



Suicidio en adultos mayores del área sur de Ciego de Ávila en el quinquenio 2018-2022.

Autores:

1. Llesenia González Noyola. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Medicina Legal. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila, Cuba. Email: llesenia02@gmail.com Teléfono: 53276331.

2. Lisbet Sánchez Alfaro. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Medicina Legal. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila, Cuba. Email: sanchezlis544@gmail.com Teléfono: 58016544.

3. Norma Burgos Suarez. Especialista de Primer Grado en Medicina Legal. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila, Cuba. Email: normaburgos808@gmail.com Teléfono: 58017826.

4. Gisel Sánchez González. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Medicina Legal. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila, Cuba. Email: sanchezgisel909@gmail.com Teléfono: 53647053.

5. Marilyn Rosell Rodríguez. Especialista de Primer Grado en Medicina Legal. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila, Cuba. Email: marilynrosell0430@gmail.com Teléfono: 54650440.

RESUMEN

Introducción: El suicidio en el adulto mayor ha mostrado un aumento sostenido en los últimos años, convirtiéndose en un problema a nivel mundial con gran connotación médico legal.

Objetivo: Caracterizar el suicidio en el adulto mayor en el área Sur de la provincia Ciego de Ávila.

Métodos: Investigación observacional descriptiva transversal de 83 fallecimientos ocurridos en el quinquenio 2018-2022. Los libros de registros y los expedientes fueron la fuente de los datos. La información se presentó en gráficos y tablas con frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Predominó el grupo entre 60-64 años (27,3 %), el sexo masculino (66,3 %), los antecedentes personales de ideas suicidas e intentos suicidas (74,7 %), el municipio



Ciego de Ávila (61,6 %), horario entre las 6:00 am y las 12 pm (44,6 %) y en los meses de enero y noviembre (10,8 %). El hecho se produjo con predominio en el domicilio de la víctima (77,1 %), por ahorcamiento en ambos sexos (74,8 %), en pacientes con antecedentes de depresión (77,1 %), con uso indebido del alcohol los masculinos (47,3 %), y los psicofármacos las féminas (53,6 %).

Conclusiones: predominó el sexo masculino, entre 60-64 años, con uso indebido de alcohol y psicofármacos. Utilizando como escenario más común su domicilio, en el municipio de Ciego de Ávila, durante la mañana, en los meses de enero y noviembre. El método más empleado fue el ahorcamiento en el sexo masculino y el ahorcamiento y la quemadura en el femenino.

Palabras clave: SUICIDIO, ADULTO MAYOR, AHORCAMIENTO, DEPRESIÓN.

INTRODUCCIÓN

La violencia autoinfligida tiene su máxima expresión en el suicidio, que es una de las primeras causas de muerte violenta en muchos países. 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⁾.

El suicidio es la manifestación más extrema de violencia, por estar orientada hacia el individuo mismo ⁽²⁾. 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 ⁽¹⁾.

Desde el punto de vista médico legal se define la muerte suicida como "aquella muerte resultado de una acción u omisión generada por la propia víctima", teniendo en cuenta en esta definición dos elementos fundamentales: la voluntad o intencionalidad del sujeto de provocarse la muerte y la intención ocasional de autolesión y que la muerte sea consecuencia de esta ⁽³⁾.

El suicidio según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cobra cerca de 800 000 vidas cada año. Entre la población en general, un intento de suicidio es el factor individual de riesgo más importante ^(4,5).

Se plantea que el suicidio es un problema de salud pública de interés general 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 ^(4,6). Las tasas de mortalidad por suicidio en el mundo muestran un patrón regional según la OMS. Se encuentran las más altas tasas en Europa del Este y el Pacífico Oriental ⁽⁵⁾.

(7).

En la región de las Américas, según indicadores básicos de la Organización Panamericana de la Salud, América del Norte presenta la mayor tasa de suicidios de 26,8 entre ambos sexos por 100 000 habitantes. En ese mismo documento se reporta a Cuba con una tasa de suicidio del 16,4 en mujeres y 4,1 en hombre. Cifras que coinciden con lo reportado en el

Anuario Estadístico de 2022, donde el suicidio ocupa la 10ma causa de muerte con 1 493 defunciones. Todo esto a pesar de las actividades que se realizan a través del Programa Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida ⁽⁸⁾.

Por su parte, en Ciego de Ávila, el suicidio representó la 9na causa de muerte en 2022, con 55 defunciones, una tasa bruta de 12.6 y una tasa ajustada de 8.9 x 100 000 habitantes de todas las edades; además de constituir la 5ta causa de AVPP, con una tasa de 2.6 x 1000 habitantes ⁽⁹⁾.

Independientemente de que el suicidio en el Anuario Estadístico del país y la provincia no se distribuye por edad en el adulto, un estudio médico legal realizado en 2015, reveló predominio en el grupo de edad de más de 50 años ⁽¹⁰⁾. Por otra parte, al realizar una revisión manual de las actas de levantamiento y/o reconocimiento de cadáver y las actas de necropsia de los fallecidos por suicidio en el archivo del Departamento de Medicina Legal, se encontró un número elevado de casos nuevos, que incrementa la mortalidad por esta causa en el adulto mayor.

Todo lo anterior se sintetiza en el siguiente **problema científico**: ¿Cuáles son las características médico legales del suicidio en los adultos mayores en el área Sur de Ciego de Ávila?

Justificación de la investigación:

El suicidio en el adulto mayor en la provincia de Ciego de Ávila ha mostrado durante los últimos años un aumento progresivo en la incidencia, siendo de interés para directivos de salud de diferentes niveles de la atención sanitaria, toda vez que es un imperativo reducir las muertes por esta causa, tanto más a saber del envejecimiento poblacional, donde la mayor parte de la población está formada por el adulto mayor, lo que incentiva a describir el mismo a través de evidencia científica, para realizar alertas oportunas a los decisores que les permita establecer acciones para la prevención y control de la muerte violenta de etiología suicida, que afecta la calidad de vida de la población, conlleva a años de vida potencialmente perdidos, y contribuye al buen funcionamiento del Programa de Suicidio.



Por todo lo anterior se asume el siguiente **objetivo:** Caracterizar desde el punto de vista médico legal el suicidio en los adultos mayores del área sur de la provincia Ciego de Ávila en el quinquenio 2018 - 2022.

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional descriptiva transversal, en el período comprendido entre enero del 2018 y diciembre del 2022, en el Departamento de Medicina Legal de Ciego de Ávila.

El universo de estudio estuvo constituido por los 83 adultos mayores fallecidos por suicidio en el área Sur de la provincia de Ciego de Ávila que incluye los municipios Majagua, Venezuela, Ciego de Ávila, Baragüá, durante el periodo antes referido, que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterio de inclusión: Fallecido cubano con todos los datos completos recogidos en el Registro de Tanatología del Departamento de Medicina Legal del Hospital de Ciego de Ávila. Criterio de exclusión: Fallecido sin residencia permanente en el área sur de la provincia.

Se estudiaron variables sociodemográficas, anamnésticas, geográficas y temporales (grupo de edades, sexo, APP de ideas suicidas e intentos suicidas, APF de intentos suicidas y suicidio, APP de uso indebido del alcohol y otras sustancias, mes del año en que ocurrió el hecho, horario de ocurrencia del hecho, municipio donde ocurrió el hecho, lugar donde ocurrió el hecho, método utilizado para suicidarse, etiopatogenia del hecho.)

Se utilizaron los métodos teóricos: analítico-sintético, histórico-lógico e hipotético-deductivo, y como empírico la revisión documental de los libros de registro de tanatología, de las actas de levantamiento y reconocimiento de cadáver y actas de necropsia de cada caso, confeccionadas por los médicos legistas durante las guardias realizadas, en estas se plasman los antecedentes del hecho (aportados por la autoridad competente y entrevista a los familiares), la inspección del lugar del suceso (en los casos que lo requirió) y la realización de la necropsia o reconocimiento médico legal, lo que pudo aportar los datos necesarios para la investigación.

Las actuaciones médico legales correspondientes según cada caso en cuestión (reconocimiento o necropsia médico legal) fueron efectuadas por el médico legista de guardia que siguió las normas establecidas, personal técnico debidamente adiestrado para el efecto y en presencia de la autoridad competente que aportó junto a los familiares los antecedentes del hecho, es decir, la información necesaria y derivada de la entrevista a familiares que facilitaron la recopilación de los datos.



Para resumir los datos de las variables se utilizó la estadística descriptiva reflejada en número y por ciento. Los resultados se expresaron en tablas y gráficos para su mejor interpretación.

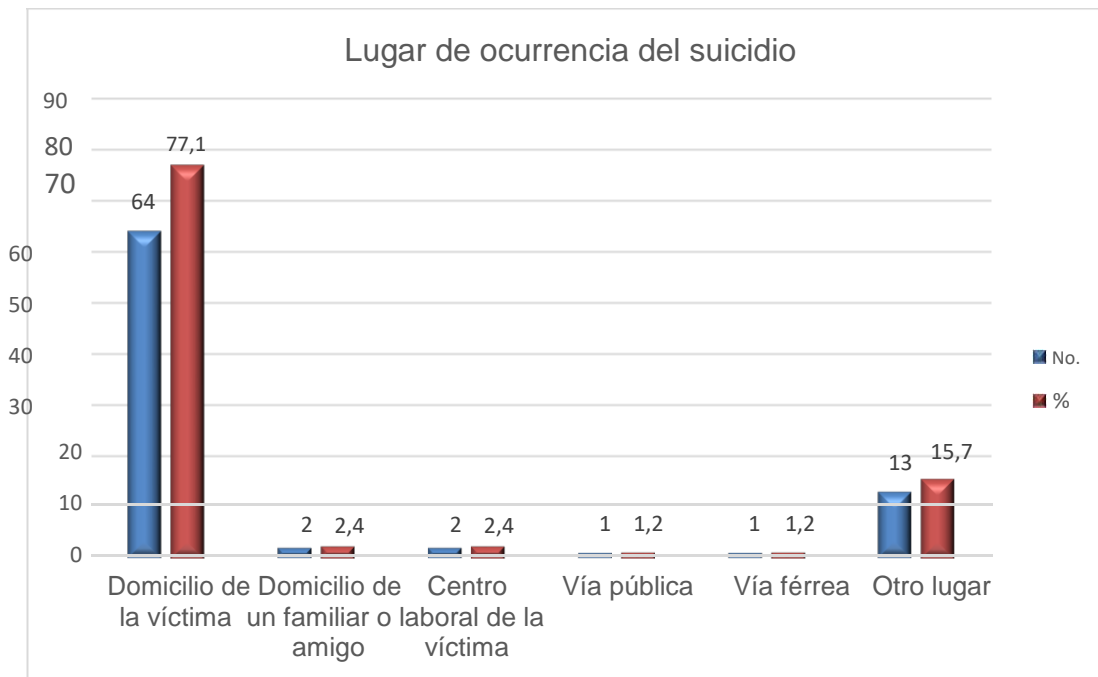
En el estudio se cumplieron los preceptos éticos de la II Declaración de Helsinki. ⁽¹¹⁾ La información procesada no será divulgada por otro motivo que no sea con fines científicos.

DESARROLLO

De las 83 víctimas estudiadas, el grupo de edades más incidido en el suicidio del adulto mayor fue el comprendido entre 60-64 años con 23 defunciones (27,3 %) y el sexo masculino con 55 fallecidos (66,3 %) del universo de estudio. La mayoría de los afectados tenían antecedentes personales de ideas suicidas e intentos suicidas 62 (74,7 %); sin embargo según antecedentes familiares de intentos suicidas y suicidios, se encontró que 26 víctimas (31,3 %) habían tenido intentos suicidas en su familia y que solo 5 (6,0 %) tenían familiares que se suicidaron. La mayoría de los suicidios en adultos mayores ocurrieron en el municipio Ciego de Ávila con 51 fallecidos (61,6 %), entre las 6:00 am y las 12 pm, 37 (44,6 %), y en los meses de enero y noviembre, 9 (10,8 %).

El gráfico 1 resume el lugar de ocurrencia del suicidio. Hubo un predominio marcado del domicilio de la víctima con 64 fallecidos (77,1 %)

Gráfico 1. Distribución de frecuencia del suicidio según el lugar de ocurrencia.



Fuente: libro de registro de muertes violentas y expedientes existentes en el Departamento de Medicina Legal.



El método más utilizado por los adultos mayores para cometer el suicidio fue el ahorcamiento en ambos sexos con 62 víctimas (74,8 %) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencia del suicidio según método utilizado y sexo.

Método utilizado	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ahorcamiento	52	62,7	10	12,1	62	74,8
Quemaduras	1	1,2	11	13,2	12	14,4
Ingestión de tabletas	1	1,2	3	3,6	4	4,8
Autoagresión con arma blanca	-	-	2	2,4	2	2,4
Atropello	1	1,2	-	-	1	1,2
Salto al Vacío	-	-	1	1,2	1	1,2
Sumersión	-	-	1	1,2	1	1,2
Total	55	66,3	28	33,7	83	100,0

Fuente: libro de registro de muertes violentas y expedientes existentes en el Departamento de Medicina Legal.

En la tabla 2 se detalla la etiopatogenia del suicidio. Predomina la depresión en ambos sexos 64 (77,1 %), aunque en el sexo masculino alcanza gran relevancia también el alcoholismo 25 (45,5 %).

Tabla 2. Distribución de frecuencia del suicidio según etiopatogenia del hecho y sexo.

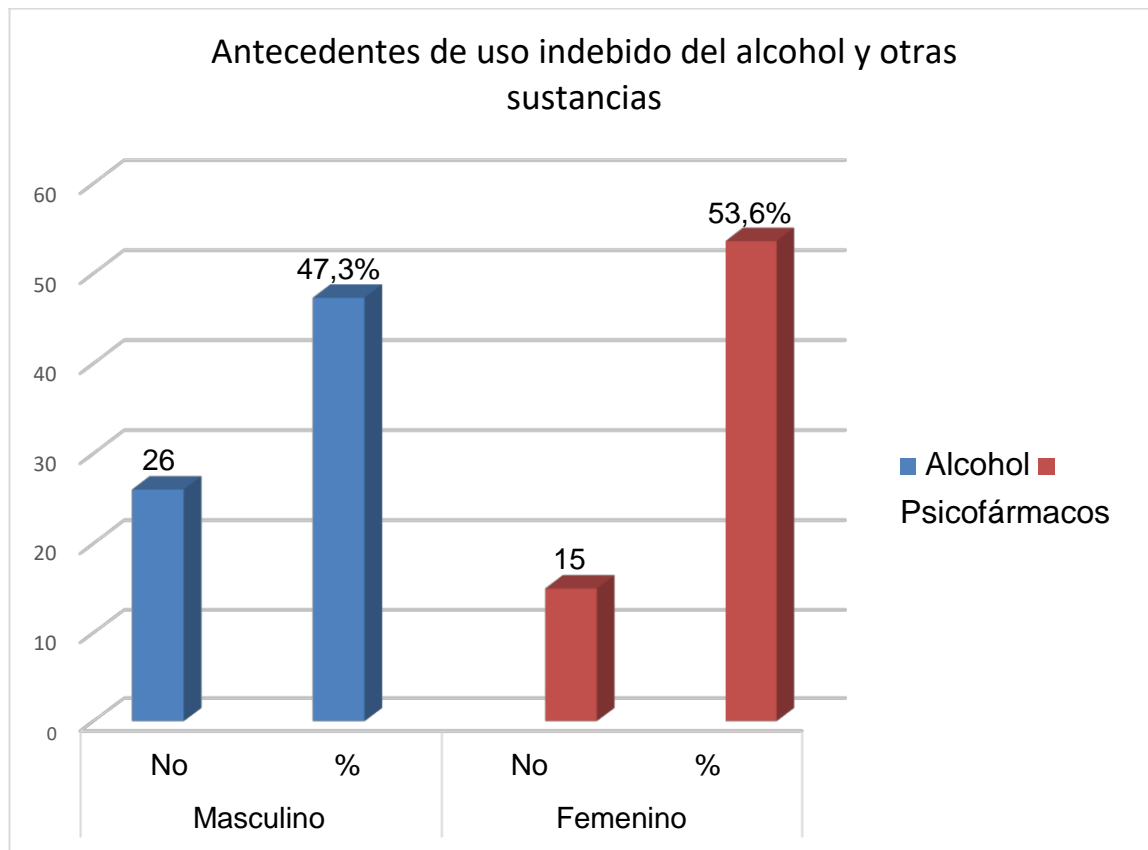
Etiopatogenia del hecho	Masculino(n=55)		Femenino(n=28)		Total (n=83)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Depresión	43	78,2	21	75,0	64	77,1
Alcoholismo	25	45,5	1	3,6	26	31,3
Enfermedad crónica	9	16,4	4	14,3	13	15,7
Desconocido	8	14,5	4	14,3	12	14,5
Conflictos familiares	3	5,5	2	7,1	5	6,0
Problemas pasionales	1	1,8	-	-	1	1,2
Deudas	1	1,8	-	-	1	1,2
Otros	1	1,8	-	-	1	1,2

Fuente: libro de registro de muertes violentas y expedientes existentes en el Departamento de Medicina Legal.



En el gráfico 2 se muestran los suicidios según sexo y uso indebido de alcohol y otras sustancias se obtuvo un predominio del uso del alcohol en el sexo masculino 26 (47,3 %), por su parte las mujeres muestran predilección por los psicofármacos 15 (53,6 %).

Gráfico 2. Distribución de frecuencia del suicidio según antecedentes de uso indebido de alcohol y otras sustancias y sexo.



Fuente: libro de registro de muertes violentas y expedientes existentes en el Departamento de Medicina Legal.

DISCUSIÓN

Respecto al predominio del grupo de edades de 60-64 años en el suicidio en los adultos mayores en el quinquenio estudiado, se coincide con lo reportado por Sanabria y cols ⁽¹²⁾, y Ribot ⁽¹³⁾, estos afirmaron que la mayor afectación del suicidio ocurrió en adultos de más de 50 años.

En cuanto a la distribución por sexo, el más afectado fue el masculino, correspondiéndose con la tendencia mundial del suicidio ⁽⁴⁾.



Un estudio realizado en Matanzas revela que la mortalidad en el sexo masculino es mayor que en el femenino, con una tendencia al incremento ⁽⁵⁵⁾.

Coincidiendo con lo planteado en la literatura, generalmente las mujeres intentan más que los hombres quitarse la vida, debido a que tienen mayores dificultades para asumir o acatar decisiones complejas y difíciles, y en ocasiones no toleran las frustraciones, por lo que utilizan esta conducta para enajenarse del problema que le agobia; sin embargo, a diferencia del sexo masculino, este es más implicado en el suicidio, porque el hombre valora la independencia y la indecisión, además considera que el pedir ayuda ante una situación adversa es signo de debilidad ⁽¹⁵⁾.

En cuanto a los antecedentes personales de ideas suicidas e intentos suicidas, un número significativo de ellos había manifestado querer quitarse la vida, incluso algunos había realizado el intento con anterioridad. Estos resultados demuestran un predominio limpiamente de la ideación suicida (que no se acompañe de acción alguna).

Estos resultados están en correspondencia con la tendencia en la mayoría de la bibliografía consultada, como lo muestran Barrientos y Clavijo Porteles en su estudio sobre la conducta suicida y el manejo de esta en la atención primaria de salud, donde se le confiere gran importancia a la ideación suicida; muchas de las personas que intentan suicidarse hablan de ello con anterioridad, a la cual se refieren como el deseo expreso de morir, la idea de muerte por alguna causa, la idea de matarse, ya sea con planes inespecíficos de cómo hacerlo o con una planificación detallada de la conducta a seguir ⁽¹⁶⁾.

El no prestar la debida vigilancia y atención a estas conductas, tomando en consideración que sólo sean estimados como un acto para llamar la atención, puede tener consecuencias graves e irreversibles, pues nunca se debe ignorar una amenaza o intento de suicidio, ya que cerca de un tercio de las personas que intentan suicidarse repiten el intento y aquellos que amenazan o intentan suicidarse finalmente lo logran ⁽⁵⁾.

En el análisis de los antecedentes familiares de intentos suicidas y suicidios hubo un predominio de víctimas con intentos suicidas en su familia y algunas tenían familiares que se suicidaron, correspondiéndose con lo encontrado en la bibliografía revisada ⁽⁴⁾.

En la distribución de los suicidios según municipio en que ocurrieron, mostró el municipio Ciego de Ávila como el de mayor cantidad de casos. Estos resultados pudieran estar dados porque el total poblacional es mucho mayor en la cabecera provincial que en otros municipios, pues se plantea que el suicidio en la tercera edad es un problema de salud comunitario, donde las tasas más altas de suicidio se registran en zonas rurales, lo que puede ser el producto del aislamiento social que mantienen determinadas familias o individuos, las dificultades para detectar señales de advertencia dada la dispersión de la



población que vive en estas zonas y que a su vez hace más difícil el acceso de los servicios de salud ⁽¹⁷⁾.

Al analizar la distribución de los suicidios según horario del día en que ocurrieron, se observa que, aunque se reportan suicidios en cualquier horario, en sentido general la mayor incidencia se mostró durante la mañana. En cuanto a la hora de ocurrencia, en la literatura consultada, se reporta que el 51,9% de los suicidios se realizaron en la segunda mitad del día con paridad para ambos sexos ⁽¹⁸⁾, otro estudio realizado en la provincia de Pinar del Río muestra a las primeras horas del día, considerando sus autores que se debe a la frecuencia con que se asocia las señales biológicas de la depresión con el insomnio y otros trastornos del sueño en este grupo poblacional ⁽¹⁹⁾, resultados estos similares a los obtenidos en este estudio.

En la distribución de los suicidios teniendo en cuenta los meses del año predominantes que fueron enero y noviembre, se encontró en la literatura que el suicidio varía en relación a las estaciones; en la primavera y verano los ancianos se deprimen y se consideran un estorbo para la familia, ya que los limita en sus actividades y vacaciones familiares para ir a la playa y festejos propios de estos meses, quedando un poco aislados y durante los meses de invierno se agudizan sus enfermedades limitándolos aún más ⁽²⁰⁾.

En Cuba, donde el clima es tropical y las estaciones no están definidas como en otros países, existen solamente dos temporadas: de sequía (noviembre a abril); y lluviosa (mayo a octubre), se decidió usar como guía los meses que corresponden a éstas, y se obtuvo como resultado que la mayor incidencia de suicidio ocurrió en la temporada seca lo que no se corresponde con resultados de estudios similares.

El lugar de ocurrencia del hecho con un marcado predominio marcado en el domicilio de la víctima, no coincide con lo reportado en algunos estudios que señalan el aumento del riesgo de mortalidad por suicidio asociado a depresión en hogares de ancianos. Aunque se sabe que es muy frecuente, en este estudio no se obtuvo casos de suicidios en pacientes institucionalizados ⁽²¹⁾.

Al analizar la distribución de los suicidios según sexo y el método empleado, se evidencia que en general el método más empleado fue el ahorcamiento. En la literatura revisada se encontró que el método de suicidio varía de una región a otra y está influenciado por factores socioculturales, pues las costumbres de un país o la comunidad van a estar siempre presentes en todo el accionar del individuo ^(22,23).

El sexo también influye en la selección del método, pues las mujeres utilizan los más suaves, como la ingestión de tabletas o la incisión en las venas del antebrazo; mientras que los hombres emplean procedimientos más duros como el ahorcamiento, las quemaduras, la



precipitación ante vehículos o el disparo con armas de fuego. Ello no excluye que en ocasiones un método determinado pueda ser utilizado por cualquiera de los sexos, datos estos que se corresponden con este estudio (22,23).

En la distribución de los suicidios según etiopatogenia del hecho y sexo, se observó que el predominio para ambos sexos lo tuvo la depresión, por su parte en los hombres le siguen en orden de frecuencia el alcoholismo, resultado este que coincide con la tendencia mundial actual del suicidio que destacan las depresiones como factor desencadenante en el móvil del suicidio, siendo la misma un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanzas profundas, que lleva a aquellos pacientes que la padecen a tener menor capacidad de adaptación para el estrés y por tanto asumen una conducta suicida. Por otra parte, se hace referencia a la vinculación del consumo de bebidas alcohólicas, así como la interrelación de varios factores en la ocurrencia del acto suicida, Resultados estos que se corresponden con los obtenidos en nuestro trabajo (4,5).

La depresión es un factor de riesgo para la demencia, pero no está claro si es causal. Estudios demuestran que los hombres con historia de depresión tienen mayor riesgo de desarrollar demencia y suicidios (17).

También destaca la bibliografía consultada la coincidencia del suicidio y las comorbilidades como: epilepsia, cáncer, VIH/SIDA, diabetes, esclerosis múltiple, enfermedades renales y hepáticas (24,25).

Al analizar la distribución de los suicidios según sexo y uso indebido de alcohol y otras sustancias se obtuvo un predominio del uso del alcohol en el sexo masculino, por su parte las mujeres muestran predilección por los psicofármacos, lo que se corresponde con otros resultados de estudios similares donde se plantea que existe una tendencia de subvalorar la trascendencia y complejidad de las manifestaciones clínicas y epidemiológicas del alcoholismo, que frecuentemente conduce a la muerte por enfermedades, accidentes, homicidios o suicidio; de una parte está la acción depresiva del tóxico sobre el sistema nervioso central y de otra los mecanismos psicógenos esperables de quien vive las dolorosas experiencias de un toxicómano, el resultado final es una depresión crónica con etapas de exacerbación durante las cuales muchas veces termina la vida del alcohólico, aunque también puede basarse en mecanismos ajenos a la depresión, como la impulsividad que conduce al suicidio explosivo de algunos alcohólicos ante cualquier frustración trivial (26-28).

Las estadísticas internacionales vinculan al alcohol con el 30% de los suicidios, aunque incluyen conductas suicidas bajo el efecto del alcohol en sujetos no alcohólicos, pero estudios de seguimiento evidencian que entre el 5 y el 20% de estos pacientes terminan sus



días por la vía de la autoquiritia y que dicho final es 75 veces más probable que en la población general (26-28).

Estudios realizados en el país como el de Mederos y cols sobre los intentos suicidas en el área de salud del Policlínico Universitario "José Martí Pérez", muestran la elevada incidencia de alcoholismo y suicidio y la presencia de este toxico con gran frecuencia en el cuerpo de las víctimas, resultados que coinciden con los obtenidos en este estudio (29).

CONCLUSIONES

En el quinquenio 2018-2022 ocurrieron 83 muertes de adultos mayores por suicidio en el área sur de la provincia de Ciego de Ávila. Predominó el sexo masculino, con edad entre 60 y 64 años. La mayoría de las personas que cometieron suicidio exhibían antecedentes de ideas suicidas o intentos anteriores, uso indebido de alcohol u otras sustancias. El escenario más común para consumar el hecho fue el domicilio de la víctima, en el municipio de Ciego de Ávila y desde el punto de vista temporal el horario durante la mañana, en los meses de enero y noviembre. El método más empleado lo constituyó el ahorcamiento en el sexo masculino, mientras que las mujeres utilizaron el ahorcamiento y la quemadura. La etiopatogenia del hecho que predominó fue la depresión para ambos sexos. En general el sexo masculino tuvo mayor representatividad en relación con la mayoría de las variables. El aporte de la investigación radica –además de incrementar la evidencia científica sobre la temática estudiada– en que sus resultados pueden utilizarse para sustentar la toma de decisiones de los directivos, y diseñar estrategias de intervención que permita la mejor atención del adulto mayor y así tratar indirectamente las causas que pueden predisponer a la conducta autoquiritica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valiente-Morejón W, Junco-Sena B, Padrón-Vega Y, Ramos-Águila Y, Rodríguez-Méndez A. Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores. Rev Finlay [Internet]. 2019 [citado 8 Feb 2023];8(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/567/1665>
2. Corbella Corbella J, Guija Villa JA, Giner Jiménez L. Suicidio. 7ma ed [Internet]. © España: Elsevier; 2019[citado 12 Ene 2023]:338-347. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/3-s2.0-B9788491130963000252.pdf?locale=es_ES&searchIndex=
3. Vera-Varela C, Barbería E, Giner L, Xifró A, Suelves JM, & Guija J. (2019). Aportaciones de la medicina forense en la mejora del conocimiento del suicidio. Rev Española Med Legal [Internet].2021[citado 12 Ene 2023];45(2):67-72. Disponible



en:https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0377473219300070.pdf?locale=es_ES&searchIndex=

4. Corona Miranda B, Alfonso Sagué K, Prado Rodríguez R, Hernández Sánchez M, Gámez Sánchez D, Cárdenas Soto T. Caracterización epidemiológica del intento suicida en Cuba entre 2015 y 2018. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2020;8(3):302-12.

Acceso: dd/mm/2021. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/550>

5. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras. Suicidio[Internet]. Washington DC: OMS;2022[citado 3 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

6. Álvarez CA, Tamayo PA. Ideaciones suicidas en la adolescencia: lo que debemos saber de las metamorfosis de la pubertad. Poiésis [Internet]. 2016 [citado 23 Feb 2023];

30(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/1849/1474>

7. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019 tendencias de la salud en las américas[Internet]. OPS, Washington DC, 2021[citado 12 Ene 2023]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y

8. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2022 [Internet]. Edición 2019 [citado 21 Ago 2023]:[aprox. 198 p]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2023-compressed.pdf>

9. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Departamento Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2018 [Internet]. Ciego de Ávila; 2022[citado 21 Ago 2023]:7. Disponible en:

<http://archivos.cav.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=194>

10. Sánchez González G. Caracterización médico legal del suicidio en Ciego de Ávila. Enero 2012-Diciembre 2014 [tesis]. Ciego de Ávila: Universidad de Ciencias Médicas; 2015.

11. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ratificada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Helsinki: 18ª Asamblea Mundial; 1964 [citado 30 Ene 2022]. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf



12. Sanabria Osorio AF, Gallego Cano L, Pineda Pineda IS, Caicedo Salverri YY, Andrade Salazar JA. Prevalencia del riesgo suicida en adultos mayores que asisten a instituciones de salud en Risaralda. Cuaderno de investigaciones: semilleros andina (11) [Internet]. 2022[citado 14 Nov 2023]; 11(11): 128-136. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/download/921/767>
13. Ribot Reyes VC. Suicidio en el adulto mayor. Rev Habanera Cien Méd [Internet]. 2012[citado 14 Nov 2023]; 11(S5):699-708. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2023/hcms125q.pdf>
14. Rodríguez GI. Mortalidad por suicidio. Matanzas 1989-2003. Rev Méd Electr [Internet]. 2006 [citado 15 Abr 2022]; 28(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/298>
15. Ministerio de Salud de Argentina. Mortalidad por Suicidio en Argentina 2000-2013. Informe técnico preliminar [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud; 2014 [citado 23 Abr 2023]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-01-13_informe-prensa-mortalidad-por-suicidio.pdf
16. Barrientos del Llano G, Clavijo Portieles A. Conducta suicida y su manejo en atención primaria de salud. En: Álvarez Sintés R (editor). Medicina General Integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social. 2da ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2009. p.267-270.
17. Gutiérrez Zurbarán GT, Gil Rojo I, Jiménez Acosta VA, Lugo Jáuriga B. Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitario. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2011 [citado 3 Feb 2022]; 39(2):147-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032001000200012&script=sci_arttext
18. Parmet S. Suicidio en personas de edad avanzada. J Am Med Ass. 2004; 291(9): 1158.
19. Valdés Vento AC, Montano Díaz MA. Mortalidad por suicidio en la provincia de Pinar del Río. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]; 2003[citado 23 Ene 2022]; 19(1):13-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100003
20. Hakko H, Rosanen P, Tuhones J. Seasonal variation in suicide occurrence in Finland. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 1998[citado 23 Ene 2023]; 98(2):92-7. Disponible en: http://www.academia.edu/download/42416637/Seasonal_variation_in_suicide_occurrence20160208-3422-w9ahtg.pdf
21. Damián J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E, De Pedro-Cuesta J. Association of detected depression and undetected depressive symptoms with long-term mortality in a cohort of institutionalized older people. Epidemiol Psychiatr Sci [Internet]. 2017[citado 23



- Ene 2023];26(2):189-198. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/87DE871D26B62CC00EF0222C61B5DB45/S2045796015001171a.pdf/div-class-title-association-of-detected-depression-and-undetected-depressive-symptoms-with-long-term-mortality-in-a-cohort-of-institutionalised-older-people-div.pdf>
22. Vargas Sanabria M, Vega Chaves JC, Montero Solano G, Hernández Romero G. Suicidio en adultos mayores en Costa Rica durante el período 2010-2014. Medicina Legal de Costa Rica[Internet]. 2017[;34(1):2-25. Disponible en:https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100002
23. de Oca Valdez LAM, Medina DAR. Factores de riesgo y protección del suicidio en adultos mayores. Psicología y Salud[Internet]. 21[citado 12 Dic 2022];29(2):187-194. Disponible en:<http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/2585/4477>
24. Schäfer I, von Leitner E, Schön G. Multimorbidity Patterns in the elderly: A new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. PLoS ONE[Internet]. 2010[citado 12 Dic 2022]; 5(12):1-10. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0015941>
25. Vega García E. Atención al adulto mayor. En: Álvarez Sintés R. (editor científico). Medicina General Integral. Salud y Medicina. 2da ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2011. p. 274-309.
26. Unsar S, Dindar, Kurt S. Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. J Pak Med Assoc[Internet]. 2015[citado 12 Dic 2022];11:14. Disponible en: <https://www.jpma.org.pk/PdfDownload/7380>
27. Buiques C, Padilla Sánchez C, Garrido JF, Navarro Martínez R, Ruiz-Roz V, Cauli O. The Relationship between Depression and Frailty síndrome: a systematic review. Aging Ment Health[Internet]. 2015[citado 12 Dic 2022]; 19(9):762-72. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2014.967174>
28. Vaughan L, Corbin A, Goveas J. Depression and frailty in later life: A systematic review. Clin Interv Aging[Internet]. 2015[citado 12 Dic 2022];10:1947-1958. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4687619/>
29. Mederos Ávila ME, Casas JA, Pullós M. "Intentos suicidas en el área de salud del Policlínico Universitario" José Martí Pérez". Medisan[Internet].2011[citado 12 Dic 2022]; 15(12):1752-1758. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001200010&script=sci_arttext&tlng=en