



Comunicación Breve

Intervención sanitaria en la atención de adultos jóvenes con riesgo de conducta suicida

A Sanitary intervention in the attention of young adults with risk of suicidal behavior

Yaimara González Almaguer ¹  
Ondina Carmenate Pereda ¹ 
Randy María Rodríguez López ¹ 
Niurvis Sobrecuevas López ¹ 
Yanet Infante Zaldívar ¹ 
Alián Pérez Marrero ¹ 

¹Hospital General Docente “Guillermo Domínguez López”. Las Tunas, Cuba.

Recibido: 10/4/2022
Aceptado: 14/6/2022

RESUMEN

Introducción: En la etapa de la juventud se registran las segundas más altas tasas de intentos suicidas.

Objetivo: Implementar una intervención sanitaria en la atención de adultos jóvenes con factores de riesgo para la conducta suicida.



Métodos: Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo, cuasiexperimental, de intervención sanitaria con participación familiar sobre la atención de adultos jóvenes con factores de riesgo de conducta suicida, Policlínico Docente “Romárico Oro Peña” desde junio de 2020 a junio de 2021. La población de estudio estuvo constituida por 355 adultos jóvenes con factores de riesgo. Variables estudiadas: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, clasificación clínica, síntomas, trastornos psiquiátricos. La intervención se realizó en tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación.

Resultados: Predominó el sexo masculino 56,9 %, el grupo de 35-39 años (28,2 %), el preuniversitario o técnico medio terminado (20,6 %), trabajadores (53,5 %), divorciados (38,9 %), riesgo moderado (34,6 %), la ideación suicida (53,2 %), trastorno depresivo recurrente (24,5 %). Existió una disminución de factores de riesgo, síntomas y de la evaluación de riesgo, que fue más significativa en el Grupo B.

Conclusiones: Se demostró que la intervención sanitaria con participación familiar fue más efectiva, al lograr un mayor control de los factores de riesgo, disminución de los síntomas y evaluación del riesgo.

Palabras clave: conducta autodestructiva; trastornos mentales; adulto joven; intervención.

ABSTRACT

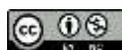
Introduction: In the youth's stage, they register the second higher rates of suicidal intents.

Objective: Implement a sanitary intervention on the attention of young adults with risk factors of suicidal behavior.

Methods: It was carried out a cuasi-experimental study, of sanitary intervention with family participation on the attention of young adults with risk factors of suicidal behavior, Polyclinic “Romárico Oro Peña” from June of 2020 to June of 2021. 355 young adults with risk factors constituted the study population. Studied variables: age, sex, education, occupation, civil state, clinical classification, symptoms, and psychiatric dysfunctions. The intervention was carried out in three stages: diagnostic, intervention and evaluation.

Results: Prevailed: sex masculine 56,9%, group of 35 to 39 years 28,2%, bachelor or technician finished 20,6%, workers 53,5%, divorced 38,9%, risk moderate 34,6%, suicidal ideation 53,2%, overturn depressive recurrent 24,5%. Existed a decrease of risk factors, symptoms and risk evaluation that was more significant in the Group B.

Conclusions: It was demonstrated that the sanitary intervention with family participation was more effective, when achieving a bigger control of the risk factors, decrease of the symptoms and risk evaluation.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Key words: Self-Injurious Behavior; Mental Disorders; Young adult; intervention.

Introducción

El suicidio fue reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y ratificado recientemente, como la problemática de salud que describe el mayor nivel de expresión de la violencia. Se define científicamente como el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria y deliberada; en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto conducta suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí.^(1,2,3)

Algunos especialistas aseguran, desde sus investigaciones, que los intentos suicidas frustrados son más comunes que los suicidios consumados. Pues muchos intentos de suicidio fallidos se llevan a cabo en una forma en que el rescate es posible, representando a menudo un grito desesperado en busca de ayuda.⁽⁴⁾

Durante la infancia, deben detectarse los factores de riesgo asociados al suicidio, sobre todo en el medio familiar en el que vive el menor. Pues un amplio grupo de expertos explica que en hogares disfuncionales en el que existen frecuentes discusiones entre padres y demás miembros, se desarrollan conductas suicidas producto del maltrato físico o psicológico, como variante de la violencia intrafamiliar.⁽⁵⁾

En Cuba existe un registro unificado de datos primarios sobre el suicidio; estos datos son extraídos de las estadísticas de todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, debido a que esta es considerada una enfermedad de declaración obligatoria que comprende el suicidio y el intento suicida.⁽⁶⁾

Es necesario reconocer las consecuencias para la familia de un intento suicida y los hechos cercanos a este, puesto que si el joven sobrevive a él arrastrará limitaciones con las cuales tendrá que lidiar por el resto de su vida. El fenómeno del suicidio y el comportamiento que asumen los individuos al enfrentarlo son problemas globales y no se limitan a un país. La prevención de dicho acto debe ir encaminada primero a orientar a la familia y luego a la comunidad, puesto que esta última muchas veces está más cercana al joven que los propios padres y el resto de los familiares; es por ello que se impone la implementación de una estrategia multisectorial.⁽⁶⁾

En la actualidad, en Cuba el suicidio se encuentra entre las nueve primeras causas de muerte de forma general, y en los jóvenes, entre las cuatro primeras causas de deceso.⁽⁷⁾

Distintos investigadores han descrito que los trastornos del estado de ánimo, y particularmente la depresión, son responsables de la mayor parte de esta conducta, más de la mitad de la población afectada por estos trastornos eventualmente realizará



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

un intento de suicidio y aproximadamente el 10 % terminará en suicidio consumado dentro de los 15 años posteriores a su diagnóstico.^(8,9)

En el área de salud Romárico Oro, anualmente se reportan casos de conducta suicida en adultos jóvenes, lo que acarrea costos en su atención, así como aporte a la morbimortalidad por suicidio, con la consiguiente repercusión sobre la salud mental de los pacientes y sus familiares. Es por ello que se hizo necesario realizar este estudio con el objetivo de implementar una intervención sanitaria con participación familiar en la atención de adultos jóvenes con factores de riesgo para la conducta suicida en el Policlínico Docente “Romárico Oro Peña” en el periodo comprendido de junio 2020 a junio 2021.

Métodos

Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo, cuasiexperimental, de intervención sanitaria con participación familiar sobre la atención de adultos jóvenes con factores de riesgo de la conducta suicida en Policlínico Docente “Romárico Oro Peña” desde junio de 2020 a junio de 2021.

La población de estudio estuvo constituida por 355 adultos jóvenes con factores de riesgo de la conducta suicida (para identificarlos se revisaron las historias clínicas de la consulta de salud mental del área de salud) y sus familias, que desearon participar en la investigación, previo consentimiento informado. La población de estudio se dividió en dos grupos.

Grupo A: formado por 310 adultos jóvenes con factores de riesgo de la conducta suicida que participaron en las actividades sin acompañamiento.

Grupo B: formado por 45 adultos jóvenes con factores de riesgo de la conducta suicida que participaron en las actividades acompañados por otros miembros de la familia.

Se tuvieron en cuenta las variables: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, clasificación clínica, síntomas, trastornos psiquiátricos.

La intervención se realizó en tres etapas: diagnóstico, intervención y evaluación.

Diagnóstico: Se seleccionaron los miembros de cada grupo, de forma aleatoria, se revisaron las historias clínicas, se aplicaron los cuestionarios y se determinaron las necesidades de aprendizaje y cambios de comportamiento, actitudes y se identificaron los principales factores de riesgo. Se diseñaron las actividades de la intervención comunitaria.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Intervención: Las actividades se realizaron con una frecuencia quincenal, divididos en los 2 grupos de estudio A y B; aplicándose diversas técnicas participativas en ambos grupos.

Evaluación: Se midieron los resultados esperados evaluando variación porcentual de las estimaciones realizadas antes y después de la intervención, así como se precisó el impacto logrado al año de intervención a través de la medición de la efectividad de la estrategia una vez terminada la misma. Comparándose los resultados entre los dos grupos.

La información se obtuvo de las historias clínicas, los registros estadísticos de la consulta de salud mental y a través de cuestionarios diseñados por las autoras. Se determinó la frecuencia absoluta y relativa porcentual de cada una de las variables. Así como se comparó la efectividad de la intervención entre ambos grupos a través del estadígrafo Ji^2 de Pearson y el cálculo de la variación porcentual.

Resultados

En la tabla 1, se distribuyeron los adultos jóvenes con riesgo de conducta suicida según edad y sexo. Predominó el sexo masculino con 56,9 %. Por grupos de edad prevaleció en el total de participantes el de 35-39 años con 100 para un 28,2 %, seguido del de 30 a 34 años con 89 para un 25,1 %.

Tabla 1 - Adultos jóvenes con riesgo de conducta suicida por grupos de edad y sexo. Área de Salud Románico Oro Peña, 2020-2021

Grupos de edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
20-24	56	27,7	32	20,9	88	24,8
25-29	24	11,9	54	35,3	78	22,0
30-34	67	33,2	22	14,4	89	25,1
35-39	55	27,2	45	29,4	100	28,2
Total	202	56,9	153	43,1	355	100

En la tabla 2 se resumen los resultados referentes a las variables sociodemográficas. En cuanto a la distribución según la escolaridad, se pudo observar que predominó el preuniversitario o técnico medio terminado (73; 20,6 %), seguido de la secundaria sin terminar (16,1 %) y la secundaria terminada (14,9 %). Referido a la ocupación, se pudo constatar que prevaleció el grupo de trabajadores con 190 (53,5 %), seguido de los desocupados para un (33,2 %). Respecto al estado civil se apreció que predominaron los



divorciados (138; 38,9 %), seguido de los casados o en unión consensual (117; 33 %) y los solteros (86; 24,2 %).

Tabla 2 - Adultos jóvenes con riesgo de conducta suicida según variables sociodemográficas

Variable	Escala	No.	%
E escolaridad	Primaria sin terminar	34	9,6
	Primaria terminada	43	12,1
	Secundaria sin terminar	57	16,1
	Secundaria terminada	53	14,9
	Preuniversitaria (o técnico medio) sin terminar	32	9
	Preuniversitaria (o técnico medio) terminada	73	20,6
	Universitaria sin terminar	43	12,1
	Universitaria terminada	20	5,6
Ocupación	Trabajador	190	53,5
	Desocupado	118	33,2
	Ama de casa	29	8,2
	Jubilado	18	5,1
Estado civil	Soltero	86	24,2
	Casado o unión consensual	117	33
	Divorciado	138	38,9
	Viudo	14	3,9

En cuanto a la clasificación del riesgo de conducta suicida por sexo (Tabla 3), se pudo constatar que predominó el riesgo moderado (34,6 %), seguido del riesgo leve (26,5 %) y el riesgo grave (21,1 %), con igual distribución en ambos sexos.

Tabla 3 - Adultos jóvenes con riesgo de conducta suicida según clasificación del riesgo por sexo

Riesgo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Leve	54	26,7	40	26,1	94	26,5
Moderado	69	34,2	54	35,3	123	34,6
Grave	42	20,8	33	21,6	75	21,1
Extremo	37	18,3	26	17,0	63	17,7
Total	202	56,9	153	43,1	355	100,0

Se constató un predominio de la ideación suicida en 189 adultos jóvenes, seguido de la depresión (47 %) y el insomnio (28,7 %). Según los trastornos psiquiátricos presentes, hubo un predominio del trastorno depresivo recurrente en 87 casos (24,5 %), el trastorno afectivo bipolar en un 23,9 % y los trastornos psicóticos en un 15,8 %.



Tabla 4 - Adultos jóvenes con riesgo de conducta suicida según síntomas más frecuentes y trastornos psiquiátricos

Variable	Escala	No.	%
Síntomas	Ideación suicida	189	53,2
	Depresión	167	47
	Insomnio	102	28,7
	Ansiedad	99	27,9
	Irritabilidad	87	24,5
Trastornos	Trastorno depresivo recurrente	87	24,5
	Trastorno Afectivo Bipolar	85	23,9
	Trastornos Psicóticos	56	15,8
	Trastornos de personalidad	45	12,7
	Otros trastornos del estado del humor	34	9,6

En ambos grupos, tanto en el que participaron solos los adultos jóvenes (Grupo A), como en el que participaron acompañados por un miembro de la familia (Grupo B), se constató una disminución de los factores de riesgo, síntomas y de la evaluación de riesgo, pero esta fue más significativa en el Grupo B con una disminución porcentual en estos tres indicadores por encima del 80 %, y en el que el Ji^2 (12,6) fue mayor.

Tabla 5 - Evaluación de las modificaciones alcanzadas por la intervención en los de los adultos jóvenes con riesgo de conducta suicida, antes y después de la intervención

GRUPO A (n = 310)						
Criterios de Evaluación	Antes		Después		CV	X^2
	No.	%	No.	%		
Factores de riesgo para la conducta suicida	310	100	287	92,6	-8	7,9
Síntomas asociados en los pacientes	269	86,8	234	75,5	-15	
Evaluación de los pacientes dispensarizados con riesgo suicida	310	100	246	79,4	-26	

GRUPO B (n = 45)						
Criterios de Evaluación	Antes		Después		CV	X^2
	No.	%	No.	%		
Factores de riesgo para la conducta suicida	45	100	23	51,1	-96	12,6
Síntomas asociados en los pacientes	31	68,9	17	37,8	-82	
Evaluación de los pacientes dispensarizados con riesgo suicida	45	100	24	53,3	-88	

Se pudo apreciar una mayor efectividad de la intervención en el Grupo B, en el que los adultos jóvenes con riesgo fueron acompañados por familiares, lo que demuestra que el apoyo familiar constituye un importante factor de resiliencia y de afrontamiento de la conducta suicida. Cuando se involucra la familia, se obtienen mejores resultados en el proceso y la calidad de la atención y seguimiento de pacientes con riesgo para la prevención de la conducta suicida.



Discusión

En la adolescencia el riesgo de intento suicida es más frecuente en las mujeres que en los hombres, pero a partir de los 20 años, a medida que aumenta la edad, el riesgo se va equiparando, dado por situaciones estresoras de la vida que se acumulan en ambos sexos por igual. En este caso resultó llamativo que predominaran los hombres con una razón 13:10.

En la investigación de *Cantão* y otros,⁽¹⁰⁾ participaron 22 pacientes con edades entre 23 y 52 años, la mayoría del sexo masculino, dividiéndose entre 19 hombres (86,4 %) y tres mujeres (13,6 %). En el estudio de *Ovalle Peña* y otros,⁽¹¹⁾ el 64 % de la muestra correspondió a mujeres y el 36 % a hombres. La generalidad de los participantes se ubicó en un rango de edad entre los 18 y 24 años. Al igual que este autor, otros obtuvieron resultados que difieren de los de esta investigación.^(12,13,14)

La conducta suicida se presenta de manera diferente en hombres y en mujeres por las características en los roles de género, por factores biológicos inherentes al sexo, por patrones de formación de género e influenciados por elementos de contextualización cultural y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya que hay tres veces más tentativas de suicidio en las mujeres que en los hombres,⁽¹²⁾ en contradicción con los resultados de esta investigación.

La escolaridad constituye una dimensión protectora respecto a la percepción de cada individuo sobre la salud, ya que a medida se alcance una mayor instrucción, mejor autocuidado y mayor percepción de riesgo se asume tendrá cada individuo. Por otra parte, una baja escolaridad constituye un factor de riesgo, al evidenciar baja percepción de riesgo e instauración de inadecuados hábitos y estilos de vida.

Ovalle Peña y otros,⁽¹¹⁾ con relación al nivel académico, encontraron que el 48 % de las personas que participaron en la investigación han finalizado sus estudios de secundaria básica, el 26 % primaria básica y un porcentaje inferior ha alcanzado estudios tecnológicos, universitarios y de posgrado. Otros autores obtuvieron similares resultados.^(12,13,14)

En una revisión realizada en España⁽¹⁵⁾ sobre la relación entre la conducta suicida y algunas ocupaciones de riesgo, se ha evidenciado en los últimos años que los agricultores y los pescadores tenían un riesgo de suicidio significativamente más elevado que otra población ocupada.

El suicidio es un fenómeno social y multifactorial. Se ha encontrado un exceso de riesgo en los grupos de trabajadores agrícolas, forestales y pesqueros. Entre las explicaciones que argumentan los autores se encuentran el acceso fácil a agentes letales como armas de fuego, monóxido de carbono y sustancias tóxicas como plaguicidas. La ingesta de plaguicidas es el método principal de suicidio, siendo responsable de alrededor del 30 %.⁽¹⁵⁾



Cabe señalar que los problemas de pareja y maritales, así como el divorcio reciente y no consensuado, sobre el cual influyeron problemas como la infidelidad, la disfuncionabilidad familiar, el alcoholismo, entre otros, constituyen factores de riesgo de la conducta suicida, además confiere un menor grado de resiliencia para el afrontamiento a estos problemas conyugales y de pareja.

En la investigación de *Cantão* y otros,⁽¹⁰⁾ de los 22 participantes, 14 eran solteros (63,6 %), 7 divorciados (31,8 %) y solo un hombre estaba casado (4,6 %). En el estudio de *Ovalle Peña* y otros,⁽¹¹⁾ en cuanto al estado civil, se halló que 36 % de las personas eran casadas, 36 % eran solteros, 24 % vivían en unión libre y 4 % estaban divorciados. Sin embargo, en varios estudios predominan los solteros.^(13,14)

En el trabajo de *Aguilera Arzuaga*⁽¹³⁾ se observó que el previo intento suicida ocupó el mayor porcentaje, 88 % de los casos estudiados, seguido por la depresión (73,8 %); la culpa y desesperanza (71,4 %), así como sentimiento de hostilidad (61,9 %) y la ausencia de apoyo social y familiar (59,2 %).

Al analizar los factores de riesgo psicosociales esenciales de la conducta suicida se observa que la culpa y desesperanza presentan una asociación significativa causal. Ambas provocan el intento suicida en la persona que las padece. La desesperanza, comprendida como la sensación de imposibilidad de obtener una determinada cosa o cambio inevitable de la realidad existente, genera impotencia, culpa y pérdida del sentido de la vida. La sabiduría popular dice que, un individuo sin esperanza ha sido vencido por la muerte.^(13,14,16)

El intento suicida previo es la puerta para un intento de autodestrucción. Una vez que el individuo rompe las barreras que lo protegen del suicidio, es muy probable que lo repita. Es como si perdiera el miedo a autodañarse y ganara seguridad al hacerlo. Un elevado porcentaje de las personas que sobreviven a un intento suicida, lo repiten y logran su propósito, en menos de un año.⁽¹³⁾

La depresión traduce una relación significativa de causalidad con el intento suicida, ya que es un factor catalizador y se acompaña, fundamentalmente, de sentimientos de desesperanza. En los casos estudiados, ambos síntomas son muy frecuentes. Por lo general, los individuos con depresión tienen una baja autoestima e ideas de muerte recurrente que, al aparecer la desesperanza, llegan al suicidio.^(11, 13,14)

En la investigación desarrollada por *Ovalle Peña* y otros,⁽¹¹⁾ se identificó que el 24 % de los participantes ha recibido atención psicológica y psiquiátrica por motivos asociados a depresión e intento de suicidio, mientras que el 32 % señaló que solo ha sido atendido por profesionales en psicología por motivos como depresión (20 %), intento de suicidio (8 %) y rebeldía (4 %) De igual forma, se encontró que el 20 % de los participantes ha recibido atención psiquiátrica por motivos relacionados con depresión (12 %), intento de suicidio (4 %) y crisis personal (4 %). Vale la pena mencionar que solo el 32 % de los evaluados contaba con un diagnóstico psiquiátrico y estaba recibiendo tratamiento farmacológico. De este porcentaje, el 24 % presentaba depresión y el 8 % trastorno afectivo de la personalidad.



Los pacientes con diagnóstico psiquiátrico constituyen grupos de alto riesgo de cometer suicidio: deprimidos, neuróticos, esquizofrénicos, alcohólicos, sujetos con retraso mental ligero y enfermos crónicos. Cuando una persona ha perdido el control de sus impulsos emocionales, su vulnerabilidad para realizar un intento suicida aumenta significativamente, sobre todo en un ambiente de hostilidad.^(12,16)

Es importante conocer el perfil de las personas con comportamiento suicida a fin de diseñar estrategias de intervención. Sentimientos y situaciones que pueden contribuir para ese perfil incluyen humor depresivo, diagnósticos psiquiátricos, uso de alcohol y otras drogas, insatisfacción permanente, flaqueza, falta de fe, y falta de diálogo familiar.⁽¹⁰⁾

La familia cumple un rol fundamental en el desarrollo psicológico del sujeto, en tanto cuide, proteja a sus miembros y promueva el desarrollo de competencias personales, como autoestima positiva y bienestar emocional. La integración familiar y la satisfacción con el funcionamiento familiar son factores protectores ante la conducta suicida u otras enfermedades mentales.⁽¹²⁾

Aguilera Arzuaga⁽¹³⁾ explica que la ausencia de apoyo familiar y social tuvo una relación significativa de causalidad con el intento suicida. Se debe tener en cuenta que estos sujetos necesitan apoyo emocional valorativo de la familia y la sociedad. El contacto humano amortigua la tensión, la tristeza y aumenta el sentimiento de solidaridad.

La terapia cognitiva basada en la atención plena, también puede disminuir estos pensamientos y aumentar la autocompasión. Por lo tanto, este tipo de terapias pueden ser estrategias útiles para reducir estos pensamientos luego de identificar a individuos en situaciones de riesgo, siendo relevantes para la comprensión y el tratamiento psicológico de las conductas suicidas.⁽¹⁴⁾

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. 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.⁽¹⁶⁾

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. 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. Se deben tener en cuenta las personas vulnerables con inclusión de quienes han intentado suicidarse.⁽¹⁶⁾

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.⁽¹⁶⁾

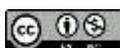


Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

A manera de resumen, se evidenció que prevalecieron los adultos jóvenes, masculinos, con una escolaridad media, solteros, con síntomas y trastornos depresivos. Se demostró que la intervención educativa con participación familiar fue más efectiva, al lograr un mayor control de los factores de riesgo, disminución de los síntomas y mejor evaluación del riesgo.

Referencias Bibliográficas:

1. Fernández GS, Cazal MC, Gómez LG, Speck CMJ, Jarrosay LF. Intento suicida en la provincia de Guantánamo. *Revista Información Científica*. 2018;97(3):557-65.
2. Sarmiento-Hernández EI, Camarena-Medellín B, Sanabrais-Jiménez MA, Aguilar-García A, Hernández-Muñoz S. Asociación entre el polimorfismo 5-HTTLPR, el intento suicida y la comorbilidad en jóvenes mexicanos con trastorno depresivo mayor. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2019;47(1):1-6.
3. González RM, Martínez García L, Ferrer Lozano DM. Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2017;33(3):281-95.
4. Quezada LR, Ramírez MR, Brooks Legeyre AC. Supervivencia a intento suicida por quemaduras en jóvenes. *MEDISAN*. 2018;22(7):648-54.
5. García Ramírez R, López Silva FA, Morales Yépez HA, Nares Rodríguez JA, De La Peña UC. Intento suicida fallido con proyectil de arma de fuego de alta velocidad. *Revista de Sanidad Militar*. 2017;71(5):449-57.
6. de la Caridad Hernández Mirabal L, Louro Bernal CI. Principales características psicosociales de jóvenes con intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2015;31(2):182-9.
7. Villar Rojas Y, Olivares Delgado L, López Santana Y, Delgado Matos I, Laugart Wilson A. Comportamiento clínico-epidemiológico de intento suicida en jóvenes. *Revista Información Científica*. 2015;92(4):745-53.
8. Rivas-Sevilla K, Yanez-Salguero V, Ramírez-Izcoa A, Díaz-Valle DJ, Bueso-Contreras OJ, Godoy-Mejía C, *et al.* Variables Sociodemográficas Y Psicosociales Del Intento Suicida en Pacientes Pediátricos, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa 2012-2015. *CIMEL*. 2017;22(1):11-20.
9. AEP. Perfil de temperamento y carácter de personas con intento suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2005 ;33(2):75-80.



10. Cantão L, Lappann Botti NC. Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. Av Enferm . 2017;35(2):148-58.
11. Ovalle Peña O, Alejo Riveros A, Tarquino Bulla LC, Prado Guzmán K. Relación entre depresión y rasgos de personalidad en jóvenes y adultos con conducta intencional suicida de Ibagué, Colombia. Rev Fac Med . 2017;65(2):211-7.
12. Cordero-González Y, Pérez-Castillo R, Zamora-Tamayo L, del-Risco-Gamboa C, González-Pérez L. Casos de intento suicida en el área de salud del policlínico “Aguiles Espinosa Salgado”, Las Tunas. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2019 [acceso: 17/01/2022]; 44(5). Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1931>
13. Aguilera Arzuaga Carmen Rosa. Suicidal behavior and risk factors in Holguín, Cuba. ccm . 2018 [acceso: 18/01/2022]; 22(3):374-85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000300003&lng=es
14. Baños Chaparro Jonatan. Suicidio por arma de fuego, un problema de salud pública. Medisur . 2021 Abr [acceso: 18/01/2022]; 19(2):342-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2021000200342&lng=es
15. Zhao Guanlan. Suicidio entre los trabajadores agrícolas, forestales y pesqueros: una revisión sistemática de la literatura y un metaanálisis. Arch Prev Riesgos Labor. 2018 [acceso: 17/01/2022]; 21(2):95-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-25492018000200095&lng=es
16. Corona-Miranda B, Borrego-Calzadilla C, Berrouiguet S, Prado-Rodríguez R, Duany A. El suicidio y su prevención. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2021 [acceso: 17/01/2022]; 16(2). Disponible en: <http://www.revph.sld.cu/index.php/hph/article/view/142>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Yaimara González Almaguer: revisión bibliográfica, selección de la muestra y procesamiento estadístico.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.

Ondina Carmenate Pereda: aplicación de la encuesta y aprobación de su versión final.

Randy María Rodríguez López: diseño metodológico y aplicación de la encuesta.

Niurvis Sobrecuevas López: aplicación de la encuesta.

Yanet Infante Zaldívar: revisión crítica del manuscrito.

Alián Pérez Marrero: análisis de datos, revisión crítica del manuscrito.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.