

## Estudio de la conducta suicida de adolescentes femeninas en la provincia Las Tunas

### School projects: alternative to develop labor training

Frank Yudier Gómez Cera<sup>1</sup> ([fgcera@nauta.cu](mailto:fgcera@nauta.cu)) (<https://orcid.org/0000-0003-0485-1622>)

Mireisys Perdomo Thompson<sup>2</sup> ([canela@ltu.edu.cu](mailto:canela@ltu.edu.cu)) (<https://orcid.org/0000-0002-0110-5846>)

Gabriel Pérez Almoza<sup>3</sup> ([grabielperezalmoza@gmail.com](mailto:grabielperezalmoza@gmail.com)) (<https://orcid.org/0000-0001-8187-097X>)

### Resumen

El presente artículo tiene como objetivo presentar un estudio retrospectivo descriptivo de la conducta suicida de adolescentes femeninas en la provincia de Las Tunas en centros educacionales. Las tentativas de suicidio en las adolescentes femeninas se han incrementado considerablemente en las últimas décadas más que en adolescentes masculinos, es por ello que la sociedad ha puesto empeño en la difícil tarea de prevenir y minimizar los factores de riesgo del intento suicida, fenómeno que posee un nexo inseparable con los procesos sociales. De ahí que la preparación integral de los educadores y psicopedagogos para el desarrollo de este trabajo en sus diferentes contextos de actuación, son retos que el sector educacional deberá enfrentar para eliminar los obstáculos que interfieren en la prevención, desde el proceso educativo en función de elevar la calidad de vida.

**Palabras clave:** Prevención, intento suicida, factores de riesgo, educación.

### Abstract

This article aims to present a descriptive retrospective study of the suicidal behaviour of female adolescents in the province of Las Tunas in educational centres. Suicide attempts in female adolescents have increased considerably in the last decades more than in male adolescents, which is why society has made an effort in the difficult task of preventing and minimizing the risk factors of suicide attempt, a phenomenon that has an inseparable link with social processes. Hence, the integral preparation of educators and psychopedagogues for the development of this work in their different contexts of action are challenges that the educational sector will have to face in order to eliminate the obstacles that interfere in prevention, from the educational process in order to raise the quality of life.

<sup>1</sup> Licenciado en Psicología. Profesor Instructor e investigador. Universidad de Las Tunas. Cuba.

<sup>2</sup> Máster en Ciencias de la Educación. Profesora Auxiliar. Facultad Ciencias de la Educación. Universidad de Las Tunas. Cuba.

<sup>3</sup> Máster en Salud Mental Comunitaria. Profesor Asistente de Psicología Médica. Centro Internacional de Salud. Holguín, Cuba.

**Key words:** Prevention, suicidal intent, factors of risk, education.

El suicidio constituye un importante problema social y de salud en todas las latitudes de nuestro mundo, situándose entre las diez primeras causas de muerte del planeta. Se estima que cada año más de 800 000 personas cometen suicidio, lo cual representa el 50% de las muertes violentas en la población masculina y el 71% en la población femenina. Esta cifra, que se espera que alcance 1.5 millones en el 2020, es ya más elevada que todas las muertes causadas por guerra y homicidio (OMS, 2018).

En la actualidad, a pesar de los avances de la psicología, psiquiatría, la sociología, la bioquímica y la medicina. Este fenómeno continúa y encierra innumerables interrogantes, pues lleva implícito la contradicción con el instinto de supervivencia, con la vida y la existencia misma del ser humano. La conducta suicida es un problema multidimensional complejo que resulta de una interacción difícil y dinámica de factores biológicos, genéticos, psicológicos, económicos, sociodemográficos y culturales (Andrés y Halicioglu, 2010).

La valoración de este fenómeno ha sido tan variable, que ha llegado a aspectos tan contrapuestos como ser considerado en algunos momentos históricos, culturales y sociales como un acto elogiado de valor y libertad, mientras que en otros momentos se ha valorado como acto de locura, cobardía y debilidad, merecedor de condenas. Sin embargo, encontramos cómo los argumentos a favor y en contra se repiten a lo largo de la historia (García, 2004).

Etimológicamente, suicidio proviene del latín: sui (sí mismo) cidium (matar), “atentado contra la propia vida”, “matarse”. Los griegos lo expresaban como autokeiria, autos: sí mismo y keiros: mano, lo que significaría: muerte elegida por uno mismo, o sea, ejecutada por mano propia. El término latino enfatiza la idea de matar y el griego la del acto con intención o deliberado. En el presente estudio se asume que la conducta suicida es el conjunto de pensamiento y comportamiento asociados con causar la propia muerte. La ideación y planificación suicida se refiere a pensar, considerar y planear la propia muerte por suicidio (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2011 citado por Hausmann- Stabile y Mawr, 2018).

Durante los últimos años en Latinoamérica se ha incrementado paulatinamente la conducta suicida en adolescentes. Cuba no es excepción y si bien sus tasas de suicidio e intentos suicidas no son tan altas, el problema necesita ser considerado por su naturaleza incipiente. Por eso es necesario no perder de vista, el contexto social identificando oportunamente los grupos de alto riesgo para establecer estrategias preventivas de corto y mediano plazo.

Al abordar el tema del intento suicida en adolescentes femeninas es necesario partir de las características del desarrollo sociopsicológico y condiciones ambientales que favorecen señales de angustia, desesperación, falta de proyección, escasos recursos personales que advierten signos de alteraciones antes de cometer el suicidio. La adolescencia es una etapa de vida que, por su plenitud en el desarrollo, generalmente

no se asocia con la idea de muerte, sino que nos evoca conceptos como vitalidad, despreocupación y ansias de futuro, así como lo confirma en sus investigaciones (Kanner, 1948).

Los autores consideran que para el análisis de esta etapa se debe tener en cuenta el Enfoque Histórico Cultural de Vygotsky (1978). Según lo planteado por el mismo en categorías tan importantes como la situación social del desarrollo, con la que se brinda una interpretación dialéctica desde la perspectiva materialista, del papel del medio en el desarrollo psíquico del adolescente.

Para definir esta etapa, los criterios basados en sus límites de edades han encontrado serias dificultades, fundamentalmente en cuanto a la edad de terminación, por la gran variabilidad que suele verse en este grupo. Según la Organización Mundial de la Salud (2018), la adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida, desde los 10 hasta los 19 años, y se define este período como una época en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual.

Los procesos psicológicos y los patrones de identificación del individuo se desarrollan a partir de los de un niño a los de una persona adulta. Se realiza una transición del estado de dependencia social y económica total a un estado de relativa independencia. Como período de crecimiento y desarrollo humano, es rico en potencialidades de cambios y transformaciones, lo que nos indica que la adolescencia es una fase complicada y no homogénea. Y motiva el interés de diferentes sectores de la sociedad que tienen claridad en comprender que la generación de adolescentes de hoy representa el adulto del mañana.

La adolescencia es una etapa de trascendental importancia en la vida del ser humano y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente una fase de adaptación a los cambios corporales, sino de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es un período intenso de cambios a todo nivel: corporal, psíquico, afectivo, familiar, el adolescente quiere ser autónomo, aunque aún dependa de los padres y de otros adultos. Hay un gran cambio en la percepción de sí mismo y de los demás, los cambios de su cuerpo no le ofrecen una referencia segura, se siente desorganizado, torpe, fuerte, poco atractivo o muy atractivo. En el ámbito sexual, debe definir su identidad, con el fin de poder establecer una relación con el otro (Domínguez, 2003).

En el ámbito social, a veces se le exige comportarse como un adulto y en otras se le trata como a un niño, además está siendo mirado críticamente; el mundo adulto lo evalúa, lo juzga, lo critica y lo confronta permanentemente. Su maduración intelectual le permite filosofar y preguntarse sobre el sentido de la vida y su lugar en el mundo. En el ámbito psicológico, es impulsivo, hipersensible, susceptible, emotivo, impaciente, apasionado. Se puede afirmar que el adolescente está constantemente en desequilibrio

y en estado de conflicto, lo que es normal debido a los múltiples e intensos cambios que está viviendo. Todos estos cambios generan un grado de angustia que varía de un adolescente a otro.

También se caracteriza por una búsqueda constante de aceptación, falta de grupo de pertenencias y sentimientos de aislamiento social. El contexto social inmediato implica al individuo inmerso en una sociedad y cultura determinada, en un entorno específico con eventos estresantes, problemas, conflictos familiares, fracasos, enfermedades, conducta suicida en el entorno, falta de apoyo social y los factores sociodemográficos individuales.

Es a través del sentido de vida y la identidad propia que se gesta en esta etapa, que se superan la difusión de roles y la confusión de identidad (Erickson, 1950), este período requiere la búsqueda de identidad y establecer un autoconcepto en el cual el pasado, presente y futuro se une para formar un todo (Drummond, 1997). Si el adolescente fracasa en esta tarea será susceptible a algunas tendencias autodestructivas, incluyendo el suicidio (Baumeister, 1986).

Por su parte, Pérez-Amezcuca (2010), refieren que los adolescentes con poco reconocimiento escolar son más proclives a manifestar ideación suicida. Por otra parte, Bonanno y Hymel (2010) determinaron mediante un análisis de regresión que la victimización escolar es un factor predictivo de ideación suicida. Sánchez-Sosa (2011) estimaron un Modelo Explicativo Psicosocial de la Ideación Suicida en el que los problemas de integración escolar se relacionan directa y significativamente con la sintomatología depresiva y la victimización escolar y estas dos variables a su vez se asocian directa y significativamente a la ideación suicida.

Muchas situaciones que ocurren durante la adolescencia pueden llevar al adolescente a tener algún pensamiento suicida; sin embargo, muchos pensamientos acerca de la muerte pueden comenzar en la niñez. El intento suicida implica un debate interno, una lucha entre el deseo de morir y el deseo de seguir vivo, una lucha interna entre ambos deseos.

Por otra parte, es importante destacar que la frecuencia de las ideas suicidas y de los intentos de suicidio aumentan después de los 12 años de edad, sobre todo en las féminas, a finales de la adolescencia para disminuir en la tercera década de la vida, contrariamente al suicidio que aumenta globalmente con la edad (Marcelli y Braconnier, 2013). Los intentos suicidas son más habituales en hembras que en varones (alrededor de 3:1). La ingestión de fármacos es el método más habitual. El grupo de 15-19 años de edades es el que tiene más probabilidades de efectuar intento de suicidio mediante ingestión de medicación o sustancias tóxicas, de recibir tratamiento en servicios de urgencias y de sobrevivir (Kliegman y Stanton, 2013).

Con respecto a la ideación suicida, se conoce que muchos adolescentes la experimentan alguna vez en su vida. Su prevalencia en la adolescencia es aproximadamente del 15 al 25%, variando en severidad desde pensamientos de muerte

e ideación pasiva, hasta ideación suicida específica con planificación. Tienden a ser más los adolescentes que presentan ideación suicida que los que intentan suicidarse (Pacheco, 2015), aun así, constituye un elemento de suma importancia en la consideración del riesgo suicida.

En el adolescente que intenta suicidarse, el factor más significativo se centra en su incapacidad interna de elaborar y superar los procesos de pérdida y duelo por los que pasa, de tal forma que prolonga sus sentimientos de decepción y dolor. La incapacidad para el manejo de las situaciones angustiantes y una preocupación excesiva con respecto al fracaso. Así la conducta autodestructiva puede entenderse como un mecanismo utilizado para el manejo de estrés y situaciones indeseables en la vida.

El suicidio debe considerarse como un fenómeno complejo que la consecuencia más visible de la presencia recurrente de una serie de pensamientos que impulsan a un adolescente a un acto, apenas planificado, que en algunas ocasiones puede conducir incluso a su propia muerte. De hecho, en muchas ocasiones, el suicidio supone en última instancia la culminación de un complejo proceso de maduración y de reflexión personal, ante una serie de circunstancias y de condicionantes, tanto de carácter externo como interno, que llevan a la consideración de que la propia muerte supone la mejor salida a su situación presente o al propio futuro imaginado.

Conocer la magnitud de este problema es un reto, ya que por el estigma social y religioso se trata de ocultar el suceso. La conducta suicida en los adolescentes es cada vez más frecuente; existen investigaciones que reportan que la disfunción familiar, la depresión, el consumo de alcohol y drogas, el bullying y el uso de tecnologías, sin supervisión por parte de los adultos, aumentan el riesgo de esta conducta en este grupo (Cañón, 2011).

Se aprecia que también la conducta suicida y especialmente el suicidio, tiene un lamentable protagonismo en las estadísticas de salud a nivel nacional. En la literatura médica cubana se asienta el suicidio bajo el título de “Agresiones Autoinfligidas Intencionalmente”, lo que corresponde al capítulo XX (Causas extremas de morbilidad y de mortalidad) de la CIE-10 y al acápite Y87.0 (Otros incidentes causantes de mortalidad y morbilidad) (Arcos, 2016, citado por Valle, 2017).

En nuestro país esta problemática también aumentó, la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP en Cuba reporta, aproximadamente 6 intentos por cada fallecido por suicidio. El sexo femenino es el más afectado, lo que se corresponde con el hecho de que las mujeres lo intentan más que los hombres, y el grupo de edad que muestra las mayores tasas es de 15 a 24 años.

En la mayoría de los estudios se ha encontrado que las féminas cometen más intentos de suicidio que los hombres (Gmitrowicz y otros, 2003; Aghanwa, 2004). La prevalencia de este tipo de conducta antes de la pubertad es baja, debido en parte a la inmadurez cognitiva de los niños, sin embargo, en la adolescencia los intentos de suicidio son muy

elevados (Steele y Doey, 2007). Siendo el suicidio consumado la tercera causa de muerte en adolescentes de entre 15 y 19.

La conducta suicida en adolescentes femeninas es a menudo impulsiva y sin intención de morir (Steele y Doey, 2007; Parellada y otros, 2008), y parece estar relacionada con problemas conductuales (Steele y Doey, 2007; Resch y otros, 2008), y emocionales (Resch y otros, 2008). Puede decirse que el método empleado para el suicidio varía según las influencias socioculturales. El sexo femenino usualmente utiliza métodos llamados blandos como ingestión de tabletas o la incisión de las venas del antebrazo. Según datos del registro estadístico de Salud Provincial en el 2018, la ingestión de psicofármacos constituyó el método de mayor prevalencia.

Se ha encontrado que en los habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes entre 15 y 20 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en Cuba. En el caso de Las Tunas se ha identificado un mayor riesgo de esta conducta en adolescentes femeninas entre 15 y 19 años de edad provenientes de los centros educacionales.

Según cifras publicadas en Cuba en el 2017 por esta causa fallecieron 1565 personas para una tasa ajustada de 9.0 por 100.000 habitantes y en el 2018 de 1493 personas para una tasa ajustada de 8.4 por 100.000 habitantes de todas las edades con un descenso de 72 personas por Agresiones Autoinfligidas Intencionalmente (Anuario Estadístico Nacional de Salud Pública, 2017).

En el 2017 las provincias con más altas tasas de suicidio reportadas a nivel nacional fueron: Las Tunas 14.3; Holguín: 12.7; Matanzas: 11.7; Sancti Spíritus: 11.3 y Artemisa: 11.0, según la tasa ajustada de 9.0 por 100.000 habitantes. Con respecto al sexo se evidencia una diferencia bien marcada, prevaleciendo el masculino con mayor cantidad de suicidios consumados (Anuario Estadístico Nacional de Salud Pública, 2017).

Ya en el 2018 hubo un descenso en varias de estas provincias y un aumento en otra donde se reflejan Artemisa: 12.7, Villa Clara: 12.1, Sancti Spíritus: 11.9, Holguín: 11.5 y Matanzas: 10.1, según la tasa ajustada de 8.4 por 100.000 habitantes entre las cinco primeras provincias de más alto índice, manteniéndose la prevalencia del sexo masculino con suicidios consumados (Anuario Estadístico Nacional de Salud Pública, 2018).

Al realizar un análisis estadístico de los años 2013-2018, en la provincia de Las Tunas se reporta un incremento en el número de intento suicida en adolescentes femeninas en los últimos años, en el grupo de edades comprendidos entre 15 y 19 años. En estos seis años el comportamiento de las manifestaciones de intento suicida ha sido ascendente. En el sexo masculino se reportó 57 intentos y en el femenino 192 intentos, para un total en ambos sexos de 249 intentos en el 2018, sumando 28 intentos de suicidio en estos seis años (Registro Estadístico Provincial Las Tunas, 2018). Este proceso de control actual es un aporte para la búsqueda de soluciones y atención a las adolescentes desde las instituciones (Figura 1).



Figura 1: Tasa de intentos de suicidios por sexo, Las Tunas, Cuba, 2013-2018.

### Factores de riesgo suicida en la adolescencia

Los adolescentes que intentan el suicidio se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

1- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional y estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz: La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
- Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.

- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.
- Inconsistencia de la autoridad, permitir conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.
- Si los padres están divorciados, pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.
- Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

2- Presentar mayor psicopatología, incluyendo la conducta disocial, así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva:

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas (Ackerman, 2010; Echeburúa, Muñoz y Loinaz, 2011; Ceballos, 2015; Cañon y otros (2016); Pabón y Delgado, 2019). En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades (Hernández y Louro, 2015; Sánchez, 2016; Campo-Arias y otros, 2019):

- Depresión.

- Trastornos de ansiedad.
- Abuso de alcohol.
- Abuso de drogas.
- Trastornos incipientes de la personalidad.
- Trastorno esquizofrénico.

3- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

4- Factores culturales y sociodemográficos: los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen.

Se considera que es imprescindible el reconocimiento de los factores de riesgo para el intento de suicidio en los adolescentes ya que permite al psicólogo y otros especialistas como profesores, médicos de familia, enfermera, etc. Realizar un diagnóstico de las principales necesidades y conflictos de los adolescentes para realizar el diagnóstico de un posible riesgo suicida en los mismos y poder brindarle un adecuado tratamiento.

*Factores protectores de la conducta suicida:*

Entre los factores protectores del suicidio se encuentran los siguientes:

- 1- Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva.
- 2- Poseer confianza en sí mismo, destacar sus éxitos, tomar experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.
- 3- Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.
- 4- Tener capacidad de autocontrol sobre su propio "destino".
- 5- Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia y perseverancia.
- 6- Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
- 7- Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.

- 8- Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.
- 9- Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
- 10- Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
- 11- Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
- 12- Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
- 13- Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
- 14- Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
- 15- Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
- 16- Desarrollar una variedad de intereses extra hogareños que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.
- 17- Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
- 18- Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
- 19- Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.

A estos factores habría que añadir la capacidad en la utilización de las fuentes que brindan salud mental y los centros educacionales, como las consultas de consejería de psicología, psiquiatría, psicopedagógicas, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio, etc. Se debe educar a los adolescentes en el aprovechamiento de la fuente de salud mental existentes en la comunidad, cuándo hacer uso de ellas, qué beneficios se pueden obtener, qué servicios o posibilidades terapéuticas se les puede brindar y favorecer con ello que se haga un uso racional de las mismas.

## Conclusiones

Por esto, el intento suicida constituye un elemento de estudio esencial, independientemente de su letalidad; y más aún si se reconoce que es un factor de riesgo muy importante para la conducta suicida recurrente y para el suicidio

consumado. Además, por el incremento de la tasa en Cuba, es una necesidad profundizar en los aspectos relacionados con este complejo problema de salud.

Dada la inestabilidad emocional y la impulsividad que caracteriza al adolescente en este período de “crecer” en lo biológico, psicológico y social, es necesario prestarle especial atención, pues en ocasiones los adolescentes acuden al intento suicida como vía para resolver sus conflictos.

## Referencias

- Anuario Estadístico de Salud* (2017). La Habana: Ministerio de salud pública dirección de registros médicos y estadísticas de salud. Recuperado de [www.sld.cu/anuncio/2018/.../publicado-el-anuario-estadistico-de-salud-2017](http://www.sld.cu/anuncio/2018/.../publicado-el-anuario-estadistico-de-salud-2017)
- Anuario estadístico de salud (2018). La Habana: Ministerio de salud pública dirección de registros médicos y estadísticas de salud. Recuperado de <http://files.sld.cu/bvscuba/files.../Anuario-Electrónico-Español-2018-ed-2019.pdf>
- Andrés, A. R. y Halicioglu, F. (2010). *Determinants of suicides in Denmark: Evidence from time series data*. Health Policy, 98, 263-269. Recuperado de <http://doi.org/doi:10.1016/j.healthpol.2010.06.023>
- Aghanwa, H. (2004). *The determinants of attempted suicide in a general hospital setting in Fiji Islands: a gender-specific study*. Gen.Hosp.Psychiatry, 26, 63-69. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Baumeister, R. (1986). *Identity: Cultural change and the struggle for self*. New York, USA: Oxford University Press. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org>
- Bobes, J. (2004). *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica. Recuperado de <http://sid.usal.es/18564/8-1>
- Cañón, S. (2011). *Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en niños y adolescentes*. Revista Archivo de Medicina, 11(1), 62-67.
- Cañón-Buitrago, S. C., Garcés-Palacios, S., Echeverri-Díaz, J., Bustos-González, E., Pérez-Uribe, V. y Aristizábal-López, M. A. (2016). Autopsia psicológica: una herramienta útil en la caracterización del suicidio. *Arch Med (Manizales)*, 16(2), 410-21. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf>
- Campo-Arias, A., Zuñiga-Díaz, Z. M., Mercado-Marín, A. L. y García-Tovar, A. C. (2019). Análisis de factores y de la consistencia interna de la Escala de Okasha para Suicidalidad en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(1).
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended data Elements*. National Center for Injury Prevention and Control. Recuperado de [http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Self-Directed\\_Violence\\_a.pdf](http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Self-Directed_Violence_a.pdf)

- Ceballos-Espinoza, F. (2015). Aplicación forense de la autopsia psicológica en muertes de alta complejidad. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25, 65–74. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2015.02.004>
- Drummond, W. J. (1997). Adolescents at risk: Causes of youth suicide in New Zealand. *Adolescence*, 32(128), 925-930. Recuperado de <https://core.ac.uk › download › pdf>
- Gorguet Pi, I. (2012). *Cómo evitar el suicidio*. Santiago de Cuba: Oriente.
- Guilbert, W. (2002). *El suicidio. Un tema complejo e íntimo*. La Habana: Científico Técnica.
- Guilbert, W. (2002). Prevención de la conducta suicida en la APS. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 18(2). Recuperado de <file:///I:/programa%20actualizado/bibliograf%C3%ADa%20de%20programa/art%C3%ADculos%20por%20revisar/Prevenci%C3%B3n%20de%20la%20conducta%20suicida%20en%20la%20APS.htm>
- Gmitrowicz, A., Szymczak, W., Kropiwnicki, P. y Rabe-Jablonska, J. (2003). Gender influence in suicidal behaviour of Polish adolescents. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 12, 205-213. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov › pubmed>
- Hausmann-Stabile, C. y Mawr College, B. (2018). *Conductas Suicidas: Estado de la ciencia y de la terapéutica*. Recuperado de <https://encuentrocientifico.tdesperanza.cl › wp-content › uploads › 2018/06>
- Hernández, L. C. y Louro, I. (2015). Principales características psicosociales de adolescentes con intento suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 31(2). Biblioteca Virtual de Salud. La Habana: Ciencias Médicas. Recuperado de <http://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=740>
- Kanner, L. (1948). *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de Salud Pública (2018). *Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud*. Las Tunas. Recuperado de la base de dato estadístico de Salud Provincial Las Tunas.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Suicide*. Recuperado de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Parellada, M., Saiz, P., Moreno, D., Vidal, J., Llorente, C., Alvarez, M. y otros (2008). Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Res.*, 157, 131-137. Recuperado de <https://www.researchgate.net › publication › 5954741>.
- Pabón, D. y Delgado, J. (2019). Métodos, modelos y evaluación en la autopsia psicológica: Una revisión bibliográfica en Iberoamérica. *Revista Criminalidad*, 61(2), 145-159. Recuperado de <http://www.scielo.org.co.pdf>

- Resch, F., Parzer, P. y Brunner, R. (2008). Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: results of the BELLA study. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry*, 17 Suppl 1, 92-98. Recuperado de <https://www.rki.de › Basiserhebung › Fachartikel › Eu...>
- Sarracent, A. (2010). *Estudio de los pacientes atendidos por conducta suicida en el Hospital General Calixto García* (tesis de maestría inédita). Universidad de la Habana. Disponible en base de datos de la facultad de psicología (TM-626).
- Sánchez, S. S. (2016). *Autoestima y conductas autodestructivas en adolescentes* (tesis de diploma inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado de <https://clasesvirtuales.ucf.edu.cu/.../ADOLESCENCIA%20Y%20AUTOEST>
- Steele, M. M. y Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors. *Can.J Psychiatry*, 52, 21S-33S. Recuperado de <https://www.researchgate.net › publication › 6016788 Suicidal Behaviour i...>
- Valle, Y. (2017). *Factores de riesgo psicosociales de la conducta suicida en estudiantes del preuniversitario Eduardo García Lavandero de Artemisa* (tesis de maestría inédita). Universidad de la Habana. Disponible en base de datos de la facultad de psicología (TM-671).
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.