Artículos originales

Factores de riesgo asociados al suicidio en el municipio Sancti Spíritus en el quinquenio 2005-2009

Risk Factors Associated with Suicide in the Municipality of Sancti Spíritus from 2005 to 2009

Yurien Negrín Calvo[1] Jorge Luis Toledo Prado[2] José Andrés Cabrales Escobar[3] Emilio Carpio Muñoz[4] Amparo Muro García[5] Esther Oria Barreto[1]

[1] Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología, Sancti Spíritus, Sancti Spíritus, Cuba
[2] Dirección Provincial de Salud, Sancti Spíritus, Sancti Spíritus, Cuba
[3] Universidad de Ciencias Médicas, Sancti Spíritus, Sancti Spíritus, Cuba
[4] Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, Sancti Spíritus, Sancti Spíritus, Cuba
[5] Hospital Pediátrico Provincial, Sancti Spíritus, Sancti Spíritus, Cuba

Cómo citar este artículo:
Negrín-Calvo Y, Toledo-Prado J, Cabrales-Escobar J, Carpio-Muñoz E, Muro-García A, Oria-Barreto E. Factores de riesgo asociados al suicidio en el municipio Sancti Spíritus en el quinquenio 2005-2009. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2013 [citado 2026 Nov 4]; 3(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/183

Resumen

Fundamento: el suicidio se ha mantenido entre las diez primeras causas de muerte en Cuba, sin que aún estén establecidas sus determinantes.
Objetivo: identificar los factores de riesgo que se asocian con el suicidio consumado en personas mayores de 19 años.
Métodos: se diseñó un estudio de casos y testigos con 81 casos y 162 testigos mayores de 19 años del municipio de Sancti Spíritus, durante el quinquenio 2005-2009. Las variables incluidas en el estudio fueron: edad en años cumplidos, sexo, color de la piel, estado conyugal, antecedentes familiares de esquizofrenia (entre los padres, tíos y hermanos) trastornos afectivos a nivel psicótico, trastornos de personalidad y conducta suicida, diagnósticos personales de: esquizofrenia, trastornos afectivos a nivel psicótico, depresión a nivel neurótico, trastornos de personalidad, alcoholismo, antecedentes personales de ideación suicida en los últimos cinco años, intentos suicidas previos, y limitación o secuelas por enfermedad somática. Los datos se obtuvieron de las tarjetas de enfermedades de declaración obligatoria, las historias clínicas y entrevistas personales a los testigos y a familiares cercanos de los casos y de los testigos. Como medida de asociación se utilizó la razón de posibilidades (RP), se controlaron los factores de confusión mediante la regresión logística dicotómica.
Resultados: el análisis con múltiples variables mostró una asociación significativa del suicidio con la esquizofrenia (RP 8,10; IC de 95 % 1,48-44,36), la depresión a nivel neurótico (RP 3,16; IC de 95 % 1,19-8,35), los trastornos de la personalidad (RP 7,22; IC de 95 % 2,40-21,72), el alcoholismo (RP 4,72; IC de 95 % 1,46-15,26), la ideación suicida en los últimos 5 años (RP 7,35; IC de 95 % 2,77-19,72), y las limitaciones o secuelas por enfermedad somática (RP 3,87; IC de 95 % 1,75-8,58).
Conclusiones: la esquizofrenia, la depresión a nivel neurótico, el alcoholismo, los trastornos de la personalidad, la ideación suicida en los últimos 5 años, y las limitaciones o secuelas por enfermedad somática, fueron identificados como factores de riesgo independientes en mayores de 19 años.

Palabras clave: suicidio, factores de riesgo, adulto, cuba

Abstract

Background: suicide has remained among the ten leading causes of death in Cuba. Nevertheless, its determinants have not been established yet.
Objective: to identify risk factors associated with suicide in people over 19 years of age.
Methods: a study of 81 cases and 162 witnesses older than 19 years was conducted in the municipality of Sancti Spiritus from 2005 to 2009. The variables analyzed were age, sex, skin color, marital status, family history of schizophrenia (among parents, uncles and siblings), psychotic affective disorders, personality disorders and suicidal behaviour as well as personal diagnoses of schizophrenia, psychotic affective disorders, neurotic depression, personality disorders, alcoholism, personal history of suicidal ideation in the last five years, previous suicide attempts and limitations or sequelae of somatic disease. Data was collected from notifiable disease cards, medical records and personal interviews with witnesses in addition to patients' and witnesses' close relatives. The odd ratio (OR) was used as measurement of association. Confusing factors were controlled through dichotomous logistic regression.
Results: multivariate analysis showed a significant association among suicide and schizophrenia (OR 8,10; CI 95 % 1,48-44,36), neurotic depression (OR 3,16; CI 95 % 1,19-8,35), personality disorders (OR 7,22; CI 95 % 2,40-21,72), alcoholism (OR 4,72; CI 95 % 1,46-15,26), suicidal ideation in the past five years (OR 7,35; CI 95 % 2,77-19,72) and limitations or sequelae of somatic disease (OR 3,87; CI 95 % 1,75-8,58).
Conclusions: schizophrenia, neurotic depression, alcoholism, personality disorders, suicidal ideation in the last five years as well as the limitations or sequelae of somatic disease were identified as independent risks factors in adults over 19 years of age.

Key words: suicide, risk factors, adult, cuba

Recibido: 2013-02-12 10:36:20
Aprobado: 2013-03-15 14:58:16

Correspondencia: Yurien Negrín Calvo. Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología. Sancti Spíritus. investigaciones@ucm.ssp.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El suicidio se encuentra entre las primeras 20 causas de muerte en el mundo para todas las edades.[1] Cada año mueren por suicidio casi un millón de personas, para una tasa de mortalidad de 16 por cada 100 000 habitantes, lo que representa una muerte cada 40 segundos. En Cuba 1 se reportó una tasa de mortalidad por suicidio de 21,3 por cada 100 000 habitantes en el año 1992, la que descendió hasta 12,3 en el 2008, sin embargo, aumentó en el 2009 a 13,1 pero se mantuvo como la novena causa de muerte.[2]

Para lograr la prevención primaria de cualquier daño a la salud es importante la identificación de sus factores de riesgo para poder controlarlos e intentar disminuir la incidencia del evento adverso.

Para el suicidio consumado han sido identificados numerosos factores de riesgo entre ellos: el sexo masculino y las edades maduras de la vida.[3-7] La condición de vivir solo[4,8] y los antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas[9,10] también han sido identificados como otros de los factores.

Entre las enfermedades psiquiátricas asociadas al suicidio han sido identificadas la esquizofrenia[11,12] los trastornos afectivos a nivel psicóticos que incluyen: los trastornos bipolares, 3, 8 la depresión[9,10,13-15] asociada o no a enfermedades psiquiátricas de base, y los trastornos de la personalidad,[8, 9, 16] así como el abuso y la dependencia de alcohol y otras sustancias.[9, 16, 17]

También se ha encontrado asociación entre suicidio consumado y la ideación suicida[13, 17, 18-21] los intentos suicidas previos[3, 6, 10, 20, 22] y la presencia de enfermedades somáticas de curso crónico e invalidantes que llevan a la depresión.[20, 22, 23-25]

Recientemente en una revisión de los estudios que identificaron los factores de riesgo del suicidio en algunos países en desarrollo no se incluyeron investigaciones realizadas en Cuba.[26]

Por tanto, existe en el mundo un vacío de conocimientos sobre los factores de riesgo del suicidio consumado en cualquier población cubana.

Por todo lo anteriormente expuesto, adquiere gran importancia la identificación de los factores de riesgo del suicidio consumado en el municipio Sancti Spiritus, para poder diseñar e implementar estrategias de intervención que mejoren su comportamiento epidemiológico.

El objetivo del presente trabajo es: identificar los factores de riesgo para el suicidio consumado en personas mayores de 19 años del municipio de Sancti Spíritus durante el quinquenio 2005-2009.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y testigos con base poblacional a partir de toda la incidencia del suicidio consumado en el municipio de Sancti Spíritus, desde el primero de enero del 2005 al 31 de diciembre del 2009. Este estudio formó parte de un proyecto institucional conducido por el Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología de Sancti Spíritus, y aprobado en su momento por su comité de ética para las investigaciones y su consejo científico.

Fueron incluidos la totalidad de los suicidios consumados de los mayores de 19 años reportados en el Departamento de Estadísticas de la Dirección Municipal de Salud de Sancti Spíritus por tarjetas de declaración obligatoria durante el quinquenio 2005-2009, que cumplieran además la condición de haber residido en dicho municipio por lo menos en los últimos cinco años; que hubieran sido atendidos por el sistema de Atención Primaria de Salud del médico y la enfermera de la familia con su correspondiente historia clínica individual y familiar y para los cuales se dispusiera de familiares cercanos que aportaran información válida de todos los eventos de salud padecidos por cada paciente en los últimos cinco años.

Fueron seleccionados los testigos por muestreo aleatorio simple dos testigos mayores de 19 años por cada caso de suicidio consumado pertenecientes al mismo consultorio del médico y la enfermera de familia, durante la primera semana después de ocurrido el suicidio, que hubiera residido en dicha área durante los últimos cinco años y que cumplieran los mismos requisitos de atención médica y de disposición de familiares cercanos que los casos. No se utilizó ninguna otra condición para el emparejamiento.

Las variables incluidas en el estudio fueron: edad en años cumplidos, sexo, color de la piel, estado conyugal, antecedentes familiares de esquizofrenia (entre los padres, tíos y hermanos) trastornos afectivos a nivel psicótico, trastornos de personalidad y conducta suicida, diagnósticos personales de: esquizofrenia, trastornos afectivos a nivel psicótico, depresión a nivel neurótico, trastornos de personalidad, alcoholismo, antecedentes personales de ideación suicida en los últimos cinco años, intentos suicidas previos, y limitación o secuelas por enfermedad somática.

Tanto para los casos como para los testigos incluidos en el estudio se les realizó el diagnóstico psiquiátrico y el seguimiento en la

Atención Primaria de Salud por los equipos de salud mental, dirigidos por un psiquiatra y constituido por psicólogos, trabajadores sociales, y enfermeras. Mediante una entrevista médica, se hizo énfasis en los antecedentes patológicos personales y familiares y el cuadro clínico en los últimos cinco años para los casos y en el momento de la entrevista para los testigos, así como su evolución en el tiempo. Los criterios de clasificación diagnóstica utilizados para las enfermedades siquiátricas fueron los del Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría[27] el cual es una versión para Cuba del capítulo V de la décima Revisión de la Clasificación Internacional de Trastornos y Enfermedades (CIE - 10).

Las variables incluidas en el estudio se recogieron al utilizar como fuentes las tarjetas de declaración obligatoria de los casos, la historia clínica individual y familiar y una entrevista personal con los testigos y con familiares allegados que hubieran convivido tanto con los casos como con los testigos durante los últimos cinco años, previo consentimiento informado por escrito.

Para el procesamiento y análisis de los datos se confeccionó una base de datos, se utilizó el programa SPSS 15,0 (SPSS, Chicago, IL, USA).

Se realizó un análisis de dos variables o análisis bruto, que permitió estimar la razón de posibilidades (RP) y sus correspondientes intervalos de confianza de 95 %, la edad se consignó en mayores y menores de 60 años. En este análisis, el resultado se consideró significativo cuando el límite inferior del intervalo de confianza de 95 % era mayor que 1.

Para este análisis en el caso de que existiera alguna celda con valor de cero se agregó 0,5 a cada una se utilizó para ello el Programa EPIDAT para análisis epidemiológico de datos tabulados. Versión 3,1 de 2006 (Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade-Xunta de Galicia y Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Para el control de los posibles factores de confusión se realizó un análisis de múltiples variables mediante regresión logística dicotómica, se tuvieron en cuenta solamente las variables que aportaron un resultado significativo en el análisis bruto, además de la edad, el sexo y el color de la piel, como posibles variables confusoras. Para este análisis se utilizó el procedimiento de Wald hacia delante, que se realizó con el programa SPSS sobre Windows, versión 15. En este último análisis se asignó el valor 1 a los casos y 0 a los testigos; 1 a la exposición y 0 a su ausencia cuando la variable fue dicotómica. En el caso de la edad, se mantuvo su valor puntual para ser introducida en el análisis de múltiples variables con el objetivo de controlar el posible sesgo de confusión.

Como medida de impacto teórico se calculó el riesgo atribuible poblacional porcentual (RAP %), obtenido a partir de la fórmula siguiente:[28]

$$RAP\ \% = \frac{PE\ (RR\text{-}1)}{1 + PE\ (RR\text{-}1)} X\ 100$$

Se sustituyó PE por la proporción de la exposición entre los testigos según el análisis bruto, y que dio por sentado que el desenlace estudiado no era frecuente; y se sustituyó RR (riesgo relativo) por la estimación puntual de la razón de posibilidades ajustada (RPA) después de haber controlado el efecto de factores de confusión por regresión logística.

Esta medida de impacto teórico se calculó solamente a las variables que aportaron un resultado significativo después del análisis por regresión logística.

RESULTADOS

Al término del quinquenio estudiado fueron incluidos en el estudio 81 casos y 162 testigos. La media de la edad entre los casos fue de 57,80 años con una desviación típica de 18,05 y entre los testigos fue de 55,90 y 17,77 respectivamente. Entre los casos el 69,13 % fueron del sexo masculino y entre los testigos el 61,72 %. El color de piel negra representó un 27,16 % entre los casos y el 25,92 % entre los testigos.

En el análisis bruto se identificaron como factores de riesgo significativos del suicidio consumado: el estado civil soltero, el diagnóstico de esquizofrenia, el diagnóstico de depresión a nivel neurótico, diagnóstico de trastornos de la personalidad, diagnóstico de alcoholismo, antecedente de ideación suicida en los últimos 5 años, antecedentes de intentos suicidas previos, y las limitaciones o secuelas por enfermedad somática. (Tabla 1).

Tabla 1. Factores de riesgo para el suicidio municipio Sancti Spíritus en el quinquenio 2005-2009

Factores de riesgo	Casos		Testigos		Razón de posibilidades brutas	IC de 95 % de la RP
	Exp.	No Exp.	Exp.	No Exp.		
Sexo masculino	56	25	100	62	1,38	0,78-2,45
Color de la piel negra	22	59	42	120	1,06	0,58-1,94
Edad mayor de 60 años	38	43	69	93	1,19	0,69-2,03
Estado civil: soltero	38	43	48	114	2,09	1,20-3,64
Antecedentes familiares de esquizofrenia	14	67	15	147	2,04	0,93-4,48
Antecedentes familiares de trastornos afectivos a nivel psicótico	6	75	7	155	1,77	0,57-5,45
Antecedentes familiares de trastornos de personalidad	7	74	12	150	1,18	0,44-3,12
Antecedentes familiares de conducta suicida	23	58	29	133	1,81	0,97-3,40
Diagnóstico de esquizofrenia	11	70	2	160	12,57	2,71-58,20
Diagnóstico de trastornos afectivos a nivel psicótico	2	79	0	162	10,22	0,48-215,41*
Diagnóstico de depresión a nivel neurótico	17	64	12	150	3,32	1,49-7,35
Diagnóstico de trastornos de personalidad	13	68	7	155	4,23	1,61-11,07
Diagnóstico de alcoholismo	14	67	6	156	5,43	2,00-14,74
Antecedente personales de ideación suicida en los últimos 5 años	33	48	7	155	15,22	6,33-36,60
Antecedentes personales de intentos suicidas previos	17	64	5	157	8,34	2,95-23,56
Limitación o secuelas por enfermedad somática	31	50	19	143	4,66	2,42-8,98

Una vez realizado el análisis con múltiples variables se identificaron como factores de riesgo independientes la esquizofrenia (RP 8,10; IC de 95 % 1,48-44,36), la depresión a nivel neurótico (RP 3,16; IC de 95 % 1,19-8,35), los trastornos de la personalidad (RP 7,22; IC de 95 % 2,40-21,72), el alcoholismo (RP 4,72; IC de 95 % 1,46-15,26), la ideación suicida en los últimos 5 años (RP 7,35; IC de 95 % 2,77-19,72), y las limitaciones o secuelas por enfermedad somática (RP 3,87; IC de 95 % 1,75-8,58).

El riesgo atribuible a la poblacional porcentual como medida de impacto calculada, fue para la esquizofrenia RAP % 8,06; IC de 95 % 4,25-80,06, para la depresión a nivel neurótico RAP % 13,79; IC de 95 % 1,39-35,25, para los trastornos de la personalidad RAP% 21,19; IC de 95 % 5,70-47,24, para el alcoholismo RAP % 12,11; IC de 95 % 1,67-34,56, para la ideación suicida en los últimos 5 años RAP % 21,53; IC de 95 % 7,11-44,45, y para las limitaciones o secuelas por enfermedad somática RAP % 25,19; IC de 95 % 8,08-47,06. (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis con múltiples variables por regresión logística dicotómica. Razón de posibilidades ajustada, riesgo atribuible poblacional porcentual

Factor de riesgo	Razón de posibilidades ajustada (RPA)	IC de 95% de la RPA	Riesgo atribuible poblacional porcentual (RAP)	IC de 95% del RAP %
Diagnóstico de esquizofrenia	8,10	1,48-44,36	8,06	4,25-80,06
Diagnóstico de depresión a nivel neurótico	3,16	1,19-8,35	13,79	1,39-35,25
Diagnóstico de trastornos de la personalidad	7,22	2,40-21,72	21,19	5,70-47,24
Diagnóstico de alcoholismo	4,72	1,46-15,26	12,11	1,67-34,56
Antecedentes personales de ideación suicida en los últimos 5 años	7,35	2,77-19,52	21,53	7,11-44,45
Limitación o secuelas por enfermedad somática	3,87	1,75-8,58	25,19	8,08-47,06

DISCUSIÓN

Los factores de riesgo identificados para el suicidio por orden de asociación fueron: la esquizofrenia, la ideación suicida en los últimos 5 años, los trastornos de la personalidad, el alcoholismo, las limitaciones o secuelas por enfermedad somática y la depresión a nivel neurótico. Por la medida de impacto utilizada, que refleja la especificidad de la asociación, en orden descendente se identificaron las limitaciones o secuelas por enfermedad somática, la ideación suicida en los últimos 5 años, los trastornos de la personalidad, la depresión a nivel neurótico, el alcoholismo, y la esquizofrenia. La novedad de este estudio consiste en que no existen antecedentes de haberse realizado publicaciones con este diseño para identificar estos factores de riesgo en Cuba. El diseño de casos y testigos es el más recomendado para identificar los factores de riesgo del suicidio consumado.[26]

Las principales debilidades que presenta este estudio pueden incluir el pequeño tamaño de la muestra que ocasiona la estimación de intervalos de confianza amplios, la posibilidad de sesgo de memoria en los entrevistados, y la ausencia de enmascaramiento en el entrevistador al utilizar testigos vivos y familiares de los casos que no puedan ocultar sus reacciones psicológicas.

Entre las enfermedades siquiátricas de base, la esquizofrenia ha sido una de las más identificadas como factor de riesgo para el suicidio consumado, esto se confirmó en nuestro estudio donde representó el riesgo más alto para su consumación, lo que concuerda con estudios que han identificado índices de mortalidad entre 4 y 6,8 % por esta causa en estudios prospectivos.[11, 12]

Varios de los estudios previos han descrito factores de riesgo para el suicidio los cuales no fueron identificados en esta investigación. A pesar de que en la mayoría de los países las tasas de mortalidad por suicidio aumentan con la edad[1, 4-7] ni siquiera en el análisis bruto, se identificó la edad mayor de 60 años como factor de riesgo. De igual forma, el sexo masculino no fue identificado como factor de riesgo en nuestro análisis bruto, aunque las tasas de suicidio identificados por la OMS[1] son más altas en el sexo masculino y otros autores también lo han identificado en estudios de casos y testigos.[3] En este estudio, con el objetivo de controlar su posible efecto como variables de confusión, se introdujo la edad puntual y el sexo en el análisis con múltiples variables.

En un metanálisis reciente[29] se ha mostrado que algunos de los factores de riesgo para el suicidio en la esquizofrenia son similares a los identificados en la población en general, aunque algunos son claramente específicos para estos enfermos. En dicho estudio no fue posible distinguir entre los síntomas depresivos que formaron parte de la enfermedad esquizofrénica, ocurridos después de un episodio de ella, o si estos fueron independientes como en el nuestro.

En otra revisión sistemática[30] sobre los factores de riesgo para el suicido en la esquizofrenia que incluyó publicaciones realizadas entre junio de 2004 y enero de 2010, se llamó la atención en cuanto a que, para la prevención del suicidio en la esquizofrenia, se debe tener en cuenta y se debe tratar activamente cualquier enfermedad depresiva concomitante.

Un factor de riesgo independiente identificado en nuestro estudio fue la depresión a nivel neurótico, lo que concuerda con otro estudio de casos y testigos[9] con diseño bastante similar al de este, así como con otro con testigos fallecidos por otras causas.[10] Un estudio de seguimiento durante 20 años[13] ha identificado los episodios depresivos como riesgo importante pero solo entre pacientes psiquiátricos y no a nivel comunitario.

En otros estudios de casos y testigos en pacientes de edades avanzadas, con testigos fallecidos por otras causas en igual periodo de tiempo[14] también han sido identificados los episodios depresivos como un factor de riesgo para el suicidio.

En países con un fondo cultural distinto al nuestro, como Pakistán, en un estudio de casos y testigos pareados por edad, sexo y área de residencia, con testigos vivos, también ha sido identificada la depresión como un factor de riesgo independiente para el suicido.[15]

En nuestro estudio fueron identificados los trastornos de la personalidad como un factor de riesgo independiente importante, lo que coincide con investigaciones de diseños similares en Hungría.[8] A diferencia del nuestro, el estudio húngaro incluyó, en un mismo grupo, los trastornos afectivos bipolares y los de personalidad. Otro estudio de diseño muy similar a este, realizado en Taiwán, identificó los trastornos de la personalidad, pero pareado por sexo, edad, etnicidad y lugar de residencia.[9] Asimismo, en otro estudio de casos y testigos, con una muestra formada por personas mayores de 60 años, pareados por edad y sexo, también se identificó a los trastornos de personalidad como factor de riesgo.[16]

El abuso y la dependencia alcohólica también han sido detectados como factores de riesgo para el suicidio en otros estudios, ya sea con diseños de casos y testigos,[9] como en estudios prospectivos de cohortes 16 aunque este último a diferencia del nuestro, se realizó con una población de pacientes con trastornos bipolares.

La ideación suicida en los últimos 5 años se identificó como un factor de riesgo independiente en esta investigación, aunque la exploración de este síntoma se interroga en raras ocasiones por los investigadores y es a la vez poco manifestado por los pacientes, y cuando esto ocurre, puede estar confundido con los procesos depresivos. Muchos pacientes manifiestan: que piensan en la muerte, que tienen deseos de morir, que están cansados de la vida, que le falta significado a su existencia, lo que puede ser interpretado de muchas formas, pero que siempre debe llamar la atención del equipo de salud sobre todo si está acompañado de alguna enfermedad psiquiátrica y durante un episodio depresivo. Este comportamiento ha sido identificado entre la población adulta con síntomas depresivos[18] y como predictor del riesgo suicida en estudios con diseño prospectivo[13] por lo que ha sido tomado en cuenta en otros estudios,[17] e identificado también en el medio latinoamericano, específicamente en Medellín, Colombia[20] en un reporte de casos y testigos pareado por sexo y edad.

De la inclusión de pacientes ingresados, se han publicado recientemente dos revisiones[20, 21] que identifican la ideación suicida como un síntoma predictor del suicidio que hay que tener en cuenta en esta población. A diferencia de estos estudios, el nuestro se realizó en población abierta a partir del reporte de suicido y con testigos vivos de la misma comunidad, por lo que entendemos que sus resultados no son estrictamente consistentes con estas dos revisiones mencionadas, y por lo tanto, se deben tener en cuenta con cautela.

En nuestra investigación el riesgo más alto para cometer suicidio estuvo constituido por las limitaciones debidas a secuelas o por enfermedades somáticas, y aunque esta condición ha sido categorizada de disímiles formas, también ha sido identificada en una revisión reciente 20 en un estudio de casos y controles pareados por sexo y edad en Singapur[21] y en un estudio de seguimiento en pacientes con cáncer en Corea.[23]

Un reciente estudio[24] identificó la asociación del suicidio con dos enfermedades invalidantes como las lesiones de la médula espinal y la esclerosis múltiple, así como un estudio en Corea[25] en el que se define al factor de riesgo de forma más general como enfermedades médicas. En nuestro estudio no se realizaron análisis particulares de cada una de las enfermedades invalidantes por razones obvias de estratificación, pero a partir de estos resultados nos deben llamar la atención para tenerse en cuenta para futuros estudios con diseños específicos.

Según una reciente revisión[31] que analiza la calidad y validez de los reportes estadísticos de muertes violentas que incluyen el suicidio, Cuba

es uno de los 20 países que tienen registros confiables. Este hecho le brinda fortaleza a nuestra investigación para la inclusión de los casos. Para la selección de los testigos, la organización de la Atención Primaria de Salud por consultorios del médico y de la enfermera de la familia, permitió el muestreo y la revisión de las historias clínicas con la consiguiente obtención de la información necesaria, lo que se puede considerar también como fortaleza.

Por los resultados obtenidos en nuestro estudio en cuanto a los valores del riesgo atribuible y la poblacional porcentual se recomienda hacer mayor énfasis en el seguimiento de las limitaciones o secuelas por enfermedades somáticas, que aunque no aportaron un riesgo muy alto si tuvieron una prevalencia media entre los controles, la ideación suicida con un alto riesgo y una prevalencia baja, y los trastornos de la personalidad, con igual combinación; ya que aportaron las mayores proporciones de los casos de nuestra serie.

Esta medida de impacto, que además identifica la especificidad de la asociación, debe tenerse en cuenta para la prevención primaria del suicidio en la comunidad, como se recomienda en una reciente revisión[32] sobre todo en cuanto a enfermedades o trastornos psiquiátricos y al abuso de sustancias, sobre todo del alcohol, que también fueron identificados en nuestro estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Programmes and projects. Suicide Prevention and special programmes [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2010 [citado 19 Dic 2011]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2011 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2011 [citado 11 Abr 2013]. Disponible en: http://files.sld.cu/bvscuba/files/2012/05/anuario-2011-e.pdf

3. Hunt IM, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J, Turnbull P, et al. Suicide in current psychiatric in-patients:a case-control study The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide. Psychol Med. 2007;37(6):831-7

4. Wong PW, Chan WS, Chen EY, Chan SS, Law YW, Yip PS. Suicide among adults aged 30-49:a psychological autopsy study in Hong Kong. BMC Public Health. 2008;8:147

5. Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmson K, Allebeck P. Life events and psychosocial factors in elderly suicides--a case-control study. Psychol Med. 2001;(7):1193-202

6. Hawton K, Harriss L. Deliberate self-harm in people aged 60 years and over:characteristics and outcome of a 20-year cohort. Int J Geriatr Psychiatry. 2006;(6):572-81

7. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicide in elderly people:a literature review. Rev Saude Pública. 2010;44(4):750-7

8. Almasi K, Belso N, Kapur N, Webb R, Cooper J, Hadley S, et al. Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. BMC Psychiatry. 2009;9:45

9. Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. Br J Psychiatry. 2000;177:360-5

10. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. Lancet. 2002;360(9347):1728-36

11. Limosin F, Loze JY, Philippe A, Casadebaig F, Rouillon F. Ten-year prospective follow-up study on the mortality by suicide in schizophrenic patients. Schizophr Res. 2007;94(1-3):23-8

12. Carlborg A, Jokinen J, Jonsson EG, Nordstrom AL, Nordstrom P. Long-term suicide risk in schizophrenia spectrum psychoses:Survival analysis by gender. Arch Suicide Res. 2008;12(4):347-51

13. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients:a 20-year prospective study. J Consult Clin Psychol. 2000;68(3):371-7

14. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people:a descriptive and case-control study. Int J Geriatr Psychiatry. 2001;16(2):155-65

15. Khan MM, Mahmud S, Karim MS, Zaman M, Prince M. Case-control study of suicide in Karachi, Pakistan. Br J Psychiatry. 2008;193(5):402-5

16. Dutta R, Boydell J, Kennedy N, Van Os J, Fearon P, Murray RM. Suicide and other causes of mortality in bipolar disorder:a longitudinal study. Psychol Med. 2007;37(6):839-47

17. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. Dan Med Bull. 2007;54(4):306-69

18. Vannoy SD, Duberstein P, Cukrowicz K, Lin E, Fan MY, Unutzer J. The Relationship between suicide ideation and late-life depresión. Am J Geriatr Psychiatry. 2007;15(12):1024-33

19. Palacio C, García J, Diago J, Zapata C, Lopez G, Ortiz J, et al. Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia:a case-control study of psychological autopsy in a developing country. Arch Suicide Res. 2007;11(3):297-308

20. Martelli C, Awad H, Hardy P. In-patients suicide:epidemiology and prevention. Encephale. 2010;36(Suppl. 2):83-91

21. Large M, Smith G, Sharma S, Nielssen O, Singh SP. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. Acta Psychiatr Scand. 2011;124(1):18-9

22. Thong JY, Su AH, Chan YH, Chia BH. Suicide in psychiatric patients:case-control study in Singapore. Aust N Z J Psychiatry. 2008;42(6):509-19

23. Ahn E, Shin DW, Cho SI, Park S, Won YJ, Yun YH. Suicide rates and risk factors among Korean cancer patients, 1993-2005. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2010;19(8):2097-105

24. Giannini MJ, Bergmark B, Kreshover S, Elias E, Plummer C, O Keefe E. Understanding suicide and disability through three major disabling conditions:intellectual disability, spinal cord injury, and multiple sclerosis. Disabil Health J. 2010;3(2):74-8

25. Im JS, Choi SH, Hong D, Seo HJ, Park S, Hong JP. Proximal risk factors and suicide methods among suicide completers from national suicide mortality data 2004-2006 in Korea. Compr Psychiatry. 2011;52(3):231-7

26. Vijayakumar L, John S, Pirkis J, Whiteford H. Suicide in Developing Countries(2):risk factors. Crisis. 2005;26(3):112-9

27. Ministerio de Salud Pública;Hospital Psiquiátrico de La Habana. Diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales. Tercer glosario cubano de psiquiatría (GC-3) [Internet]. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001 [citado 31 Ene 2012]. Disponible en: http://gsdl.bvs.sld.cu/Colección_de_Psicologia/tercer_glosario/completo.pdf

28. Coughlin SS, Benichou J, Weed DL. Estimación del riesgo atribuible en los estudios de casos y controles. Bol Oficina Sanit Panam. 1996;121(2):114

29. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide:systematic review of risk factors. Br J Psychiatry. 2005;187:9-20

30. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia:a systematic review of rates and risk factors. J Psychopharmacol. 2010;24(4 Suppl.):81-90

31. Bhalla K, Harrison JE, Shahraz S, Fingerhut LA; Global Burden of Disease Injury Expert Group. Availability and quality of cause-of-death data for estimating the global burden of injuries. Bull World Health Organ. 2010;88(11):831-8

32. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies:a systematic review. Soc Sci Med. 2011;72(4):608-16