

Epidemiología del suicidio en Cuba, 1987-2014

Beatriz Corona-Miranda, Karen Alfonso-Sagué, Mariela Hernández-Sánchez, Paula Lomba-Acevedo

RESUMEN

INTRODUCCIÓN El suicidio es un problema de salud influenciado por factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales y económicos. Es responsable del 50% de las muertes violentas en la población masculina en todo el mundo, y del 71% en la población femenina. En el continente americano, cada año ocurren 65 000 muertes por suicidio. Es la novena causa más frecuente de muertes en Cuba, y la tercera en el rango de edades de 10 a 19 años.

OBJETIVO Caracterizar la epidemiología del suicidio en Cuba desde 1987 hasta 2014.

MÉTODOS Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo. La información comprendió todos los registros de muerte por suicidio desde el primero de enero de 1987 hasta el 31 de diciembre del 2014 en la base de datos de la División Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Las variables consideradas fueron sexo, edad, color de la piel, estado laboral y ocupación, estado civil y método de suicidio. Las tasas crudas y estandarizadas por edad y las tasas específicas de mortalidad por edad se calcularon, todas por cada 100 000 habitantes, así como la proporción por sexo. El cambio relativo entre series se calculó como porcentaje. Se calculó la distribución de los suicidios según las variables y las proporciones se expresaron como porcentajes.

RESULTADOS Se reportó un total de 51 113 muertes por suicidio (para un promedio anual de 1 825), de las cuales 34 671 (67.8%)

fueron en hombres. La proporción entre sexos fue 2.1:1 para todo el período estudiado, y 3.9:1 para el período 2011-2014. En el curso del período estudiado, las tasas de suicidio estandarizadas por edad disminuyeron desde 23.9 hasta 10.8 por 100 000 habitantes (54.8% de reducción). El grupo correspondiente a edades ≥ 60 años tuvo el mayor promedio de tasas estandarizadas por edad, 44.6 por 100 000 habitantes. La mayor carga de suicidios por edad correspondió al grupo de 20 a 59 años (60.5%). Con respecto al color de la piel, la mayor carga se encontró en los registrados como blancos, 68.9%. Con respecto al estado civil, la mayor carga se encontró en personas con una pareja estable (46.7%) y con respecto al estado laboral y la ocupación, en personas jubiladas (25.9%). El método más utilizado fue la asfixia por ahorcamiento (59.4%).

CONCLUSIONES En el curso de aproximadamente tres décadas, las tasas de mortalidad por suicidio han disminuido en casi la mitad de su valor y todavía son ligeramente superiores que las tasas promedio en el continente americano. El método más utilizado es la asfixia por ahorcamiento. La relación entre sexos es mayor que 2 y ha aumentado en el tiempo. Las mayores tasas ocurren en el grupo de edad ≥ 60 años, pero se necesita una estratificación más refinada para identificar las tendencias de riesgo relacionadas con la edad. Dado el envejecimiento de la población cubana, estos resultados son de interés para la salud pública y la epidemiología.

PALABRAS CLAVE suicidio, intento de suicidio, muerte, salud mental, Cuba

INTRODUCCIÓN

El suicidio, considerado una subcategoría del daño auto infligido en ICD 10,[1] se define como un acto deliberado, iniciado y ejecutado por una persona con pleno conocimiento o expectativa de su resultado fatal.[2]

La OMS estima que cada año más de 800 000 personas cometen suicidio, lo cual representa el 50% de las muertes violentas en la población masculina y el 71% en la población femenina. Esta cifra, que se espera que alcance 1.5 millones en el 2020, es ya más elevada que todas las muertes causadas por guerra y homicidio.[3] Según los estudios sobre carga de enfermedad, en el 2010 las autoagresiones, los intentos de suicidio y las muertes por suicidio se ubicaron a nivel mundial en la posición 18 de las causas de años de vida perdidos ajustados por incapacidad (DALY, de sus siglas en inglés) y constituyó el 1.5% de todo el DALY.[4]

La OMS ubica al suicidio como una de las tres causas principales de muerte en el mundo en el grupo de edades de 15 a 34 años y es responsable del 12.9% de las muertes anuales entre todos los grupos etarios.[3] Los siguientes factores están asociados con la epidemiología del suicidio: historia de comportamiento familiar suicida, pertenencia a un subgrupo cultural con actitudes tolerantes hacia el suicidio, dificultades económicas, una habilidad disminuida para adaptarse a nuevas situaciones, carencia de estrategias para enfrentar situaciones, insuficientes recursos para desarrollar relaciones interpersonales, e historia de abusos sexuales y físicos en la infancia.[5,6]

En el continente americano, cada año ocurren 65 000 muertes por suicidio —12% de las muertes provocadas por causas externas.

Estas proporciones varían según las subregiones de la OPS: por ejemplo, en América del Norte (que excluye México) 19.7% y en América Central, México y el Caribe hispanohablante, 7.8%. En América Latina el suicidio es responsable de 1.3% del DALY.[7]

La significativa tendencia al alza en las tasas de suicidio ha causado preocupación entre muchos gobiernos, sistemas de salud y organizaciones internacionales, ya que las políticas y los programas que se plantean la prevención y el control de los comportamientos suicidas producen frecuentemente resultados decepcionantes.[8] En mayo del 2013, la 66ava Asamblea Mundial de Salud adoptó un plan de acción en salud mental —el primero en la historia de la OMS— y propuso la meta de lograr un 10% de reducción en las tasas mundiales de suicidio para el 2020.[9] En su documento sobre Estrategias Regionales para Salud Mental, la OPS declaró la prevención del suicidio como una de sus mayores prioridades y propuso la tasa de suicidio como indicador de impacto.[10]

En Cuba el suicidio es la novena causa de muerte, la tercera en el grupo de edad de 10 a 19 años y la cuarta en el grupo de 15 a 49 años. Las tasas aumentan después de los 60 años.[11] El propósito de este estudio fue caracterizar la epidemiología del suicidio en Cuba desde 1987 hasta el 2014, con la inclusión de un análisis de las variables sociodemográficas.

MÉTODOS

Tipo de estudio y fuentes de datos Se efectuó un estudio descriptivo retrospectivo utilizando los registros de muerte desde el 1º de enero de 1987 hasta el 31 de diciembre del 2014, obtenidos a partir de la base de datos de la División Nacional de Estadística

cas (DNE) del Ministerio de Salud Pública. Para el cálculo de las tasas, los datos en los denominadores también procedieron de la DNE.[12]

Variables

Sexo: masculino, femenino

Edad: agrupada como: < 20 años (subgrupos: 10 - 14 y 15 - 19 años); 20 - 59 años (subgrupos 20 - 29, 30 - 39, 40 - 49 y 50 - 59 años); ≥60 años (subgrupo 60 - 69, 70 - 79 y ≥ 80 años)

Color de la piel: blanco, negro, mestizo, desconocido

Estado civil: con pareja estable, sin pareja estable, desconocido

Estado laboral - ocupación: jubilado o pensionado, tareas domésticas, otro (incluye jóvenes en el servicio militar, fuerzas armadas e individuos en edad laboral que no reportaron su ocupación), campesino o pescador, desempleado, trabajador calificado, persona en edad laboral, trabajador de servicio, científico o académico, persona que no trabaja debido a discapacidad, estudiante, trabajador no calificado, director o jefe, trabajador de oficina, profesional o técnico de nivel medio, operador de maquinarias, desconocido.

Métodos de suicidio: asfixia por ahorcamiento, fuego o llamas, envenenamiento, armas de fuego, lanzamiento al vacío, corte o punción, ubicación por propia voluntad frente a vehículos en movimiento, muerte por ahogamiento, colisión automotor intencional, explosivos, electrocutamiento, otro.

Recopilación, procesamiento y análisis de datos La DNE autorizó el uso de los registros de fallecidos. Para clasificar el suicidio se utilizaron los códigos ICD: ICD9: E950-E959 para 1987-2000 [13] y el ICD 10:60-X84, a partir del 2001. Las tasas acumulativas de mortalidad por grupo de edad se calcularon para todo el periodo de estudio y para el período de cuatro años 2011-2014 (considerado el periodo más representativo de la situación actual). Las tasas de mortalidad crudas, ajustadas y específicas por 100 000 habitantes se calcularon por sexo y por grupo etario; se calculó el cociente entre sexos (cociente entre número de suicidios masculino y femenino). Las tasas se estandarizaron directamente utilizando los valores del censo de población de Cuba en el 2002. Los cambios en tasas relativas calculadas como cambio porcentual y como porciento se utilizaron para mostrar la distribución de las variables: sexo, edad, color de la piel, estado civil y estado laboral y ocupación (para indicar la carga relativa respectiva de suicidio), y los métodos utilizados para el suicidio. Para establecer las variables se utilizaron los libros de código de la DNE. Dos libros de códigos se utilizaron para el estado laboral - ocupación, uno para el período 1987-2006, y el otro para el período 2007-2014. Se creó una base de datos en Excel y los datos se representaron en tablas y gráficos.

Ética El registro de fallecidos y los datos poblacionales se utilizaron en este estudio exclusivamente para esta investigación. Los métodos de recopilación de datos preservaron el anonimato de los fallecidos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

RESULTADOS

En el periodo estudiado ocurrieron 51 113 muertes por suicidio (para un promedio anual de 1 825), con una tasa promedio anual estandarizada por edades de 16.9 por 100 000 habitantes. Del 2011 al 2014, la tasa promedio fue 13.2 por 100 000 habitantes.

La tasa en 1987 fue 23.9 por 100 000 y en el 2014 fue 10.8 por 100 000, lo que representa una disminución de 54.8%.

Las tasas en ambos sexos disminuyeron en el periodo estudiado, con un ligero incremento entre el 2007 y el 2010, particularmente entre los hombres. Al inicio del período, la tasa de mortalidad por suicidio estandarizada por edad entre los hombres fue 26.7 por 100 000 habitantes; alcanzó su máximo en 1994 con 27.4 por 100 000 habitantes, y cayó a 18.4 en el 2014 (una disminución de 31.1%). La tasa fue 21.3 por 100 000 en las mujeres en 1987 y cayó a 4.7 en 2014 (para una disminución de 77.9%) (Figura 1).

La tasa de suicidio estandarizado por edad al inicio del período 2011-2014 fue 11.6 por 100 000, valor que cayó a 10.7 en 2014 (disminución de 7.6%). Entre los hombres, la tasa cayó de 19.6 por 100 000 en 2011 a 18.4 en 2014 (disminución de 6.1%), mientras entre las mujeres fue de 5.1 por 100 000 en 2011 a 4.7 en 2014 (disminución de 7.8%).

La proporción entre sexos aumentó durante el tiempo estudiado, de 1.1:1 [en lo adelante, :1 se considera implícito —Eds.] en 1987 a 3.9 en 2014. La media de todo el período fue 2.1, y para 2011-2014, fue 3.9. La proporción más baja de sexo por edad se encontró en el grupo de menores de 20 años con un valor de 0.6. Este cociente se invirtió en el año 2000 y durante el período 2011-2014, el cociente fue 2.5. El grupo etario de 20 a 59 años tuvo una relación entre sexos de 2, que aumentó a 4.2 en el periodo 2011-2014. En el grupo etario de ≥60 años, el cociente fue 2.8 para todo el período y 3.7 en la etapa 2011-2014.

La tasa promedio de suicidios en el grupo de menores de 20 años fue 6.5 por 100 000 habitantes en todo el periodo estudiado, y 2.5 por 100 000 habitantes para el período de 2011 a 2014. En 1987,

Figura 1: Tasa de mortalidad por suicidio por sexo, Cuba, 1987 - 2014

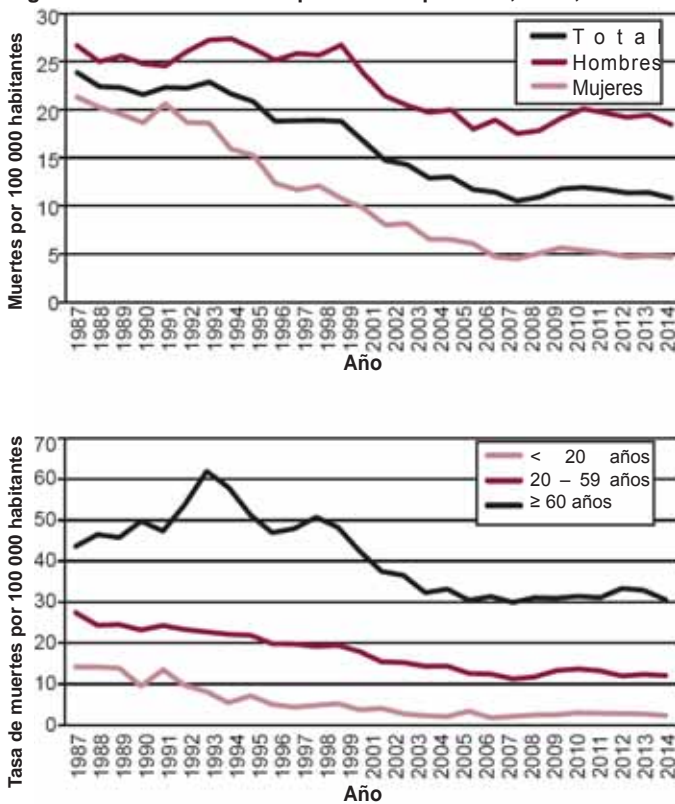


Tabla 1: Suicidios según variables seleccionadas, Cuba, 1987 – 2014

Variable	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	n	%	n	%	n	%
Sexo	34 671	67.8	16 442	32.2	51 113	100.0
Edad (años)						
<20	1 031	2.0	1 689	3.3	2 720	5.3
20-59	20 754	40.6	10 181	19.9	30 935	60.5
≥60	12 878	25.2	4 570	8.9	17 448	34.1
Desconocida	8	<0.05	2	<0.05	10	<0.1
Color de la piel*						
Blanco	11 111	53.7	3 161	15.3	14 272	68.9
Mestizo	3 179	15.4	986	4.8	4 165	20.1
Negro	1 618	7.8	544	2.6	2 162	10.4
Desconocido	86	0.4	23	0.1	109	0.5
Estado civil*						
Con pareja estable	7 805	37.7	1 871	9.0	9 676	46.7
Sin pareja estable	5 714	27.6	2 022	9.8	7 736	37.4
Desconocido	2 475	12.0	821	4.0	3 296	15.9
Estado laboral, tipo de ocupación						
Jubilado o pensionado	10 997	21.5	2 263	4.4	13 260	25.9
Ama de casa	5	0.0	8 055	15.8	8 060	15.8
Campesino o pescador	4 675	9.1	357	0.7	5 032	9.8
Desempleado	4 073	8.0	433	0.8	4 506	8.8
Obrero calificado	3 370	6.6	251	0.5	3 621	7.1
Por debajo de la edad laboral	1 589	3.1	849	1.7	2 438	4.8
Trabajador de servicio	1 545	3.0	881	1.7	2 426	4.7
Científico o académico	848	1.7	643	1.3	1 491	2.9
No trabaja (impedido físico)	989	1.9	64	0.1	1 053	2.1
Estudiante	411	0.8	626	1.2	1 037	2.0
Obrero no calificado	794	1.6	57	0.1	851	1.7
Directivo/administrador	718	1.4	103	0.2	821	1.6
Oficinista	238	0.5	301	0.6	539	1.1
Profesional o técnico de nivel medio	162	0.3	95	0.2	257	0.5
Operador de maquinaria	179	0.4	1	<0.05	180	0.4
Otro	4 076	8.0	1 462	2.9	5 538	10.8
Desconocido	2	<0.05	1	<0.05	3	<0.05
Método						
Asfixia por ahorcamiento	26 773	52.4	3 592	7.0	30 365	59.4
Fuego o llamas	1 432	2.8	8 675	17.0	10 107	19.8
Envenenamiento	3 071	6.0	3 197	6.3	6 268	12.3
Arma de fuego	1 395	2.7	98	0.2	1 493	2.9
Lanzamiento al vacío	779	1.5	448	0.9	1 227	2.4
Apuñalamiento	634	1.2	136	0.3	770	1.5
Ubicación premeditada frente a vehículos en movimiento	296	0.6	89	0.2	385	0.8
Ahogamiento	187	0.4	161	0.3	348	0.7
Impacto en vehículo o moto	24	<0.05	9	<0.05	33	0.1
Secuela de intentos anteriores	5	<0.05	15	<0.05	20	<0.05
Explosión	13	<0.05	3	<0.05	16	<0.05
Electrocución	3	<0.05	1	<0.05	4	<0.05
Otro	59	0.1	18	<0.05	77	0.1

*No registrado antes del 2001 (n = 20 708)

esta tasa por grupo de edades fue 14.2 por 100 000 habitantes, y disminuyó a 2.3 en el 2014 (Figura 2). La disminución relativa fue 83.8% para el período 1987-2014 y 17.9% para el período 2011-2014 (la tasa en 2011 fue 2.8 por 100 000 habitantes). Este grupo etario concentró el 5.3% de todas las muertes por suicidio en el período (Tabla 1), esta proporción cayó a 2.3% para 2011-2014. Dentro de este grupo, el porcentaje más elevado de muertes (88%) ocurrió en el subgrupo de edades de 15 a 19 años. La tasa en el subgrupo de 10 a 14 años fue 0.4 por 100 000 habitantes mientras que la tasa para el subgrupo de 15 a 19 años fue 9.1 por 100 000 habitantes.

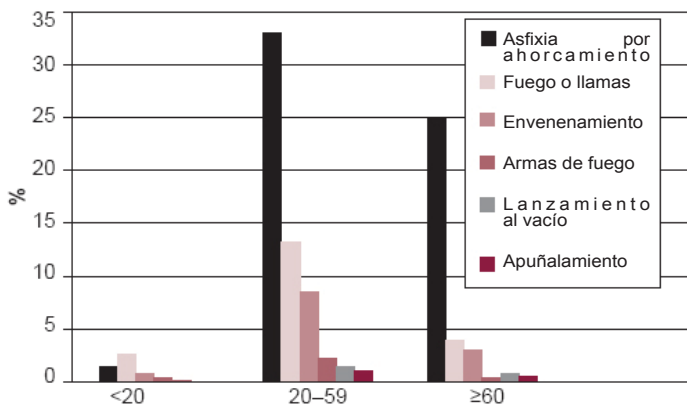
La tasa promedio de suicidio para todo el período en el grupo de 20 a 59 años fue 17.5 por 100 000 habitantes, disminuyendo a 12.4 en el período 2011 a 2014 (Figura 2). La tasa en 1987 fue 27.4 por 100 000 habitantes, cayendo a 12 por 100 000 habitantes en el 2014 (56.2%). La tasa fue 13.2 en el 2011, para una disminución relativa de 9.1% en 2011-2014. A este grupo correspondió el 60.5% de los fallecidos; 30.6% en el subgrupo de 20 a 39 años y 29.9% en el subgrupo de 40 a 59 años (Tabla 1). La tasa fue 15 por 100 000 habitantes en el subgrupo de 20 a 39 años y 21 por 100 000 habitantes en el subgrupo de 40 a 59 años. En 2011 - 2014, el 54.8% de los fallecimientos ocurrió en el grupo de 20 a 59 años (18.2% en el subgrupo de edades de 20 a 29 años y 36.6% en el subgrupo de edades de 40 a 59 años).

El grupo de ≥60 años tuvo la tasa más alta de mortalidad promediando 44.6 por 100 000 habitantes en todo el periodo y 31.7 en 2011-2014. En 1987, este grupo tuvo una tasa estandarizada por edades de 43.6 por 100 000 habitantes, que cayó hasta 30.5 en el 2014 (Figura 2). La disminución relativa para todo el período fue de 30%, y 1.6% para el período 2011-2014 (a partir de una tasa de 31 por 100 000 habitantes en el 2011.) Este grupo representó 34.1% de los decesos por suicidio en todo el periodo estudiado (Tabla 1), 25.2% en el subgrupo de edades 60 - 79 años y 8.9% en el subgrupo de ≥80 años. La tasa fue 35.4 por 100 000 habitantes para el subgrupo en edades de 60 - 79 años de edad y 74.4 por 100 000 habitantes en el subgrupo de edades ≥80 años.

Las personas de piel blanca representaron el 68.9% de los suicidas y las personas con parejas estables el 46.7% (variables reportadas a partir del 2001); los jubilados o pensionados representaron el 25.9% (Tabla 1).

El método más utilizado para el suicidio fue la asfixia por ahorcamiento, responsable del 59.4% de las muertes. Este y el apuñalamiento fueron los únicos métodos que mostraron un incremento relativo sobre el periodo estudiado (0.9% y 10.5% respectivamente.) Entre hombres, el método más utilizado fue la asfixia por ahorcamiento (52.4%), mientras que entre las mujeres fue por fuego o llamas (17%). Entre los menores de 20 años, el método más común fue fuego o llamas. En los grupos de edades de 20 - 59 años y mayores de ≥60 años, la asfixia por ahorcamiento fue el más común (Figura 3, Tabla 1). Del 2011 al 2014, el método predominante fue la asfixia por ahorcamiento (79.1%) seguido por el envenenamiento (9.3%) y fuego o llamas (6.9%).

Figura 3: Método de suicidio por grupo de edad, Cuba, 1987–2014



DISCUSIÓN

En Cuba, la más elevada tasa de suicidios estandarizados por edad para ambos sexos en su conjunto se reportó en el primer año del período estudiado, 1987. Este resultado concuerda con otros hallazgos de investigaciones que reportaron que las tasas de suicidio en Cuba alcanzaron 23 por 100 000 habitantes en la década de 1980, lo que motivó un estudio nacional por el Ministerio de Salud Pública (cuyos resultados no han sido publicados), y el diseño de un programa de prevención del suicidio.[14,15]

En 2012 la OMS reportó tasas de suicidio a nivel mundial de 11.6 por 100 000 habitantes (15 para hombres y 8 para mujeres). En el mismo informe, la tasa global de suicidio en Cuba fue similar, con 11.4 por 100 000 habitantes, pero la tasa entre hombres en Cuba fue superior a la internacional mientras que la tasa entre mujeres fue inferior (18.4 y 4.5, respectivamente)[16]. Aunque las tasas en Cuba han caído, aún siguen siendo superiores a las reportadas por la OPS para el continente americano, para el que la tasa estandarizada por edad para el suicidio en el período 2005 a 2009 fue de 7.3 por 100 000 habitantes (11.5 entre hombres y 3 entre mujeres). El mismo informe mostró tasas de 9.8 por 100 000 habitantes (14.9 entre hombres y 4.4 entre mujeres) en Cuba.[17] Las tasas entre hombres y mujeres fueron 8.3 y 2.1 por 100 000 habitantes, respectivamente, en América Latina y el Caribe, por debajo de las tasas encontradas por nosotros. Las tasas en América del Norte (con la exclusión de México) fueron 15.8 por 100 000 habitantes entre hombres (más elevada que entre los hombres en Cuba) y 4.2 entre mujeres (valor semejante a las tasas entre mujeres en Cuba). En América del Sur, Argentina, Colombia, Brasil, Paraguay, Perú, Venezuela y Ecuador tuvieron tasas inferiores a la de Cuba.[17]

Los hombres son los más afectados en Cuba, lo que coincide con el patrón global: 79% de todas las muertes por suicidio en el mundo ocurren entre los hombres.[16] China es el único país en que hay muchos más suicidios entre las mujeres que entre los hombres.[16] Los hombres tienen tasas más elevadas de suicidio en todos los grupos etarios en el continente americano, con cocientes entre ambos sexos que van desde 2 hasta 6.[17] En nuestro estudio, las mujeres tuvieron tasas inferiores y una mayor disminución en las tasas que la ocurrida entre hombres, de modo que el cociente entre sexos ha aumentado y está cercano al reportado en otros estudios —tales como en Argentina, Colombia y Venezuela— con cocientes entre sexos de aproximadamente 4. La región que abarca la América Central, el Caribe hispanohablante y México tuvo el cociente más elevado entre sexos con un valor de 4.2, ligeramente superior al que

observamos nosotros. El cociente entre sexos en América del Norte (con la exclusión de México) es 3.7.[16,17] Un estudio realizado en Cuba en el año 2000 encontró un cociente entre sexos de 2.2, por debajo del que observamos, pero el estudio sólo se realizó en 8 de las 14 provincias que existían en aquel momento, y por tanto, puede no reflejar la situación nacional.[14]

El más elevado cociente entre sexos se encontró entre personas en el grupo etario de 20 a 59 años, lo que no coincide con otros informes que plantean que la mayor diferencia de suicidio entre géneros ocurre en personas en edades de 60 o más años, como pasa en el continente americano, donde el cociente entre sexos en este grupo es 7.9, superior al encontrado en nuestro estudio. [17]

En Cuba, el más bajo cociente entre sexos se encontró entre niños y adolescentes (en edades inferiores a 20 años), lo que es similar a lo informado por la OPS, con el más bajo cociente entre sexos (2.2) en este grupo etario.[17] Durante la primera mitad del período estudiado, el cociente entre sexos fue inferior a 1, pero después del año 2000 la tendencia se invirtió y actualmente los niños y adolescentes del sexo masculino son los más afectados. Esto coincide con un estudio realizado entre adolescentes estadounidenses desde el 2004 al 2012, que en este grupo informó un 73.6% de suicidios en la población masculina. [18]

El comportamiento suicida entre adolescentes es un problema de salud mental que resulta cada vez más común en varios países, incluyendo Cuba.[18-20] Hay informes nacionales que muestran que una seria disfunción familiar, la ruptura de relaciones íntimas, la historia de intentos de suicidio, el uso de alcohol y drogas, la falta de esperanza, la depresión u otros desórdenes mentales aumentan el riesgo de suicidio.[19,21] Según el Informe Anual de Estadísticas, las personas en edades entre 15 y 19 años representaban el 27% de la población cubana en edades por debajo de los 20 años en el 2015,[22] pero el 88% de los suicidios estaban en el grupo etario de menores de 20 en el período del 2011 al 2014. Esta es una expresión clara, aunque indirecta, de que este grupo etario incrementó su vulnerabilidad a las causas del comportamiento suicida. Entre los posibles factores contribuyentes está la necesidad de reafirmar la independencia propia en las últimas etapas de la adolescencia, que incluye expresiones de rebeldía, ansiedad y depresión, un incremento en los conflictos con los adultos y con sus semejantes, dificultades para avenirse a las normas sociales, todo lo cual los convierte en más propensos al suicidio.[23,24] Los adolescentes experimentan tensiones sustanciales, confusión, y presión por el éxito. Algunos están extremadamente afectados por el divorcio de los padres, la formación de una nueva familia, el reasentamiento y los desastres naturales, entre otros eventos, que los deja con un incremento en el cuestionamiento autocrítico, y consecuentemente, un incremento en los riesgos de suicidio.[24,25]

El grupo en edades de 20 a 59 años tuvo la segunda tasa más elevada de mortalidad. La OPS reportó tasas para el continente americano de 9.2 y 11.9 por 100 000 habitantes para los grupos en edades de 20 a 44 y de 45 a 49 años, respectivamente.[17] que son inferiores que las tasas encontradas por nosotros en Cuba. Estos grupos están formados principalmente por estudiantes o trabajadores en los que los problemas económicos y sociales (tales como dar asistencia a niños y/o viejos, llevar el peso de las responsabilidades familiares, la tensión de la vida diaria, y otros factores de riesgo tales como alcohol y uso de drogas, conflictos familiares, depresión y ansiedad) pueden haber influido

en el comportamiento suicida. Un estudio realizado en La Habana en 2010 reveló que el suicidio fue la segunda causa más elevada de muerte en el grupo etario de 46 a 55 años con un 19.4%. Los autores asociaron esto con el consumo de alcohol, la pérdida de motivación y de intereses, y el envejecimiento prematuro.[26]

El grupo ≥ 60 años tuvo la más alta incidencia de suicidio, especialmente en la década de 1990, una década en que los problemas económicos y sociales empeoraron en el país, con escasez de alimentos, transporte, electricidad y medicamentos, y dificultades para la recreación y en otros aspectos de la vida diaria. La tensión durante este periodo pudo haber influido en el comportamiento suicida.[27,28] La OMS, al igual que nosotros, informa las tasas más elevadas de suicidio a nivel mundial en el grupo de ≥ 70 años.[16] El informe de la OPS para el continente americano reportó una tasa de 12.4 por 100 000 habitantes[17] —inferior a la que encontramos en Cuba.

El envejecimiento poblacional en Cuba es una gran preocupación demográfica. Para el año 2050, Cuba (junto con Barbados) tendrá la población más vieja en América Latina y el Caribe, y una de las más envejecidas en el mundo.[29] El sistema de salud cubano deberá ser capaz de suministrar atención a esa población anciana. En Cuba los estudios realizados entre ancianos han identificado la depresión y la ansiedad, las necesidades no satisfechas, la pérdida de un ser querido, las enfermedades crónicas, la pérdida de apoyo social, los conflictos familiares, las situaciones económicas desfavorables, el aislamiento y la sensación y los sentimientos de falta de esperanza, entre otros, como factores de riesgo para el comportamiento suicida.[30,31] La vejez puede acompañarse de ingresos disminuidos; pérdida de habilidades físicas o cognitivas; pérdida de familiares, amigos y de papeles sociales disfrutados en etapas más tempranas de la vida, y de necesidades no satisfechas. Aunque algunos de estos pueden ser evitados, otros son inevitables.[32,33] Los adultos mayores necesitan la comprensión y la protección tanto de la familia como de la sociedad.

Alrededor del 55% de la población cubana es de piel blanca (según su auto-reporte)[34] pero ellos son responsables de una mayor proporción de suicidios en nuestro estudio, lo que se corresponde con un estudio realizado en Cuba en el año 2000 que encontró que la distribución de suicidios entre personas de piel blanca, negra y mestiza fue de 79%, 20% y 0.9%, respectivamente.[14] Un estudio realizado en los Estados Unidos reportó que las diferencias culturales y la pertenencia a etnias pueden afectar el riesgo de suicidio, y señaló tasas más bajas de suicidio entre los hispanoamericanos y los afroamericanos que entre otros estadounidenses. Los autores comentaron que las fuertes relaciones familiares entre los hispanoamericanos pueden ayudar a explicar su tasa de suicidio 50% inferior que la de los estadounidenses blancos, y que los sistemas de apoyo social en las iglesias negras pueden, de forma similar, contribuir a tasas más bajas de suicidio entre los afroamericanos.[35]

Los jubilados o pensionados y las amas de casa fueron los grupos ocupacionales más afectados, también en concordancia con el estudio cubano del año 2000 citado anteriormente.[14] Los bajos ingresos, la disminución en la calidad de vida y otros cambios mencionados anteriormente relacionados con la edad pueden explicar esto.[31,33] Con respecto al estado civil, el mayor grupo fueron personas con pareja estable, un hallazgo común entre nuestro estudio y el estudio precedente realizado en ocho provincias del país en el año 2000. Los autores de aquel estudio con-

sideraron que, si en una pareja no habían fuertes lazos afectivos y espirituales, existirían déficits en comunicación y en el apoyo necesario para enfrentar la adversidad.[14] Otros estudios han observado una asociación entre la carencia o la pérdida de una pareja estable y el suicidio.[30-32] Sin disponer de datos respecto a los denominadores necesarios para el cálculo de tasas, no pudimos especular sobre si nuestros resultados están asociados con el estado civil en cualquier dirección.

Los métodos de suicidio están influenciados por factores socio-culturales en la medida en que las actitudes individuales y los estilos de vida reflejan hábitos nacionales o comunitarios.[35] Los métodos más usuales en el continente americano son el ahorcamiento (39.7%), las armas de fuego (33.3%) y el envenenamiento (18.2%).[17] El ahorcamiento fue el principal método utilizado en ambos sexos en los últimos cuatro años del periodo estudiado, como fue informado en el estudio del año 2000.[14] La proporción de suicidios por ahorcamiento en la región de América Central, el Caribe hispanohablante y México (64.3%) y en América del Sur (58.2%) es similar a la nuestra.[17]

El hallazgo de que el envenenamiento ocupa el tercer lugar en Cuba en todo el periodo estudiado y el segundo lugar en el periodo del 2011 al 2014 es consistente con el informe de la OPS sobre el suicidio en el continente americano, en el que el envenenamiento ocupó el segundo lugar en el Caribe hispanohablante, con 18.7%, y el primer lugar en el resto del Caribe, con 47.3 %, una proporción más elevada que la que nosotros encontramos.[17]

La proporción de suicidios por armas de fuego es aproximadamente 20 veces más elevada en América del Norte (con la exclusión de México) que la que encontramos en Cuba: América del Norte tienen la más alta tasa de suicidios por armas de fuego en el continente americano, donde el 47.2% de los suicidios ocurren por armas de fuego (Canadá, 15%; EE UU, 51%). [16] En el continente americano la mayor diferencia entre hombres y mujeres en cuanto al método empleado para el suicidio fue en el uso de armas de fuego, que los hombres utilizaban 1.9 veces más frecuentemente que las mujeres. Las mujeres que cometen suicidio son 2.7 veces más dadas que los hombres al uso del envenenamiento como método, y 4.2 veces más adictas a la muerte por el fuego.[17]

Nos interesa examinar las estadísticas relacionadas con los métodos de suicidio, ya que el control del acceso a los medios forma parte del plan propuesto por la OMS para la prevención del suicidio. A diferencia de los Estados Unidos, el acceso a las armas de fuego en Cuba es muy limitado. Dado que la conducta impulsiva es una característica asociada frecuentemente con las conductas suicidas, la facilidad de acceso a medios letales puede incrementar el riesgo de suicidio.[16,17]

Una limitación importante de este estudio se relaciona con los libros de código de la DNE y el hecho de que los valores para la variable estado laboral y ocupación están desactualizados. Los libros aún definen la edad de la jubilación como 55 años para las mujeres y 60 años para los hombres, pero actualmente se ha modificado y es 60 años para las mujeres y 65 años para los hombres, de modo que algunos adultos mayores que trabajan pueden haber sido clasificados erróneamente como jubilados, lo que afecta la distribución de la carga por tipo de ocupación. No hay códigos para los trabajadores por cuenta propia, una categoría ocupacional relativamente nueva en Cuba y la categoría de *otros* incluye tanto los militares como otras ocupaciones no


especificadas, lo que impide realizar análisis específicos. Adicionalmente, el color de la piel y el estado civil no fueron registrados en los certificados de fallecimiento hasta el año 2001, y esas variables, por tanto, no pudieron analizarse para todo el período. Finalmente, aunque el suministro de datos sobre la proporción de suicidios para variables tales como ocupación laboral y color de la piel tenía como propósito indicar la distribución de la carga del suicidio, y no transmitir el riesgo, los lectores pudieran tender a interpretar un resultado como un indicador de riesgo, cuando el valor simplemente refleja la composición poblacional.

A pesar de estas limitaciones, el estudio es importante porque describe las características del suicidio en Cuba en un período de casi tres décadas.

CONCLUSIONES

Este estudio analiza la epidemiología del suicidio en Cuba, un tema poco estudiado hasta hoy. Aunque las tasas de suicidios se redujeron en más de un 50% durante el período estudiado, siguen siendo más elevadas que las tasas en el continente americano. Los resultados pueden contribuir al desarrollo de programas y políticas destinados a reducir una importante causa de muerte prevenible en Cuba.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los especialistas en información científica y técnica, Silvia Serra-Larin y María del Carmen Hinojosa-Álvarez, por la ayuda en la revisión de la literatura y al Dr. Pedro López-Saura por sus consejos y su ayuda. 

REFERENCIAS

1. Pan American Health Organization. Clasificación internacional de enfermedades CIE-10. Causas externas de morbilidad y mortalidad. Lesiones auto infligidas intencionalmente. Capítulo 20 (X60-X84) [Internet]. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2001 [cited 2015 Jun 2]. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
2. National Library of Medicine (CU). Suicidio. Mortalidad y prevención. Factográfico de Salud. INFOMED [Internet]. 2015 Sep 16 [cited 2016 Feb 2]; [about 10 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/noticia/2015/09/16/suicidio-mortalidad-y-prevencion-factografico-de-salud>
3. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2016 Jul 15]. 92 p. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
4. The World Bank. La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas. Conclusiones principales de la edición regional para América Latina y el Caribe [Internet]. Seattle: IHME; 2013 [cited 2016 Feb 1]. Disponible en: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_LatinAmericaCaribbean_IHME_GBD_WorldBank_LatinAmericaCaribbean_TwoPager_SPANISH.pdf
5. Pan American Health Organization. Informe Sub-regional del Suicidio. Centro América y República Dominicana. 1988–2008 [Internet]. Panamá: Pan American Health Organization; 2011 [cited 2015 Nov 14]. 55 p. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/OPS%20Suicidio%20en%20CA%20y%20RD.pdf>
6. Rátiva Osorio JS, Ruiz Vélez VA, Medina-Pérez OA. Análisis de las noticias sobre suicidio publicadas en un diario local del Quindío Colombia, entre 2004 y 2011. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 9];51(2):184–91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032013000200007&script=sci_abstract
7. Pan American Health Organization. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2012 [Internet]. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2012 [cited 2016 Jan 2]. p. 4. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id
8. Lomba Acevedo P, Alfonso Carrillo E, Fernández Coto L. Prevención del suicidio en la comunidad. In: Medio Residencial y Salud. Havana: World Health Organization; Pan American Health Organization; 2013. p. 207–14.
9. World Health Organization. 53. Consejo directivo 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Plan de Acción sobre la Salud Mental [Internet]. Washington, D.C.: World Health Organization; 2014 [cited 2016 Jan 2]. [about 20 p.]. 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
10. Pan American Health Organization. Marco de Referencia para la Implantación de la Estrategia Regional de Salud Mental. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2011. p. 142–7.
11. National Health Statistics and Medical Records Division (CU). Anuario Estadístico de Salud 2014 [Internet]. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2015 [cited 2016 Feb 25]. 205 p. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>
12. National Health Statistics and Medical Records Division (CU). Indicadores Básicos de Salud [Internet]. Havana: Ministry of Public Health (CU). ISSN-1609-4824. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/buscar.php>
13. (ES). Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos, y Causas de Defunción CIE-9. Suicidio y lesiones auto infligidas. Código E (950-E959) [Internet]. Madrid: Ministry of Sanitation, Social Services and Equity (ES); [cited 2016 Jun 8]. Disponible en: https://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_9_mc.html#search=&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1465569802138&indiceAlfabetico=&listaTabular=id-1-class-Tab.D&expand=0&clasificacion=cie9mnc&version=2014
14. García Pérez T. La autopsia psicológica. ¿Suicidio u Homicidio? Havana: Editorial Científico Técnico; 2014. p. 6–49.
15. Reina Betancourt C, Alonso Betancourt O, Masid Oramas E. La conducta suicida y su prevención. Havana: Hygiene and Epidemiology National Center (CU); 1990.
16. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative [Internet]. Luxembourg: World Health Organization; 2014 [cited 2015 Dec 2]. 92 p. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/
17. Pan American Health Organization. Mortalidad por suicidio en las Américas: informe regional. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2014. p. 6–49.
18. Trigylidas TE, Reynolds EM, Teshome G, Dykstra HK, Lichenstein R. Paediatric suicide in the USA: analysis of the National Child Death Case Reporting System. Inj Prev [Internet]. 2016 Jan 18 [cited 2016 Jun 7]. DOI: 10.1136/injury-prev-2015-041796. Disponible en: <http://injury-prev.2015-041796.bmj.com/content/early/2016/01/18/injury-prev-2015-041796.abstract>
19. Cortés Alfaro A. Conducta suicida adolescen-
20. Hedeland RL, Teilmann G, Jorgensen MH, Thiesen LR; Study Associated Pediatric Departments, Andersen J. Risk factors and characteristics of suicide attempts among 381 suicidal adolescents. Acta Paediatr [Internet]. 2016 May 4 [cited 2016 Jun 12];1–8. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.13458/pdf>
21. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Medina Suárez R, Peña García C, Redondo de la Fe G, Acosta Quintana L. Intento suicida y factores de riesgos asociados en adolescentes. Santiago de Cuba, julio-diciembre 2007. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 10];8(1);[about 6 screens]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0111/hph06111.html>
22. National Health Statistics and Medical Records Division (CU). Anuario Estadístico de Salud 2015 [Internet]. Havana: Ministry of Public Health (CU). 2016 [cited 2016 May 20]. 206 p. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
23. 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 2016 Jun 8]. 98 p. Disponible en: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96626/978-951-44-9695-0.pdf?sequence=1>
24. Del Toro Kondeff M, Hernández González Y, David Huerta B. Caracterización de la conducta suicida en adolescentes del municipio Cerro, 2009–2010. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 14];9(2);[about 7 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/Revista%202012/hph03212.html>
25. Acosta González A, Milián Martínez M, Viña Pérez H. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes con esta conducta. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 13];9(1);[about 9 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hph06112.html>
26. Sarracent Sarracent A, García Pérez T, Brown Miclin P, Sarracent Pupo Y, Saavedra de la Cruz LA. Caracterización psicológica de los pacientes con suicidio consumado en La Habana en el año 2010. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 29];17(2);[about 8 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph12113.html>
27. Chávez Negrín E. Población y crisis económica en Cuba: la familia y la dinámica demográfica

- del "Período Especial" [Internet]. Havana: Center for Psychological and Sociological Research (CU); 2000 Nov [cited 2016 Jun 10]. 22 p. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20120827123508/negrin3.pdf>
28. Togores González V. Cuba: Efectos sociales de la crisis y el ajuste económico de los 90's. Cuba Siglo XX [Internet]. 2002 Jan [cited 2016 Jun 13];(13):[about 15 p.]. Disponible en: https://www.nodo50.org/cubasingloXXI/economia/togores1_311201.htm
29. Alfonso Fraga JC. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 [cited 2016 Mar 2];32(1):[about 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu02106.pdf>
30. Bethancourt Santana YC, 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 [cited 2016 Mar 2];21(1). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/85>
31. 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 [cited 2015 Dec 29];17(2):206–12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000200006
32. World Health Organization. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud 2015 [Internet]. Washington, D.C.: World Health Organization; 2015 [cited 2015 Dec 3]. 32 p. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
33. 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]. 2012 Jan–Feb [cited 2-15 Dec 29];35(1):71–7. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011
34. Reed G. Genes Prove Mixed Ancestry of All Cubans: Interview with Beatriz Marcheco MD, PhD. MEDICC Rev. 2014 Jul–Oct;16(3–4):5–7.
35. Oquendo MA, Ellis SP, Greenwald S, Weissman MM, Mann JJ. Psiquiatria.com [Internet]. Palma de Mallorca: Psiquiatria.com; c2016. I Congreso Virtual de Psiquiatria. Suicidio en depresión mayor y diferencias étnicas. Conferencia 36-CI-B; 2015 Feb [cited 2015 Dec]. Disponible en: https://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa36/conferencias/36_cj_b.htmh

LOS AUTORES

Beatriz Corona-Miranda (Autora para correspondencia: bettycoro@infomed.sld.cu, beatrizc@inhem.sld.cu), médica con dos especialidades en medicina e higiene y epidemiología, y una maestría en salud medioambiental. Profesora asistente e investigadora adjunta, Instituto Nacional de Higiene, Epide-

miología y Microbiología (INHEM), La Habana, Cuba.

Karen Alfonso-Sagué, matemática, profesora adjunta, INHEM, La Habana, Cuba.

Mariela Hernández-Sánchez, médica especializada en salud educacional con una maestría en epidemiología. Profesora asociada e investigadora, INHEM, La Habana, Cuba.

Paula Lomba-Acevedo, médica psiquiatra con una maestría en psiquiatría social. Profesora asociada, Universidad Médica de La Habana y Directora del Centro Comunitario de Salud Mental de Guanabacoa, La Habana, Cuba.

Recibido Marzo 3, 2016

Aprobado: Julio 16, 2016

Declaración de conflictos de intereses: ninguno

Citación sugerida: Corona-Miranda B, Alfonso-Sagué K, Hernández-Sánchez M, Lomba-Acevedo P. Epidemiología del suicidio en Cuba, 1987-2014 MEDICC Rev. 2016 May–Aug;18(3)15-20. Disponible en: www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=40&id=547&a=va