



ARTÍCULO ORIGINAL

RESULTADOS DE UNA ESCALA PARA EVALUAR RIESGO SUICIDA EN ADULTOS MAYORES EN EL NIVEL PRIMARIO

RESULTS IN THE PRIMARY LEVEL OF A SCALE TO EVALUATE SUICIDE RISK IN ELDERLY ADULTS

Autores: Rita Irma González Sábado*, Alberto Martínez Cárdenas**, Rafael
Claudio Izaguirre Remón***

*Licenciada en Psicología. Máster en Medicina Natural y Bioenergética. Profesora e Investigadora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Cuba. Correo electrónico: riar@ucm.grm.sld.cu

**Licenciado en Psicología. MSc en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Policlínico "Dra. Francisca Rivero Arocha". Granma. Cuba. Correo electrónico: alri@infomed.sld.cu

***Licenciado en Educación. Doctor en Ciencias. Profesor e Investigador Titular de Filosofía. Universidad de Granma. Cuba. Correo electrónico: izaguirrer@udg.co.cu

RESUMEN

Introducción: según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio se comporta actualmente como un problema de salud pública a nivel mundial, considerado como un grupo de riesgo las personas mayores de 60 años. *Objetivo:* describir los resultados del uso de una Escala para evaluar el Nivel de Actitud de Riesgo Suicida aplicada a pacientes con riesgo en las áreas de salud de los Policlínicos de Manzanillo. *Método:* se realizó un estudio descriptivo y se presentan los resultados de la aplicación en varios momentos de la escala. La población fue de 2134 adultos mayores identificados de riesgo en las Historias de Salud Familiar de los Consultorios Médicos de Familia de los Policlínicos I y II de Manzanillo, provincia de Granma, en el periodo de tiempo de 2011-2015. Se seleccionó una muestra aleatoria de 956 (44,79%). *Resultados:* en ambos Policlínicos I y II predominó el sexo femenino, la mayoría de los participantes tuvo algún nivel de actitud de riesgo; en el Policlínico I en la categoría de nivel de actitud medio se ubicó el (50,70 %) y nivel de actitud alto el (27,37%) y en el Policlínico II en cuanto al nivel de actitud de riesgo para realizar lesiones autolesivas, fueron clasificados la mayoría de los adultos mayores con riesgo medio (62,96%). *Conclusión:* fue posible mostrar la utilidad de la escala pues permitió clasificar el tipo de riesgo y por ende orientar la conducta al profesional del sector (psicólogos, rehabilitadores sociales, psiquiatras, enfermeros, médicos generales integrales y otros).

Palabras clave: adulto mayor, intento de suicidio, atención primaria de salud

ABSTRACT

Introduction: according to the World Health Organization, suicide is currently a public health problem worldwide, considered as a risk group for people over 60 years of age. *Objective:* to describe the results of the use of the Scale to evaluate the Suicide Risk Attitude Level applied to patients at risk in the health areas of the Manzanillo Polyclinics. *Method:* A descriptive study was carried out; the results of the application are presented in several moments of the scale. The



ARTÍCULO ORIGINAL

population was of 2134 adults classified as risk in the Family Health Stories of the Family Physician Offices of Polyclinics I and II of Manzanillo, province of Granma, in the period of time of 2011-2015. A random sample of 956 (44.79%) was selected. *Results:* in both Polyclinics I and II the female sex predominated, most of the participants had some level of risk attitude, in Polyclinic I in the medium level category the (50.70%) and high level was placed (27.37%) and in the Polyclinic II, in terms of the level of risk attitude for suicide attempts, the majority of older adults with medium risk (62.96%) were classified. *Conclusion:* it was possible to show the usefulness of the scale and ensure that the method used allowed to classify the type of risk and therefore guide the behavior of the professional in the sector (psychologists, social rehabilitators, psychiatrists, nurses, family doctors and others).

Key words: elderly adult, suicide attempt, primary health care

INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye un problema importante de salud, un verdadero drama existencial del hombre, reconocido desde la antigüedad, recogido en la Biblia y otras obras literarias de entonces. En la Era Cristiana, fue considerado un pecado, siendo perseguido y condenado por la Iglesia todo individuo de conducta suicida. A principios del siglo xx fue que comenzaron los estudios acerca del suicidio a partir de dos corrientes principales, la sociológica representada por Durkheim y la psicológica expuestas por Meninger y Freud que involucraban diferentes mecanismos inherentes al psiquismo.¹

Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. El intento suicida (IS) y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; aunque representa un continuum que va desde la idea suicida hasta el suicidio. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2020 aproximadamente 1,53 millones de personas se suicidarán y de 10 a 20 veces más lo intentarán.²

El fenómeno suicida resulta complejo y difícil tanto en su precisión terminológica como en establecer su modelo explicativo. Aunque el suicidio como final de la vida es un hecho puntual hay algo más en el proceso. Se suele entender como un continuum de diferentes manifestaciones, una serie de conceptos relacionados cuya diferencia será el resultado final, la muerte o no del individuo.³ La OMS calcula que el suicidio representa el 1,5% de los fallecimientos en todo el mundo, con especial prevalencia en los países menos desarrollados. Las tasas bajas de suicidio se encuentran en los países islámicos del Mediterráneo, en América Latina (Colombia y Paraguay) y en algunos países de Asia (Filipinas y Tailandia).²

El suicidio se define como el acto de quitarse la vida con intencionalidad y conocimiento de su letalidad. El acto suicida es un fenómeno complejo que es producto de la interacción de diversos factores, tanto ambientales, sociales y propios del individuo como lo son los factores genéticos, biológicos y psicológicos. En el ámbito médico legal es clasificado como una manera de muerte, y corresponde a una muerte de carácter traumático, tales elementos son referidos en la investigación de Vargas Sanabria.⁴

En el principio del siglo XXI se constata el envejecimiento acelerado de la población, problema que no deja de ser fuente de preocupación a nivel mundial.⁵ Siendo los adultos mayores un grupo vulnerable para cometer intentos de suicidios al experimentar etapas de duelo por pérdidas de familiares, experimentar sentimientos de soledad, falta de comprensión, jubilación y en no pocos casos depresión. La conducta suicida en el adulto mayor tiene mucho más probabilidad de ser letal en comparación con cualquier otro grupo etario.⁴



ARTÍCULO ORIGINAL

Según el anuario estadístico del 2015 en su edición 2016 señala las lesiones autoinflingidas intencionalmente en Cuba con 1492 casos,⁶ siendo una tasa de mortalidad por 100 000 habitantes de 13,3 ubicada en la 10ma causa y como tasa ajustada por sexo Masculino /Femenino es de 4/1. En Granma se registraron 109 casos de muertes por lesiones autoinflingidas intencionalmente con una tasa bruta x 100000 hab de 13,0 y una tasa de 8,8 ajustada x 100000 hab⁷; reconociendo que los adultos mayores son también un grupo que aporta a estas estadísticas.

A pesar de existir el Programa Nacional en Cuba para el control y manejo de la conducta suicida creado en 1989 y reelaborado en años posteriores, las tasas han continuado en aumento, justamente para tratar de cumplir con los propósitos de este programa cuando refiere que es necesario evitar, repetir y consumir el intento⁸, resulta necesario investigar los grupos poblacionales de riesgo y tener un conocimiento sistematizado que permita ofrecer al sistema de salud local datos ajustados para realizar acciones de salud pertinentes.

Las pautas para el seguimiento del paciente que comete (IS) están descritas en el Programa Nacional pero lo que debe hacer en cada momento el binomio de salud y en especial el médico, no está explicitado. El profesional debe saber integrar elementos del diagnóstico de salud mental, el diagnóstico educativo y el uso de métodos, escalas, guías, test, que ayuden a identificar cuál es el riesgo real o potencial en un paciente de cometer un intento. Esto último limita a juicio de este equipo de investigadores: el saber, el saber hacer y "saber actuar" creativamente ante cada caso o paciente de riesgo; así como, cumpliendo con el "saber estar", del conjunto de normas, valores, actitudes y circunstancias que permiten interactuar con éxito en el medio social⁹; sobre esta base entiende que se necesita de técnicas que complementen el programa y permitan hacer un diagnóstico oportuno, tal es el caso de la **Escala para evaluar el Nivel de Actitud de Riesgo Suicida (ENARS)**.

El comportamiento de las tasas por lesiones autoinflingidas en el sistema nacional y provincial de salud muestran incremento, y en la actualidad se considera un problema de salud de obligado tratamiento en el cuadro de salud provincial.

Justificación del estudio

Identificar la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto para los profesionales del sector salud, lo cual implica orientar la investigación hacia aspectos medulares que permitan diagnosticar la actitud de riesgo suicida, lo cual se logra con el uso de la escala en los adultos mayores cuyos resultados permiten ser evaluados en términos de pertinencia, toda vez que se cuenta con los datos estadísticos de su aplicación en varios grupos de riesgo a través de investigaciones que han sido objeto de Tesis de residencia de Medicina General Integral y Tesis en opción al título de Licenciatura en Psicología en diversos Policlínicos de Manzanillo. Ellas constituyen fuentes de consulta para realizar este estudio que fueron un total de seis, cuyos resultados se establecen como salidas principales de un proyecto de investigación.

Problema científico

El aumento de la morbilidad por intento suicida en el nivel primario de atención y limitaciones en la evaluación del nivel de actitud de riesgo hacia el intento suicida mediante métodos diseñados con tal propósito, plantean lo oportuno de formular la siguiente interrogante. ¿Es pertinente el uso de la escala ENARS en el nivel primario de atención?

Objetivo

Describir los resultados del uso de la escala ENARS aplicada en pacientes con riesgo suicida en las áreas de salud de los Policlínicos de Manzanillo.



ARTÍCULO ORIGINAL

MÉTODO

La investigación responde a un estudio descriptivo que evalúa los resultados de la aplicación en varios momentos de la escala ENARS en el nivel primario de atención. La población de estudio (2134) estuvo conformada por el total de pacientes de riesgo clasificados en las Historias de Salud Familiar (HSF) de los Consultorios Médicos de Familia (CMF), de las diversas áreas de salud tenidas en cuenta en las investigaciones realizadas en el periodo de 2012-2015. Se empleó un diseño muestral estratificado, teniendo como factor de estratificación el CMF, una vez que se hizo una lista de todos los adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, la selección del 10% en cada estrato se realizó con el empleo del método aleatorio simple, así la muestra quedó conformada por 956 (44,7%), de ellos 424 del Policlínico I y 532 del Policlínico II. Se contó con el consentimiento informado de los participantes y se cumplió con el principio de la confidencialidad de los datos.

Técnicas y procedimientos

Se trabajó con la información recogida en las investigaciones realizadas como fuente de consulta que incluye los datos de la aplicación de la escala ENARS, la misma fue validada anteriormente por los investigadores González Sábado y Martínez Cárdenas, sus resultados están en el artículo Validez y confiabilidad de la escala ENARS para evaluar actitud de riesgo suicida.¹⁰

El uso de la escala permite complementar el Programa Nacional de la conducta suicida vigente hasta hoy, en el cual se establecen los riesgos por edades y se evalúa el intento suicida atendiendo a la seriedad de la intención, la inocuidad del método, la gravedad de las circunstancias pero no se ofrecen métodos de evaluación para clasificar los riesgos y actuar en consonancia.

En el país existen otras guías, cuestionarios e instrumentos de incalculable valor para el trabajo con los grupos de riesgo para la conducta suicida; entre ellos los descritos por Pérez Barrero¹¹ y Guibert Reyes,¹² los cuales de conjunto con la escala potencian el trabajo científico metodológico al abordar la problemática, con la particularidad de que la escala no solo indica la magnitud del riesgo cualitativa y cuantitativamente si no que orienta el accionar según el tipo de riesgo para el profesional que la utilice.

La escala ENARS evalúa los tres componentes de la actitud (afectivo, cognoscitivo, conductual). La calificación integral de la misma permite clasificar el nivel de actitud en: no-actitud de riesgo, nivel de actitud de riesgo bajo, nivel de actitud de riesgo medio, nivel de actitud de riesgo alto.

La información se resumió utilizando medidas de frecuencias absolutas y relativas, las cuales fueron presentadas en tablas para facilitar la comprensión de la misma. Se establecieron valoraciones personales sobre el comportamiento de los datos, una vez comparados con estudios similares a nivel nacional e internacional.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Resulta evidente que se destaca el sexo femenino (66,98%) y la escala permite clasificar a la mayoría de los pacientes con algún nivel de actitud de riesgo, sobresale el riesgo medio (50,70%) y alto (27,37%) de forma general. (Ver tabla 1) Aparece un bajo porcentaje incluido en la categoría de no riesgo, lo que habla a favor de que la escala permite identificar los grupos de riesgo para cometer intento de suicidio partiendo de que los pacientes a los que se les aplicó tenían marcadores de riesgo y estaban dispensarizados por esta causa, o bien porque ya habían realizado un intento o bien porque potencialmente podían hacerlo.



ARTÍCULO ORIGINAL

La ventaja que da el uso de la escala es que clasifica el tipo de riesgo según la presencia de la cantidad y severidad de los riesgos con que cuenta cada persona y alerta sobre la conducta a seguir, constituye un recurso que facilita el trabajo de prevención y control.

Tabla 1. Resultados de la aplicación de la escala (ENARS) en el Policlínico I.

Nivel de actitud	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Riesgo bajo	56	72,72	21	27,27	77	18,16
Riesgo medio	149	69,31	66	30,69	215	50,70
Riesgo alto	68	58,62	48	41,37	116	27,36
Sin riesgo	11	68,75	5	31,25	16	3,78
Total	284	66,98	140	33,02	424	100

Fuentes: Tesis "Actitud de riesgo suicida en adolescentes del Poli I". 2011-2012, Tesis "Funcionamiento familiar y riesgo suicida en grupos vulnerables del Poli I". 2013, Tesis "Pesquisa de nivel de actitud de riesgo suicida en diversas etapas de la vida" 2012-2014.

Son muchos los estudios epidemiológicos que se han realizado sobre el suicidio y que permiten establecer la existencia de una serie de factores que representa un mayor riesgo: ser varón, mayor de 60 años, con historia de un intento previo, con antecedentes familiares de suicidio o trastornos del estado del ánimo, con pérdida de pareja reciente (separación, divorcio o fallecimiento).¹³ En un estudio consultado el 88 % de los casos son mujeres, los fármacos usados son una combinación de varios tipos (53 %), y la intencionalidad de morir se da en el 49 % de los casos.¹⁴ Durante el tiempo y los lugares en los que ha sido estudiada la conducta suicida se ha observado que los intentos son más frecuentes en mujeres, en contraste con los suicidios consumados, que son mayores en hombres; el intento de suicidio es tres veces más frecuente en el género femenino que en el género masculino.¹⁵

En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio. Asimismo, los hombres son más impulsivos, tienen una menor tolerancia al sufrimiento crónico, les cuesta más buscar ayuda ante el sufrimiento y están más afectados por trastornos adictivos. En tanto, el mayor índice de suicidios masculinos guarda relación con la forma en que el hombre vive sus dificultades personales: a) el hombre soporta peor la soledad o la ruptura de pareja; b) no suele hablar de sus problemas, por lo que no libera su carga de sufrimiento; y c) vive en general con mayor estrés y angustia su actividad laboral.¹⁶

Sin embargo, en China e India, las tasas son similares entre hombres y mujeres, debido posiblemente a la baja condición social y a otros factores asociados a las mujeres.² Predomina el sexo femenino (56,76%) y en cuanto al nivel de actitud de riesgo para realizar lesiones de auto daño están mayormente representados los pacientes con riesgo medio (62,96%). (Ver tabla 2)

Al observar los datos de la aplicación de la escala es posible darse cuenta que los resultados son semejantes en el grupo estudiado en ambos policlínicos, siendo posible asegurar que este método permite clasificar el tipo de riesgo y por ende orientar la conducta al profesional del sector que la use. Oportunamente es válido añadir que la escala identifica a la mayoría de los sujetos de riesgo, es decir, asegura que más del 90% de los casos en cada policlínico fueron personas que merecían ser tomadas en consideración buscando evitar la realización de un intento suicida o la repetición del mismo, toda vez que el puntaje alcanzado en la escala los incluyó en riesgo medio y alto a la mayoría.

ARTÍCULO ORIGINAL

Solo en el Poli 1 el 3,78% se incluye en la categoría de no riesgo o no nivel de actitud para cometer un intento de suicidio y en el Poli 2 el 0,43%, es decir, la escala si identifica los casos positivos como posibles a realizar un intento partiendo de que los encuestados formaban parte del grupo de personas de riesgo controlados en las (HSF) de cada consultorio y la mayoría clasificó con este método con algún nivel de actitud para cometer un primer intento o la repetición del acto, quedando una minoría de los investigados de cada policlínico sin ningún nivel de actitud de riesgo.

Tabla 2. Resultados de la aplicación de la escala ENARS en el Policlínico II

Nivel de actitud	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Riesgo bajo	58	73,41	21	26,58	79	14,84
Riesgo medio	157	52,20	148	48,52	305	62,96
Riesgo alto	74	13,90	54	42,18	128	24,06
Sin riesgo	13	65	7	35	20	0,43
Total	302	56,76	230	43,23	532	100

*Fuentes: Tesis "Actitud de riesgo suicida y funcionamiento familiar en adolescentes con antecedentes de intento". 2010-2011, Tesis "Riesgo suicida en adultos mayores del Poli II. 2010-2012, Tesis "Comportamiento suicida en el Consejo Popular No.2 del Poli II". 2011-2013.

Al observar los resultados de las tablas, tenemos que el Policlínico II cuenta con mayor número de personas de riesgo que formaron parte de la muestra estudiada (532) a diferencia del Poli I que tenían (424) lo cual obedece a la selección aleatoria del 10% del total de personas que estaban dispensarizadas con riesgo suicida en las historias clínicas familiares de cada consultorio médico, siendo en ambas entidades de salud el sexo femenino el predominante. Tal como refieren diversos estudios son las mujeres las que más sobreviven a intentos de suicidio por usar métodos más suaves y menos letales que los hombres.^{1,8}

Del total de personas de riesgo encuestadas 956 de ambos policlínicos, resultaron incluidas en algún tipo de nivel de actitud de riesgo para un intento suicida, 920 (96,23%), lo cual se ilustra en esta tabla a partir de los diversos ítems que más marcaron los adultos mayores. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Respuestas por ítems de los encuestados del Policlínico I y Policlínico II

Ítems	Respuestas	No.	%
Ítems de alto riesgo	Intento suicida frustré	198	81,14
	alucinaciones auditivas	16	6,55
	conflicto familiares	172	70,49
	pérdida del sentido de la vida	203	83,19
	depresión	115	47,13
	deseo de atentar contra su vida	178	72,95
	planes suicidas	198	81,14
	comunicación de deseos de morir	201	82,37
Subtotal		244	26,52
Ítems de mediano riesgo	Antecedentes patológico familiares de conducta suicida	212	40,76
	necesidad de ayuda	409	78,65
	inseguridad ante la solución de problemas	229	44,03
	no contar con apoyo de otras personas	387	74,42



ARTÍCULO ORIGINAL

	consciencia del acto suicida	309	59,42
	sentimientos de culpabilidad	123	23,65
	baja autoestima	391	75,19
	se considera un estorbo para su familia	356	68,46
Subtotal		520	56,52
Ítems de bajo riesgo	uso de psicofármacos menores para dormir	115	73,71
	sentimientos de soledad dentro de la familia	129	82,69
	privacidad afectada	104	66,66
	sus criterios no se escuchan por la familia	132	84,61
	descontento consigo mismo	87	55,76
Subtotal		156	16,95
Total general		920	100

La inclusión en cada nivel de actitud de riesgo suicida (alto, medio y bajo) obedece a la cantidad de riesgos con que cuenta cada persona. Las personas con nivel alto marcaron principalmente ítems como: suicidio frustrado, deseo de atentar contra su vida, comunicación de deseos de morir, pérdida del sentido de la vida, planes suicidas. Las respuestas denotan mayormente componentes de la actitud en el plano conductual como por ejemplo intentó el suicidio pero no lo logró (fue frustrado) o en el plano cognitivo tenía planes suicidas (había escogido el horario y el método para autolesionarse), resulta evidente que tenían un esquema concebido pero muchos lo intentaron superando el plano de la ideación. Siendo obvio que cuentan con riesgos de mucho peso que favorece la realización de un primer intento o la repetición del mismo con mayor riesgo de morir, por tal motivo la escala indica para los sujetos incluidos en esta categoría el ingreso en cuerpo de guardia para observación o en la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psiquiátrico.

Por su parte las personas que quedaron incluidas en el nivel de actitud de riesgo medio que fueron la mayoría en ambos policlínicos, se identificaron con ítems como: necesidad de ayuda, no contar con apoyo de otras personas, baja autoestima, se consideran un estorbo para su familia. Las respuestas apuntan hacia el componente afectivo de la actitud denotando fragilidad emocional. Haciendo un análisis lógico de estos resultados aunque continúan siendo elementos de peso para considerarse personas de riesgo, la magnitud integral del riesgo es menor que los que tipificaron con riesgo alto, y esto da la opción a los médicos de familia y otros profesionales de actuar en consecuencia, tal como se orienta en la escala los individuos incluidos en este nivel precisan de atención por el Equipo de Salud Mental del policlínico y el Equipo de atención al adulto mayor (EMAG), que permita prevenir o modificar la ideación suicida y por tanto evitar el ingreso hospitalario.

Los ítems marcados por los sujetos que favorecen la clasificación en el nivel de actitud de riesgo bajo más señalados fueron: sus criterios no se escuchan dentro de la familia, sentimientos de soledad y uso de psicofármacos menores para dormir, la escala orienta la dispensarización por el Equipo Básico de Salud (médico y enfermera) como sujeto de riesgo para ser controlado por tener elementos que pueden favorecer una autoagresión.

A medida que aumenta la población geriátrica se incrementan también los escenarios de vulnerabilidad, que aumentan los riesgos vitales en el adulto mayor que pueden ser devastadores de su equilibrio emocional y predisponer en ellos conductas suicidas.¹⁷ Es evidente que diversos países entre ellos Cuba tienen una pirámide poblacional que favorece la etapa de la adultez mayor,



<http://www.revtecnologia.sld.cu>

ARTÍCULO ORIGINAL

el aumento de este grupo poblacional genera la aparición de diversos problemas y daños a la salud entre ellos la propia conducta suicida; por lo que el potencial científico del sector salud debe contribuir a resolver tales problemáticas.

Contar con un método de evaluación como esta escala favorece el trabajo del equipo básico de salud y el resto de los profesionales encargados de velar por la salud mental e integral de este grupo poblacional, lo cual además de ser un aporte a la comunidad científica es un instrumento para la evaluación del nivel de actitud de riesgo suicida, aplicable a sujetos en el nivel comunitario que permite complementar lo indicado en el Programa Nacional de prevención y control de la conducta suicida.

CONCLUSIONES

Fue posible probar la pertinencia de la escala para evaluar el Nivel de Actitud de Riesgo Suicida para clasificar el riesgo de conducta suicida en grupos susceptibles a nivel comunitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Kaplan HI, Sadock BJ. Compendio de Psiquiatría. Suicidio. Edición Revolucionaria. La Habana. 1987:592-97.
- 2- Prevención del suicidio un imperativo global. Organización Mundial de la Salud WHO/MSD/MER/14.2 [Internet]. 2014 [citado 15 de septiembre 2015]. Disponible en: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
- 3- Pérez Pérez RM. Estudio epidemiológico del suicidio consumado en los partidos judiciales de Balaguer y Cervera, 1960-1990. [Tesis doctoral presentada para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía en la Universidad de Lleida]. [Internet]. octubre de 2015. [citado 04 Dic 2017]; Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/385209/Trmpp1de1.pdf?sequence=2>
- 4- Vargas Sanabria M, Vega Chaves JC, Montero Solano G, Hernández Romero G. Suicidio en adultos mayores en Costa Rica durante el período 2010-2014. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2017 Mar [cited 2018 Jan 26]; 34(1): 2-25. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100002&lng=en.
- 5- Sims Rodríguez M, Ramírez Leyva D, Pérez Castro K, Gómez García K. Intervención psicológica en adultos mayores con depresión. Rev Hum Med [Internet]. 2017 Ago [citado 2018 Ene 25]; 17(2): 306-322. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200005&lng=en.
- 6- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2015 [monografía en Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2016 [citado 15 de junio de 2015]: [aprox. 180 p.] Disponible en: www.sld.cu/sitios/dne
- 7- ONE. Anuario Estadístico Provincial. Salud y Asistencia Social. Provincia Granma. 2014. [Internet]. [citado 26 de septiembre 2015]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/granma/pdf>.
- 8- Programa de prevención Herramientas para la identificación y el manejo de las personas con riesgo de suicidio en la Atención Primaria de Salud. Cuba. 2009.
- 9- Véliz Martínez PL, Jorna Calixto AR, Berra Socarrás EM. Consideraciones sobre los enfoques, definiciones y tendencias de las competencias profesionales. Educación Médica Superior [Internet]. 2016 [citado 04 Dic 2017]; 30(2): [aprox. 16p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/em/s/v30n2/em_s18216.pdf
- 10- González Sábado R, Martínez Cárdenas A, Izaguirre Remón R. Validez y confiabilidad de la Escala ENARS para evaluar actitud de riesgo suicida. Rev Multim ed [Internet]. 2012; [citado 04 Dic 2017]; 16(3). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2012/v16-3/8.html>
- 11- Pérez SA. Psicoterapia para aprender a vivir. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2001.



<http://www.revtecnología.sld.cu>

ARTÍCULO ORIGINAL

- 12- Guibert Reyes W, Del Cueto de Inastrilla E R. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr, Ciudad de La Habana, v. 19, n. 5, oct. 2003. [Internet]. [citado 1 abril 2017]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500004&lng=es&nrm=iso.
- 13- Ribot Reyes VC, Alfonso Romero M, Ramos Arteaga M E, González Castillo A. Suicidio en el adulto mayor. Rev haban cienc méd [Internet]. 2012 [citado 2018 Ene 26]; 11(Suppl 5): 699-708. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500017&lng=es.
- 14- Leiva E, Álamos Lara A, Prüssing Santibáñez L, Uriarte Ruiz A. Intento de suicidio: características clínicas y epidemiológicas. Sexta Región de Chile 2002-2004. [Internet]. 2016 [citado 4 de enero 2016]. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/intento-suicidio-caracteristicas-clinicas-epidemiologicas-/articulo/S1695403308720186/>
- 15- Velásquez Suarez JM. Suicidio en el anciano Rev colomb psiquiatr. [online]. 2013, vol.42, suppl.1, pp.80-84. [citado 6 de febrero 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42s1/v42s1a11.pdf>
- 16- Echeburua E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Ter Psicol, Santiago, v. 33, n. 2, p. 117-126. [Internet]. 2015. [citado 10 feb. 2017]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000200006&lng=es&nrm=iso.
- 17- Andrade Salazar JA, Lozano Sapuy LP, Rodríguez Romero A, Campos Ramírez JA. Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos. Rev Cult del Cuid. Vol. 13 N° [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/317336420>

No existe conflicto de intereses entre los autores.

Contribución de los autores:

- Rita Irma González Sábado: Búsqueda bibliográfica, confección de tablas, análisis de los resultados, ajustar el contenido a las normas de publicación de esta revista.
- Alberto Martínez Cárdenas: Confección de tablas y análisis de los resultados, conclusión.
- Rafael Claudio Izaguirre Remón: Búsqueda bibliográfica, traducción, redacción y estilo del documento.

Fecha de recibido: 07 de diciembre de 2017

Fecha de aprobado: 06 de febrero de 2018



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).