

Conocimientos sobre prevención del intento de suicidio en estudiantes de Medicina y médicos de familia

Knowledge about the prevention of suicide attempts in medical students and general practitioners

Rita Irma González Sábado, Alberto Martínez Cárdenas, Sonia García Jerez, Rafael Claudio Izaguirre Remón, Francisco Leonardo Núñez Bentancourt, Yunior Yero Quesada

Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Cuba.

RESUMEN

Fundamento: una práctica laboral efectiva requiere de un enfoque de competencia que muestre la relación entre aprendizaje y trabajo.

Objetivo: evaluar el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de Medicina y médicos de familia sobre la prevención del intento de suicidio.

Método: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el periodo de enero 2017-2018 en el Policlínico Docente 1. "Dra. Francisca Rivero Arocha" del municipio Manzanillo,

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

Granma. Se utilizaron métodos teóricos: histórico-lógico, análisis-síntesis e inducción-deducción; empíricos: encuesta en forma de cuestionario; y estadísticos para el procesamiento de los datos en números absolutos y el análisis porcentual.

Resultados: los encuestados mostraron desconocimiento en la identificación y atención de individuos y grupos de riesgo para cometer un intento suicida; la mayoría de los estudiantes estuvieron incluidos en la categoría de Mal, en los residentes y especialistas de Medicina General Integral sobresalen las categorías de Regular, en lo fundamental. Se constataron, además insuficiencias relacionadas con el desconocimiento de los objetivos que persigue el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Conducta Suicida.

Conclusión: el diagnóstico realizado evidenció notables insuficiencias en el conocimiento acerca de la prevención del intento suicida, los autores consideran que es un problema a resolver desde la academia en el proceso de formación y superación del profesional de la Atención Primaria de Salud.

DeSC: suicidio, intento de suicidio, grupos de riesgos, estudiantes, medicina familiar y comunitaria, educación médica.

ABSTRACT

Background: an effective work practice requires a competency approach that shows the relationship between learning and work.

Objective: to assess the level of knowledge that medical students and General practitioners have about the prevention of suicide attempts.

Method: a descriptive cross-sectional study was carried out in the period from January 2017 to 2018 in "Dr. Francisca Rivero Arocha "Teaching Polyclinic 1" from the municipality of Manzanillo, Granma province. Theoretical methods were used: historical-logical, analysis-synthesis and induction-deduction; empirical ones: survey in the form of a questionnaire; and statistics for data processing of absolute numbers and the percentage analysis.

Results: the respondents showed ignorance in the identification and attention of individuals

and groups at risk to commit a suicide attempt; the majority of the students were included in the category of Bad, in the residents and specialists of comprehensive General Medicine the categories of average stand out, in the fundamental thing. There were also shortcomings related to the ignorance of the objectives pursued by the National Program for the Prevention and Control of Suicidal Behavior.

Conclusion: the diagnosis made evidenced notable insufficiencies in the knowledge about the prevention of the suicidal attempt; the authors consider that it is a problem to solve from the academy in the process of formation and improvement of the professional of the Primary Health Care.

MeSH: suicide, suicide, attempted, risk groups, students, family practice, education, medical.

INTRODUCCIÓN

En la educación médica cubana existe como principio que la docencia fortalezca la atención asistencial en los diferentes niveles de salud, y se parte del hecho de que, tal como apuntó Castro Ruz referido por Salas Perea et al.:¹ "... allí donde hay un profesor, allí donde hay un hombre obligado al estudio constante y sistemático hay una mejor asistencia. (...) Si queremos ser potencia médica tenemos que ser una potencia en la docencia médica".

El diseño del sistema de formación del especialista de Medicina General Integral (MGI) surgió en la década de 1980, sustentado en el subsistema de educación de posgrado en Cuba. Por su origen esta especialidad constituye un elemento renovador y revolucionario dentro del sistema de salud, tanto en el orden asistencial como docente.²

Santa Clara ene.-mar.

Hasta el momento ha sido identificado un grupo de problemas para enfrentar la tarea de formación del especialista en MGI. Rodríguez Jústiz et al.³ señalan: visión clínico-curativa biologicista de los MGI, no se utilizan adecuadamente el diagnóstico de salud ni el educativo e insuficiente preparación en técnicas educativas que constituyen un serio obstáculo para la participación social.

A juicio de los autores existen otros elementos que pueden considerarse limitantes para el buen desempeño de las funciones asistenciales, docentes, investigativas y de gerencia en el médico de la familia, relacionadas con el cúmulo de tareas documentales y atencionales según planes emergentes a desarrollar, entre ellos el más absorbente es el Programa Materno-Infantil.

En la formación de las competencias para la prevención y control del intento suicida, los autores consideran que la cantidad de información que reciben los estudiantes desde el pregrado es adecuada, por su presencia en los programas de la asignatura MGI en el tema II (5to año), y el internado en MGI (6to año) en el tema IV, referente a "La atención médica integral a las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud". Sin embargo, en la distribución de las diversas formas de organización de la docencia planificadas se prioriza el estudio de las diferentes enfermedades, y otros daños a la salud donde se incluye el tema del suicidio, este es insuficientemente tratado o no abordado. De igual forma sucede en el programa de formación del residente en MGI el cual se desarrolla en 2 años, y en el primero, en el Módulo 5 "Salud Pública. Medidas de control de las enfermedades transmisibles, no transmisibles y otros daños a la salud" que es donde se debiera abordar el tema, la carga docente no lo permite; en 2do año, en el Módulo 23 "Enfermedades psiquiátricas" someramente alude a las urgencias psiquiátricas; estas carencias en el tratamiento del tema repercuten en la incompleta formación y desarrollo de las competencias profesionales del MGI para la prevención y control del intento suicida.

En consecuencia con lo expuesto, ha de estimarse como oportuna la superación aprovechando las modalidades de la enseñanza posgraduada para suplir las carencias del

modelo vigente de formación, con el propósito de desarrollar competencias especializadas en la prevención y control del intento de suicidio en este profesional, encargado de ofrecer una atención oportuna y efectiva a la población de riesgo.

A pesar de que existe el Programa Nacional de Prevención y Control de la Conducta Suicida,⁴ las tasas de suicidio e intento continúan siendo elevadas para el territorio local y provincial, con tasas ajustadas de 8,4 por 100 000 habitantes según el Anuario Estadístico de la provincia Granma,⁵ en igualdad con la tasa nacional en las edades de 15-49 años, que constituye la cuarta causa de muerte para los grupos de edades de 10-19 años y de 15-49 años.⁶

Lo antes expuesto permite advertir la emergencia de una contradicción epistemológica de carácter externo, que se manifiesta en las elevadas estadísticas de intento suicida en el cuadro de salud, y la necesidad de la capacitación del médico de la familia para la prevención y control de este evento, por lo que el objetivo de esta investigación es: evaluar el nivel de conocimientos que tienen los estudiantes de Medicina y médicos de familia sobre la prevención y control del intento de suicidio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el periodo de enero 2017-2018, en la Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Constituyeron la población de estudio 75 estudiantes de Medicina y médicos de familia (residentes y especialistas en MGI); por muestreo aleatorio simple se escogió una muestra de 30 (38,4 %) distribuidos en 10 estudiantes de 6to año de la carrera de Medicina de un total de 23 que estaban en educación en el trabajo en el Policlínico I; 10 residentes de 2do año de MGI, de un total de 21; y 10 especialistas de MGI de un total de 31 que prestaban asistencia en los consultorios del médicos de la familia, como mínimo con un año de experiencia. Los residentes y

especialistas laboraban en el Policlínico Docente 1. "Dra. Francisca Rivero Arocha", de Manzanillo, Granma.

Se utilizaron distintos tipos de métodos:

Del nivel teórico:

Histórico-lógico para el estudio de los antecedentes históricos del abordaje de la conducta suicida.

Análisis-síntesis: en todo el proceso investigativo durante la fundamentación teórica, explicación y argumentación del tema tratado.

Inducción-deducción: en el estudio de la bibliografía consultada, determinación del problema, valoración teórica desde lo general a lo particular y de lo particular a lo general y en el análisis e interpretación del tema abordado.

Del nivel empírico:

Se diseñó una encuesta con 14 preguntas (abiertas, semicerradas y cerradas) para evaluar el nivel de conocimientos que tenían sobre la identificación de individuos y grupos de riesgo de intento suicida, así como el seguimiento de los pacientes, según el Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida. A cada pregunta se le asignó una puntuación:

Pregunta 1: 1 punto por cada respuesta correcta (total: 3 puntos).

Pregunta 2: 1 punto si responde Sí y 3 puntos por la argumentación correcta (total: 4 puntos).

Pregunta 3: 1 punto si marca la segunda opción (total: 1 punto).

Pregunta 4: 1 punto si marca el tema suicidio (total: 1 punto).

Pregunta 5: 1 punto si marca Sí (total: 1 punto).

Pregunta 6: 1 punto si marca Sí (total: 1 punto).

Pregunta 7: 1 punto si marca Sí (total: 1 punto).

Pregunta 8: 10 puntos:

a) 1 punto cada respuesta (total: 3 puntos).

b) 1 punto cada respuesta (total: 5 puntos).

c) 1 punto si marca Sí (total: 1 punto).

d) 1 punto si marca Sí (total: 1 punto).

Pregunta 9: 1 punto si marca Sí (total 1: punto).

Pregunta 10: 1 punto por cada respuesta correcta (total: 5 puntos).

Pregunta 11: 1 punto por cada respuesta correcta (total: 3 puntos).

Pregunta 12: 1 punto por cada respuesta correcta (total: 5 puntos).

Pregunta 13: 1 punto si marca respuesta correcta (total: 1 punto).

Pregunta 14: 1 punto por cada respuesta correcta (total: 3 puntos).

A partir de las respuestas del cuestionario se puede obtener un máximo de 40 puntos, que integralmente evalúan el nivel de conocimientos sobre el tema, subdividido en:

Excelente: 36,4 a 40

Bueno: 32,4 a 36,3

Regular: 28 a 32,3

Mal: < 28

Del nivel estadístico:

Para procesar los datos fueron utilizados los números absolutos y el análisis porcentual.

Se utilizó el consentimiento informado para llevar a cabo la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultó evidente, según se aprecia en la tabla, que la mayoría de los encuestados mostraron desconocimiento en la identificación, atención de individuos y grupos de riesgo para cometer un intento de suicidio; solo el 16,6 % de los encuestados tiene un nivel de conocimientos Bueno. El 70 % de los estudiantes estuvieron incluidos en la categoría Mal, en los residentes sobresalen las categorías de Regular y Mal (40 %) y en los especialistas fueron notorias las categorías de Regular (50 %) y Mal (20 %).

Tabla. Nivel de conocimientos sobre la conducta suicida.

Nivel:	Estudiantes de Medicina		Residentes de MGI		Especialistas de MGI		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Excelente	-	-	-	-	-	-	-	-
Bueno	-	-	2	20	3	30	5	16,6
Regular	3	30	4	40	5	50	12	40
Mal	7	70	4	40	2	20	13	43,3
Total	10	100	10	100	10	30	30	100

Fuente: Encuesta.

Un estudio en el Policlínico Nueva Paz,⁷ que evaluó indicadores de estructura, proceso y resultados sobre la ejecución del Programa Nacional de Prevención y Control de la Conducta Suicida, en la variable estructura, identificó la preparación del personal para enfrentar las acciones vinculadas con esta problemática buscando las necesidades de aprendizaje en médicos y enfermeras de la familia y trabajadores del Centro de Salud Mental municipal, esta investigación obtuvo como principal resultado que el 53,85 % de los encuestados no poseía ningún conocimiento, el 26,92 % tenía conocimientos insuficientes y las principales debilidades en el área del conocimiento estaban dadas por la inadecuada evaluación del intento suicida, insuficiente identificación de los factores de riesgo individuales, familiares y comunitarios, inadecuada clasificación de los métodos utilizados e insuficiente identificación de las acciones a realizar por el equipo básico de salud. A pesar de que se evalúa como un todo la calidad de la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida queda claro que forma parte importante para su evaluación la necesidad de la preparación del personal que debe garantizar la identificación, seguimiento de los individuos y grupos de riesgo en los que se evidencian serias deficiencias.

Santa Clara ene.-mar.

En el análisis por preguntas realizadas hubo mayores respuestas incorrectas referidas a la No. 3 en la que no sabían distinguir si el intento suicida se identifica como una enfermedad crónica o un daño a la salud, en la No. 4 la mayoría respondió que en pregrado no recibieron ningún contenido sobre el tema, en la No. 5 a la mayoría no le enseñaron ni hablaron del mencionado programa, en la No. 6 la mayoría de los residentes respondieron no haber sido evaluados en ese tema, en la No. 8 nadie respondió correctamente los tres objetivos que persigue el programa y en la No. 10, referente a la evaluación y seguimiento del paciente que comete intento suicida, la mayoría dieron respuestas erradas. Por otra parte, en las preguntas No. 11 y 12, referentes a si conocían algún método, escala, guía o test, que ayude a identificar cuál es el riesgo real o potencial en un paciente para cometer un intento suicida y cómo se evalúan, sobresalieron los que desconocían tales recursos.

En esencia se constató de manera general, un notable desconocimiento sobre el tema en estudiantes y médicos, el resultado ofreció una visión del problema y concuerda con diversas investigaciones de otras provincias.

Integrando el tema de las competencias relacionadas con el saber y el hacer del MGI y el cumplimiento de la atención al paciente con riesgo suicida existen algunas investigaciones como la de Pérez Martínez,⁸ que estudia el comportamiento suicida desde la perspectiva clínica afirmando que el papel de este especialista consiste, fundamentalmente, en el reconocimiento y manejo integral de este comportamiento autolesivo; para que pueda evitarse muestra en sus resultados la existencia de un déficit en los conocimientos y habilidades de los médicos que integran los equipos básicos de salud.

Vinculada con la labor asistencial dentro de las actividades de promoción y prevención para afrontar tales retos, el especialista en MGI debe contar con las habilidades que le permitan cumplir con lo establecido en el Programa Nacional de Prevención y Control de la Conducta Suicida, el cual contiene tres objetivos principales:

- Evitar el primer intento suicida.
- Evitar la repetición del intento suicida.

- Evitar el suicidio.

Las pautas para el seguimiento del paciente que comete intento suicida 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 educativo y el dominio de métodos, escalas, guías y test que ayuden a identificar cuál es el riesgo real o potencial en un paciente para 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 en riesgo; así como cumplir con el saber estar, del conjunto de normas, valores, actitudes y circunstancias que permiten interactuar con éxito en el medio social;⁹ sobre esta base se asume que existen importantes insuficiencias en las competencias profesionales para este particular en el residente y especialista en MGI por ser ellos los responsables de la atención a individuos y grupos de riesgo en el nivel primario.

Otros estudios^{10,11} declaran la necesidad de preparación de los profesionales que laboran en la atención primaria, los que deben velar por la dispensarización y seguimiento de individuos con riesgo de intento suicida; Rodríguez Almaguer et al.¹⁰ apuntan que los conocimientos que poseían médicos de familia habían sido adquiridos durante su formación, pero no habían recibido una capacitación específica ni habían desarrollado estrategias instructivas en los centros escolares, laborales o en la comunidad; de igual forma refieren los encuestados, con respecto a la prioridad otorgada a la prevención de la conducta suicida, que en la práctica se priorizaban otros programas de salud mental y/o de control de epidemias en alza, de mayores exigencias y más vigilados por las organizaciones de salud provincial y municipal. Por otra parte, los médicos de familia poseían una baja percepción de la necesidad de prevenir la conducta suicida en adolescentes; sus opiniones e ideas al respecto presentaban poca elaboración, no existía una sensibilización suficiente hacia el problema que movilizara su comportamiento en el plano profesional.

Santa Clara ene.-mar.

En mayo de 2013 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 66^a Asamblea Mundial de Salud adoptó el primer plan de acción sobre salud mental en su historia, que contiene la prevención del suicidio y se propone reducir su tasa en un 10 % para el 2020. En este año la OMS publicó el informe titulado Prevención del Suicidio: un Imperativo Global. Su objetivo es priorizar su inclusión en las políticas y concientizarlo como una cuestión de salud pública. El informe fue elaborado empleando un proceso de consulta a nivel mundial y está basado en la evidencia científica disponible.¹²

Por cada suicidio cometido hay múltiples intentos, el primero es el factor de riesgo más importante para los futuros; ¹² tales evidencias obligan al personal de salud, específicamente al médico de familia, a estar preparado para prevenir, detectar y tratar cada caso que en el área de salud muestre indicadores de riesgo, con énfasis en los grupos más vulnerables: adolescentes y adultos mayores.

El conocimiento acerca de la conducta suicida ha aumentado enormemente en los últimos decenios. Hay indicios de que, por cada adulto que se suicida, posiblemente más de 20 lo han intentado.¹³ Las estadísticas a nivel mundial denuncian la necesidad de trabajar con estilos preventivos en los casos reconocidos con riesgos. Cuba, en los últimos años ha mantenido tasas elevadas con énfasis en los adolescentes, justamente el periodo de la vida, que por sus características, marca el desarrollo posterior del adulto.¹⁴

Existen mitos que deben ser bien interpretados por el personal de salud, entre ellos: "El que se quiere matar no lo anuncia", y la intención contraria: "El que lo anuncia no lo hace". Esto puede conducir a no prestar atención a las personas que manifiestan sus amenazas, la opinión de los expertos señala que de cada 10 personas que lo llevan a vías de hecho, 9 de ellas expresaron sus propósitos y la restante dejó entrever sus intenciones de alguna manera.¹⁵

A pesar de existir una tendencia descendente del suicidio a nivel nacional con tasas inferiores a 9,6 por 100 000 habitantes, en la región oriental: Holguín, Granma y Las Tunas

se mantienen entre las provincias con tasas superiores en los últimos cinco años, además de Villa Clara en la región central y Mayabeque en la región occidental, según anuarios estadísticos.⁶ Estas mantienen tasas altas de forma estable a diferencias de otras donde existe gran variabilidad de un año a otro. Autores como Cuenca Doimeadios et al.¹⁶ consideran que en las altas tasas mantenidas influyen factores socioculturales muy arraigados en sus poblaciones.

Los análisis mostrados en diversas investigaciones^{14,17} en la provincia Granma refieren la necesidad de continuar trabajando en la sistematización de conocimientos sobre el tema con énfasis en la APS, por ser el escenario ideal para evitar la ocurrencia de un primer intento y/o su consumación, en cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional para la Prevención y Control de la Conducta Suicida, para lo cual se deben aprovechar todos los espacios formativos.

CONCLUSIONES

Se constataron insuficiencias notables en el conocimiento sobre la prevención del intento suicida entre los estudiantes de Medicina y en médicos de la APS encuestados, lo que es considerado por los autores como un problema a resolver desde la academia en el proceso de formación y superación profesional a fin de formar competencias específicas para revertir esta situación.

Declaración de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salas Perea RS, Salas Mainegra A. Modelo formativo del médico cubano. Bases teóricas y metodológicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.
2. Montano Luna JA. Factores que influyeron en el proceso de formación del especialista en Medicina General Integral, Estado Miranda de la República Bolivariana de Venezuela durante el curso 2005-2006 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
3. Rodríguez Jústiz F, Minardo Zayas F. Estudio para el perfeccionamiento del Plan del Médico de la Familia. *Revolución Cubana. Medicina General Integral*. 1997;13(1):12-8.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Prevención. Herramientas para la Identificación y el Manejo de las Personas con Riesgo de Suicidio en la Atención Primaria de Salud. La Habana: Minsap; 2013.
5. Cuba. Anuario Estadístico 2015. Salud y Asistencia Social [Internet]. 2016. Granma: ONE [citado 4 Dic 2017]. Disponible en: <http://www.one.cu/aed2015/33Granma/00Granma.pdf>
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud [Internet]. La Habana: Minsap; 2017 [citado 4 Dic 2017]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estadístico_de_Salud_e_2016_edición_2017.pdf
7. Aguilar Hernández I, Louro Bernal I, Perera Milián LS. Ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en Nueva Paz. *Rev Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2012 [citado 4 Dic 2017]; 38(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100008
8. Pérez Martínez VT. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral, acerca de la conducta suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2011 [citado 4 Dic 2017]; 27(4): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400004
9. Véliz Martínez PL, Jorna Calixto AR, Berra Socarrás EM. Consideraciones sobre los enfoques, definiciones y tendencias de las competencias profesionales. *Educ Med Super* [Internet]. 2016 [citado 4 Dic 2017]; 30(2): [aprox. 16 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412016000200018

10. Rodríguez Almaguer F, Mok Olmo Y, Cuervo Bello L, Rodríguez Arias OD. Prevención del suicidio en adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 22 Ene 2018]; 17(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100013&lng=es
11. Sarabia Canto S. Suicidio: un problema de salud pública. Rev de Neuro-Psiquiatría. [Internet]. 2014 [citado 7 May 2018]; 77(4): [aprox. 2 p.]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n4/a01v77n4.pdf>
12. WHO. Preventing suicide: A global imperative. [Internet]. 2014 [citado 7 May 2018]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua
13. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Rev Haban Cienc Med [Internet]. 2015 [citado 11 Sep 2018]; 15(1): [aprox. 22 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011
14. González Sábado RI, Martínez Cárdenas A, Martínez González AA, Martínez González O, Blanco Suárez M. Salud familiar en adolescentes con antecedentes de intento suicida. Propuesta de intervención. Rev Multimed [Internet]. 2016 [citado 10 Dic 2017]; 20(1): [aprox. 19 p.]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul161p.pdf>
15. Barceló Pérez C, González Sánchez Y. Prevención del suicidio en la comunidad. Cap. 17. En: Medio Residencial y Salud. [Compilación]. La Habana: Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología; 2013. pp. 207-214.
16. Cuenca Doimeadios E, Roselló López R, 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 de Holguín [Internet]. 2016 [citado 10 Feb 2018]; 20(3): [aprox. 14 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000300005
17. Arias de la Torre IF. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes del Policlínico René Vallejo de Bayamo. Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet].
<http://www.revedumecentro.sld.cu>

2015 [citado 4 Ene 2018]; 40(2): [aprox. 16 p.]. Disponible en:

http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/97/html_14

Recibido: 1 de abril de 2018.

Aprobado: 15 de noviembre de 2018.

Rita Irma González Sábado. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Cuba. Correo electrónico: riar@ucm.grm.sld.cu

Este artículo está publicado bajo la licencia [Creative Commons](#)