



Artículo Original

Perfil de la mortalidad por suicidios en la provincia del Chaco en el periodo 1994-2011

Sebastián Genero^{1,2*}, Verónica E Vargas^{1,2}, Yanina E Maza², Alberto C Palladino¹

RESUMEN

El suicidio es un problema de salud pública emergente en el mundo, observándose en los últimos años una tendencia al aumento del fenómeno en los grupos de edades más jóvenes. Se realizó este trabajo con el objetivo de describir el perfil de la mortalidad por suicidios de la provincia de Chaco en el periodo 1994 a 2011. Tipo de estudio: descriptivo. Análisis estadístico: se realiza estadística descriptiva, análisis de tendencias mediante regresión segmentaria y se construyen mapas de riesgo. Se consideraron significativos valores de p menores a 0,05. Durante el período de estudio se produjeron 1326 suicidios con una media de 74 eventos por año. La tasa media anual del período resultó en 8,3 casos por cada 100.000 habitantes mayores de 5 años. El grupo de edad con más casos fue el de 15 a 24 años concentrando 426 eventos que representa el 32% del total de los suicidios del período. Existieron cambios en el patrón de tendencias de suicidios considerando la edad: en los grupos de edad de 5 a 24 años y, con menor intensidad, las personas de 25 a 44 años. El riesgo de suicidio presentó una tendencia ascendente a partir del año 2000, en tanto que en los mayores de 45 años la tendencia fue en decremento. El departamento Comandante Fernández presentó el mayor riesgo y el departamento Chacabuco, el menor. La tendencia del suicidio en jóvenes se encuentra en aumento, lo que debe motivar la implementación de políticas de prevención destinadas a ese grupo poblacional.

Palabras clave: suicidio-tendencias-mortalidad-salud mental

ABSTRACT

Suicide is an emerging public health problem in the world observed in recent years an increasing trend of phenomenon in the younger age groups. This paper was aimed at describing the profile of suicide mortality in the province of Chaco in the period 1994 to 2011. Type of study: Descriptive. Statistical analysis: we made descriptive statistics, trend analysis is performed by segmental regression and risk maps are constructed. Significant p values less than 0.05 were considered. During the study period there were 1326 suicides with an average of 74 events per year. The rate for the period was 8.3 cases per 100,000 inhabitants older than 5 years. The age group most cases was 15 to 24 years concentrating 426 events representing 32 % of all suicides in the period. There were changes in the pattern of trends in suicides considering the age: in the age group of 5-24 years and to a lesser extent, people of 25-44 years, the risk of suicide showed an upward trend since 2000, while those over 45 years had decremental trends. The department Comandante Fernandez presented the greatest risk and the department Chacabuco the low. The trend of youth suicide is increasing which should motivate the implementation of prevention policies aimed at this population group.

Keywords : mental health- mortality – trends analysis - suicide

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la violencia puede ser entendido como un proceso social que comprende las más variadas formas de agresión y que tiene un efecto multiplicador y expansivo. Este fenómeno no solo afecta a las víctimas, sino también al resto de la sociedad (1). En el año 2000



se estimó que ocurrían aproximadamente 16.000 muertes por día (cinco millones de personas por año) en todo el mundo debido a causas violentas. El problema es grave ya que por cada persona muerta, muchas más resultan heridas y a menudo con secuelas e incapacidad permanente (2). Dentro de las muertes por causas violentas se incluyen los accidentes de transporte, los homicidios y los suicidios.

Cada año se suicidan en el mundo cerca de un millón de personas, cifra que representa aproximadamente el 1,7% del total de muertes (3). Cada año, según la OMS, casi 1 millón de personas mueren por suicidio, con una tasa de mortalidad de 16 por 100.000, lo que representa una muerte cada 40 segundos. En algunos países, el suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte entre los jóvenes de 15 a 44 años y la segunda causa principal de muerte en el grupo de edad de 10-24 años. Estas cifras no incluyen los intentos de suicidio que son hasta 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados (4). Se estima que para el año 2020, la incidencia de suicidios en el mundo alcanzará aproximadamente los 1,53 millones de personas, y que de 10 a 20 veces más personas cometerán un intento de suicidio. Como se observa, tanto las personas en riesgo como la magnitud del problema sitúa al suicidio como un problema de salud pública importante (5). Entre 2000 y 2004, la tasa total anual de suicidios en América Latina fue de 5,8 por cada 100.000 habitantes. Esta tasa es desigual en las diferentes regiones del continente, observándose tasas de mortalidad por 100.000 habitantes de: 7,6 en el Caribe Latino; 6,3 en América del Sur; 5,3 en Brasil y 4,4 en México. En 1988, la tasa total de suicidios en Argentina fue de 7,7 por cada 100.000 habitantes para todo el rango de edades; en 2008, fue de 7,6. El valor experimentó un marcado crecimiento durante la crisis socioeconómica de fines de la década de 1990 y comienzos de la de 2000, y alcanzó el punto más alto (8,6) en 2003 (6). En un informe realizado por el Ministerio de Salud de la Nación se observa que en el período de 1988-2008, existió desigualdad en la distribución de las tasas de muerte por suicidio según región, siendo la patagónica la que registró más suicidios. Las regiones del NOA y Cuyo aumentaron la tasa de suicidios en tanto que la Región Centro fue la única cuya tasa de suicidio se redujo, pasando de 8,0 a 6,5 muertes por cada 100.000 habitantes. La región del NEA es una de las de menor tasa de mortalidad por suicidio. Sin embargo, al igual que el resto del país, la tendencia se encuentra en aumento. La provincia del Chaco apareció entre las seis provincias con mayor tasa de suicidios en el caso de las mujeres en edad económicamente activa en los años 1999, 2001 y 2003 (7). La Dirección de Salud Mental de la Provincia del Chaco ha identificado al problema del suicidio como uno de los temas prioritarios en su atención, y por este motivo se realizó este trabajo cuyo objetivo fue describir el perfil de la mortalidad por suicidios de la provincia de Chaco en el período 1994 a 2011.

MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo. Unidad de análisis: todas las defunciones registradas por certificado de defunción en el período 1994 a 2011 en la Provincia de Chaco.

Fuente de datos: Anuarios Dirección de Estadísticas e Información de Salud 2001-2010, Anuarios Dirección de Estadísticas Sanitarias de la Provincia de Chaco 1994-2011. Censo de población y viviendas de la república Argentina y proyecciones realizadas por el INDEC.



Análisis estadístico: se utilizaron medidas de resúmenes descriptivas (media y proporciones). Las tasas de mortalidad específicas por edad se calcularon utilizando las categorías disponibles en los anuarios.

Para la construcción del mapa temático se calcularon las tasas del período 2001-2010 porque esa fue la disponibilidad de los datos en lo referente al lugar de residencia de los fallecidos. Se utilizó el software SIGEPI versión 1.4.

Para el análisis de tendencias se aplicó la regresión segmentaria utilizando el software Joinpoint Regression Program, Version 4.0.4 de mayo 2013 del Statistical Research and Applications Branch, National Cancer Institute de los Estados Unidos. Se consideraron significativos valores de p menores a 0,05.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se produjeron 1326 suicidios con una media de 74 eventos por año. La tasa del período resultó en 8,3 casos por cada 100.000 habitantes mayores de 5 años. El grupo de edad con más casos fue el de 15 a 24 años concentrando 426 eventos que representa el 32% del total de los suicidios del período. (Fig. N° 1). El riesgo de muerte fue mayor en las personas de 75 años y más. Las tasas de las personas de 15 a 74 años resultaron similares aunque configuran un gradiente de riesgo. (Fig.N° 2).

Fig. N°1 Proporción de muertes por suicidio según edad, período 1994-2011, provincia del Chaco, N° 1326

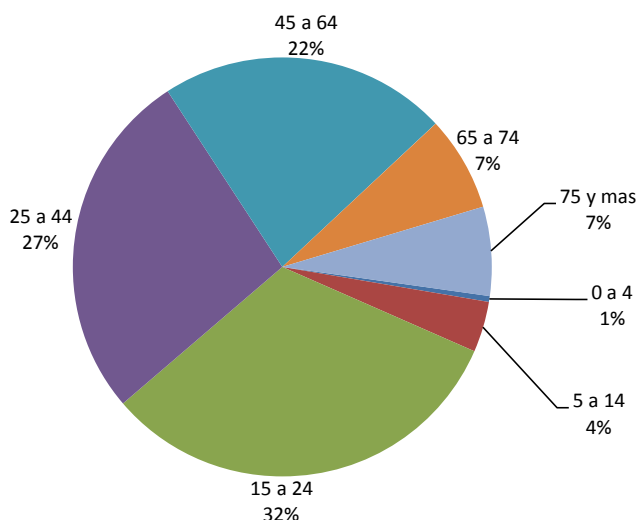
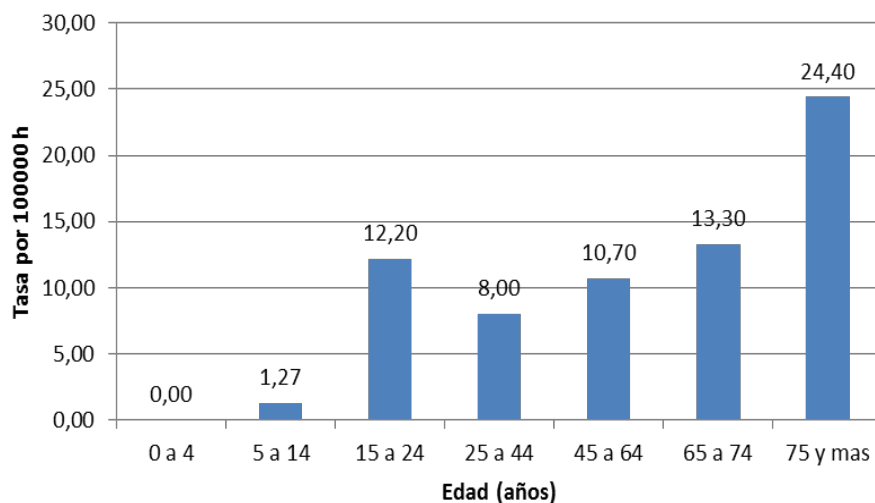


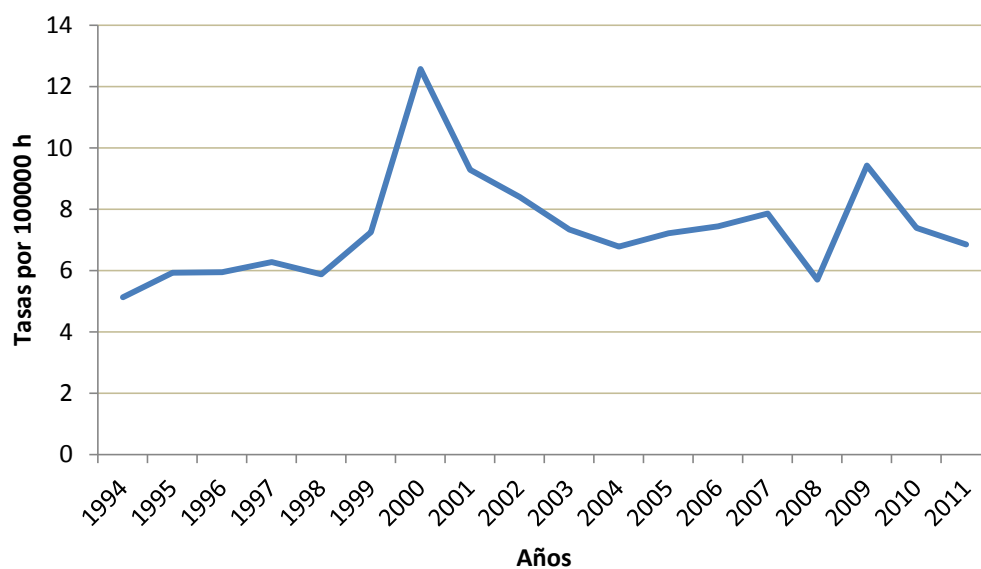


Fig. N° 2 Tasa de muerte por suicidios según edad, período 1994-2011.
Provincia del Chaco



La evolución de la tasa de mortalidad en el tiempo se presenta en la figura N° 3. El cambio porcentual anual fue del 0,8 %. Sin embargo, se observa que en los años 2000, 2001 y 2009 se presentaron tasas de mortalidad por suicidio mayores a la media del período.

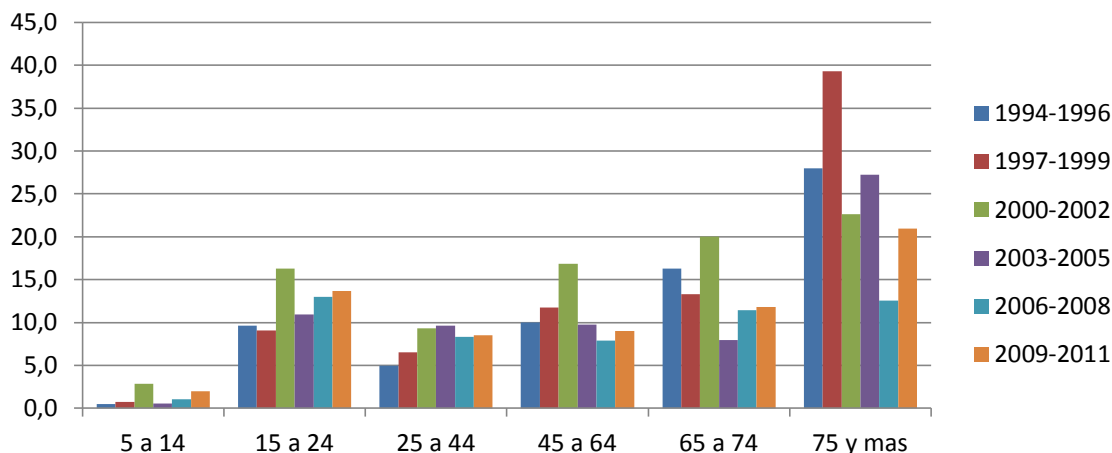
Fig. N°3 Tasa de mortalidad por suicidio, período 1994-2011.
Provincia del Chaco





Existieron cambios en el patrón de tendencias de suicidios considerando la edad: en los grupos de edad de 5 a 24 años y, con menor intensidad, las personas de 25 a 44 años. El riesgo de suicidio presentó una tendencia ascendente a partir del año 2000, en tanto que en los mayores de 45 años la tendencia fue en decremento. (Fig.Nº 4)

Fig. Nº4 Tasa de mortalidad por suicidios por 100.000 habitantes según edad, por trienio del período 1994-2011. Provincia del Chaco



En la tabla Nº1 se observa el porcentaje de cambio anual de las tasas de suicidios por edad. En general, en todo el período, las tasas de muerte tendieron al ascenso en los grupos de edad más jóvenes, en tanto que los cambios con mayor intensidad se produjeron en las personas de 65 años y más, con un decremento cercano al 3% anual.

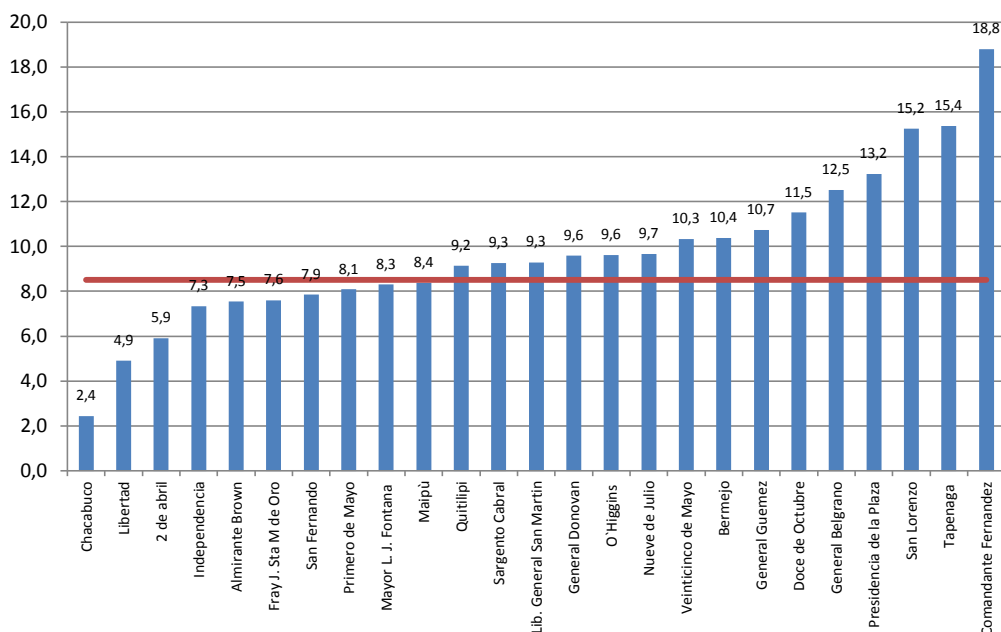
Tabla Nº1 Tendencias de mortalidad por suicidio, según grupo de edad, provincia del Chaco , período 1994-2011

Edad (años)	Tasas por 100.000 h		Tendencia 1		Tendencia 2	
	1994	2011	Años	% de cambio anual (IC 95%)	Años	% de cambio anual (IC 95%)
5 a 14	0.0	1.9	1994-2011	2.1 (-8.1; 13.4)		
15 a 24	7.1	13.3	1994-2011	1.9 (-0.6; 4.3)		
25 a 44	5.0	6.9	1994-2001	12.4(3.5; 22.0)*	2001-2011	-2.0 (-5.7; 1.9)
45 a 64	8.1	8.1	1994-2011	-3.3 (-7.1; 0.7)		
65 a 74	23,7	6.5	1994-2011	-2.9 (-6.8; 1.1)		
75 y mas	31.0	11.1	1994-2011	-3.3 (-8.5;2.2)		

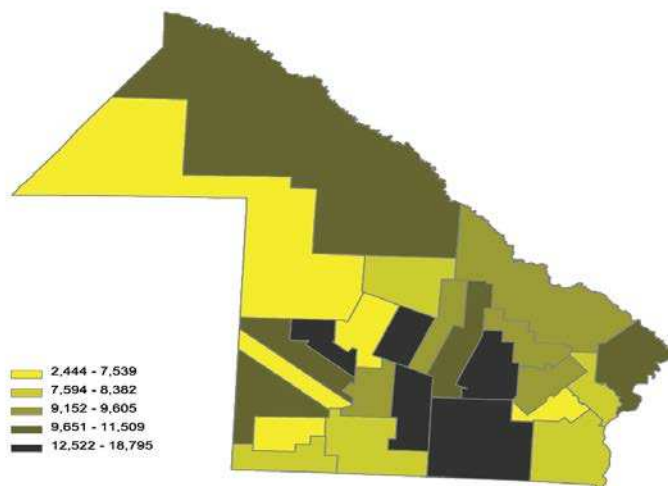


En relación a la distribución geográfica, aunque los departamentos San Fernando y Comandante Fernández concentran el 41 % del total de las muertes, el riesgo fue mayor en los habitantes de los departamentos: Tapenagá, Presidencia de la Plaza, Comandante Fernández, San Lorenzo y Belgrano. La brecha existente entre el departamento de mayor riesgo respecto del de menor riesgo fue de 8,5 veces más riesgo de muerte en los residentes del departamento Comandante Fernández comparado con el departamento Chacabuco. (Fig.Nº5 y Mapa Nº1).

Fig. Nº 5 Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes según departamentos de la provincia del Chaco, período 2001-2010



Mapa Nº1 Tasa de mortalidad por suicidios por 100.000 habitantes, según departamento de la provincia del Chaco, período 2001-2010





DISCUSIÓN

En nuestro estudio se observa que el mayor riesgo de muerte por suicidio lo presentan las personas de 75 años o más años. Sin embargo, el mayor número de casos se concentra en las personas de 15 a 24 años. En este sentido debe recordarse que la población de 15 a 24 años es más numerosa que la de 75 y más. La situación es compleja de atender teniendo en cuenta que el suicidio de los más jóvenes presenta una mayor repercusión social y sanitaria, en tanto que el riesgo de las personas mayores es el doble respecto a los más jóvenes. Por otra parte, la variación del período de la tasa de suicidio fue mínima (del orden del 0,8% por año), pero este aumento, que pareciera no importante, enmascara una variación en el patrón de la mortalidad:

los grupos de más edad (mayores de 45 años) registraron una reducción muy significativa en sus tasas en tanto que los grupos de edad más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34) experimentaron un crecimiento. La tendencia a la reducción del suicidio entre ancianos ya fue comunicada en nuestro país para el período 1997-2007 en el cual se observó que los suicidios en la población de adultos mayores registraron una tendencia descendente (7). Los factores de riesgo de la mortalidad por suicidio en ancianos son diferentes a los de los jóvenes por lo cual se requieren estrategias de intervención bien diferenciadas (8). En varios países del mundo se observa una tendencia al aumento de las tasas de suicidio entre jóvenes, por ejemplo, entre los niños y adolescentes en los EE.UU. se notificó un aumento importante en los últimos años y se acompañó de cambios sustanciales en los métodos principales de suicidio, especialmente entre las mujeres. En Brasil, el estrato de jóvenes entre 15 y 24 años fue el grupo que experimentó un mayor crecimiento, tal como se observa en nuestro trabajo. Y, aunque las personas mayores tienen las tasas más altas, en números absolutos, la población joven es la que concentra la mayor cantidad de casos. En un estudio de tendencias de México, se observó que en el período 1970 a 2007 el suicidio ha crecido 275% y que se incrementa en los últimos años en el grupo de 15-29 años de edad. Datos similares fueron encontrados en Colombia, para el período 1973-1996 (9,10). Las causas de estos incrementos no se encuentran bien definidas, aunque existen trabajos que tratan de dilucidar las relaciones entre la psicopatología, el consumo de sustancias, el abuso infantil, el acoso, el uso de Internet, y el comportamiento suicida en la juventud (5,11).

A pesar de que en nuestro análisis de tendencias se observó un único grupo etario con cambios estadísticamente significativos, los cambios en las tendencias de todos los grupos resultaron con una magnitud importante, y debe tenerse en cuenta que la falta de significación estadística puede deberse a la rareza del fenómeno estudiado (pocos eventos en una población grande), fenómeno que es más marcado cuando se analizan los relativamente pocos casos según estratos de población por edad.

La desigualdad en las tasas de mortalidad por suicidio se expresa en el territorio de una manera considerable. Existe ocho veces más riesgo de muerte en el departamento más afectado respecto al de menor tasa. Se identificaron, además, que quince departamentos se encuentran por encima de la tasa provincial, pudiendo esto ser utilizado para la priorización de las localidades para desplegar acciones que atiendan la problemática. Las causas de estas diferencias no son posibles de ser analizadas en este trabajo dado el diseño descriptivo del mismo.



La OMS (12) recomienda que cualquier intervención en relación a la prevención del suicidio debería seguir estos tres ejes de acción: restricción del acceso a los medios de suicidio (como sustancias tóxicas y armas de fuego), identificación y tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales y por consumo de sustancias, mejora del acceso a los servicios de salud y la asistencia social, y cobertura responsable de las noticias sobre suicidios en los medios.

Limitaciones

Aunque hubiera sido muy importante analizar las tendencias considerando el sexo y otras variables como mecanismo o condiciones sociales de los afectados, estos datos no estuvieron disponibles al momento de la realización de este informe.

Una limitación particular en este tipo de estudios se refiere a la posibilidad de eventos de suicidio clasificados con otras causas de muerte como accidentes de transporte, a lo cual se deberían sumar otros casos mal clasificados. Si se tiene en cuenta esta posibilidad es posible que la tasa estimada sea menor a la real.

Conclusiones

La tendencia del suicidio en jóvenes se encuentra en aumento, lo que debe motivar la implementación de políticas de prevención destinadas a ese grupo poblacional.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Serfaty E, Foglia L, Masautis A, Negri G Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, argentina, 1991-2000
- (2) World Health Organization. Injury: a leading cause of the Global Burden of Disease [Internet]. Ginebra: WHO; 2000 [citado 28 nov 2006]. Disponible <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562323.pdf>
- (3) Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles (2010). Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Boletín de Vigilancia Nº 2. Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina 1988-2008. Publicación del Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación.
- (4) M. S. Reddy Suicide Incidence and Epidemiology. Indian J Psychol Med. 2010 Jul-Dec; 32(2): 77-82
- (5) Carolina de Mello-Santos, José Manuel Bertolote, Yuan-Pang Wang epidemiology of suicide in Brazil (1980 – 2000): characterization of age and gender rates of suicide Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(2):131-4
- (6) Miriam Sola Socio-demography of suicide among adolescents and young adults in argentina, 1999-2007 Rev Argent Salud Pública, 2011; 2(9):18-23
- (7) MSAL Perfil epidemiológico del suicidio: algunas aproximaciones- año 2011
- (8) Szanto K, Lenze E, Waern M, Conwell Y Research to reduce the suicide rate among older adults: methodology roadblocks and promising paradigms Psychiatr Serv. 2013; 64(6): 586-589
- (9) Borges, G., et al. "Epidemiología de la conducta suicida en México." Informe nacional sobre violencia y salud. México: Secretaría de Salud (2006): 205-236.
- (10) Gómez-Restrepo C, Rodríguez N, de Romero L, Pinilla C, López E, Díaz-Granados N, et al. Suicidio y lesiones autoinfligidas, Colombia, 1973-1996. Rev Colomb Psiquiatr. 2002;31(2): 123-36
- (11) Cash S, Bridge J Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior Curr Opin Pediatr. 2009; 21(5): 613-619 Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio (SUPRE), accedido el 16/4/2014, disponible en http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/



DATOS DE AUTOR

Sebastián Genero ^{1,2*}, Verónica E Vargas^{1, 2}, Yanina E Maza², Alberto C Palladino¹

¹ Cátedra de Atención Primaria de la Salud, Epidemiología e Informática II, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste, Moreno 1140-CP 3400, Corrientes

² Residencia de Epidemiología de la Provincia del Chaco, Jujuy 1046, CP 3500, Resistencia

* [e-mail: sebastiangenero@gmail.com](mailto:sebastiangenero@gmail.com)

¹ El presente trabajo se enmarca en el proyecto de investigación “La mortalidad general en la provincia del Chaco y su relación con los determinantes de la salud. Análisis de su distribución y tendencia en el período 1990-2015”.

Acreditado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNNE (Código 12I005).