

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LOS FALLECIMIENTOS POR SUICIDIO, URUGUAY AÑO 2000

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF DEATHS BY SUICIDE, URUGUAY 2000

Prof. Dr. J.C. Vignolo
Ballesteros¹
Dra. M del C
Panpamborda²
Dra. N. Murillo³
Dra. S. Hernández⁴
Dra. C. Pérez⁵
Dra. A Méndez⁶

1. Profesor Depto. De Medicina Familiar y Comunitaria (FM-UdelaR)
2. Especialista en Salud Pública y Epidemiología.
3. Ex profesora de Medicina Preventiva y Social.
4. Magíster en Epidemiología
5. Asistente del Dpto. de Medicina Preventiva y Social.
6. Postgrado de Epidemiología (FM-UDELAR) Uruguay

Resumen

Con el objetivo de conocer las principales características epidemiológicas de la mortalidad por suicidio en el Uruguay, se realizó un estudio descriptivo. Uruguay se ubicó en el primer tercio de los países con las tasas de suicidio más elevadas del mundo, en el tercer lugar de América y en el primero de Sudamérica. Presentó para el año 2000 una tasa del 18.76 por cien mil, ocurriendo un promedio de 1.7 suicidios por día, representando la novena causa de muerte. Las tasas más elevadas se presentaron en el sexo masculino; entre divorciados/as y viudos/as y el método más usado fue el disparo por arma de fuego. Para el Departamento de Montevideo, el promedio de AVPP por suicidio fue de 28 y 29 años para el sexo femenino y masculino respectivamente, se destaca las mayores tasas en el nivel de instrucción terciaria, en desocupados y jubilados; y en niveles socioeconómicos medios o bajos. El suicidio es considerado un problema de Salud Pública.

Palabras clave: suicidios, tasa mortalidad, años de vida potencialmente perdidos

Abstract

In order to explore the main characteristics of suicide mortality in Uruguay, a descriptive study was performed. Uruguay was among the first third of the countries with

Trabajo recibido:
05 marzo 2009
Aprobado: 15 mayo 2009

the highest rates of suicide in the world, the third place among American countries and the first in South America. In 2000 the rate of suicides was 18.76 per hundred thousand, an average of 1.7 suicides per day, representing the ninth leading cause of death. The highest rates were in males, divorced or widower, citizens with a tertiary level of education, unemployed and pensioners and with medium to low socioeconomic levels. The most used method was shooting firearm with their own weapons. The average YPLL by suicide was 28 and 29 years for females and males respectively. Suicide is considered a public health problem.

Key words: suicides, rate of mortality, years of potencial life lost.

Introducción

La palabra suicidio significa sui "si mismo" cidium "matar". El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, variando sus características de acuerdo con la cultura y estructura socioeconómica. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades. Según tendencias actuales el suicidio debe ser considerado de causa multifactorial, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto al medio. El suicidio es una de las causas de defunción frecuente y como tal, plantea un grave problema de la salud pública mundial. La Organización Mundial de la Salud estima que 1.000 personas, cuando menos, se suicidan cada día y alerta sobre el incremento de las tasas de suicidios, sobre todo en la población joven. El suicidio es un acto complejo en el que se pueden identificar al menos tres elementos: ocurre un deceso, la muerte se ve ocasionada por la misma persona que muere, y es el acto intencional, es decir, la persona suicida está plenamente conciente de las consecuencias de su acto. A pesar de que la muerte por suicidios es solo la parte visible de un problema que tiene amplias conexiones sociales, psicológicas y personales, los registros habituales de suicidios tienden a subestimar el problema. El suicidio es una de las expresiones de la violencia, la autoviolencia, la cual a lo largo del tiempo se ha intentado explicar a través de las conductas y patologías individuales. Pero este es un fenómeno multifactorial que se esta produciendo actualmente en una sociedad globalizada, que deja al individuo en segundo plano, donde aumentan los sistemas de comunicación, aunque el individuo vive en soledad, favoreciendo la depresión, las fármaco dependencias y entre ellas el alcoholismo. La evolución de las muertes violentas, mostró una tendencia ascendente a partir de 1989, al igual que las componentes por suicidio.

Entre 1963 y 1989 las tasas de suicidio se ubicaron en el entorno de 10 por cien mil, pero a partir de 1989, se observó un ascenso que llegó a su ápice en 1998 con una tasa de 16,93 por cien mil (52% de aumento). Uruguay se sitúa de esta manera en el primer lugar en Sudamérica y entre los tres primeros de Latinoamérica.

Para el estudio de la mortalidad por suicidio el objetivo del trabajo fue establecer las principales características epidemiológicas del suicidio: demográficas, utilización de métodos para todo el País y para Montevideo únicamente el ambiente socio económico cultural en el que el fenómeno se presentó.

1 La autopsia medico-legal es obligatoria en ROU de acuerdo al decreto del Consejo de Higiene Público de 1881 y el Certificado de defunción los es a partir de 1942. Por ley no se puede enterrar a nadie si no tiene el certificado de defunción

Material y Método

Se realiza un estudio descriptivo del total de personas fallecidas por suicidio en el Uruguay entre el 1º de enero al 31 de diciembre de 2000. Se tomó como unidad de observación, a los certificados de defunción de las personas

fallecidas por suicidio del Ministerio de Salud Pública, a los partes policiales del Ministerio del Interior, a los oficios de la Prefectura Nacional Naval (Armada Nacional-Ministerio de Defensa Nacional) y al Libro de Actas de la Morgue Judicial¹ (Poder Judicial) los cuales fueron debidamente contrastados y en caso de existir contradicciones se recurrió al dictamen del Juez actuante. Para los fallecidos de la ciudad de Montevideo las fuentes de información además de las señaladas: fueron los familiares o allegados directos de los fallecidos (fuente primaria), Para la estimación de la población del Uruguay se utilizaron las estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad de CEPAL-CELADE-INE (1998) 1950- 2000 (1). Y para la estimación de la población por departamentos se utilizaron las proyecciones de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E. (2). Se realizó el registro de la información obtenida de las fuentes ya mencionadas. Se utilizó encuesta por entrevista estructurada realizada a los familiares y conocidos directos de los suicidas. Para la recolección de información se diseñaron tres formularios: Formulario 1: En el formulario 1 se registra la información contenida en el Certificado de defunción y contiene los datos filiatorios del fallecido, datos demográficos y método de suicidio utilizado (Esta Información es para todo el País) Formulario 2: Contiene información de los encuestados (familiares o allegados), del suicida, características socioculturales (Exclusiva para el Departamento de Montevideo). El diseño de los formularios tuvo en cuenta las características de la información requerida según los objetivos planteados y características propias de los sujetos en estudio. Se identificó en los mismos al entrevistado así como a la población objeto de estudio (razones metodológicas anteriormente señaladas así lo ameritaron) pero se destaca que se mantuvo el más absoluto anonimato. Para el análisis se utilizaron paquetes estadísticos diversos: EpiInfo 6.4, SPSS.

Resultados. URUGUAY

Uruguay presenta una tasa estandarizada ubicada en el primer tercio de Países con las tasas más altas y en el continente Americano ocupó el tercer lugar y el primero en América del Sur. La tasa de suicidio, a nivel nacional, para el año 2000 fue: 18.76 por cien mil. En la tabla 1, se observan las tasas de suicidios y la estandarización de las mismas por departamento así como, las brechas reductibles de mortalidad. Estas tasas estandarizadas presentaron diferencias marcadas entre algunos departamentos: Rocha fue el que presentó la más alta (44.51 por cien mil), que casi duplica la de San José (25.20 por cien mil), departamento que ocupó el segundo lugar. Colonia, Canelones, Lavalleja, Maldonado, Cerro Largo y Durazno presentaron tasas en el rango de 24.96 a 20.62 por cien mil. El resto de los departamentos presentaron tasas inferiores a 20 por cien mil (rango 19.52 a 5.75), siendo el Río Negro, el departamento que presentó la tasa más baja a nivel nacional. La brecha entre las tasas de Rocha y Río Negro fue de 674.09%. En Uruguay, ocurrió un promedio total de 1.7 suicidios por día, las muertes por esta causa representaron el 2% de las mismas, y constituyeron la novena causa de muerte, con una tasa mayor a la de accidentes de tránsito (6.31 por cien mil, mayor en un 59%). Al analizar la variable epidemiológica edad (Tabla 2), se destaca, la presencia de casos a partir de los 10 años. Las tasas inferiores correspondieron a los grupos de 10 a 14 y de 15 a 19 años (1.88 y 8.23 por cien mil respectivamente) y las más altas, para los grupos etáreos de 75 y más años (47.61 por cien mil, $p < 0.05$). El gráfico 2 permite observar, una distribución irregular, con picos de aumentos en las edades de 20 a 24, 35 a 39, y 50^a 54 años. A partir de los 40 años se observa un aumento creciente de las tasas (rango de 14.46 a 47.61), con un descenso en el grupo de 75 a 79 años, para luego alcanzar las tasas más altas en las edades más avanzadas (grupo de 75 y más años). Diversos estudios en Uruguay, confirman las tasas más altas encontradas en los grupos de edad mayores (3). El suicidio predomina en la séptima y octava década de

la vida (4). Si bien se puede observar que la tasa en el grupo de edad de 20 a 24 años (21.71 por cien mil) fue mayor que la tasa general (18.76 por cien mil) Robert señala el aumento de la tasa en los mayores de 75 años³. Durkheim, en 1895, señaló que el suicidio es muy raro en la infancia y que solo en la vejez llega a su apogeo, creciendo regularmente con la edad (5).

TABLA 1: Distribución de fallecidos por suicidio según Departamento. Uruguay 2000

Departamento	FA	FR (%)	TASA x 100.000	Tasa x 100000 ESTANDARIZADA	BRM	BRM (%)
ROCHA	32	5,11	44,19	44,51	38,76	674,09
SAN JOSE	25	3,99	24,15	25,20	19,45	338,26
COLONIA	31	4,95	24,72	24,96	19,21	334,09
CANELONES	116	18,53	23,51	24,65	18,90	328,70
LAVALLEJA	15	2,40	23,96	23,33	17,58	305,74
SORIANO	19	3,04	22,61	23,18	17,43	303,13
TREINTA Y TRES	11	1,76	21,33	22,75	17,00	295,65
MALDONADO	28	4,47	19,35	22,17	16,42	285,57
CERRO LARGO	18	2,88	21,01	22,02	16,27	282,96
DURAZNO	11	1,76	19,13	20,62	14,87	258,61
PAYSANDU	21	3,35	17,95	19,52	13,77	239,48
FLORIDA	13	2,08	18,98	19,25	13,50	234,78
RIVERA	17	2,72	2,72	18,43	12,68	220,52
SALTO	19	3,04	15,15	17,29	11,54	200,70
MONTEVIDEO	220	35,14	15,93	16,42	10,67	185,57
TACUAREMBO	13	2,08	14,84	15,43	9,68	168,35
ARTIGAS	10	1,60	12,84	13,75	8,00	139,13
FLORES	3	0,48	11,76	12,30	6,55	113,91
RIO NEGRO	4	0,64	7,37	5,75	0,00	0,00
Total	626	100,00	18,76	18,76		

$\chi^2: NC 95; gl = 18; \chi^2 = 293,27; p < 0,05$

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional. Para datos de población: Uruguay: Estimaciones y Proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1950-2050 I.N.E.CEPAL/CELADE (1998) Uruguay: Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E (2000)

Si observamos los grupos etáreos de 75 a 79, 80 a 84, y 85 y más años, se observa el crecimiento continuo de la tasa llegando a valores de 66.67 por cien mil en el grupo de 85 y más años. El promedio de edad fue de 50.34 años \pm 20.66, con un rango entre 13 años (mínimo), y 100 años (máximo). El gráfico 1 y 3, se muestra la distribución de las tasas de fallecidos por suicidio según sexo, donde se observa, un predominio marcado del sexo masculino. La tasa de suicidio para el sexo masculino fue de 31.44 por cien mil y para el sexo femenino de 6.81 por cien mil (78.33 inferior). Siendo la razón de: 4.35 suicidios del sexo masculino por cada uno del sexo femenino. La distribución de los casos según edad y sexo fue diferente. En el sexo masculino, excepto en el grupo de 10 a 14 años, las tasas fueron superiores a las del sexo femenino en todos los grupos etáreos. Se destaca en ambos sexos que las tasas más altas, corresponden a los grupos etáreos de 75 y más años. Se observa también como las brechas entre ambos sexos aumentan con la edad. En el sexo masculino el aumento de las tasas acompaña el aumento de la edad, destacándose picos en las edades de 20 a 24 y 35 a 39 años y un aumento pronunciado de las tasas en el grupo de 50 a 54 años, para luego descender, en el grupo de 55 a 59 años y aumentar con una distribución casi en meseta a partir de los 60 años. Si desagregamos el grupo de 75 y más años a partir de los 75 a 79 años, se produce una disminución de las tasas y de los 80 años en adelante, se observa un aumento franco de las mismas. Las diferencias entre los diferentes grupos de edad fueron estadísticamente significativas $p < 0.05$. La media de la tasa masculina fue de 50 ± 20 años, con un mínimo de 13 y un máximo de 100 años. La tasa de suicidio se duplica y cuadruplica por encima de los 65 años de edad.

TABLA 2. Distribución de fallecidos por suicidio según edad. Uruguay 2000

Edad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)	Tasa x 100.000
10-14	5	0,80	1,88
15-19	21	3,35	8,23
20-24	59	9,42	21,71
25-29	43	6,87	17,03
30-34	38	6,07	17,13
35-39	53	8,47	24,17
40-44	30	4,79	14,46
45-49	48	7,67	25,98
50-54	60	9,58	35,34
55-59	38	6,07	24,55
60-64	46	7,35	32,35
65-69	52	8,31	37,85
70-74	45	7,19	37,98
75-79	26	4,15	30,25
80-84	32	5,11	62,91
85 y más	25	3,99	66,67
Sin datos	5	0,80	-----
Total	626	100,00	18,76
*75 y más	83	13,26	47,61

$\chi^2: NC 95; gl = 13; \chi^2 = 247,81; pv < 0,05$
Media = 50.341 años +- 20.666; Min 13, Max 100

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional; Para datos de población: Uruguay: Estimaciones y Proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1959-2050 I.N.E. CEPAL/CELADE (1998) * Se agrega el grupo de 75 y más años

GRÁFICO 1. Distribución de las tasas de suicidio según edad por sexo. Uruguay - 2000

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional.

Para datos de población: Uruguay: Estimaciones y Proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1950-2050 I.N.E.CEPAL/CELADE (1998) Uruguay: Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E (2000)

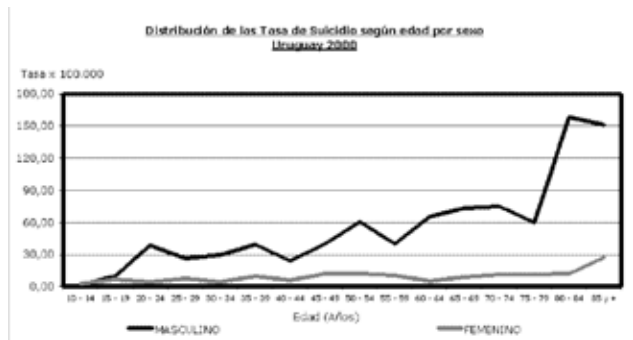


GRÁFICO 2: Distribución de fallecidos por suicidio según grupo etario, Uruguay -2000

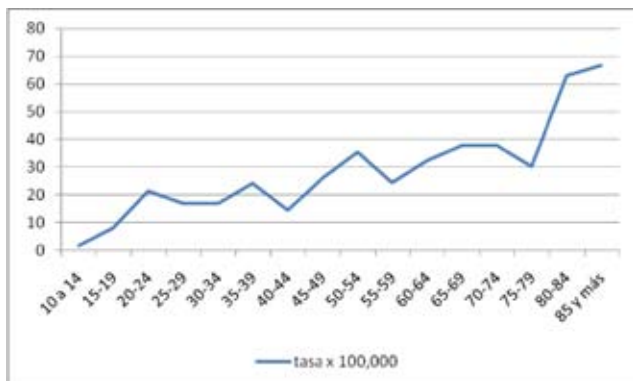
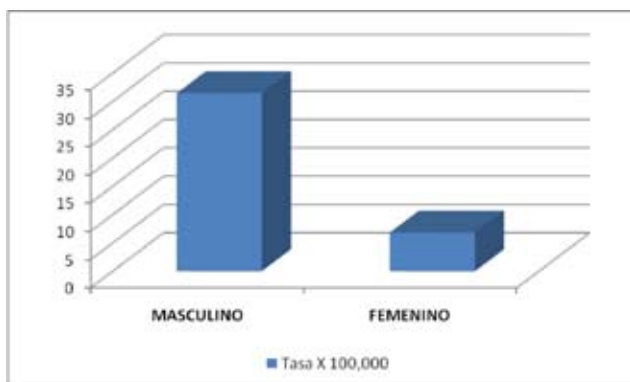


GRÁFICO 3: Distribución de fallecidos por suicidio según sexo, Uruguay -2000

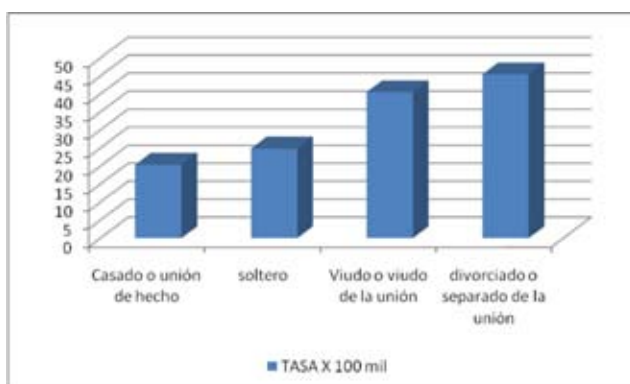


La mayor parte de los trabajos a nivel mundial confirman tasas más altas en los mayores de 65 años (6,3,4,5,7,8,9,10). En el sexo femenino, si bien las tasas aumentan levemente con la edad, luego de los 60 años, se presenta una distribución más homogénea. Las tasas

más elevadas se presentaron en los grupos de edad de 45 a 54 años (por encima de 12 por cien mil) y en grupo de 75 y más años donde se llegó a una tasa de 15.29 por cien mil. Si desagregamos este grupo se observa, un aumento marcado de 60% en los grupos etáreos de 85 y más años. La media femenina, fue de 49 ± 20 , mínimo 13 y máximo de 100. En el Uruguay se han definido discontinuidades entre los diversos grupos de edad (3). Diversos estudios refieren tasas más altas en mujeres entre los 45 a 54 años (11). Dajas en Uruguay, lo refiere en los grupos de 20 a 24 y 40 a 44 años (12), sin embargo en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edad.

Los datos obtenidos de la situación conyugal nos muestra que las tasas superiores correspondieron a las personas sin relación afectiva estable, como los divorciados o separados de la unión (45.44 por cien mil) y los viudos o viudas de la unión (40.52 por cien mil), seguidos de los solteros (24.85 por cien mil) y finalmente los casados o con unión estable que presentaron una tasa 50% inferior a las dos primeras, $p < 0.05$ (gráfico 4).

GRÁFICO 4: Distribución de fallecidos por suicidio según situación conyugal, Uruguay 2000.

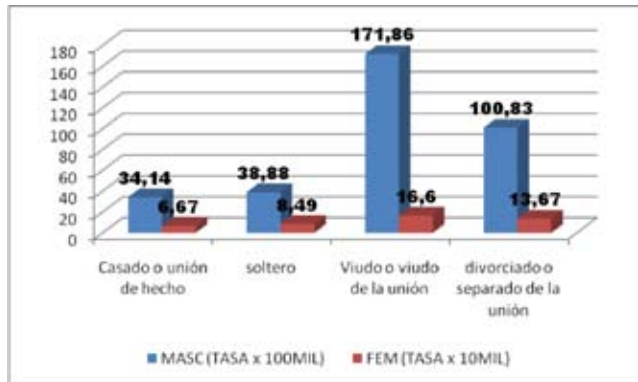


El análisis por sexo, muestra en el masculino, que las diferencias entre las tasas fueron estadísticamente significativas $p < 0.05$, alcanzando tasas de 171.86 por cien mil para viudos o viudas de la unión

y 100.83 por cien mil para divorciados o separados de la unión. Estas tasas fueron entre 2.6 y 5 veces superiores, a las de casados o con unión de hecho y a la de solteros (gráfico 5)

Las diferencias encontradas para el sexo femenino fueron estadísticamente significativas $p < 0.05$. Las viudas y divorciadas presentaron tasa entre 60% y 150% mayores que las casadas o solteras. Al igual que lo observado por Durkheim (1848-57) el estado matrimonial disminuye casi en la mitad el peligro de suicidio (5,13,14). En determinados estudios el matrimonio aparece como factor protector en hombres pero no fue significativo en mujeres (13), en nuestro trabajo fue estadísticamente significativa la diferencia en ambos sexos 15,16,17.

GRÁFICO 5: Distribución de fallecidos por suicidio según situación conyugal por sexo, Uruguay 2000

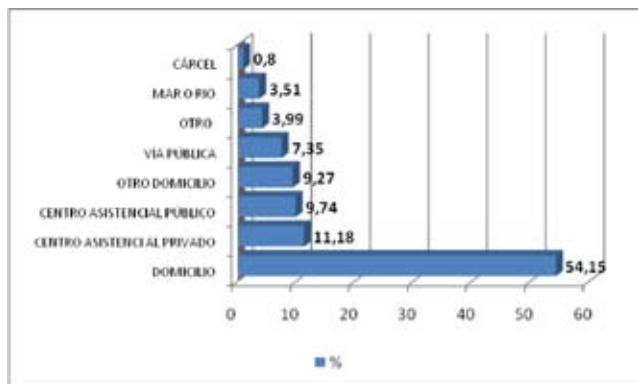


El lugar de consumación (gráfico 6) del suicidio más frecuente fue el domicilio (54.15%), seguido por Centro de Asistencia Privado (11.8%), Centro Asistencial Público (9.74%), otro domicilio (9.27%), Vía Pública (7.35%) y los otros lugares fueron inferiores al 4% (gráfico 6) La distribución de los suicidios según

estación del año muestra una ocurrencia en primavera del 27.64%, en verano 26.84%, en otoño 22.84 y en invierno 22.68%; no siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$). A diferencia de estos hallazgos Durkheim refiere la primavera como la estación del año en donde los suicidios alcanzan su máximo (18).

El análisis de la distribución de la frecuencia de suicidios según mes del año, día de la semana no arrojó diferencias significativas. En cuanto al horario del día en que estos ocurren tenemos los porcentajes más altos entre las 06:00hs a las 11:59hs, con el 28.75%, seguido por el horario vespertino y nocturno. Siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Diversos estudios realizados en Europa confirman que la mayoría de los suicidios se cometen durante el día, fundamentalmente en horas de la mañana y de la tarde.

GRÁFICO 6: Distribución de los fallecidos por suicidio según lugar de fallecimiento, Uruguay 2000



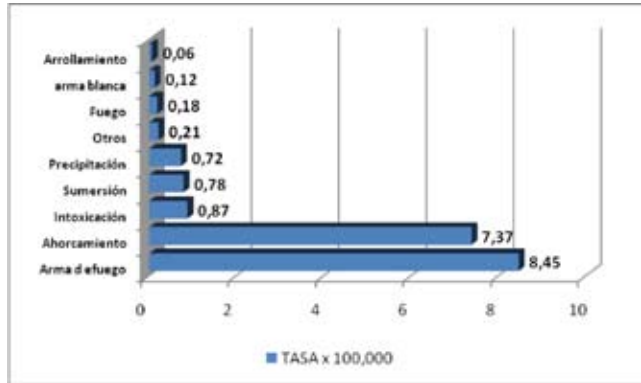
Fuente: para suicidios: encuesta de tesis; División Estadística MSP; Ministerio del Interior; Poder judicial-Morgue Judicial; armada Nacional. Para datos de población: Uruguay estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1950-2050 INE. CEPAL/CELADE (1998) Uruguay: proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 INE 2000

La distribución de suicidios según el método utilizado (gráfico 7); muestra que el método más frecuente fue el arma de fuego 8.45 x cien mil, ahorcamiento 7.37 x cien mil, le siguieron los de intoxicación 0.87 x cien mil, sumersión 0.78 x cien mil y precipitación 0.72 x cien mil. El análisis del método empleado según el sexo, muestra en que ambos las más altas tasas se registraron por arma de fuego, seguido de ahorcamiento. Mientras que el tercer puesto en el sexo masculino fue el método de

sumersión 1.05 x cien mil, y en el sexo femenino fue por intoxicación 0.81 x cien mil; siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

GRÁFICO 7: Distribución de la tasa de fallecidos por suicidio según el método empleado. Uruguay 2000

La disponibilidad de los distintos métodos repercute notablemente sobre los suicidios consumados, así se ha observado, una alta mortalidad entre las personas que compraron poco antes de morir armas de fuego. En Uruguay, en un estudio realizado en Montevideo por Puppo (19), en los trienios 1965-1967, y 1975-1977, se observó, que el método más utilizado por los suicidas fue el disparo por arma de fuego, ahorcamiento ocupó el segundo lugar y sumersión el tercero. En general puede concluirse que el método utilizado depende de las características de las comunidades y de la accesibilidad de los mismos (20, 8, 21).



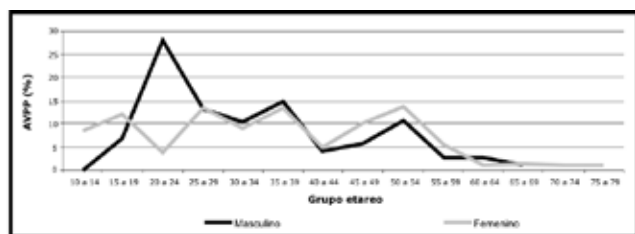
MONTEVIDEO

En el departamento de Montevideo, además de las variables señaladas en URUGUAY se realizó entrevista estructurada a familiares y allegados del suicida permitiendo estudiar las características socioeconómico-culturales.

Considerando los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) se observa (gráfico 8) que el porcentaje de años AVPP es mayor en los hombres menores de 40 años, que en las mujeres de la misma edad, con un pico importante para el grupo de 20 a 24 años (27.90%). En el sexo femenino, los AVPP representaron en el grupo de 10 a 40 años el 60.15% y en el masculino el 73.94%. En los mayores de 40 años, los AVPP representaron el 26.06% para los hombres y para el sexo femenino el 39.86%. El promedio de AVP por defunción fue de 29 años para el sexo masculino y 28 años para el femenino. En el Uruguay si se considera este indicador, los suicidios y los accidentes de tránsito, ocuparon los primeros lugares a diferencia de otros países como EEUU, que entre 1952 y 1992 constituyeron la quinta causa de AVPP8.

GRÁFICO 8: Distribución de los AVPP* de los fallecidos por suicidio, según Edad y Sexo. Montevideo, 2000

En el gráfico 8, se observa un pico importante en los AVPP en el grupo de 10 a 19 años para el sexo femenino y para el masculino de 20 a 29 años, con el 20,43% y 40, 57% respectivamente. En el grupo de 50 a 59 años



se presentó un pico con el 18,39% de los AVPP para el sexo femenino y se observa luego de los 40 que la curva femenina cruza a la masculina.

Si se estudia el nivel de instrucción entre los fallecidos se observa, (Grafico 9) que la tasa presentó cifras más elevadas, entre los de nivel de instrucción terciario (30,6 por cien mil), seguido por los sin instrucción (43% inferior) con una tasa de 21,29 por cien mil, los que tenían secundaria completa (18,56 por cien mil), 64% inferior y por los que cursaron primaria completa e incompleta con una tasa de 15,55 por cien mil (96% inferior) $p < 0,05$). En la Tabla 3, se presenta a los fallecidos que poseían nivel educativo terciario según el nivel socioeconómico y se observa que tan solo 1/3 pertenecían al nivel alto.

GRÁFICO 9: Distribución de tasas de fallecidos por suicidio según nivel de instrucción, Montevideo 2000

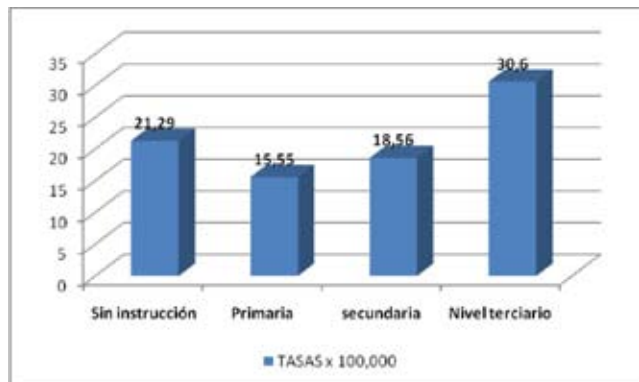


TABLA 3: Distribución de los fallecidos por suicidio de Nivel de Instrucción Terciario según Nivel Socio Económico (% de Tres y más NBI) Montevideo 2000

Nivel *socioeconómico	% de Tres y más NBI	FA	FR (%)
BAJO	10,00 y más	16	34,00
MEDIO	1,20 - 9,99	15	33,00
ALTO	0,00 - 1,19	15	33,00
Total		46	100,00

Observamos que estos hallazgos pueden ser coincidentes con lo señalado por diversos autores, en el sentido que son los factores de cambio socioeconómico, en cualquier dirección, los que contribuyen a elevar las tasas (4) y no el nivel socioeconómico en sí mismo. A su vez, la impotencia de poder desarrollarse (en la hipótesis de pertenencia a un nivel socioeconómico dado en forma estable) de acuerdo a las expectativas personales, entre los que tienen una mayor formación, por tanto, una mejor claridad para percibir el entorno y las limitaciones percibidas en la realidad empírica, y en consecuencia, en sus posibilidades de realización futura, podrían considerarse entre las probables argumentaciones explicativas de estos hallazgos. Diversos autores, entre los que destacamos a Mondragón, Soubrier, Puppo, Toma, coinciden en que la desesperanza, la depresión, la soledad, el desempleo, así como las migraciones y la falta de pertenencia a determinados grupos, constituyen importantes factores de riesgo suicida. (22,23,24).

Los desocupados presentaron una tasa de 45,7 por cien mil, 178% mayor a la de ocupados (16,4 por cien mil) ($p < 0,05$) (Grafico 10). La tasa entre pensionistas fue de 3,1 por cien mil y para jubilados de 37,5 por cien mil, las diferencias entre las tasas

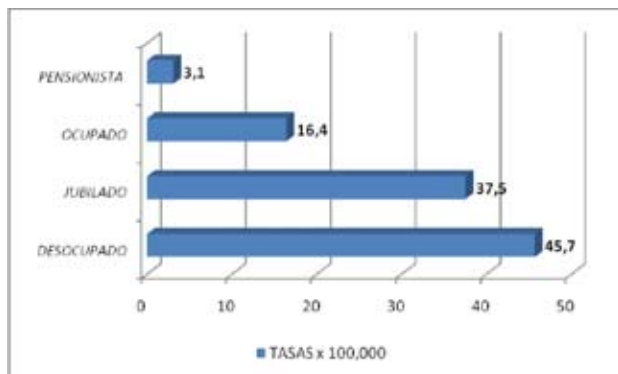
fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$) Diversos trabajos en Estados Unidos y Europa confirman estos hallazgos. (25,12,13,26,27,28,29,30). Dajas, en Uruguay, no encontró correlación entre las tasas de suicidio y las de desempleo entre 1981 y el año 2001. Nuestro trabajo de Montevideo, fue realizado exclusivamente en el año 2000, y con la constatación directa del estado de desocupación de cada fallecido, a través de sus familiares y allegados. El nivel de empleo continuó reduciéndose dicho año, con respecto al año anterior, afectado por la persistencia de la recesión económica que se inició en 1999.

Conclusiones:

El suicidio en el Uruguay constituye un problema mayor de Salud Pública. El Uruguay se encuentra situado en el primer tercio de países que presentan las tasas de mortalidad por suicidio más elevadas del mundo, y la más elevada del continente Sudamericano. El suicidio es una de las principales causas de muerte en el Uruguay (novena causa) situada delante de los accidentes de tránsito, con una tasa 6.31 puntos mayor (59%). El promedio total de suicidio por día fue de 1.7. Las características epidemiológicas presentadas por las personas que fallecieron por suicidio son: el sexo masculino, edad mayor a 70 años, de nivel socio económico medio y bajo, en divorciados y viudos, nivel terciario de instrucción, desocupados, las muertes ocurrieron mayoritariamente en el domicilio, durante el día; y el método más utilizado fue por arma de fuego.

GRÁFICO 10: Distribución de las tasas de fallecidos por suicidio, según actividad. Montevideo 2000

Recomendaciones:
 Como dijo Soubrier en 1984³¹ "hoy el suicidio no se puede considerar como un fenómeno único asociado un trastorno mental o formando parte solamente de un cambio social. Muchos factores diversos entran a formar parte en el juego de la muerte voluntaria y la autodestrucción". La conducta suicida tiene



causales multidimensionales resultantes de una compleja interacción entre factores biológicos, genéticos, psicológicos y ambientales³². Se recomienda el diseño y ejecución de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio en el Uruguay, instrumentado a nivel de la autoridad sanitaria nacional (Ministerio de Salud Pública), compuesto a nuestro entender por un equipo interdisciplinario que aborde el problema en forma integral e integrada. Entre los componentes del programa se debe poner especial atención a las intervenciones destinadas a mejorar la salud mental de la población, y las efectuadas en situaciones de crisis psicosocial, resultado importante en este sentido, una adecuada coordinación con los servicios asistenciales, que deben encontrarse especialmente preparados para tal fin fundamentalmente los profesionales del primer nivel de atención, en especial los Médicos Familiares y Comunitarios y el equipo del primer nivel.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Uruguay: estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1950-2050. Mdeo.: CEPAL/CELADEIc/dem/R.287.Serie OI No.128. 1998.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE) – Uruguay. Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996 – 2010. Montevideo. 2000.
3. Robertt P. El suicidio en el Uruguay. ISSN- 0187- 3148. 1999; (6):66-78
4. Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Rev. Mèd. Uruguay. 1990; (6): 203-15.
5. Durkheim E. El suicidio. Estudio de sociología (1897). Bs.As. Schapire Ed. 1951; 7-315
6. Paparamborda MC, Vignolo JC, González JC, Hernández S. Estudio epidemiológico del suicidio en el Uruguay en el contexto de las muertes violentas 1963-1999. Montevideo. 1999; 1-28. (Documento de circulación Interna, MSP)
7. Ghosh TB, Victor BS. Suicidio. In: Hales R., Yudofsky SC., Talbott JA., Tratado de Psiquiatría. 2ª edición, Ancora S.A. 1996; 1313-34.
8. Pfeffer C. Childhood suicidal behaviour. A development perspective. Suicide. In: The Psychiatric Clinic of North America. 1997;20(3):551-61.
9. Partanen T, Jourenkova N, elp E, Johansson M. Scand J. Work Environ Health. 1995; (21):521-522
10. World Health Organization (WHO). World health statistics annual 1994. Geneva: WHO. 1995.
11. OPS/OMS. (Health Canada). Hacia un futuro sano. Segundo informe sobre la salud de la población canadiense. Washington, DC. 2000.
12. Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV La situación epidemiológica actual. Rev. Med. del Uruguay. 2001; 17(1) 24:32.
13. OMS. Preventing suicide: a resource for general physicians. WHO / MNH / MBD / 00.1.Geneva 2000;1-18
14. Bauleo A. Contrainstitución y grupos. CEUP. 1997
15. Editorial. Suicide: Risk factors and the public health. American Journal of Public Health. 1993;83(2):171-2
16. OMS. Departamento de Salud Mental. Informe del taller sobre prevención de suicidio para países de la Región de las Américas. MNH / MBD / 99.3 f, Geneva. 2000; 1- 17.
17. Gould MS, Fisher P, Shaffer D, Flory M. Environmental characteristics of adolescent suicide completers. Presented at the Fourth Annual Meeting of the Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology. February, 1992.
18. Cruz JM. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España. Revista Panamericana de Salud Pública. ISSN 1020-4989 vers. Imp. Washington. Abr./Mayo 1999; (5):4-5.
19. Puppo H, Mesa G, Soiza A. Algunos aspectos del suicidio en Mdeo. Con particular referencia a los tóxicos. Rev. Psi. Uruguay. 1976 (241):75-83
20. OMS. Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Suicide. WHO / MNH / MND / 1993;(24) 1-44
21. Marzuk PM, Leon AC, Tardiff K . The effect to access to lethal methods of injury on suicide rates. Archives of General Psychiatry. 1992; (49):451-458.
22. Soubrier JP. Evaluation du risque suicidaire. 1999; 3-19. (Documento de circulación Interna, MSP)
23. Puppo H, Toma JA, Puppo D. Suicidio. Rev. Psiq. Uruguay. 1981; (274):159-74.
24. Mondragon L ,Saltijeral Ma, Bimbela A. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. Salud mental. 1998;20-27.

25. Sazbon C, Pérez A. Suicidio e intento de suicidio. In:Puppo H., Murguía A., Puppo D. *Psiquiatría forense*. Librería Medica. Ed.1985;157-72.
26. Appleby L, Cooper J, Amos T. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *British Journal of Psychiatry* 1999(175):168-74
27. Chynoweth R. Suicide in Brisbane: a Retrospective Psychosocial Study. *Aust. NZ J. Psychiatry*. 1980(14):37-45
28. Graham C, Burvill P W. A study of coroner's records of suicide in young people, 1986-88 in Western Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1992;(26):30-39.
29. Gunnell D, Lopatzidis A, Dorling D. Suicide and unemployment in young people. *The British Journal of Psychiatry*. 1999;(175): 263-270
30. Eyer I. Does unemployment cause the death rate peak in each business cycle? A multifactor model of death rate change. *Int.J.Health Serv*. 1997;7(4):625-51
31. Freud S. *Duelo y melancolía*. Segunda edición. Bs.As.: Amorrortu editores. 1988 (XIV): 235-55.
32. Baudelot C, Estabiet R. *La sociologie du suicide*. Recherche 1985 ;(16):12-20.