








Artículo de revisión

El suicidio y su prevención

Suicide and its Prevention

Beatriz Corona Miranda<sup>a</sup>✉, Carmen Borrego Calzadilla<sup>b</sup>, Sofian Berrouiguet<sup>c</sup>, Ramón Prado Rodríguez<sup>d</sup>, Annia Duany<sup>e</sup>

*a. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.*

*b. Ministerio de Salud Pública de Cuba, Sección de Salud Mental. La Habana, Cuba.*

*c. Brest University Hospital. Brest, Francia.*

*d. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "General Calixto García". La Habana, Cuba.*

*e. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. Salvador Allende". La Habana, Cuba.*

**Recibido: 10/09/2019**

**Aceptado: 3/12/2019**

**Resumen**

**Introducción:** En el 2012 se registraron en el mundo 804 000 muertes por suicidio, para una tasa anual mundial ajustada según la edad de 11,4 por cada 100 000 habitantes. En las Américas en el año 2016 la tasa de suicidio ajustada fue 14,7 en hombres y 4,0 en mujeres. Ese informe reportó para Cuba tasas de 15,5 en hombres y 3,7 en mujeres.



**Objetivo:** Describir aspectos relacionados con la mortalidad por suicidio y su prevención.

**Métodos:** Se consultaron 73 publicaciones de las bases de datos SciELO, Medline, Google Scholar, y PubMed, en idioma inglés y español. Se seleccionaron 33 documentos, publicados en revistas nacionales e internacionales atendiendo a su relevancia, pertinencia y actualidad en el último quinquenio.

**Desarrollo:** La Organización Mundial de la Salud, en su Plan de Acción de Salud Mental, llamó a los países a reducir las tasas de suicidio en un 10 % para el año 2020. Las actividades de prevención requieren la colaboración de múltiples sectores, como la salud, la educación, el trabajo, el comercio, la justicia, los medios de difusión, entre otros. El modelo de prevención de la Organización Mundial de la Salud tiene en cuenta la vigilancia de los datos, la identificación de los factores de riesgo, la ejecución de políticas y programas eficaces y la evaluación del desarrollo e intervenciones.

**Conclusiones:** La prevención del suicidio requiere un esfuerzo de toda la sociedad. La identificación precoz de los factores de riesgo puede contribuir a disminuir la morbilidad por intento y la mortalidad por suicidio.

**Palabras clave:** *suicidio; mortalidad; prevención; factores de riesgo y protectores.*

### Abstract

**Introduction:** In 2012, 804,000 deaths by suicide were registered in the world, for an age-adjusted global annual rate of 11.4 per 100,000 inhabitants. In the Americas in 2016, the adjusted suicide rate was 14.7 in men and 4.0 in women. That report included rates of 15.5 in men and 3.7 in women for Cuba.

**Objective:** Describe aspects related to suicide mortality and its prevention.

**Methods:** 73 publications from the SciELO, Medline, Google Scholar, and PubMed databases were consulted, in English and Spanish. 33 documents were selected, published in national and international journals according to their relevance, pertinence and update in the last five years.

**Development:** The Mental Health Action Plan of the World Health Organization urged countries to reduce suicide rates a 10% by 2020. Prevention activities require the collaboration of multiple sectors, such as health, education, labor, commerce, justice, and the media, among others. The World Health Organization's prevention model takes into account data surveillance, identification of risk factors, implementation of effective policies and programs, and evaluation of development and interventions.



**Conclusions:** Suicide prevention requires an effort from the whole of society. Early identification of risk factors can help to reduce suicide attempt morbidity and mortality.

**Keywords:** *Suicide, mortality, prevention, risk and protective factors.*

## Introducción

El suicidio, o lesión autoinfligida intencionalmente como se conoce según la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE 10), se define como “un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal”.<sup>(1,2)</sup> Etimológicamente, la palabra suicidio resulta de la unión de dos palabras latinas *sui* (de sí, a sí) y *cidium* (acto de matar), siendo su significado literal “acción de matarse a sí mismo”.<sup>(3)</sup>

A nivel mundial, representa el 50 % de todas las muertes violentas notificadas en los hombres, y el 71 % en las mujeres. Es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años. Las cifras difieren según los países, pero son los de ingresos bajos y medianos los que sobrellevan la mayor parte de la carga mundial del suicidio.<sup>(4)</sup>

La OMS estima que se suicidan un millón de personas por año y que esta cifra se incrementará hasta llegar a 1,5 millones a partir de 2020, cantidad superior a todas las muertes debidas a guerras y homicidios.<sup>(5)</sup>

En el 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 cada 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). En las Américas el suicidio es una de las tres principales causas de muerte entre 15 y 34 años de edad y representa el 12,9 % anual de los fallecidos entre todos los grupos.<sup>(4,5,6,7)</sup>

Entre los factores de riesgo asociados al suicidio se encuentran las dificultades para acceder a la atención de salud; la fácil disponibilidad de los medios que se utilizan para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de difusión, la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas, los que tienen problemas de salud mental, los que consumen sustancias psicoactivas y los jóvenes que son víctimas del *bullying*, disfunción familiar, entre otros.<sup>(3,4,5)</sup>

El suicidio se clasifica como una de las diez causas principales de carga de enfermedad y para ambos sexos combinados se ubica en el octavo lugar. En los últimos 45 años se han incrementado las tasas en un 60 %



a nivel internacional; ocupando el vigésimo lugar con respecto a las principales causas de años de vida ajustados en función de la discapacidad.<sup>(6,8)</sup>

En mayo de 2013, la 66.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer plan de acción en la historia de la OMS sobre la salud mental y propuso para 2020 reducir en 10 % la tasa de suicidio en todos los países. En el documento de las Estrategias Regionales de Salud Mental, la Organización Panamericana de la Salud declaró que la prevención es una de las prioridades más importantes y que el suicidio es uno de los indicadores de impacto que deben ser evaluados en la región de las Américas.<sup>(4,5,7)</sup> En Cuba, el suicidio ocupa la décima causa de muerte y la tercera en los adolescentes de 10-19 años, por lo que decidimos realizar esta revisión bibliográfica para describir y actualizar algunos factores de riesgo y de protección asociados a la prevención del suicidio.<sup>(9)</sup>

### **Métodos**

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el suicidio y sus factores de riesgo, protectores y su prevención. Se consultaron 73 artículos, en idioma inglés y español, de ellos se seleccionaron 33, la mayoría de los últimos 5 años, que incluyeron trabajos originales y artículos de revisión. Estos artículos se localizaron en las bases de datos como SciELO, Medline, Google Scholar y PubMed. Para la selección se consideraron aquellos que guardaban una estrecha relación temática con la presente revisión, publicados en revistas nacionales e internacionales, de lectura completa. Para la búsqueda, además, se utilizaron las palabras clave proporcionadas por MESH. Se consultaron también informes de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los *Anuarios Estadísticos del Ministerio de Salud Pública* de Cuba. Se excluyeron aquellos artículos que procedían de revistas de muy bajo nivel científico e impacto internacional, con escasa o ninguna visibilidad, sin indexación en bases de datos de prestigio.

### **Nivel global**

Se prevé que el suicidio en el año 2030 ocupe la décimo cuarta causa de muerte tanto en los hombres como en las mujeres entre los 15 y 44 años de edad.<sup>(8,9)</sup> 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.<sup>(8,9)</sup> En Europa, es la segunda causa más frecuente de muerte entre los grupos de 15 a 44 años.<sup>(10,11)</sup>



A escala mundial los hombres tienen una tasa de suicidio superior a las mujeres con una razón 3,5-1, siendo la mortalidad por suicidio mayor en ellos y el intento suicida 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. Los hombres de 50 años y más son especialmente vulnerables.<sup>(8,10)</sup>

En el año 2012 los países de medianos y bajos ingresos aportaron el 75,5 % de la mortalidad por suicidio y los de altos ingresos el 24,5 %.<sup>(10)</sup>

### En las Américas

En la región de las Américas ocurren 65 000 defunciones anuales por suicidio, que representan el 12 % de la mortalidad por causas externas.<sup>(9,11)</sup>

El suicidio varía, según la región, en un 19,7 % en América del Norte y un 7,8 % en Centro América, y es superado por los accidentes o lesiones no intencionales.<sup>(9,11)</sup>

En las Américas en el año 2016 la tasa de suicidio ajustada de la región fue (14,7 en hombres y 4,0 en mujeres). Ese informe reportó para Cuba tasas de (15,5 en hombres y 3,7 en mujeres).<sup>(7,8)</sup>

En el informe de la OPS, los países de la región de las Américas con mayores tasas de suicidio según sexo fueron:<sup>(7)</sup>

**Tabla1** - Tasas de mortalidad por suicidio ajustadas, según sexo y países seleccionados por cada 100,000 habitantes. Región de las Américas. 2016.

| Países              | Masculino | Femenino |
|---------------------|-----------|----------|
| <i>Las Américas</i> | 14,7      | 4,0      |
| Guyana              | 61,9      | 13,1     |
| Suriname            | 46,4      | 16,9     |
| Uruguay             | 30,8      | 8,3      |
| EE. UU.             | 20,9      | 6,2      |
| Chile               | 17,2      | 3,6      |
| Canadá              | 16,6      | 6,0      |
| Ecuador             | 16,2      | 4,2      |
| Cuba                | 15,5      | 3,7      |
| Argentina           | 14,4      | 3,1      |
| Nicaragua           | 13,3      | 3,1      |



|                 |      |     |
|-----------------|------|-----|
| Colombia        | 13,2 | 3,2 |
| El Salvador     | 12,8 | 4,1 |
| Guadalupe       | 11,6 | 2,7 |
| Guyana Francesa | 11,3 | 6,0 |
| Martinica       | 10,7 | 0,6 |
| Paraguay        | 10,4 | 4,4 |
| Brasil          | 9,2  | 2,3 |
| México          | 8,7  | 1,9 |
| Puerto Rico     | 8,6  | 0,9 |
| Aruba           | 8,5  | 3,7 |
| Belize          | 7,7  | 4,2 |
| Panamá          | 7,7  | 1,1 |

Fuente: Indicadores básicos. Situación de Salud en las Américas. OPS. 2018

### En Cuba

En el periodo prerrevolucionario las tasas de suicidio se mantuvieron entre 13 y 15 por cada 100 000 habitantes. En la década de los sesenta del siglo XX se reportaron tasas por encima de 10 y a finales de la década siguiente las tasas comenzaron a incrementarse a 19 por cada 100 000 habitantes, hasta la década de los ochenta que llegaron a 23,2, realizándose entonces una investigación de carácter nacional, cuyos resultados propiciaron la implementación del Programa Nacional de Atención a la Conducta Suicida, en 1989.<sup>(12)</sup>

El suicidio en Cuba se encuentra dentro de las primeras causas de muerte, tanto para adultos como para los adolescentes de 10-19 años de edad.<sup>(13,14)</sup>

En el país, las tasas de suicidio han disminuido desde el año 1987 hasta el 2014 en un 54,8 %. Las tasas para ambos sexos son descendentes, aunque en los últimos 10 años se observa un ligero ascenso, particularmente entre los hombres.<sup>(15)</sup>

Fenómeno con mayor prevalencia entre los años 2011-2014, alcanzando hasta un 79,9% en el sexo masculino, lo que coincide con otras investigaciones que reportan que el mayor porcentaje de las defunciones ocurren en este sexo.<sup>(12,13)</sup> La razón de mortalidad por suicidio en Cuba se ha incrementado, lo que explica este comportamiento.<sup>(15)</sup>

La conducta suicida entre los adolescentes es cada vez más frecuente y constituye un motivo de consulta de salud mental y un problema de salud en varios países.<sup>(16)</sup>



En los adolescentes cubanos (menores de 19 años) desde 2011-2014 se reportaron 149 fallecidos por suicidio (37 por año como promedio general), lo que representó una tasa acumulada para todo ese periodo de 2,6 por cada 100,000 habitantes.<sup>(17)</sup>

El subgrupo de 10-14 años presentó 35 fallecidos para una tasa acumulada de 1,2 por cada 100 000 habitantes y el subgrupo de 15-19 reportó 114 fallecidos y una tasa de 3,8 por cada 100 000 habitantes. El subgrupo de 10-14 años tuvo un incremento del porcentaje de cambio relativo de un 60 %.<sup>(17)</sup> Estudios internacionales refieren que es cada vez más frecuente la aparición de esta conducta en la adolescencia temprana, no solo por los factores de riesgo, sino por el desarrollo tecnológico de los últimos años.<sup>(18)</sup> El intercambio de información a la que tienen acceso los jóvenes es probable que acelere su desarrollo evolutivo, elaborando a edades cada vez más tempranas el significado de la muerte.<sup>(19)</sup>

En Cuba, las nuevas tecnologías y el consumo de materiales audiovisuales ganan espacio entre los jóvenes.<sup>(20)</sup> Un estudio realizado en adolescentes cubanos reportó que la adicción a las tecnologías e internet se ha propagado fuertemente. Esto, sumado a la falta de control y supervisión por parte de los padres o al ambiente de un hogar disfuncional, produce una propensión a la adhesión, lo cual tiene efectos negativos en el comportamiento de los adolescentes. Aparece la soledad, la reducción del bienestar psicológico, afecta su socialización y su desarrollo psicomotor.<sup>(17,18,19)</sup>

El grupo de 60 años y más fue el de mayor tasa en la mortalidad por suicidio en el país. Una investigación nacional reportó que las tasas más elevadas en los hombres y en los mayores de 60 años se presentaron en la década de 1990, conocida como *periodo especial*, y caracterizada por la peor crisis económica vivida en Cuba después de 1959, cuando se agudizaron los problemas económicos y sociales en el país en cuanto a la alimentación, el transporte, la electricidad, los medicamentos, la falta de recreación y otros aspectos de la vida cotidiana, que pudieron haber influido en esta conducta.<sup>(20,21)</sup>

Estudios realizados en los ancianos encontraron como factores de riesgo para el suicidio la depresión y la ansiedad, las necesidades insatisfechas, la pérdida de seres queridos, las enfermedades crónicas, las carencias sociales, los conflictos familiares, la situación económica desfavorable, el aislamiento y la desesperanza. En muchos casos, sufren maltratos o necesidades no satisfechas, padecen de pérdidas de su capacidad física o cognitiva, o pérdidas de familiares, de amigos y de los roles que desempeñaban antes en la vida, y aunque algunas de estas carencias pueden evitarse, otras son inevitables.<sup>(22,23,24)</sup>



En cuanto a los métodos de suicidio, dependen en particular de la disponibilidad y el fácil acceso a ellos y a la imitación.<sup>(18)</sup> Ellos pueden estar influidos por factores socioculturales, porque las costumbres de un país o una comunidad están siempre presentes en las actitudes y estilos de vida individuales.<sup>(16,17,18)</sup>

El método más usado en Cuba es el ahorcamiento, que se incrementó y ocupó el primer lugar para ambos sexos durante los años 2011-2014.<sup>(15,17)</sup> En las regiones de América Central, el Caribe hispano y México (64,3 %) y en América del Sur (58,2 %), los suicidios ocurren con mayor frecuencia por ahorcamiento y presentan cifras similares a las nuestras.<sup>(9,17)</sup>

### **Factores de riesgo y protectores**

El suicidio es un problema de salud por el impacto que ocasiona en términos sociales, psicológicos y económicos a las familias y al país. La identificación de los factores de riesgo y protectores que se vinculan con esta conducta resulta muy importante para definir estrategias de prevención.<sup>(25,26,27)</sup>

La epidemiología ha ayudado a identificar los factores de riesgo y de protección frente al suicidio y otros trastornos mentales, 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.<sup>(26,28,30)</sup>

Los antecedentes familiares de conductas suicidas, la integración a subgrupos culturales que tengan actitudes tolerantes frente al suicidio, la situación económica, la baja capacidad para la adaptación a nuevas situaciones, las pocas estrategias de afrontamiento, los inadecuados recursos para las relaciones interpersonales, y el abuso sexual y físico durante la niñez son factores relevantes en la epidemiología del suicidio.<sup>(26,27)</sup>

Más del 90 % de los casos de suicidio se relacionan con enfermedades mentales como la depresión, los trastornos por consumo de alcohol, el uso de drogas, la violencia, aunque también existen otros factores como los sociales, económicos y culturales, que influyen en este comportamiento.<sup>(26,29,30)</sup>

Los factores protectores disminuyen la probabilidad de que surja un trastorno mental mediante la reducción a la exposición de la persona al riesgo o la atenuación del efecto de los factores de riesgo. Estos factores pueden ser:<sup>(26,27,30,31,32)</sup>





- *Individuales*: en este grupo se encuentran un buen estado de salud, hábitos saludables, actitud y carácter positivo, buena relación con los pares, apropiadas aptitudes sociales, sentido de esperanza y optimismo, autoestima adecuada, manejo del estrés, adaptabilidad, cociente intelectual elevado, nivel de educación alto, sentido de coherencia, metas profesionales y existencia de proyecto de vida.
- *Familiares*: satisfacción de las necesidades básicas aseguradas mediante el empleo estable y digno; estabilidad y coherencia del núcleo familiar; estímulo y refuerzo de actividades y comportamientos positivos; vida regular en el colectivo; reconocimiento de logros; apoyo a metas positivas; promoción de la amistad, la solidaridad, la tolerancia y la inclusión; establecimiento de límites sociales apropiados de conducta, evitar la violencia en todas sus manifestaciones, incrementar la resiliencia.
- *Comunitarios*: oportunidades educativas y profesionales; actividades para niños y adolescentes (deportes y actividades educativas); apoyo social; apoyo a las familias con necesidades especiales; legislación protectora de los jóvenes; entorno sin riesgos (ausencia de violencia, uso de drogas o contaminación ambiental); construcción de espacios públicos seguros (barrios, parques, plazas, edificios, caminos); oportunidades para el desarrollo económico sostenido (capacitación y créditos), redes de apoyo.
- *Institucionales*: formación de personal de atención primaria que realice la identificación y atención a las personas en riesgo y con trastornos emocionales, crear organizaciones basadas en las necesidades de las personas y que ofrezcan buen trato; instituciones proactivas en la defensa del medio ambiente; instituciones facilitadoras de la atención a personas con desventajas (discapacidades, minorías étnicas) y promotoras de la responsabilidad social por la salud mental de la población.

### Prevención del suicidio

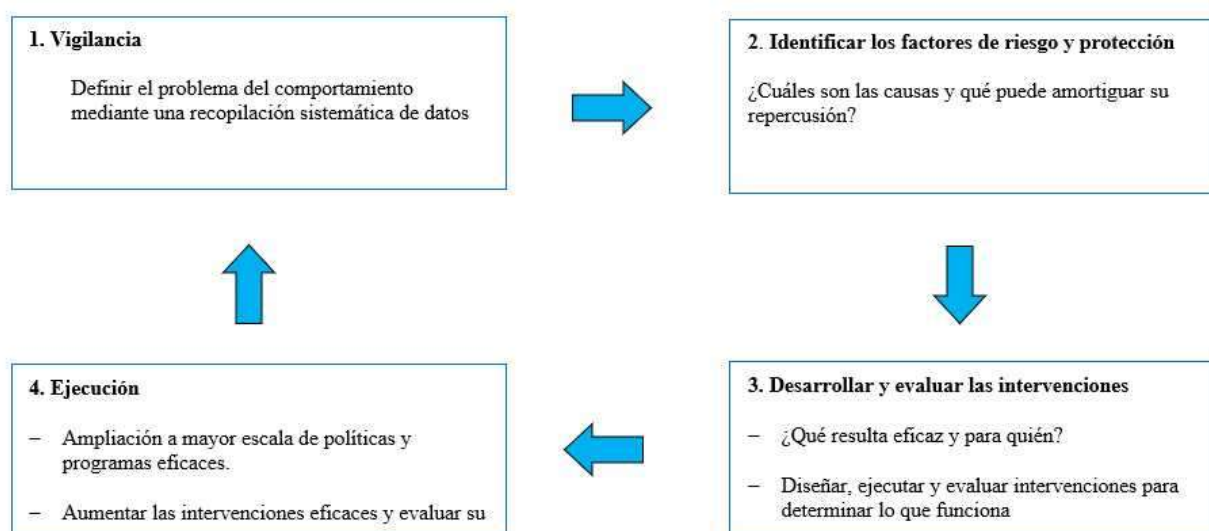
La prevención del suicidio es la piedra angular del Plan de Acción de Salud Mental de la OMS, una prioridad en la agenda global de salud pública y en las políticas públicas.<sup>(30,32,33)</sup>

Las actividades de prevención requieren coordinación y colaboración entre múltiples sectores de la sociedad, incluidos el de la salud y otros como educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, los medios de difusión, entre otros.<sup>(32,33)</sup>



Una estrategia reconocida para la prevención es la evaluación y el manejo de los trastornos mentales. A nivel individual, deben basarse en datos científicos, incluso para la evaluación y manejo de quienes intentaron el suicidio, teniendo en cuenta los factores de riesgo.<sup>(33)</sup> A nivel de población, se debe restringir el acceso a medios utilizables para suicidarse, establecer políticas para disminuir el consumo de alcohol, alentando a los medios a que sean responsables a la hora de informar los suicidios.<sup>(33)</sup>

Se deben tener en cuenta las personas vulnerables con inclusión de quienes han intentado suicidarse. La intervención posterior a un suicidio (llamada posvención) se ha identificado como un componente importante de la prevención, las familias y los amigos que han perdido un familiar querido por esta lesión autoinfligida requieren atención y apoyo. La OMS propone un modelo de salud pública para la prevención del suicidio.<sup>(33)</sup>



Fuente: Prevención del suicidio: un imperativo global. OMS. 2014.

Fig. 2 - El modelo de salud pública.

## Conclusiones

La sociedad desempeña una función crucial en la prevención del suicidio. La identificación precoz de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores tienen repercusiones positivas en las estrategias de prevención del suicidio.

### **Recomendaciones**

Realizar investigaciones que permitan identificar las causas del suicidio desde los determinantes sociales.

### **Referencias bibliográficas**

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Capítulo 20: Lesiones autoinfligidas intencionalmente. En: Clasificación internacional de enfermedades CIE-10. Causas externas de morbilidad y mortalidad. Washington D. C.: OPS; 2001: p. 60-84. [acceso: 02/06/2019]. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
2. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Suicidio. Mortalidad y prevención. Factográfico de Salud. 2015 [acceso: 02/02/2019]; 1(10). Disponible en: <http://www.sld.cu/noticia/2015/09/16/suicidio-mortalidad-y-prevencion-factografico-de-salud>
3. Sarracent Sarracent A, García Pérez T, Brown Miclin P, Sarracent Pupo Y, Saavedra de la Cruz L. Caracterización psicológica de los pacientes con suicidio consumado en La Habana en el año 2010. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana. 2013 [acceso: 12/03/2019]; 10(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph12113.html>
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Prevención de la conducta suicida. Washington, D. C.: OPS; 2016. [acceso: 28/04/2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31167>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Primer Informe de la OMS sobre la prevención del Suicidio. 2014. Washington D. C.: OPS; 2014. [acceso: 10/09/2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>
6. Banco Mundial. Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud, Red de Desarrollo Humano. La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas. Edición Regional para América Latina y el Caribe. Seattle, WA: IHME; 2013. [acceso: 01/02/2019]. Disponible en: [http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2013/WB\\_LatinAmericaCaribbean/IHME\\_GBD\\_WorldBank\\_LatinAmericaCaribbean\\_TwoPager\\_SPANISH.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_LatinAmericaCaribbean/IHME_GBD_WorldBank_LatinAmericaCaribbean_TwoPager_SPANISH.pdf)
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país. 2017. Washington D. C.: OPS; 2017. [acceso: 03/05/2019]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>



8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mortalidad por Suicidio en las Américas: Informe Regional. Washington D. C.: OPS; 2014. p. 6-49.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2017. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2018. [acceso: 13/04/2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>
10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Datos de Mortalidad para Salud en las Américas 2012. Washington D. C.: OPS; 2012. [acceso: 02/01/2019]. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id)
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Indicadores básicos Situación de Salud en las Américas 2018. Washington D. C.: OPS; 2018. [acceso: 11/01/2020]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. García Pérez T. La autopsia psicológica. ¿Suicidio u Homicidio? Editorial Científico-Técnica. La Habana; 2014. p. 40-62.
13. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2015. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2016. [acceso: 10/04/2019]; Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/1>
14. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2017 [acceso: 13/04/2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>
15. Corona B, Alfonso K, Hernández M, Lomba P. Epidemiology of Suicide in Cuba, 1987-2014. MEDICC Review. 2016 [acceso: 20/03/2019]; 18(3). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/medicc/v18n3/1555-7960-medicc-18-03-0015.pdf>
16. Trigylidas TE, Reynolds EM, Teshome G, Dykstra HK, Lichenstein R. Paediatric suicide in the USA: analysis of the National Child Death Case Reporting System. InjPrev. 2015. DOI: [10.1136/injuryprev-2015-041796](https://doi.org/10.1136/injuryprev-2015-041796)
17. Corona B, Alfonso K, Hernández M, Cortes Alfaro A. Attempted and Completed Suicide in Cuban Adolescents, 2011-2014. MEDICC Review. 2018;20(1):36-41



18. Picazo-Zappino J, López Ibor. El suicidio infanto-juvenil: una revisión. Actas Españolas de Psiquiatría. 2014 [acceso: 14/03/2019]; 42(3): 125-32. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=96033542&lang=es&site=ehost-live>
19. Estévez García K, Velázquez Reinaldo R: Conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes. Videogames: ¿armas letales? 2014 [acceso: 14/03/2019] 11. Disponible en: [http://209.177.156.169/libreria\\_cm/archivos/pdf\\_1062.pdf](http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_1062.pdf)
20. Chávez Negrín E. Población y crisis económica en Cuba: La familia y la dinámica demográfica del periodo especial. [Ponencia]. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas [La Habana]; 2000 [acceso: 10/06/2019]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20120827123508/negrin3.pdf>
21. Togores González V. Cuba: Efectos sociales de la crisis y el ajuste económico de los 90's. Cuba Siglo XX. 2002 [acceso: 13/06/2019]; (13). Disponible en: [https://www.nodo50.org/cubasigloXXI/economia/togores1\\_311201.htm](https://www.nodo50.org/cubasigloXXI/economia/togores1_311201.htm)
22. Bethancourt Santana Y, Bethancourt Enríquez J, Moreno Rodríguez Y, Saavedra Díaz A. Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores. MEDICIEGO. 2015 [acceso: 02/03/2019]; 21(1). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/85>
23. García Otero A, Prades de la Rosa E, Fernández Quintana M, Legrá Legrá Y, Zayas Medina C. Evaluación de los estados funcional y afectivo en la población geriátrica del área de salud "28 de Septiembre". Medisan. 2013 [acceso: 29/09/2019]; 17(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000200006)
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. Washington D. C.: OPS; 2015. [acceso: 03/12/2015]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
25. Giner Jiménez L. Diferencias en la conducta suicida: estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado [Tesis]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010. [acceso: 03/12/2015]. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5657/35431\\_giner\\_jimenez\\_lucas.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5657/35431_giner_jimenez_lucas.pdf?sequence=1)



26. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores Rev Haban Cienc Méd. 2016 [acceso: 13/07/2019]; 15(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemmed/hcm-2016/hcm1611.pdf>
27. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 2013. Washington D. C.: OPS; 2013 [acceso: 25/06/2019]. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=21348&Itemid=270](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21348&Itemid=270)
28. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marco de Referencia para la Implementación de la Estrategia Regional de Salud Mental. Washington D. C.: OPS; 2011. p. 142-7.
29. Lomba Acevedo P, Alfonso Carrillo E, Fernández Coto L. Prevención del suicidio en la comunidad. En: Barceló Pérez C, González Sánchez Y. (Compiladores). Medio residencial y salud. La Habana: Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología / Ministerio de Salud Pública; 2013. pp. 207-14.
30. Organización Panamericana de la Salud. INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Washington, D.C.: OPS; 2017 [acceso: 16/02/2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33741/9789275319413-spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). 53 Plan de Acción para la Salud Mental. Consejo directivo 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington D. C.; OMS; 2014. [acceso: 02/01/2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9774%3A2014-53rd-directing-council&catid=7003%3A53rd-directing-council-29-sep-3-oct&Itemid=41062&lang=es](http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=9774%3A2014-53rd-directing-council&catid=7003%3A53rd-directing-council-29-sep-3-oct&Itemid=41062&lang=es)
32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y el uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra: OMS;2010. [acceso: 19/06/2019]. Disponible en: <http://www.medbox.org/clinical-guidelines/guia-de-intervencion-mhgap-para-los-trastornos-mentales-neurolgicos-y-por-uso-de-sustancias-en-el-nivel-de-atencion-de-la-salud-no-especializada/preview?q>
33. World Health Organization. (WHO). Preventing suicide. A global imperative. Luxembourg: WHO; 2014. [acceso: 02/12/2019]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/)



### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

