

TITULO: Caracterización de la conducta suicida en el Policlínico “René Ávila Reyes”. Holguín 2007-2008

TITLE: Description of the Suicidal Behaviour “Rene Avila Reyes”. Polyclinic. Holguín 2007-2008

AUTORES:

1. Dra. Eisy Mercedes Infantes Pérez
2. Dra. Tatiana Zoila Ochoa Roca
3. Lic. Rosa María Ochoa Roca.

PAÍS: Cuba

RESUMEN:

Aborda un estudio descriptivo, de series de casos sobre el comportamiento de la conducta suicida en el Policlínico “René Ávila Reyes”, Holguín .2007-2008. La muestra estuvo integrada por 52 pacientes con conducta suicida. Para la obtención de información se revisaron Historias Clínicas y discusiones de casos. En el intento suicida hubo un mayor predominio en los adolescentes, las mujeres y amas de casa. Las edades de 31 a 40 años, del sexo masculino y desocupados, se señalaron con mayor comportamiento en el suicidio. Los métodos más empleados para realizar el intento correspondieron a la ingestión de tabletas y el ahorcamiento para al suicidio. Los antecedentes patológicos familiares y personales de conducta suicida se señalaron como factor importante y el problema principal que desencadenó la conducta correspondió a la depresión marcada. Se recomendó el diseño de una estrategia de intervención comunitaria para lograr un impacto en el área de salud.

PALABRAS CLAVES: CONDUCTA SUICIDA, INTENTO SUICIDA, SUICIDIO.

ABSTRACT:

A descriptive study of a series of cases with suicidal behaviour at René Avila Reyes polyclinic in Holguín from 2007 to 2008 was carried out. The sample comprised 52 patients with suicidal behaviour. Clinical Charts and discussion of cases were reviewed to obtain information suicidal attempt had a high bigger prevalence in adolescents, women and housewives. Ages from 31 to 40 years, male sex and unemployed pointed out as a significant behaviour in the suicide. The most frequent methods used by the patients with suicidal attempt were the ingestion of pills and hanging. Family and personal pathological antecedents of suicidal behaviour were important factors and the main problem that brought about this behaviour corresponded to marked depression. The design of a strategy in the community was recommended to achieve an impact in the health area.

KEY WORDS: SUICIDAL BEHAVIOR, SUICIDAL ATTEMPT, SUICIDE

INTRODUCCIÓN

Un programa clínico de importancia que actualmente tiene que enfrentar el médico de familia es el de prevención de la conducta suicida, si se tiene en cuenta que es una de más frecuentes causas de disfunción a nivel mundial.

En Cuba, hoy día, se ha producido una modificación en el cuadro de salud. Las enfermedades infectocontagiosas han sido erradicadas en casi su totalidad, las enfermedades transmisibles se mantienen bajo control, ocupando los primeros lugares como causa de muerte las enfermedades crónicas no transmisibles y el suicidio no está excepto, pues constituye un problema de salud en Cuba y en Holguín [Guillot Moreno, A. El Suicidio como problema humano]. Vale decir, que el Ministerio de Salud Pública desde el año 1985 puso en vigor un programa de prevención de la conducta suicida, en el que se norman el desarrollo de un conjunto de acciones de salud, encaminadas a prevenir la conducta suicida, ya que éste es un fenómeno multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales; según conocimientos actuales en la expresión de una falla en los mecanismos de adaptación del sujeto a su medio ambiente, provocada por una situación conflictiva situacional o permanente o como consecuencia de un desequilibrio de su psicología interna atribuible a diversas causas. [Pérez Martínez, V.; Lorenzo Parra, Z.

Repercusión familiar del comportamiento suicida]

Según los expertos de la Organización Mundial de la Salud diariamente se suicidan en el mundo 1000 personas e intentan hacerlo otro tanto de los que sólo lo logran la décima parte. [Ministerio de Salud Pública. Programa de prevención de la conducta suicida]

En la prevención de la conducta suicida el médico de familia desempeña una importante papel si se tiene en cuenta que éste constituye el primer eslabón o contacto del paciente con la atención primaria de salud; esto lo sitúa en una posición única para enfrentar esta amplia problemática y en especial para ejercer acciones de prevención.⁶ Se ha comprobado que un médico atiende por lo menos 6 pacientes gravemente suicidas cada año, hasta el 50% de las personas que comenten suicidio han buscado asistencia médica durante las semanas o el mes que precede a su muerte y a menudo recurren a los medicamentos que se le han prescrito para terminar con sus vidas.

Antiguamente se creyó que el intento suicida era un suicidio fracasado. En la actualidad hay criterios diferentes en cuanto a esto, pues se considera que los suicidios y los intentos suicidas constituyen actos disímiles, ejecutados de diversos modos y por diferentes grupos de personas, lo que le confiere al intento suicida individualidad. [Casullo, M. Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida]

Estos fundamentos llevaron a identificar el problema científico: ¿Cuál es el comportamiento de la conducta suicida en el área de salud "René Ávila Reyes". 2007- 2008?

Por lo que se planteó como objetivo: Caracterizar el comportamiento de la conducta suicida en el área de salud “René Ávila Reyes” durante el período de enero 2007 a diciembre del 2008 según variables sociodemográficas y biomédicas.

MATERIALES Y METODOS.

El Se realizó un estudio descriptivo y de serie de casos sobre el comportamiento de la conducta suicida en el área de salud “René Ávila Reyes”, en el período comprendido desde enero 2007 a diciembre de 2008. La muestra estuvo integrada por 52 pacientes con conducta suicida, distribuidos en 44 personas con intento suicida y 8 fallecidos por suicidio en el período de estudio.

Operacionalización de variables: Se abordaron variables tales como: edad, sexo, ocupación, método empleado, antecedentes patológicos familiares, antecedentes patológicos personales y conflictos que desencadenaron la conducta suicida.

Para la obtención de información se revisaron los registros estadísticos del policlínico, las Historias Clínicas Individuales, las discusiones de los casos con intento suicida y los de los fallecidos por suicidio consumado. No se reveló en ningún momento la identidad de los pacientes estudiados, sólo para el conocimiento de los autores con fines investigativos. Se tuvo en cuenta los enunciados planteados en la Declaración de Helsinki.

Los datos se procesaron mediante métodos de estadística descriptiva como números absolutos y cálculo de porcentaje. Se confeccionó una base de datos con la ayuda de Microsoft Excel (Office, 2003). Los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos.

La estrategia de búsqueda bibliográfica, se sustentó en textos clásicos, revistas impresas y en formato digital en INFOMED, el metabuscador Google, base de datos como EBSCO, MEDLINE y PUBMED sobre artículos de la temática correspondientes al período de 2000 al 2008.

RESULTADOS DEL TRABAJO

En el área de salud en el período de enero de 2007 a diciembre de 2008 se reportó un total de 52 casos con conducta suicida (tabla I); distribuidos en 44 intentos suicidas y 8 suicidios. El año 2007 se presentó con mayor comportamiento con un total de 27 intentos (87,10%) y 4 suicidios (12,90%); y en el 2008 se notificaron 17 pacientes (80,95%) con intento suicida y 4 con suicidio consumado para un 19,05%.

Estas estadísticas demostraron que este fenómeno de salud constituye una prioridad de trabajo para el Grupo Básico de Trabajo y el Equipo de Salud Mental del área, pues aunque existe una disminución en 10 casos con relación al 2008, esta diferencia no es significativa.

Tabla I Comportamiento de la conducta suicida .Policlínico René Ávila Reyes. 2007-2008.

Conducta suicida	2007		2008		Total	
	No	%	No	%	No	%
Intento suicida	27	87,10	17	80,95	44	84,62
Suicidio	4	12,90	4	19,05	8	15,38
Total	31	100	21	100	52	100

El comportamiento de la conducta suicida según la edad (tabla II) se manifestó en el caso de los intentos con mayor predominio en las edades de 11 a 20 años con un 40,91%, seguido del grupo de 31 a 40 años (25%), se observó que a medida que aumenta la edad decrece la presencia de esta conducta en los casos estudiados. Preocupa el alto porcentaje de adolescentes y jóvenes que mantienen una conducta autodestructiva, pues se ha visto en la práctica que muchas personas que se suicidan, tienen antecedentes de intentos suicidas desde jóvenes y los han repetido varias veces con métodos cada vez más letales, hasta que logran poner fin a sus vidas. [Bochner, R. Perfil das intoxicacoes em adolescentes no Brasil no período de 1999 a 2001] [Sánchez Pedraza, R.]

Con respecto al suicidio se apreció un predominio de las edades entre 31 a 40 años con un 4 casos (50%); al revisar los datos se reportó un suicidio en el grupo de adolescentes, esto corrobora lo expresado por los autores consultados cuando plantean que la adolescencia es un grupo de riesgo importante con el que es necesario trabajar seriamente.

Tabla II: Distribución de la conducta suicida según edad. “Policlínico René Ávila Reyes”. 2007-2008.

Grupo de Edades	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
11 a 20 años	18	40,91	1	12,50	19	36,54
21 - 30 años	8	18,18	1	12,50	9	17,30
31 - 40 años	11	25,0	4	50,00	15	28,85
41 - 50 años	3	6,82	1	12,50	4	7,69
51 - 60 años	3	6,82	--	--	3	5,77
+ 60 años	1	2,27	1	12,50	2	3,85
TOTAL	44	100	8	100	52	100

En cuanto a la distribución de los casos según sexo (tabla III) se presentó un mayor predominio de los intentos suicidas en el sexo femenino con un 70,45% y en el suicidio predominó el sexo masculino en el 87,50% de los pacientes. Generalmente las mujeres intentan más que los hombres quitarse la vida, ya que debido a su genotipo tienen mayores dificultades a asumir o acatar decisiones complejas y difíciles, en ocasiones no toleran las frustraciones y utilizan esta conducta para enajenarse del problema que originó el intento. [Groori B.]

En la literatura revisada se encuentra que existe una tendencia al incremento de los intentos en el sexo femenino. [Burns, J. J, The Adolescent with a chrnic illness] El Dr. Vladimir Torres Lio-Coo en un estudio realizado en el Hospital Militar “Carlos J. Finlay” en el año 2006 demostró que las féminas son atendidas con mayor frecuencia en los servicios de Urgencias Médicas por intento suicida. Otros autores plantearon que el sexo femenino tiene características específicas para enfrentar los acontecimientos de la vida ya que son más débiles en su constitución física y psíquicamente, por el rol que desempeñan en la sociedad se ven más afectadas al enfrentar tareas complejas y condiciones críticas en su esfera personal.

El sexo masculino es el más implicado en el suicidio consumado, porque el hombre valora la independencia y la indecisión, considerando que el pedir ayuda ante una situación adversa es signo de debilidad, criticándola a toda costa. Esto coincide con otros trabajos donde plantearon que el 70% de todos los suicidios se producen en el hombre.

Tabla III: Distribución de los pacientes con conducta suicida según sexo. “Policlínico René Ávila Reyes”. 2007-2008.

Sexo	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	31	70,45	1	12,50	32	61,54
Masculino	13	29,55	7	87,50	20	38,46
TOTAL	44	100	8	100	52	100

Con relación a la ocupación de los casos con conducta suicida (tabla IV), en el intento suicida predominó en un 38,63 % las amas de casa, seguido de los estudiantes en 29, 33%. El suicidio representó un mayor comportamiento en los desocupados con un 62,50 %.

Se considera que en las amas de casas puede estar dado porque las mujeres en la etapa reproductiva de la vida se le unen las preocupaciones de índole domésticas, las familiares y conyugales, por lo que puede ser causa de conductas destructivas. Estos resultados coinciden con la bibliografía consultada. [Charón Miranda, M. Análisis compar ativo de la conducta suicida en un área de salud]

En el suicidio los desocupados tuvieron un mayor predominio, ya que independientemente del tiempo que pasan entregados al ocio, en ocasiones son víctimas de sentimientos de poca utilidad, problemas económicos e inferioridad, engendrándose de esta forma dificultades para el desempeño de las actividades sociales, personales y familiares, lo cual rompe el equilibrio existente entre el individuo y su medio, por lo que resulta ser una motivación aparente para el suicidio. [Vázquez Machado, A. Caracterización clínico-epidemiológica del síndrome depresivo]

Tabla IV: Distribución de los pacientes con conducta suicida según ocupación laboral. "Policlínico René Ávila Reyes". 2007- 2008.

Ocupación	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estudiante	13	29,55	1	12,50	14	26,92
Trabajador	5	11,36	--	--	5	9,62
Ama de Casa	17	38,63	2	25,00	19	36,54
Trabajador por cuenta propia	2	4,55	--	--	2	3,85
Jubilado	3	6,82	--	--	3	5,77
Desocupado	4	9,09	5	62,50	9	17,30
TOTAL	44	100	8	100	52	100

Al analizar los métodos empleados en la conducta suicida (tabla V) se presentó en el intento la ingestión de tabletas en un 81,82% y en el suicidio, el ahorcamiento en el 87,50 % de los casos. Esto guarda relación con el sexo, pues existe un mayor predominio en el sexo femenino, por lo que esto coincide con el método empleado, ya que en el intento suicida y sobre todo las mujeres tienen elección por métodos blandos como: ingestión de tabletas y sustancias tóxicas. En el caso del suicidio el método de elección más utilizado en el sexo masculino según la literatura revisada son los llamados métodos duros: ahorcamiento, degollamiento, uso de armas de fuego, precipitación desde altura y en este estudio coincide que el suicidio afecta más a los hombres, por lo que coincide con este estudio. [Trenzado Rodríguez, N. B. Suicidio, cuarta causa de muerte en Cárdenas, Matanzas]

Las mujeres utilizan métodos menos letales, sin intención de privarse la vida, lo que se conoce en la literatura como grito de ayuda, que representa una forma de llamar la atención ante situaciones de estrés del medio. [Guibert Reyes, W. Prevención de la conducta suicida en Atención Primaria de Salud (APS)]

Tabla V. Método empleado por los pacientes para realizar la conducta suicida. "Policlínico René Ávila Reyes". 2007 –2008.

Método Empleado	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ingestión de Tabletás	36	81,82	--	--	36	69,24
Ingestión de Sustancias Tóxicas	6	13,64	--	--	6	11,54
Ahorcamiento	1	2,27	7	87,50	8	15,38
Sección de Vasos Sanguíneos	1	2,27	--	--	1	1,92
Quemaduras	--	--	1	12,50	1	1,92
TOTAL	44	100	8	100,00	52	100,00

Los antecedentes patológicos familiares de conducta suicida en los pacientes estudiados (tabla VI), se señaló un predominio del 71,15% con esta conducta, 72,73%% para los casos de intento y el 62,50% de los suicidios respectivamente. Se evidenció una gran relación de este factor con el suicidio. La literatura revisada plantea que en ocasiones estas conductas se imitan. [Black, S. T. El Uso de los sujetos sustitutos en el estudio del suicidio]

Tabla VI: Antecedentes patológicos familiares de conducta suicida en los casos estudiados. “Policlínico René Ávila Reyes”. 2007 – 2008.

Antecedentes Patológicos Familiares	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con antecedentes	32	72,73	5	62,50	37	71,15
Sin antecedentes	12	27,27	3	37,50	15	28,85
TOTAL	44	100	8	100	52	100

En cuanto a los antecedentes patológicos personales de conducta suicida (tabla VII), se presentó en el 61,54% de los casos; el 59,09% en los intentos suicidas y en el 75 % de los suicidios respectivamente. En estudios revisados se plantea que el 60% de los suicidios tienen antecedentes de intentos previos y al respecto se enfatiza en que es más probable que se quite la vida una persona que ya lo había intentado, que otra que nunca lo había realizado. Otros estudios han concluido que en pacientes con intentos suicidas, finalmente se quitan la vida, hay personas con una marcada tendencia a la autodestrucción, es por eso que el antecedente de intento suicida es un factor de riesgo muy importante en este fenómeno. [Torre, E. El Suicidio entre personas jóvenes: un análisis epidemiológico en tres provincias italianas] [Rosete Silva H]

Tabla VII: Antecedentes patológicos personales de conducta suicida. “Policlínico René Ávila Reyes”. 2007 – 2008.

Antecedentes Patológicos Personales	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con antecedentes	26	59,09	6	75,00	32	61,54
Sin antecedentes	18	40,91	2	25,00	20	38,46
TOTAL	44	100	8	100	52	100

El problema principal que desencadenó la conducta suicida (tabla VIII) lo constituyó en los intentos suicidas y en el suicidio, la depresión marcada en el 31,81% y el 50 % respectivamente, seguido de los problemas con la pareja en el 22,72% y los trastornos psiquiátricos con un 15,91% en los casos de intento y en el suicidio el 37,50% para los problemas de pareja.

Teniendo en cuenta que en este estudio el sexo predominante correspondió en los intentos suicidas a las féminas, coincide en este caso con los problemas de la pareja que tuvieron un mayor comportamiento, ya que este conflicto se pone de manifiesto fundamentalmente en las mujeres, pues posteriormente a una discusión con la pareja ingieren las tabletas con la intención fundamentalmente

de obtener ganancias o motivadas por un impulso y no de morir. [Adams, T. E. Evaluación del riesgo de suicidio: técnicas de prevención para desaparecer el gran potencial en la escuela.] [Querejeta, I. Valoración del paciente suicida: Riesgo y precaución] Otro conflicto de gran predominio lo constituyeron los trastornos psiquiátricos presentes en algunos pacientes en los que las ideas suicidas forman un síntoma de la enfermedad.

Tabla VIII: Problema principal que desencadenó la conducta suicida en los enfermos estudiados. “Policlínico René Ávila Reyes”. 2007 – 2008.

Problema Principal	Intento Suicida		Suicidio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Depresión Marcada	14	31,81	4	50,00	18	34,62
Problemas con la pareja	10	22,72	3	37,50	13	25,00
Trastornos psiquiátricos	7	15,91	1	12,50	8	15,38
Problemas familiares	8	18,19	--	--	8	15,38
Problemas laborales	3	6,82	--	--	3	5,77
Problemas legales	2	4,55	--	--	2	3,85
TOTAL	44	100	8	100	52	100

CONCLUSIONES

El comportamiento de la conducta suicida fue mayor en el año 2007 donde predominó el intento suicida.

Los adolescentes y las mujeres resultaron los más afectadas por intento suicida y en el suicidio las edades entre 31 a 40 años y sexo masculino.

Las amas de casa se presentaron con un mayor comportamiento en el intento, en ellas el método empleado para realizar el intento que predominó fue la ingestión de tabletas. En el suicidio las personas sin vínculo laboral o desocupado y el ahorcamiento como método de elección para realizar esta conducta fueron los de mayor predominio.

Los antecedentes patológicos familiares y personales de conducta suicida aportaron en ambos sexo el mayor número de casos y el problema principal que desencadenó la conducta suicida lo constituyó la depresión marcada y los problemas con la pareja.

RECOMENDACIONES

Proponer en el área de salud, el diseño de una estrategia de intervención con la participación comunitaria, en aras de lograr una disminución de la conducta suicida en esta comunidad teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- Identificar y dispensarizar por el Equipo Básico de Salud los individuos, grupos y familias de riesgo.
- Fortalecer el trabajo del Equipo de Salud Mental del policlínico en aras de lograr la sostenibilidad del Programa de Prevención de la Conducta Suicida.
- Llevar el comportamiento epidemiológico de la conducta suicida del área al seno de la comunidad a través del “Consejo por la Salud”, realizando análisis sobre el fenómeno, sus posibles soluciones a partir de la participación comunitaria y la intersectorialidad.
- Evaluar con el consejo de dirección de la Escuela de Conducta “Luis Escalona Moles” la incidencia de este fenómeno y la involucración de todos los factores del centro en su prevención.
- Activar los círculos de adolescentes de la comunidad, logrando su funcionabilidad en la realización de acciones de salud encaminadas al conocimiento del riesgo y sus consecuencias.
- Realizar talleres de capacitación sobre factores de riesgo de la conducta suicida con los grupos vulnerables como adolescentes, ancianos, alcohólicos, desocupados, reclusos, etc.
- Lograr funcionamiento adecuado de las “Escuelas de Padre” llevando esta problemática al seno de las mismas.
- Llevar a debates en las delegaciones de base de la FMC temas relacionados con la problemática que incide en la conducta suicida y el papel que juega la mujer en su rol de madre en la prevención de la misma.
- Crear la consulta de Orientación a la Familia en el área de salud y lograr su funcionamiento.
- Desarrollar líneas de investigación comunitaria sobre este tema, logrando un impacto de sus indicadores.
- Efectuar una evaluación y control de estas estrategias de forma sistemática y continuada a través del Grupo Básico de Trabajo, en el Consejo de Dirección y Consejo por la Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adams, T. E. Evaluación del riesgo de suicidio: técnicas de prevención para desaparecer el gran potencial en la escuela. **Am J Pub Health** (USA) 2001; 91(5): 742-52. [seriada en línea] http://hinari_gw.who.int/ [consultado: 12 jun 2009].
2. Black, S. T. El Uso de los sujetos sustitutos en el estudio del suicidio. **Eur J Psychiatr** (Italia) 2001, 15(3): 133-36. [seriada en línea] http://hinari_gw.who.int/ [consultado: 12 jun 2009].

3. Bochner, R. Perfil das intoxicacoes em adolescentes no Brasil no período de 1999 a 2001. **Cad Saúde Pública** (Brasil) 22(3): 587-95, 2006.
4. Burns, J. J, Sadof, M, Kamat, D. The Adolescent with a chrnic illness. **Pediatr Ann** (Canadá) 2006; 35(3): 206-10. [seriada en línea] <http://hinarigw.who.int/> [Consultado: 12 jun. 2009].
5. Casullo, M. M; Fernández Liporace, M, Contin de González, N. Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida. **Invest Psicol.** (La Habana) 10(3): 21-36, 2005.
6. Charón Miranda, M, Vargas Fajardo, E, Mesa Laurente, E. Análisis comparativo de la conducta suicida en un área de salud. **Rev Cubana Enfermer** (La Habana) 2001; 17(1): 51-57. [seriada en línea] <http://www.bvs.sld.cu/> [consultado: 12 jun 2009].
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública: Dirección Nacional de higiene y Epidemiología. Programa de prevención de la conducta suicida. La Habana: [S.N], 2006. 52 h.
8. Groori B... [et al.]. Suicidal behavoir by burns among adolescents in Kurdistan, Iran: a social tragedy. **Crisis** (USA) 27(1): 16-21, 2006.
9. Guibert Reyes, W. Prevención de la conducta suicida en Atención Primaria de Salud (APS). **Rev Cubana Med Gen Integr** (La Habana) 18(2): 125-131, 2004.
10. Guillot Moreno, A. El Suicidio como problema humano. **Avanz Científ** 2005; 8(3):45-79 [seriada en línea] http://www.atenas.inf.cu/publicaciones/revista_electrónica/artículos/Hospital.htm [consultado: 12 jun. 2009]
11. Pérez Martínez, V.; Lorenzo Parra, Z. Repercusión familiar del comportamiento suicida. **Rev. Cubana Med Gen Integr** (La Habana) 20(5-6): 23-34, 2004.
12. Querejeta, I. Valoración del paciente suicida: Riesgo y precaución. **Form Med Contin Atenc Prim** (USA) 2002; 9(3): 168-75. [seriada en línea] http://hinari_gw.who.int/ [consultado: 12 jun. 2009].
13. Rosete Silva H. Escogiendo morir: una epidemia creciente entre los jóvenes. **Bull** (USA) 2001; 79(12): 1175. [seriada en línea] http://hinari_gw.who.int/ [consultado: 12 jun. 2009].
14. Sánchez Pedraza, R... [et al.]. Aspectos generales sobre evaluación y manejo del paciente con conducta suicida. **Rev Fac Med** (La Habana); 49(2): 105-109, 2002.
15. Torre, E. El Suicidio entre personas jóvenes: un análisis epidemiológico en tres provincias italianas. **Eur J Psychiatr** (Italia) 15(3): 180-88, 2001.
16. Trenzado Rodríguez NB, Parras Trenzado E, Feliz López T. Suicidio, cuarta causa de muerte en Cárdenas, Matanzas. **Rev Cubana Hig Epidemiol** (La Habana) 39(2): 115-119, 2001.
17. Vázquez Machado, A. Caracterización clínico-epidemiológica del síndrome depresivo. **Rev Cubana Med Gen Integr** (La Habana) 17(3): 227-233, 2005.

DATOS DE LOS AUTORES

Nombre:

1. Dra. Eisy Mercedes Infantes Pérez, Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Master en Atención Integral ala Mujer y Profesor Instructor
2. Dra. Tatiana Zoila Ochoa Roca, Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral, Profesor Asistente y Master en Atención Integral ala Mujer.
3. Lic. Rosa María Ochoa Roca. Licenciada en Literatura y Español, Master en Ciencias de la Educación y Profesor Instructor

Correo:

1. eisy2009@yahoo.com
2. ochoa@cristal.hlg.sld.cu

Centro de trabajo:

- (1).Policlínico René Ávila Reyes.Dirección: Progreso No 158 % Garayalde y Cuba.Holguín.
- (2) Policlínico René Ávila Reyes. Dirección: Progreso No 158 % Garayalde y Cuba.Holguín.
- (3).Escuela Secundaria Básica Menéalo Mora Morales.Dirección .Mártires No104 %Frexes y Aguilera.Holguín.