

A VARICELA EN GALICIA: A SÚA DISTRIBUCIÓN POR IDADE

A varicela é unha enfermidade ben diferenciada clinicamente debida á infección co virus da varicela-zoster, un herpesvirus. Case que tódalas primo-infeccións producen a enfermidade, que adoita ser máis grave cando o doente é adulto (abonda cun exemplo: entre 1980 a 1998, morreron en Galicia tres persoas por varicela; e tiñan 10, 29 e 33 anos de idade).

Unha das características máis salientables da enfermidade é a súa distribución por idade, que, como se verá, está lonxe de ser homoxénea ó longo do espazo e co paso do tempo. Nembargantes, coñecer polo miúdo esta distribución ten grande importancia hoxe ó dispor dunha vacina que, aínda que en España ten unhas indicacións precisas¹, poderíase incluír no calendario de vacinacións, como ocorre xa nos Estados Unidos ou Canadá. A dita importancia radica en que, de se decidi-la inclusión no calendario, habería que empregar unha estratexia que garanta que á idade adulta non chegan máis individuos susceptibles —en vacinar ou por inefectividade vacinal— dos que chegarían sen vacinación (e máis, se a vacinación poboacional afecta á transmisión da infección²).

Mais, como quedou dito, a distribución por idade da varicela é, de seu, complexa. En principio, ó longo do mundo recoñécense dous patróns ben característicos. Nos lugares con climas temperados, a varicela é unha enfermidade infantil que adoita ocorrer ó final do inverno e principio da primavera. Deste xeito, e aínda que hai variacións entre países e mesmo no interior dun país³, pódese dicir que en Europa máis do 90% dos individuos teñen inmunidade fronte a varicela antes de chegar á adolescencia⁴.

Pola contra, nos lugares con clima tropical, hai unha maior proporción de adultos susceptibles e a estacionalidade é moito menos notoria. Por exemplo, nos anos 1997-98, en Pakistán só eran inmunes fronte a varicela o 54% dos que tiñan entre 16 e 20 anos⁵. Esta diferenza, aínda que se tentou explicar por causas medioambientais, sociais e mesmo virolóxicas, obedece a factores que permanecen descoñecidos. (Hai, para complica-las cousas, alomenos un caso singular que se afasta notablemente dos patróns descritos, o de Singapur. En poboacións pequenas, con pouca xente, a varicela preséntase en ciclos multianuais recoñecibles, mais estes ciclos tenden a suavizarse e mesmo a desaparecer completamente cando aquela acada a un tamaño grande de abondo, como en Singapur. Mais, contra o esperado en Singapur, dende 1960 a 1996 a varicela presentouse en dúas grandes epidemias. A última ocorreu en 1988 e afectou de xeito maioritario ós que tiñan de 5 a 24 anos de idade⁶).

Ademais, nos últimos anos observáronse cambios na distribución etaria da varicela dentro dun mesmo lugar. Un destes cambios observouse no Reino Unido na década dos 80, na que medrou considerablemente a incidencia de enfermidade nos que tiñan de 15 a 44 anos, aínda que logo voltou a baixar⁷. Pola contra, tamén na década dos 80, a incidencia nos que tiñan 5 a 14 anos, que era a maior ata entón, principioun a diminuír e progresivamente aumentou a incidencia dos que tiñan 0-4 anos de idade⁸. Este cambio na distribución etaria da incidencia atribúese máis que ós cambios na estrutura poboacional ou familiar, ó crecente número de nenos que acoden a garderías (a transmisibilidade da varicela, aínda que é elevada non o é de abondo para eludi-los cambios producidos no patrón de contactos entre individuos. Compárese, por exemplo, o valor de número básico de reprodución estimado en Inglaterra e Gales no período 1950-70 para a varicela, 10-12, co estimado para o sarampelo: 16-18).

A distribución por idade da varicela en Galicia

Hai varios xeitos de medi-la distribución por idade da varicela. Un deles, indirecto, son as enquisas de seroprevalencia, como a que se está a realizar en Galicia en maiores de 18 anos e da que haberá resultados nos vindeiros meses.

As enquisas que se realizaron no noso contorno indican, por exemplo, que os nenos de 6-7 anos de idade (Madrid, 1996) eran inmunes nun 85% (IC95%=80-90%)⁹. Este valor é semellante ó atopado en Cataluña, tamén en 1996, en nenos de 6 a 9 anos⁹. Nesta mesma enquisa catalana, a prevalencia de anticorpos nos que tiñan entre 10 e 14 anos de idade superaba o 90% (IC95%=89,6-94,0).

Para medi-la distribución etarea de xeito directo hai que recorrer a redes de médicos centinelas, ou, no seu defecto, aproveitar certas situacións especiais; en xeral, cando ocorre un aumento do número de casos nunha comunidade ben definida.

Por exemplo, estudia-la enfermidade nun colexio de Monforte na primavera de 1999 permitiu precisa-la incidencia nos preescolares e nos alumnos dos tres primeiros cursos de primaria: un 69 e un 31%, respectivamente.

Este predominio en preescolares observouse tamén nos primeiros cinco meses do 2000 no concello de Ourense, como se observa na táboa 1.

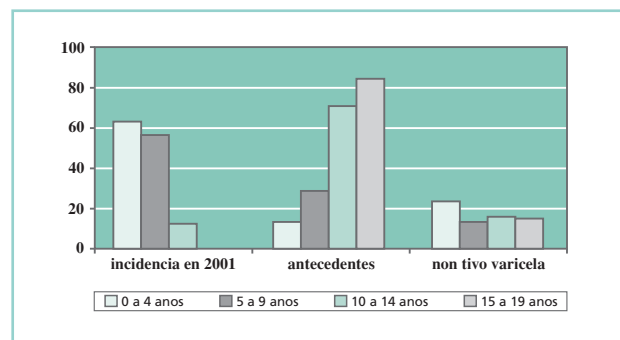
Táboa 1: Varicela no concello de Ourense

XANEIRO-MAIO, 2001		
Idade (anos)	Casos	Incidencia: por dez mil
0 a 2	128	555
3 a 5	216	858
6 a 8	76	259
9 a 11	40	120
12 a 14	8	23
15 a 17	6	12
18 a 20	1	2
>20	12	1

Ampliando esta liña de estudos, en maio de 2001, en colaboración co centro de saúde, realizouse unha enquisa entre os pais de tódolos nenos e mozos escolarizados no concello de Abegondo. Nela se preguntaba polos antecedentes de varicela: se o fillo tivo varicela no ano 2001, se a tivera nalgún ano anterior (xenericamente) ou se non recordaban que a tivese. A porcentaxe de resposta foi dun 84%, se ben a resposta foi mellor cando o alumno era muller (89 versus 80%). Por idades, foi sempre superior ó 80%, agás cando os alumnos tiñan de 14 a 17 anos (a conta dos varóns).

Na figura 1 compróbase como no grupo de 15 a 19 anos xa non houbo ningún caso en 2001 e que, neles, os antecedentes de varicela superaron o 80%. Na figura obsérvase tamén o predominio en 2001, e unha vez máis, dos máis cativos en detrimento dos que teñen entre 5 e 9 anos.

Fig. 1: Varicela en Abegondo (enquisa 2001)



Conclusión: Máis aló das diferencias dos valores da incidencia entre os estudos, debidas probablemente á extensión da exposición (que, nun período curto de incidencia elevada, é proporcionalmente maior nos lugares pequenos con máis contacto interpersoal), son constantes a concentración da enfermidade nos pre-adolescentes e o predominio da enfermidade nos que teñen menos de 4 anos, debido probablemente ós nenos en idade pre-escolar.

Hai, nembargantes, unha diferenza entre estes estudos: o risco relativo de ter menos de 5 anos de idade comparado co de ter de 5 a 9 anos. Este risco é meirande en Ourense (2,76) e menor en Abegondo (1,1). Esta diferenza pódese deber a que as distintas localidades tiñan antecedentes de varicela tamén distintos. En Ourense, aínda que con pequenas variacións bianuais, a incidencia viña menténdose relativamente constante, mentres en Monforte e Abegondo obsérvanse claros ciclos polianuais, con intervalos "inter-epidémicos" de 3 e 5 anos, respectivamente.

¹ DXSP. *Guías de Saúde Pública*. Serie I: Sec. Vacinas (Inf: 10).
² Clements et al. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001; 155: 455-61.
³ Gabutti et al. *Epidemiol Infect*. 2001; 126: 433-40.
⁴ Aebi et al. *Vaccine*. 2001; 19: 3097-103.
⁵ Akram et al. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2000; 31: 646-9.
⁶ Wharton. *Infect Dis Clin North America*. 1996; 10:571-81.
⁷ Ross et al. *Comm Dis Public Health*. 2000; 3: 213-4.
⁸ Gil et al. *An Esp Pediatr*. 1999; 50: 459-62.
⁹ Salleras et al. *Vaccine*. 2001; 19: 183-8.

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA (SAEG)

TELÉFONOS DIRECTOS	Epidemioloxía A Coruña	Epidemioloxía Lugo	Epidemioloxía Ourense	Epidemioloxía Pontevedra
Horario de oficina	981 185 834	982 294 114	988 386 339	986 805 872

EPIDEMIÓLOGO DE GARDA (fóra de horario de oficina) Tfno: 649 82 90 90

A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA
 SERVICIO DE INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE PÚBLICA. Dirección Xeral de Saúde Pública
 Edificio Administrativo San Lázaro, s/n. 15771 - SANTIAGO DE COMPOSTELA
 Telf.: 981 542 929 - Fax: 981 542 970 - E-mail: dxsp3@jet.es



Vol. XIV / 2001
Número 2

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Dirección Xeral de Saúde Pública

Data de impresión: Xaneiro de 2002



BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

A SOSPEITA DE SARAMPELO É DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA URGENTE Ó SAEG
 ➔ Febre > 38°, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite

DISTRIBUCIÓN XEOGRÁFICA E TEMPORAL DO SUICIDIO EN GALICIA (1976-98)

Introducción

Segundo estimacións da OMS, aproximadamente un millón de persoas suicidáronse no mundo ó longo do ano 2000. O suicidio atópase entre as dez primeiras causas de morte na maior parte dos países, e supón un dos principais motivos de defunción entre os 15 e os 35 anos de idade¹. O seu impacto social e psicolóxico é tamén moi importante. Como termo medio, un episodio de suicidio afecta intimamente alomenos a seis persoas, e se ten lugar nun colexio ou lugar de traballo conmove a centenas de individuos¹. Estimado o seu peso en anos de vida axustados por discapacidade (AVAD), en 1998 o suicidio foi responsable do 1,8% dos AVADs perdidos no mundo (oscilando entre o 2,3% nos países desenvolvidos e o 1,7% nos de baixos ingresos), unha cifra equivalente á das guerras e homicidios, e aproximadamente o dobre que a diabete¹. Europa, segundo os datos máis recentes da OMS, presenta unhas taxas por 10⁵ habitantes que oscilan entre 1,0 en mulleres gregas en 1996 e 73,7 en homes de Lituania en 1998. Xeograficamente, pódense diferenciar dous tipos de países no noso continente: os nórdicos, con taxas superiores a 20 por 10⁵ habitantes en homes e a 9 en mulleres, e os mediterráneos, con taxas inferiores a 12 por 10⁵ habitantes entre os homes e 5 nas mulleres².

En España produciuse un descenso nas taxas entre 1950 (5,4 por 10⁵ habitantes) e 1975 (3,9 por 10⁵), data desde a que se observa un aumento nas cifras ata finais dos anos 80; a partir de aí advírtese unha estabilización en mulleres, manténdose un lixeiro aumento en varóns. Considerando o efecto cohorte, os nados nos anos 60 e primeiros dos 70 teñen un risco de morrer por suicidio tres veces maior que o que tiveron os nados entre 1885 e 1889³.

Apreciase unha importante variabilidade nas taxas por 10⁵ habitantes entre as diferentes Comunidades Autónomas (CC.AA), sendo, en 1994, Asturias (10,80) e Galicia (9,20) as que presentan as taxas axustadas por idade máis elevadas, e Madrid (3,00) e Cantabria (3,90) as máis baixas³. As cifras de Galicia son semellantes ás doutros estudos realizados sobre anos próximos: en 1987, Carballeira et al⁴ atoparon a taxa axustada de 10,65 por 10⁵ habitantes, e segundo datos do Rexistro de Mortalidade de Galicia, esta taxa, en 1997, foi de 10,8⁷.

No referente ó método elixido para consuma-lo suicidio, foi descrita unha grande variabilidade entre países e, dentro destes, ó longo do tempo, hipoteticamente asociada ós distintos hábitos, valores culturais, características sociodemográficas, ocupación e estado mental, así como á dispoñibilidade de medios no contorno do suicida⁸⁻¹⁰.

En canto á distribución por sexos, é un feito ben coñecido que a maior proporción ocorre entre os homes, tanto en España como na maior parte dos países², incluso tras axustar por outros factores de risco de suicidio¹¹. Ademais, os varóns utilizan métodos máis violentos e definitivos, nos que o inicio, en xeral, constitúe un "punto de non retorno", como son os aforcamentos, a caída de lugar elevado ou disparo con arma de fogo. Unha excepción notable é o caso de China onde, en 1990, ocorreron o 56% dos suicidios producidos a nivel mundial en mulleres; neste país, case a cuarta parte das defuncións producidas en mulleres entre 15 e 44 anos son debidas ó suicidio¹².

Estes datos, unidos a outros moitos existentes na bibliografía, apuntan a que nos atopamos fronte a un problema sanitario e social de envergadura, de magnitude crecente e, no noso contorno, cun evidente desprazamento da idade do suicidio ata agora predominante, os anciáns, cara adultos mozos, e mesmo adolescentes.

A maior parte dos estudos descritivos e ecolóxicos sobre o suicidio céntranse nas variables de persoa e tempo e en comparacións da incidencia entre rexións, en España entre CC.AA. Mais, como fonte de hipótese e base de posibles programas de prevención, considerouse necesario introduci-lo estudo da variabilidade xeográfica no interior dunha rexión, no noso caso, Galicia.

Características xerais do suicidio en Galicia: 1976-98

Para analiza-las posibles diferencias xeográficas do suicidio en Galicia utilizáronse os datos recollidos, no período 1976-98, no Rexistro de mortalidade de Galicia (DXSP). A metodoloxía estatística empregada decríbese polo miúdo en Vidal et al.¹³

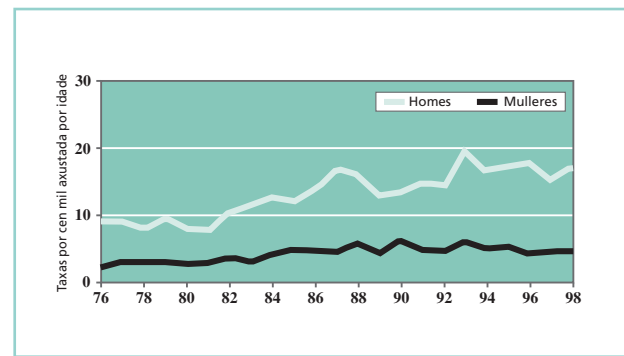
En conxunto, no período estudado consumáronse un total de 5.737 suicidios en Galicia. A tendencia da mortalidade por suicidio durante ese período é claramente ascendente, con pequenos picos interanuais, pero que sitúan as taxas axustadas ó redor do 6 por 10⁵ habitantes nos primeiros anos do estudo, e ó 10 por 10⁵ habitantes nos últimos anos. Este ascenso débese, principalmente, a un claro aumento entre os homes, xa que a evolución das taxas nas mulleres, aínda indo na mesma dirección, é moito máis suave.

SUMARIO

Distribución xeográfica e temporal do suicidio en Galicia (1976-98).

- EN BREVE...: A varicela en Galicia: a súa distribución por idade.
- ANEXOS I ó III: Situación das EDO nas cuadrisemanas 4 e 5/ 2001.
- ANEXO IV: Informe da Campaña de vacinación antigripal e antipneumocócica de 2001.
- ANEXO V: Recomendacións para previ-lo aumento de peso ó deixar de fumar.

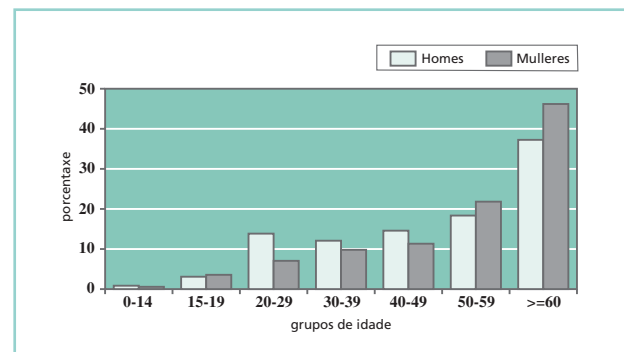
Fig. 1: Evolución do suicidio en Galicia, taxas por sexo



En canto á distribución por meses, as taxas máis elevadas obsérvanse en primavera e verán, cun pico en maio, e as máis baixas entre outubro e febreiro.

O suicidio é claramente máis incidente entre os homes, cun 73% e 4.181 casos fronte a 1.556 entre as mulleres. Case o 60% dos falecidos por suicidio tiñan 50 anos ou máis, aínda que hai que destacar unha porcentaxe importante (16%) de adolescentes e adultos mozos. A distribución porcentual por grupos de idade e sexo preséntase na figura 2, na que se pode observar que a idade dos suicidas é significativamente menor ($p < 0,001$) nos homes (media=51,5 anos) que nas mulleres (media=55,9 nos)

Fig. 2: Distribución por idade dos suicidios en cada sexo

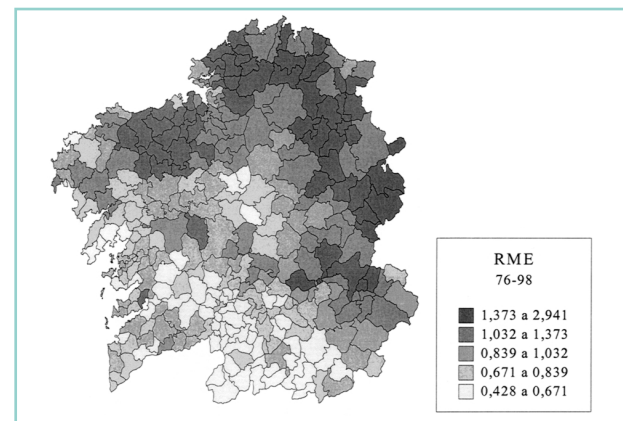


Ó analiza-la evolución temporal da mortalidade por grupos de idade e sexo pódese observar que, en homes, o maior aumento ocorre no grupo de 15 a 19 anos, onde a taxa triplicou o seu valor: pasou de 2,46 a 7,23. Nas mulleres o maior incremento, aínda que máis suave, obsérvase no grupo de 30 a 39 anos. Ademais, en conxunto a mortalidade por suicidio aumentou considerablemente nos adolescentes e adultos mozos.

Respecto ó método empregado para o suicidio, o aforcamento é o máis frecuente cun 66%, seguido, moi de lonxe, pola caída desde un lugar elevado cun 8%. O uso de arma de fogo ou explosivos é o segundo método máis empregado polos homes, en tanto que as mulleres elixen máis frecuentemente, despois do aforcamento, a caída desde un lugar elevado. En xeral, por cada muller que consuma un suicidio fano 2,69 homes. Esta razón acada o valor 32 para a inhalación de gases e vapores que non son de uso doméstico e o 20,22 para o uso de arma de fogo ou explosivos. O método que presenta unha razón home/muller máis equilibrada é o afogamento (1,06).

Ó observa-la distribución provincial chama a atención o elevado número de casos, tanto para os suicidios por aforcamento como para o total, entre residentes na provincia de Lugo, moito maior có de Ourense, de características sociodemográficas semellantes. Destaca o predomínio do aforcamento entre os máis novos cunha razón respecto ó resto dos métodos de 6,4. A razón global entre o aforcamento e os restantes métodos é de 1,89. Ó axusta-las taxas por idade, obsérvase un claro emparellamento provincial entre A Coruña e Lugo por unha banda e Ourense e Pontevedra por outra. As diferenzas entre sexos son aínda máis claras, tanto nas taxas brutas como nas axustadas.

Fig. 3a: Razón de mortalidade estandarizada



Distribución por concellos

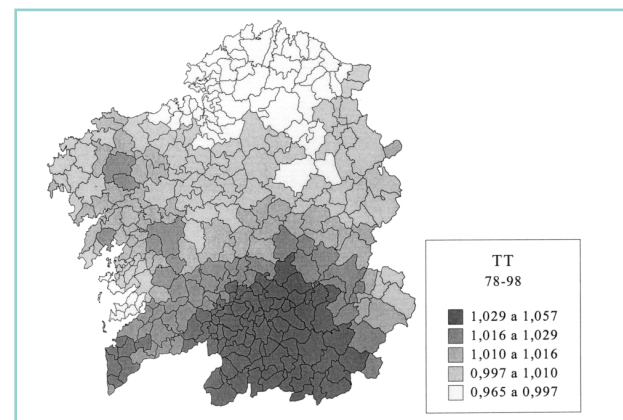
As importantes diferenzas entre provincias xustifican a análise máis detallada, a nivel municipal. Ó representar nun mapa as razóns de mortalidade estandarizadas (RMEs) suavizadas, figura 3a, pódese comprobar un claro patrón norte-sur de decrecemento, con RMEs superiores ás esperadas no norte e centro das provincias de Lugo e A Coruña e no sueste de Lugo estendéndose ós concellos do nordeste de Ourense.

Na figura 3b represéntase tamén a tendencia temporal no período de estudo. O patrón resulta inverso ó das RMEs, aparecendo unha tendencia ó descenso ou ó estancamento nos concellos do norte das provincias de Lugo e A Coruña e unha forte tendencia ó aumento no sur de Galicia, sobre todo nos concellos de Ourense.

Ó representa-lo total de suicidios por sexo non se observan diferenzas importantes no patrón da distribución con respecto á imaxe que ofrecen en conxunto. O mesmo ocorre co aforcamento que, debido ó forte peso que ten este método no número total de defuncións por suicidio.

Nembargantes, a representación xeográfica das RMEs por suicidios producidos por outro método distinto ó aforcamento ofrece unha distribución ben diferente, como se pode observar na figura 3. Neste caso o risco de mortalidade aumenta de oeste a este, presentando unhas RMEs máis variables nos concellos do norte de Lugo e A Coruña.

Fig. 3b: Tendencia temporal do suicidio



A tendencia temporal deste último grupo ten un patrón semellante ó do total de suicidios. A práctica totalidade dos concellos de Ourense e do sur de Pontevedra mostran unha tendencia ascendente, que neste caso non complementa o patrón das RMEs, aparecendo un número considerable de concellos con RMEs máis altas das esperadas e tendencia ascendente. Para este grupo de suicidios (método diferente do aforcamento), o patrón xeográfico nos homes é moi semellante ó patrón en ámbolos sexos, tanto para as RMEs como para a tendencia. Nas mulleres tamén a RME presenta unha distribución semellante, aínda que a tendencia temporal é completamente distinta. Neste caso pódense distinguir dúas zonas reducidas —norte e sur— cunha tendencia máis elevada que no resto de Galicia. Agora ben, é importante salientarse que ningún concello ten valores de tendencia superiores a 1, o que indica un descenso xeneralizado do suicidio entre as mulleres galegas mediante métodos diferentes ó aforcamento.

Comentario

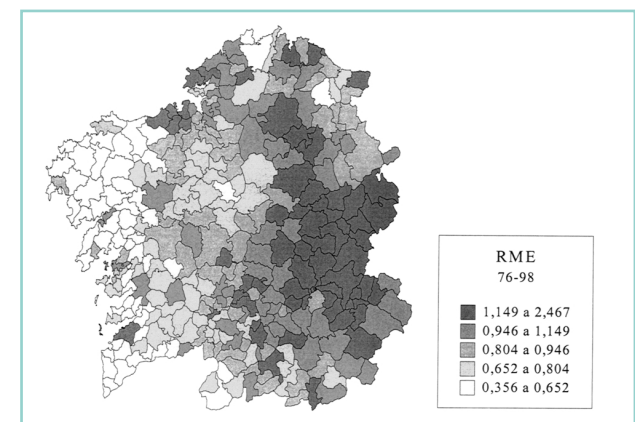
Os resultados deste estudo mostran que en Galicia a taxa global de mortalidade por suicidio duplicouse nas dúas últimas décadas, o que pon de manifesto a súa importancia crecente como problema socio-sanitario, sen que se poida descartar que parte destes cambios se deban a unha mellor codificación ou publicación das causas de morte. De feito, desde finais dos 80 o rexistro de mortalidade conta con programas de mellora de calidade entre os que se inclúe, desde 1996, o rexistro de necropsias extrahospitalarias¹⁴. (De tódolos xeitos, o suicidio é unha das causas con maior validez na declaración¹⁵, polo que non é moi susceptible de mellora con este tipo de programas).

O aumento na esperanza de vida da poboación galega é un elemento que ha de ser considerado para xustifica-lo aumento do suicidio, xa que os anciáns son o grupo de idade con maior incidencia. As modificacións experimentadas no perfil social, cultural e demográfico de Galicia poderían explica-los cambios observados. En concreto, certos factores poderían ter capacidade explicativa, como o incremento da urbanización, a disolución das redes familiares tradicionais, o consumo de drogas polos mozos (grupo no que máis crecen as taxas), cambios na percepción social do suicidio ou unha maior prevalencia de enfermidades crónicas^{1,5,15-17}.

Respecto á distribución dos suicidios por grupos de idade, os resultados do noso estudo evidencian un aumento coa idade, tanto en homes como en mulleres. Estes datos son semellantes ós encontrados no conxunto de España e en países do noso contorno^{5,8,10,15}. Pola súa banda, en Galicia, hai unha clara sobremortalidade masculina, cun patrón de crecemento na tendencia temporal máis acusado. O incremento máis pronunciado produciuse no grupo de varóns mozos e mulleres adultas mozas, datos apuntados tamén por Iglesias García nun estudo levado a cabo en Asturias¹⁸.

Os factores que contribúen ó suicidio de adolescentes e adultos mozos son variados, sendo na maior parte dos casos o resultado da combinación de máis dun: depresión, illamento emocional, perda de autoestima, desesperanza fronte ó futuro persoal e laboral, estrés emocional excesivo, problemas mentais, fantasías románticas, gusto polo perigo, abuso de drogas e alcohol e dispoñibilidade de armas de fogo e outros elementos de autodestrución^{19,20}. Repercute ademais no contorno do suicida novo: familiares, amigos, médicos e profesores cúlpanse frecuentemente por non ter reconecido sinais de alerta do suicidio. Constitúe, ademais, un recordatorio para a comunidade na que vive o suicida de que de cotío non é capaz de proporcionar un ambiente educativo e familiar saudable para que o neno medre e se desenvolva.

Fig. 4: RME. Método diferente ó aforcamento



Estudios realizados sobre a estacionalidade do suicidio coinciden en sinalar que hai unha variación estacional significativa no número de suicidios, cun pico en primavera seguido dun decrecemento ó remate do ano. A distribución mensual en Galicia no período estudado mostra un comportamento semellante, aínda que o pico se prolonga ata finais do verán. Esta estacionalidade adoita aparecer asociada sobre todo cos métodos máis violentos de suicidio, e podería correlacionarse tanto con factores climáticos como coas horas de luz, cos picos anuais de episodios depresivos e cos ritmos circanuais de serotonina²¹⁻²⁴.

O método de suicidio máis frecuente é, en ambos sexos, o aforcamento, o que concorda coa maioría dos resultados obtidos noutros estudos publicados e referidos a países do noso contorno xeográfico e cultural. En Galicia supón o 65% del total de suicidios; en España, na provincia de Zamora, o 37,2% dos suicidios ocorridos no período 1983-85²⁵, en Cataluña o 45,6% dos ocorridos no ano 1984²⁶, e en Asturias, o 50,5% dos ocorridos de 1975 a 1994¹⁸.

Nembargantes, debido a que o método de suicidio está asociado a características socioculturais e á súa accesibilidade, presenta unha importante variabilidade entre lugares e co paso do tempo. Por exemplo, en Dinamarca o método máis utilizado foi o envelenamento¹⁷; en Inglaterra, o aforcamento só pasou a se-la primeira causa en varóns anos despois de que a forza deixase de se-lo procedemento empregado para axustizar criminais, mentres que o gas doméstico, método preferido a mediados do século en ambos sexos, caeu drasticamente cando deixou de estar dispoñible nos domicilios⁸; na cidade de Nova York, onde unha parte importante da poboación habita en edificios altos, en 1984-85 case un 30% dos suicidios foron por caída dun lugar elevado, mentres no resto dos Estados Unidos só foron un 4%⁹.

Os resultados obtidos en Galicia mostran unha grande variabilidade entre concellos, e que os concellos con alta mortalidade teñen características moi diversas. Por unha banda están concellos con poboación escasa e envellecida, como Cervantes, Pedrafita do Cebreiro, Nequeira de Muñiz, Quiroga e Vilamartin, e por outro algúns moi punxantes e cun desenvolvemento industrial importante como Arteixo, Bergondo, As Pontes, Burela e Viveiro, o que non permite concluir que exista unha característica común entre eles que xustifique o patrón xeográfico. En calquera caso, obsérvase que nos cintos das grandes cidades as taxas de mortalidade por suicidio son elevadas. A baixa incidencia na zona sur de Galicia constitúe unha excepción, que podía ser debida á influencia do clima e a meteoroloxía.

As tendencias temporais parecen conducir a un equilibrio entre as diferentes zonas, aínda que en ningún caso as diferenzas son significativas. Esta compensación pode considerarse lóxica, xa que é de esperar que zonas de baixa mortalidade tendan a ver aumentadas as súas taxas, tendo en conta que estamos inmersos nun contexto xeral de incremento da mortalidade por suicidio. Unha excepción a este fenómeno é a distribución xeográfica dos suicidios en mulleres, con emprego de métodos diferentes ó aforcamento.

En resumo, e como conclusión xeral, hai que salientar que tanto pola súa magnitude, como pola súa tendencia a aumentar, e polo feito de afectar cada vez máis a persoas novas, o suicidio é hoxe en Galicia un problema socio-sanitario moi importante.

Nota: Este artigo é un resumo doutro xa citado e que foi publicado no último número de Gaceta Sanitaria¹³.

Bibliografía

- WHO (2000). Preventing suicide. A resource for general physicians.
- WHO (2000). Suicide Prevention. Global statistics, 2000.
- MSC (1999). Informe sobre la salud de los Españoles: 1998.
- Granizo JJ, et al. Age-Period-Cohort Analysis of Suicide Mortality Rates in Spain, 1959-1991. *Int J Epidemiol* 1996; 25(4): 814-20.
- Carballeira C. et al. Estudio descriptivo do suicidio en Galicia, 1987. *Gac Sanit* 1989; 15 (3): 551-9.
- DXSP (2000). Mortalidade en Galicia. 1980-1997.
- McClure GMG. Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 64-7.
- Fischer EP, et al. Characteristics of Completed Suicides: Implications of Differences Among Methods. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23(2): 91-100.
- Bille-Brahe U, Jessen G. Suicide in Denmark, 1922-1991: the choice of method. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 91-6.
- Qin P, et al. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 546-50.
- Phillips MR, et al. Suicide and social change in China. *Cult Med Psychiatry* 1999; 23(1): 25-50.
- Vidal et al. Distribución geográfica y temporal del suicidio en Galicia (1976-1998). 2001; 15 (5): 389-397
- Vázquez E, et al. Evaluación de un registro de necropsias extrahospitalarias como instrumento de mejora de la calidad de un registro de mortalidad. *Gac Sanit* 1999; 13 Sup 2: 71-126.
- Cheng ATA, et al. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 360-5.
- Whitley E, et al. Ecological study of social fragmentation, poverty and suicide. *BMJ* 1999; 319: 1034-7.
- Iglesias García C, et al. Un estudio del suicidio en Asturias: incremento de la frecuencia en las dos últimas décadas. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27(4): 217-22.
- Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el Suicidio de Adolescentes Adoptada por la 43ª AMM (1991).
- Mardomingo MJ, et al. Intentos de suicidio, trastornos psiquiátricos y acontecimientos vitales en niños y adolescentes. *Acta Pediátrica Española*, 1993; 51: 746-750, 1993.
- Aso J, et al. El suicidio consumado en Zaragoza (1988-1991). *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1993; 21(3): 65-71.
- Altamura C, et al. Seasonal and circadian rhythms in suicide in Cagliari, Italy. *J Affect Disord* 1999; 53: 77-85.
- Preti A, et al. Seasonality in suicides: the influence of suicide method, gender and age on suicide distribution. *Psychiatry Res* 1998; 81: 219-31.
- Rihmer Z, et al. Decreasing tendency of seasonality in suicide may indicate lowering rate of depressive suicides in the population. *Psychiatry Res* 1998; 81: 233-40.
- Insalud de Zamora. Mortalidad por suicidios en la provincia de Zamora. *Boletín Informativo Sanitario Provincial* 1986; 12: 1-3.
- Análisis de la Mortalidad a Catalunya 1984. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1986.