

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización epidemiológica de la conducta suicida en la provincia de Santiago de Cuba

Epidemiological characterization of suicidal behavior in Santiago de Cuba province

Dra. Celia Moreno Campa, Dr. Carlos Luis Díaz Cantún, MsC. Raxy Soler Santana, MsC. Marlenis Brossard Cisnero y MsC. Isabel Cristina Carbonell García

Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 949 pacientes con conducta suicida, de los cuales fallecieron 126 por esa causa en la provincia de Santiago de Cuba durante el 2010, con un incremento en el citado año y predominio en el municipio de Julio Antonio Mella, a fin de caracterizarles según variables de interés epidemiológico y así determinar la morbilidad y mortalidad atribuibles a ese comportamiento. En la casuística primaron el sexo masculino y el método de suicidio por ahorcamiento; sin embargo, el intento suicida preponderó entre las féminas, con mayor riesgo en niñas y adolescentes, quienes decidieron ingerir preferentemente psicofármacos. La realización de intervenciones educativas en los grupos poblacionales más afectados podría fortalecer los mecanismos de afrontamiento ante situaciones estresantes.

Palabras clave: conducta suicida, suicidio, mortalidad por suicidio, psicofármacos.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 949 patients with suicidal behaviour, of which 126 died due to that cause in Santiago de Cuba was carried out during the 2010, with an increase in the mentioned year and prevalence in "Julio Antonio Mella" municipality, in order to characterize them according to variables of epidemiological interest and in this way to determine the morbidity and mortality attributable to that behavior. Male sex and the suicide by hanging prevailed in the case material; however, the suicidal attempt prevailed among females, with a greater risk in girls and adolescents, who decided to take preferably psychodrugs. Carrying out educational interventions in the most affected populational groups could strengthen the facing mechanisms in stressing situations.

Key words: suicidal behavior, suicide, suicide mortality, psychodrugs.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es causa frecuente de disfunción a nivel mundial, por lo que el suicidio, a pesar de su carácter individual, está considerado como un grave problema de salud en casi todos los países.¹

Se considera conducta suicida a todo acto cometido en perjuicio de quien lo ejecuta, con diverso grado de intento letal, e incluye el intento suicida y el suicidio consumado. Esta se conoce desde la misma existencia del hombre, con marcada connotación en las civilizaciones más antiguas durante la Edad Media y disminución de su incidencia posteriormente. Luego reapareció en el siglo XVIII, de forma impetuosa, y se ha mantenido hasta la actualidad.²

En relación con el tema, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que el suicidio es un importante problema de salud, pues se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en todas las edades. A escala mundial, sus tasas aumentaron 60 % en los últimos 45 años y en 90 % de los casos está asociado con la depresión y el abuso de sustancias. Cada año se suicida un millón de personas y diariamente en el mundo 1 000 individuos consumen el hecho y otros tantos intentan hacerlo, de los cuales solo la décima parte lo logra.^{3,4}

Específicamente en Cuba el suicidio se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte y se ha observado una tendencia al incremento del intento suicida en las edades jóvenes. La provincia de Santiago de Cuba, al finalizar el 2010, tuvo una tasa de mortalidad de 12 por cada 100 000 habitantes y ocurrieron 1 305 intentos (Dirección Provincial de Salud. Departamento de Estadísticas. Anuario Estadístico. Santiago de Cuba, 2009 y 2010).

Por tal motivo, se decidió efectuar esta investigación que tuvo como objetivo determinar la morbilidad y mortalidad por conducta suicida en la provincia de Santiago de Cuba durante el citado año.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 949 pacientes con conducta suicida, notificados por el Sistema de Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO), de los cuales fallecieron 126 por esa causa en la provincia de Santiago de Cuba durante el 2010, a fin de caracterizarles según variables de interés epidemiológico y así determinar la morbilidad y mortalidad atribuibles a ese comportamiento

Entre las variables seleccionadas figuraron: edad, sexo, método de suicidio empleado y municipio de procedencia, y los datos primarios se obtuvieron de los registros de mortalidad pertenecientes al Departamento de Estadísticas de la Dirección Provincial de Salud, la revisión de las tarjetas de EDO y la población estimada por el Comité Estatal de Estadísticas durante ese año. Para procesar la información fueron utilizadas las frecuencias absoluta y relativa (porcentaje, razón y tasas para variables cualitativas), lo cual se hizo de manera computarizada.

RESULTADOS

Ocurrieron 126 defunciones por suicidio durante el 2010, para una tasa de mortalidad de 12 por cada 100 000 habitantes, lo cual mostró un incremento en 10,7 % respecto

al 2009. El municipio de Julio Antonio Mella exhibió la mayores cifras de riesgo de morir, con 25,4 por cada 100 000 ciudadanos (tabla 1).

Tabla 1. Mortalidad por suicidio según municipios. Años 2009-2010

Municipios	2009		2010		% Variación
	No.	TC	No.	TC	
Contramaestre	16	15,2	18	17,2	12,8
Julio Antonio Mella	7	19,8	9	25,4	28,1
San Luis	7	7,8	17	19,0	142,7
II Frente	7	17,4	7	17,4	0,1
Songo la Maya	10	10,6	7	7,4	-29,8
Santiago de Cuba	46	9,3	41	8,3	-10,6
Palma Soriano	11	8,9	17	13,8	55,0
III Frente	4	13,4	4	13,4	0,1
Guamá	6	17,1	6	17,1	-0,1
Provincia	114	10,9	126	12,0	10,7

Tasa x 100 000 habitantes TC: tasa cruda

Fuente: Dirección Provincial de Estadísticas (*)

La sobremortalidad masculina por esta causa predominó en todos los municipios, con el fallecimiento de 3,7 hombres por cada mujer.

Se observó que la provincia presentó una tasa de incidencia por intento suicida de 124,7 por cada 100 000 habitantes (tabla 2), con los indicadores más altos en los municipios de III Frente y Santiago de Cuba, que tuvieron 153,7 y 128,5 por 100 000 personas, respectivamente. En tanto, la tasa de mortalidad por suicidio fue de 12 por 100 000 habitantes, y se obtuvo el mayor riesgo de morir por esta causa en la población del municipio de Julio Antonio Mella (25,4); solo los municipios de Songo la Maya y Santiago de Cuba mostraron indicadores inferiores al que se exhibía en la provincia.

Tabla 2. Conducta suicida según municipios

Municipios	Intento suicida		Suicidio	
	No.	Tasa de incidencia	No.	Tasa de mortalidad
Contramaestre	117	111,7	18	17,2
Julio Antonio Mella	37	104,6	9	25,4
San Luis	88	98,4	17	19,0
II Frente	49	121,7	7	17,4
Songo La Maya	102	108,5	7	7,4
Santiago de Cuba	635	128,5	41	8,3
Palma Soriano	143	116,0	17	13,8
III Frente	46	153,7	4	13,4
Guamá	28	80,0	6	17,1
Total	1305	124,7	126	12,0

Tasa x 100 000 habitantes

Fuente: (*)

La razón suicidio/intento suicida fue de 1 suicidio por cada 10 intentos. Los municipios que exhibieron indicadores más desfavorables fueron Guamá y Julio Antonio Mella, con 4,7 y 4,1 respectivamente, o sea, ocurrió un suicidio por cada 4 intentos.

Al analizar las tasas específicas por grupo etario (tabla 3), se observó que los más afectados tenían las edades menores de 19 años, con un riesgo de cometer el intento de 176 por cada 100 000 habitantes, mientras que el mayor riesgo de morir por suicidio se obtuvo en la población mayor de 60 años de edad, con tasas de 28,7 en el grupo etario de 75 y más años, y 24,8 en el de 60-74 años.

Tabla 3. Conducta suicida según edad

Grupo etario (años)	Intento suicida		Suicidio	
	No.	TE	No.	TE
1-19	464	176,0	4	1,5
20-39	332	103,1	35	10,9
40-59	122	42,1	46	15,9
60-74	23	20,4	28	24,8
75 y más	8	17,7	13	28,7
Total	949	90,7	126	12,0

Tasa x 100 000 habitantes Fuente: (*) TE: tasa estandarizada

Respecto a la conducta suicida según sexo y métodos (tabla 4), se apreció que el intento suicida predominó entre las féminas, con un riesgo de 106,6 por cada 100 000 mujeres, las cuales emplearon mayormente la ingestión de psicofármacos (tasa de 94,2). El riesgo de morir por suicidio predominó en el sexo masculino, con prevalencia del ahorcamiento (15,6 por cada 100 000).

Tabla 4. Conducta suicida según sexo y método empleado

Método empleado	Intento suicida				Suicidio			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	No.	TE	No.	TE	No.	TE	No.	TE
Ingestión de psicofármacos	303	81,7	526	94,2	3	0,57	7	1,34
Ahorcamiento	60	12,4	20	3,59	82	15,6	11	2,1
Sustancias tóxicas	11	2,2	9	1,6	5	0,96	2	0,38
Quemaduras	9	1,8	1	0,17	4	0,77	7	1,34
Otras	8	1,6	2	0,3	4	0,77	1	0,19
Total	391	74,7	558	106,6	98	18,7	28	5,35

Tasa x 100 000 habitantes Fuente: (*)

Por concepto de suicidio, al finalizar el 2010 se perdieron un total de 3 158 años, para una tasa cruda de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) de 3,34 por 1 000 habitantes, donde los municipios de Guamá y San Luis presentaron los indicadores más desfavorables, con 5,55 y 5,22 por cada 1 000, respectivamente (tabla 5).

Tabla 5. AVPP por suicidio según municipios

Municipios	AVPP	Tasa cruda	Tasa ajustada
Contramaestre	430	4,36	3,54
Julio Antonio Mella	155	4,23	3,39
San Luis	443	5,22	4,42
II Frente	120	2,94	2,15
Songo La Maya	160	1,80	1,61
Santiago de Cuba	1120	2,48	2,06
Palma Soriano	385	3,35	3,38
III Frente	145	4,60	4,35
Guamá	200	5,55	5,26
Provincia	3158	3,34	2,75

Tasa x cada 1000 habitantes Fuente: (*)

DISCUSIÓN

El suicidio es un hecho de causa multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, y se considera como la expresión de una "falla" en los mecanismos adaptativos del sujeto al medio, provocada por una situación de conflicto actual o permanente, que genera un estado de tensión emocional.⁵

Los intentos de suicidio son más frecuentes antes de llegar a la mediana edad y es extremadamente raro antes de la pubertad; sin embargo, llevar a cabo su intento se vuelve más frecuente a lo largo de la adolescencia, lo que resulta altamente preocupante, puesto que se trata de niños que están comenzando su adolescencia; estos comúnmente utilizan métodos leves, que no producen sufrimiento o dolor momentáneo.

De hecho, los intentos son mucho más frecuentes que los suicidios consumados, con la confirmación epidemiológica de una relación de 30 a 1, en especial aquellos por intoxicaciones medicamentosas, que dada su tendencia a recidivar, llegan a afectar a 1,53 % de la población general.⁶

Aunque las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia 3 veces mayor que los hombres, estos consumen el suicidio en una proporción 4 veces mayor que ellas, lo cual coincide con los resultados de esta serie. El varón puede reaccionar con inexpresividad emocional, agresividad, consumo de sustancias y, finalmente, llegar al suicidio. En la bibliografía médica se plantea que las tasas de suicidio de los hombres son superiores a las observadas en las mujeres. Dicha diferencia entre ambos sexos en los países asiáticos es más reducida que en otros lugares del mundo.⁷

Al respecto, el intento suicida está muy relacionado con los conflictos amorosos en la mujer, mientras que en los hombres ocurre por otras causas y utilizan métodos más letales o duros (ahorcamiento, arma de fuego, entre otros) que conducen casi siempre a la consumación del hecho. En la casuística los resultados no difieren de lo descrito anteriormente, pues la conducta suicida estuvo condicionada por la forma de afrontar las tensiones o situaciones de estrés de las féminas. Las adolescentes tienen mayor desarrollo anatómico y psíquico que los varones, por lo que piensan más de manera adulta. Por otra parte, las mujeres sienten privada su necesidad de autoindependencia de forma más acentuada en relación con su coetáneo masculino; a pesar del desarrollo adquirido por la sociedad en cuanto a la emancipación de la mujer, aún continúa siendo dependiente del hombre y, quizás, más atada a él moralmente.

Los psicofármacos más frecuentemente utilizados son los ansiolíticos y antidepresivos. En los Estados Unidos los intentos de suicidio conocidos son por ingestión de fármacos, normalmente analgésicos de venta libre.⁷

En la sociología marxista cuando se trata el estudio del fenómeno suicida se basa fundamentalmente en 3 momentos y uno de ellos es el aspecto particular, las influencias del microambiente social, así como sus características y condiciones específicas en la determinación del comportamiento suicida.⁸

Durante el período comprendido entre 1982 y 1992, en los Estados Unidos el suicidio se triplicó, lo cual motivó a que este problema fuese incluido entre los objetivos de salud de esa nación en el 2000. Aproximadamente 1 % de todas las muertes cada año se deben a esta causa. La cifra más elevada está en los ancianos, pero ha habido un aumento continuo de adolescentes, a tal punto que actualmente ocupa el tercer lugar como causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años de edad, solo superado por los accidentes y el homicidio.⁹

Uruguay presenta altas tasas para la región (10 por cada 100 000 habitantes). Internacionalmente se estima que el intento de autoeliminación es 10 veces superior al suicidio; con el consumo de drogas aparecen elementos de predisposición a conductas agresivas.¹⁰

Los años de vida potencialmente perdidos son un indicador de mortalidad prematura. En Colombia, por ejemplo, los años de vida productiva perdidos por suicidio en el 2003 fueron 64 343.¹¹ En un estudio realizado en el Policlínico "Mario Muñoz Monroy" del municipio de Santiago de Cuba en el 2007 se perdieron por esta causa 128 años, para una tasa de 5,0 por 1 000 ciudadanos.⁴

En la serie la morbilidad por intento suicida predominó en las féminas menores de 19 años de edad, quienes utilizaron la intoxicación por psicofármacos. La mortalidad por suicidio predominó en el sexo masculino, con prevalencia del método de ahorcamiento y de los residentes en los municipios de Julio Antonio Mella, San Luis, Contramaestre y Palma Soriano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera Santí PM, Avilés Betancourt K. Factores familiares de riesgo en el intento suicida. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(2):134-7.

2. Torres Lio-Coo V, Josué Díaz L, Font Darias I, Rodríguez Valdés NR, Urrutia Zerquera E, Gómez Arias MB. Valoración de algunos aspectos relacionados con el intento suicida en pacientes jóvenes con trastornos de personalidad. *Rev Cubana Med Milit.* 2006;35(1):182-7.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida. La Habana: MINSAP; 2006. p. 1.
4. Soler Santana R, Castillo Núñez B, Brossard Cisnero M, Peña García CE. Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y control de la Conducta Suicida. [Internet]. *Medisan* 2010;14(5) [citado 14 May 2009] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_5_10/san10510.htm
5. Gupp Phelan J, Delgado S. Major depression and suicidality. En: Baren JM, Rothrock SG, Brennan JA, Brown L. *Pediatric emergency medicine.* Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2008. p. 806-9.
6. Tejedor C, Faus G, Díaz A. Programa de prevención de la conducta suicida sector Dreta Eixample. Barcelona: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2009. p. 1-148.
7. Centre Londres 94. Comportamiento suicida de niños y adolescentes. En: *Suicidios en niños y adolescentes. Psiquiatría.* [Internet] [citado 11 Abr 2011] Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-suicidio-ninos-adolescentes-psiquiatria/comportamiento-suicida-ninos-adolescentes-1-3>
8. Guibert Reyes W. Epidemiología de la conducta suicida. [Internet]. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2002;18(2). [citado 11 Abr 2011] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi07202.htm
9. Butler JW, Novy D, Kagan N, Gates G. Investigation of differences in attitudes between suicidal and non suicidal student ideation. *Adolescence.* 1994;29(15):623-38.
10. Larrobla C, Pouy A. Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas. *Rev Med Urug.* 2007;23(4):339-50.
11. Pérez Olmos I, Rodríguez Sandoval E, Dussán Buitrago M, Ayala Aguilera J. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Rev Salud Publica (Bogotá).* 2007;9(2):230-40.

Recibido: 28 de julio de 2011.

Aprobado: 9 de octubre de 2011.

Celia Moreno Campa. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, avenida Cebreco entre 1ra y 3ra, reparto Ampliación de Terrazas, Santiago de Cuba, Cuba.