muertos suicidados. En Castilla y Aragón, la práctica se recoge en una constitución de 1497, cuando un pastor almeriense se suicidó porque le despidieron, y fue rematado en Córdoba en 1498.

En sociedades donde la sacralidad era la cosmovisión vigente, es lógico que el comportamiento suicida se rechazara, pues el hombre no tenía permitido modificar su destino, que estaba en las manos de Dios.

Fue a partir del siglo XIX cuando se perdió ese sentido de socialización, inserto en la ritualidad. La sociedad emergente rechazó aquel paradigma medieval. La muerte fue liberada y pasó al dominio privado, el cadáver era velado en la casa, sepultado en familia, y en ese sentido la muerte pasó a depender cada vez más de la voluntad del individuo. De este modo, la sociedad occidental se había desvinculado de la muerte y del suicidio en particular. **(26)**

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.

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". **(27)**

En la actualidad, en Afganistán muchas mujeres se prenden fuego porque creen que el suicidio es la única manera de escapar de un matrimonio opresivo,

del abuso de los familiares, de la pobreza, o del estrés de las guerras. Se calcula que 2 300 mujeres o niñas intentan suicidarse cada año. **(28 29)**

A escala mundial los hombres tienen una tasa de suicidio superior a las mujeres con una razón 3,5-1 (O M S 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. **(30)**

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. **(31)**

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

El deseo de morir. Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: "la vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morirme", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" y otras expresiones similares.

La representación suicida. Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

- Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "no sé cómo, pero lo voy a hacer".
- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: "De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo."
- Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
- El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

La amenaza suicida. Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

El gesto suicida. Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin

resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

El suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

El suicidio accidental. El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).

Suicidio intencional. Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida.

El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos. **(35)**

Clasificación del suicidio.

-Según voluntariedad.

- Según edad, sexo y ocupación.
- Según la forma.
- Según la estructura.
- Según el acto en sí.
- Según el número de personas implicadas.
- Según el inicio.
- Según el origen.

Según voluntariedad.

Suicidio voluntario. El sujeto con intención y voluntad de suicidarse, con premeditación del hecho (acto suicida). El sujeto piensa, lo medita, lo elabora y lo ejecuta.

Suicidio intencional. El sujeto tiene la intención y voluntad de suicidarse sin premeditación del hecho. Es el suicidio de la impulsión suicida.

Suicidio imprudente. El sujeto no tiene intención ni voluntad de suicidarse, pero el suicidio se concreta por exceso de la acción, sin voluntad de quitarse la vida.

Suicidio asistido. Es la ayuda proporcionada por un médico, amigo o familiar a una persona que desea poner fin a su propia vida. Es muy controvertida porque plantea una inversión de la función habitual del médico en relación con sus pacientes. Un tratamiento sofisticado, aplicado con competencia y basado en la compasión, a menudo puede aliviar el dolor y la angustia, y ayuda a los pacientes que se encuentran en fase terminal a lograr un buen control de los síntomas, sin perder su dignidad. No obstante, algunas veces no es factible el alivio adecuado o el paciente todavía pide adelantar la muerte como un ejercicio de autonomía y para terminar su vida en plenas facultades.

Según edad, sexo y ocupación.

Los intentos de suicidio son especialmente comunes entre las mujeres menores de 35 años (más % 15 y 24 años), los hombres lo hacen en edad más avanzada (de 35 a 70 años); después de los 70 años la prevalencia es similar para ambos sexos.

En la mujer existe una gran tasa de suicidio durante la adolescencia para luego caer de forma marcada en las demás etapas de la vida; se plantea que la menor edad registrada de suicidio es de 13 años. En cuanto al sexo masculino es mayor en los adolescentes que en los jóvenes y en los jóvenes más que en la edad madura.

Según la ocupación hay mayor tendencia al suicidio en los obreros, ama de casa, jubilados, le siguen los agricultores y estudiantes.

Según la forma.

-Suicidio consumado y no consumado.

Según la estructura.

-Actos suicidas activos, pasivos y equivalentes suicidas.

Según el acto en sí.

-Actos suicidas reflexivos, impulsivos (en cortocircuito) y con bajo nivel de conciencia.

Según el número de personas implicadas.

-Acto suicida individual, doble, inducido o ampliado y colectivo.

Según el inicio.

-Suicidios desesperados, histriónicos o impulsivos, psicóticos y racionales.

Según el origen.

-Suicidios vicariante. Se adelanta o acelera el acto de la muerte que se vislumbra en un futuro, con la justificación de que no hay esperanza; solo se ve a su alrededor sufrimientos y nada puede compensar el periodo de espera.

-Suicidios perfeccionistas. No se tolera la disminución de cualquier atributo de la persona, sea la belleza, la potencia sexual, la aparición de un defecto cualquiera, menoscabo económico o social, o la pérdida de poder o prestigio.

-Suicidios hedonistas. No soporta nada que constituya un impedimento o una disminución del placer de predominio sensual.

-Suicidios transicionales. Ante ciertas crisis vitales de transición inevitables, optan por el suicidio. **(36)**

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. **(39)**

En Cuba la incidencia del suicidio en adolescentes ha ido descendiendo, y se notan cambios sustanciales en los reportes de las principales causas de muerte entre los 10 y 19 años de edad entre 1970 y 2008, y de 126 defunciones se

descendió a 35 en ese último año.¹⁰ A pesar de esta reducción, continúa siendo un problema de salud, y ocupa en la actualidad la cuarta causa de muerte en las edades de 10-19 años. (40)

La **adolescencia** es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social, inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años. (41)

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. (42)

Para delimitar conceptualmente la adolescencia, varios autores se han basado en tres puntos de vista, algunos la consideran como características de la adolescencia:

Biológico. Se caracteriza por súbitos y profundos cambios físicos, dado por el crecimiento ponderal y estatural, cambios hormonales que son responsables del crecimiento y desarrollo de los genitales internos y externos, y la gradual aparición de los caracteres sexuales secundarios. Durante esta etapa se logra la plena capacidad física y reproductiva.

Psicológico. Se define como un proceso y no precisamente como una etapa, pues está caracterizada por continuos cambios. A lo largo de este proceso el sujeto tiene que cumplir toda una serie de tareas psicológicas, que van desde el logro de la identificación sexual hasta la definición de su futuro. Se trata pues de un proceso de continuos cambios que implican una ruptura con la infancia.

Sociológico. Desde este punto, se sitúa en el interior de la reflexión sobre el período juvenil. Se define como un período dinámico y de transición, cuyo principal valor social es el de prepararse adecuadamente para el futuro desempeño de los roles adultos, y ser capaces de participar con éxito en la vida laboral, política y cultural de sus respectivas sociedades. (15)

13- Mederos Ávila ME, Casas Fernández JA, Mederos Ávila JA, Melis Torres V, Pullós Fernández. Intentos suicidas en el área de salud del Policlínico Universitario "José Martí Pérez". Medisan [revista en la Internet]. 2011 [citado 14 de octubre de 2014]; 15(12). [aprox. 4p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001200010&script=sci_arttext

En el aspecto emocional, la llegada de la adolescencia significa la eclosión de la capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones que se identifican o tiene relación con el amor. Aparece el pensamiento formal, descubre que es capaz de argumentar, de analizar y comienza a hacerlo, en ocasiones caen en contradicciones cuando hablan con un adulto, las cuales son normales ya que están ejercitando su capacidad de razonar; además comienzan a generar sus propias teorías. A raíz de esto empiezan a elaborar sus códigos de conducta, sus valores y su ética; progresivamente va modificando su rol en la familia, de niño-dependiente a adulto-independiente con aumento de responsabilidades y de capacidad para ejercer su libertad. La característica más peligrosa del pensamiento adolescente es la de "sentirse invencible", siempre piensan que las cosas malas "les ocurren a los otros", accidentes, agresiones, embarazo, brotes psicóticos por ingesta de droga y coma etílico. **(43)**

En la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida. Estos adolescentes generalmente provienen de familias desestructuradas, con carencias en el aspecto económico, déficit sociales y culturales, alteraciones en las relaciones dentro y fuera del grupo familiar, o lo que se pudiera llamarse familias multiproblemas, o familias que por sus características intrafamiliares y/o por el entorno en que viven pueden calificarse de alto riesgo, con pobreza educacional, y de exposición a situaciones familiares adversas. **(32)**

Existen rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer un acto suicida como lo es la poca

tolerancia a la frustración, actitudes hiperperfeccionistas, son críticos, rígidos intelectualmente, que no toleran el más mínimo fracaso, y a veces están convencidos de su propia maldad y no se sienten queridos.

Las dificultades escolares son predictivas de ideaciones y conductas suicidas en esta etapa de la vida. En otros casos la vulnerabilidad al percibir ciertos eventos de la vida como una amenaza directa a su autoimagen o a su dignidad; la separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias; la muerte de un ser querido u otra persona significativa; los conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas; los problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente; la aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia; presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones; el fracaso en el desempeño escolar; la exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes; el embarazo no deseado u otra infección de transmisión sexual; el padecer una enfermedad física grave; ser víctima de desastres naturales; la violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares; el estar sometido a amenazas de muerte o golpizas; ser motivo de burlas en la escuela; incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas **(33 34)**

Existen rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer un acto suicida como lo es la poca tolerancia a la frustración, actitudes hiperperfeccionistas, son críticos, rígidos intelectualmente, que no toleran el más mínimo fracaso, y a veces están convencidos de su propia maldad y no se sienten queridos.

Las dificultades escolares son predictoras de ideaciones y conductas suicidas en esta etapa de la vida. En otros casos la vulnerabilidad al percibir ciertos eventos de la vida como una amenaza directa a su autoimagen o a su dignidad; la separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias; la muerte de un ser querido u otra persona significativa; los conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas; los problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente; la aceptación

del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia; presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones; el fracaso en el desempeño escolar; la exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes; el embarazo no deseado u otra infección de transmisión sexual; el padecer una enfermedad física grave; ser víctima de desastres naturales; la violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares; el estar sometido a amenazas de muerte o golpizas; ser motivo de burlas en la escuela; incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas. **(37 38)**

Los aspectos biopsicosociales que afectan la adolescencia pueden ser percibidos en tal gravedad y magnitud que convierten a algunos adolescentes en sujetos vulnerables a la realización de intentos suicidas. Factores como el contexto en que se desarrolla el adolescente, la situación social de desarrollo, el ambiente familiar, las relaciones interpersonales (con familiares, amigos, compañeros), las posibilidades socioeconómicas, la complacencia con las actividades que realiza (docentes, laborales, o domésticas), la satisfacción o insatisfacción de sus necesidades, generan sentimientos de frustración. **(45 45)**

El adolescente con alto riesgo de suicidio puede presentar rasgos tales como : ser solitario, aislado, replegado sobre sí mismo, frecuenta pocos amigos y no tiene un confidente real. No confía en nadie y se siente automáticamente excluido y rechazado por el grupo de pares. **(47 48)**

La clasificación de los factores de riesgo se realiza teniendo en cuenta el individuo, la familia, incluyendo los contextos económicos y ambientales.

Los factores de riesgo se clasifican en:

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.

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. **(49)**

Comunitario: deterioro socioeconómico de la comunidad, escaso o nulo acceso a actividades deportivas, recreativas, culturales, etc., alta incidencias de alcoholismo y otras adicciones y comportamiento suicida aceptado.

Desordenes psiquiátricos: Depresión, Esquizofrenia, Trastornos de Ansiedad, Trastornos de personalidad, Abuso de alcohol y otras drogas. Tentativas de suicidio anteriores, aceptación cultural del suicidio, antecedentes de conducta suicida en la familia, aislamiento, enfermedad grave con hospitalización (SIDA y otras), facilidad de medios que faciliten la conducta suicida, factores socioeconómicos adversos. **(50)**

Factores precipitantes

Son eventos vitales estresantes que pueden gatillar la conducta suicida. La mayoría de ellos *son eventos comunes a muchos adolescentes* y por lo tanto, no son prevenibles ni predecibles. No son la causa de la conducta, sino que solo la precipitan ante una base de vulnerabilidad dada por los factores de riesgo. **(51)**

En el desencadenamiento de la conducta suicida están presentes dos factores psicosociales que pueden desencadenar crisis suicida en los adolescentes son:

- Decepciones amorosas y amores tormentosos

- Malas relaciones con figuras significativas (padre, madre o profesores)
- Problemas familiares
- Excesivas expectativas de los padres que sobrepasan las capacidades del adolescente
- Embarazo no deseado u oculto
- Acoso o abuso sexual por parte de figuras significativas
- Separación de amigos, compañeros de clases, novia/o
- Muerte de un ser querido
- Pérdida de figuras significativas por separación, muerte o abandono
- Periodos de exámenes
- Períodos de adaptación a regímenes militares e internados educativos
- Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente
- Conciencia de enfermedad mental grave
- Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia
- Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones
- Fracaso en el desempeño escolar
- Infección con VIH o padecer una infección de transmisión sexual
- Padecer una enfermedad física grave
- Ser víctima de desastres naturales
- Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares
- Estar sometido a amenazas de muerte o golpizas
- Estar involucrado en una situación de burlas continuadas
- Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

(51)

Según los estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) expresados en el 2007, la tendencia es a incrementarse. En el 2020 morirán por suicidio no menos de 1 530 000 seres humanos y por cada uno de ellos, otros lo intentarán entre 15 a 20 veces, lo que representa un suicidio cada 20 segundos y una tentativa de autoeliminación cada 2 segundos. **(52)**

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). (53)

Europa globalmente posee una elevada tasa de suicidio, sin embargo la epidemiología del suicidio difiere considerablemente entre los diferentes países. (54)

Algunos países como Finlandia, Hungría y los países Bálticos, junto con Rusia y Bielorrusia, poseen las tasas de suicidio más altas del mundo alcanzando los 40 suicidios por 100.000 habitantes; sin embargo países del sur de Europa como Italia, España y Grecia poseen bajas tasas de suicidio. (55)

En el estudio realizado en el 2005, refieren que la tasa de suicidio es más alta en hombres con edades entre 15–25 años y es mayor en las áreas rurales; contrario a esto el Instituto de Medicina Legal en Colombia, en el 2010, reporta un porcentaje de mayor concentración en las zonas urbanas, con una participación del 73% y del 26% en las zonas rurales. (56)

A pesar de que España se encuentre posicionada entre los países europeos con menores tasas de suicidio, esta causa de muerte se ha incrementado sustancialmente en los últimos años en nuestro país. Según datos del Instituto Nacional de Estadística el número de suicidios aumentaron en España un 11,3% en 2012, siendo la tasa más alta desde 2005. (57)

Respecto a los intentos de suicidio, en España se cifran entre 50-90 por 100 000 habitantes/año, aunque las cifras reales son difíciles de estimar por la dificultad de la recogida de datos. El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en medio extrahospitalario de 28/100 000 habitantes y de 170/100 000 habitantes en medio hospitalario (58).

En América entre los países de más altas incidencia (tasa mayores de 10 x 100 000), se encuentran: Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago, EUA, Uruguay y Venezuela. Tasas intermedias tienen Argentina, Brasil, Chile,

Colombia, Panamá y Puerto Rico, mientras Costa Rica y México registraron tasas menores (por debajo de 6 x 100 000 habitantes). **(59)**

En Estados Unidos el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes, como lo dice el estudio realizado en el 2007, en el que sugieren que las diferencias raciales y la aceptación del suicidio son las causas del aumento de esta conducta en este país, generando una tasa de 11,4 suicidios por cada mil 6,8 habitantes. **(60 61)**

En Jamaica se evidenciaron las menores frecuencias: 0,1 por 100.000 habitantes. **(62)**

Estudios más recientes señalan que actualmente las estadísticas reflejan que es alta la incidencia de conducta suicida en el continente suramericano y el área del Caribe. **(63)**

El Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles (California) informó una tasa de 16 por cada 100 000 habitantes, de los cuales 43 % tenían edades que oscilaban de 12 a 20 años. Para América Latina la mayor incidencia de suicidio se presenta en jóvenes entre 15 a 19 años de edad. **(64)**

Córdova-Alcaraz *et al* en su estudio publicado en el año 2013, y tomando una población de 1 169 adolescentes provenientes de 4 instituciones educativas de México DF, determinaron el riesgo suicida de esta población mediante el empleo de la “Escala de Medición del Riesgo suicida (SPS)”. Encontraron datos verdaderamente alarmantes: 34,7% en riesgo suicida leve, 46,1% en riesgo suicida moderado y 19,2% en riesgo suicida severo. **(65)**

La población mexicana de entre 15 y 24 años de edad es hoy día de las más afectadas, con 28% de todos los suicidios en 2007. La prevalencia del plan suicida fue de 1.22% y el 0.79% de la muestra, reportó que intentó suicidarse en los últimos 12 meses. Esto representa que en el 2008, en la República Mexicana 6 601 210 mexicanos tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 918 363 mexicanos planearon suicidarse, un total de 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio. **(66)**

En un estudio realizado en el 2006 en la ciudad de Medellín, Toro et al. Indagaron sobre el riesgo de suicidio en población adolescente escolarizada en una muestra aleatoria de 779 adolescentes, encontrando que la depresión y la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio, con una razón de disparidad de 4,3 y 2,0 respectivamente. **(67)**

En Chile, al igual que en muchos países del mundo, es especialmente preocupante el aumento de la mortalidad por causas externas en los adolescentes, las que representan el 60% del total de las muertes en adolescentes. En el grupo de adolescente entre 10 a 14 años, la tasa de suicidios aumentó de 1,0 por 100.000 el año 2000 a 1,9 por 100.000 el año 2009. Del mismo modo, en el grupo de 15 a 19 años, la tasa de suicidio aumentó de 8,6 a 11,4 por 100.000 en el mismo periodo (DEIS, 2010). **(68)**

En Cuba las lesiones autoinfligidas intencionalmente en edades de 10 a 19 años tuvieron una tasa de 2,4 por 100 000 habitantes en el año 2009, que aumentó a 2,9 en el año 2010; estas constituyeron la tercera causa de muerte en dicho grupo. **(69)**

En Cuba la tasa de mortalidad por suicidio se incrementó en la década del 80 (22,5 x 100 000 habitantes) por lo que se implantó el Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida, lográndose una reducción de la mortalidad por suicidio hasta 9,4 x 100 000 habitantes en el 2009, ubicándose en el 9no lugar entre las principales causas para todas las edades con 1472 suicidios, 1142 fallecidos pertenecían al sexo masculino para una tasa de 20,3 x 100 000 habitantes y 330 al sexo femenino con una tasa de 5,9 x 100 000 habitantes. En el grupo etario de 10-19 años de edad el suicidio constituyó la 3ra causa de muerte en el 2009 con 39 fallecidos para una tasa de 2,5 x 100 000 habitantes. **(81)**

Durante los años 2012 y 2013 el suicidio ocupó el onceno lugar entre las 35 principales causas de muerte, con una tasa de 13,3 x 100 000 habitantes. **(70)**

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 100 000; 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. **(71)**

La provincia de La Habana se ha mantenido en igual comportamiento e incluso en ocasiones ha tenido tasas superiores a la media nacional como sucedió en el año 1995 que alcanzó 23,3 x 100 000 habitantes y en el 2004 se reportó una tasa de 15,8 x 10 000 habitantes, encontrándose entre la sexta y séptima causa de muerte. En el municipio habanero de Nueva Paz la conducta suicida constituye uno de los principales problemas de salud desde el año 1990, aportando en el año 1996 una tasa de 37,7 x 100 000 habitantes y en estos últimos tres años se muestran tasas superiores a 34,0 x 100 000 habitantes, cifra que no corresponde con la tasa esperada de países en vías de desarrollo y además, el total de intentos y suicidios no cumplen la razón deseada. **(72)**

En la provincia Artemisa, así como en el municipio de Bahía Honda se ha producido un incremento de los intentos suicidas en los adolescentes, sobre todo a expensas de los grupos de edades de 15 y 18 años de edad. No se cuenta con estudios previos sobre la prevalencia, sin embargo se aprecia un incremento en el número de casos en la población del territorio en el Policlínico "Manuel González Díaz", en el periodo de febrero de 2011 a febrero de 2012.

Particularmente en Santiago de Cuba, en el 2008, murieron 23 personas por esa causa (4,6 por cada 100 000 habitantes y 4 fallecidos de 10-19 años); pero en 2009 se duplicó la cifra (46, de los cuales 2 tenían entre 15-19 años), para una tasa de 9,3 por cada 100 000 habitantes (Vicedirección Primera del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, Santiago de Cuba; 2010). **(73)**

En el 2013 la muerte por suicidio ocupó el noveno lugar, con una tasa de 11,9 x 100 000 habitantes. (74)

En cuanto al intento suicida en adolescentes en el municipio Santiago de Cuba, en el año 2012 hubo una tasa de 6,5 x 100 000 habitantes, duplicándose en el 2013, para una tasa de 12 x 100 000 habitantes. (75)

En la provincia Ciego de Ávila se han realizado pocas investigaciones respecto a la conducta suicida, después de revisar la literatura encontramos un trabajo realizado en el en el año 2012 sobre Epidemiología del Intento Suicida en la provincia Ciego de Ávila, cuyos resultados fueron el predominio del sexo femenino sobre el masculino y el grupo de edad más afectado lo constituyó el de 15 a 19 años con 55 casos reportados. Los psicofármacos, el ahorcamiento y la ingestión de tabletas fueron los métodos empleados con mayor frecuencia. Se estima según pronóstico una ligera tendencia a la disminución del intento suicida, con tasas superiores a 50 que puede oscilar hasta 80 según intervalo de predicción. (76)

En el año 2010 se realizó en el hospital provincial Roberto Rodríguez de Morón una Propuesta de Intervención Psicológica para prevenir la repetición del intento suicida en adolescentes del área norte de la provincia Ciego de Ávila, obteniéndose como resultado en cuanto a la distribución por edad y sexo de los adolescentes con intento suicida, el sexo femenino fue el más implicado en edades de 13 a 15 años, dentro de los trastornos mentales diagnosticados predominó trastorno de adaptación a forma ansiosa, depresiva y mixta, los síntomas psíquicos y desajustes emocionales encontrados fue labilidad afectiva seguido de ansiedad; la baja autoestima seguido de la inseguridad fueron los factores de riesgo individuales encontrados y la dificultad en la comunicación con los padres seguido de disfuncionabilidad familiar fueron los factores de riesgo familiares encontrados, el nivel de autoestima fue bajo según: resultados de Inventario de Autoestima de Coopersmith, según inventario de Autoevaluación de Ansiedad-Estado, Inventario de autoevaluación de Ansiedad-Rasgo e Inventario de Depresión-Estado. (77)

La otra investigación fue la realizada en el año 2012 titulada "Caracterización de algunos factores socio- psicológicos en adolescentes con Intento Suicida en el municipio Morón", entre los resultados fundamentales predominaron los adolescentes con edades comprendidas entre 15 y 16 años del sexo femenino; dentro de las manifestaciones del comportamiento suicida anterior estuvieron el intento suicida previo seguida de la ideación. En los factores de riesgo familiares se constató la existencia de dificultad en la comunicación con sus padres, divorcio y agresión física y verbal; en los escolares resultó ser el rechazo escolar, y en los personales la tristeza, aburrimiento y amistades que han intentado contra su vida.(78)

También en el municipio de Morón se realizó una investigación sobre "Factores de riesgo de la Conducta Suicida en estudiantes del Pre-universitario Eulogio Fernández Ruiz" en el año 2013. Entre los principales resultados se encontró que el mayor porcentaje de los adolescentes vivían con la madre y con ambos padres. Relacionado con el medio escolar predominó que los elementos relacionados con el inicio al centro estudiantil fueron buena relación con sus profesores y compañeros y en el tiempo libre practican deporte y hablan sobre la sexualidad .Relacionado con el medio familiar, según percepción de ambos, dentro de las actitudes psicopatógenas predominó la sobreprotección, y en los hogares se ingieren bebidas alcohólicas y existen discusiones frecuentes.(79)

En Diciembre del 2016 en Morón se realizó en el Centro Comunitario de Salud Mental, un estudio con un Grupo terapéutico con el objetivo de actuar sobre algunos factores de riesgo en adolescentes con comportamiento suicida en adolescentes y familiares atendidos en la consulta de Psicología y Psiquiatría Infantil. En el diagnóstico realizado se constató que predominó el sexo femenino en las edades de 15 y 16 años. Los factores precipitantes de la conducta suicida resultaron ser los problemas de pareja, seguido de los familiares. Dentro del comportamiento suicida primó el intento suicida previo y la ideación suicida. Entre los principales factores de riesgo encontrados estuvieron la tristeza y la impulsividad. Después de la implementación del grupo terapéutico, tanto adolescentes como padres coincidieron en tener mayor conocimiento de sí y de sus problemas, así como de las manifestaciones del

espectro suicida y su manejo. Además plantearon que después de la implementación mejoró la comunicación entre ambos y pudieron aplicar las herramientas para el control de la ira mejorando la tolerancia a las frustraciones. La mayoría de los adolescentes mejoraron sus síntomas, y ninguno tuvo manifestaciones del espectro suicida. **(80)**

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó una investigación de tipo observacional descriptiva longitudinal a fin de identificar factores de riesgo de comportamiento suicida en adolescentes, del Consejo Popular Sur de Morón en el periodo comprendido mayo de 2016 a marzo del 2017.

Universo y muestra. El universo de estudio estuvo constituido por 126 adolescentes entre 11 y 18 años de edad del consejo sur del municipio Moron los cuales se escogió una muestra por muestreo aleatorio probabilístico mediante el muestreo al azar. La muestra de estudio quedo constituido quedo constituido por 47 adolescentes. Se utilizaron criterios de inclusión y de exclusión.

Criterio de inclusión.

- Adolescentes entre 11 y 18 años de edad.
- Que correspondan al consultorio 3 área sur del municipio.
- Que tengan voluntad para participar en la investigación.

Criterio de exclusión.

- los que no entren dentro del grupo etario
- Los que se no desean participar en el estudio.
- todo aquel que formo parte de la muestra de estudio y por cualquier causa se trasladó del área de salud.
- Existencia de retraso mental, parálisis cerebral infantil o patología psiquiátrica

Aspectos generales del estudio.

Los métodos y técnicas que se emplearán fueron:

Del nivel teórico.

El método histórico – lógico. Para delimitar los antecedentes históricos de los adolescentes con Comportamiento Suicida, lo que permite conocer la evolución del problema hasta la actualidad, y así tener mejor dominio en investigaciones posteriores a través del enriquecimiento del pensamiento lógico.

El método analítico – sintético. Para el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo de analizar las diferentes concepciones que abordan los fundamentos teóricos metodológicos en la elaboración de proponer un sistema de acciones para potenciar el conocimiento en adolescentes y familias sobre los factores de riesgo del intento suicida en la adolescencia y la disminución de estos factores del Consejo Sur de municipio de Morón.

El método inductivo – deductivo. Para la interpretación de la información recogida mediante los métodos empíricos.

Del nivel empírico.

La encuesta. Se aplicó una encuesta al adolescente con el objetivo de identificar la edad, sexo, factores de riesgo familiares, escolares, sexuales, personales, forma en que se solucionan diferentes situaciones, alteraciones emocionales y manifestaciones del comportamiento suicida.

La entrevista. Se aplicó la entrevista Socio-psicológica al adolescente y uno sus padres, propuesta por Aurora García Morey, como uno de los instrumentos más valiosos para la obtención de información y con ella incluir el enfoque cualitativo brindando la posibilidad de ir más allá de lo que percibimos o de lo que nos dicen las personas, para convertirse en una propuesta interpretativa de la realidad que va a lo esencial de los fenómenos, pero a la vez diverso, que no intenta contar, sino saber lo que hay detrás de porcentajes y tasas, que revaloriza los objetivos teóricos y prácticos considerando a la sociedad no solo objeto, sino también receptora de su mensaje. Rescata el papel del individuo, haciendo énfasis en lo subjetivo y en la interpretación del propio actor social, permitiendo el estudio en la presente investigación de aspectos tales como conflictos sexuales, familiares, escolares, personales y sociales

Variables.

1-Edad

1.1-11 años.

1.2-12 años.

1.3-13 años.

1.4-14 años.

1.5-15 años.

1.6-16 años.

1.7-17 años.

1.8-18 años.

2-Sexo.

2.1-Femenino.

2.2-Masculino.

3-factores de riesgo asociados con la pareja.

3.1- Pérdida de una relación amorosa.

3.2-. Ausencia o débil presencia del apoyo de su pareja.

3.3- Tu pareja te fue infiel.

3.4- Separación por periodos prolongados de tu pareja.

3.5- Muerte de la pareja.

3.6-embarazo no deseado.

4-Factores de riesgo familiares asociados.

4.1- Un miembro de la familia quedó completamente físicamente incapacitado.

4.2- Un miembro de la familia adquirió una enfermedad crónica.

4.3- Un miembro de la familia presenta una enfermedad psiquiátrica.

4.4- los padres o algún miembro de la familia se embriaga con frecuencia. ¿Quién?

4.5- los padres o algún miembro de la familia ha intentado contra su vida alguna vez.

4.6- Algún miembro de la familia se ha suicidado. ¿Quién?

4.7- Algún miembro ha manifestado que no vale la pena vivir. ¿Quién?

4.8- Han existido discusiones importantes entre los padres.

4.9- Uno de los padres abandonó el hogar.

4.10- Existen familiares que cumplen privación de libertad.

4.11- No se comunican bien en la familia.

4.12- Llamadas de atención humillantes por los padres.

4.13- Pérdida de familiares allegados ¿Cuál?

4.14- Agresión verbal por los padres.

4.15- Agresión física por los padres.

4.16- Existen problemas económicos en la familia.

5- Factores de riesgo escolares asociados.

5.1-. Los profesores le exigen por encima de la capacidad para aprender.

5.2- Le tratan en la escuela.

5.3- disminuido mi rendimiento escolar.

5.4- Rechaza la escuela.

5.5 - dificultad en las relaciones con los amigos.

5.6 - dificultad en la relación con los profesores.

5.7 - llamada de atención humillante por algún profesor.

5.8 - víctima de maltrato físico o verbal por algún profesor.

5.9 - No le gusta estudiar.

6 - Factores de riesgo personales y sociales asociados.

6.1 - Tristeza.

6.2 - Aburrimiento.

6.3 - Pérdida de los intereses y placer en algunas actividades.

6.4 - le cuesta trabajo dormirse.

6.5 - Duerme en exceso.

6.6 - se siento intranquilo.

6.7 - Dificultad para concentrarse.

6.8 - Irritabilidad.

6.9 - Se cansó con facilidad.

6.10 - Tengo preocupaciones por la música, juegos, libros relacionados con el tema de la muerte.

6.11 - Deseos de morir.

6.12 - Se siente enfermo.

6.13 - No tiene apetito.

6.14 - Come exageradamente.

6.15 - Lloro sin motivos.

6.16 - Relaciones sexuales precoces.

6.17 - Amistades que han intentado contra su vida

6.18 - Embarazo oculto.

6.19 - Se siento inferior a los demás.

6.20 - No tiene amigos.

6.11 - Siente que los demás me ven feo o fea.

6.13 - No logra relacionarme con el sexo opuesto.

6.14 - Fracaso amoroso.

6.15 - Creo que tengo una enfermedad de transmisión sexual.

7 - Manifestaciones del comportamiento suicida.

7.1- Ideación suicida previa.

7.2- Aviso previo.

7.3- Planificación del acto previamente.

7.4- Amenaza suicida.

7.5- Intento suicida previo.

7.6- En algún momento ha tenido gesto suicida.

8- Factores desencadenantes.

8.1- Problemas de pareja.

8.2- Problema familiar.

8.3- Problema laboral.

8.4- Problema personal.

8.5- Problema escolar.

8.6- Económicos.

8.7- Pérdidas (status, ser querido, muerte, u otros).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de los adolescentes, según edad y sexo.

E d a d					t o t a l	
	s e x o					
	m a s c u l i n o		f e m e n i n o			
	N o	%	N o	%	N o	%
1 1	1	2 . 1 2	3	6 . 3 8	4	8 . 5 1
1 2	4	8 . 5 1	2	4 . 2 5	6	1 2 . 7 6
1 3	2	4 . 2 5	3	6 . 3 8	5	1 0 . 6 3
1 4	1	2 . 1 2	3	6 . 3 8	4	8 . 5 1
1 5	5	1 0 . 6 3	6	1 2 . 7 6	1 1	2 3 . 4 0
1 6	3	6 . 3 8	5	1 0 . 6 3	8	1 7 . 0 2
1 7	2	4 . 2 5	2	2 . 2 5	4	8 . 5 1
1 8	2	4 . 2 5	3	6 . 3 8	5	1 0 . 6 3
T o t a l	2 0	4 2 . 5 5	2 7	5 7 . 4 5	4 7	1 0 0

Fuente: Encuesta.

En la tabla 1 se refleja lo relacionado con la muestra según edad y sexo, predominó el sexo femenino (57.45%) sobre el masculino (42.55%), el mayor porcentaje de adolescentes tenían 15 años (23.40%), con un 12.76% del sexo femenino y 10.63% del masculino, y en segundo lugar predominaron los adolescentes de 16 años (17.02%), con un 10.63% del sexo femenino y solamente un 6.38% del masculino.

El resultado coincide con el estudio realizado en el policlínico "Manuel González Díaz" del municipio de Bahía Honda, en la provincia de Artemisa, entre febrero de 2011 y febrero de 2012 donde 75 adolescentes que fueron dispensarizados con el diagnóstico de intento suicida, en edades comprendidas entre 15 y 18 años. El grupo etario más representado fue el de 15 años (26 pacientes, 34,7% del total)), seguido de los de 16 con 21 para el 28,0%, respectivamente. Hubo más pacientes del sexo femenino que del masculino (66 mujeres y 9 hombres). En cuanto al sexo, 66 pacientes eran féminas (88%) y 9 (12%) del sexo masculino. (81)

También coincide con un estudio realizado en el 2013 en la consulta Infanto-Juvenil del municipio Morón sobre Factores de Riesgo de la conducta suicida en adolescentes predominó el sexo femenino con 15 años de edad 26.9% .(82)

También coincide con otro estudio realizado en Policlínico Comunitario José Martí Pérez, de la provincia Santiago de Cuba, en el 2013 donde ,con 71 adolescentes con intento suicida, con el objetivo de determinar el Comportamiento de factores de riesgo del intento suicida en adolescentes en el cual existe un predominio del sexo femenino, con un 74,5 %, y del grupo de edad comprendido entre 15 y 19 años, para un 63,4 % .(83)

por ser la etapa de la adolescencia donde se desarrollan toda una serie de cambios para entrar en la etapa de adultos y es la etapa de toma de decisiones importantes en la vida de las personas, la suicidabilidad aumenta con la edad, el suicidio antes de los 15 años es inusual según estudios realizados del tema .(83 84)

Los resultados también coinciden con un estudio realizado en Hospital Infantil del estado de Sonora con diagnóstico de gesto e intento suicida, analizando las características de los 16 adolescentes en el 2013 (11 con intento suicida y 5 con gesto suicida). Donde la edad que predominó los 15 años con 5 adolescentes para un 45.4% y el sexo femenino está presente en un mayor porcentaje con 10 adolescentes para un 62.5% a diferencia del gesto suicida donde existe un predominio de los 14 años con un 60.0% para 3 adolescentes .(85)

También en el municipio de San Luis, en la provincia de Santiago de Cuba, Sarmiento *et al* /16 encontraron una prevalencia de la conducta suicida en las féminas (77,8 %), mientras que el sexo masculino solo estuvo representado por 22,2 % ; asimismo, el grupo etario más afectado fue el de 12-19 años (50,0 %) .(86)

Tabla 2. Distribución de la muestra según factores de riesgo en esfera sexual.

Factores de riesgo	Según opinión adolescentes		Según opinión padres	
	No.	%	No.	%
Perdida de una relación amorosa.	11	23.40	10	21.27
Ausencia o débil presencia del apoyo de la pareja.	2	4.25	0	0
La pareja le fue infiel.	8	17.02	5	10.63
Separación por periodos prolongados de la pareja.	1	2.12	1	2.12
Muerte de pareja.	0	0	0	0
embarazo no deseado	7	14.89	4	8.51

En La tabla 2 se evidencia lo relacionado con los factores de riesgo en esfera sexual asociado a los adolescentes, donde se obtuvo como resultados de la encuesta de ambos tanto de los padres como los adolescentes, que existía perdida de una relación amorosa con (23.40) y según los padres en un (21.27), seguido por la pareja le fue infiel (17.02) según criterio del adolescente y un (10.63) según criterio de los padres. Datos que se obtuvo aplicando la encuesta, donde se observa diferencia ya que los padres no tenían en cuenta lo que presentaba sus hijos, 11 adolescentes hacen referencia te tuvieron perdida de una relación amorosa a diferencia en relación a los padres donde 10 tuvieron presente este factor de riesgo.

Resultado que coincide con el estudio realizado sobre cómo se comportan algunos factoresb de riesgo del intento suicida en adolescentes del Policlínico Comunitario José Martí Pérez, de la provincia Santiago de Cuba, en el 2013, con 71 adolescentes con intento suicida donde predominó la ruptura de relación amorosa con 12 adolescentes para un 16,9 % .(87)

Aunque la mayoría de los participantes vivía con su familia, consideraron como importantes “los problemas de pareja” y sentirse solo, esta expresión de

causa es relevante porque la pareja satisface necesidades emocionales y afectivas que no satisface la familia nuclear y cuando la pareja entra en conflicto, la posibilidad de la pérdida de la pareja puede llevar al adolescente a sentirse solo, aislado, sin apoyo social frente a la vida.

Tabla 3. Distribución de la muestra según factores de riesgo en la esfera familiar.

Factores de riesgo	Según opinión adolescentes		Según opinión padres	
	No.	%	No.	%
Un miembro de la familia quedó completamente físicamente incapacitado.	5	10.63	5	10.63
Un miembro de la familia adquirió una enfermedad crónica.	30	63.82	30	63.82
Un miembro de la familia presenta una enfermedad psiquiátrica.	8	17.02	6	12.76
Los padres o algún miembro de la familia se embriaga con frecuencia. ¿Quién?	7	14.89	6	12.76
los padres o algún miembro de la familia ha intentado contra su vida alguna vez.	8	17.02	7	14.89
Algún miembro de la familia se ha suicidado. ¿Quién?	2	4.25	2	4.25
Algún miembro ha manifestado que no vale la pena vivir. ¿Quién?	3	6.38	6	12.76
Han existido discusiones importantes entre los padres.	25	53.19	15	31.91
Uno de los padres abandonó el hogar.	12	25.53	12	25.53
Existen familiares que cumplen privación de libertad.	5	10.63	6	12.76
No se comunican bien en la familia.	12	25.53	13	27.65
Llamadas de atención humillantes por los padres	19	40.42	7	14.89
Pérdida de familiares allegados ¿Cuál?	12	25.53	12	25.53
Agresión verbal por los padres.	14	29.78	8	17.02

Agresión física por los padres.	3	6.38	2	4.25
Existen problemas económicos en la familia.	11	23.40	14	29.78

Fuente: Encuesta

En la tabla 3 refleja los resultados relacionados con los factores de riesgo en la esfera familiar asociados al adolescente en el cual se obtuvo como resultado según criterio de ambos que existía debut de enfermedad crónica de algún miembro de la familia, según adolescentes en un (63.82%) y según los padres en un (63.82%), tanto los adolescentes como los padres de estos coincidieron según encuesta, seguido de discusiones importantes entre los padres (53.19%) según adolescentes y un (31.91%) según los padres.

El estudio no coincide con el 2013 realizó en el Hospital Infantil Norte Docente "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" de la provincia de Santiago de Cuba, a fin de describir los factores relacionados con la conducta suicida en 26 adolescentes de 11 a 17 años, donde se pudo conocer 13 de los adolescentes para un (50,0%) tenían familiares con trastornos nerviosos (depresión en 5 y esquizofrenia en 4, para 19,2 y 5,3%, respectivamente), seguidos de los parientes que ingerían bebidas alcohólicas (46,2%). **(88)**

Álvarez Sites afirma que la familia entre sus funciones cumple con la educativo-cultural, y se incluye bajo esa denominación la influencia que ejerce sobre sus miembros en todo el proceso de aprendizaje individual y el propio desarrollo familiar. Es la función que garantiza el proceso de transmisión de las experiencias histórico-sociales en la vida cotidiana. **(89)**

Noa López,¹² en su estudio sobre los factores de riesgo de intento suicida con casos y controles con adolescentes, encontró resultados similares al nuestro, al referir que los antecedentes patológicos familiares estuvieron presentes en 35 de los integrantes (64,8%). La disfunción familiar severa, una decepción amorosa, antecedentes personales o familiares de intento suicida, fumar y consumir sustancias psicoactivas, o padecer algún trastorno psiquiátrico como la ansiedad y la depresión mayor, aumentan el riesgo de suicidio. **(90)**

La vulnerabilidad de algunos miembros en los que los mecanismos adaptativos fallan, engendran trastornos situacionales y potencialmente pueden desencadenar psicosis reactivas; por otra parte, en las familias donde coexisten menores, se crea un precedente que señala al comportamiento suicida como vía opcional de solución de conflictos, lo cual se adiciona como elemento análogo en el aprendizaje. (91)

Diferentes estudios coinciden, al encontrar relación entre el intento suicida y antecedente familiar de suicidio, considerándolo un factor de riesgo importante en el reforzamiento de conducta suicida en los adolescentes. (92 93 94)

A diferencia en el estudio de Guibert Reyes de los factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida, donde no se relacionó el antecedente familiar de suicidio, con la conducta suicida en los adolescentes estudiados. (95)

Tabla 3. Distribución de la muestra según factores de riesgo en la esfera escolar.

Factores de riesgo	Según opinión adolescentes		Según opinión padres	
	No.	%	No.	%
Los profesores le exigen por encima de la capacidad para aprender.	12	25.53	13	27.65
Le tratan en la escuela.	15	31.91	22	46.80
Disminución del rendimiento escolar.	19	40.42	17	36.17
Rechaza la escuela.	7	14.89	8	17.02
Dificultad en las relaciones con los amigos.	10	21.27	9	19.14
Dificultad en la relación con los profesores.	6	12.76	5	10.63
Llamada de atención humillante por algún profesor.	11	23.40	7	14.89
Víctima de maltrato físico o verbal por algún profesor.	0	0	1	2.12
No le gusta estudiar	11	23.40	16	34.04

El estudio coincide con el realizado sobre Factores de riesgo asociados al intento suicida en adolescentes del policlínico "René Vallejo" del municipio de Bayamo en el año 2013, donde el 45,94% presentó bajo rendimiento académico incidiendo las bajas notas, la desaprobación de asignaturas y la

repetición de grado, señalando que estos conflictos no suelen ser aceptados o asimilados por los adolescentes, puesto que sus trastornos emocionales les impiden resolverlos, al verse afectadas la atención y la asimilación en muchas ocasiones. (96)

En la investigación "Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes" se describe entre los conflictos docentes las bajas notas, la desaprobación de asignaturas y la repetición de grado, señalando que estos conflictos no suelen ser aceptados o asimilados por los adolescentes de ambos sexos, puesto que sus trastornos emocionales les impiden resolverlos, al verse afectadas la atención y la asimilación en muchas ocasiones. (97)

Por otro lado, Aguilar Valdés y colaboradores evidencian que el bajo rendimiento académico puede disminuir la autoestima de los educandos e, incluso, ser causa de intentos suicidas, lo que pudiera explicar el ligero predominio porcentual de educandos que consideran que el suicidio resuelve los problemas, entre los que tienen mal rendimiento escolar. (98)

Otros estudios plantean que las dificultades escolares son predictoras de ideaciones y conductas suicidas en esta etapa de la vida. (99 100)

Tabla 4. Distribución de la muestra según factores de riesgo en la esfera personal y social.

Factores de riesgo	Según opinión adolescentes		Según opinión padres	
	No.	%	No.	%
Tristeza.	9	19.14	7	14.89
Aburrimiento.	16	34.04	20	42.55
Pérdida de los intereses y placer en algunas actividades.	18	38.29	20	42.55
Le cuesta trabajo dormir e.	14	29.78	5	10.63
Duerme en exceso.	10	21.2	9	19.14

		7		
Se siento intranquilo.	11	23.40	12	25.53
No se concentró bien.	22	45.80	22	45.80
Irritabilidad.	2	4.25	6	12.76
Se cansa con facilidad.	17	37.17	5	10.63
Preocupaciones por la música, juegos, libros relacionados con el tema de la muerte.	1	2.12	1	2.12
Deseos de morirme.	3	6.38	1	2.12
Se siento enfermo.	3	6.38	0	0
No tiene apetito.	14	29.78	20	42.55
Come exageradamente.	4	8.51	5	10.63
Llora sin motivos.	9	19.14	7	14.89
Ha tenido relaciones sexuales precoces.	6	12.76	5	10.63
Tiene amistades que han intentado contra su vida	5	10.63	8	17.02
Tuvo un embarazo oculto.	0	0	0	0
Se siento inferior a los demás.	6	12.76	7	14.89
No tiene amigos.	5	10.63	7	14.89
Siente que los demás me ven feo o fea.	10	21.27	3	6.38
No logro relacionarse con el sexo opuesto.	2	4.25	1	2.12
Tuvo un fracaso amoroso.	9	19.14	9	19.14
Cree que tengo una enfermedad de transmisión sexual.	3	6.38	0	0

En la tabla 5 relacionado con factores de riesgo en la esfera personal y social asociados a los adolescentes, el cual predomino según los adolescentes dificultad para concentrarse con 45.80% y según sus padres 45.80% , seguida de Perdida de los intereses y placer en algunas actividades un 38.29% según criterio de los adolescentes y un 42.55% según criterio de sus padres.

En el estudio no coincide con el realizado en el Hospital Infantil Norte Docente "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" de la provincia de Santiago de Cuba en el 2010, donde se describieron los factores relacionados con la conducta suicida el 31 adolescentes en el cual primó la intranquilidad como síntoma en 15 de ellos, seguido de las dificultades para concentrarse y en sus relaciones interpersonales; características propias del trastorno por déficit de atención con hiperquinesia, pero también de los cuadros depresivos y ansiosos en la adolescencia, alguno de los cuales posiblemente afectaba a estos pacientes en la serie prevalecieron la intranquilidad en 15 (57,7 %), las dificultades para concentrarse 11(42.30) y en las relaciones interpersonales en 10 (38,5 %), respectivamente. **(88)**

El estudio no coincide con el realizado en el 2010 una institución educativa de la ciudad de Cali estudio conformado por 30 adolescentes, donde el 30% de los menores refirieron cambios en los sentimientos hacia sí mismos o hacia su cuerpo últimamente, especialmente sentimientos tristeza o decepción. El 20% refirieron cambios en el sueño y 23,3% cambios en el apetito. **(101)**

Tabla 5: Distribución de la muestra según manifestaciones del comportamiento suicida según su criterio y el de sus padres

Manifestaciones del comportamiento suicida	Según opinión adolescente		Según opinión padres	
	No	%	No	%
Ideación suicida previa	0	0	0	0
Aviso previo	2	20	1	10
Planificación del acto	0	0	0	0

previamente.				
Amenaza suicida.	1	10	2	20
Intento suicida previo.	2	20	3	30
En algún momento ha tenido gesto suicida	3	30	4	40

Fuente: Encuestas.

Tabla 6. Distribución de la muestra según factores desencadenantes.

Factores de riesgo	Según opinión adolescentes		Según opinión padres	
	No.	%	No.	%
Problemas de pareja:	1	0	1	0
Problema familiar:	1		2	
Problema laboral	0	0	0	0
Problema personal	0	0	0	0
Problema escolar	0	0	0	0
Económicos	0	0	0	0
Pérdidas (status, ser querido, muerte, u otros)	0	0	0	0

En la tabla 6 relacionado con los factores desencadenantes en el cual el problema familiar fue el presente con 4.25% según el criterio de los adolescentes, un 6.38% según los padres.

L estudio no coincide con la investigación sobre conducta suicida en un área de salud, de Rodríguez Álvarez y colaboradores se encontró que uno de los factores desencadenantes del intento suicida fue el rechazo escolar.(102) El estudio coincide con el realizado en el Hospital Infantil Norte Docente "Dr. Juan de la Cruz Martínez Maceira" de la provincia de Santiago de Cuba en el 2010, donde se describieron los factores relacionados con la conducta suicida el 31 adolescentes en el cual se obtuvo que entre los conflictos precipitantes de la conducta suicida primaron los de tipo familiar en 15 adolescentes (57,7 %), seguidos de los relacionados con la pareja en 6 (23,7 %), en tanto solo 5 (19,2 %) refirieron tener conflictos en el área escolar, generados por dificultades con

sus condiscípulos, los profesores y el incumplimiento de las normas disciplinarias en el centro educacional por parte de ellos. **(88)**

El estudio coincide con 74 adolescentes que hicieron intento suicida en la provincia de Sancti Spiritus, adolescentes con el objetivo de identificar los factores que se asocian con el intento suicida donde se obtuvo que las causas del intento suicida fueron los problemas con la familia, seguido por los problemas en la escuela para el grupo de 10 a 14 años (33,3 % y 28,6 % , respectivamente); en tanto que en el grupo de 15 a 19 años predominaron los problemas con la pareja (43,0 %) seguido por problemas con la familia (33,0 %).**(103)**

El estudio coincide con un estudio con 29 adolescentes mexicanos de entre (13 a 18 años). A fin de determinar las causas del intento de suicidio en adolescentes. 26 participantes mencionaron los "problemas familiares" como causa principal del intento de suicidio. Estos problemas agrupan menciones como "violencia hacia el adolescente", "violencia entre los padres", "problemas entre hermanos", "problemas entre los padres"; 9 participantes mencionaron los "problemas de pareja", incluyendo referencias como "la separación de la pareja" y "la violencia entre la pareja"; y 6 jóvenes mencionaron "sentirse solo". **(104)**

CONCLUSIONES.

_ Predominó la edad de 15 años en la muestra estudiada y el sexo femenino.

_ Según criterio de los padres y los adolescentes predominó `` Perdida de una relación amorosa.`` seguido de `` La pareja le fue infiel``.

En cuanto a los factores de riesgo familiares predominó según criterio de padres y adolescentes "Un miembro de la familia adquirió una enfermedad crónica" seguida de "Han existido discusiones importantes entre los padres".

_ Dentro de los factores de riesgo escolares prevalecieron la disminución del rendimiento escolar y Le trajinan en la escuela, según criterio del adolescente y sus padres.

_ Las alteraciones emocionales más frecuentes en los adolescentes fueron dificultad para concentrarse y dificultad para concentrarse.

_ Las manifestaciones del comportamiento suicida que predominaron en la muestra estudiada fueron gesto suicida previa seguida.

_ Dentro de los factores desencadenantes del Intento suicida predominó las relacionadas con la familia seguida problemas relacionadas con la pareja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Moya J. La conducta suicida en adolescentes y sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. 2007 [citado 14 May 2013]. Disponible en:

<http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Depressio/ConductaSuicida.pdf>

2. Muehlenkamp J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. Am J Orthopsychiat 2005;75:324-33.

3. Mangnall J, Yurkovich E. A literature review of deliberate selfharm. Pers Psychiat Care 2008;44(3):175-84.,

4. Trenzado Rodríguez N, Canosa Besu LB, González Pérez H. Epidemiología del suicidio en Cárdenas. Rev medica electrón [Internet]. 2008 [citado: 11 agosto 2011]; 4(20): Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol4%202008/tema01.htm>

5. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández FG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. Revista MEDISAN [Internet]. 2010 [citado 14 Octubre 2011]; 36(1):0-0 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm

6. Dr. Castillo Ledo I, Dra. Ledo González H, Est. Jiménez Hernández Y, 2007.

Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de Rodas. Rev. Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente; pág. 1-4.

7. González Guridi M.Z. Caracterización de pacientes geriátricos con intento suicida en un área de salud. Rev. Psicología de la salud/Hospitalaria/Ocupacional.pág: 27-28

8. 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>

9. 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>

10. Cortes Alfaro A. Conducta suicida, adolescencia y riesgo. Monografia.com

[monografia en Internet]. [citado 2008] Disponible

en: <http://www.monografias.com/trabajos15/conducta-suicida/conductasuicida.Shtml>

11. 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>

12. Aguilar Hernández I, Louro Bernal I, Perera Milán 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-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000100008&script=sci)

[34662012000100008&script=sci](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000100008&script=sci)

13. Veloso Meriño BM, Rodríguez Roca V, Mederos Ávila ME, Pacheco

Quintana CC. Modificación de conocimientos en adolescentes sobre maltrato

infantil intrafamiliar. Medisan [Internet]. 2010 [citado 22 May 2014]; 14(8).

Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san07810.htm

14. García D. Factores psicológicos que influyeron en el intento suicida en

adolescentes entre el 2005-2009 [tesis]. La Habana: Universidad Agraria

Fructuoso Rodríguez; 2010.

15. Pineda P.S, Aliño S.M. El concepto de adolescencia. Manual de prácticas

clínicas para la atención integral a la salud del adolescente. La Habana:

Ministerio de Salud Pública; 2002. Pág.13-20.

16. Comportamiento Clínico Epidemiológico del intento suicida en adolescentes de

- la Policlínica Pedro del Toro Saad 2006 - 2007. ([consultado Nov. 2009](#))
[disponible en: http://bus.sld.cu/revistas/mgi/vol.23/mgi21107.Htm](#)
17. Vega Hidalgo MC, Pons Álvarez LM, Prats Blanco ME, Zulueta Rosales M, Hernández Lastres. Factores de riesgo asociado al intento suicida en la adolescencia. Yara 2007-2009. [Internet]. Revista Multimed 2009 [citado 14 octubre 2011]; 13(2-4):0-0. Disponible en:
<http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2009/v13-3-4/5.html>
18. Dr. Aguilar Hernández I, Dra. Barreto García M, 2006. Conducta suicida. Rev. de Ciencias Médicas. La Habana; pág. 12-16.
19. OMS. Informe sobre suicidios: cifras, causas y países que más lo padecen. [Internet]. Editorial SOTTNET. 2012. [citado: 3 abril 2012]. Disponible en: <http://es.sott.net/article/16180-Informe-sobre-suicidios-cifras-causas-y-paises-que-mas-lo-padecen>
20. Turiño Pedraja JA, Castro Perdomo FE. Conducta Suicida en niños y adolescentes. Aspectos éticos y morales según los estudios Ciencia - Tecnología - Sociedad. Rev Humanidades Médicas [Internet]. enero-abril de 2004 [citado. 9 de Agosto 2011]; 4(10):0-0. Disponible en:
<http://www.bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2004/n10/body/hmc040104.htm>
21. Lara Rodríguez N, Vega Hidalgo MC, Pons Álvarez LM, Prats Blanco ME, Hernández Lastres I. Factores de riesgo asociado al intento suicida en la adolescencia. Yara 2007 - 2009 Multimed [Internet]. 2009 [citado 14 abril 2012]; 13(3-4):0-0. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2009/v13-3-4/5.html>
22. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2011 [Internet]. La Habana; 2012 [citado 23 de Julio de 2012]. Disponible en:
<http://www.infomed.sld.cu/servicios/estadisticas>
23. Valenzuela D. Suicidio Colombia 2008. Bogotá DC: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2008.

24. Dr. Aguilar Hernández I, Dra. Barreto García M, 2006. Conducta suicida. Rev. de Ciencias Médicas. La Habana; pág. 12-16.

25. Kraus A. Suicidio: notas y alegatos. Letras libres. [Internet]. 2011 [citado: 11 Noviembre 2012]; Disponible en:

<http://www.letraslibres.com/revista/convivio/suicidio-notas-y-alegatos>

26. «[Death Due To Suicide](#)». Eurostat. European Commission (2009).

Consultado el 10-01-2010

27. García Pérez T. La autopsia psicológica. ¿Suicidio u Homicidio? La Habana: Editorial Científico-técnica; 2014, p.40-62.

28. García Santiesteban JL, Piñeda Ramírez A, Almaguer Brito L. Intento suicida y adolescencia: una mirada teórica al fenómeno. Revista Electrónica "Zoilo Marinello Vidarrueta" [Internet]. 2011 [citado: 11 marzo 2012]; 36(1):0-0.

Disponible en:

<http://www.ltu.sld.cu/revista/modules.php?name=News&file=article&sid=186/es>

29. Soler Santana R, Castillo Núñez B, Brossard Cisnero M. Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida.

Medisan [Internet]. 2010; 14(5):0-0. [citado: 3 abril 2012]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_5_10/san10510.htm

30. 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/>

31. 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=download&gid=21348&Itemid=270

32. Vega Hidalgo MC, Pons Álvarez LM, Prats Blanco ME, Zulueta Rosales M,

Hernández Lastres. Factores de riesgo asociado al intento suicida en la adolescencia. Yara 2007-2009. [Internet]. Revista Multimed 2009 [citado 14 octubre 2011]; 13(2-4):0-0. Disponible en:

<http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2009/v13-3-4/5.html>

33. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero JS: Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. ene.-mar.2011[citado: 3 abril 2012]; 27(1) Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

34. Pérez Barrero SA. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Psicología Online. Prevención del suicidio. [Internet]. [citado 23 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/>

35. Mansilla Izquierdo F: La conducta suicida y su prevención. [Internet]. Portal psicología online. Formación autoayuda y consejo Online. [citado 14 octubre 2011] Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/monografias/9/conducta1.shtml>

36. Gorguet Pi; I.C ¿Cómo evitar el suicidio?. Stgo de Cuba: ed, Oriente; 2012. p.13-31

37. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero JS: Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. ene.-mar.2011[citado: 3 abril 2012]; 27(1) Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

38. Pérez Barrero SA. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Psicología Online. Prevención del suicidio. [Internet]. [citado 23 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/>

39. World Health Organization. (WHO): Preventing suicide. A global imperative. Luxembourg: 2014.

40. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y

Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2008 [monografía en internet].

La Habana; 2008 [citado 23 de Diciembre de 2008]. Disponible en:

<http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&tag5003=anuario&tag5021=e&tag6000=B&tag5013=GUEST&tag5022=2008>

41.M Rodríguez Rigual. Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia (en español). *An Pediatr*, 2003; 58:104-106.

Último acceso 19 de abril de 2008

42.Texas Children's Hospital (octubre de 2002). «Crecimiento y desarrollo de los adolescentes» (en español). Consultado el 19 de abril de 2008

43. Gorguet Pi; I.C ¿Cómo evitar el suicidio?.Stgo de Cuba: ed, Oriente; 2012. p.13-31.

45.García D. Factores psicológicos que influyeron en el intento suicida en adolescentes entre el 2005-2009 [tesis]. La Habana: Universidad Agraria Fructuoso Rodríguez; 2010.

46.En adolescentes el déficit en las estrategias de afrontamiento y la baja autopercepción de capacidades para manejar situaciones estresantes se asocia con pensamiento suicida y tentativas autolíticas³⁵.

47Fuentes M, González A, Castaño J, Hurtado C, Ocampo P, Paez M, et al. Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). *Arch Med (Manizales)* 2009; 9 (2): 110-122

48.González C, Villatoro J, Alcántar I, Medina M, Bautista C, Bermúdez P, et al. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México 1997 y 2000. *Salud Mental* 2002; 25 (006): 1-12.

49.Lomba Acevedo P, Alfonso Carrillo E, Fernández Coto L "Prevención del suicidio en 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.

50.la comunidad". En Medio Residencial y Salud. (2013). La Habana: Consejo editorial OMS y OPS;pp. 207-214.

51. Ajdacic-Gross, V.; Weiss, M.G.; Ring, M.; Hepp, U.; Bopp, M.; Gutzwiller, F.; Rössler, W. (2007). Métodos de suicidio: comparación internacional a partir de la base de datos de mortalidad de la OMS. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489-ab/es/>

52. Pérez SA. Los suicidios inevitables. Revista Electrónica de Medicina Neuropsicológica. Nov 2007 [citado 16 mayo 2014]:[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.redsuicidiologos.com.ar>

53. World Health Organization. (WHO): Preventing suicide. A global imperative. Luxembourg: 2014.

54. Kovess-Masfety V, Boyd A, Haro JM, Bruffaerts, R, Villagut, G, Lépine, JP, Gasquest, J., Alonso, J. High and low suicidality in Europe: a fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys. J Affect Disord, [Internet]. 2011 [citado 2014 sep. 19]; 133(1-2): 247-256. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21621264> doi: 10.1016/j.jad.2011.04.014

55. Lester D, Yang B. Regional and time-series studies of suicide in nations of the world. Arch Suicide Res, [Internet]. 2005 [citado 2014 sep. 19]; 9(2): 123-133. Disponible en http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811110590903972#.VBsU1vI_vng DOI: 10.1080/13811110590903972

56. Tello J. Comportamiento del suicidio en Colombia 2010. Bogotá DC: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2010.

57. España. Instituto Nacional de Estadística (INEbase). Defunciones según la Causa de Muerte. Madrid; 2012.

58. Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusínt Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. An Med Interna. 2004;21(2):62-8

59. Romer77 Joe S, Romer D, Jamieson PE. Suicide Acceptability is Related to suicide planning in U.S Adolescents and Young Adults. *Suicide Life Threat Behav* 2007; 37(2):165-178.

60. Espinoza-Gómez F, Zepeda-Pamplona V, Bautista-Hernández V, Newton-Sánchez OA, Plasencia-García G, Hernández-Suárez CM. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Pública Mex* 2010; 52(3):324-333.

61 Palacios-Delgado JR, Sánchez-Torres B, Andrade-Palos P. Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 2010; 12(1):53-75

62 Pérez Barrero S, Ros Guerra LA, Pablos Anaya T, Calás López R. Factores de riesgo suicida en adultos. *Rev Cubana Med Gen Integr* [serie en Internet] 1997 [citado 14 Dic 2010]; 13(1):7-11. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_1_97/mgi01197.htm

63. Vega Chacón R. Hacia la prevención de la conducta suicida por los países de América Latina y el Caribe. [monografía en Internet] 2010 [citado 4 Nov 2010]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos82/prevencion-conducta-suicida/prevencion-conducta-suicida2.shtml>

64. Lara Rodríguez N, Vega Hidalgo MC, Pons Álvarez LM, Prats Blanco ME, Hernández Lastres I. Factores de riesgo asociado al intento suicida en la adolescencia. Yara 2007-2009 Multiméd [Internet]. 2009 [citado 14 abril 2012]; 13(3-4):0-0. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2009/v13-3-4/5.html>

65. Córdova-Alcazar AJ, Estrada-Trejo AG, Velásquez-Altamirano M. Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 2013; 15(1):7-21.

66. Guibert Reyes W. Epidemiología de la conducta suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [serie en Internet] 2002 [citado 14 Dic 2010]; 18(2): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi07202.htm

67. Gómez C, Rodríguez N, Bohórquez A, Díaz-Granados N, Ospina M, Fernández C. Factores asociados con el intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2002; 4: 271-85.

68.MINSAL 2010, Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los
Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020

69.Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y
Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2010 [en línea]. La
Habana; 2010 [Citado: 23 de diciembre de 2010]. Disponible
en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>

70.Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud
Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud 2013. La Habana: Ministerio de
Salud Pública de Cuba; 2014. p. 12, 31, 37.

71. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas
de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana: ONE; 2015.

72.Aguilar Hernández Idalberto, Louro Bernal Isabel, Perera MilianLeidis
Sandra. Ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta
Suicida en Nueva Paz. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2012
Mar [citado 16 Feb 2015] 38(1): 74-83. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-
34662012000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100008&lng=es)

73.Cabra OI, Infante DC, Soss fn. El suicidio y los factores de riesgo asociados
en niños y adolescentes. Rev Méd Sanit. 2010; 13 (2):28-35.

74.Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud
Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud 2013. La Habana: Ministerio de
Salud Pública de Cuba; 2014. p. 12, 31, 37

75.Dirección Provincial de Salud. Reunión Metodológica de Salud Mental.
Santiago de Cuba: Dirección Provincial de Salud; 2014.

76.Rodríguez Martín, O., Leal Moreira, M. E., Reyes Milián, P. E., & Cossío
González, E. L. Epidemiología del intento suicida en la provincia Ciego de
Ávila. *Mediciego*, revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2015 Feb 18]
; 18(2): [aprox. 6p]Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_02_12/articulos/t-1.html

77.Eridan González Sanchez, La.Propuesta de intervención psicológica para
prevenir la repetición del intento suicida en adolescentes del área norte de la

provincia de Ciego de Avila .Trabajo para optar por el título de Licenciado en Psicología; Morón 2010.)

78-Leyva Correa, M., Castillo Rojas, L., Perdomo Gómez, A., & García Leyva, L. Caracterización de algunos factores socio-psicológicos en adolescentes con intento suicida en el municipio Morón. *Mediciego* [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 18 de feb. 2015]; 18(2): [aprox. 5p] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl2_2012/articulos/t-1.html

79.Leyva Correa, M; Castillo Rojas, L. Factores de Riesgo de la conducta Suicida en estudiantes del Pre-universitario Eulogio Fernández Ruiz.; Estudio investigativo; Morón 2013.Forum municipal de Psiquiatría

80.acotar trab intervén ultimo

81.MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2009. Ciudad de la Habana, Cuba. Abril 2010

81. 81.M Sc. Janitzia Pérez Collado, I Dra. Tania Pérez Collado, II Dra. Martha Azcuy Collado, III M Sc. Grisell Mirabal Martínez III. Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2014; 33(1):70-80

82 Leyva Correa, M; Castillo Rojas, L. Factores de Riesgo de la conducta Suicida en estudiantes del Pre-universitario Eulogio Fernández Ruiz.; Estudio investigativo; Morón 2013.Forum municipal de Psiquiatría

83-Hernández Trujillo A, González-Elías AE, López Acosta YM. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. Medisan [revista en Internet]. 2013 [citado 22 May 2014]; 17(12). [aprox. 5p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192013001200001&script=sci_arttext&lng=pt

84- Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. Medisan [Internet]. 2010 Abr [citado 30 Ago 2014];14(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300011&lng=es

85. Yessica Marlen Salazar-Torres, Rogelio Javier Caballero-Gutiérrez, Elba Vázquez-Pizaña. Características Clínicas de los Pacientes Adolescentes con Gesto e Intento Suicida en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2015; 32(2); 76-81
86. Sarmiento Falcón Z, Sánchez Sánchez S, Vargas Polanco I, Álvarez Rodríguez M. Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. MEDISAN. 2010 [citado: 12 junio 2013]; 14(8). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san02810.htm
87. Dr. Nolis Argota Matos,^I Dra. Mileidis Alvarez Caballero,^I Dr. Víctor M Camilo Colás,^{II} Lic. Yailén Sánchez Maso,^I Dra. Mercedes Barceló Román. Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. Rev. Med. Electron. vol.37 no.1 Matanzas ene.-feb. 2015
88. Dra. Ariane Hernández Trujillo,^I Dra. Irina Eiranova González-Elías ^{II} y Lic. Yelina M. López Acosta^{III}. Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y Adolescencia. MEDISAN 2013;17(12): 9027
89. Álvarez R. Medicina General Integral. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p. 267-271.
90. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. MEDISAN [serie en internet]. Abr 2010 [citado 20 Jul. 2010];14(3):353. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300011&lng=pt
91. Pérez VT, Lorenzo Z. Repercusión familiar del comportamiento suicida. Rev Cubana de Med Gen Integr. [Internet]. 2004 [Citado 12 de mayo de 2008]; 20(5-6): [Aprox. 15p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500002&lng=es
92. Peña LY, Rodríguez L, Padilla M, Gómez T, Gallardo M. Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. Rev Cubana Med Milit. [Internet]. 2002 [Citado 12 de mayo de 2008]; 31(3): [Aprox. 9p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

93. Torres V, Josué L, Rodríguez NR, Font I, Gómez MB. Conducta suicida en pacientes atendidos en un Centro de Urgencias. Rev. Cubana Med Milit. [Internet]. 2005 [Citado 12 de mayo de 2008]; 34(3): [Aprox. 5p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572005000300006&lng=es
94. Ochoa TZ, Vázquez MI, Carrasco MA, Sánchez M, Cruz MS. Epidemiología de la conducta suicida en la Policlínica Docente René Ávila. Correo Cient Med Holguín. [Internet]. 2009 [Citado 15 de sep de 2010]; 13(1): [Aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no131/n131ori9.htm>
95. Arias M, Marcos SG, Martín M, Arias JM. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. MEDISAN. [Internet]. 2009 [Citado 15 de sep de 2010]; 13(1): [Aprox. 22p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm
- 96- Dra. Idelis Fedeslinda Arias de la Torre Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes del policlínico René Vallejo de Bayamo. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marine llo Vidaurreta, ISSN 1029-3027 | RNPS 1824, Vol. 40, número 2, febrero 2015 ,
97. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. MEDISAN [revista en internet]. 2010 [citado 14 de enero 2015]; 14(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300011&lng=es&nrm=iso.
98. Aguilar Valdés J, Cumbá Abreu C, Cortés Alfaro A, Collado AM, García Roche RG, Pérez Sosa D. Hábitos o comportamientos inadecuados y malos resultados académicos en estudiantes de secundaria. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en internet]. 2010, Dic [citado 14 de enero 2015]; 48(3): 280-290. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000300007&lng=es
99. Del Toro Kondeff M, Hernández González Y, David Huerta B. Caracterización de la conducta suicida en adolescentes del municipio Cerro, 2009 - 2010. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [revista en internet] 2012

[citado 14 de enero 2015]; 9(2). Disponible en:

<http://www.revistahph.sld.cu/Revista%202012/hph03212.html>.

100. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Durán Rivero JS. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en internet]. ene-mar, 2011 [citado 14 de enero 2015]; 27(1). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

[21252011000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

101. Laura Elvira Piedrahita S. Karla Mayerling Paz. Ana Maritza Romero. estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 17, No.2, julio - diciembre 2012, págs. 136 – 148

102. Rodríguez AE, Pérez MA, Vergara S. Conducta suicida en un área de salud. Rev Ciencias Médicas la Habana. [Internet]. 2001 [Citado 12 de mayo de 2008]; 7 (2): [Aprox. 18p.]. Disponible en:

http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol7_2_01/hab02201.htm

103. Alba Cortés Alfaro I; Juan Aguilar Valdés II; Ramón Medina Suárez III; Jorge Luis Toledo Prado IV; Bernardo Echemendía V. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2010; 48(1)14-22

104. Luis Miguel Sánchez-Loyo, Teresita Morfín López*, Javier Eduardo García de Alba García**, Roque Quintanilla Montoya¹, Rosalía Hernández Millán***, Edith Contreras Preciado* & José Ignacio Cruz Gaitán Universidad de Guadalajara, *Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, **Instituto Mexicano del Seguro Social, ***Psicólogos Especializados Jalisco². Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural. ACTA DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA, 2014, 4 (1), 1446 – 1458. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 03/11/2015.

-<http://www.elsevier.es> el

