

Conferencia a XVII Congreso Latinoamericano de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitivo Conductual – Panamá 2016 (XVII CLAMOC).

TITULO: EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN CUBA: 2005-2015.

Palabras claves: suicidio, mortalidad, Cuba.

Institución: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. INHEM

País: Cuba.

Autor: MSc. Dra Corona Miranda Beatriz.

Correos: bettycoro@infomed.sld.cu y beatrizc@inhem.sld.cu

Introducción:

El suicidio es un problema humano que existe desde el origen mismo del hombre, sucede en todas las épocas, afecta a ambos sexos y a diferentes clases sociales variando sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica.

Etimológicamente, la palabra suicidio resulta de la unión de dos palabras latinas *Sui* (sí mismo) y *Cidium* (matar), siendo su significado literal "acción de matarse a sí mismo"; es la manifestación más extrema de violencia, por estar orientada hacia el propio individuo.

En el año 2012, se registraron en el mundo 804,000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial ajustada según la edad de 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres).

El suicidio se clasifica como una de las diez causas principales de carga de enfermedad y para ambos sexos combinados se ubica en el octavo lugar. En los últimos 45 años se han incrementado las tasas en un 60 % a nivel internacional; ocupando el vigésimo lugar con respecto a las principales causas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) (OMS 2008). Se prevé que en el año 2030 ocupe el décimo cuarto tanto en los hombres como en las mujeres entre los 15 y 44 años de edad.

Los jóvenes se encuentran entre los más afectados; siendo la segunda causa de muerte entre el edades de 15 y 29 años a nivel mundial. Los hombres son los más afectados en el suicidio, mientras que en el intento lo son las mujeres; esto pudiera deberse entre

otros factores a que los métodos utilizados por ellos, son más violentos y graves que los utilizados por las mujeres, siendo los hombres de 50 años y más, especialmente vulnerables. Las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto en hombres como en mujeres en casi todas las regiones del mundo. China es uno de los países donde la tasa de suicidios en las mujeres es mayor que en los hombres, siendo el envenenamiento por plaguicidas uno de los métodos más usados en las zonas rurales.

Más de 90% de los casos de suicidio se relacionan con enfermedades mentales, como la depresión, los trastornos por consumo de alcohol, el uso de drogas, las víctimas de la violencia física, sexual, psicológica existiendo otros factores como los sociales, económicos y culturales que influyen en este comportamiento.

En las Américas, el suicidio aportó el 12% de la mortalidad por causas externas. Países como Guyana y Surinam son los que se encuentran con las tasas más altas a nivel mundial. En la región, las tasas de suicidio muestran un primer pico entre los jóvenes, permanecen en el mismo nivel para otros grupos de edad y se incrementan de nuevo en las personas de edad avanzada.

El Informe del Plan de Acción de la Salud Mental se refiere que la tendencia del índice del suicidio ha permanecido estable en las Américas en el período de 20 años comprendido entre 1990 y 2009. En América del Norte (Estados Unidos y Canadá) se notifica una ligera disminución de las tasas, ellos disponen de registros confiables y ejecutan programas para afrontar este problema, mientras que en América Latina y el Caribe se observó un ligero incremento y por el contrario, hay muchos países con evidentes subregistros, por lo que al mejorar los sistemas de información y los registros se prevé un aumento de las tasas.

Dentro de los objetivos propuestos por la OMS, para el 2020 se encuentra la reducción de las tasas de suicidio en un 10%. La OPS plantea como objetivo mantener estable las tasas de suicidio en la región.

La investigación ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, culturales y las condiciones económicas desfavorables que intervienen en la determinación de los comportamientos suicidas.

En Cuba el primer estudio sobre suicidio conocido se remonta a 1885, expuesto por el doctor Tomás Plasencia el 14 de mayo de 1886 en los Anales de la Real Academia de

Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana. En 1893 se reportó que el suicidio ocupaba el décimo tercer lugar dentro de la mortalidad general, que pudiera ser más bajo si considerábamos la cifra oscura no reportada por razones sociales (religión, coloniaje) de la época.

En el período pre revolucionario las tasas de suicidio se mantuvieron entre 13 y 15 por 100.000 habitantes. En la década de los 60, se reportaron tasas por encima de 10 por 100 000 habitantes y a finales de los años 70, las tasas comenzaron a incrementarse a 19 por 100.000 habitantes, hasta la década de los ochenta que llegaron a 23,2 por 100.000 habitantes. Esto motivó que se realizara una investigación de carácter nacional cuyos resultados propiciaron la implementación del Programa Nacional de Atención a la Conducta Suicida en 1989, el cual fue revisado en 1995 y 2001.

Actualmente el suicidio en Cuba ocupa la novena causa de muerte en el cuadro de mortalidad general; ocupa la tercera causa de muerte en el grupo de 10-19 años y el 4to lugar en los grupos de 5-14 años y de 15-49 años, incrementándose las tasas a partir de los mayores de 60 años de 24,1 por 100.000 habitantes hasta 48,3 por 100.000 habitantes en los mayores de 80 años en el trienio del 2008-2010.

Esta lesión auto infligida intencionalmente ocupa el quinto lugar como causa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en la población general con 2,8 años por 1000 habitantes; predominando en los hombres con tasas de 4.5 con respecto a las mujeres con tasas de 1.1.

El suicidio es un problema de salud en Cuba, por la magnitud en término de impacto social, psicológico y económico que ocasiona, por lo que se decide caracterizar La conducta suicida en Cuba desde 2005-2015, para la formulación de futuras estrategias en su prevención.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo (ecológico mixto), para Caracterizar el suicidio en Cuba durante el período de 1 de enero 2005 hasta el 31 de diciembre del 2015. Universo de estudio: estuvo constituido por todos los fallecidos por suicidio en las bases de datos de la mortalidad de la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública en Cuba desde 2005-2015.

Los códigos utilizados para la mortalidad por suicidio fueron según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -10). Variables estudiadas: edad, sexo, métodos empleados y las provincias de residencia.

Se calcularon: la tendencia de la mortalidad, tasa media anual de defunciones, tasas ajustadas, tasas de mortalidad brutas y específicas por sexo, grupos de edades, provincias y la razón. Se calcularon los porcentajes por sexo, grupos de edades y métodos. El análisis de las series cronológicas se realizó con las tasas estandarizadas con la población de Cuba del año 2002.

Se realizó una estratificación de riesgo por provincias en Muy Alto riesgo, Alto riesgo, Mediano y Bajo riesgo en dos períodos: el primero desde 2001-2010 y el segundo a partir de la división político administrativa desde 2011-2014. Se empleó el Sistema de Información Geográfica (SIG) MapInfo Professional 6.5. El punto de corte utilizado para la estratificación fue el de los cuartiles, donde los que estaban por encima del 75 percentil quedaron como Muy Alto riesgo, los que estaban entre 75 y 50 percentil en Alto riesgo, los que estaban entre 50 y 25 percentil quedaron como Moderado riesgo y por debajo del 25 percentil Bajo riesgo.

Resultados Durante los diez años de estudio (2005-2015) se reportaron 15951 fallecidos por suicidio. La tendencia en los últimos años diez años es al ascenso debido a que en el año 2007 la tasa descendió a 11.5 por 100.000 habitantes y luego ha vuelto a ascender hasta el año 2015 que llegó a 13.3 por 100.000 habitantes. (Figura 1). Las tasas quinquenales en los años 2010-2014 se han incrementado si se comparan con el quinquenio 2005-2009. (Figura 2).

La tendencia en el sexo femenino han disminuido manteniéndose estable en estos años, sin embargo el sexo masculino se incrementan. (Figura 3). Los hombres aportan el 80% a la mortalidad por suicidio. (Figura 4). La razón en la actualidad es de 4.0. En cuanto a los grupos de edades las tasas se incrementan en los mayores de 60 años. El grupo de 20-59 años aportó el 54.4% de la mortalidad por suicidio, seguidos por los de 60 años y más con un 43.3%. (Figura 5).

En el cuatrienio 2011-2014, el aporte del grupo de 10-19 años fue del 2.3%. El subgrupo de 15-19 años de edad fue el que mayor porcentaje aportó en ese grupo con 88.0% y el subgrupo de 10-14 años aportó un 12.0%. En el cuatrienio 2011-2014 el

grupo de 20–59 años aportó un 54.3%. El subgrupo de 20–39 años aportó un 18.2%, y el de 40–59 años incrementó su aporte con un 36.6%.

Los mayores de 60 años en el periodo 2011–2014 presentaron una tasa promedio anual de 31.7 por 100,000 habitantes. En el cuatrienio 2011–2014 ellos incrementaron su aporte a la mortalidad con un 43.0%; el subgrupo de 60-79 años se incrementó con un 30.3% y el subgrupo de 80 años y más, aportó un 12.4%. (Figura 5).

El método más utilizado es el ahorcamiento ocupando el primer con un 80%, seguido por el envenenamiento que ocupó el segundo lugar. (Figura 6)

El ahorcamiento predominó como método para ambos sexos. En el sexo masculino el segundo lugar lo ocupó el envenenamiento En el sexo femenino el segundo lugar lo ocupó el fuego, quemaduras o llamas. (Figura 7). Por grupos de edades el método que predominó fue el ahorcamiento.

La estratificación realizada en el país, demostró que en los años 2000-2010 las provincias de Muy Alto Riesgo fueron (3) provincias con tasas superiores a 14.0 por 100.000 habitantes. De Alto Riesgo (3) provincias, Moderado provincias (5) y de Bajo riesgo (4) provincias, estas últimas con tasas por debajo de 12.2 por 100.000 habitantes. (Figura 8.)

En el periodo 2011-2014 quedaron en Muy Alto riesgo (4) provincias con tasas superiores a 13.5 por 100.000 habitantes, Alto Riesgo (2) con tasas superiores, Moderado (5) y Bajo riesgo (5) con tasas inferiores a 13.0 por 100.000 habitantes. (Figura 9)

Discusión. En el periodo estudiado las tasas comenzaron en 12.4 por 100.000 habitantes y han ido ascendiendo hasta 13.3. La tasa de suicidio reportada por la OMS en el año 2012 en el mundo, fue de 11.6 por 100 000 habitantes (15.0 entre hombres y 8.0 entre mujeres). En este informe Cuba, presentó tasas estandarizadas de 11.4 por 100,000 habitantes (18.4 en hombres y 4.5 en mujeres), las tasas en el sexo masculino estuvieron por encima de lo informado internacionalmente.

En el informe de la Región de las Américas de los años 2005–2009, las tasas de suicidio fueron de 7.3 por 100.000 habitantes (11.5 en hombres y 3.0 en mujeres).

Cuba en este informe presentó tasas superiores a lo reportado en la región de 9.8 por 100.000 habitantes (14.9 en hombre y 4.4 en mujeres por 100.000 habitantes).

En Cuba el sexo masculino es el más afectado, coincidiendo con otras investigaciones que reportan que las tasas de suicidio en hombres son superiores a las observadas en las mujeres. A escala mundial los hombres tienen una tasa de suicidio superior a las mujeres con una razón 3,5. A nivel regional, en todos los grupos de edades, los hombres presentan mayores tasas de suicidio.

En el grupo de niños y adolescentes debemos decir que esta conducta es cada vez más frecuente. El suicidio en la adolescencia sigue siendo un reto importante para los padres, maestros, pediatras, psiquiatras y psicólogos infantiles.

Varios estudios reportan que los adolescentes con intentos suicidas presentan factores de riesgo como el consumo de alcohol y drogas, los antecedentes de intentos previos o de sus familiares, la desesperanza, la depresión, el bullying, acoso o intimidación y otros. Estos factores y su presencia podrían, en el futuro, ser utilizados para la identificación temprana de adolescentes con este tipo de conducta.

La esencia de estos hallazgos es importante para que los adolescentes mantengan una relación de confianza estrecha con sus padres y que sean capaces de hablar con sus padres sobre sus problemas. Otros estudios han encontrado que la falta de comunicación con los padres es un factor de riesgo y que la conectividad familiar es un factor protector frente a futuros intentos suicidas.

El grupo de 20-59 años aportó, la mayor mortalidad proporcional a la serie. En ellos el estrés de la vida cotidiana, la responsabilidad ante sus familias, la depresión, el consumo de alcohol y drogas, los problemas económicos, la separación o divorcio entre otros pudieran incidir en esta conducta.

El grupo de 60 años y más fue el de mayor riesgo. En muchos casos estas personas presentan ingresos económicos bajos, padecen de pérdidas significativas de su capacidad física o cognitiva, padecen de enfermedades no transmisibles que requieren hospitalizaciones frecuentes, sufren por la separación o pérdidas de familiares, amigos y de roles que desempeñaban antes en la vida, además de la jubilación, la soledad y la viudez, son factores de riesgo a tener en cuenta.

El método más usado en Cuba es el ahorcamiento que ocupó el primer lugar para ambos sexos y grupos de edades, seguido por el envenenamiento. En el Plan de Acción para la Prevención del suicidio propuesto por la OMS se destaca el control al acceso a los métodos, de ahí la importancia de conocer cuáles son los más utilizados para evitar el acceso a los mismos.

Las provincias de Muy Alto Riesgo en el suicidio en Cuba son Holguín, Matanzas y La Habana en el primer periodo estudiado. Luego de la división político administrativa en los años 2011-2014, se mantiene como Muy Alto riesgo Holguín, las Tunas, que estaba en Alto riesgo asciende y se incorporan Santi Espíritu y Villa Clara.

Conclusiones. El suicidio es prevenible. El sexo masculino es el más afectado. Los mayores de 60 años presentaron las mayores tasas. El ahorcamiento es el método más utilizado. Los estudios epidemiológicos de mortalidad aportan herramientas que pueden ser utilizadas en las estrategias de su prevención.

Figuras y Gráficos

Figura 1. Mortalidad por suicidio en Cuba. 2005-2015.

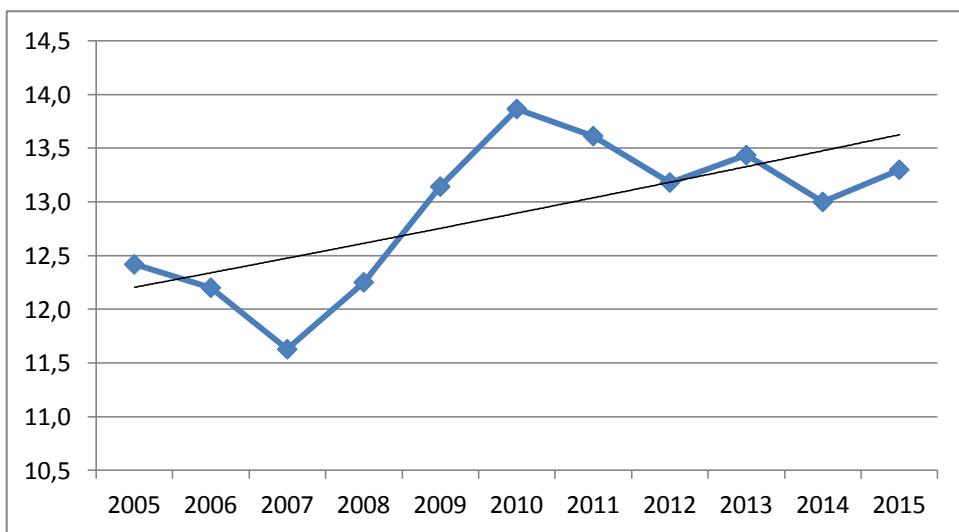


Figura 2. Tasas quinquenales de suicidio. Cuba. 1990- 2014.

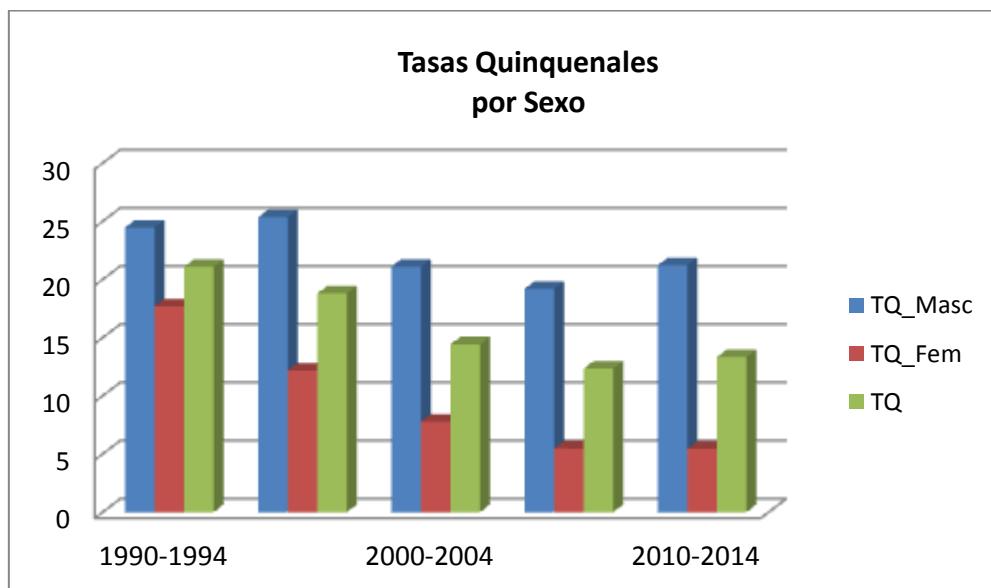


Figura 3. Mortalidad por suicidio, según sexo. Cuba. 2005-2015

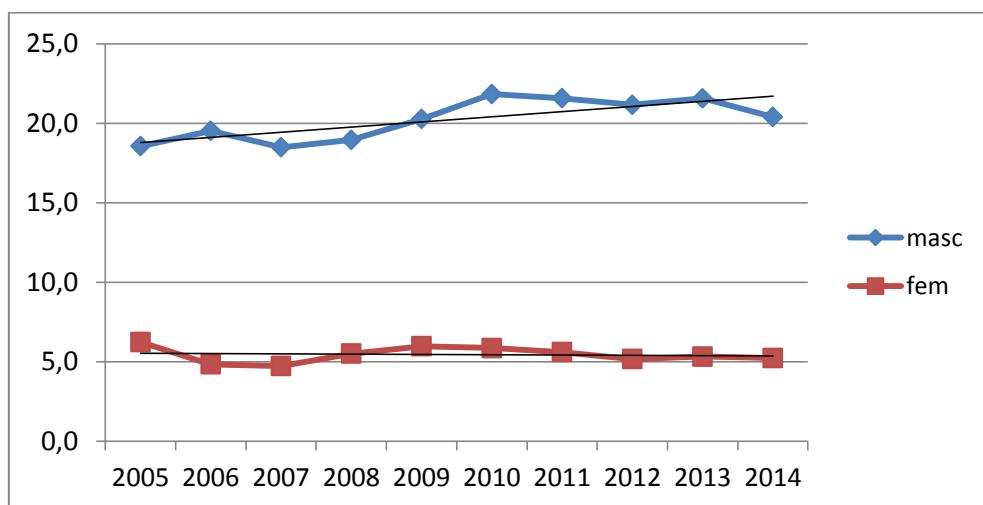


Figura 4. Mortalidad por suicidio, según sexo. Cuba. 2005-2015.

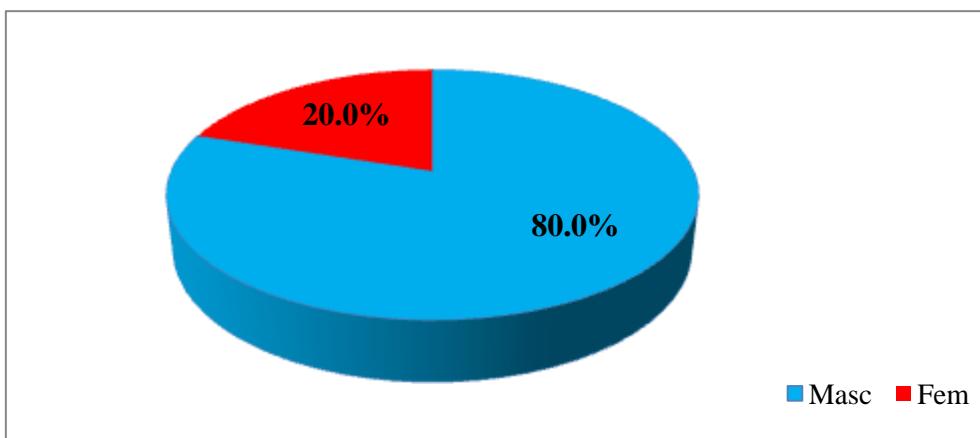


Figura 5. Mortalidad por suicidio, según grupos de edades. Cuba. 2011-2014

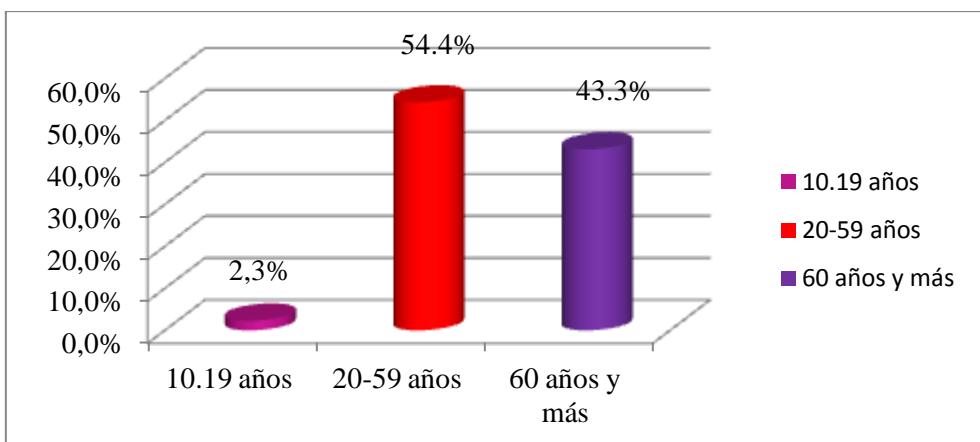


Figura 6. Métodos de suicidio. Cuba. 2011-2014.

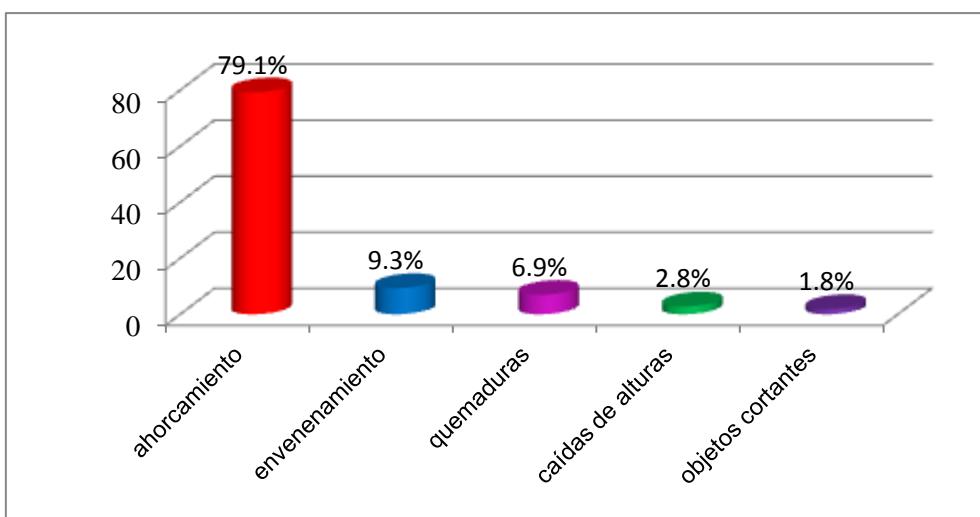


Figura 7. Métodos según sexo. Cuba. 2011-2014

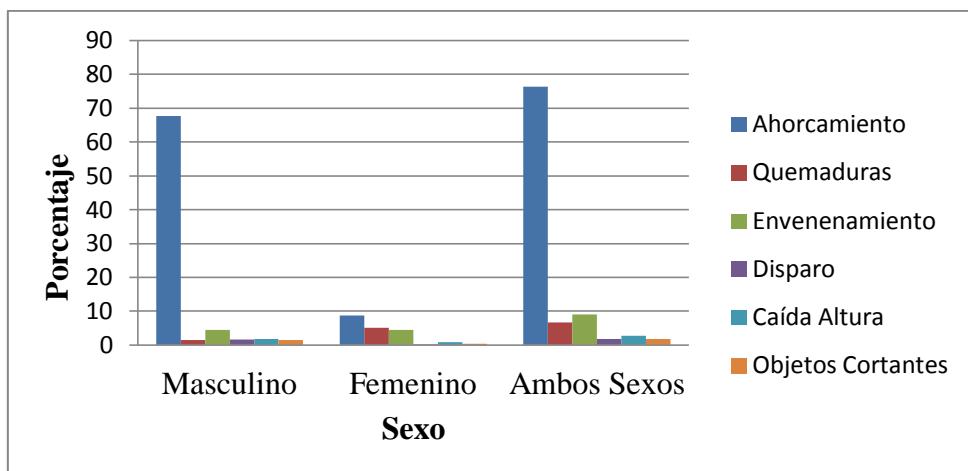


Figura 8. Estratificación del riesgo de la mortalidad en Cuba. 2001-2010.



Figura 9. Estratificación del riesgo de la mortalidad en Cuba. 2011-2014



Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Clasificación internacional de enfermedades CIE -10. Causas externas de morbilidad y mortalidad. Lesiones auto infligidas intencionalmente. Capítulo 20 (X60-X84) [Internet]. Washington (DC): OPS; 2001 [citado 2 junio 2015]. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
2. World Health Organization.(WHO). Preventing suicide. A global imperative.[Internet]. Luxembourg: WHO; 2014. [cited 2015 Dec 2].Available from:http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/
3. Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud, Red de Desarrollo Humano, Banco Mundial. La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas. Edición Regional para América Latina y el Caribe. [Internet].Seattle, WA: IHME, 2013 [citado 1 febrero, 2016]. Disponible en: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_LatinAmericaCaribbean/IHME_GBD_WorldBank_LatinAmericaCaribbean_TwoPager_SPANISH.pdf.
4. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Informe Subregional del Suicidio. Centro América y República Dominicana. 1988-2008.[Internet]. Panamá: Organización Panamericana de la Salud, 2011 [citado 14 noviembre 2015]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/OPS%20Suicidio%20en%20CA%20y%20RD.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Datos de Mortalidad para Salud en las Américas 2012. [Internet]. Washington (DC): OPS; 2012 [consultado el 2 de enero del 2016]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=111
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marco de Referencia para la implantación de la Estrategia Regional de Salud Mental. Washington (DC): OPS; 2011. p.142-37.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS).53 Plan de Acción para la Salud Mental. Consejo directivo 66.a Sesión del comité regional de la OMS para las Américas. [Internet].Washington, D.C; OMS; 2014. [citado el 2 de enero del 2016].Disponible en http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=9774%3A

[2014-53rd-directing-council&catid=7003%3A53rd-directing-council-29-sep-3-oct&Itemid=41062&lang=es.](http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/)

8. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2005. La Habana: MINSAP; 2014.

9. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2015. La Habana: MINSAP; 2015.

10. Organización Panamericana de la Salud. (OPS). Mortalidad por Suicidio en las Américas: Informe Regional. Washington (DC), OPS; 2014. p. 6-49

11. García Otero A, Prades de la Rosa E, Fernández Quintana M, Legrá Legrá Y, Zayas Medina C. Evaluación de los estados funcional y afectivo en la población geriátrica del área de salud “28 de Septiembre”. Medisan [Internet]. feb. 2013 [citado 29 diciembre 2015]; 17(2): [Aprox. 7 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000200006.

12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. [Internet]. Washington (DC): OPS; 2015. [citado 3 diciembre 2015]; Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

13. Sánchez García S, Juárez Cedillo T, Gallego Carrillo K, Gallo JJ, Wagner FA, García Peña C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Ment [Internet].ene./feb.2012[citado 29 diciembre, 2015];35(1): [Aprox. 11p]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011

14. Chacón Veranes M, Galán Sánchez A, Guerra Álvarez L, Marín Laera Y, Núñez Naranjo J . Tentativa de suicidio en la población mayor de 15 años durante el bienio 2011-2012 Medisan [Internet]. 2013 [citado 2 enero 2016]; 17(10):60-71. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_10_13/san081710.htm

15. Sarracent Sarracent A, García Pérez T, Brown Miclin P, Sarracent Pupo Y, Saavedra de la Cruz L. Caracterización psicológica de los pacientes con suicidio consumado en La Habana en el año 2010. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana* [Internet]. 2013[citado 29 diciembre 2015]; 17(2): [Aprox. 8 p].Disponible en:<http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph12113.html>
16. Dilillo D, Mauri S, Mantegazza C, Fabiano V, Mameli C, Zuccotti GV. Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics* [Internet]. December 2015[cited 2junio 2016]; 41:49 DOI: 10.1186/s13052-015-0153-3. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1186/s13052-015-0153-3>
17. Tuisku V. Depressed adolescents grow up: Prevalence, course and clinical risk factors of non-suicidal self-injury, suicidal ideation and suicide attempts. [Internet]. Tampere: Tampere University Press; 2015[cited 2junio 2016]. Available from: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96626/978-951-44-9695-0.pdf?sequence=1>
18. García Pérez T. La autopsia psicológica. *¿Suicidio u Homicidio?* La Habana: Editorial Científico Técnica; 2014. p. 40–62.