

CIENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SALUBRISTAS
ARTÍCULO ORIGINAL

Estratificación epidemiológica de la mortalidad por suicidio en Cuba, 2011-2016

Epidemiological stratification of mortality by suicide in Cuba, 2011-2016

Beatriz Corona Miranda^{1,2*} , Karen Alfonso Sagué¹ , Liliam Cuellar Luna^{1,2} ,
Mariela Hernández Sánchez^{1,2} , Mireya Álvarez Toste^{1,2} , Teresita del Carmen García Pérez^{2,3} 

¹Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

³Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez". La Habana, Cuba.

Cómo citar este artículo

Corona Miranda B, Alfonso Sagué K, Cuellar Luna L, Hernández Sánchez M, Álvarez Toste M, García Pérez TC. Estratificación epidemiológica de la mortalidad por suicidio en Cuba, 2011-2016. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [citado]; 19(3):e2847. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2847>

Recibido: 05 de junio del 2019.

Aprobado: 20 de febrero del 2020.

RESUMEN

Introducción: La estratificación epidemiológica de riesgo es un proceso que categoriza áreas geoecológicas y grupos poblacionales, de acuerdo con factores de riesgo de un

determinado problema de salud. El suicidio en Cuba es la décima causa de muerte y la tercera en el grupo de 10 a 19 años.

Objetivo: Estratificar epidemiológicamente la



mortalidad por suicidio en Cuba, en el periodo comprendido entre 2011- 2016.

Material y Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. El universo fueron los registros de fallecimiento por suicidio de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Cuba, desde 2011- 2016. Las variables estudiadas: sexo, edad, lugar de fallecimiento, color de la piel, y provincias de residencia. Se calcularon las tasas acumuladas, brutas, ajustadas y específicas por 100,000 habitantes. Se calculó el porcentaje según variables y el cambio relativo de la serie. Se estratificó la mortalidad por provincias de residencia, en adolescentes y para todos los grupos de edades, utilizando como punto de cortes los percentiles.

Resultados: El 79,9 % de los fallecidos fueron hombres. El grupo de ≥ 60 años tuvo la más alta

tasa promedio (26,8 por 100,000 habitantes). Predominó según lugar de fallecimiento, el domicilio (57,1 %). La estratificación provincial en adolescentes mostró; Muy Alto Riesgo: Mayabeque (tasa 4,9); Cienfuegos (4,0); Granma (3,8); Las Tunas (3,0) por 100,000 habitantes. En todas las edades; Muy Alto riesgo: Villa Clara (tasa 17,9); Las Tunas (17,6); Holguín (17,1); Mayabeque (16,7) por 100,000 habitantes.

Conclusiones: Las tasas de suicidio son más bajas entre las mujeres. Existen diferencias en la estratificación de riesgo provincial. Los resultados contribuyen a la actualización epidemiológica del suicidio en Cuba.

Palabras claves: estratificación, riesgo, suicidio, mortalidad, Cuba.

ABSTRACT

Introduction: Epidemiological risk stratification is a process that categorizes geo-ecological areas and population groups according to risks factors in a particular health problem. Suicide in Cuba is the tenth cause of death and the third one in the age group of 10 - 19 years.

Objective: To present the epidemiological stratification of mortality by suicide in Cuba during the period between 2011 and 2016.

Material and Methods: A descriptive retrospective study was carried out. The universe consisted of the records of death by suicide from the *Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Cuba* from 2011 to 2016. The variables studied were: sex, age, place of death, skin color, and provinces of residence. Cumulative, gross,

adjusted and specific rates per 100,000 inhabitants were calculated. The percentage was calculated according to variables and the relative change of the series. Mortality was stratified by provinces of residence, in adolescents and for all age groups, using percentiles as a cut-off point.

Results: It was identified that 79.9 % of the deceased were men. The ≥ 60 year- old-group had the highest average rate (26.8 per 100,000 inhabitants). Regarding place of death, residence predominated (57.1%). Provincial stratification in adolescents showed Very High Risk in Mayabeque (rate: 4.9), Cienfuegos (4.0), Granma (3.8) and Las Tunas (3.0) per 100,000 inhabitants; whereas in all ages, Very High Risk was present in: Villa Clara (rate: 17.9), Las Tunas (17.6), Holguín



(17.1) and Mayabeque (16.7) per 100,000 inhabitants.

Conclusions: Suicide rates are lower among women. There are differences in the provincial

INTRODUCCIÓN

La estratificación epidemiológica de riesgo (EER) está definida como un proceso dinámico y continuo de investigación, diagnóstico, análisis e interpretación de la información que sirve de base para categorizar metodológicamente y de manera integral áreas geocológicas y grupos poblacionales de acuerdo con factores de riesgo de un determinado problema de salud.⁽¹⁾

El suicidio o lesión autoinfligida intencionalmente, como se denomina en la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, se define como “un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal”.^(2,3) En el mundo representa el 50 % de todas las muertes violentas notificadas en los hombres y el 71 % en las mujeres y, además, es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años.⁽⁴⁾ Los países de ingresos bajos y medianos sobrellevan la mayor carga mundial del suicidio, registrando el 75 % del total de las

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de prevalencia, retrospectivo, para estratificar la mortalidad por suicidio, según provincias de residencia y caracterizar algunas variables sociodemográficas en Cuba desde el 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2016.

Las fuentes de datos fueron todos los registros de

risk stratification. The results contribute to the epidemiological update of suicide in Cuba.

Keywords: stratification, risk, suicide, mortality, Cuba.

Víctimas.⁽⁴⁾

Entre los factores de riesgo asociados al suicidio se encuentran las dificultades para acceder a la atención de salud; la fácil disponibilidad de los medios que se utilizan para suicidarse; y el sensacionalismo de los medios de difusión, que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas. Conspiran otros factores, como la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o los que tienen problemas de salud mental.⁽⁵⁾

La OMS en su primer Plan de acción sobre la salud mental propuso para 2020 reducir en 10 % la tasa de suicidio en todos los países.^(6,7) En Cuba, el suicidio es la décima causa de muerte en el cuadro de mortalidad general y la tercera en el grupo de 10 a 19 años.⁽⁸⁾

Por esto nos propusimos como **objetivo** del presente estudio, estratificar epidemiológicamente la mortalidad por suicidio en Cuba, entre 2011- 2016.

fallecimiento por suicidio existentes en las bases de datos de mortalidad de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticos (DNE) del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) desde 2011-2016.

Se utilizaron las variables que se describen a continuación:



Sexo: masculino; femenino.

Edad: ≤ 19 años; 20–59 años; ≥ 60 años. Para algunos análisis se realizaron subdivisiones, para describir cómo aportaban de forma precisa a la mortalidad, según las variables estudiadas. El primer grupo se subdividió en 10–14 y 15–19 años; el segundo en 20–29, 30–39, 40–49 y 50–59 años y el tercer grupo en 60–69, 70–79 y ≥ 80 años.

Lugar de fallecimiento: domicilio, otro lugar, hospital, cuerpo de guardia

Color de la piel: blanca, negra, mestiza, ignorada.

Provincias de residencia. Según división político administrativa en el periodo del 2011-2016. Se realizó una estratificación para el grupo de 10 -19 años de edad y otra donde se incluyeron todos los grupos de edades.

Se solicitó la autorización a la Dirección Nacional de la Oficina de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP para la recolección de la información. Los certificados de defunción fueron la fuente primaria de recolección de los datos. Para la clasificación de la mortalidad (lesiones autoinfligidas intencionalmente) se utilizaron los códigos de la clasificación internacional de enfermedades CIE 10: X60–X84.⁽¹⁾

Se calcularon las tasas acumuladas de mortalidad por grupos de edad, las tasas brutas, ajustadas y específicas por sexo, grupos de edades y provincias de residencia. Las tasas de mortalidad

se calcularon por 100,000 habitantes. La estandarización de las tasas se realizó según grupos de edad, sexo y color de la piel, mediante el método directo, tomando como población estándar la de Cuba, en 2012. Se calculó el cambio relativo de la serie y se utilizaron los porcentajes para expresar los datos de las variables estudiadas.

Se estratificaron las tasas brutas acumuladas de mortalidad por provincias de residencia, se utilizó como punto de cortes los percentiles y quedaron cuatro estratos de riesgo:

Muy Alto riesgo las provincias que estaban por encima de 75 percentil.

Alto riesgo las que estaban entre 50-74 percentil.

Mediano las que estaban entre 49-25 percentil

Bajo riesgo por debajo de 25 percentil.

Se utilizaron los decodificadores de la DNE para las variables antes mencionadas. Se elaboró una base de datos en Excel para el procesamiento automatizado y la confección de las tablas y figuras.

Solo se utilizaron los registros de mortalidad. Se mantuvo el anonimato de los fallecidos durante la obtención de los datos necesarios, que se emplearon solamente para los fines de esta investigación, cuya realización fue aprobada por el comité de ética del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

RESULTADOS

Desde 2011 hasta 2016 se reportaron 8891 fallecimientos por suicidio (1778 por año como promedio general); lo que representó una tasa promedio anual para todo ese lapso de 13,0 por

100,000 habitantes. En 2011 la tasa ajustada fue de 13,5 por 100,000 habitantes y en 2016 fue de 12,3, lo que representó una disminución de 9,0%. La tasa ajustada promedio en hombres fue de



20,7 por 100,000 habitantes. Al inicio de la serie, la tasa ajustada de mortalidad en los hombres fue 21,5 por 100,000 habitantes y descendió a 19,7 en 2016 (disminución relativa de 8,2 %). Entre las mujeres, la tasa fue 5,2 por 100,000 habitantes, en el 2011 fue 5,6 y se redujo a 4,9 por 100,000 habitantes, en 2016 (disminución relativa de 12,1%).

El grupo ≤ 19 años, tuvo en todo el periodo 212 fallecidos, para una tasa ajustada acumulada de 1,3 por 100,000 habitantes. En 2011, este grupo presentó una tasa de 1,5 por 100,000 habitantes, que disminuyó a 1,1 por 100,000 habitantes en 2016, la disminución relativa fue de 25 % para todo el tiempo. En este grupo de edad se reportó un fallecido de 9 años, del sexo masculino de la provincia Granma.

El grupo de 10 -19 años presentó una tasa promedio de 2,5 por 100,000 habitantes. En el 2011 fue de 2,8 y en el 2016 de 2,1 por 100,000

habitantes para un porcentaje de cambio relativo de menos 25 %. El subgrupo de 10–14 años reportó una tasa ajustada de 1,1 por 100,000 habitantes y se incrementó en un 4,3 %. El subgrupo de 15 a 19 años, presentó una tasa ajustada de 3,8 por 100,000 habitantes, con una disminución de un 35 %.

El grupo de 20 a 59 años presentó una tasa promedio para todo el periodo de 12,1 por 100,000 habitantes. En 2011 la tasa ajustada fue 13,2 por 100,000 habitantes, que descendió a 11,0 en 2016 (disminución relativa de 16,5 %). En este grupo se produjo el 53,9 % (Tabla 1) de todas las muertes distribuidas como sigue: 3,3 % en el subgrupo de 20–24 años, 13,7 % en el de 25-39 años y en el de 40-59 años fue de 37,0 %. La tasa para el subgrupo de 20-39 fue de 8,1 por 100,000 habitantes y para el de 40–59 años de 15,9 por 100,000 habitantes.

Tabla 1- Fallecidos reportados por suicidio según variables seleccionadas

Características	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Sexo	7103	79,9	1788	20,1	8891	100,0
Edad						
19 años y menos	157	1,766	55	0,618	212	2,4
20 a 59	3875	43,6	920	10,3	4795	53,9
60 y más	3068	34,507	813	9,144	3881	43,7
Ignorada	3	0,0	0	0,0	3	0
Lugar de fallecimiento						
domicilio	4285	48,2	792	8,9	5077	57,1
otro lugar	2110	23,7	193	2,2	2303	25,9
ingresado hospital	474	5,3	619	7,0	1093	12,3
cuerpo de guardia hospital	114	1,3	102	1,1	216	2,4



otro centro médico	108	1,2	82	0,9	190	2,1
ignorado	12	0,1	0	0,0	12	0,1

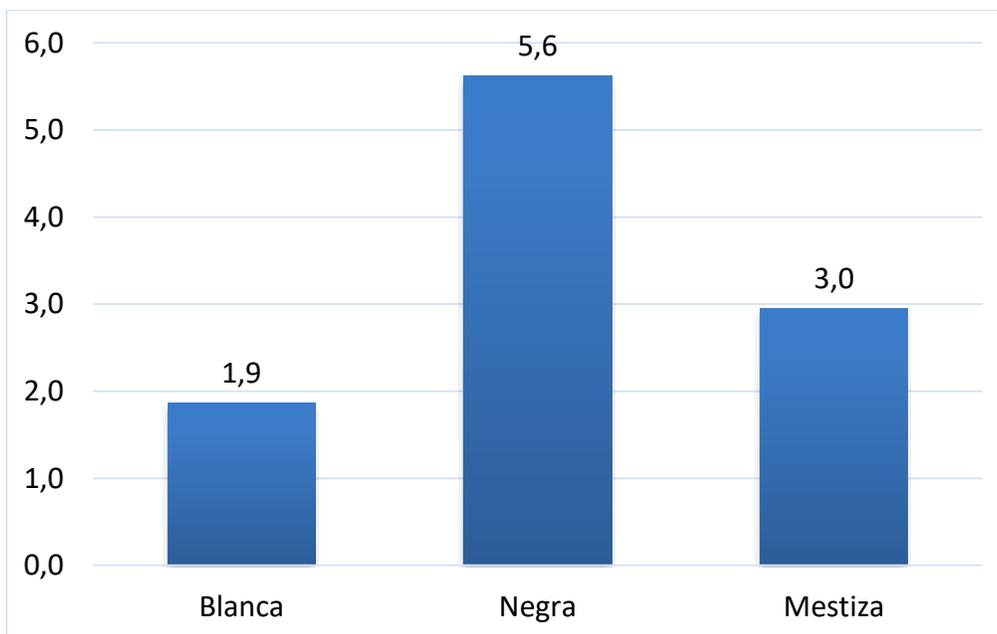
Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud/ MINSAP

El grupo de 60 años y más fue el de más alta mortalidad, con una tasa promedio general de 31,4 por 100,000 habitantes. En 2011 este grupo presentó una tasa ajustada de 30,7 por 100,000 habitantes, que ascendió a 31,5 en 2016, para un incremento de 2,6 % y dentro de ellos el subgrupo de 60-79 años tuvo un incremento de 6,0 %.

El 43,7 % de las muertes por suicidio de todo el período ocurrió en este grupo distribuidas en 31,0 % para el subgrupo de 60 a 79 años y 12,6 % en el de 80 y más. Las tasas para el subgrupo de

60 a 79 años fueron de 26,8 por 100,000 habitantes y para los mayores de 80 años de 53,3 por 100,000 habitantes.

Las tasas de suicidio en las personas de color de la piel blanca fueron de 14,5 por 100,000 habitantes, en los negros fue 14,4 y los mestizos de 9,7 por 100,000 habitantes. En los menores de 19 años, el riesgo fue mayor en los de color de la piel negra con tasa ajustada de 5,4 por 100,000 habitantes. (Figura 1)

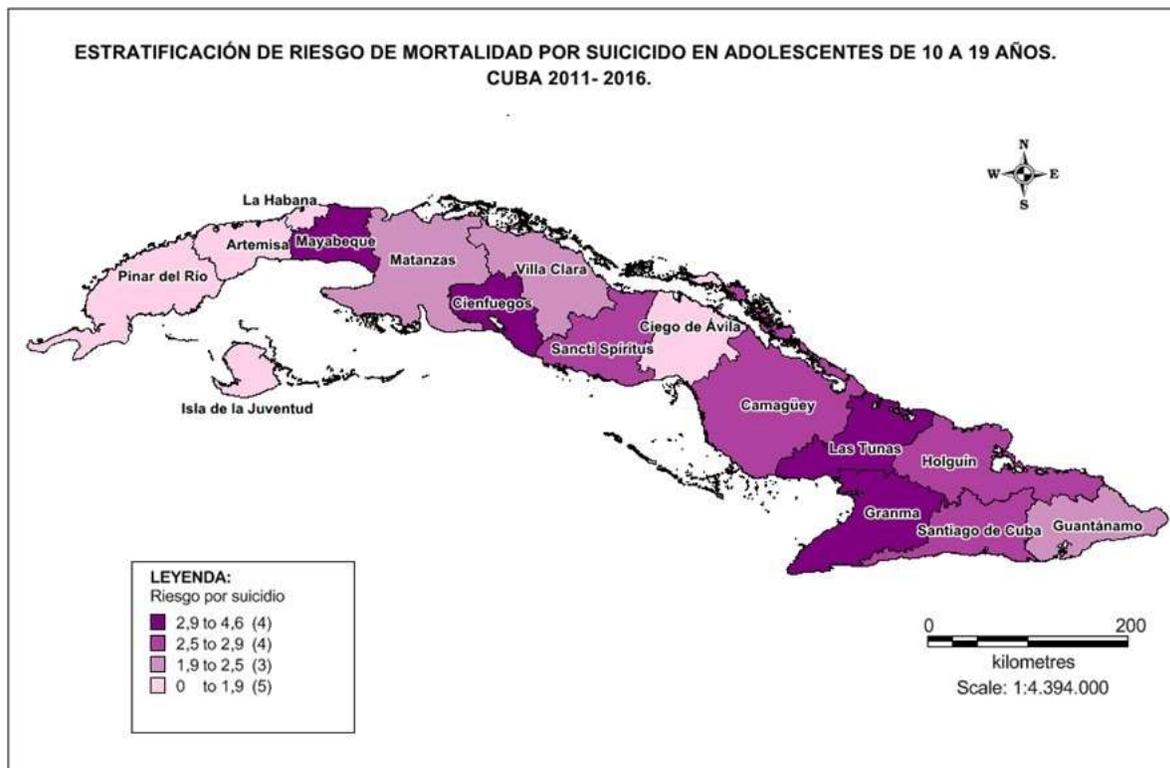


Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud/MINSAP

Fig. 1- Tasas de mortalidad por suicidio en adolescentes según color de la piel



La estratificación provincial de la mortalidad en adolescentes de 10 -19 años, quedó en 4 estratos de riesgo. (Figura 2).



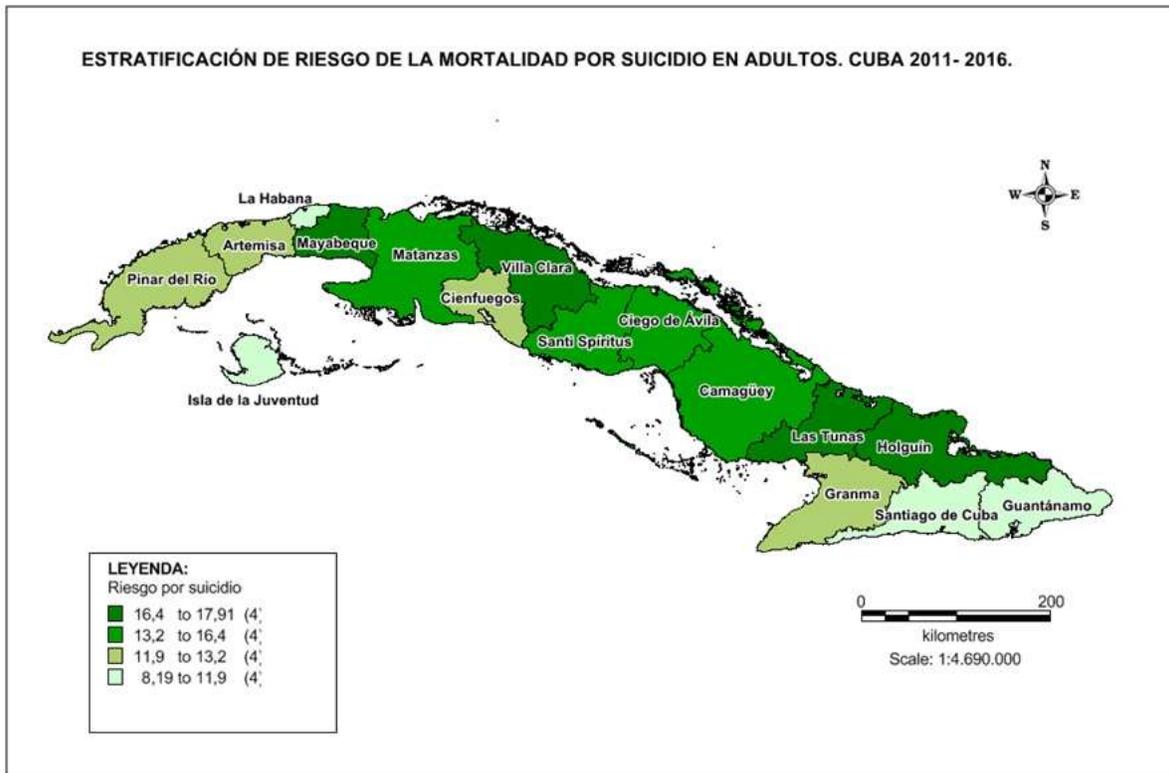
Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud/MINSAP

Fig. 2- Estratificación epidemiológica de la mortalidad por suicidio

1. Muy Alto Riesgo: Las provincias con > 75 percentil (tasas > 2,9 y 4,9 por 100,000 habitantes): Mayabeque (tasa 4,9); Cienfuegos (4,0); Granma (3,8); Las Tunas (3,0) por 100,000 habitantes.
2. Alto Riesgo: Entre 74-50 percentil (tasas entre 2,5 y < 2,9): Camagüey (2,8); Sancti Spíritus (2,7); Santiago de Cuba (2,6) y Holguín (2,5) por 100,000 habitantes.
3. Moderado Riesgo: Entre 49-25 percentil (tasas

- >1,9 y < 2,5) Villa Clara (2,4); Matanzas (2,3); Guantánamo (2,3); por 100,000 habitantes
 4. Bajo Riesgo: < 25 percentil (tasas < 1,9 por 100,000 habitantes) Ciego de Ávila (1,8); Artemisa (1,8); La Habana, (1,8) Pinar del Río (1,5). La Isla de la Juventud no reportó ningún fallecido en este grupo de edad.
- La estratificación epidemiológica provincial de la mortalidad para todos los grupos de edades, quedó en 4 estratos de riesgo. (Figura 3).





Fuente: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud/MINSAP

Fig. 3- Estratificación epidemiológica de la mortalidad por suicidio en Cuba

1. **Muy Alto Riesgo:** las provincias con > 75 percentil (tasas brutas acumuladas por > 16,4 y 17,9 por 100,000 habitantes): Villa Clara (tasa de 17,9); Las Tunas (17,6); Holguín (17,1); y Mayabeque (16,7) por 100,000 habitantes.
2. **Alto Riesgo:** entre 74-50 percentil (tasas entre 13,2 y 16,4) Santi Spíritus (16,3); Matanzas (16,2); Camagüey (14,6); Ciego de Ávila (13,3) por 100,000 habitantes.
3. **Moderado Riesgo:** entre 49-25 percentil (tasas >11,9 y 13,2) Artemisa (13,1);

Granma (12,7); Cienfuegos (12,7); Pinar del Río (12,2) por 100,000 habitantes.

4. **Bajo Riesgo:** con < 25 percentil (tasas entre 8,1 y 11,9 por 100,000 habitantes) Santiago de Cuba (10,9); Isla de la Juventud (10,2); La Habana (9,2); Guantánamo (8,2) por 100,000 habitantes.

Las provincias que presentaron mayores porcentajes de cambio relativo fueron Matanzas con un incremento de 36,4 %, seguida de Cienfuegos con 21,5 %

DISCUSIÓN

Según la OMS, en Cuba en el 2012 las tasas de suicidio estandarizadas fueron de 11,4 por 100,000 habitantes (18,4 en hombres y 4,5 en

mujeres); las tasas reportadas en el sexo masculino de nuestro país, estuvieron por encima de lo reportado internacionalmente, lo cual



coincide con nuestros resultados.⁽⁹⁾

En el país, las tasas de suicidio en los hombres son también superiores a lo reportado en el informe de Indicadores Básicos de las Américas de 2018, donde en el año 2016 la tasa de suicidio ajustada en la región fue (14,7 en hombres y 4,0 en mujeres). Ese informe reportó para Cuba tasas de (15,5 en hombres y 3,7 en mujeres).⁽¹⁰⁾

En América Latina y el Caribe las tasas en los hombres y las mujeres fueron de 10,7 y 2,6 por 100,000 respectivamente, inferiores a lo encontrado en esta investigación. Países como EE.UU, Uruguay, Ecuador, Guyana y Surinam presentaron tasas por encima de Cuba. Otros como, Colombia, México, Nicaragua y Chile reportaron tasas inferiores a las nuestras.⁽¹⁰⁾

A diferencia de nuestro país, que tiene el reconocimiento internacional de la OMS de poseer registros de mortalidad confiables y seguros; los datos de mortalidad en América Latina han sido descritos como “irregulares”, especialmente al compararlos con los datos de los países europeos e incluso en la misma región.^(9,11)

La tasa ajustada de suicidio en adolescentes cubanos de 10- 19 años de edad (tasa de 2,5 por 100,000 habitantes) es inferior a la reportada en el informe de la Región de las Américas, que fue de 3,7 por 100,000 habitantes (5,0 en varones y 2,3 en hembras). En América del Norte se reportaron tasas de 4,4 por 100,000 habitantes y en América Central y Caribe hispano 3,5 por 100,000 habitantes, tasas superiores a lo encontrado en nuestra investigación.⁽¹⁰⁾

El subgrupo de 15 a 19 años aportó el mayor porcentaje y tasa de mortalidad por suicidio,

coincidiendo con otros estudios.⁽¹²⁾ Existen investigaciones que reportan factores de riesgo vinculados al suicidio como la depresión, la desesperanza, impulsividad, violencia, el consumo de alcohol y drogas, el nivel cultural y económico bajo, la institucionalización, el *bullying*, la disfunción familiar y el abuso del uso de las tecnologías.^(13,14,15,16)

El grupo de 20–59 años fue el segundo de más alta mortalidad. Únicamente en América del Norte la mayor tasa corresponde a las personas entre 45 y 59 años. En una investigación, se encontró que el grupo de 46–55 años ocupaba el segundo lugar con un 19,4 % en los suicidios consumados y se atribuyó al consumo de alcohol, la pérdida de motivaciones e intereses de conjunto y al envejecimiento precoz.⁽¹⁷⁾ El grupo de 20-59 está integrado por personas que estudian o trabajan y en las que el impacto de los problemas económicos y sociales (como ser cuidadores de niños y ancianos, el estrés de la vida cotidiana, los conflictos familiares, la depresión y el consumo de alcohol, drogas y otros factores de riesgo) pudieran incidir en esta conducta.

El grupo de 60 años y más fue el de mayor tasa. Según la OMS, las tasas de suicidio más elevadas corresponden al grupo de personas con 70 años o más, lo que coincide con nuestro estudio. La mayoría de las subregiones en América tienen la tasa más alta en el grupo de más de 70 años de edad para ambos sexos.⁽¹¹⁾ En el informe de las Américas se reportó una tasa de 12,4 por 100,000 habitantes en este grupo, inferior a la encontrada en nuestra investigación.

En la próxima década el envejecimiento, será un



importante factor modulador de las necesidades de salud, la seguridad y la protección social y un desafío para los sistemas que deberán atender las demandas derivadas de estas necesidades.⁽¹⁸⁾ En Cuba, estudios realizados en los ancianos encontraron como factores de riesgo para el suicidio, la depresión y la ansiedad, las necesidades insatisfechas, la pérdida de seres queridos, las carencias sociales, los conflictos familiares, la situación económica desfavorable, el aislamiento y la desesperanza, entre otros.^(19,20,21,22)

El incremento en la esperanza de vida y el consiguiente aumento en la proporción de personas económicamente dependientes representan un desafío para el crecimiento económico y para los sistemas de salud, que deben atender las necesidades de una población envejecida.^(18,23)

En cuanto al color de la piel no existieron diferencias importantes entre los adultos, no así en los adolescentes donde, los de color de piel negra, presentaron mayor tasa de mortalidad que los blancos y mestizos. Los EE.UU reportó que los hispanos tienen una tasa de suicidio inferior a la de los caucásicos, a ello contribuye el interés en las relaciones cercanas con los

parientes. El papel de las iglesias afroamericanas como sistema de soporte social, pudiera explicar la baja tasa de suicidios entre afroamericanos.⁽²⁴⁾ La estratificación de riesgo por provincias de residencia mostró diferencias, entre los adolescentes y todos los grupos de edades. Las provincias de Mayabeque y Las Tunas presentaron coincidencias en los estratos de Muy Alto Riesgo para estos dos grupos de edades; al igual que las provincias de Camagüey y Sancti Spíritus en la categoría de Alto Riesgo y La Habana en Bajo Riesgo. La principal utilidad de la estratificación es que facilita el conocimiento del perfil de riesgo y auxilia a las autoridades sanitarias en el apoyo para la toma de decisiones, ajustándose a las condiciones epidemiológicas para las estrategias de prevención.^(25,26)

Nuestros resultados coinciden con lo reportado en los anuarios estadísticos de salud, donde las provincias estratificadas de Muy Alto y Alto Riesgo presentan tasas por encima de la media nacional.⁽²⁷⁾

Como principal *limitación* del estudio podemos señalar que la tasa según color de la piel por sexo no se pudo calcular porque no estaban disponibles los datos.

CONCLUSIONES

Las tasas son más bajas entre las mujeres y presentaron también una mayor reducción. Existen diferencias en la estratificación de riesgo provincial, entre todos los grupos de edades y los

adolescentes. Los resultados pueden contribuir a la actualización de la epidemiología del suicidio en Cuba.



RECOMENDACIONES

Es necesario realizar estudios que permitan identificar los determinantes sociales que se

asocian al suicidio para establecer estrategias de prevención

RREFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Pérez C, Alfonso Aguilar P. Estratificación epidemiológica de riesgo. Rev Archivo médico de Camagüey [Internet]. 2013 [Citado 02/01/2019];17(6):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000600012
2. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades CIE-10. Causas externas de morbilidad y mortalidad. Lesiones auto infligidas intencionalmente [Internet]. Washington (DC): OPS; 2001 [Citado 02/04/2019]. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
3. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Suicidio. Mortalidad y prevención. Factográfico de Salud [Internet]. 2015 [Citado 02/02/];1(10):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/noticia/2015/09/16/suicidio-mortalidad-y-prevencion-factografico-de-salud>
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, un instrumento para profesionales de los medios [Internet]. Ginebra: OMS; 2000. [Citado 02/01/2019]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida [Internet]. Washington: OPS; 2016. [Citado 28/04/2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31167>
6. Organización Panamericana de la Salud. Marco de Referencia para la implantación de la Estrategia Regional de Salud Mental [Internet]. Washington: OPS; 2011. [Citado 02/01/2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/MARC%20DE%20REFERENCIA%20Salud%20Mental%20final.pdf?ua>
7. Organización Mundial de la Salud. 53 Plan de Acción para la Salud Mental [Internet]. Ginebra: OMS; 2014. [Citado 02/01/2019]. Disponible en: http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=9774%3A2014-53rd-directing-council&catid=7003%3A53rd-directing-council-29-sep-3-oct&Itemid=41062&lang=es
8. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2017 [Citado 02/01/2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
9. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative [Internet]. Luxembourg: WHO; 2014 [Citado 29/04/2019]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/
10. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos: Situación de salud en las Américas 2018 [Internet]. Washington:



- Organización Panamericana de la Salud; 2018 [Citado 11/05/2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por Suicidio en las Américas: Informe Regional [Internet]. Washington: OPS; 2014. [Citado 02/01/2019]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/P_AHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf
12. Picazo Zappino J. El suicidio infanto juvenil: una revisión. Actas Españolas Psi [Internet]. 2014 May [Citado 14/03/2019];42(3):125-32. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=96033542&lang=es&site>
13. Corona B, Alfonso K, Hernández M, Lomba P. Epidemiology of Suicide in Cuba, 1987–2014. MEDICC Review [Internet]. 2016 July [Citado 20/03/2019];18(3): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/medicc/v18n3/1555-7960-medicc-18-03-0015.pdf>
14. Estévez García K, Velázquez Reinaldo R. Conductas de riesgo en adolescentes y jóvenes. Videojuegos: ¿armas letales?. Librería CM [Internet]. 2014 Oct [Citado 14/03/2019];11:[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_1062.pdf
15. Cañón Buitrago SC. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en niños y adolescentes. Arch Med [Internet]. 2011 Jun [Citado 03/05/2019];11(1):62-7. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct>
16. Acosta Hernández M, Mancilla Percino T, Correa Basurto J, Saavedra Vélez M, Ramos Morales FR, Cruz Sánchez JS, et al. Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. Arch Neurocién (Mex) [Internet]. 2011 Jul-Sep [Citado 05/05/2019];16(3):156-61. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct>
17. 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 02/05/2019];17(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph12113.html>
18. Fraga JC. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 [Citado 02/03/2019];32(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu02106.pdf>
19. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país en 2017 [Internet]. Washington: OPS; 2017 [Citado 03/05/2019]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
20. Bethancourt Santana Y, Bethancourt Enríquez J, Moreno Rodríguez Y, Saavedra Díaz A. Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores. MEDICIEGO [Internet]. 2015



[Citado 02/03/2019];21(1):[aprox. 6 p].
Disponible en:

<http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/85>

21. 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]. 2013 feb [Citado 29/04/2019];17(2):[aprox. 7 p].
Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000200006

22. Cruz M, Ahmed A. On the impact of demographic change on growth, savings, and poverty. Policy Research Working Paper 7805 [Internet]. Washington: World Bank; 2016 [Citado 20/05/2019]. Disponible en:

<https://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-7805>

23. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015 [Internet]. Washington: OPS; 2015 [Citado 03/05/2019]. Disponible en:

<http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

24. Oquendo MA, Ellis SP, Greenwald S, Weissman MM, Mann JJ. Suicidio en depresión

mayor y diferencias étnicas. Conferencia 36-CI-B. En: I Congreso Virtual de Psiquiatría; 2000 feb 1 mar 15. Estados Unidos: [s.n]; 2000. [aprox. 10 p]. [Citado 20/04/2019]. Disponible en:

http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa36/conferencias/36_ci_b.htm

25. Posada Rodríguez L. Propuesta metodológica para la estratificación del riesgo de morir por enfermedades no transmisibles. MEDICIEGO [Internet]. 2011 [Citado 10/01/2019];17(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/Vol17_01_%202011/pdf/T11.pdf

26. Sánchez Cano AM. Experiencia en la aplicación del uso de la metodología de Estratificación por Riesgo Absoluto. Cuba, 2006. Reporte Técnico de Vigilancia [Internet]. 2011 ene-feb [Citado 11 febrero 2019];12(1):[aprox. 17 p.]. Disponible en:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/sanchezcarmona.pdf>

27. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2017 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2018 [Citado 10/01/2019]. Disponible en:

<http://www.sld.cu/sitios/dne/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final del artículo.

