

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD
CIEGO DE AVILA

Epidemiología del intento suicida en la provincia Ciego de Ávila. Suicide attempt epidemiology in Ciego de Avila province.

Odalys Rodríguez Martín (1), Magaly Esperanza Leal Moreira (2), Pedro Enrique Reyes Milián (3), Enrique Lorenzo Cossio González.

RESUMEN

El Sistema Nacional de Salud en Cuba brinda una atención cada vez más integral a los problemas que afectan el estado de salud del hombre y su familia. El objetivo de esta investigación fue caracterizar el comportamiento epidemiológico del intento suicida en Ciego de Avila de 1990 al 2010, así como el pronóstico para el 2011-2012. Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo. Se utilizó como fuente de los datos la información de intento suicida recogida en el Departamento de Estadística Provincial del 2010 y la serie temporal de intento suicida con frecuencia anual de 1990 al 2010. Toda la información fue resumida mediante frecuencias absolutas y medidas de resumen para variables cualitativas y se presentaron en cuadros y gráficos. Se empleó el programa Eviews 4.1 para la obtención del pronóstico. El sexo femenino superó al masculino y el grupo de edad más afectado lo constituyó el de 15 a 19 años con 55 casos reportados. Los psicofármacos, el ahorcamiento y la ingestión de tabletas fueron los métodos empleados con mayor frecuencia. Se estima según pronóstico una ligera tendencia a la disminución del intento suicida, con tasas superiores a 50 que puede oscilar hasta 80 según intervalo de predicción.

Palabras clave: INTENTO DE SUICIDIO/epidemiología, INTENTO DE SUICIDIO/tendencias, INTENTO DE SUICIDIO/prevención y control.

1. Dra. en Estomatología. Especialista de 1er Grado en Bioestadística. Máster en Urgencias Estomatológicas.
2. Licenciada en Gestión de la Información en Salud.
3. Especialista de 2do Grado en Psiquiatría. Máster en Salud Mental y Comunitaria. Profesor Asistente.
4. Especialista en Administración de Salud. Especialista en Psiquiatría.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud en Cuba brinda una atención cada vez más integral a los problemas que afectan el estado de salud del hombre y su familia (1).

La conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional (2-3).

El intento suicida es cualquier acción mediante el cual el individuo, se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención (1, 4).

Las expresiones de la conducta suicida incluyen entre otras: el intento suicida, definido como un acto autolesivo con cualquier grado de intención letal; el parasuicidio, o acto no mortal de autolesión deliberada; y la ideación suicida, constituida por pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio (5-6).

El suicidio ha sido un hecho que siempre ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Antes de 1959, las acciones de salud pública encaminadas a la prevención del suicidio eran nulas, aunque Cuba contaba con prestigiosos psiquiatras que tenían la competencia necesaria para diagnosticar y tratar a personas con riesgo de cometer suicidio.

En la actualidad se llevan a cabo en Cuba más de cien programas que contribuyen a incrementar la seguridad, el bienestar y la calidad de vida de toda la población, aspectos fundamentales en la prevención general del suicidio (7).

Cuba es uno de los pocos países en el mundo que cuenta con un Programa Nacional de Prevención del suicidio vigente desde 1989 y que tiene como objetivo fundamental evitar el primer intento suicida, su repetición y el suicidio consumado, lo que ha permitido una sensible reducción de la mortalidad por esta causa (1, 7).

Para identificar la incidencia de los intentos de suicidio, se ha establecido en todo el país el llenado de la tarjeta de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), pero aún existen fallos en el sistema, queda gran cantidad de casos en la morbilidad oculta (7).

El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; aunque representan un recorrido que va desde la idea suicida hasta el suicidio. Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio está en aumento y se ubica entre las 10 primeras causas de muerte. En la población joven se encuentra en las dos primeras causas de muerte. Se estima que al menos 1 000 personas se suicidan cada día (1, 4, 7).

Las estadísticas de intentos de suicidio son impresionantes y, sin embargo, apenas se aproximan a la realidad, pues sólo se registra y se atiende uno de cada cuatro intentos de suicidio. Esta situación de subregistro lleva a estimaciones que afirman que por cada suicidio consumado pudieron haber existido 12, 15 o hasta 20 intentos no registrados (2, 7).

En un año fallecen por esta causa cerca de un millón de personas y se estima que para el 2020 alcanzará la cifra de millón y medio de seres humanos que deciden quitarse la vida. En Cuba existe una tendencia al aumento de los intentos suicidas, aunque ha mejorado el reporte de los mismos, saliendo a flote la morbilidad oculta que existía en relación a esta problemática (7).

El estudio de la conducta suicida cobra especial relevancia si consideramos la necesidad de idear y ejecutar medidas preventivas. Por lo tanto, si logramos comprender y evitar los intentos de suicidio, podremos evitar también posteriores suicidios consumados (8).

La detección precoz del comportamiento anormal de eventos de salud constituye uno de los pilares sobre los que descansa la vigilancia en salud. La posibilidad de preparar una intervención oportuna garantiza a las autoridades sanitarias la reducción de las consecuencias, en ocasiones letales, derivadas de enfermedades y otros daños (9).

En Ciego de Ávila, la incidencia de los intentos suicidas va en aumento, a pesar de que ha existido un mejor reporte en los últimos años de este indicador; por tal motivo pretendemos exhibir una panorámica de la epidemiología de este problema, con el objetivo de caracterizar la incidencia del intento suicida en la provincia, así como la tendencia y pronóstico para próximos años que sirvan de bases a estudios inmediatos posteriores y la programación de acciones de prevención y control.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en la provincia Ciego de Ávila del año 1999 al 2010. Se utilizó como fuente de los datos toda la información de intento suicida recogida en las fichas epidemiológicas de notificación de enfermedades de declaración obligatoria en el Departamento de Estadística Provincial en el año 2010 y la serie temporal de intento suicida con frecuencia anual de 1990 a 2010. Se realizó una búsqueda exhaustiva de bibliografía en las bases de datos SCIELO, EBSCO, HINARI, CUMED, LILACS, LIS y OMS que nos brinda Infomed en el Portal de Salud de Cuba. Las variables analizadas fueron el sexo, grupo de edad, municipio de residencia, método empleado. Para el cálculo de la tasa de incidencia se utilizó la población censada por año basada en proyecciones censales y estimaciones. Se comprobó que la serie cumpliera con los requisitos para su estudio como: consistencia, estabilidad, no existencia de valores aberrantes, periodicidad y se utilizaron suficientes observaciones. Para la obtención del pronóstico se utilizó el método de alisamiento exponencial con dos parámetros, adecuado para obtener pronóstico anual rápido cuando los datos están registrados anualmente. Esta técnica permite suavizar las oscilaciones puntuales de la serie y lograr un pronóstico más adecuado al contribuir a la eliminación de los valores extremos.

Toda la información fue resumida mediante frecuencias absolutas y se utilizaron medidas de resúmenes para variables cualitativas. Se empleó el programa Eviews 4.1 para la obtención del pronóstico.

RESULTADO Y DISCUSION

Las estadísticas de intentos de suicidio son impresionantes. Estudios internacionales presentan al intento de suicidio como el principal factor de riesgo para el suicidio consumado (6), algunos autores plantean que los motivos principales para estudiar las conductas suicidas radican en que no sólo producen un gran malestar mental y sufrimiento, sino que también son un antecedente fundamental de un posterior suicidio consumado (8).

Al analizar el intento suicida por sexo y grupo de edad (Tabla No. 1) el sexo femenino fue el que más incidió (168 casos) con respecto al masculino (87 casos). En cuanto al grupo de edad

los más afectados fueron los de 10 a 29 años con un mayor número de casos en el grupo de 15 a 19 años con 55 casos; al realizar el análisis individual por sexo, en los varones el grupo de 15 a 29 años fue el más afectado, situación aún más alarmante en el sexo femenino donde incidió el grupo de 10 a 29 años, resultados que conducen a reflexionar en cuanto a la edad de comienzo del intento suicida, que tiende a edades más tempranas; estudios internacionales y nacionales revisados arrojan resultados similares (4, 10).

En concordancia con criterios de autores se plantea que se ha observado en los últimos años que edades más tempranas de la vida, como los grupos comprendidos entre los 15 y 25 años de edad, son diana en este problema conductual (7).

Estudios realizados en otros países como en San Juan de Pasto, Colombia, el 70% de los casos de violencia autoinflingida corresponden a personas con edades entre los 15 y 29 años, muestran que el intento de suicidio y el suicidio consumado son problemáticas que afectan principalmente al periodo de adolescencia y adultez joven (2).

Países como Estados Unidos, que tuvo altas tasas de suicidio juvenil, según estudios realizados estas han disminuido desde los 90; el tratamiento de la depresión juvenil y otros programas preventivos parecen haber contribuido. En Latinoamérica el fenómeno está en aumento y en los últimos años en Bogotá, Colombia, el grupo de 16 a 30 años de edad ha ocupado el primer lugar en frecuencia de suicidios (3).

En cuanto a los municipios más afectados (Tabla No. 2), el mayor número de casos se registró en los municipios Ciego de Avila con 78 casos, Morón y 1ro de Enero con 33 casos y Baraguá con 30 casos. Este análisis por municipio sirve de base para la promoción y prevención en los municipios de Primero de Enero y Baraguá, municipios pequeños que presentan una población estimada mucho menor que en los municipios Ciego de Avila y Morón, y se reportó un considerable número de intentos suicidas.

Al indagar los métodos empleados (Tabla No. 3) la ingestión de psicofármacos, ahorcamiento e ingestión de tabletas fueron los métodos más empleados, con 89, 38 y 36 casos respectivamente, los del sexo femenino emplearon con mayor frecuencia los psicofármacos y la ingestión de tabletas y el masculino el ahorcamiento y la ingestión de psicofármacos. Entre los psicofármacos más empleados se registraron el nitrazepam, diazepam, amitriptilina, y clonazepam. El gravinol y la teofilina fueron las tabletas más empleadas y entre otras sustancias, el kerosene. En concordancia con otros estudios que revelan que los métodos más utilizados son los suaves o no violentos, principalmente la ingestión de fármacos o sustancias tóxicas (10).

Otros estudios registran la sobredosis de benzodiacepinas, seguido por intoxicación por organofosforados (4).

Debe señalarse que en 64 casos de intento registrado no se especificó el método empleado y en la mayoría de las tarjetas de EDO revisadas no se especificó el psicofármaco utilizado (Tabla No. 3), por tal motivo se debe insistir en el llenado correcto de las tarjetas.

Investigaciones recientes, referidas por la OMS, indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de acciones que van desde la provisión de las mejores circunstancias para la educación de jóvenes y niños y el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo (7).

Una familia mal estructurada y conflictiva, con un ambiente familiar frustrante es un punto débil que expone a uno de sus miembros a correr el riesgo de buscar soluciones equivocadas. Por esto las acciones educativas deberán realizarse mediante el apoyo a la familia para elaborar y asimilar los cambios requeridos por el adolescente en su proceso de individuación que modifican su dinámica, a efectos que puedan ser capaces de proporcionar un soporte familiar abierto (11).

Al estudiar la serie (Gráfico No. 1) es bastante irregular, con un aumento considerable de este fenómeno en el año 2010. A pesar de que la serie analizada no cumplió a cabalidad con uno de los requisitos de la serie, que es la consistencia dada por la calidad de los registros, ya que existe un subregistro en el reporte de los intentos suicidas; lo cual justifica la amplitud de los intervalos, no presentaba valores aberrantes y se utilizaron suficientes observaciones. Según el pronóstico (Gráfico No. 2), al cotejar los valores observados y esperados el error es bastante aceptable por lo que el modelo resultó adecuado para realizar un pronóstico estimado sencillo y rápido, con sus respectivos intervalos de predicción de cómo se comportará el intento suicida en los próximos años. Existe una ligera tendencia a disminuir la incidencia de intento suicida para el 2011 y el 2012. Según criterio de expertos puede ser que haya un aumento en el reporte de los casos y se elimine el subregistro que ha existido en los últimos años y por tal

motivo se registren cifras superiores al estimado; aunque se estima (Tabla No. 4) una incidencia superior a 50 con un límite de predicción que puede oscilar hasta 80 y más; cifras similares a las obtenidas en el 2010, por tal motivo corresponde al personal de salud hacer una labor preventiva ante esta situación e intervenir en las comunidades con mayor reporte de forma inmediata.

El conocimiento del comportamiento de este problema de salud en la provincia nos da la tarea de concientizar a la población y a los directivos para la puesta en marcha de programas preventivos.

CONCLUSIONES

Los municipios Baragúa y Primero de Enero reportaron altas incidencias de intento suicida. El grupo de 15 a 19 y el sexo femenino fue el más afectado. A pesar que existe una ligera tendencia a la disminución de este problema de salud, se pronostica un estimado similar al 2010 con una amplitud considerada del intervalo de predicción.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios inmediatos que nos permitan identificar los principales factores de riesgo que inciden en las comunidades; así como intervenciones comunitarias para la prevención del intento suicida.

ABSTRACT

The health national system in Cuba offers an integral attention to the problems that affect the health state of man and its family. The aim of this investigation was to characterize the epidemiologic behavior of suicide attempt in Ciego de Avila from 1990 to 2010, as well as the prognosis for 2011-2012. A retrospective longitudinal descriptive study was carried out. It was used as data source the suicide attempt information collected in the Department of Provincial Statistic of 2010 and temporal serie of suicide attempt from 1990 to 2010. It was summarized all the information through absolute frequencies and summary measures for qualitative variables and they were presented in Pictures and Graphs. Eviews program was used 4.1 for the prognosis Obtaining. Feminine sex surpassed to the masculine one and the more affected group was from 15 to 19 years old with 55 reported cases. Psychotropic substances, the hanging and the ingestion of tablets were the most frequent method. A slight tendency to the diminution on the suicidal attempt is considered according to prognosis, with rates superior to 50 that it can oscillate up to 80 according to prediction interval.

Keywords: SUICIDE ATTEMPT/epidemiology, SUICIDE ATTEMPT/tendencies, SUICIDE ATTEMPT/prevention and control.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos Boch A. Depresión e intento suicida. Bibliomed [Internet]. 2007 [citado 8 Feb 2010]; 14(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/ene-feb_2007_depresion_e_intento_suicida.pdf
2. Villalobos Galvis FH. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. Salud Mental. 2009; 32(2):165-171.
3. Pérez Olmos I, Rodríguez Sandoval E, Dussan Buitrago MM, Ayala Aguilera JP. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. Rev Salud Públ. 2007; 9(2):230-240.
4. Cordero Jarquin FA. Factores de riesgo del intento del suicidio en pacientes atendidos en el servicio de emergencia de cinco hospitales generales del municipio de Majagua [tesis]. Managua: Universidad Autónoma de Nicaragua; 2000.
5. Pérez Olmos I, Ibáñez Pinilla M, Reyes Figueroa JC, Atuesta Fajardo JY, Suárez Díaz MJ. Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006. Rev Salud Públ. 2008; 10(3):374-385.
6. Pérez Amezcua B, Rivera Rivera L, Atienzo E, de Castro F, Leiva López A, Chávez Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. Salud Públ México [Internet]. 2010 [citado 20 Ene 2011]; 52(4):324-333. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=14&sid=3a8923a1-c502-40bb-b1fa-91a75d628f8b%40sessionmgr14&vid=4>

7. Pérez Barrero SA. Salud mental; experiencias cubanas. Adicciones y conducta suicida. Ciudad de la Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2010.
8. Borges G, Orozco R, Beniet C, Medina Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Públ México [Internet]. 2010 [citado 20 Ene 2011]; 52(4): 292-304. Disponible en: http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_es.htm
9. Fariñas AT. De la vigilancia epidemiológica a la vigilancia en salud. Rep Téc Vigilanc [Internet] 2006 [citado 8 dic 2010]; 11(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/farinasvig.pdf>
10. Pérez Barrero SA. El suicidio. Comportamiento y prevención. Santiago de Cuba: Oriente; 1996.
11. Valdez Figueroa I, Quintanilla Montoya R, González Gallegos N, Amezcua Fernández R. El papel de la familia en el intento suicida del adolescente. Salud Públ México [Internet]. 2005 [citado 20 Ene 2011]; 47(1): 1-2. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000100001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342005000100001>

ANEXOS

Tabla No 1. Distribución de pacientes con intento suicida según sexo y grupo de edad. Ciego de Ávila. 2010.

Grupo de edad	Masculino	Femenino	Total
	No.	No.	No.
5-9	1	0	1
10-14	6	21	27
15-19	10	45	55
20-24	15	24	39
25-29	14	12	26
30-34	7	11	18
35-39	8	10	18
40-44	6	12	18
45-49	4	11	15
50-54	1	6	7
55-59	7	7	14
60-64	1	5	6
65-69	0	0	0
70-74	3	3	6
75-79	2	1	3
80-84	1	0	1
85 y más	1	0	1
Total	87	168	255

Fuente: Dpto. de Estadística Provincial.

Tabla No 2. Distribución de pacientes con intento suicida según sexo y municipio. Ciego de Avila. 2010.

Municipio	Masculino	Femenino	Total
	No.	No.	No.
Chambas	5	9	14
Morón	7	26	33
Bolivia	1	3	4
1ro de Enero	6	27	33
Ciro Redondo	10	11	21
Florencia	5	9	14
Majagua	9	9	18
Ciego de Avila	29	49	78
Venezuela	3	7	10
Baraguá	12	18	30
Total	87	168	255

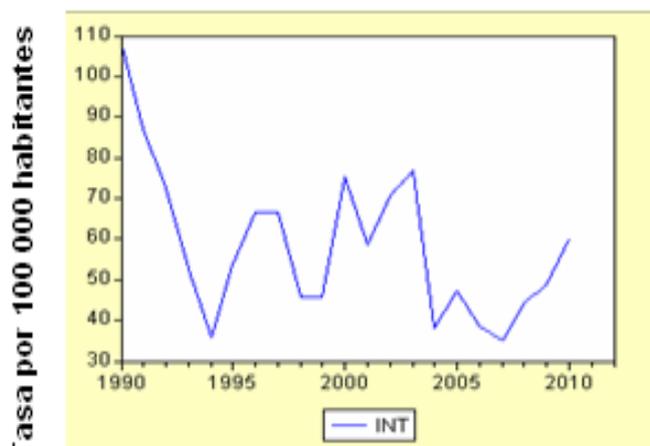
Fuente: Dpto. de Estadística Provincial.

Tabla No 3. Distribución de pacientes con intento suicida por grupos de edades, sexo y método empleado. Ciego de Avila. 2010.

Método Empleado	<10		10-14		15-19		20-24		25-59		60-64		65 y +		Total por sexo		Total
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Psicofármacos		1	1	1	1	4	13	5	2	9	3		2	1	68	21	89
Ingestión de tabletas			4		1	2	5	2	9	1			1		31	5	36
Ingestión de sustancias							1	1	7	3			1	2	9	6	15
Ahorcamiento				4		1	1	4	6	20				2	7	31	38
Objeto Cortante							1		2	4					3	4	7
Quemaduras						1			1		1				2	1	3
Colisión de vehículos									1	1					1	1	2
Saltar									1						1		1
No registrada			4	1	1	2	3	3	2	9	1	1		2	46	18	64
Total		1	2	6	4	10	24	15	6	47	5	1	4	7	168	87	255

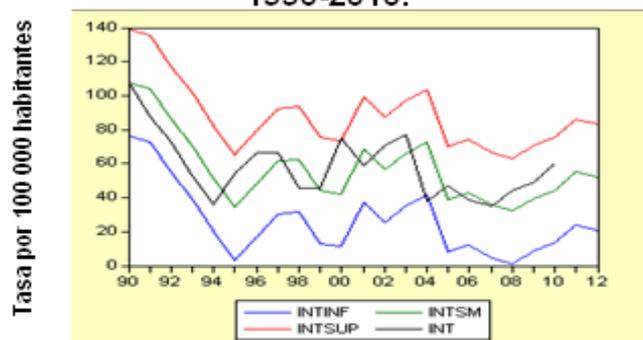
Fuente: Dpto. de Estadística Provincial.

**Gráfico No1. Incidencia de Intento Suicida.
1990-2010.**



Fuente: Dpto. de Estadística Provincial.

**Gráfico No 2. Pronóstico de la Incidencia de Intento Suicida.
1990-2010.**



Fuente: Dpto. de Estadística Provincial.

- Serie real de intento suicida.
- Serie estimada de intento suicida.
- Intervalo superior de Predicción.
- Intervalo Inferior de Predicción.

Tabla No. 4. Estimación e intervalos de predicción. 2011-2012.

Años pronósticados	Estimado	Intervalos de predicción	
		Limite Inferior	Limite superior
2011	55.15975	23.99575	86.32375
2012	51.92975	20.76475	83.09375