



Atención a la conducta suicida como problema de salud en la Atención Primaria de Salud

Dinorah Janet Torres Lugo ^{1*}. Policlínico "Raúl Suárez Martínez". Rodas. Cienfuegos. Cuba. Dirección electrónica: torreslugojanet@gmail.com. Teléfono: 53949413.

Mabel Rocha Vázquez ². Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cienfuegos. Dirección electrónica: mabelrochavazquez5@gmail.com. Teléfono: 55193074

Idalberto Amado Pérez López ³. Dirección Municipal de Educación Rodas. Cienfuegos. Cuba. Dirección electrónica: pl@ro.cf.rimed.cu. Teléfono: 58215732.

Antonio Masot Rangel ⁴. Hospital Pediátrico "Paquito Gonzales Cueto". Cienfuegos. Cuba. Dirección electrónica: masotantonio@gmail.com. Teléfono: 58520807

Silvia Janet Masot Torres ⁵. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. Cuba. Dirección electrónica: masottorressilviajanet@gmail.com Teléfono: 53328090

Resumen

Introducción: La conducta suicida es un fenómeno multifactorial y universal. Es un problema de salud pública muy importante y prevenible. Para el enfrentamiento a este problema de salud, es necesario dotar al especialista en Medicina General Integral (MGI) de conocimientos sobre el tema y sus particularidades para contribuir a su prevención.

Objetivo: Exponer las particularidades de la conducta suicida como problema de salud prioritario en la Atención Primaria de Salud.

Desarrollo: Se expusieron los elementos que abordan las particularidades de la conducta suicida como problema de salud en la Atención Primaria de Salud, las consideraciones de diversos investigadores sobre el tema y de los autores.

Conclusiones: La conducta suicida como un problema de salud prioritario, que enfrentan los Especialistas en MGI en la APS, requiere para su atención un accionar complejo, holístico e integral; y para ello se hace necesario su enfoque sistémico a partir de los niveles de prevención con un enfoque multi, inter, transdisciplinario e intersectorial, mediante: el uso de las herramientas metodológicas y la integración docente- atencional- investigativa, con adecuado comportamiento ético, humanista, social y moral.

Palabras claves: Conducta suicida, Especialistas en Medicina General Integral, Atención Primaria de Salud.

Introducción

La conducta suicida es un fenómeno multifactorial y universal manifestado en todas las épocas, países, culturas y sociedades; es el resultado de factores socioculturales complejos.

^{1,2} Es un problema de salud pública muy importante y prevenible, que provoca casi la mitad



de todas las muertes violentas, y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS).² Abarca un amplio espectro de conductas, que van desde la ideación suicida hasta el acto consumado.³

Dada la relevancia de la conducta suicida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece acciones como la integración de intervenciones en salud mental desde la Atención Primaria de Salud (APS).³ Sin embargo, las tasas de suicidio apenas se han modificado en los últimos 20 años e, incluso, han aumentado en algunos países en vías de desarrollo.^{1,4-6}

A nivel mundial las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en los últimos 45 años, lo que supone una tasa de mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes. Al considerar la media en 53 países, para los que se dispone de datos completos aportados por la OMS, la tasa de suicidio normalizada es de 15,1 por 100 000 habitantes; por sexo, es de 24,0 por 100,000 habitantes para la población masculina y de 6,8 por 100,000 habitantes para la femenina. Las tasas más altas de suicidio se registran en Europa del Este y las más bajas en América Latina, en los países musulmanes y en unas cuantas regiones asiáticas.⁴⁻⁶

En los países africanos se dispone de poca información sobre este hecho, por lo cual se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Así, las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años.⁴⁻⁶

El suicidio, por su parte es la segunda causa de defunción en el grupo de 10 a 24 años. Se estima que del total de suicidios consumados anualmente 250.000 corresponden a menores de 25 años. Según la OMS e informe sobre la mortalidad por suicidio en las Américas, las muertes por suicidio aumentan en las últimas décadas. Entre los países con mayor índice para todas las edades se encuentran: Estados Unidos, Canadá, Cuba, Guyana, Surinam, Trinidad y Tobago y Chile. Las tasas de suicidio en adolescentes y jóvenes en América, fluctúan desde 3,0 a 10 por 100 000 habitantes con incremento del riesgo en jóvenes del sexo masculino.¹ La tasa promedio mundial de suicidio en el 2021 fue de 11,4 por 100 mil habitantes.⁷

En Cuba, la tasa de suicidio, tradicionalmente baja, se incrementa con el paso del tiempo. Se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte y se ha observado una tendencia al incremento del intento suicida en las edades jóvenes. Existen datos sociodemográficos relacionados estadísticamente con un mayor riesgo de suicidio.⁴⁻⁶



Para el enfrentamiento a este problema de salud, es necesaria la pronta identificación de los afectados y el tratamiento adecuado son una importante estrategia preventiva. Pero para ello es necesario dotar al médico de la Atención Primaria de Salud (APS), es decir, el especialista en Medicina General Integral (MGI) de los conocimientos sobre la conducta suicida y sus particularidades en este nivel de atención con lo que se contribuirá a su prevención, porque de esta manera estos profesionales podrían detectar aquellos individuos suicidas en potencia y trazar la conducta a seguir; y así podrá cumplir con las funciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Razón por la cual el presente estudio tuvo como objetivo: exponer las particularidades de la conducta suicida como problema de salud prioritario en la Atención Primaria de Salud.

Desarrollo

El suicidio constituye un verdadero drama existencial del hombre, reconocido desde la antigüedad, recogido en la Biblia y otras obras literarias de entonces. El término en sí evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, Thomas Browne fue quién acuñó la palabra suicidio en su obra "Religio Medici" (1642). Creó la palabra basándose en los términos del latín sui (uno mismo) y caedere (matar).⁴

Desde el surgimiento del término múltiples autores definieron el suicidio y el intento suicida, pero en 1969 la OMS definió por primera vez la conducta suicida, esta definición ha sido modificada por esta organización hasta llegar a su actual concepto. Abarca un amplio espectro de conductas, que van desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta el acto consumado.⁴ Incluye la idea suicida, el intento suicida y el suicidio consumado; y es la manifestación más extrema de violencia, por estar orientada hacia el individuo mismo.

Debido a su relevancia, la OMS, en el año 1998 propone medidas con el propósito de impedir el uso de algunos métodos para la conducta suicida como el control de la disponibilidad de sustancias tóxicas (en especial, pesticidas en áreas rurales), detoxificación del gas doméstico y de automóviles, la reducción del acceso a armas de fuego, entre otros. En el año 2001 publica un instrumento para la prevención del suicidio en centros escolares.⁸ En el 2002, la estrategia número uno fue hacer circular tecnología y conocimientos que permitieran capacitar a los países en relación al desarrollo de medidas preventivas y fomentar tratamientos para los problemas de salud mental.⁹

En el año 2006 brinda conocimientos teóricos sobre políticas, planes y programas de salud mental, dentro de ellos la conducta suicida.¹⁰ En el 2010 plantea la necesidad de integrar las intervenciones en salud mental desde la Atención Primaria y establece como principio la



capacitación del personal en este nivel de atención.¹¹ Posteriormente, en su Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020, se proporcionan las claves para la elaboración de un plan de prevención ajustado a cada territorio, establece acciones para la prevención de la conducta suicida donde tiene en cuenta el trabajo con factores de riesgo y la necesidad de profesionales competentes.¹²

En respuesta a lo planteado por la OMS, investigaciones realizadas en diversos ¹³⁻¹⁵, que incluyen tesis doctorales ¹⁶⁻¹⁹, estudian este problema de salud desde la perspectiva del comportamiento clínico-epidemiológico, es decir, después que ocurre el intento suicida, estudian variables como: edad, sexo, ocupación, factores de riesgo y método empleado.

Algunas de las iniciativas internacionales con objetivos ambiciosos y de metodología más compleja son: Alianza Europea contra la Depresión (EAAD por sus siglas en inglés), Implementación de Acciones contra el Suicidio en Regiones Europeas (EUREGENEAS por sus siglas en inglés), Programas para Optimizar la Prevención del suicidio y su implementación en Europa (OSPI Europe por sus siglas en inglés), Prevenir la Depresión mejorando el conocimiento a través del Sistema de Redes en Estados Unidos (PREDI-UN por sus siglas en inglés), Estudio Europeo Multicentro sobre prevención de la conducta suicida y suicidio (MONSUE por sus siglas en inglés), Salvar y Fortalecer Vidas Jóvenes en Europa (SEYLE por sus siglas en inglés) y Prevención del Suicidio a través de Internet y Medios Basados en la promoción de Salud Mental (SUPREME por sus siglas en inglés).¹⁹ Estas promueven la atención de este problema de salud desde la prevención del intento suicida.¹⁸

De manera específica, el proyecto Euregenas que incluye países europeos como: Italia, Bélgica, Finlandia, Suecia, Rumanía, España, Alemania, Eslovenia y Reino Unido, tiene dentro de sus estrategias mejorar los conocimientos y las habilidades de los médicos generales de la APS. Para ello aporta guías específicas para el reconocimiento y el tratamiento de los trastornos depresivos como único factor de riesgo y la conducta suicida.²⁰

Los autores consideran que estas iniciativas sobre este problema de salud no promueven la adquisición de modos de actuación profesional de estos médicos generales en este campo, al limitar los conocimientos, habilidades y valores a la atención a un único factor de riesgo (trastornos depresivos) y a la conducta suicida; por lo que el abordaje de este problema de salud continuará siendo insuficiente al no desarrollar su atención con enfoque sistémico, integral, preventivo por niveles, multi, inter, transdisciplinario e intersectorial.

En la actualidad, países como España, Reino Unido, Holanda, Estados Unidos, Canadá, Chile, Colombia, Argentina y México, han desarrollado iniciativas en la APS como: la creación de programas que incluyen estrategias para la atención a la depresión como único factor de riesgo



y centros especializados para su atención. España además propone un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida.²¹ Los autores consideran que estas iniciativas brindan un aporte a la atención de este problema de salud, pero tienen como limitante que no involucran todos los niveles de prevención sino que priorizan la intervención a partir de qué ocurre un intento suicida y eso se expresa en las acciones formativas que proponen.

De hecho, Gargallo Bernad A. en su estudio sobre programas y estrategias mundiales de prevención de la conducta suicida, plantea que en España, algunos autores proponen que las estrategias se desarrollen desde la intersectorialidad; que la comunidad científica está cada vez más sensibilizada con este problema, y ello se refleja en un aumento del número de publicaciones sobre suicidio y comportamientos suicidas relacionadas con recomendaciones preventivas y de tratamiento. Sin embargo, todavía están muy lejos de poseer políticas preventivas bien consolidadas, integrales y generalizadas, y que las principales recomendaciones están dirigidas a las personas que han cometido un intento de suicidio.²²

En Holanda, el tratamiento se realiza de manera más integral, con espacios creados para el desarrollo y reinserción dentro de la comunidad donde se acometen acciones de promoción y la prevención después que se produce el intento suicida.²² Colombia²³ ha elaborado una Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida. Es decir, que las acciones previstas serán aplicables solo a sobrevivientes de un suicidio en el primero y el segundo abarca solo un factor de riesgo suicida, por lo que en ambos países no se enfocan en la atención según los niveles de prevención.

Chile²⁴ cuenta con un Programa Nacional de Prevención a la Conducta Suicida que consta de seis componentes, que deben ser elaborados y ejecutados mediante un plan intersectorial para cada región del país, por lo que la autora considera que esto afecta la atención integral y coordinada a este problema de salud. Cuba, elaboró el Programa Nacional para la Prevención y Atención a la Conducta Suicida²⁵, que consta de estrategias a desarrollar en todo el país para cada nivel de atención, con objetivos, funciones, acciones y una guía para su evaluación. Para alcanzar los objetivos que declara, establece acciones que difieren para el NPA y el Nivel Secundario de Atención.

En el Nivel Secundario de Atención la acción ante este problema de salud se limita al tratamiento de la urgencia, es decir a la recuperación de la estabilidad física y mental del paciente. Sin embargo, en la APS su atención debe desarrollarse de una forma integral mediante las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, lo



cual implica que sea enfocada a todos los niveles de prevención; y para ello deben desarrollarse las funciones docentes, atencional, investigativa y administrativa.

En este sentido, Cuba ha desarrollado la Psiquiatría Comunitaria, estructurándose los ESM que forman parte de los Centros Comunitarios de Salud Mental (CCSM) o Departamentos de Salud Mental (DSM) que están ubicados en la APS. Los integrantes del ESM realizan las funciones establecidas para este nivel de atención, en la función administrativa asesoran los programas de salud mental y entre ellos el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Conducta Suicida. Esto permite el control y evaluación de las acciones de salud que deben desarrollarse ante este problema de salud, que son realizadas por el EBS donde uno de sus miembros son los especialistas en MGI.

Para lograrlo, los autores consideran que los Especialistas en MGI encargados de la atención en la APS de los problemas de salud deben tener los conocimientos, habilidades y valores para: evitar surgimiento y consolidación de patrones que contribuyan a elevar el riesgo de enfermar, disminuir la incidencia y prevalencia de una enfermedad en una población; actuar para reducir las incapacidades y reducir al mínimo la invalidez, así como evitar o atenuar posibles consecuencias perjudiciales a la salud secundarias, por ejemplo a: cribados, diagnósticos, tratamientos. Esto en la práctica, aplicado a la atención a la conducta suicida en la APS tiene particularidades que considera la autora deben ser expuestas.

En concordancia con lo planteado por otros investigadores, para el enfrentamiento de este problema de salud en la APS se deben aportar los conocimientos, habilidades y valores que permitan su identificación como un problema complejo y de causa multifactorial; conocer los mitos sobre el suicidio, los pensamientos suicidas, las manifestaciones del comportamiento suicida, los factores de riesgo y factores protectores de esta conducta. Esto favorece las acciones según los niveles de prevención.²⁶⁻²⁹

Se debe conocer que los factores de riesgo varían de acuerdo a la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales; y pueden modificarse de acuerdo a los intereses, problemas de cada individuo, por lo que difieren para cada persona. Pueden ser individuales, familiares y sociales. Debe considerarse que existen además diversas teorías que intentan explicar la conducta suicida: biológicas, genéticas, socioculturales, fallas de los mecanismos adaptativos del sujeto a las contingencias del medio y multifactorial.²⁶⁻²⁹

Pero además de lo anterior los autores consideran, en concordancia con lo referido por otros investigadores, que se hace necesario identificar comportamientos que ayudan a identificar a las personas que pueden encontrarse bajo el riesgo de realizar una conducta suicida, conocer que pueden aparecer, aumento de molestias físicas³⁰⁻³² frecuentemente asociadas a conflictos



emocionales. Estas situaciones deben hacer pensar en un riesgo alto para el desarrollo de la conducta suicida.³²⁻³⁴

Los autores consideran que para realizar la acción de prevención ante este problema de salud, es necesario desarrollar el método clínico, epidemiológico y social. Plantean, en concordancia con lo referido por otros autores, que se deben realizar acciones anticipatorias como: la identificación de los factores de riesgo, la promoción de conductas sanas que eviten comportamientos de riesgo y la puesta en marcha de diferentes intervenciones que frenen esta conducta.^{35,36}

Estos especialistas deben conocer además, que la conducta suicida genera crisis de carácter mixto, porque afecta la estabilidad de los miembros en el hogar, la dinámica de la familia y la subjetividad individual.² El intento de suicidio promoverá un estado de alerta en los allegados y es frecuente que aparezcan conductas como: la sobreprotección, el mimo o el desprecio, desapego o incredulidad. En cambio, la muerte por suicidio de un miembro de la familia engendrará reacción de duelo enfermizo y descompensaciones neuróticas o psicóticas y sentará una pauta de conductas negativas para los más jóvenes del núcleo familiar.²⁶⁻²⁹

Se hace necesario, en correspondencia con lo planteado por los investigadores, integrar los conocimientos teóricos a la práctica para realizar una evaluación integral del paciente y de la familia para tomar decisiones con respecto de las necesidades de tratamiento³⁰⁻³², lo cual permitirá que el accionar del Especialista en MGI en la APS no sea simple, impensado, mecanicista; necesariamente tendrá que ser complejo, holístico e integral, como lo es la conducta suicida.³⁶ Por tanto, se hace necesario que este profesional una vez formado sea capaz de realizar, ante esta conducta, las acciones correspondientes a partir de todos los aspectos mencionados.

Los autores concuerdan con lo planteado y consideran que tener conocimiento sobre todos estos aspectos abordados, permite modos de actuación adecuados a los Especialistas en MGI ante este problema de salud y favorece su atención de manera integral. Para ello se hace necesario que estos profesionales logren el vínculo teoría práctica que le permita, según lo expuesto por González Sábado RI y colaboradores, ser capaz de:^{35,36}

- Reconocer a los individuos de riesgo a través de la dispensarización y conducirlos adecuadamente al Equipo de Salud Mental (ESM) que surge con la reorientación de la psiquiatría a la APS.
- Aplicar el método clínico, epidemiológico y social a través del empleo de múltiples variantes al interrogar para explorar la ideación suicida, al realizar una evaluación minuciosa de los acontecimientos de la vida ocurridos días previos al comportamiento



suicida; y evaluar síntomas y signos de trastorno mental y comorbilidad, con particular atención en: trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, abuso y/o dependencia de psicoactivos y trastorno límite de la personalidad.

- Dominar los factores protectores con que cuenta cada paciente para lograr asegurar la supervivencia en la intervención en crisis suicida.
- Saber contrastar la sintomatología y la información reportada por el paciente o su acompañante con los criterios diagnósticos establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V.
- Utilizar como fuente adicional de información escalas, guías y test, que constituyen herramientas de apoyo al diagnóstico y ayudan a identificar cuál es el riesgo real o potencial en un paciente para cometer un intento de suicidio
- Conocer la conducta a seguir para cada paciente con ideas suicidas.
- Determinar el tratamiento específico para la conducta suicida a partir de las características de la persona basados en: la edad, el estado general de salud y la historia médica, los síntomas, la seriedad del intento, la letalidad del método, la gravedad de las circunstancias, sus expectativas con respecto del riesgo futuro de suicidio y su opinión o preferencia.
- Realizar una evaluación física inicial y un tratamiento a toda persona que haya intentado suicidarse hasta recuperar la estabilidad física.
- Efectuar una evaluación integral del paciente y de la familia.

Conclusiones

La conducta suicida como un problema de salud prioritario, que enfrentan los Especialistas en MGI en la APS, requiere para su atención un accionar complejo, holístico e integral; y para ello se hace necesario su enfoque sistémico a partir de los niveles de prevención con un enfoque multi, inter, transdisciplinario e intersectorial, mediante: el uso de las herramientas metodológicas y la integración docente- atencional- investigativa, con adecuado comportamiento ético, humanista, social y moral.

Recomendaciones

- Sistematizar en el tema de la conducta suicida como problema de salud en la APS, con el propósito de potenciar el desarrollo creciente de los modos de actuación profesional de los Especialistas en MGI para la atención a este problema de salud.
- Desarrollar estudios de intervención que favorezcan la actualización de conocimientos, habilidades y valores, a partir de los sustentos proceso pedagógico del posgrado y de los



principios de la Educación Médica en el posgrado, que potencien el vínculo teoría práctica, con enfoque multi, inter, transdisciplinario e intersectorial, según los niveles de prevención; que favorezca el uso de herramientas metodológicas y el desarrollo de las funciones de atención médica, docente, investigativa y administrativa; la aplicación del Programa Nacional de Prevención y control de la Conducta suicida y el Programa del Médico y Enfermera de la Familia.

Referencias bibliográficas

1. Huertas Maestre P. Prevalencia y factores asociados a la conducta suicida no letal en la población general. Universidad de Málaga. Málaga-España. 2022. Disponible en: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/24640/TD_HUERTAS_MAESTRE_Paloma.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Araya Álvarez MP, Vargas Gallegos B. Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa Nacional de Prevención del Suicidio Desarrollo de estrategias preventivas para Comunidades Escolares. Chile. 2019. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO->
3. OPS, OMS. Prevención del suicidio: un imperativo global. In. Washington, DC: OPS. 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
4. Cuenca Doimeadios E, Roselló López M, Ricardo Díaz N, Fernández Carballo LM, Ávila Pujol D. Caracterización clínico epidemiológica de la conducta suicida en adolescentes en la provincia Holguín, 1996-2014. Correo Científico Médico. 2016 Sep;20(3):490-503. Disponible en: <http://scielo.slu.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1560-43812016000300005>
5. Riverón LJ, Velázquez RE, Borrero O, Fonseca M. Factores de riesgo, síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas. Rev. 16 de Abril. 2016; 55(262):18-24.
6. Villarreal CasateII RE, Hernández Soto PA. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo". BIBLIOGRAFÍA COMENTADA. MEDISAN 2015; 19(8):1051, Santiago de Cuba, Cuba.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2022. La Habana; 2022. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/servicios/estadisticas>



8. OMS. Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra. OMS. 2001. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
9. OMS. Invertir en Salud Mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. 2002. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=77511>
10. OMS. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Prevención del suicidio. 2006. Disponible en: <https://blogcreap.imserso.es/-/conjunto-de-gu%C3%ADas-sobre-servicios-y-pol%C3%ADticas-de-salud-mental.-pol%C3%ADtica-planes-y-programas-de-salud-mental>
11. OMS. Salud mental y desarrollo: poniendo el objetivo en las personas con problema de salud mental como un grupo vulnerable. 2010. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/9789962642657-spa.pdf?sfvrsn=4ab1514d_2
12. OMS. Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. 2013. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-sp.pdf
13. Atsuo Nakagawaa b, Grunebauma M F, Oquendoa MA, Burkea AK., Kashimab H, Manna JJ. Clinical Correlates of Planned, More Lethal Suicide Attempts in Major Depressive Disorder. Published in final edited form as: J Affect Disord. 2009 January; 112(1-3): 237-242. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3178835/pdf/nihms82961.pdf>
14. García Nieto R, Blasco Fontecillab H, Paz Yepesa M, Baca García E. Traducción y validación de la Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview en población española con conducta suicida. Rev Psiquiatr Salud Mental (Barc.). 2013; 6 (3): 101-108. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com>
15. Ocampo Ortega R, Portillo Wong AN. Suicidal ideation and suicide attempt in a clinical sample of Mexican naval military. Salud mental. 2020 Apr; 43(2):57-63. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252020000200057&script=sci_arttext&tIng=en
16. Giner Jiménez L. Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado. Universidad autónoma de Madrid. Madrid-España. 2009. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5657/35431_giner_jimenez_luca_s.pdf?sequence=1&isAllowed=y



17. Méndez Bustos P. Análisis de las conductas suicidas en sub-Poblaciones de riesgo. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid-España. 2014. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/664039/mendez_bustos_pablo.pdf?sequence=3&isAllowed=y
18. Huertas Maestre P. Prevalencia y factores asociados a la conducta suicida no letal en la población general. Universidad de Málaga. Málaga-España. 2022. Disponible en: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/24640/TD_HUERTAS_MAESTRE_Paloma.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Campo Aráuz AL. Impacto del género en los intentos de suicidio en Quito (Ecuador). Universidad Rovira I Virgili. Tarragona-España. 2018. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/663365#page=1>
20. Dumon E, Portzky G. Directrices Generales para la Prevención del Suicidio. El proyecto Euregenas European Regions Enforcing Against Suicide. Unidad de Investigación sobre suicidio. Universidad de Gante. 2008-2013. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Directricesprevencionsuicidio.pdf>
21. Blanco C. El suicidio en España respuesta institucional y social. Revista de Ciencias Sociales.2020; 33(46): 79-106. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-55382020000100079&script=sci_arttext
22. Gargallo Bernad A. Revisión sistemática sobre la efectividad de las estrategias y programas de prevención de la conducta suicida a nivel nacional e internacional. Universidad Zaragoza. España. 2017. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/70068>
23. Colombia. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Guía No 60. Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud; 2017.
24. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Desarrollo de estrategias preventivas para Comunidades Escolares, Chile, 2019. Disponible en: <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/18426>
25. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Prevención de la conducta suicida en Cuba. La Habana: MINSAP; 1988.



26. Ortega González M. Comportamiento suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico. 1era ed. mayo 2018 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>
27. Guibert Reyes W. Epidemiología de la conducta suicida. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2002 Abr; 18(2): 139-142. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200007&lng=es
28. Aguilar Hernández I. Educación comunitaria para la prevención del intento suicida. Nueva Paz, 2008-2015. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública). Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php/index.php?P=FullRecord&ID=251&ReturnText=Search+Results&ReturnTo=index.php%3FP%3DAdvancedSearch%26Q%3DY%26G95%3D400%26RP%3D5%26SF%3D62%26SD%3D1%26SR%3D40>
29. Martín Zurro A, Jodar Sola G. Atención familiar y salud comunitaria. 2011. Disponible en: https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf
30. Rodríguez Hernández G, Valladares González A, Selín Ganen M, González Brito M, Cabrera Macías Y. Psicodinámica familiar y apoyo social en adolescentes con conducta suicida. Área VI. Cienfuegos. Medisur. 2019; 17(2). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3976>
31. OMS. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Oficina Regional para las Américas. 2014[citado 25 jun 2023]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1
32. Arteaga AM, Barrera MC, López LA, Cruz IV. Suicide attempt in the adolescence: un approach from primary health care. Humanidades Médicas. 2020; 20(1):66-87. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=95697>
33. Sánchez Fernández G, Columbiet Casal M, García Gómez L, Jarrosay Speck CM, Francis Jarrosay L. Intento suicida en la provincia de Guantánamo. Revista Información Científica. 2018 Jun; 97(3):557-65. Disponible en: www.scielo.sld.cu
34. Vázquez Machado A, Mukamutara J. Epidemiología del intento suicida en el Hospital Central de Nampula, Mozambique. Rev. Neuropsiquiatr. 2019; 82(2):117-124. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972019000200004&script=sci_arttext



35. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, Izaguirre Remón RC. Una aproximación a la necesidad de desarrollar una competencia específica del médico de familia en la prevención de la conducta suicida. Revista Caribeña de Ciencias Sociales. 2021; 10(7). Disponible en: <https://www.eumed.net/es/revistas/caribena/julio-septiembre-2021/medico-familia>
36. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, Izaguirre Remón RC. Formación profesional del especialista en Medicina General Integral y su competencia para prevenir el suicidio. EDUMECENTRO. 2022; 14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742022000100108