

**POLICLÍNICO
“OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN Y LA PEDRAJA”
CAMAJUANÍ, VILLA CLARA**

**ESTRATIFICACIÓN DEL SUICIDIO EN EL MUNICIPIO DE CAMAJUANÍ
(1990-2001).**

Por:

Dra. Zenia Arley Santiago García¹, Dra. Tania Edelys Santiago García², Dra. Esther Rivero Álvarez³, Lic. Rafael Machado Rodríguez⁴ y Dr. Ángel Miguel Álvarez Donis⁵

1. Especialista de I Grado en MGI.
2. Especialista de I Grado en MGI y Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología.
3. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Asistente. ISCM-VC.
4. Estadístico de la Filial de Ciencias Médicas en Sagua La Grande.
5. Especialista de I Grado en MGI. Master en Atención Primaria. Asistente. ISCM-VC.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para estratificar el suicidio por consejos populares en el municipio de Camajuaní, provincia de Villa Clara, durante los años 1990-2001. El universo estuvo constituido por los fallecidos en el período estudiado y se trabajó con toda la población suicida fallecida. Los datos se obtuvieron de la revisión documental realizada en el registro de enfermedades de declaración obligatoria y de las entrevistas realizadas a familiares y vecinos de los pacientes fallecidos. Se formaron tres estratos epidemiológicos, de acuerdo con las tasas crudas de mortalidad; se consideró el estrato # 1 el de mayor tasa, donde se incluyeron tres consejos populares; en el # 2 se agruparon seis consejos populares y el estrato # 3 se conformó por cuatro consejos populares, con las menores tasas. Se concluye que no hubo distribución uniforme de la mortalidad por consejos populares; los factores de riesgo reconocidos para el suicidio estuvieron presentes en los tres estratos.

Descriptores DeCS:
MUESTREO ESTRATIFICADO

Subject headings:
STRATIFIED SAMPLING

Introducción

Se ha señalado que, tanto el intento suicida como el suicidio, ocurren no solo en individuos enfermos sino también en sanos. Los intentos de quitarse la vida no tienen siempre la muerte como objetivo; a menudo se realiza para cambiar la propia vida o la de las personas significativas que se hallan a su alrededor¹.

Como fenómeno universal, el suicidio constituye ya un problema de salud a resolver y como tal nuestro país no está exento de ello^{1,2}. Es una de las primeras diez causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud^{3,4}.

En la provincia de Villa Clara este fenómeno ocupa el sexto lugar en la mortalidad general en la actualidad; en el año 1990 se presentó una tasa de 21,6 por 100 000 habitantes y en el año 2001

e incrementó hasta 25,0 por 100 000⁵.

Los programas de salud requieren de un sistema de información ágil que les permita identificar áreas, poblaciones o ambas, con mayores necesidades de salud, con el objetivo de focalizar hacia esos grupos prioritarios sus intervenciones, y esto lo brinda la estratificación epidemiológica, procedimiento de gran utilidad para la vigilancia y la investigación; su aplicación permite identificar patrones de comportamiento en función de la distribución de factores de riesgo del problema de salud, facilita la planificación y el desarrollo de intervenciones más eficaces⁶.

En Camajuaní, donde se realizó esta investigación, en el año 1990 se presentó una tasa de 26,2 por 10 000 habitantes y en el año 2001 se incrementó hasta 27,3 por 10 000 habitantes, por encima de la tasa provincial⁷. Por ello, nos propusimos realizar la estratificación epidemiológica del suicidio en nuestro municipio.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre el comportamiento del suicidio en pacientes notificados pertenecientes al municipio de Camajuaní, provincia de Villa Clara, durante el período de 1990 a 2001.

El universo estuvo constituido por el total de fallecidos por suicidio entre 1990 y 2001, ambos incluidos, sin criterios de exclusión.

La obtención de la información se realizó mediante la revisión documental de tarjetas de enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Se confeccionó un formulario de datos que se aplicó a los familiares de los fallecidos o a los vecinos más allegados, en ausencia de los primeros, que incluye las siguientes variables: edad, sexo, escolaridad, ocupación, antecedentes patológicos personales y familiares de trastornos psiquiátricos, antecedentes de intento suicida, área de conflicto y antecedentes de ingestión de bebidas alcohólicas.

El procesamiento se realizó de forma automatizada; para ello se utilizó una microcomputadora Pentium II, se creó el archivo de datos y se procesaron los mismos con el paquete SPSS versión 10.0; se empleó el programa MAP INFO versión 5.5 para el procesamiento espacial.

Se utilizaron las técnicas de la estadística descriptiva, y los resultados fueron expresados en frecuencias absolutas y porcentajes. Además, se empleó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) para comparar la distribución de variables, según estratos. Las diferencias encontradas fueron consideradas no significativas ($p > 0,05$), significativas ($p < 0,05$) y muy significativas ($p < 0,01$).

Resultados

Al realizar la estratificación epidemiológica de la mortalidad por suicidio, según consejos populares en el municipio de Camajuaní (tabla 1) (Fig 1), se encontraron las mayores tasas en los siguientes consejos populares: # 10 (Sabana) con $72,2 \times 10^4$ habitantes, # 12 (Aguada de Moya) con $57,6 \times 10^4$ habitantes, # 6 (Sagua La Chica) con $52,7 \times 10^4$ habitantes, los cuales conformaron el estrato # 1, que se corresponde con los lugares de más densidad rural dentro del municipio. Se agruparon seis consejos populares, cuyas tasas se encuentran en valores comprendidos entre 25,0 y 49,9, los que conforman el estrato # 2. Los consejos populares # 3 (Vueltas), # 5 (Taguayabón), # 9 (Complejo agroindustrial "Luis Arcos Bergnes") y # 8 (Batalla de Santa Clara) con tasas entre 16,0 y $24,9 \times 10^4$ habitantes, constituyeron el estrato # 3. El mapa representa los estratos distribuidos espacialmente en consejos populares

Tabla 1 Tasas de mortalidad por suicidio según consejos populares.

Consejo popular	Fallecidos No.	%*	Tasas
Camajuaní 1	36	19,3	29,0
Camajuaní 2	27	14,4	25,8
Vueltas	31	16,6	24,5
Vega Alta	8	4,3	32,9
Taguayabón	7	3,7	20,9
Sagua La Chica	8	4,3	52,7
CAI "José María Pérez"	14	7,5	36,0
CAI "Batalla de Santa Clara"	6	3,2	16,6
CAI "Luis Arcos Bergnes"	7	3,7	17,5
Sabana	9	4,8	72,2
La Quinta	8	4,3	38,0
Aguada de Moya	17	9,1	57,6
Vega de Palma	9	4,8	34,5
TOTAL	187	100	29,6

* Por ciento: sobre la base del total de fallecidos.
CAI: Complejo agroindustrial.

$$\chi^2 = 26,14$$

$$p < 0,05$$

Fuente: Registro de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) municipal.

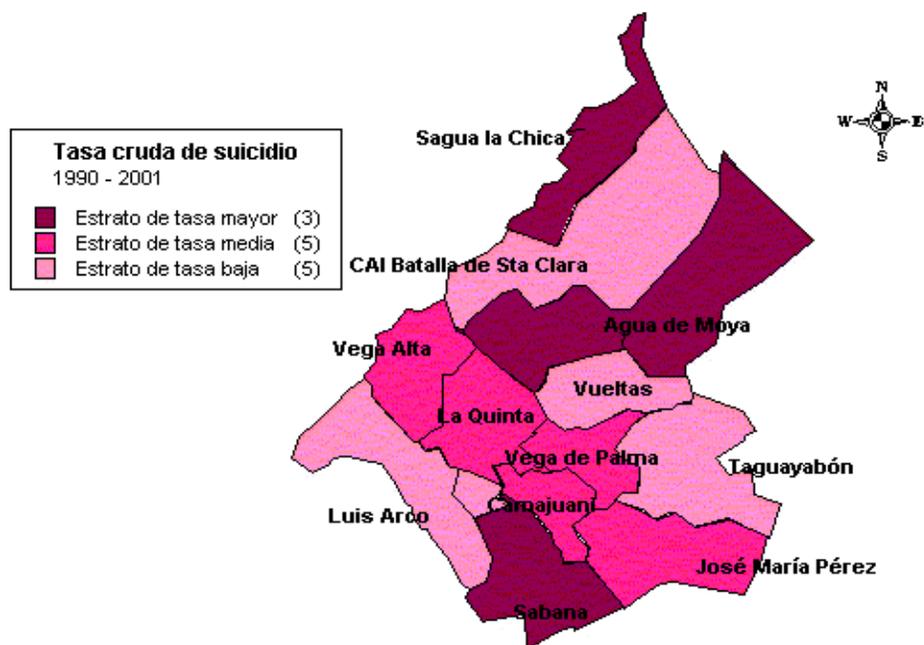


Fig 1 Incidencia del suicidio en el municipio de Camajuaní. (1990-2001)

Al analizar los grupos de edades en pacientes que se suicidaron (tabla 2), se observó que el mayor porcentaje se encontró en las edades de 60 y más años, con 93 pacientes (49,7 %), seguido del grupo de 40-59 años, con 52 pacientes (27,8 %).

Tabla 2 Distribución según estratos de riesgo y edad.

Grupos de edades (años)	Estrato						Total	
	I		II		III		No	%**
	No	%*	No	%*	No	%*		
10-19	2	5,9	1	1,0	2	3,9	5	2,7
20-39	8	23,5	23	22,5	6	11,8	37	19,8
40-59	5	14,7	31	30,4	16	31,4	52	27,8
60 y más	19	55,9	47	46,1	27	52,9	93	49,7
TOTAL**	34	18,2	102	54,5	51	27,3	187	100,0

* Por ciento sobre la base del total de fallecidos por estratos.

** Por ciento sobre la base del total de fallecidos.

NS: $p > 0,05$

Fuente: Departamento de Estadística y registro de EDO municipal.

En el grupo de 10-19 años ocurrieron cinco fallecimientos, y a pesar de representar el porcentaje menor (2,7 %), consideramos que posee la mayor importancia porque son muertes evitables.

Al analizar el comportamiento del sexo como marcador de riesgo en la serie analizada, del total de suicidios, 125 (66,8 %) pertenecen al sexo masculino. Al realizar el análisis de los estratos según su composición atendiendo al sexo, se hallaron diferencias significativas ($p < 0,05$), pues el sexo masculino predominó en todos los estratos, con tasa de $38,2 \times 10^4$ (Fig 2).

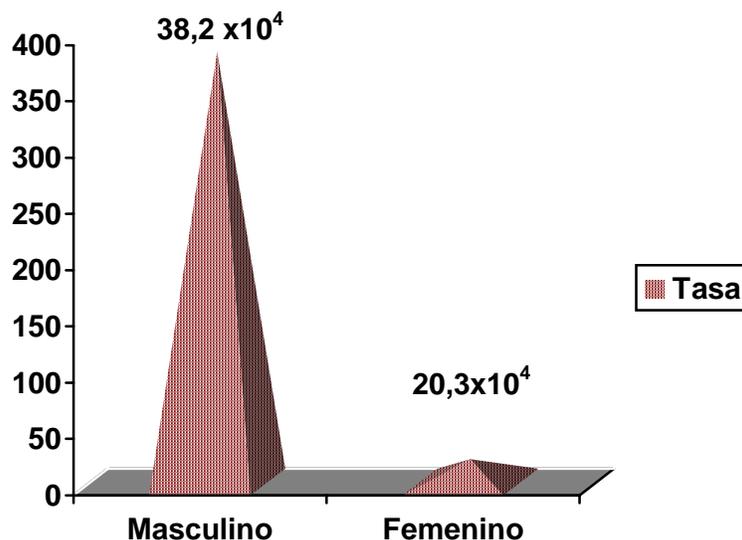


Fig 2 Tasa de mortalidad por suicidio según sexo.

Fuente: Departamento de estadísticas y registro de EDO municipal.

Los antecedentes patológicos personales de intento suicida constituyeron un factor de riesgo para el suicidio, pues habían realizado el intento 45 pacientes (24 %). Al analizar en los estratos este factor de riesgo, se comprobó igual resultado en los tres estratos.

Resulta interesante describir el comportamiento de la ingestión de bebidas alcohólicas, por su importancia, en la conducta suicida. Del total de fallecidos, 20,9 % de los pacientes ingerían alcohol; los estratos presentaron porcentajes diferentes. En el # 1, 41, 2 % de ellos consumían alcohol, porcentaje superior al promedio y a cada uno de los estratos restantes.

Al analizar los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) para hacer una medición del tiempo perdido a causa de la mortalidad por suicidio, se dejaron de vivir 3 556 años; el grupo de 20-39 años tuvo la mayor cantidad de AVPP, seguido de los demás rangos. Al calcular la tasa de AVPP, se halló que se perdieron por cada 1000 habitantes 56,3 años de vida por suicidio en la población de Camajuaní, en el período comprendido entre 1990-2001. Los resultados mostraron que cada fallecido dejó de vivir 24,7 años por esta causa; cada individuo dejó de vivir como promedio 28,5 años en el estrato # 1 (tabla 3).

Tabla 3 Años de vida potencialmente perdidos según grupos de edades y estratos.

Edad	No.	Total AVPP	Tasa x 10 ³	\bar{X}
10-19	5	302,5	39,66	60,5
20-39	37	1 683,5	78,36	45,5
40-59	52	1 170	76,04	22,5
60-74	50	400	36,36	8,0
TOTAL	144	3 556	56,30	24,7
Estratos	No.	Total AVPP		\bar{X}
1	24	684		28,5
2	76	1900		25,0
3	44	976,8		22,2

Fuente: Departamento de Estadística y registro de EDO municipal.

AVPP: Años de vida potencialmente perdidos.

Discusión

Mediante el estudio de la incidencia anual de una enfermedad en una región, se pueden identificar aquellas áreas donde esta es de gran magnitud. Esto se logra por medio de la estratificación, que clasifica y posibilita la separación de los elementos de un conjunto en estratos representativos de un universo con desigualdades, dejando bien definido los criterios de diferenciación. Además, constituye un nivel de agregación que permite controlar la heterogeneidad de los territorios y perfeccionar el conocimiento e interpretación de la información generada. Es, asimismo, un procedimiento que nos permite dimensionar espacialmente los fenómenos a partir de variables seleccionadas, y forma parte del enfoque epidemiológico de riesgo⁷.

En las edades avanzadas de la vida, al aparecer la depresión, la falta de comunicación y el déficit de atención afectiva, los sujetos encuentran como vía de solución el suicidio⁸.

Otros estudios coinciden con nuestros resultados y plantean que la evolución de las tendencias suicidas ha resultado desfavorable para las personas de la tercera edad. Actualmente la mayor prevalencia se encuentra en los 60 años y más⁹. La incidencia encontrada en edades tempranas posee gran importancia, por ser esta una etapa fundamental en la vida.

El suicidio predomina en los varones, pues ellos utilizan métodos más cruentos, que llevan a la consumación del hecho¹⁰.

Blumenthal¹¹ afirma que la mortalidad del suicidio por sexo es tres veces mayor en los hombres.

Es importante que el médico de familia valore la evolución del paciente que ha realizado un intento suicida, pues ello constituye una señal de peligro y un factor de riesgo, debido a que se produce un suicidio cada 10 intentos¹.

Es por ello que múltiples investigaciones a nivel mundial coinciden con nuestro análisis, y le dan un lugar importante a este antecedente en la predicción del suicidio¹²⁻¹⁵. Friedman y colaboradores plantean, en un estudio realizado en una clínica psiquiátrica de los Estados Unidos, que un paciente tiene un riesgo aproximado 15 veces mayor de suicidio, cuando existe este tipo de antecedente¹⁶.

El alcohol afloja las coerciones sociales, anula las inhibiciones, aumenta la probabilidad de comportamiento arriesgado, oscurece el juicio y reduce la capacidad psicomotriz; está particularmente implicado en agresiones, crímenes y suicidios^{17,18}.

La tendencia autodestructiva de las poblaciones alcohólicas está bien documentada, con unos porcentajes de suicidios que van del 7 al 21 %; si se incluye a los alcohólicos seriamente preocupados por ideas de suicidios, la cifra aumenta hasta el 40 %¹⁹.

El cálculo de los AVPP ofrece la posibilidad de hacer más integral la evaluación de la carga de la mortalidad, su distribución en el espacio y su evolución en el tiempo; proporciona resultados bien distintos a los suministrados por las clásicas tasas de mortalidad²⁰.

Summary

A retrospective descriptive study was carried out to classify suicide by popular council in Camajuaní municipality, Villa Clara province, during the 1990-2001 period. The study universe was composed of the persons who died during this period and a work was done with the whole population who died due to suicide. Data was gathered from the review of the disease obligatory record and family and neighbor interviews. Three epidemiological classes were established according to non/processed mortality rate; class no. 1 was considered with the highest mortality with three popular councils included; in class no.2 six popular councils were included and four in class no.3 with the lowest rates. No regular mortality distribution by popular council was found. The known risk factors for suicide were present in the three classes.

Referencias bibliográficas

1. Herrera Santí PM, Avilés Betancourt R. Factores familiares de riesgo en el suicidio. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(2):134-7.
2. Khouzam HR, Williams L, Manzano N. Religion and motion pictures effects on reversing suicidal intentions. Psychol Rep. 2003;92(1):251-7.
3. Paterson I. The ethics of assisted suicide. Nurs Times. 2003;99(7):30-1.
4. De Leo D. Struggling against suicide: the need for an integrative approach. Crisis. 2002;23(1):23-31.
5. Leenaars AA, Moksony F, Lester D, Wenckstern S. The impact of gun control (Bill C-51) on suicide in Canada. Death Stud. 2003;27(2):103-24.
6. Batista Moliner R, Marie Coutín G, Feal Cañizares P, González R. Guía para la realización del proceso de estratificación epidemiológica. La Habana: MINSAP; 2001.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de prevención y control de la conducta suicida. La Habana: Científico Técnica; 1998.
8. Clements PT, De Ranieri JT, Fay-Hillier TM. Benefits of community meetings in the corporate setting after the suicide of a co-worker. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2003;41(4):44.
9. Khan SA, Farooq S. Reasons for not acting on suicidal ideas. J Coll Physicians Surg Pak. 2003;13(1):37-80.
10. Saeed A, Bashir MZ, Khan D. Epidemiology of suicide in Faisalabad. Ayub Med Coll Abbottabad. 2002;14(4):34-7.

11. Blumenthal M, Bekaroglu M, Hosaoglu C, Gurpinar S. Incidence of completed and attempted suicide in Trabzon, Turkey. *Crisis*. 2002;23(1):3-10.
12. Farrow TL. Owning their expertise: why nurses use no suicide contracts rather than their own assessments. *Int J Ment Health Nurs*. 2002;11(4):214-9.
13. Green AI, Canuso CM, Brenner MI. Detection and management of co-morbidity in patients with schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. 2003;26(1):115-39.
14. Kalapos MP. Epidemiologic parameters of mentally ill patients subjected to mandatory treatment. *Orv Hetil*. 2003;144(7):335-9.
15. Francis E, Marchand W, Hart M, Carter A. Utilization and outcome in an overnight psychiatric observation program at a veterans affairs medical center. *Psychiatr Serv*. 2000;51(1):92-5.
16. Friendman S, Smith L, Foger A. Suicidality in panic disorder: a comparison with schizophrenic, depressed, and other anxiety disorder outpatients. *J Anxiety Disord*. 1999;13(5):447-61.
17. Rossow I, Romelsjo A, Leifman H. Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle aged. *Addiction*. 1999;94(8):199-207.
18. Freeman TW, Roca V, Kimbrell T. A survey of gun collection and use among three groups of veteran patients admitted to veterans affairs hospital treatment programs. *South Med J*. 2003;10(2):199-207.
19. Rodríguez Santos O, Baldo Soria R, Cardoso Crista S. Rasgos psicológicos de la personalidad. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2000;16(3):270-6.
20. Senc AH, Rodríguez E, Díaz Díaz O. Programa para la determinación de los AVPP. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2000;38(3):175-8.