Descargado el: 5-09-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores

Clinical-epidemiological Characterization of Suicide in Elder Adults

Wilfredo Valiente Morejón[1] Bárbara Junco Sena[2] Yoel Padrón Vega[3] Yisel de la Caridad Ramos Águila[4] Alina Rodríguez Méndez[1]

[1] Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Consolación del Sur, Pinar del Río, Cuba, CP: 23000
[2] Policlínico 1ro de Enero, Consolación del Sur, Pinar del Río, Cuba
[3] Dirección Provincial de Salud, Pinar del Río, Cuba
[4] Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Pinar del Río, Cuba

Cómo citar este artículo:
Valiente-Morejón W, Junco-Sena B, Padrón-Vega Y, Ramos-Águila Y, Rodríguez-Méndez A. Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2018 [citado 2026 Sep 5]; 8(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/567

Resumen

Fundamento: el suicidio figura entre las primeras causas de muerte en Pinar del Río. La tasa de mortalidad por suicidio en Consolación del Sur supera la media nacional, la mayor cantidad de casos se ubica por encima de los 60 años.
Objetivo: caracterizar los ancianos fallecidos por suicidio en Consolación del Sur entre el 2000 y el 2015.
Método: se realizó una investigación descriptiva, con el universo de los 85 adultos mayores fallecidos. El cálculo se realizó sobre la base de datos de mortalidad y la encuesta de tipificación de conducta suicida del departamento de enfermedades no transmisibles del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología. Las variables analizadas fueron: rangos de edad, sexo, nivel de escolaridad, vínculo conyugal, vínculo laboral, si vivían solos o no, tipo de conflicto, método suicida, presencia de intento suicida anterior, adicciones y mortalidad prematura.
Resultados: la tasa de suicidio aumentó proporcionalmente con la edad, y el promedio de edad se situó en 73,8 ±8,9 años. Hubo una sobremortalidad masculina de 3,7 hombres por cada mujer. El suicidio fue más frecuente en ancianos con nivel de escolaridad primaria, sin vínculo laboral, ni conyugal y en convivencia con otras personas, pero con problemas notables en la estructura o funcionamiento familiar. El método suicida más utilizado fue el ahorcamiento. La mayoría de los ancianos no tenía intento suicida anterior ni adicción conocida. Se observó mortalidad prematura en el 52,9 % de los casos.
Conclusiones: la mortalidad prematura por suicidio pude verse como un reflejo del deterioro no solo en la cantidad de vida, sino de la calidad de vida de los adultos mayores estudiados.

Palabras clave: suicidio, anciano, calidad de vida, cuba

Abstract

Foundation: suicide is one of the first causes of death in Pinar del Rio. The mortality rate due to suicide in Consolación del Sur exceeds the national average, most of the cases range over 60 years old.
Objective: to characterize elderly people dead due to suicide in Consolación del Sur between 2000 and 2015.
Method: a descriptive research was done with the universe of 85 dead elder adults. The calculation was done on the bases of mortality data and typification survey of suicidal behavior of the non-transmissible diseases department of the Provincial Center of Hygiene and Epidemiology. The variables analyzed were: age range, sex, scholarship, marital status, working status, if they lived alone or not, type of conflict, suicidal method, previous suicidal attempt, addictions and premature mortality.
Results: the rate of suicide increased proportionally to age, the average age was 73,8 ±8,9 years old. There was a male over mortality of 3,7 men by each woman. The most frequent suicides occurred in old men with elementary school level, without working or marital bond and living with other people but with noticeable problems in the familial structure and functioning. The most frequent method was hanging. Most of the elders did not have previous suicidal attempts nor additions. It was observed a premature death in 52,9 % of the cases.
Conclusion: premature death due to suicide can be seen as a reflection of the deterioration of the quantity of life but also its quality of the studied elder adults.

Key words: suicide, aged, quality of life, cuba

Recibido: 2017-10-03 17:12:50
Aprobado: 2018-03-21 09:47:58

Correspondencia: Wilfredo Valiente Morejón. Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Consolación del Sur. Pinar del Río. wilbar@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida no es un "aporte" del mundo contemporáneo, su origen se remonta a la existencia misma del hombre, sucede en todas las épocas, afecta a ambos sexos y a todas las clases sociales.[1] La conducta suicida es la manifestación más extrema de violencia, por estar orientada hacia el individuo mismo.[2]

Esta conducta se considera como la expresión de una falla en los mecanismos adaptativos del sujeto al medio, provocada por una situación de conflicto actual o permanente, que genera un estado de tensión emocional. Se distinguen por tanto factores de riesgo, factores protectores y factores desencadenantes. El comportamiento suicida como problema epidemiológico-social está ligado a una serie de agentes socio-demográficos, socio-ambientales, psicológicos y biológicos que predisponen al individuo, acelerando su realización, unos con más fuerza que otros y más o menos evidencia científica a su favor.[3,4]

En la actualidad el suicidio es un problema relevante a nivel internacional, debido a su alta prevalencia y una tendencia progresivamente en ascenso; con subregistros estadísticos, en el último medio siglo la mortalidad por suicidio ha experimentado un crecimiento de más del 60 % y figura entre las primeras 10 causas de muerte en la mayoría de los países según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene un peso mayor en las etapas jóvenes de la vida donde puede figurar entre las primeras causas de muerte según el grupo de edades que se tenga en cuenta.[5,6]

Las tasas de mortalidad por suicidio consumado en el mundo muestran un patrón regional según la OMS. Se encuentran las más altas tasas en Europa del Este y el Pacífico Oriental.[7,8] Aunque generalmente los países de América Latina han presentado niveles bajos o medios de suicidio, existe amplia diferencia entre los 1,4 fallecidos por cada 100 000 habitantes en Perú y los 26,4 por cada 100 000 hallados en Guyana; lo mismo ocurre en Europa, donde en países como Lituania, Rusia y Hungría puede figurar entre las primeras causas de muerte, pero no resulta tan frecuente en el sur de Europa (9,31). En Brasil, por ejemplo, aunque la tasa promedio es de 5,7 fallecidos por cada 100 000 habitantes, dentro del mismo país se encontraron amplísimas fluctuaciones entre las diferentes ciudades o comunidades, desde apenas 3,61 en las muy pequeñas poblaciones del norte de Brasil hasta 109,6 por cada 100 000 en la micro-comunidad de Japurá.[9,10]

Hasta el año 2009, según la OMS, la más alta tasa de mortalidad por suicidio la presentó Lituania, con un promedio de 34,1 fallecidos por 100 000 habitantes. Para las seis décadas anteriores fueron Japón, Hungría y la propia Lituania quienes encabezaron la lista de las más altas tasas por suicidio en el mundo, pero de mantenerse la tendencia hasta ese momento Surcorea en pocos años las rebasaría. Los países que aportaron el mayor número de suicidios fueron en este orden: China, India, Rusia, Estados Unidos, Japón y Surcorea; más de la mitad de los suicidios ocurren en China y la India (aproximadamente 54 %) (7,31). En el año 2014 se registraron, en la Unión Europea 11 muertes por suicidio por cada 100 000 habitantes.[11]

Pese a que la mortalidad por suicidio ha experimentado un crecimiento vertiginoso en las edades jóvenes de la vida, tanto en Cuba como en el resto del mundo todavía las mayores tasas se evidencian en la vejez. Si se considera que Cuba presenta actualmente el 19,4 % de su población por encima de los 60 años y se pronostica que este sea el único grupo de edades que experimente crecimiento alguno en los próximos decenios, Cuba se enfrenta a un problema francamente en ascenso. Al cierre del 2015 se reportaron un total de 1 492 suicidios consumados, para una tasa de mortalidad general de 13,3 fallecidos por cada 100 000 habitantes (12,1 en Pinar del Río), y genera un promedio 2,7 años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por cada 1 000 habitantes de 1-74 años.[12-14]

Aunque en Cuba en los últimos años según la Dirección Nacional de Estadísticas (DNE), la tasa nacional de suicidios se mantiene estable y por debajo de los 15 casos por 100 000 habitantes a partir de la creación del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida. En la provincia Pinar del Río se evidencia una tendencia progresiva hacia el aumento desde el año 2012.[14] En el municipio Consolación del Sur, desde hace varios años también se sufre el incremento de la mortalidad por esta causa.

El objetivo de este estudio es caracterizar a los adultos mayores fallecidos por suicidio de acuerdo a determinadas variables clínicas y epidemiológicas en el municipio Consolación del Sur en el período 2000-2015. Los resultados alcanzados deben aportar una información

adicional y complementaría a la brindada por las habituales estadísticas de mortalidad y consecuentemente, puede contribuir a un análisis más exhaustivo de la afectación a las entidades de salud del territorio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en el que su universo estuvo representado por todos los adultos mayores fallecidos por suicidio registrados en la bases de datos de mortalidad del departamento de enfermedades no transmisibles del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología de Consolación del Sur N= 85, con fecha de defunción entre el 1º de enero del año 2000 y el 31 de diciembre de 2015. El estudio fue concebido con la autorización del consejo científico de la institución. Los datos se obtuvieron del registro de las bases de datos de mortalidad y las encuestas de tipificación de la conducta suicida correspondientes a cada occiso, archivadas en el departamento de enfermedades no transmisibles; dicha información permitió ser registrada en el modelo de recolección del datos primarios de la investigación por el método de conteo 0073 simple y a partir de las variables preestablecidas. Las variables analizadas fueron: rangos etarios (60-69, 70-79, 80 y más), sexo (masculino, femenino), nivel de escolaridad (primaria, secundaria, preuniversitaria, universitaria), vínculo conyugal (sí, no), vínculo laboral (sí, no), si vivían solos o no, tipo de conflicto (familiar, personal, laboral, otros, desconocido), método suicida (ahorcamiento, envenenamiento, precipitación, quemaduras, ingestión de psicofármacos, heridas por arma blanca, otros métodos), presencia de intento suicida anterior (sí, no), adicciones (alcoholismo, psicofármacos, otras adicciones, ninguna adicción), mortalidad prematura (sí, no). Todo el volumen de información recolectado se introdujo en una base de datos elaborada en Excel y su análisis permitió dar cumplimiento a los objetivos de la investigación.

Se consideró como intento suicida a todo acto deliberado con resultado no fatal que intentara causar o que realmente hubiera causado daño, o que sin la intervención de otros pudo auto dañar. El diagnóstico de suicidio se estableció cuando a causa del intento suicida se produjo la muerte.

RESULTADOS

El mayor número de suicidas se obtuvo entre los 60-69 años, con el 35,3 % de la muestra, con un promedio de 73,8 ±8,9 años. La tasa de incidencia ajustada por edad se mostró creciente en la medida que se ganó en años; así, entre los 60-69, dicha tasa fue de por cada 100 000 ancianos de ese grupo, progresó entre los 70-79 y por encima de los 80. En relación al sexo la mayor incidencia fue de los hombres, con una proporción de 3,7 hombres por cada fémina. (Tabla 1). (Gráfico 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra de estudio según grupos de edades y sexo

Rangos de edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60-69	21	31,3	9	50,0	**30**	**35,3**
70-79	25	37,3	4	22,2	**29**	**34,1**
80 y más	21	31,3	5	27,8	**26**	**30,6**
Total	**67**	**100**	**18**	**100**	**85**	**100**

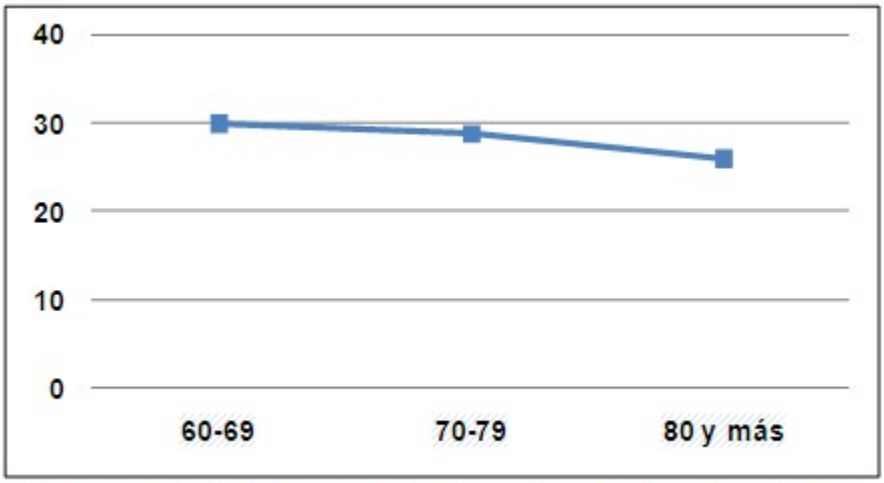

Gráfico 1. Distribución de frecuencias observadas en la muestra de estudio según grupos de edad

Al analizar el nivel de escolaridad de los occisos, se comprobó que la mayoría no había rebasado el nivel primario, vencido o no, alcanzó un total de 38 casos que representó el 44,7 % de la muestra. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la muestra de estudio según nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Nº	%
Primaria	38	44,7
Secundaria	34	40,0
Preuniversitaria	8	9,4
Universitaria	5	5,9
Total	**85**	**100**

En relación a la existencia de algún vínculo laboral estable, ya fuese asociado al sector estatal o por cuenta propia, se constató que en el 81,2 % de las veces los suicidas eran amas de casa, jubilados, pensionados o simplemente desocupados. (Gráfico 2).

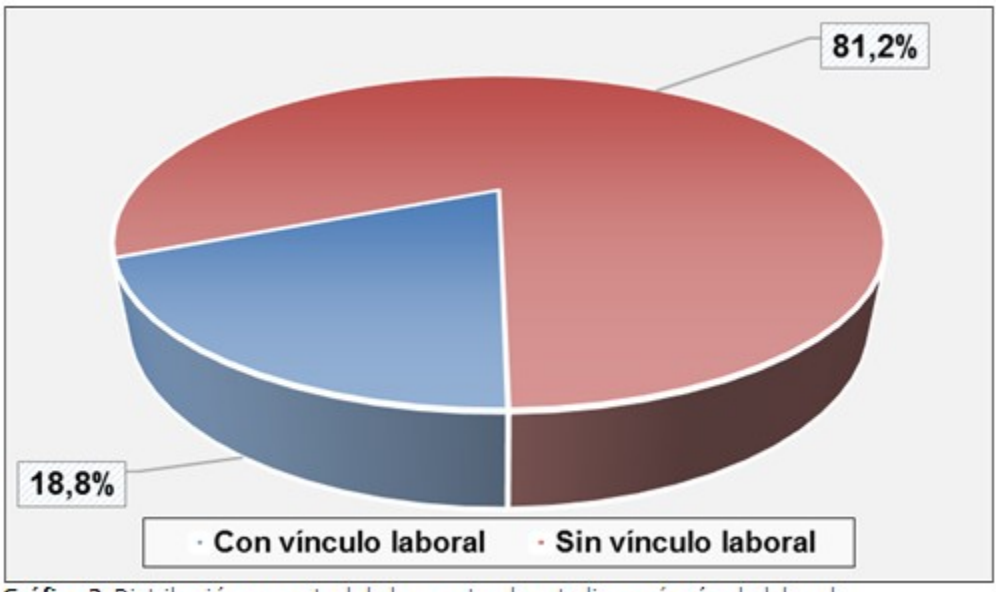

Gráfico 2. Distribución porcentual de la muestra de estudio según vínculo laboral

A fin de ilustrar mejor la influencia de la presencia o ausencia de un compañero de vida en la concreción de la ideación suicida, se decidió agrupar los diferentes estados civiles en las categorías mostradas. Se encontró que el 68,2 % de los ancianos suicidados, no tenían pareja estable. (Gráfico 3).

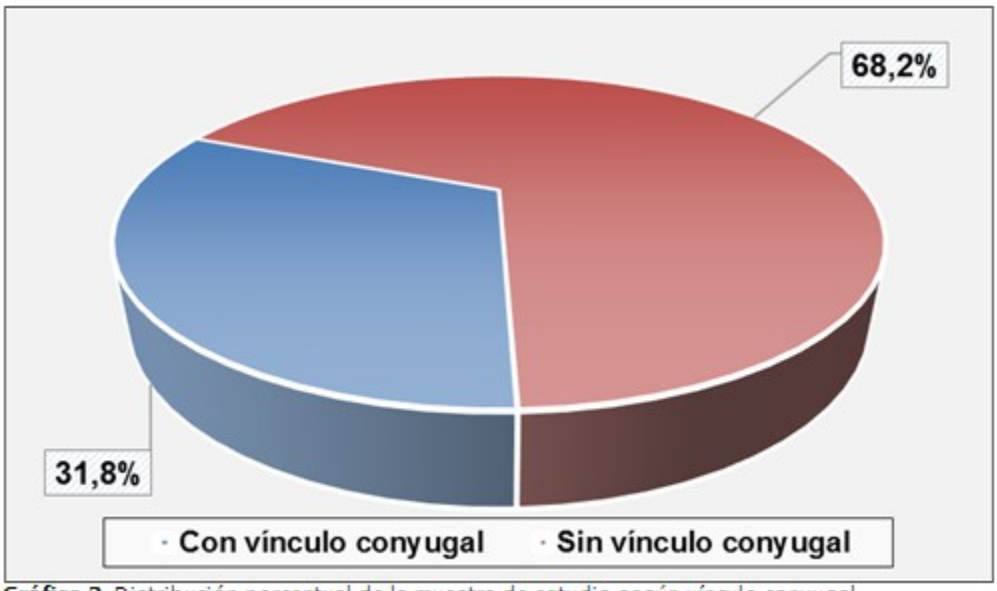

Gráfico 3. Distribución porcentual de la muestra de estudio según vínculo conyugal

Un 36,5 % de ancianos estaban viviendo solos en el momento del suicidio. (Gráfico 4).

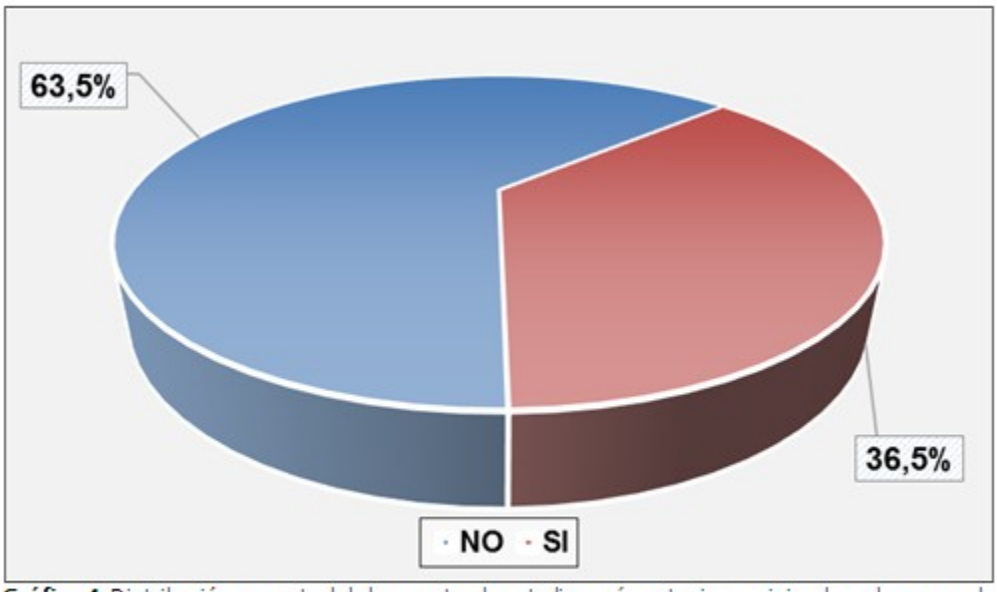

Gráfico 4. Distribución porcentual de la muestra de estudio según estuvieran viviendo solos o no al momento del deceso

Según el tipo de conflicto presente en cada occiso, se muestra que los problemas de corte familiar fueron los más frecuentes, presentes en el 41,2 % de los casos. (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la muestra de estudio según tipo de conflictos asociados al suicidio que pudieron favorecerlo

Tipo de conflicto	Nº	%
Problema familiar	35	41,2
Problema de pérdida	14	16,5
Problema personal	12	14,1
Problema laboral	2	2,4
Otro tipo de problemas	11	12,9
Desconocido	11	12,9
Total	**85**	**100**

El ahorcamiento fue el método más frecuentemente elegido en un 72,9 %. (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de la muestra de estudio según método suicida empleado y sexo

Método suicida	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ahorcamiento	56	83,6	6	33,3	**62**	**72,9**
Envenenamiento	4	6,0	2	11,1	**6**	**7,1**
Precipitación	1	1,5	3	16,7	**4**	**4,7**
Quemaduras	1	1,5	3	16,7	**4**	**4,7**
Ingestión de psicofármacos	0	0,0	4	22,2	**4**	**4,7**
Heridas por arma blanca	3	4,5	0	0,0	**3**	**3,5**
Otros métodos	2	3,0	0	0,0	**2**	**2,4**
Total	**67**	**100**	**18**	**100**	**85**	**100**

Según las encuestas de tipificación de la conducta suicida, pudo constatarse el antecedente de intento suicida en el 30,6 % de los casos. (Gráfico 5).

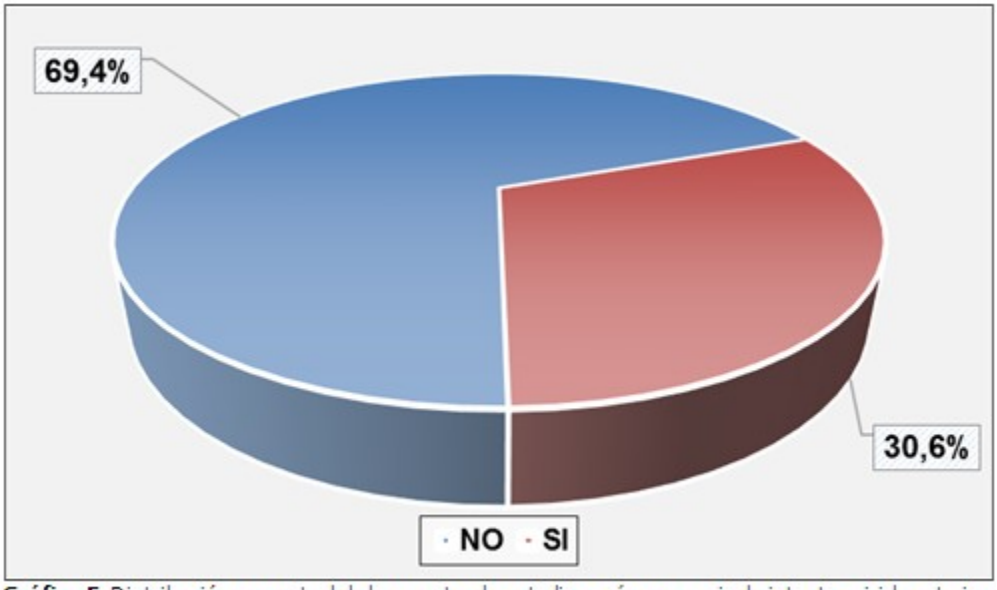

Gráfico 5. Distribución porcentual de la muestra de estudio según presencia de intento suicida anterior

En cuanto a las adicciones, solo el 7,1 % de los fallecidos eran alcohólicos. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de la muestra de estudio según las adicciones presentes en los suicidados

Adicciones	Nº	%
Alcoholismo	6	7,1
Psicofármacos	8	9,4
Otras adicciones	27	31,8
Ninguna adicción	48	56,5

El 52,9 % de los ancianos suicidados no llegaron a cumplir los 75 años de edad, lo cual se traduce como mortalidad prematura y por cuyo concepto dejaron de vivirse un total de 369 años. (Gráfico 6).

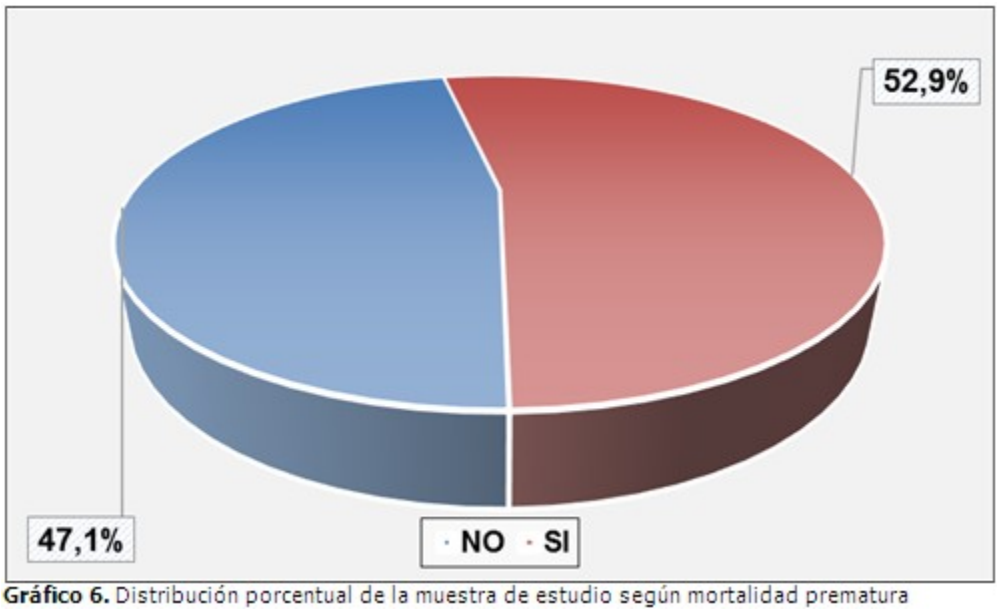

Gráfico 6. Distribución porcentual de la muestra de estudio según mortalidad prematura

Al cierre de 2015 la población geriátrica de Consolación del Sur fue estimada en 8 509 habitantes. Suponiendo una población geriátrica constante de esa misma cantidad en cada uno de los años del periodo en estudio, dejaron de vivirse como promedio 3,6 años por cada anciano de este territorio en cada uno de los años entre 2000 y 2015.

DISCUSIÓN

En la inmensa mayoría de las investigaciones revisadas sobre mortalidad por suicidio, se observan dos grandes picos, uno en torno al final de la adolescencia que puede extenderse hasta la adultez joven, y el otro en los adultos mayores, sobre todo por encima de los 75 años.[15,16] Sarracent en un estudio de mortalidad general por suicidio en La Habana encontró la mayor proporción por encima de los 65 años, con el 39,5 % de su muestra,[2] mientras Moreno en Santiago de Cuba encontró las mayores probabilidades también por encima de los 60 años, con una tasa de suicidios de 24,8 por 100 000 entre los 60-74 años y de 28,7 por encima de los 75 años.[6] Los datos obtenidos por Viza tampoco fueron diferentes.[17,18] Independientemente del tipo de población que se estudie, mientras las mujeres exhiben mayores tasas de intento suicida, el suicidio consumado es mucho más frecuente en hombres.[12,16] En Cuba, Sarracent reportó un 74,2 % de hombres y una proporción masculino/femenino de aproximadamente 2,9/1,[2] mientras Moreno obtuvo una sobremortalidad masculina de 3,7 hombres por cada mujer.[6] Estudios foráneos reportan proporciones de 4,6/1y 4,2/1, ambos en Colombia.[9,19] En cuanto al nivel de escolaridad, los resultados coinciden plenamente con el resto de los estudios revisados, en los que son los

niveles de escolaridad primaria y secundaria básica los más frecuentes entre la población suicida, ya sea dentro o fuera de Cuba. Ocampo en una población mexicana encontró mayoría con escolaridad secundaria[16] y Medina en una fracción de Colombia no obtuvo un resultado diferente,[19] señaló un 30,5 % en secundaria y otro 28 % en primaria, con apenas 3,4 % con estudios universitarios terminados. Al estudiar el vínculo laboral los resultados concuerdan con Jiménez, quien expresa que los jubilados suelen ser el mayor grupo dentro de la población suicida por encima de los 60 años, expresa además que el enfrentamiento inadecuado a la jubilación intensifica la aparición de sentimientos negativos; y sus pérdidas asociadas se pueden vivenciar como una agresión a la autoestima, aun cuando la identidad de una persona está fundamentada en su actividad profesional, por ello es tan importante prepararse para ese cambio y considerar posibles alternativas de desarrollo individual.[17]Aunque desde el punto vista estadístico no existe una evidencia sólida que vincule la soltería con un riesgo mayor de cometer suicidio en la vejez, es válido resaltar que en la totalidad de los estudios revisados la mayoría de los ancianos suicidados eran solteros, alcanzando incluso mayores proporciones en el sexo femenino.[18] Medina obtuvo en una población colombiana a los solteros como el estado civil más frecuente con el 56,8 % de su muestra, y luego el de unión libre que representó un 22,9 %.[19] Lo mismo obtuvo Cifuentes, donde los mayores porcentajes en cuanto a estado civil se encontraron entre los solteros y en unión libre, con un 48,1 % y un 26,7 % respectivamente, suicidándose tres veces más los solteros que los casados.[9] La ausencia de apoyo familiar y social, tiene una acentuada relación de causalidad con la conducta suicida; se puede vivir solo, incluso rodeado de personas.[20] Sarracent encontró entre los elementos de mayor asociación a las muertes por suicidio en los adultos mayores, la soledad y el sentimiento de inutilidad o de que es un estorbo, después de haberle aportado tanto a la sociedad, a la familia, al macro o al micro medio.[2] En más del 90 % de los suicidas puede comprobarse algún tipo de relación con la depresión o el abuso de sustancias; la depresión mayor puede aumentar hasta en veinte veces el riesgo de cometer suicidio; y en este marco de distorsión de la realidad, de tristeza, desesperanza, abatimiento, disminución de la autoestima y los niveles de energía, culpa, hostilidad e impulsividad, es que determinadas circunstancias pueden actuar como detonantes y desencadenar una conducta autodestructiva.[6,7,8,21]

En cuanto a los métodos utilizados los resultados coinciden con Sarracent[2] quien encontró en su estudio por orden de frecuencia el ahorcamiento, la precipitación y las quemaduras, con un 56,6 - 12,8 y un 8,5 % respectivamente, y mayor inclusión entre la población femenina respecto a otros estudios. Igualmente para Cifuentes, los métodos asfícticos –principalmente por ahorcamiento (96,6 %)- presentaron porcentajes similares en ambos sexos.[9] Aunque generalmente en la mayoría de los suicidas no se reconoce un intento anterior,[17] la amenaza o proyecto suicida además de resultar relativamente frecuente, tiene una acentuada relación de causalidad con la conducta suicida.[21] Además, se reporta que los sujetos que intentan múltiples suicidios exhiben un perfil clínico más severo que los que solo lo intentan una vez. Es más frecuente que se suicide una persona que antes lo había intentado.[22] Las sustancias adictivas pueden inducir modificaciones del estado de ánimo hacia la depresión y también hacia un estado de ánimo expansivo o irritable, al alterar la capacidad de juicio, y potenciar de este modo la desinhibición conductual, tanto bajo su consumo como en la abstinencia.[16] Tradicionalmente, el suicidio como causa de mortalidad prematura se ha visto como un fenómeno que afecta casi de forma exclusiva a la población joven; y no es menos cierto que es este tipo de poblaciones la que sufre las mayores consecuencias de tan dramático episodio; pero en el marco de la sociedad cubana actual, que cada vez está más envejecida, y donde procuramos ser más inclusivos y participativos con los ancianos, la mortalidad prematura por suicidio pude verse como un reflejo del deterioro no solo en la cantidad de vida, sino de la calidad de vida de nuestros adultos mayores, inferido a partir de las circunstancias que suelen conducir a una persona a atentar contra su propia existencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. Washington DC: OMS; 2013 [citado 28 Ene 2017]. Disponible en: http://pps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

2. Sarracent A, García T, Brown P, Sarracent Y, Saavedra LA. Caracterización psicológica de los pacientes con suicidio consumado en La Habana en el año 2010. Rev Hosp Psiquiátrico Habana [revista en Internet]. 2013 [citado 23 Ene

2018];10(1):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44185

3. Álvarez CA, Tamayo PA. Ideaciones suicidas en la adolescencia: lo que debemos saber de las metamorfosis de la pubertad. Poiésis [revista en Internet]. 2016 [citado 23 Feb 2018];30(1):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/1849/1474

4. Sánchez D, Muela JA, García A. Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes. International Journal of Psychology and Psychological Therapy [revista en Internet]. 2014 [citado 23 Ene 2018];14(2):[aprox. 12p]. Disponible en: http://www.ijpsy.com/volumen14/num2/388/variablespsicolgicas-asociadas-a-la-ideaci-ES.pdf

5. Soler R, Castillo B, Brossard M, Peña CE. Calidad en la ejecución del Programa de prevención y control de la conducta suicida. MEDISAN [revista en Internet]. 2010 [citado 22 Jul 2017];14(5):[aprox. 10p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_5_10/san10510.htm

6. Moreno C, Díaz CL, Soler R, Brossard M, Carbonell IC. Caracterización epidemiológica de la conducta suicida en la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN [revista en Internet]. 2012 [citado 23 Feb 2017];16(2):[aprox. 8p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_2_12/san08212.htm

7. Acosta A, Milian M, Viña H. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes con esta conducta. Rev Hosp Psiquiátrico Habana [revista en Internet]. 2012 [citado 12 Dic 2015];9(1):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hph06112.html

8. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Washington DC: OMS; 2018 [citado 12 Feb 2018]. Disponible en: http://pps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

9. Cifuentes SL. Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013 [Internet]. Colombia: Instituto Nacional de Ciencias Forenses; 2014 [citado 23 Ene 2018]. Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49517/Suicidio.pdf

10. Marín L, Oliveira HB, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. Rev Panam Salud Publica. 2012;32(5):351-9

11. Oficina Europea de Estadística. Estadísticas sobre causas de muerte [Internet]. Luxemburgo: Oficina Europea de Estadística; 2015 [citado 23 Ene 2018]. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/es&oldid=351633

12. Ribot VC, Alfonso M, Ramos ME, González A. Suicidio en el adulto mayor. Rev Haban Cienc Méd [revista en Internet]. 2012 [citado 19 Feb 2017];11 Suppl 5:[aprox. 8p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500017

13. Prado R. Factores de riesgo en la conducta suicida y las estrategias de prevención. Rev Hosp Psiquiátrico Habana [revista en Internet]. 2004 [citado 11 Ene 2018];1(2-3):[aprox. 12p]. Disponible en: http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0204/hph02804.htm

14. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2016 [citado 5 Ene 2018]. Disponible en: http://www.sld.cu/sitios/dne/

15. Ministerio de Salud de Argentina. Mortalidad por Suicidio en Argentina 2000-2013. Informe técnico preliminar [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud; 2014 [citado 23 Ene 2018]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-01-13_informe-prensa-mortalidad-por-suicidio.pdf

16. Ocampo R, Bojorquez I, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, 1994-2006. Salud pública Méx [revista en Internet]. 2009 [citado 27 Nov 2017];51(4):[aprox. 7p]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342009000400007&lng=es

17. Jiménez E. Caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron. MEDISAN [revista en Internet]. 2011 [citado Mar 2017];15(3):[aprox.

5p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000300010&lng=es

18. Viza JH. Trastornos psiquiátricos en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en el hospital Goyeneche en el año 2013 [Internet]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín; 2014 [citado 23 Oct 2017]. Disponible en: http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4315/MDviqujh.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Medina OA, Rodríguez JA. Caracterización del suicido en adultos jóvenes del área metropolitana del departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2011. Rev Med Electrón [revista en Internet]. 2012 [citado 22 Ene 2017];34(6):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000600005

20. Sarmiento Z, Sánchez S, Vargas I, Álvarez M. Conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales. MEDISAN [revista en Internet]. 2010 [citado 23 Mar 2017];14(8):[aprox. 5p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_8_10/san02810.htm

21. Vera OE, Díaz C. Suicidio en adolescentes de Sudamérica: un problema creciente. Salud pública Méx [revista en Internet]. 2012 [citado 23 Abr 2017];54(4):[aprox. 9p]. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342012000400003

22. Del Toro M, Hernández Y, David B. Caracterización de la conducta suicida en adolescentes del municipio Cerro, 2009-2010. Rev Hosp Psiquiátrico Habana [revista en Internet]. 2012 [citado 14 May 2017];9(2):[aprox. 12p]. Disponible en: http://www.revistahph.sld.cu/Revista2-2012/hph03212.h