

## CIENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SALUBRISTAS

**Caracterización de la Conducta suicida en Cuba, 2011-2014****Characterization of suicidal behavior in Cuba, 2011-2014**

Beatriz Corona Miranda<sup>I</sup>, Karen Alfonso Sagué<sup>II</sup>, Liliam Cuéllar Luna<sup>III</sup>, Mariela Hernández Sánchez<sup>IV</sup>,  
Silvia Serra Larín<sup>V</sup>

<sup>I</sup>Especialista Primer Grado en Medicina General Integral e Higiene y Epidemiología. Máster en Salud Ambiental. Investigador Agregado. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana. Cuba. [beatrizc@inhem.sld.cu](mailto:beatrizc@inhem.sld.cu)

<sup>II</sup>Licenciada en Matemática. Investigadora Asistente. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana. Cuba. [karenalfonso@infomed.sld.cu](mailto:karenalfonso@infomed.sld.cu)

<sup>III</sup>Licenciada en Geografía. Investigadora Agregada. Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana. Cuba. [lcuellar@inhem.sld.cu](mailto:lcuellar@inhem.sld.cu)

<sup>IV</sup>Especialista Segundo Grado en Higiene Escolar. Máster en Epidemiología. Investigador Auxiliar. Profesora Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana. Cuba. [marielah@inhem.sld.cu](mailto:marielah@inhem.sld.cu)

<sup>V</sup>Licenciada en Información Científico-Técnica y Bibliotecología. Diplomada en Gestión de Información en Salud. Investigadora Auxiliar. Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana. Cuba. [serra@inhem.sld.cu](mailto:serra@inhem.sld.cu)

**Cómo citar este artículo:**

Corona Miranda B, Alfonso Sagué k, Cuellar Luna L, Hernández Sánchez M, Serra Larín S. Caracterización de la Conducta suicida en Cuba, 2011-2014. Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Sep 15];16(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2038>

Recibido: 22 de mayo de 2017.

Aprobado: 27 de junio de 2017.

**AGRADECIMIENTOS**

A la Técnica en Gestión de la Información y Bibliotecología Lilianny Rodríguez Milanés por la revisión bibliográfica de este artículo.

## RESUMEN

**Introducción:** La conducta suicida incluye el intento suicida y el suicidio consumado. En 2012, se registraron en el mundo 804 000 muertes por suicidio. En Cuba, el suicidio es la novena causa de muerte y la tercera en el grupo de 10-19 años.

**Objetivo:** Caracterizar la Conducta Suicida en Cuba desde 2011-2014.

**Material y Métodos:** El universo estuvo constituido por todos los registros de morbilidad por intento y los de mortalidad por suicidio de las bases de datos de la Dirección de Registros y Estadísticas del Ministerio de Salud Pública de Cuba, desde 2011 al 2014. Las variables fueron: sexo, edad para el intento y además color de la piel, ocupación y método empleado en el suicidio. Se calcularon las tasas acumuladas de morbilidad y mortalidad por grupos de edades por 100 000 habitantes, las tasas bruta, ajustada y específica por sexo, la razón de mortalidad

hombre/mujer y la relación intento/suicidio. Se calculó el porcentaje de cambio relativo y los porcentajes según las variables.

**Resultados:** Se reportaron 53 764 intentos suicidas, para una tasa acumulada de 126.2 por 100 000 habitantes. El sexo femenino aportó 37 617 (70%). La relación intento y suicidio fue de 9.1. Se reportaron 5 942 fallecidos por suicidio para una tasa acumulada de 14.8 por 100 000 habitantes. La ocupación que predominó fue en los jubilados (29.8%) y el método más empleado fue el ahorcamiento (76.4%).

**Conclusiones:** El sexo femenino es el más afectado en el intento y en el suicidio, el masculino. La relación intento y suicidio disminuye a medida que se incrementa la edad.

**Palabras claves:** Intento suicida, suicidio, lesiones autoinfligidas, conducta suicida.

## ABSTRACT

**Introduction:** Suicidal behavior includes suicidal attempt and consummated suicide. 804 000 deaths by suicide were registered in the world in 2012. In Cuba, suicide is the ninth cause of death and the third one in the group of 10-19 years of age.

**Objective:** To characterize suicidal behavior in Cuba from 2011 to 2014.

**Material and methods:** The sampling universe was composed of all registries of morbidity by suicidal attempt and the registries of mortality by suicide, taken from the database of the Direction of Registry and Statistics of the Cuban Ministry of Public Health, from 2011 to 2014. The variables were: sex, age for the attempt,

skin color, occupation, and the method used for suicide. The accumulated morbidity and mortality rates were calculated by groups of ages per 100 000 inhabitants, the crude-, adequate-, -and sex-specific rates, the man-woman cause of mortality, and the attempt-suicide relationship. The relative change (percentage) was calculated, as well as the percentages according to the variables.

**Results:** 53 764 suicidal attempts were reported, for an accumulated rate of 126.2 per 100 000 inhabitants. The female sex was 37 617 (70 %). The attempt-suicide relationship was 9.1. 5942 deaths by suicide were reported, for an accumulated rate of 14.8 per 100 000

inhabitants. The occupation that predominated was the retired one (29.8%), and the most used method was hanging (76.4%).

**Conclusions:** The female sex is the most affected in the attempt, and the male sex is the most

affected in the suicide. The attempt-suicide relationship decreases as age increases.

**Keywords:** suicidal attempt, suicide, self-inflicted lesions, suicidal behavior.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define "el acto suicida" como toda acción por medio de la cual un individuo se causa daño a sí mismo, con independencia del grado de intención letal y de que se conozcan o no los verdaderos motivos.<sup>1,2</sup>

Esta conducta incluye la ideación suicida que son los deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida; el suicidio consumado (acto de matarse de un modo consciente, considerando a la muerte como un fin), el intento suicida (acto voluntario realizado por la persona con la intención de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo), y el parasuicidio (conducta autolesiva no mortal realizada por el individuo y en la que no es esencial su intencionalidad u orientación hacia la muerte).<sup>3</sup>

Los intentos de suicidio son mucho más frecuentes que los suicidios, con una confirmación de 30 intentos por un suicidio, en la población general.<sup>4,5</sup>

En las últimas décadas el suicidio ha mostrado un aumento a nivel mundial. En las Américas, el suicidio aportó 12% de la mortalidad por causas

externas con 63 000 fallecidos de forma anual.<sup>6</sup> La OMS llamó a reducir en todos los países las tasas de suicidio en 10% para 2020.<sup>7</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha incrementado sus esfuerzos por abordar este problema y en su Plan Estratégico (2014-2017) incluyó al suicidio como uno de los indicadores de impacto a evaluar en la Región de las Américas.<sup>7,8</sup>

En este plan se recomienda fortalecer la investigación, se aborda no solo la mortalidad sino también, se incluyen los intentos suicidas, así como los factores sociales y culturales que influyen en esta problemática para fortalecer los sistemas de vigilancia.<sup>8</sup>

La frecuencia de los intentos suicidas va en aumento y condiciona elevada mortalidad por suicidios consumados. El suicidio es un problema de salud por el impacto que ocasiona en términos social, psicológico y económico a las familias y al país.<sup>9</sup>

En 2014, en Cuba, el suicidio ocupó la novena causa de muerte en el cuadro de la mortalidad general y el tercer lugar en el grupo de 10-19 años de edad.<sup>10</sup>

## OBJETIVO

El objetivo del presente estudio fue caracterizar la conducta suicida (intentos y suicidio) en Cuba desde 2011 hasta 2014.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio ecológico mixto. Las fuentes de datos fueron los registros de morbilidad por intento suicida a través de las tarjetas de enfermedad de declaración oblogatoria (EDO) y en el suicidio se utilizaron las bases de datos de mortalidad de la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas (DNE) del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), desde el 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2014.

Se utilizaron las variables que se describen a continuación para el intento suicida:

*Sexo:* masculino; femenino.

*Edad:* >20 años; 20–59 años; <59 años.

Para el suicidio se utilizaron además las siguientes variables:

*Color de la piel:* blanco, mestizo, negro, ignorado.

*Estado civil:* pareja estable, sin pareja estable, ignorado.

*Ocupación o situación laboral:* jubilado y pensionado; desocupado, amas de casa; agricultor y pescador, trabajador no calificado, otras ocupaciones (incluyó a jóvenes en el servicio militar general, trabajadores de los cuerpos armados y los que no declararon su ocupación y tenían edad laboral); obrero calificado; en edad no laboral; trabajador de los servicios, discapacitado, estudiante, profesional y técnico medio, operador de maquinarias, científico e intelectual, dirigente y empleado de oficina.

*Métodos utilizados para el suicidio:* ahorcamiento, envenenamiento, prenderse fuego, caída de altura, disparo con armas de fuego, uso de objetos cortantes, arrojarse o colocarse ante objetos en movimiento,

ahogamiento y otros (lesión voluntaria por otros medios, colisión y secuelas).

Para el desarrollo de esta investigación 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. La fuente primaria de recolección de los datos fueron las tarjetas de EDO (para los intentos suicidas) y los certificados de defunción para el suicidio. Para la clasificación de la mortalidad (lesiones autoinfligidas intencionalmente) se utilizaron los códigos de la clasificación internacional de enfermedades CIE 10: X60–X84.<sup>11</sup>

Para el intento y el suicidio se calcularon las tasas acumuladas ajustadas por grupos de edad. Se calcularon las tasas de morbilidad y mortalidad bruta, ajustadas y específicas por sexo y grupos de edades, la razón hombre/mujer e intento/suicidio. Las tasas se calcularon por 100 000 habitantes. La estandarización de las tasas se realizó según grupos de edad y sexo mediante el método directo; se escogió 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 sexo, edad, en el intento y además, la ocupación, y los métodos empleados en el suicidio e indicar la respectiva carga sobre estos grupos.

Se utilizaron los decodificadores de la DNE para las variables antes mencionadas. Se elaboró una base de datos en Excel y los datos se procesaron de forma automatizada para confeccionar las tablas y figuras.

Solo se utilizaron los registros de morbilidad y 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 (INHEM).

**RESULTADOS**

En el período estudiado se reportaron 53 763 intentos suicidas (13 441 intentos por año como promedio general), lo que representó una tasa bruta acumulada de intentos de 126.2 por 100 000 habitantes. Las tasas acumuladas por sexo

fueron de 178.5 por 100 000 habitantes en el sexo femenino y 76.5 por 100 000 habitantes en el sexo masculino. El sexo femenino aportó 37 617 intentos (70 %) del total de los intentos. (Tabla 1).

**Tabla 1.** Casos reportados por intento y fallecidos por suicidio, según variables seleccionadas

Características	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Intento suicida</b>						
Sexo	16146	30.0	37617	70.0	53763	100.0
Edad						
5- 19 años	4059	7.6	15679	29.2	19738	36.7
20- 59	10787	20.1	19749	36.7	30536	56.8
60 y más	1298	2.4	2187	4.1	3485	6.5
Ignorado	2	0.0	2	0.0	4	0.0
<b>Suicidio</b>						
Sexo	4745	79.9	1197	20.2	5942	100.0
Edad						
19 años y menos	107	1.8	42	0.7	149	2.5
20 a 59	2637	44.4	618	10.4	3255	54.8
60 y más	1999	33.7	537	9.0	2536	42.7
Ignorado	2	0.0	0	0.0	2	0.0
Color de la piel						
Blanca	3282	55.3	842	14.2	4124	69.4
Negra	489	8.2	124	2.1	613	10.3
Mestiza	946	15.9	228	3.8	1174	19.8
Ignorada	26	0.4	3	0.1	29	0.5
Estado Civil						
Con pareja estable	2490	41.9	536	9.0	3026	50.9
Sin pareja estable	1544	26.0	454	7.6	1998	33.6
Ignorado	709	11.9	207	3.5	916	15.4

Cont.

**Tabla 1.** Casos reportados por intento y fallecidos por suicidio, según variables seleccionadas

Características	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ocupación						
Jubilados/Pensionados	1522	25.6	249	4.2	1771	29.8
Desocupados	813	13.7	29	0.5	842	14.2
Amas de casa	0	0.0	584	9.8	584	9.8
Agricultura/Pesca	509	8.6	8	0.1	517	8.7
Trabajo no Calificado	397	6.7	30	0.5	427	7.2
Otras Situaciones	363	6.1	62	1.0	425	7.2
En edad no laboral	330	5.6	100	1.7	430	7.2
Otros obreros calificados	231	3.9	11	0.2	242	4.1
Discapacitados	119	2.0	4	0.1	123	2.1
Profesionales/Técnicos	84	1.4	42	0.7	126	2.1
Trabajadores de Servicios	79	1.3	16	0.3	95	1.6
Estudiantes	67	1.1	29	0.5	96	1.6
Científicos/Intelectuales.	61	1.0	21	0.4	82	1.4
Operario	85	1.4	0	0.0	85	1.4
Dirigentes	71	1.2	2	0.0	73	1.2
Empleados Oficina	12	0.2	10	0.2	22	0.4
<b>Métodos empleados para el suicidio</b>						
Ahorcamiento	4020	67.7	517	8.7	4537	76.4
Envenenamiento	266	4.5	269	4.5	535	9.0
Quemaduras	92	1.5	304	5.1	396	6.7
Caída Altura	105	1.8	53	0.9	158	2.7
Objetos Cortantes	86	1.4	18	0.3	104	1.8
Disparo	98	1.7	4	0.1	102	1.7
Objetos en movimientos	28	0.5	10	0.2	38	0.6
Ahogamiento	24	0.4	12	0.2	36	0.6
Otros	13	0.2	1	0.0	14	0.2
Colisión VM	9	0.2	5	0.1	14	0.2
Secuelas	2	0.0	4	0.1	6	0.1

Las tasas ajustadas de intento suicida comenzaron en 2011 en 139.9 por 100 000 habitantes y en 2014 descienden a 116.8 por 100 000 habitantes, el porcentaje de reducción

fue de 16.5%.

El grupo de 10 a 19 años reportó 19 738 intentos para una tasa acumulada de 235.5 por 100 000 habitantes. La tasa ajustada en 2011 fue de

274.4 por 100 000 habitantes y en 2014 descendió a 215.6 por 100 000 habitantes. El porcentaje de reducción fue de 21.4.

El grupo de 20 a 59 años reportó 30 536 intentos para una tasa de 116.4 por 100 000 habitantes. La tasa ajustada comenzó en 125.2 por 100 000 habitantes en 2011 y en 2014 fue de 108.8 por 100 000 para una disminución de 13.1.

El grupo de 60 años y más, reportó un total de 3

485 intentos suicidas para una tasa acumulada de 43.6 por 100 000 habitantes. En 2011 la tasa ajustada fue de 47.3 por 100 000 habitantes y de 39.8 por 100 000 habitantes en 2014, para un porcentaje de reducción de 15.9.

La relación de intentos/suicidio de forma general en este estudio fue de 9.0. En el sexo masculino fue de 3.4. En el sexo femenino fue de 31.4. (Tabla 2).

**Tabla 2.** Razón de Intentos suicidas y suicidios según sexo y grupos de edad

Razón IS/Suicidio						
Años	Masc	Fem	5 a 19 años	20-59 años	60años	Total
2011	3.4	33.9	141.5	9.4	1.5	9.7
2012	3.5	33.8	135.1	9.8	1.3	9.4
2013	3.4	29.4	120.5	9.3	1.3	8.5
2014	3.3	28.6	131.8	9.0	1.4	8.5
Total	3.4	31.4	132.5	9.4	1.4	9.1

En cuanto a los suicidios desde 2011 hasta 2014 se reportaron 5 942 fallecidos (1 485 por año como promedio general); lo que representó una tasa acumulada para todo ese período de 14.8 por 100 000 habitantes.

El sexo masculino aportó 4 745 casos para una tasa acumulada de 23.8 por 100 000 habitantes y el femenino aportó 1 197 fallecidas para una tasa de 6.0 por 100 000 habitantes.

La tasa ajustada al inicio del período fue de 15.2 por 100 000 habitantes y 13.9 en 2014 para una disminución de 8.6%.

El grupo de 19 años y menos presentaron 149 fallecidos (Tabla 1). En todo el período la tasa promedio fue de 2.6 por 100 000 habitantes. La tasa ajustada comenzó en 2.8 y descendió en

2014 a 2.3 por 100 000 habitantes para un 17.1% de reducción.

El grupo de 20 a 59 años presentó 3 255 fallecidos (Tabla 1). La tasa acumulada para todo el período fue de 12.4 por 100 000 habitantes. Comenzó en 2011 con una tasa ajustada de 13.3 y terminó en 2014 con 12.2 por 100 000 habitantes (8.3% de reducción).

El grupo de 60 años y más fue el de más alta mortalidad, aportó 2 536 fallecidos, con una tasa acumulada de 31.7 por 100 000 habitantes. Las tasas ajustadas fueron de 30.6 a 28.5 por 100 000 habitantes en 2011 y 2014 respectivamente. El porcentaje de reducción fue de 7.1%.

El 29.8% de los suicidios ocurrieron entre jubilados o pensionados. Las personas de color



de piel blanca aportaron 69.4% y según el estado civil, los que tenían pareja estable 50.9%.  
El método más empleado para el suicidio fue el

ahorcamiento, que provocó el 76.4% de los casos. (Figura).

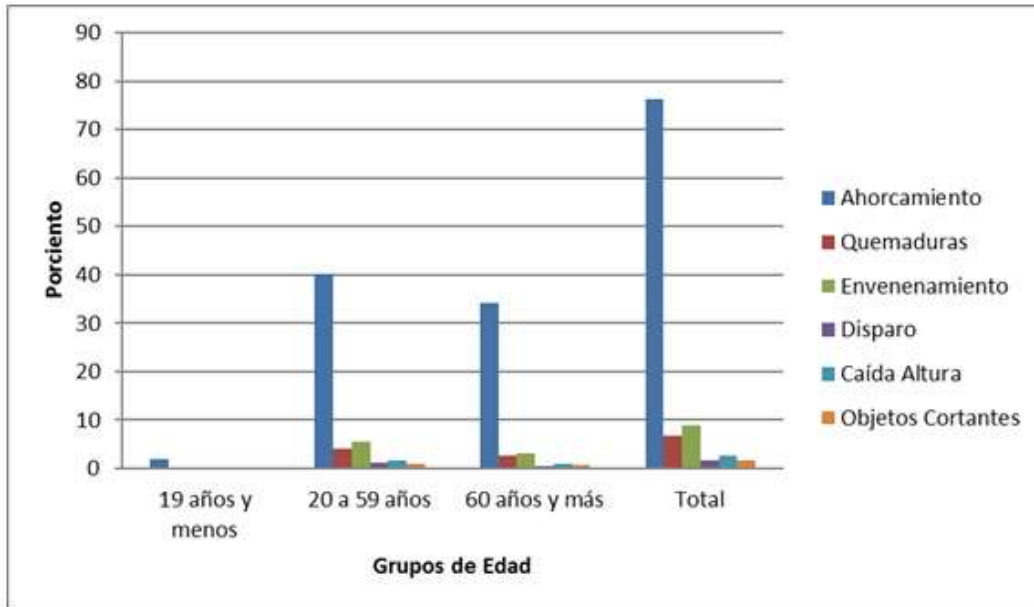


Figura. Métodos de suicidio empleados según grupos de edades

Se analizaron las fortalezas y debilidades que acompañaron la enseñanza tutelar durante los tres cursos académicos, identificándose como:

**Fortalezas:**

- Actualizar conocimientos.
- Elevar nivel científico de los especialistas.
- Propiciar el pensamiento crítico en los estudiantes.
- Experiencia en la función de tutores.
- Presencia de ética profesional y valores.
- Señalar aciertos y dificultades a los estudiantes.
- Conocimiento de las modalidades para la educación en el trabajo.

**Debilidades:**

- Protagonismo del tutor, no del estudiante.
- Inadecuada enseñanza de las habilidades.
- Poco aprovechamiento de la pirámide docente.
- Escasas tutorías de trabajos científicos estudiantiles.
- Insuficientes investigaciones pedagógicas.
- Dificultades en la evaluación frecuente.
- Deficiente lenguaje académico.

Una vez elaborado el Árbol de problemas (Figura) se diagnosticó como problema central la deficiente preparación pedagógica de los profesores/tutores para desempeñar adecuadamente la enseñanza tutelar.



## DISCUSIÓN

El grupo de 19 años y menos fue el de menor tasa y porcentaje en el suicidio, y el de mayor tasa en el intento suicida, lo que coincide con otras investigaciones que reportan que los intentos son más frecuentes en los jóvenes y disminuyen en la medida en que avanza la edad.<sup>12,13</sup>

En cuanto al sexo, las mujeres fueron las más afectadas coincidiendo con otros estudios que refieren que las tasas de intento son mayores en las mujeres, y el suicidio en los hombres.<sup>13,14</sup>

En España se reportó 66.4% de intentos en el sexo femenino cifra inferior a la estudiada y se reportó que las mujeres lo intentan el triple que los hombres en general.<sup>13</sup>

La mayor relación de intento y suicidio ocurrió en los menores de 19 años coincidiendo con otros estudios que han reportado que el intento es más frecuente en esta etapa de la adolescencia tardía.<sup>12,13</sup>

En Cuba, la relación intentos/suicidio para todos los grupos de edades es inferior a la reportada en otros estudios que informan una relación de 20 intentos por 1 suicidio o de 30 intentos por 1 suicidio.<sup>12</sup>

Un estudio realizado en España coincide con los resultados obtenidos y refiere que existen entre 8 y 25 intentos suicidas por suicidio consumado. La relación entre el número de intentos y los suicidios en este estudio, varía según la edad. En España se reportó que en los adolescentes esta relación puede llegar a ser de 1 suicidio por cada 100 ó 200 intentos suicidio, en los adultos de edad media 1 suicidio por cada 25 intentos y en los ancianos 1 suicidio por cada 4 intentos, cifras inferiores a las encontradas en este estudio.<sup>13</sup>

En Cuba, existe un Programa Nacional de la Prevención de la Conducta suicida que establece un seguimiento y control de todos los pacientes que realizan un intento, para evaluarlos, seguirlos de forma oportuna y especializada, y evitar el suicidio, lo que constituye una fortaleza para la prevención de esta conducta.<sup>1</sup>

En este estudio la mayor tasa de suicidio fue en 2011. La tasa de suicidio reportada por la OMS en 2012 fue de 11.6 por 100 000 habitantes, 15 en hombres y 8 en mujeres, las tasas en los hombres cubanos es superiores a lo reportado en este informe.<sup>15</sup>

Aunque las tasas por suicidio en Cuba han disminuido, todavía son superiores a lo reportado en el Informe de las Américas de 2014 donde la tasa de los hombres fue de 12,6 y 3,4 por 100 000 habitantes en las mujeres. Cuba en ese informe presentó cifras por encima de esas tasas; se reportaron 15.5 en hombres y 4,4 por 100 000 habitantes en las mujeres.<sup>16,17</sup>

En nuestro país, el sexo masculino es el más afectado en el suicidio, lo que coincide con otras investigaciones que reportan que 77.3% de las defunciones ocurren en este sexo.<sup>13,18</sup> La razón de mortalidad por suicidio en Cuba se ha incrementado, lo que explica este comportamiento.<sup>19</sup>

A escala mundial, el sexo masculino tiene una tasa de suicidio superior a las mujeres con una razón 3,5-1 siendo la mortalidad por suicidio mayor en ellos. Existen investigaciones que plantean que esto se debe a que los métodos utilizados por ellos son más violentos y graves que los utilizados por las mujeres.<sup>15</sup>

Las mujeres tuvieron tasas menores, se reportó en otra investigación nacional una reducción de 7.8% en ellas y en los hombres, 6.1%.<sup>19</sup>

La conducta suicida en los adolescentes es cada vez más frecuente; existen investigaciones que reportan que la disfunción familiar, la depresión, el consumo de alcohol y drogas, el bullying y el uso de tecnologías, sin supervisión por parte de los adultos, aumentan el riesgo de esta conducta en este grupo.<sup>20-22</sup>

El grupo de 20 a 59 años fue el segundo de más alta mortalidad lo que coincide con otras investigaciones, que informan que este grupo aportó 60.5% a la mortalidad por suicidio en Cuba. En el informe de las Américas, los subgrupos de 20 a 44 años de edad y de 45 a 49 tuvieron tasas de 9.2 y 11.9 por 100 000 habitantes, cifras inferiores a las encontradas en este estudio.<sup>18,19</sup>

El grupo de 60 años y más fue el de mayor tasa lo que coincide con otros estudios que reportan que las tasas se elevan en los mayores de 70 años.

Hay investigaciones que reportan que en esta edad la depresión, la pérdida de seres queridos, las enfermedades crónicas y las carencias sociales son factores de riesgo para esta conducta. Los ancianos realizaron menos intentos, pero tuvieron mayores tasas de suicidio, lo que coincide con otros estudios que reportan que a esta edad se realizan menos señales y se utilizan métodos más letales.<sup>23</sup>

La familia y la sociedad deben tener un papel fundamental para satisfacer las necesidades del anciano, sobre todo en Cuba donde el envejecimiento poblacional es una de las características más importantes desde el punto de vista sociodemográfico.<sup>19</sup>

En cuanto a la ocupación, los jubilados y los desocupados fueron los grupos más afectados, lo que coincide con otras investigaciones

nacionales que reportan que sus bajos ingresos económicos, el aislamiento, la depresión y las enfermedades crónicas no transmisibles son factores de riesgo para esta conducta. En España se reportó 40.4% de jubilados con esta conducta, cifra superior a la cubana.<sup>13</sup> Los métodos de suicidio están influidos por factores socioculturales.<sup>13</sup> En este estudio el método más empleado fue el ahorcamiento, es el más utilizado por sexo y grupos de edades lo que coincide con otras investigaciones realizadas en el país y la región de las Américas donde los suicidios ocurren por ahorcamiento con cifras inferiores a las cubanas.<sup>18,19</sup>

El envenenamiento ocupó el segundo lugar, lo que coincide con el Informe de mortalidad en las Américas que refiere que en el Caribe hispano ocupó el segundo lugar con 18.7% cifra superior a la cubana.<sup>18</sup>

Las principales limitaciones de este estudio se relacionan en el intento; solo se obtuvieron las variables por edad, sexo y esto no permitió analizar el resto de las variables. Los decodificadores de la DNE, no están actualizados para la variable "ocupación". En la jubilación, se mantiene la antigua edad (55 años para mujeres y 60 en los hombres). Esto influye en los resultados, porque la edad de jubilación se prolongó en el país (60 años para las mujeres y 65 en los hombres) y pudieron clasificarse como jubiladas personas que todavía estaban laborando. No hay codificación para los trabajadores por cuenta propia o privados, que es una nueva categoría ocupacional en el país. En otros casos no se pudo definir cuántos fallecidos eran del servicio militar general o de otras ocupaciones que se incluyeron en ese código y esto no permitió analizar por separado

cuántos suicidios ocurrieron en cada caso. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones identificadas, creemos es importante y

### CONCLUSIONES

Las tasas de intento y suicidio han disminuido. La relación intento y suicidio disminuye a medida que se incrementa la edad. El sexo femenino es

necesario, pues se describen las características de la conducta suicida en Cuba durante un período de 4 años.

el más afectado en el intento y en el suicidio es el sexo masculino. El ahorcamiento es el método más utilizado.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina MR, Vázquez de Anda G, Valdespino Salinas E. Revisión de la conducta suicida en el sur del Estado de México, mayo-junio, 2013. Rev Med. Int. de Méx.[Internet]. 2013[Consultado: 2017 mar 20]; 29(3): [Aprox. 6 p]. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim133f.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim133f.pdf)
2. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Suicidio. Mortalidad y prevención. Factográfico de Salud [Internet]. 2015 Sep [Consultado: 2016 feb. 2]; 1(10):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/noticia/2015/09/16/suicidio-mortalidad-y-prevencion-factografico-de-salud>
3. Cardona D, Segura AM, Espinosa A, Segura A. Homicidios y suicidios en jóvenes de 15 a 24 años, Colombia, 1998-2008. Biomédica [Internet]. 2013 [Consultado: 2017 May 11]; 33(4): [aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/848/2327>
4. Moreno Campa C, Díaz Cantún CL, Soler Santana R, Brossard Cisnero M, Carbonell García IC. Caracterización epidemiológica de la conducta suicida en la provincia de Santiago de Cuba. Medisan [Internet]. 2012 [Consultado: 2017 May 10]; 16(2): [aprox. 17 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_16\\_2\\_12/san0821\\_2.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_2_12/san0821_2.pdf)
5. Piedrahita LE, Paz KM, Romero AM. Estrategia de

- intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. [Internet]. 2012 jul-dic [Consultado: 2017 May 11]; 17(2): [Aprox. 29 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a10.pdf>
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Datos de Mortalidad para Salud en las Américas 2012. Washington (DC): OPS [Internet].2012. [Consultado: 2017 May 11]. Disponible en: [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sa-2012-capitulos-pais-23&alias=197-colombia-197&Itemid=125&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-capitulos-pais-23&alias=197-colombia-197&Itemid=125&lang=es)
  7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marco de Referencia para la implantación de la Estrategia Regional de Salud Mental. Washington (DC): OPS. [Internet]. 2011 [Consultado: 2017 May 2]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/MARCO%20DE%20REFERENCIA%20Salud%20Mental%20final.pdf?ua=1>
  8. Organización Mundial de la Salud (OMS). 53 Plan de Acción para la Salud Mental. Consejo directivo 66a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. [Internet]. Washington, DC; OMS; 2014. [Consultado: 2016 ene. 2]. Disponible en: [http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9774%3A2014-53rd-](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](#)

9. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 ene-feb [Consultado: 2016 jul 13]; 15(1): [Aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2016000100011&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2016000100011&script=sci_arttext&tlng=pt)

10. MINSAP. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2014. [Internet]. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2015. [Consultado: 2015 abr 13]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>

11. Capítulo XX. Causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01-Y98). X60-X84 Lesiones autoinfligidas intencionalmente En: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE -10. [Internet]. Washington (DC): OPS; 8va. ed. 2008 [Consultado: 2015 jun. 2]. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>

12. Acosta González A, Milián Martínez M, Viña Pérez H. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes con esta conducta. Rev Hosp Psiqu. de La Habana [Internet]. 2012 [Consultado: 2014 abril 9]; 9(1):0-0. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hph06112.html>

13. Giner Jiménez L. Diferencias en la conducta suicida: estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado [tesis]. [Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010. [Consultado: 2017 May 11]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10486/5657>

14. Jiménez Quenguan M, Hidalgo Bravo J, Camargo Santacruz C, DulceRosero B. El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. México. Rev Cien Sal [Internet]. 2014 [Consultado:

2017 May 11]; 12(1):63-87. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/562/56229795006/>

15. World Health Organization. (WHO): Preventing suicide. A global imperative. Luxembourg: WHO, 2014.

16. Etienne CF. Indicadores básicos Situación de Salud en las Américas 2016. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2016. [Consultado: 2017 May 11]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

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

18. Corona B, Alfonso K, Hernández M, Lomba P. Epidemiology of Suicide in Cuba, 1987–2014. MEDICC Review [Internet]. 2016 Jul. [Consultado: 2017 Mar 20]; 18(3): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/medicc/v18n3/1555-7960-medicc-18-03-0015.pdf>

19. 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]. 2015. [Consultado: 2016 jun 7]. Disponible en: <http://injuryprevention.bmj.com/content/early/2016/01/18/injuryprev-2015-041796.abstract>

20. Cañón Buitrago S. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en niños y adolescentes. Archivos de Medicina [Internet]. 2011 Jan [Consultado: 2016 Mar 14]; 11(1): [Aprox 6 p.]. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=ac8b7c8b-2f20-4bb9-ba30-d89fbac5c5d2%40sessionmgr4009>

21. Estévez García KR, Velázquez Reinaldo YR. Videojuegos: ¿armas letales? Estudio [Internet]. 2014 Oct. [Consultado: 2017 Mar 14]; 11:43-56. Disponible en: [http://209.177.156.169/libreria\\_cm/archivos/pdf\\_1062.pdf](http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_1062.pdf)

22. Bethancourt Santana YC, Betancourt Enríquez J, Moreno Rodríguez Y, Saavedra Díaz A. Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores. *Mediciego* [Internet] 2015. [Consultado: 2016 mar 2]; 21(1):[Aprox. 12 p.] Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/85/377>

23. 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. [Consultado: 2015 dic 29]; 17(2): [Aprox. 7 p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000200006)