

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección General de la Salud

ESTUDIO DEL SUICIDIO EN EL U R U G U A Y

Período 1887 – 2000

y

Análisis epidemiológico del año 2000



Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Conrado Bonilla
Ministro de Salud Pública

Cr. Milton Pesce
Sub Secretario de Salud Pública

Dr. Diego Estol
Director General de la Salud

Dr. Julio Vignolo Ballesteros
Subdirector General de la Salud

Autor Principal

Dr. Julio C. Vignolo Ballesteros

Especialista en Medicina Interna (UDELAR)

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (UDELAR)

Especialista en Administración de Servicios de Salud (UDELAR)

Magíster en Epidemiología (UDELAR)

Diplomado en Economía de la Salud (CLAEH)

Profesor Adjunto del Departamento de Docencia en la Comunidad de la Facultad de Medicina (UDELAR)

Subdirector General de la Salud de DIGESA- MSP

Autores Colaboradores

Dra. María del Carmen Paparamborda

Especialista en Salud Pública (UDELAR)

Magíster en Epidemiología (UDELAR)

Ex Profesora Adjunta del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina (UDELAR)

Directora del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Departamento de Epidemiología de DIGESA - MSP

Prof. Dra. Nelly Murillo

Especialista en Salud Pública (UDELAR)

Especialista en Epidemiología (UDELAR)

Ex Profesora Grado 5 del Departamento de Medicina Preventiva y Social (UDELAR)

Directora del Departamento de Prevención y Promoción de Salud de DIGESA-MSP

Dra. Silvia Hernández

Magíster en Epidemiología (UDELAR)

Asistente Grado 2 del Instituto de Higiene (UDELAR)

Técnica del Departamento de Salud Ambiental DIGESA - MSP

Dra. Claudia Pérez

Postgrado de Epidemiología (UDELAR)

Técnica de Vigilancia Epidemiológica del Departamento de Epidemiología de DIGESA-MSP.

A mi pequeña hija.....

Giuliana Isabella

Setiembre, 2004

Agradecimientos:

A mi padre.....

Quien me acompañó y apoyó.....

En forma permanente ya sea en la entrevista mantenida con los familiares de los fallecidos.....

Aún en horas de la madrugada, una vez comunicado el acto por la comisaría respectiva.....

Y con quien discutí, reflexione y concluí en los diversos capítulos.....

De este trabajo que hoy presento.....

A mi madre:

Por su continua y sistemática ayuda en toda la parte operativa y de comunicaciones, así como por todo el tiempo insumido aún en horas de la madrugada.....

Sin su ayuda hubiese sido difícil llevar la tesis adelante.....

A mi esposa:

Por su permanente y continuo apoyo de lo trascendente.....

A la Sra. Lucía Lateulade, quien me ayudó en la ubicación de los suicidios por secciones y segmentos censales y en el registro de los mismos en los certificados de defunción del MSP; a las psicólogas Silvia Pérez, Geraldina Pezzani y Rosina Cucchi quienes me ayudaron en la búsqueda bibliográfica; al Dr. Julio Trindade por su apoyo en material bibliográfico; a la Dra. Ivettte Almendras, por su orientación y apoyo en el comentario de los resultados; a la Dra. Ana Podestá por su apoyo y reflexión acerca de los resultados y Marco Teórico; a la Dra. Marta Rodríguez por su apoyo bibliográfico; al economista Gonzalo Balseiro, por su apoyo en las pruebas estadísticas y en la discusión de las mismas; a la Sra. Iris Maresca por su permanente ayuda y orientación en la búsqueda de los certificados de defunción, en el cálculo de tasas internacionales y en la codificación de las enfermedades; al economista y demógrafo Juan José Calvo, por su conocimiento de las necesidades básicas insatisfechas y ayuda en la correspondiente utilización; a la Doctora en Demografía Histórica y Licenciada en Historia Adela Pellegrino y a la Antropóloga Wanda Cabella por sus aportes de población y defunciones en la primera mitad del siglo; al sociólogo Pedro Robertt por sus aportes en proyecciones de población departamental y nacional; a la demógrafa Ana María Damonte; al Ex Prof. Agr. Dr. Paulo Alterwain por sus aportes y reflexiones de los resultados; a la Ex Prof. Adj. Dra. Liz Caballero; a la Br. Estela Viera de la Morgue Judicial, por su ayuda en la verificación de los certificados de defunción; al Prof. Dr. Ricardo Bernardi; al Prof. Dr. Ángel Gines por sus orientaciones iniciales; al Prof. Dr. Héctor Puppo por sus aportes y reflexiones en los resultados; al Prof. Dr. Guido Berro por sus invalorable contribuciones en las fuentes de información; a los programadores y expertos en informática, Fabián Hernández, Víctor Melo, Elisa Aguerre, Fernanda Bermúdez, Berhta Colina, Valentina Elhordoy y a los suicidólogos Dres. J. P Soubrier, Sergio Pérez Barrero y José Bertolote por sus aportes y recomendaciones.

Autoridades y/o Instituciones

- Dr. Daniel Borrelli, Ministro del Interior:
- Prof. Dr. Luis Calejari, Ex Decano de la Facultad de Medicina
- Dr. Lorenzo Schiappapietra, Ex Director de la Morgue Judicial:
- A la Prefectura Nacional Naval
- A las Jefaturas de Policía y Comisarías del Interior del País
- A la Jefatura de Policía y Comisarías de Montevideo
- Al Departamento de Información a la Población del Ministerio de Salud Pública (MSP)
- Al Departamento de Epidemiología, en las personas de las Sras. Monserrat Creus y Mirtha Muñoz del MSP
- A la Dirección Nacional de Meteorología: Sr. Mario Bidegain
- Al Instituto Nacional de Estadística (INE)

RESUMEN

Con el *objetivo* de conocer las principales características epidemiológicas de la mortalidad por suicidio en el Uruguay se realizó un *estudio descriptivo* que constó de tres partes: 1. *Uruguay y Montevideo 2000*; 2. *Estudio Histórico 1887-2000*; 3. *Uruguay en el contexto internacional 1989-1996*.

La población en la primera estuvo constituida por todas las defunciones ocurridas por suicidio en el año 2000. Para el trabajo histórico se utilizaron las defunciones de la FCS¹ y del MSP² y para la tercera la información del W.H.S.A.³

Las técnicas y métodos de recolección de la información correspondieron al registro de los partes policiales, de la Morgue judicial y de los certificados de defunción del MSP y una encuesta por entrevista estructurada, realizada en Montevideo a los familiares de los fallecidos.

Uruguay se ubicó en el primer tercio de Países con las tasas más elevadas del Mundo, en el tercer lugar en América y en el primero en Sudamérica. Presentó una *tasa ascendente en el siglo XX para la tasa global y el sexo masculino* ($p < 0,05$). Las tasas más elevadas se observaron en los grupos más envejecidos y la brecha entre ambos sexos creció con el siglo. La tasa en el Interior fue mayor a la de Montevideo en el siglo XX, pero en los años en que aumentó (1934 y 2000) lo hizo a expensas de Montevideo. En los grupos de edad de 15 a 24, 25 a 34 y 35 a 44 años las muertes por *suicidio representaron la segunda, tercera y cuarta causa*. Uruguay presentó en el año 2000 una *tasa de 18,76 por cien mil*. Ocurrieron un promedio de *1,7 suicidios por día, representaron la novena causa de muerte y el 2% de todas las mismas*. Las tasas más elevadas se presentaron en *Rocha y San José* ($p < 0,05$). Las tasas fueron mayores entre *divorciados y viudos* que entre *solteros y casados* ($p < 0,05$). El lugar de consumación más frecuente fue el *domicilio y la tasa fue más elevada en el COMCAR*⁴ ($p < 0,05$). Se observó mayor frecuencia de suicidios en los *horarios matutinos y vespertinos* ($p < 0,05$). En el sexo masculino el método más utilizado fue el *disparo por arma de fuego en Montevideo y ahorcamiento en el interior* ($p < 0,05$). En el sexo femenino, el *disparo por arma de fuego predominó tanto en la capital como en el interior* ($p < 0,05$). En Montevideo, el promedio de AVPP⁵ por suicidio, fue de 28 y 29 años para el sexo femenino y masculino respectivamente. Según las variables estudiadas en Montevideo las tasas mas elevadas se presentaron en aquellos de *nivel de instrucción terciaria, en desocupados y jubilados, en administradores, empresarios, profesionales, técnicos, entre no religiosos y entre los pertenecientes a niveles socioeconómicos medios y bajos* ($p < 0,05$). Las tasas más altas se presentaron en los barrios *Cerro Norte, La Boyada, Maracaná, La Paloma, Las Torres, Rincón del Cerro y Ciudad Vieja*. El 88% de los que utilizaron *disparo por arma de fuego* fueron poseedores de las mismas. El 31% se encontraba en *tratamiento psiquiátrico actual*, de estos el 57% presentaron *trastornos depresivos* y 32% *esquizofrenia y otros trastornos psicóticos* ($p < 0,05$). Presentaron diagnóstico en el *eje II (DSMIV)*⁶ el 5% ($p < 0,05$), en el *eje III* el 33% ($p < 0,05$) y en el *eje IV* el 77% ($p < 0,05$). Los S.V.E.⁷ más frecuentes fueron los del *grupo primario de apoyo* seguido por los *problemas económicos y los laborales* ($p < 0,05$). El 37% fue consumidor de *psicofármacos*, 18% de *drogas ilegales* y 32% de *alcohol en forma excesiva* ($p < 0,05$). El 74% de los suicidios se efectuaron en el *primer intento*, 16% presentaron *antecedentes familiares de IAE* y 13% de *suicidios consumados* ($p < 0,05$) Se recomienda el *diseño de un PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN*.

SUMMARY

A descriptive study was carried out, whose objective was to know the epidemiological characteristics of suicide mortality in Uruguay. It had three parts: 1. *Uruguay 2000 and Montevideo 2000*; 2. *Historical review, 1887-2000*; 3. *Uruguay in the international context 1989-1996*. Population of the first part included all suicide deaths in the year 2000. For the historical study, deaths recorded by the School of Social Sciences and the Ministry of Health were used, and for the third on, information from the WHSA³ was used. Techniques and methods for data gathering included recording of police reports, Coroner's office and MoH death certificates, as well as a survey with structured interviews from Montevideo based on deceased relatives. Uruguay is amongst the first third of countries with the highest rates in the world, in the third place in America and in the first place in South America. It showed ascending rates in the XXth century for global rates and males ($p < 0.05$). The highest rates had been seen in the older age groups and the gap between sexes increased during the century. The rate in the countryside was higher than in Montevideo in the XXth century, but in those years when it increased, (1934 and 2000) it did so at the expense of Montevideo. In age groups 15 to 24, 25 to 34 and 35 to 44, deaths by suicide meant the second, third and fourth cause. Uruguay showed a rate of 18.76 per hundred thousand in the year 2000. There was an average of 1.7 suicides a day, which represented the ninth cause of death and 2% of all deaths. Highest rates were seen in Rocha and San José ($p < 0.05$). Rates were higher amongst divorcees and widows than amongst singles and married ($p < 0.05$). The site was most often home and the rate was higher at the COMCAR⁹ ($p < 0.05$). A higher frequency was observed during morning and evening ($p < 0.05$). The most widely used method for males was firearm in Montevideo and hanging in the rest of the country ($p < 0.05$). In females both in Montevideo and in the rest of the country, firearms were the preferred method ($p < 0.05$). In Montevideo, the average YPLL¹⁰ due to suicide was 28 and 29 for females and males respectively. According to the studied variables in Montevideo, the highest rates occurred in people with tertiary education, unemployed and retired, administrators, businessmen, professionals, technicians, people with no religious beliefs and those belonging to low- medium and low socio-economic levels ($p < 0.05$). The highest rates were seen in Cerro Norte, La Boyada, Maracaná, La Paloma, Las Torres, Rincón del Cerro y Ciudad Vieja. The 88% of those who used a firearm owned it. 31% were currently receiving psychiatric treatment, of which 57% had depressive disorders and 32% schizophrenia and other psychotic disorders ($p < 0.05$). Five percent had diagnosis in axis II (DSMIV)¹¹ ($p < 0.05$), 5% ($p < 0.05$) in axis III and 77% ($p < 0.05$) in axis IV. Most stressful life events were those of the primary support group followed by economic and labour problems ($p < 0.05$) 37% used prescription psychoactive drugs, 18% illegal drugs and 32% had an excessive alcohol consumption ($p < 0.05$). The 74% of suicides were successful upon first intent, 16% had a family history of suicide attempts and 13% had a family history of suicide ($p < 0.05$). We recommend a National Prevention Plan.

¹ Facultad de Ciencias Sociales

² Ministerio de Salud Pública

³ World Health Statistics Annual

⁴ Complejo Carcelario

⁵ Años de Vida Potencialmente Perdidos

⁶ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

⁷ Sucesos Vitales Estresantes

⁸ World Health Statistics Annual

⁹ A prison

¹⁰ Years of potential life lost

¹¹ Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders

INDICE

Página

Prólogo

Capítulo I. INTRODUCCIÓN.....12

Capítulo II. MARCO TEÓRICO.....14

1. Características Demográficas y Epidemiológicas del Uruguay y Situación de la Tasa de Mortalidad por Suicidio 14
2. Proceso Socio-económico del Uruguay 15
3. Evolución Socio-económico Cultural de la Ciudad de Montevideo 18
4. Aspectos Conceptuales..... 18
 - 4.1. Definiciones.....
 - 4.1.1. Suicidio 18
 - 4.1.2. Ideación Suicida 19
 - 4.1.3. Fantasía 20
 - 4.1.4. Proceso Suicida 21
 - 4.1.5. Notas Suicidas 21
5. Características de Morbilidad..... 21
 - 5.1. Autopsia Psicológica 21
 - 5.2. Suicidio y Enfermedades Médicas (HIV Positivo) 23
 - 5.3. Antecedentes de Intentos de Suicidio 23
 - 5.4. Intentos de Suicidio 23
 - 5.5. Sucesos Vitales Estresantes y Factores de Riesgo 25
6. Variables de Persona 26
 - 6.1. Edad 26
 - 6.1.1. Adolescentes y Jóvenes 27
 - 6.2. Sexo 28
 - 6.3. Situación Conyugal 29
 - 6.4. Ocupación 30
 - 6.5. Desocupación 30
 - 6.6. Características Socio-económicas 30
 - 6.7. Cobertura de Atención Médica 32
 - 6.8. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) 32
 - 6.9. Activos y Estructuras de Oportunidades. Estudio de las Raíces de la Vulnerabilidad Social en Uruguay 33
 - 6.10. Religión 33
7. Variables de Lugar..... 33
 - 7.1. Lugar de fallecimiento 33
 - 7.1.1. Prisión..... 34
 - 7.1.2. Procedencia Urbana – Rural 34
 - 7.1.3. Montevideo – Interior..... 35
 - 7.1.4. Regionalización 35
8. Variables de Tiempo 36
 - 8.1. Estaciones 36
9. Características del Acto Suicida 36
 - 9.1. Método 37
 - 9.1.1. Estados Unidos 37
 - 9.1.2. Inglaterra y Gales..... 38
 - 9.1.3. Finlandia 39
 - 9.1.4. Hong Kong 39
 - 9.1.5. Suecia..... 39
 - 9.1.6. Dinamarca..... 39
 - 9.1.7. Argentina 39
 - 9.1.8. México 39
 - 9.1.9. Costa Rica 39
 - 9.1.10. Otros Países 39
 - 9.1.11. Uruguay 40

Capítulo III. PROPÓSITO Y OBJETIVOS.....41

Capítulo IV. MATERIAL Y MÉTODO42

1. URUGUAY-MONTEVIDEO 2000 42
 - 1.1. Fuentes de Información 42
 - 1.1.1. Defunciones 42
 - 1.1.2. Población..... 42
 - 1.2. Métodos y Técnicas Utilizados 42
 - 1.3. Proceso de Recolección de la Información 43
 - 1.4. Instrumento de Recolección de la Información 43
2. URUGUAY 1887-2000 44
 - 2.1. Fuentes de información 44

2.1.1.	Defunciones.....	44
2.1.2.	Población	45
2.2.	Clasificación de las Causas de Defunción.....	49
2.3.	Causas Externas	46
2.3.1.	CIE 1 1908/1909	46
2.3.2.	CIE 10 1996/1997	46
3.	URUGUAY en el Contexto Internacional 1989-1994.....	46
4.	Programas Informáticos Utilizados.....	46
5.	Técnicas Estadísticas Utilizadas	46
6.	Criterio Metodológico para la División de Montevideo en 30 zonas.....	47
6.1.	Indicador de carencia básica en condiciones de vivienda.....	47
6.2.	Indicador de carencia básica en habitaciones para dormir	47
6.3.	Indicador de carencia básica en evacuación de excretas	47
6.4.	Indicador de carencia básica en carencia de agua potable	47
6.5.	Indicador de carencia básica en disponibilidad de alumbrado eléctrico	47
6.6.	Indicador de carencia en medio de calefacción	47
6.7.	Indicador de carencia básica en salud.....	48
7.	Limitaciones del Estudio	48
Capítulo V RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		49
1.	URUGUAY EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL 1989 – 1996	49
1.1.	Tasas de Suicidio Estandarizadas (Tipificación Directa).....	49
1.2.	Uruguay en el Contexto Internacional y Continental por Grupo de Edades	52
ANEXO I – TABLAS:		
URUGUAY EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL 1989 – 1996.....		55
2.	ESTUDIO HISTÓRICO 1887 - 2000	69
2.1.	Evolución de la Tasa Específica de Mortalidad por Suicidio 1887 – 2000 (113 años de Mortalidad)	69
2.1.1.	Tasa General.....	69
2.1.2.	Primer Período: 1887 – 1934	71
2.1.3.	Segundo Período: 1936 – 1988	72
2.1.4.	Tercer Período: 1989 – 2000	72
2.1.5.	Sexo y Año: Tasa Masculina y Femenina.....	73
2.1.6.	Tasa Masculina	75
2.1.7.	Tasa Femenina	76
2.1.8.	Tasas de Suicidio según Grupo de Edad en Años Censales.....	76
2.1.9.	Tasas de Suicidio según Causa de Muerte y Grupo de Edad en el Trienio 1998 – 2000	83
2.1.10.	Montevideo – Interior.....	84
2.1.11.	1892 – 1962	84
2.1.12.	1963 – 2000	85
ANEXO II – TABLAS:		
URUGUAY 1887 – 2000		91
3.	URUGUAY 2000	99
3.1.	Generalidades	99
3.2.	Variables de Persona	101
3.2.1.	Características Demográficas	101
3.2.1.1.	Edad	101
3.2.1.2.	Sexo	103
3.2.1.3.	Edad y Sexo	103
3.2.1.4.	Situación Conyugal	105
3.2.2.	Características Socio-Económico-Culturales	106
3.3.	Variables de Lugar	107
3.3.1.	Lugar de Fallecimiento	107
3.3.2.	Departamento según Sexo	108
3.3.3.	Departamento según Edad	108
3.3.4.	Regionalización	109
3.4.	Variables de Tiempo	111
3.4.1.	Secuencia Estacional	111
3.4.2.	Secuencia Mensual	111
3.4.3.	Secuencia en días de la Semana	112
3.4.4.	Secuencia Horaria	112
3.5.	Características del Acto Suicida	112
3.5.1.	Método	112
3.5.2.	Edad	113
3.5.3.	Edad y Sexo	114
3.6.	Departamento de Rocha	114
ANEXO III – TABLAS: URUGUAY 2000		117
4.	MONTEVIDEO 2000	127
4.1.	Montevideo – Interior	127
4.2.	Relación de Parentesco del Entrevistado.....	128
4.3.	Variables de Persona.....	128
4.3.1.	Características Demográficas	128

4.3.1.1.	Montevideo – Interior	128
A)	Edad	128
B)	Edad y Sexo	129
4.3.1.2.	Montevideo	131
A)	Edad	131
B)	Sexo	131
C)	Edad y Sexo	132
D)	AVPP	133
E)	Situación Conyugal	134
F)	Situación Conyugal y Sexo	135
4.3.2.	Características Socio-Económico-Culturales	138
4.3.2.1.	Nivel de Instrucción	138
4.3.2.2.	Relación de Actividad	139
4.3.2.3.	Tipo de Ocupación	140
4.3.2.4.	Cobertura de Atención Médica	141
4.3.2.5.	NBI	142
4.3.2.6.	Nivel Socioeconómico	146
4.3.2.7.	Religión	148
4.3.2.8.	Tipo de Religión	149
4.4.	Variables de Lugar	150
4.4.1.	Lugar de Fallecimiento	150
4.4.2.	Procedencia Urbano – Rural	151
4.5.	Características del Acto Suicida	153
4.5.1.	Método	153
4.5.1.1.	Montevideo – Interior.....	153
4.5.1.2.	Montevideo.....	154
A)	Sexo	154
B)	Edad	155
4.5.1.3.	Procedencia Urbano - Rural.....	156
4.5.2.	Opción en la elección	157
4.5.3.	Actos violentos Acompañantes	159
4.5.4.	Notas Suicidas	159
4.6.	Características de Morbilidad	160
4.6.1.	Tratamiento Psiquiátrico Actual	160
4.6.1.1.	EJE I DSM-IV	160
4.6.1.2.	Diagnóstico	161
4.6.1.3.	EJE II DSM-IV	162
4.6.2.	Antecedentes Personales de Tratamiento Psiquiátrico	162
4.6.2.1.	Diagnósticos.....	163
4.6.3.	Antecedentes Familiares de Tratamiento Psiquiátrico	163
4.6.4.	Consulta con Psiquiatra o Psicólogo	164
4.6.5.	Enfermedad Médicas (EJE III DSM-IV)	164
4.6.5.1.	Diagnóstico	165
4.6.6.	Sucesos Vitales Estresantes (EJE IV DSM-IV)	166
4.6.6.1.	Tipo de Suceso Vital Estresante	167
4.6.6.2.	Edad y Sexo	168
4.6.6.3.	Vivir Solo	170
4.6.7.	Consumo de Sustancias	171
4.6.7.1.	Consumo de Psicofármacos	171
4.6.7.2.	Tipo de Psicofármacos	172
4.6.7.3.	Consumo de Drogas Ilegales	172
4.6.7.4.	Tipo de Drogas Ilegales	173
4.6.8.	Diagnóstico Multiaxial en el DSM-IV	174

ANEXO IV – TABLAS:

MONTEVIDEO 2000	178
-----------------------	-----

Capítulo VI. CONCLUSIONES

1.1.	Uruguay.....	188
1.2.	Montevideo	189
1.3.	Respuesta de los Servicios de Salud	190
2.	Perfil del Suicida en el Uruguay	190
2.1.	Variable de persona.....	190
2.2.	Variables de lugar	190
2.3.	Variables de Tiempo	190
3.	Característica del Acto Suicida	191
3.1.	Morbilidad	191
4.	Respuesta de los Servicios de Salud y Sociales	191
5.	Respuesta de la Autoridad Sanitaria Nacional.....	191

Capítulo VII. CONSIDERACIONES ACERCA DEL PROBLEMA DEL SUICIDIO INSERTO EN EL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y EN LA ORGANIZACIÓN SOCIAL Y SANITARIA	192
1. Interior	193
2. Montevideo	194
3. Modelo Socio- psicopatológico explicativo del Acto y del Conducta Suicida	197
Capítulo VIII. RECOMENDACIONES	200
Capítulo IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	203
ANEXO V.....	211
1. PROGRAMAS INFORMÁTICOS UTILIZADOS	211
2. CÁLCULO DE LAS TASAS ESPECIALES	211
2.1. Tasas Ajustadas por Método Directo	211
2.2. Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP)	212
2.3. Brechas Reducibles de Mortalidad	213
2.4. Cálculo de la Razón de Masculinidad	213
2.5. Cálculo de la Razón Interior / Montevideo	213
2.6. Medidas de Tendencia Central y de Dispersión	213
2.6.1. Medida de Tendencia Central	213
2.6.2. Medida de Dispersión	213
2.7. Promedios o Medidas Móviles	214
2.8. Cálculo de la Tendencia	214
2.9. Intervalo de Confianza	214
2.10. Prueba de Hipótesis para la Diferencia entre Las Medidas de dos Poblaciones	214
2.11. Propiedades Matemáticas de la Distribución	215
2.12. Coeficiente de Correlación de Pearson	215
2.13. Inferencia	216
2.14. Diferencias Estadísticas entre las Tasas cuando son Independientes..	216
3. DIVISIÓN DE MONTEVIDEO EN 30 ZONAS – NBI.....	217

PROLOGO

El fenómeno del suicidio en Nuestro País constituye un Problema de Salud Pública incuestionable, tal cual lo demuestra este excelente trabajo realizado por el equipo de investigación liderado por el Dr. Vignolo.

En el mismo se demuestra como la tasa de mortalidad por suicidio aumenta sistemáticamente a partir de 1989 y como esta unida o atada al contexto socioeconómico y cultural imperante en el País.

Se destacan el departamento de Rocha y los barrios de Cerro Norte, La Boyada, Maracaná, La Paloma, Las Torres, Rincón del Cerro y Ciudad Vieja que presentaron tasas de mortalidad por suicidio con valores semejantes a los Países de Europa del Este.

El fenómeno del suicidio aparece ligado a las condiciones socioeconómicas deficitarias, a los desocupados y jubilados, al nivel de educación terciario, a viudos y divorciados y a los agnósticos y ateos.

Como vemos responde a una problemática multifactorial, a las características del tejido social y sus estructuras de apoyo: sociales, comunitarias, familiares y sanitarias que actuando en individuos "susceptibles" determinan la aparición de psicopatologías o en aquellos portadores de las mismas su pronta descompensación.

De la valoración y análisis de este trabajo, hemos definido la creación de una comisión intersectorial y multidisciplinaria con vistas a la perentoria elaboración de un PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

Dr. Diego Estol Gonnet
Director General de la Salud

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El **siglo XVIII** consagró el principio de la libertad política, instrumentada en los **Derechos del Hombre y del Ciudadano** (1789) y en la declaración de *Filadelfia* (1776). De acuerdo a la doctrina del iluminismo, estos derechos son innatos, inalienables, absolutos, imprescriptibles y universales.

El **siglo XIX y primera mitad del siglo XX**, aportan el concepto de libertad social, canalizada en la "**Declaración Universal de los Derechos del Hombre**" (1948). Los derechos sociales aseguraron el derecho a la educación, la cultura, la salud, el trabajo, los derechos económicos, la seguridad social y la vivienda.

La **segunda mitad del siglo XX y los comienzos del XXI** consagran la valoración del ser humano integral y por tanto el concepto de calidad de vida. Para ello, es necesario jerarquizar la dimensión social y comunitaria del ser humano, dando prioridad al conjunto de políticas sociales. El concepto de *calidad de vida* es a fines del siglo XX, lo que fueron los derechos sociales a mediados de siglo y los derechos políticos en el siglo XVIII. *Calidad de vida* incluye conductas y comportamientos, factores psicosociales, medio ambiente, capacitación técnica, referente ético, continencia familiar y redes sociales, eficacia de gestión y actualización tecnológica, integrado todo ello al desarrollo de los valores humanos.

El **concepto de salud de 1946** ("**Completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad**") ha sido sustituido gradualmente, dados los cambios demográficos y epidemiológicos ocurridos, por el concepto de campo de salud de *Lalonde* (1974) -donde aparecen gravitando en forma importante los estilos de vida y el medio ambiente- y el de promoción de salud de la carta de *Ottawa* de 1986.¹

En el **ámbito de la salud, el concepto desborda el escenario biomédico**, extendiéndose al psico-socio-cultural, el concepto de múltiples factores de riesgo permitió explicar las enfermedades no transmisibles y las muertes violentas. El concepto de *salud* tiene, en función de lo expuesto, connotaciones multicausales, según las características socioeconómicas, culturales y políticas de la población en estudio y dependen de múltiples determinantes y/o condicionantes que actúan en el proceso salud-enfermedad.^{1,2}

América Latina se ha definido como uno de los continentes con la distribución más inequitativa de la riqueza, unido a ello, el proceso de globalización no acompañado de un acelerado y adecuado proceso de integración regional y el desigual tratamiento en las condiciones del intercambio a nivel del **GATT (Acuerdo General de Tarifas y Aranceles)** primero, y de la **OMC (Organización Mundial del Comercio)** más tarde, han determinado un aumento creciente de la pobreza, desempleo, carencias de salud pública, problemas de educación, erosión de la familia, aumento de la criminalidad y de la marginalidad entre otros.

La **apertura de la economía en nuestro País a partir de 1974**, no acompañada de la inserción de la economía nacional en el mercado internacional, los procesos de liberalización del comercio y de integración económica, junto a la globalización, han acentuado en los últimos años las brechas entre los diversos estratos sociales.^{3,4}

En el **escenario latinoamericano, Uruguay** se distingue por un mejor desarrollo social que la mayoría de los países de la región, pero ha evolucionado en los últimos tiempos en la sociedad urbana -en un País con altísimos índices de urbanización- hacia escenarios de desigualdades socioeconómicas, y sanitarias de real importancia (baste considerar las diferencias entre las **NBI -Necesidades Básicas Insatisfechas-** entre Cerro Norte, Casabó o el Barrio Borro y las zonas de Pocitos, Punta Carretas o Puerto del Buceo o entre los departamentos ubicados en la franja costera y aquellos de zonas fronterizas y lo propio con los indicadores sanitarios, como por ejemplo la mortalidad infantil, hechos que se han visto reflejados en la aparición de distintas formas de expresión de violencia urbana.

A **partir de 1980**, se produce el crecimiento de los asentamientos precarios, generados en primera instancia como consecuencia de la migración del campo a la ciudad y luego, fundamentalmente a partir de 1990, por expulsión urbana del centro de *Montevideo*. Se destaca el crecimiento de los mismos fundamentalmente en la periferia de la ciudad, donde el 81% se ubican en las áreas metropolitanas^{2,5,6,7}

Uruguay prácticamente ha completado la transición demográfica y epidemiológica, situación que se traduce en una mayor prevalencia de las enfermedades no transmisibles y en el aumento de los grupos de edad mayores. Las enfermedades cardiovasculares (tasa de mortalidad de 329 por cien mil), oncológicas (221 por cien mil) y las muertes violentas (62,6 por cien mil) (suicidios, homicidios y accidentes), constituyen las tres primeras causas de muerte (1999). En este sentido nuestro país muestra características similares a la de los países desarrollados. *Uruguay* presenta, en el año 1999, una expectativa de vida de 75 años (70 para el hombre y 79 para la mujer), una tasa global de fecundidad de 2,1, una mortalidad infantil de 14,1 por mil y una tasa bruta de mortalidad general de 9,8 por mil (1999). Los accidentes de tránsito y los suicidios se encuentran entre las primeras causas de muerte en los menores de 35 años.

En **Uruguay, a partir de 1995**, surgen nuevas formas de fragmentación económica y vulnerabilidad social, que producen un aumento de la brecha entre las clases sociales y esta se refleja en la aparición de distintos tipos de violencia⁶, entre las que se destacan, la violencia autoinfligida (*suicidio*), la interpersonal (violencia familiar o de pareja, violencia comunitaria, violencia juvenil, maltrato a personas mayores y a menores, violencia sexual) y la colectiva (social, política y económica).^{8,9}

El **suicidio** es una de las expresiones de la violencia, la auto violencia, la cual a lo largo del tiempo se ha intentado explicar a través de las conductas y patologías individuales. Pero éste, es un fenómeno multifactorial que se está produciendo actualmente en una sociedad globalizada, que deja al individuo en un 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.⁹

La evolución de las muertes violentas, **mostró una tendencia ascendente a partir de 1989, al igual que el componente de las muertes por suicidio.**⁹

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 en *Latinoamérica*.^{10, 11}

La manera como se registran las defunciones por *suicidio*, varía enormemente entre los países, lo cuál hace difícil comparar las tasas entre los mismos, debido al importante subregistro que pueden presentar algunos de ellos.¹²

Entre los factores de riesgo más importantes encontrados en la literatura para la mortalidad por suicidio se señalan: la edad, sexo, factores biológicos, psiquiátricos, sociales y ambientales, así como factores vinculados con la historia personal del individuo.⁸

Los estudios efectuados a nivel internacional y nacional muestran una prevalencia de problemas mentales en personas que presentaron muertes por *suicidio* de entre 70 a 100%. En general, en las diversas autopsias psicológicas se encuentra un claro predominio de los procesos depresivos. Acontecimientos de la vida pueden actuar como factores desencadenantes: pérdida de seres queridos, depresión, conflictos laborales, desempleo, soledad, maltrato, abuso sexual en la niñez, relación de pareja inestable o soledad, aislamiento social, fácil acceso a métodos suicidas etc.⁸

En *Uruguay* se han realizado valiosos estudios por parte de destacados autores nacionales, pero a pesar de ello, no se cuenta en la actualidad con un programa preventivo a nivel de la Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud Pública).

En este contexto, se destaca a la ciudad de *Montevideo*, que alberga a casi la mitad de la población del país, donde la tasa específica de mortalidad por suicidio, si bien más baja que la del Interior, aumentó dos veces y media entre 1975 y 1996, pasó de 3,8 a 9,8 por cien mil.^{9, 13} En el interior, en cambio, los valores de esta tasa se mantuvieron en cifras similares en el periodo considerado.

La razón Interior/Montevideo pasó de 5,3/1 en 1963 a 1,5/1 en 1993¹⁴

El *suicidio* ha crecido en forma importante en *Montevideo*, quizás -según **Robertt**- debido a fenómenos de desorganización social, dados los procesos de urbanización creciente con sus efectos aparentemente anómicos.^{15, 16}

La tasa de *suicidio*, presentó una magnitud prácticamente similar a la de accidentes de tránsito en 1999.⁹

Siguiendo a *Marc Lalonde*, el proceso salud-enfermedad se encuentra influido por cuatro determinantes básicos: (1974) estilos de vida, medio ambiente, biología humana y organización de los servicios de salud.

Para el estudio de la mortalidad por suicidio es necesario establecer cuáles son las conductas, comportamientos y estilos de vida que se identifican con el *comportamiento suicida*, cuál es el ambiente socio-económico-cultural en el que se presentan, las principales patologías psiquiátricas relacionadas y desde el punto de vista de la organización de servicios de salud, cual es la respuesta de éstos frente a la presencia del problema

Por todo lo precedentemente expuesto, entendemos necesario profundizar en el estudio del fenómeno del suicidio en el Uruguay, a los efectos de contribuir a situarlo o ubicarlo en su magnitud y características epidemiológicas, como un problema de Salud Pública y consecuentemente instrumentar programas preventivos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DEL URUGUAY Y SITUACIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO

La población de la **República Oriental del Uruguay** -de acuerdo al *Censo Nacional de Población y Vivienda* realizado en el año 1996- es de 3.163.763 habitantes, de los cuales el 52% corresponden al **sexo femenino**.

Nuestro país, se encuentra en una de las últimas etapas de la transición demográfica, en consecuencia el perfil de la morbilidad se ha ido modificando debido a la transición epidemiológica que acompaña a la primera.¹⁷

En la composición por edades, se destaca la tendencia decreciente de la proporción de los menores de 14 años mientras que es creciente a la de los mayores de 65 años que representan actualmente, el 13% de la población total del país en 1996. Existe un alto grado de urbanización ya que el 91% de la población del país reside en las áreas urbanas (la tasa media anual de crecimiento intercensal se situó en 6,4 por mil habitantes para todo el país, con una marcada diferencia entre el crecimiento en las áreas urbanas que fue del 10 por mil y las rurales que presentaron un decrecimiento, con una tasa anual de 21 por mil 1996).¹⁷

Los indicadores sanitarios muestran una situación de salud similar a la de los países desarrollados, con una expectativa de vida al nacer de 75 años, y una tasa de mortalidad infantil de 14.1 por 1000 nacidos vivos. (1999) Las tres principales causas de muerte en 1999 fueron: *Enfermedades del Aparato Circulatorio* con una tasa de 329 por 100.000 habitantes, *Neoplasias* con una tasa de 221 por 100.000 habitantes y, *Accidentes y efectos adversos* cuya tasa fue de 43 por cien mil. La morbilidad está relacionada a los estilos de vida y factores de la conducta.¹⁷

Situación del suicidio

Dentro de este contexto aparece, en nuestra sociedad, al igual que en el resto del mundo, ya sea desarrollado o en vías de desarrollo, la violencia, donde las **muertes violentas** -suicidios, homicidios y accidentes- son el extremo de ese iceberg, desconocido, no estudiado, ni identificado como un problema de *Salud Pública*¹⁷ (tasa de 62 por cien mil en 1999).

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, estimó para el año 2000, que un millón de personas morirían por *suicidio*, esto representa una muerte cada 40 segundos.^{18, 19} En la mayoría de los países, el suicidio se encuentra entre las primeras diez causas de muerte (1999) y entre las tres primeras para el grupo de 15 a 35 años. Por cada suicidio se presentan aproximadamente de 10 a 20 intentos suicidas.^{12, 18, 21}

Se debe tener presente en el análisis de las tasas de *suicidio*, las diferencias de registro entre los diversos países, fundamentalmente en *América Latina*, ya que pueden condicionar diferencias artificiales en la comparación de las mismas.¹⁰ La **OMS** en el año 2000, destacó que las cifras que se presentaron por parte de los países disimulaban grandes diferencias sociales y regionales. Las tasas y las cifras que se manejan se encuentran por debajo de la realidad en muchos países, las potenciales causas varían desde aspectos de simple subregistro, religiosos, políticos y razones económicas, dependiendo del país de que se trate. Estos factores contribuyen a la distorsión de los registros de mortalidad, ya que los casos de suicidio no se registran en muchas situaciones como tales, aumentando otras causas de deceso.^{22, 23}

La **O. M. S** ha establecido el valor de la media en la tasa de suicidio de 53 países en **15,1 por cien mil para el año 1996: 24 por cien mil para el sexo masculino y 6,8 por cien mil para el femenino** (razón de masculinidad de 3,5)¹²

Se han reportado dos epidemias de suicidio en las *islas del Pacífico Sur*, una de ellas entre adolescentes varones de *Truk, Micronesia*, y la otra entre las mujeres de edad fértil de *Gainj, Nueva Guinea*. Entre 1960 y 1980 se multiplicaron por ocho las tasas de suicidio de varones micronesios, alcanzando los valores máximos entre los varones trukenses de 15 a 24 años de edad que presentaron una tasa de 200 por cien mil entre 1974 y 1983.^{24, 25} La tasa anual media de suicidio de *Gainj, Papua Nueva Guinea*, durante el período 1978-1979, alcanzó la sorprendente cifra de 1200 por cien mil entre las mujeres de 20 a 49 años; aproximadamente el 57% de todas las muertes en mujeres de este grupo de edad tuvieron al *suicidio* como causa.²⁴

Los países de *Europa del Este*, presentaron las tasas de *suicidio* más altas a nivel mundial, por encima de 30 por cien mil.¹⁰

En la *República de Irlanda* en los últimos 20 años, la proporción de *suicidios* y muertes indeterminadas se incrementó de 2.2% a 28.6% en hombres y de 2.3% a 26.9% en mujeres.²⁶

En las *Islas Malvinas* en 1993, la tasa de *suicidio* alcanzó la cifra de 100 por cien mil habitantes.²⁷

En *Estados Unidos*, el *suicidio* ocupa el noveno lugar como causa de muerte²⁸, las muertes por suicidio representaron el 1,4% del total.^{28, 29} La tasa fue de 11,2 por cien mil en 1994 similar a la tasa por muertes de *Diabetes Mellitus*. Tradicionalmente el *suicidio* ha sido más alto en los estados del oeste que en los del este.²⁸

En *México*, el promedio diario de *suicidios* pasó de 3 defunciones en 1979 a 6 en 1993.

En *Argentina*, entre el 1966 y 1993, descendió la tasa de suicidio de 9,4 por cien mil a 6,6 por cien mil, tanto para hombres como para mujeres, permaneciendo desde 1979 relativamente estable. Para los hombres, las tasas fueron más altas entre los grupos de edad avanzada, en las mujeres, descendieron, fundamentalmente en las jóvenes.²²

En *Chile*, las tasas más altas de *suicidio* se registraron en 1931, con una tendencia decreciente durante los años 40, ascendiendo en los 50 y manteniendo el crecimiento en las últimas décadas. En los años 80 la tasa era 5,59 por cien mil para todo el país, mientras que en Santiago, capital y centro metropolitano del mismo, la tasa fue más alta con 6,57 casos por cien mil.^{31, 32}

Suicidio en el Uruguay

La tasa de mortalidad por suicidio en *Uruguay*, se ubica en los últimos 30 años en una posición media a nivel mundial.^{10, 11} Las tasas de *suicidio* en *Uruguay*, son similares a las de los países desarrollados, pero en el contexto latinoamericano, nuestro país se sitúa en el segundo o tercer lugar, esta posición no ha variado desde la década del 60' -en que *Uruguay* presentó tasas superiores a 10 por cien mil.^{9, 10, 11} En un período de 25 años (1963 a 1989), la mortalidad por suicidio se mantuvo constante en 10 por cien mil, pero a partir del año 1989 se registró un ascenso que alcanzó en el año 1998 su máximo llegando a una tasa de 16 por cien mil.^{10, 33}

El análisis por sexo nos muestra que en 1999, la tasa fue de 23 por cien mil en el **sexo masculino**, y 4,9 por cien mil en el **femenino**, esta relación se mantiene en todas las edades, excepto en la franja de 10 a 14 años, donde predomina el *suicidio* en la mujer. El grupo etáreo de cifras más altas fue el de 75 años y más, a expensas fundamentalmente del **sexo masculino**. Las tasas de *suicidio* comienzan a ascender a partir de los 55 años, siendo las más altas en la tercera y cuarta edad.⁹

Un estudio realizado por **Robertt** en *Uruguay*, que abarcó el período de 1963 a 1993, mostró una estabilidad en las tasas de *suicidio*, aunque se destacaron años excepcionales de aumento y caída. Los aumentos correspondieron a períodos de crisis política y económica a comienzos de los años 70' y 80', y el descenso coincidió con momentos de importante nivel de consenso político a mitad de los años 80', correspondiendo al suicidio anómico mencionado por **Durkheim**.¹⁰

Las muertes por *suicidio* en *Uruguay*, presentaron una tasa muy similar a la registrada por accidentes de tránsito en el año 1999 (13,7 y 14,2 por cien mil respectivamente).^{9, 34, 35}

Dajas en el año 2001, refiere igualmente un incremento del *suicidio* en la década de los 90', el que se hace más notorio sobre el final de la misma, llegando a valores de 16 por cien mil en el año 1998. Contrariamente a lo observado por **Robertt**, este autor observó una marcada homogeneidad de la tasa a lo largo del siglo, aumentando sobre fines del siglo XX, con un incremento característico en hombres y mujeres jóvenes, al igual que el hombre en edades más maduras, destacándose que *Uruguay* mantiene un claro predominio en los mayores de 70 años al igual que lo que ocurre a nivel mundial.^{36, 37}

2. PROCESO SOCIO-ECONÓMICO DEL URUGUAY

Todo intento de analizar la evolución económica del *Uruguay*, requiere una selección de diversos períodos de cierta homogeneidad. Tal calificación, es difícil, sobre todo porque la finalización de un período y el comienzo de otro no siempre es del todo nítido. Sin perjuicio de ello, desarrollaremos cinco períodos en el proceso histórico nacional.³

Primer período: Constituido por el modelo de desarrollo hacia afuera, abarcó el período comprendido entre 1830 y 1914. En este se aceptó el principio de las ventajas comparativas, lo cual permitió la inserción del país en la economía mundial, especializándose de esta manera, en la producción de bienes agropecuarios. La demanda externa, se caracterizó por ser el factor dinámico de la economía, cuando la coyuntura internacional fue favorable aumentaron las exportaciones y el ingreso nacional, lo cual estimuló la actividad interna y las importaciones. La aceptación del principio de las demandas comparativas, llevó a la división internacional del trabajo, la asignación de recursos dentro de cada país se realizó de manera tal, que se buscó la máxima eficacia.³

Segundo Período: Estuvo constituido por la transición entre el modelo de desarrollo hacia afuera y el modelo de desarrollo hacia adentro, comprendido entre 1914 y 1931. Durante este período el Banco de la República al amparo de la conversión monetaria, siguió una política de expansión del crédito, lo que tuvo un fuerte impacto en la producción y en el mercado de cambios. Se siguieron paralelamente políticas distributivas y de protección industrial.³ Se destaca en este período la repercusión a nivel Nacional de la *Crisis Financiera de 1929*.

Tercer Período: El período de nacimiento, expansión y declinación del "modelo de desarrollo hacia adentro" que se ubica entre 1931 y 1974. Las políticas arancelarias, cambiarias y de crédito, estimularon la actividad manufacturera. Entre 1945 y 1954, este sector se transformó en el factor esencialmente dinámico de la economía nacional. La industria, basada en la sustitución de importaciones, creció 8,5% anual en este período. El sector agropecuario acompañó el crecimiento del sector manufacturero durante estos nueve años. La agricultura creció a una tasa anual acumulativa del 9% y la ganadería al 2% anual, todo lo cual determinó, una tasa anual acumulativa de crecimiento del 4% para el sector en su conjunto. El proceso de sustitución de importaciones que constituyó el factor dinámico de la economía en este período, se agota a mediados de la década del 50, ya que la demanda interna fue insuficiente para sostener el crecimiento del sector industrial. El sector agropecuario también dejó de crecer una vez finalizada la guerra. La consecuencia al final del período fue la inflación, el

endeudamiento, el déficit fiscal y la caída del salario real, entre otros.³ En este período se produce la *ruptura institucional de 1933 y de junio de 1973*.

Cuarto Período: El mismo se inicia en 1974, y se caracteriza por la apertura de la economía a la competencia internacional y por una nueva concepción económica basada en la reducción del Estado, eliminación del déficit fiscal, liberalización del mercado de cambios, libertad de importaciones, libertad del sistema financiero. Medidas que permitieron que las tasas de interés reflejaran el precio del capital. El sistema financiero se vincula al mercado internacional, mediante el movimiento de fondos con el exterior.^{3, 4}

Período de globalización: Los procesos de liberalización del comercio y de integración económica constituyen hoy en día, dos elementos centrales de la estrategia de crecimiento económico en la mayoría de los países. Ambos procesos, se encuentran tanto en el origen como en las consecuencias de la globalización de la economía. La globalización de la economía, se ha acentuado en los últimos años y junto con el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y de las telecomunicaciones, está originando cambios radicales en la sociedad, comparables a los que se produjeron durante la revolución industrial en el siglo XIX. La tendencia a la globalización, se manifiesta en el aumento del comercio internacional, y la libre circulación de bienes, de servicios y de capitales, en la creciente importancia de las inversiones extranjeras, en la interconexión de los mercados financieros y en el papel preponderante que asumen las empresas multinacionales, en el conjunto de la economía mundial.³⁸

Globalización, Salud Pública e Incremento de la violencia:

La globalización económica ha determinado una globalización en los aspectos epidemiológicos, a través de su influencia en el proceso salud-enfermedad. En el fin del siglo XX las poblaciones del mundo muestran los efectos de la acción del hombre sobre sus ecosistemas, en muchos casos favorables, pero en otros perjudiciales para su vida.

Se destaca el enorme desarrollo de la tecnología, métodos agrícolas intensivos, variaciones climáticas, embalses de grandes corrientes de agua, desarrollo de las comunicaciones y los transportes, grandes contaminaciones ambientales, crecimiento demográfico urbano, cambios en los estilos de vida. En lo relativo a hábitos alimentarios, se observa en el exceso de peso y la obesidad, debido a la mayor disponibilidad y reducción de precios de productos de bajo contenido nutricional que se asocia a su vez a desnutrición, consumo de alcohol, drogas y aumento de la incidencia del VIH/SIDA, bioterrorismo, grandes movimientos turísticos, desplazamiento de poblaciones y refugiados, diseminación de conocimientos, productos y servicios.³⁹

Como consecuencia del movimiento e intercambio cada vez más rápido de bienes, servicios y personas, la globalización ha desdibujado las fronteras políticas entre los estados. Ello ha conducido, por un lado, a la ampliación del comercio internacional, acompañada de una mayor demanda de producción económica, que a su vez ha creado millones de puestos de trabajo y elevados niveles de vida en algunos países, pero que en otros ha aumentado las desigualdades, ha contribuido a destruir la cohesión social y ha aumentado la brecha entre ricos y pobres, con el consecuente incremento de la violencia en todas sus expresiones.³⁹

Los hogares indigentes en Uruguay llegan al 1%, siendo la afectación del 2% de la población (habitantes). La población ubicada por debajo de la línea de pobreza llegó al 24% y si consideramos a los menores de 6 años esta proporción fue del 46% (2002).

La **Dra. Harlem Brundtland** hace referencia a que *"La salud pública ha logrado algunos éxitos notables en las últimas décadas, sobre todo en lo tocante a reducir la frecuencia de muchas enfermedades de la infancia. Sin embargo, salvar a nuestros niños de estas enfermedades para que caigan víctimas de la violencia, o para perderlos mas adelante a manos de sus parejas, por la ferocidad de las guerras y los conflictos o por lesiones autoinfligidas o víctimas del suicidio, sería el fracaso de la salud pública. La salud pública no ofrece todas las respuestas a este problema complejo de la violencia, pero estamos decididos a desempeñar nuestro papel en su prevención a escala mundial "*

Las más variadas fuentes han destacado la magnitud y profundidad de los problemas que sacuden a América Latina y el Caribe en el campo social, y los riesgos que suponen. Entre ellos se destacan el aumento de la pobreza, el desempleo, las carencias de la salud pública, los problemas de educación, la erosión de la familia, el aumento de la criminalidad y la marginalidad y la violencia.⁴⁰

Aunque la violencia ha sido objeto de numerosos estudios, desde el punto de vista de diversas disciplinas, su abordaje como problema de salud pública es relativamente reciente.⁴¹

La violencia puede y debe ser tratada, no solamente porque produce lesiones y defunciones (homicidios, accidentes y suicidios), sino por su influencia, en el deterioro del entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación que hoy se denomina "capital social ". Varios estudios demuestran, que no necesariamente las sociedades más ricas son las que tienen mejores niveles de salud, sino las que son más equitativas, es decir, las que también poseen alta cohesión social, brindan igualdad de oportunidades y poseen una fuerte vida comunitaria.^{41, 42}

Cada año mueren más de 1,6 millones de personas, como consecuencia de la violencia auto infligido, interpersonal o colectivo. En conjunto la violencia, es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 14 a 44 años. A pesar de que la misma siempre ha estado presente, el mundo no tiene porque aceptarla como una parte inevitable de la condición humana. Desde los años 80, el campo de la *salud pública*, ha pasado a ser un recurso valioso como respuesta a la violencia.³⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o grupo o comunidad, que cause o tenga muchas

probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La definición usada, vincula la intención, con la ejecución del acto mismo, independientemente de las consecuencias que lo producen, se excluyen los incidentes no intencionales, como son la mayor parte de accidentes de tráfico, y las quemaduras.

Destacamos que dentro del concepto de las muertes violentas, hemos incluido a pesar de la última definición de la OMS, a los accidentes de tránsito.³⁹

Para **Barradas**, violencia, es el resultado de la agresividad humana, que se manifiesta en las relaciones interpersonales o autodirigidas, empleando la energía con el propósito de causar daño. Se puede caracterizar como una fuerza impuesta, al servicio de determinados intereses.

Con fines epidemiológicos, se ha utilizado la siguiente definición de violencia: "violencia es el uso intencional de fuerza física, dirigida contra el propio agresor o contra terceros, provocando lesión o muerte".⁴³

Furlan en 1999, define la violencia, como una patología de la agresividad. Por lo general, el tema de la violencia, no es de fácil resolución, pues convergen en él, distintas áreas, psicológica, social y judicial. Los familiares de los pacientes violentos piden ayuda, en la medida que la agresividad lo requiere, que por lo general depende de cuánto soporta o puede soportar el otro. Esta consulta, es hecha por lo general sin la presencia del "victimario". Es importante en estas situaciones, tener en cuenta tanto al paciente como el contexto en el cual se desata la violencia.⁴⁴ La agresividad, es una forma de afrontar los conflictos y problemas, según la teoría del comportamiento.

La teoría psicoanalítica, define la agresividad, como una proyección del instinto de muerte, que nace de diferentes modelos psicodinámicos de agresividad.

Últimamente, la biología explica la agresividad relacionada con la disminución de ácido hidroxindol acético (HIAA) en el líquido cefalorraquídeo, donde la serotonina, juega un rol importante en el suicidio. Es importante, sin embargo, ver el contexto en que se da el acto violento, ya que puede ser la forma que encuentre el individuo para comunicar una crisis. Muchas veces, puede ser la respuesta a eventos adversos.⁴⁴

En la medida en que el problema de la violencia ha ido aumentando, también lo ha hecho la conciencia de su impacto en diversas áreas de la vida social, en especial en el área de la salud. La violencia, ante todo, tiene un impacto decisivo en las condiciones de vida de las personas, máxime porque atenta contra su integridad física y su supervivencia, al tiempo que deteriora la calidad de vida y a la larga erosiona las redes básicas de interacción social, que sustentan el desarrollo de una comunidad. La definición de violencia se refiere al "uso o amenaza de uso de la fuerza física, con la intención de hacer daño a otro o hacerse daño".^{34, 48}

La violencia urbana, sería aquella ejercida en el marco de las relaciones y dinámicas mediatizadas por la convivencia urbana, cuyas expresiones más frecuentes son, el robo a mano armada, las amenazas, las agresiones, los golpes, los secuestros, el homicidio, los accidentes y el suicidio.^{45, 46}

Entre los factores que se encontraron en diversos estudios para el aumento de la violencia se destacan: El debilitamiento de la familia, la clásica estructura familiar se ha transformado, la fragilidad del sistema educativo, el desempleo, y la transformación de las condiciones de trabajo. La década de fines del 90', tiene muchas menos capacidad de organizar la vida de los jóvenes que las anteriores.^{47, 48}

Los homicidios, son la consecuencia más evidente de la *violencia*, pero antes de llegar a él existen otras formas de violencia, que dejan invalideces y aumentan la demanda de servicios en forma importante; un estudio llevado a cabo en Medellín, la sitúa como segunda causa de demanda de servicios y rehabilitación. Entre las causas de la *violencia* se reconocen: la desorganización social, la pérdida del respeto por las normas de comportamiento y la convivencia, y el debilitamiento del Estado; se destacan también problemas económicos, políticos y sociales. No solo la pobreza genera *violencia*, sino el colapso del Estado cuando pierde su rol rector.⁴⁹

La *violencia* se está convirtiendo en un problema serio de salud pública en la región de las Américas, en la cuál se registraron, en 1999, 456.000 muertes debidas a *actos de violencia*, lo que representa un promedio de 1.250 muertes diarias.

En *Canadá* y en *EEUU*, las muertes violentas, han aumentado en los últimos años, donde las tasas de muertes violentas han comenzado a afectar la tasa de mortalidad general⁴⁹.

En un estudio ecológico realizado en *Londres* en 1991, se estudió la relación entre violencia, homicidio, densidad de población, pobreza y suicidio.³⁶ Los homicidios y los suicidios no estuvieron distribuidos homogéneamente en el país, esto se debió en parte a las condiciones locales de cada distrito.^{50,51,52,53,54,55}

La tasa de homicidio fue de 14,3 por cien mil, la de *suicidio* de 4, 4 por cien mil y la de violencia interpersonal de 6,6 por cien mil. Las tasas mas altas se vieron, en zonas de alta densidad de población, y en zonas de pobreza. El autor, encontró correlación entre la violencia ($r = 0,85$), homicidio ($r = 0,81$), densidad de población ($R = 0,80$) y suicidio.³⁶

Según el trabajo citado, se demuestra un mal acceso a los servicios asistenciales y falta de programas preventivos.^{50,}

3. EVOLUCION SOCIO-ECONÓMICO CULTURAL DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO

La ciudad de *Montevideo*, es la capital de la República Oriental del *Uruguay*, se encuentra situada al sur del país, en el departamento que lleva el mismo nombre. Este tiene una superficie de 539 km² (el 0,3% del territorio nacional).

La ciudad presenta una superficie de 184 km², sus características geográficas son de penillanura, con dos zonas pedregosas: el *Cerro de Montevideo* y el *Cerrito de la Victoria*. La zona sur, se encuentra recorrida por kilómetros de costa al Río de la Plata.

La población es de 1.378.707 habitantes (el 42% de la población nacional). Se encuentra dividida en barrios, sin límites precisos, que se identifican por su edificación y por las características socioeconómicas de la población.

Montevideo, puede ser dividido en tres tiempos, como una forma de visualizar las transformaciones socio-económico-culturales que ha sufrido en el devenir del siglo XX y comienzos del XXI ^{57, 58}.

En el primer tiempo se considera a la ciudad hacia la década de 1930 del siglo XX, constituida por una sociedad integrada, según el historiador Caetano: *"fueron en verdad, múltiples los escenarios en los que esta obsesión integradora alcanzó un máximo despliegue, tal vez por la política desarrollada desde el Estado, principalmente desde los partidos y la educación, los que se constituyeron en los principales vehículos de la integración lo que de paso vino a confirmar – sin pretensiones de peculiaridad- la continuidad de perfiles de larga duración en la sociedad uruguaya"*. ^{57, 58} La interrelación social de profesionales y empresarios, actuando con asalariados de diverso rango, el desarrollo de viviendas confortables, la vida urbana que se enriquece con la existencia de pequeñas industrias, comercios y talleres, fueron elementos que caracterizaron a la época. La escuela pública constituyó el gran instrumento integrador, a la vez, que la enseñanza el vehículo que permitió la movilidad social vertical. ⁵⁷

El segundo tiempo, que comprende a las tres últimas décadas del siglo XX, está caracterizado por transformaciones internas y condicionantes externas que dibujan un panorama sociocultural donde la desocupación abierta, la precariedad laboral y la emigración de población calificada, coadyuvan a la desagregación del tejido social.

La forma más clara que asume este fenómeno, es la destrucción del carácter de ciertos bienes, como por ejemplo, la seguridad ciudadana y el distanciamiento físico, material y simbólico entre los diferentes estratos socioeconómicos de la población.

Es en los grandes centros urbanos, donde la fragmentación social muestra mayores avances: *"La estructura social de los barrios de Montevideo, tiende a una progresiva homogeneidad interna -esto es a que los niveles socioeconómicos y los portafolios de activos de los hogares que residen en un mismo vecindario sean cada vez más similares- y a una heterogeneidad externa frente a los otros barrios"*. Los estratos sociales de ingresos medios y altos, se amurallan en barrios privados, cuyos equipamientos sofisticados los hacen cada vez más autosuficientes o de lo contrario optan por el enrejamiento. En cambio, los niveles socio-económicos bajos, ensayan estrategias de supervivencia como los asentamientos marginales y núcleos básicos evolutivos, entre otros. ^{57, 59}

El tercer tiempo, corresponde a la reorganización de las sociedades en el proceso de la economía global. ^{57, 60}

Montevideo crece, hacia la periferia, en lo que se ha dado en llamar "cinturón metropolitano", a la vez, que zonas urbanas decrecen notoriamente en su población, con el mantenimiento de todos los servicios (dos ejemplos claros de ello son los barrios de la ciudad vieja y la aguada). ⁵⁷

Estudios de la **CEPAL**, sobre las raíces de la vulnerabilidad social en el *Uruguay*, muestran la abismal heterogeneidad socioeconómica y cultural, entre los barrios de la ciudad de *Montevideo*, desde un porcentaje de población propietaria de la vivienda y el terreno, de un 23% en Casabó y Pajas Blancas, a un 82% en Punta Gorda; desde un 10% de propietarios de vehículos en Casavalle, a un 80% en Carrasco; desde un promedio de años de estudio de 6 años en Casavalle, a 12 años en el barrio de Carrasco, desde un porcentaje de población masculina que no estudia, no trabaja ni busca trabajo de un 26% en Paso de la Arena, a un 5% en el Centro. La mortalidad infantil, también muestra enormes diferencias de acuerdo al barrio de *Montevideo* que consideremos, por ejemplo, en los de Manga, Toledo Chico, Casavalle, Piedras Blancas, Punta de Rieles, Bella Italia y las Acacias fue de 17,4 por mil y, en los de Pocitos, Punta Carretas, Parque Rodó, Cordón, Tres Cruces, Parque Batlle y Villa Dolores fue de 6,8 por mil. ⁶¹ Todos estos indicadores muestran la disgregación del entramado social y su consecuente falta de igualdad de oportunidades. ⁶²

4. ASPECTOS CONCEPTUALES

4.1. DEFINICIONES

4.1.1. Suicidio

Desde el punto de vista etimológico, la palabra **"suicidio"** proviene del latín, está formado por el prefijo **"sui"** que significa: *de sí mismo*, y por el sufijo **"cidium"** que proviene de **"caedere"** y quiere decir *"matar"*. Así quedaría definido el **suicidio** como *la muerte de un individuo ejecutada por él mismo o la acción de quitarse la vida voluntariamente*.

El término **suicidio** fue acuñado en 1737 por el **Abate Desfontaines**, quien lo definió como **"la muerte de sí mismo"**. ⁶³

Al decir de **Ruiz Maya**, es el "asesinato de sí mismo", comprende toda autoagresión fatal cualquiera sea el estado de conciencia del agente.⁶⁴

Para **Regules & Ramírez** el *suicidio* es un acto voluntario contra la propia vida, que interesa técnicamente a distintas disciplinas, ya sean médicas, jurídicas, sociales, psicológicas o filosóficas.¹⁵

Henri Ey, define el *suicidio* como la *más frecuente reacción antisocial de la patología mental*. Es por ello que en psiquiatría, se habla con frecuencia de las "ideas de suicidio". Pero estas "ideas" son la expresión de un trastorno instintivo afectivo muy profundo, en donde se imbrican la angustia y el delirio.⁶⁵

"El *suicidio* puede ser definido como un continuo que parte de la ideación suicida, pasa por el intento de quitarse la vida y llega al suicidio consumado".²⁷

Para la **Real Academia Española**, el *suicidio* es la "acción y efecto de suicidarse", que significa "quitarse violenta y voluntariamente la vida".^{66, 67}

Durkheim, define el suicidio de esta manera: "se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado. La tentativa, es ese mismo acto, pero interrumpido, antes de que sobrevenga la muerte".⁶⁸

4.1.2. Ideación Suicida

La noción de *idea*, se puede definir como unidad visible en la multiplicidad, tiene, con referencia a la multiplicidad misma, un carácter privilegiado, por el cual es a menudo como la esencia o la sustancia de lo múltiple y a veces, como su ideal o su modelo.

En un segundo significado, el término indica cualquier objeto de pensamiento. En este sentido, **Descartes** entiende por *idea*, "la forma de un pensamiento, por cuya inmediata percepción tengo conocimiento de este pensamiento." La *idea* expresa el carácter fundamental del pensamiento por el cual es inmediatamente conocedor de sí mismo. Según **Descartes**, toda *idea* tiene primero una realidad como acto del pensamiento y ésta es subjetiva; en segundo lugar tiene también una realidad objetiva ya que representa un objeto. Así la lógica de **Port-Royal** entiende por *idea* "todo lo que está en nuestro espíritu cuando podemos decir con verdad que concebimos una cosa, cualquiera que sea la manera de concebirla".⁶⁹

La *intención suicida*, hace a la condición humana, por lo tanto, es universal; ésta sería la forma que tiene cada individuo de aceptar la muerte, convirtiéndola en algo que él mismo administra.⁷⁰

Esta intención sería una consecuencia, de querer saber qué es la muerte. La *idea suicida*, surge como tal cuando una persona habla, escribe o piensa sobre *suicidio*, sin intención o deseo conciente de consumir el acto.⁷¹

El *suicidio*, se puede vivir en tres categorías: *suicidio consumado*, *intento suicida* e ideación suicida. La *ideación suicida*, es un importante predictor del *intento suicida*, y del *suicidio consumado*. La *ideación suicida*, es un síntoma que refleja un conflicto interno, relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas y alcohol.⁷²

En 1986 el **Instituto Mexicano de Psiquiatría**, abordó la problemática de la *ideación suicida* en relación con la desesperanza, el abuso de alcohol y drogas, sexo, ocupación y situación conyugal, en los pacientes de los tres niveles de dicho hospital: Hospitalización, urgencias y consulta externa: Se realizó un estudio caso control de julio a septiembre de 1986, aplicando tanto a los casos como a los controles, la escala de desesperanza y la *ideación suicida* de **Beck**, así como un cuestionario sobre el consumo de alcohol y drogas.⁷³

Los resultados del mismo, mostraron, que las mujeres tuvieron casi dos veces mayor riesgo de presentar *ideación suicida* que los hombres, al igual que los pacientes de 30 a 45 años para ambos sexos. Los pacientes divorciados o separados y los desempleados o jubilados, presentaron un riesgo tres veces mayor y casi dos veces mayor de presentar *ideación suicida* respectivamente. Los pacientes con niveles elevados de desesperanza presentaron un riesgo casi seis veces mayor y, en los consumidores de alcohol en forma consuetudinaria, el riesgo fue casi tres veces mayor.⁷²

Los pensamientos suicidas, son comunes en niños y adolescentes de ambos sexos y para nada están asociados con otros rasgos de psicopatología. Usualmente, hacen la consulta clínica, cuando se enuncian como amenazas. El uso de sustancias o la ansiedad de separación, pueden provocar que adolescentes de ambos sexos -con *ideas suicidas*, intenten el suicidio. Los trastornos del humor y de ansiedad incrementan el riesgo de *ideación suicida*. Los ataques de pánico, son un factor de riesgo para la *ideación* e *intentos* de *suicidio* en los varones. Los adolescentes que intentan el *suicidio*, difieren de los que tienen *ideas suicidas*, en que los primeros tienen desesperanza, aislamiento e *ideación suicida* más intensos y persistentes, así como la negativa a discutir sus pensamientos suicidas.⁷⁴

4.1.3. Fantasía

En cuanto a la noción de *fantasía* -al igual que la imaginación, la *fantasía* indica una imaginación sin regla o sin freno. **Port Royal** decía que la "imaginación es la manera de conseguir las cosas mediante la aplicación de nuestro espíritu a las imágenes, que están grabadas en nuestro cerebro."

Según **Kant**, la *fantasía* es "la imaginación en cuanto produce imágenes sin quererlo".⁶⁹

Para el psicoanálisis, *fantasía* es el guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada, los procesos defensivos, la realización de un deseo y en último término, de un deseo inconsciente.⁷⁵ Por lo tanto, el psicoanálisis no diferencia entre suicidio real o fantaseado. El primero, se expresa a través de la muerte, el segundo sólo en la fantasía del paciente, pero el contenido no deja de ser el mismo. Con las *fantasías* de muerte, el hombre rellena el vacío que produce el no conocer la muerte real.⁶⁹

“Para la **OMS** (modificado por **Diekstra**), el *suicidio* es definido como un acto con resultado fatal, que es deliberadamente iniciado por una persona en contra de sí misma y con el conocimiento o expectativa de que éste le causará la muerte”.²⁷ En lo que respecta al acto suicida, le define como un hecho, por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. En tanto, el *intento de suicidio* es un acto suicida, cuyo resultado no fue la muerte.⁷⁶

El *suicidio* es el resultado de un acto deliberadamente emprendido, y ejecutado por una persona con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal, y constituye hoy día un problema muy importante de salud pública.¹²

Jean Pierre Soubrier, destaca la existencia de tres términos diferentes para el *suicidio* en lengua francesa: *le suicidaire*, sería en quien está la idea de suicidio; *le suicidant*, quien convierte esa idea en acto y *le suicidé*, aquel que cometió *suicidio*.¹⁴

En la actualidad, el *suicidio* se interpreta como un desorden multidimensional que resulta de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociológicos.

El impacto social y psicológico que éste provoca en la familia y en la sociedad es inmensurable, involucrando a varias personas que cargan con ese dolor (culpa).⁷⁷

4.1.4. Proceso Suicida

Pöldinger describe cuatro etapas en el proceso suicida: una primera de consideración de la *idea*, donde los factores psicodinámicos gravitantes serían la agresión reprimida y el aislamiento social. Una segunda de lucha entre los instintos de vida y los de muerte, en ella el suicidio sería un pedido de ayuda o búsqueda de contacto donde el individuo hace amenazas o verbalizaciones directas sobre el suicidio. Una tercera etapa, donde aparecen los preparativos suicidas y una cuarta etapa compuesta de cierta calma inicial seguida por la ejecución del acto.⁷¹

En consecuencia la decisión de pasar al acto suicida, por lo general no es instantánea, sino que transcurre en un proceso que en el caso de **Soubrier**,¹⁴ lo explica de esta manera:

- **Búsqueda de medios que llevan a la crisis.** La persona hace un inventario de diferentes formas posibles para no sentir miedo. Cada una de las alternativas es evaluada en función de las posibilidades, que puedan producir un cambio que atenúa su sufrimiento.

- **El flash suicida y la aparición de la idea.** En el transcurso de la revisión para la eliminación de su dolor moral, considera el *suicidio* como una solución susceptible de eliminar el sufrimiento. Al ser sentido como “la solución”, lo va intensificando cada vez más.

- **La rumiación de la idea suicida.** El individuo rumea el proyecto suicida, que retorna constante y regularmente generándole angustia y estrés.

- **La cristalización y elaboración de un escenario suicida.** Aquí aparece el *suicidio* como la única posibilidad de poner fin a su sufrimiento. Pasa del fantasma de la idea, a madurar el acto en sí.

- **El elemento desencadenante y el pasaje al acto.** Este momento puede pasar desapercibido al entorno, es la gota que desborda el vaso, es el fin de una prolongada serie de proyectos.

El *proceso suicida* es dinámico y varía según las personas y las circunstancias; la ambivalencia está constantemente presente lo que dificulta cualquier intervención para contribuir a que el paciente suicida considere otras alternativas que la muerte. Este difícil proceso, no se puede decir que sea irreversible, aunque siempre puede desembocar en una crisis suicida.

Para **Ringel**, hay un síndrome pre-suicida, que lo precisa como ideas de muerte y fantasías del *suicidio*; inhibición de la agresividad, poniéndola contra sí mismo, constricción psíquica con restricción del pensamiento y aislamiento.¹⁴

El *suicidio* se inscribe especialmente en el movimiento de un proceso mórbido, donde es posible delimitar un breve momento patológico, ya sea al nivel de la enfermedad mental o detrás de ella, el *suicidio* marca una ruptura social.¹⁴

Situar el *suicidio* dentro de las diversas entidades psiquiátricas, permite reconocer ciertos aspectos más o menos específicos, reunidos externamente, que actuarían como desencadenantes, un hecho crítico que moviliza el equilibrio social del individuo, duelo, ruina, fracaso social, profesional, enfermedad incurable y, que no son para **Regules**, desde el punto de vista etiológico, más que el fin de una evolución psicopatológica.^{67, 74, 78, 79 – 89.}

4.1.5. Notas Suicidas

Encontrar notas cerca o junto al suicida es de gran importancia, ya que brindan información sobre el estado psicológico del mismo. Demuestra que no se trata de un acto impulsivo, pues conlleva cierto grado de premeditación y desde el punto de vista medicolegal, ofrece información importante para peritaje policial y forense.

Las notas dejadas por los suicidas son una importante fuente de información, sobre el estado psicológico del sujeto, en el momento en que decide acabar de forma voluntaria con su vida. En general, predominan los documentos de despedida, les siguen las notas con instrucciones y aquellos que piden perdón.⁹¹

Los que dejan instrucciones suelen ser jóvenes, utilizan intoxicaciones, arma de fuego, o arma blanca como método. Los que dejan testamento, suelen ser mayores y del sexo femenino, viudas o divorciadas.^{91, 92}

Destacan otros autores que no encuentran diferencias entre las edades.^{91, 93, 94, 95, 96, 97, 98- 102.}

5. CARACTERÍSTICAS DE MORBILIDAD

5.1. AUTOPSIA PSICOLOGICA

Es un procedimiento para clarificar la naturaleza de la muerte, centrada en los aspectos psicosociológicos. Se trata de una técnica psicobiográfica que tiene como objetivo la reconstrucción de las circunstancias del fallecimiento. Se recaban y analizan los datos que se obtienen de diversas fuentes, sucesos de vida e historia vital de la persona fallecida; esto ayuda también para conocer si la persona estaba expuesta a factores de riesgo. Esta reconstrucción se hace a través de las personas que estuvieron en contacto con ellos, los días previos a la muerte.⁴⁷

La *autopsia psicológica* nos acerca la información de los individuos que cometieron *suicidio*, mediante interrogatorios, historias clínicas o notas de los médicos que lo han tratado y cuando es posible, se entrevista a familiares o amigos, que llevan a tratar de entender las razones que lo llevaron a la muerte.¹¹²

Según **Shneidman, Litman y Farberow**, " la autopsia psicológica consiste en la investigación, a través del medio del paciente, de las señales suicidas dejadas por éste. Permite detectar estados de tensión grupales premórbidas y por ende permite actuar para corregirlas".⁷¹

Dentro de los *factores de riesgo* encontrados se destacan las enfermedades mentales (depresión, esquizofrenia, trastornos de la personalidad).

Estudios recientes de ámbito comunitario y metodológicamente bien fundados, han puesto de manifiesto diferencias entre la presentación de las afecciones mentales en ambos sexos. Se ha observado que la ansiedad y la depresión son más frecuentes en mujeres, mientras que los trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas o de personalidad antisocial son más frecuentes en hombres. Se observa una relación 2-1 a 1,5 a 1 entre hombres y mujeres relacionadas con la ansiedad y la depresión.¹²

Las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres para experimentar depresión mayor, pero los hombres *tienen 4 veces más probabilidad de matarse* que las mujeres. Se ha documentado la mayor frecuencia de prescripción de psicofármacos entre las mujeres, principalmente: ansiolíticos, antidepresivos, sedantes, hipnóticos y neurolépticos.¹²

Se ha atribuido como factores protectores de las mujeres ante el *suicidio* diferencias de comportamiento con relación a la comunicación interpersonal, como pedido de ayuda o consejo. Este factor protector en la mujer es un factor de vulnerabilidad para el hombre.¹¹³

Si se asume que en *Inglaterra* por 10 **IAE** hay un *suicidio*, de los 30.000 *suicidios* anuales, debería haber 300.000 intentos, de los cuales 2/3 corresponderían a mujeres.¹¹³

En conjunto, la prevalencia de trastornos psiquiátricos tiende a aumentar con la edad, entre ellos se destaca la prevalencia de la depresión en la población anciana. En las personas de edad los casos de depresión que quedan sin diagnosticar son más frecuentes que en los adultos jóvenes porque a menudo se consideran erróneamente manifestaciones de envejecimiento.¹² En pacientes ancianos, es frecuente encontrar la depresión enmascarada y laseudodemencia, con comportamiento autodestructivo indirecto cuando rechazan la medicación.⁷⁸ A diferencia de estos trastornos, la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar no muestra diferencias en cuanto a la incidencia y a la prevalencia.¹²

Estudios recientes sobre *suicidios* en jóvenes muestran una frecuencia de trastornos de personalidad entre un 20 a 25%. Los problemas más frecuentes asociados al *suicidio* son las personalidades borderline y las psicopatologías. La personalidad histérica y *narcisista* tiene un componente impulsivo y agresivo que lo asocia a los riesgos de *suicidio*.¹⁹

La familia, el entorno social y emocional desempeñan un papel importante en la evolución de las afecciones mentales pero no en la génesis de las mismas.¹²

Los estudios efectuados en los países desarrollados muestran la prevalencia de 80 a 100% de problemas mentales en las muertes por *suicidio*. El riesgo de suicidio para pacientes que sufren de trastornos del comportamiento, sobre todo depresión es del 6 al 155 % mayor; del 7 al 155% para el alcoholismo y del 4 al 10% para la esquizofrenia.^{19, 78, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110.}

El alcoholismo se encontró asociado significativamente a las muertes por *suicidio* en los adultos jóvenes.¹⁹

En el cuadro siguiente se puede observar el resultado de las autopsias psicológicas de personas fallecidas por *suicidio* en diferentes países, durante el período 1963-1993, descritas por Bertolote:^{111, 114 - 121}

Autopsias psicológicas de suicidas procedentes de diversos países (1963-1993)

Según Barraclough	en 1974 el 93% de suicidios se distribuyó	Depresión	64%
		Alcoholismo	15%
		Esquizofrenia	3%
Según Chynoweth	en 1980 el 95% de suicidios se distribuyó	Depresión	55%
		Alcoholismo	29%
		Esquizofrenia	4%
Según Kaplan	en 1991 el 95% de suicidios se distribuyó	Depresión	80%
		Alcoholismo	5%
		Esquizofrenia	10%
Según Marttunen	en 1991 el 94% de suicidios se distribuyó	Depresión	51%
		Alcoholismo	26%
		Esquizofrenia	6%
		Trast. de Pers	32%
Según Rich	en 1986 (no da datos de porcentaje total)	Depresión	44%
		Alcoholismo	54%
		Esquizofrenia	3%
Según Foster	en 1997 el 90% de suicidios se distribuyó	Depresión	37%
		Alcoholismo	37%
		Esquizofrenia	8%
		Ansiedad	8%
Según OMS	en 1993 el 98% de suicidios se distribuyó	Depresión	24%
		Alcoholismo	16%
		Esquizofrenia	10%

Fuente : **Bertolote JM** en Comment repérer les facteurs du suicidant¹¹⁴

En *EEUU* los trastornos de personalidad y consumo de drogas se vieron mas frecuentemente en adolescentes suicidas y los trastornos depresivos en adultos mayores.^{28, 122 -123} Se observó la depresión, más en mujeres que en hombres. Las personas con patología psiquiátrica tuvieron 4 veces más probabilidad de cometer *intentos de suicidios* y las que presentaron más de un diagnostico psiquiátrico, tuvieron 18 veces más probabilidad de cometer *intentos de suicidio*.²⁸

Se ha reportado que el 90% de los fallecidos por suicidio tenían un trastorno psiquiátrico en el momento del fallecimiento, en *EEUU* y en *Europa*, estando asociado entre un 80 a 85% con depresión y alcoholismo.²⁰

En *Francia*, para **Soubrier** el 80% de los suicidios se produjeron en personas con desordenes mentales.⁶⁸

En *Inglaterra y Gales*, los granjeros representan un grupo de riesgo por la soledad, los problemas financieros, el aislamiento y el bajo estatus social. En un estudio realizado sobre una muestra de 84 granjeros se observó en el 70% de los casos trastornos mentales, problemas laborales en el 52% y problemas en las relaciones familiares y divorcio en un 41%. No se encontraron diferencias entre los jubilados y los que se encontraban activos. Los problemas mentales más comunes fueron depresión y alcohol dependencia.¹¹²

En otro estudio caso-control en menores de 35 años en *Manchester* entre enero de 1995 a junio de 1996, donde se utilizó el procedimiento de autopsia psicológica (**DSM-IV**) se observó que el 65% tuvo antecedentes de tratamiento psiquiátrico, 46% recibió medicación psicotrópica, 28% medicación antidepresiva y el 28% estuvo en tratamiento por enfermedades médicas. El 53% consultó al medico en el último año y 19% tuvo intentos expresados en el último año.¹²⁴

En *Dinamarca*, en un estudio realizado en Hospitales Psiquiátricos durante el periodo 1973 - 1993 sobre 1567 mujeres registradas entre 15 y 44 años, ocurrieron 107 muertes, de estas el 49% fue por suicidio y 27% falleció dentro del primer año con posterioridad al parto. Se reportó una asociación entre trastornos psiquiátricos posparto en el primer año y suicidio.¹²⁵

En *Europa Central y Oriental*, los trastornos mentales más frecuentes en los suicidas fueron: depresión, esquizofrenia y consumo de alcohol.^{12, 22}

En un estudio caso control en *Iowa* en 1998, en pacientes hospitalizados psiquiátricos sobre una población de 5.412 pacientes, se observó 11 a 67 veces más riesgo en aquellos con alteraciones psiquiátricas.^{20, 126} Un estudio de metanálisis realizado en *EEUU* y en *Europa* sobre 5.588 casos de suicidio, los diagnósticos psiquiátricos fueron los siguientes: abuso de sustancias, 16%, esquizofrenia 10%, desordenes afectivos 24%, trastornos de la personalidad y neurosis 22%.^{20, 126 - 138}

Dajas en *Uruguay*, encontró trastornos psiquiátricos presentes en el 40% de los suicidios seguidos por problemas familiares en un 19% y otros problemas de salud en un 12%.¹¹

En *Uruguay* la autopsia psicológica se inició con el **Dr. Puppo** en el año 1981.¹⁴⁰

En *Montevideo* entre 1979 y 1980, fueron analizadas 50 muertes por *suicidio* tomadas al azar procedentes de la **Morgue Judicial**. Las tasas más altas de suicidio correspondieron a los grupos etáreos de 50 a 79 años; observándose un incremento de las tasas con la edad. La autopsia psicológica reveló que el 30% estaba en tratamiento psiquiátrico previo en los tres meses anteriores a su muerte y el 42% presentaba antecedentes de **IAE**.¹³⁹ El 52% de los suicidas en alguna oportunidad había manifestado el deseo de quitarse la vida y el 89% de los fallecidos tuvieron un síndrome depresivo de estructura melancólica.^{21, 64, 139, 140}

5.2. SUICIDIO Y ENFERMEDADES MÉDICAS (HIV POSITIVO)

La presencia de enfermedades crónicas se encontró en determinados estudios asociada a las tasas de *suicidio* como cáncer, SIDA y otras patologías.¹⁹

Según **Ghosh** (1996) el **SIDA** tiene implicaciones en la suicidología por tratarse principalmente de gente joven que desarrolla la enfermedad crónica y con riesgo vital. En la práctica clínica existe una alta prevalencia de ideación suicida entre los pacientes. Muchas veces esta ideación aparece en forma de necesidad de mantener el control sobre la enfermedad especialmente en un síndrome como el **SIDA** donde el paciente puede desarrollar encefalopatía y demencia. Los pacientes han visto como personas de su entorno presentan demencia en un período de tiempo corto y se ven incapacitados para el autocuidado.⁷⁸

Los pacientes pueden desarrollar el concepto de suicidio como una vía legítima de liberación antes de su caída en la postración o la demencia. Se llegue o no a consumir el suicidio existe una elevada prevalencia en el mantenimiento de la ideación suicida. El riesgo real de suicidio en personas con **SIDA** es mayor que en la población general.

En un estudio desarrollado en *Nueva York*, la tasa de *suicidio* en varones con **SIDA** arrojó cifras de 680 por cien mil mientras que en un grupo de sujetos de la población general para el mismo grupo etáreo de 20 a 59 años fue de 18 por cien mil. Siendo aproximadamente 36 veces superior.⁷⁸

En la *Universidad de Milán* entre enero de 1988 a diciembre de 1999, se realizó un estudio para evaluar el *suicidio* en 213 pacientes con **HIV**. Se los dividió en tres categorías: homosexuales, consumidores de drogas y heterosexuales. Se encontró mayores tasas en los que tenían antecedentes psiquiátricos, y en los que consumían heroína, estos hallazgos confirman la hipótesis, de que estos factores podrían ser predictores de *suicidio* más que la conducta por el *HIV positivo*.^{141 - 143}

5.3. ANTECEDENTES DE INTENTOS DE SUICIDIO

El haber cometido un *intento de suicidio previo* incrementa el riesgo de que un hombre eventualmente se suicide, pero el efecto predictivo es menos sustancial en mujeres.⁷⁴ La mitad de los que *consuman un suicidio* han hecho un *intento previo*. Un *intento de suicidio previo* es el predictor más potente de *suicidio consumado* incrementado la tasa en más de 30 veces, este es seguido por la depresión, el abuso de sustancias como alcohol y drogas y el comportamiento destructivo. Los trastornos destructivos son comunes en adolescentes del sexo masculino que cometen suicidio.⁷⁴

En *Finlandia*, en base a un estudio realizado en 1.397 autopsias psicológicas de fallecidos por *suicidio* en doce meses, entre 1987 y 1988, se observó que el 56% murió en el primer intento, (62% en hombres y 38% en mujeres) y el 82% uso por los menos dos métodos diferentes en los intentos. La media de intentos para los hombres fue de 1,92 y para la mujer de 2,68. En el segundo intento murieron el 21% de los hombres y el 26% de las mujeres y para ambos sexos fue de un 22%. En el tercer intento se suicidaron el 7% de los hombres y 15% de las a mujeres, en ambos sexos fue el 9%.¹⁴⁴

Harris & Barraclough en un estudio de metanálisis de suicidios consumados con antecedentes de intento observaron un riesgo 38 veces mas alto en los que tuvieron antecedentes psiquiátricos y alcoholismo.¹⁴⁵

Robins y Maris, en *EEUU* encontraron que 78% de 134 *suicidios* ocurridos en *San Luis* entre 1956 y 1957 y, que 75 % de 266 *suicidios* ocurridos en *Illinois* entre 1966 y 1968, murieron en el primer intento.^{146, 147}

En *California* entre 1981 y 1982, **Carney** encontró que el 62% de los suicidios consumados se realizaron en el primer intento¹⁴⁸; para **Conwel** en *Monroe* entre 1989 a 1992¹⁴⁹ fue el 58%¹⁴⁴ y, para **Cheng** en el *Este de Taiwán* entre 1989 a 1991 esta cifra fue del 79% .¹⁵⁰

Estudios realizados en *París* por **Davidson & Philippe** en 1986, identificaron que el 43% de los que tuvieron un *intento de suicidio* recidivan, de estos el 56% recidivan en el primer año y un 1,6% se suicidan.^{114, 151}

Se estima que entre el 10 y 15 % de las personas que tienen contacto con los servicios de salud como resultado del primer intento se suicidan .^{10, 152, 153} El riesgo es mayor durante el primer año luego del intento La historia de intentos ayuda a identificar signos que permitan una prevención adecuada.^{124, 144, 146, 147}

En suma, se observó que la mayoría de los hombres y una proporción considerable de mujeres consuman el *suicidio* en el primer intento.¹⁴⁴

5.4. INTENTOS DE SUICIDIO

Los diagnósticos más frecuentes encontrados en los *intentos de suicidio* fueron: abuso de alcohol, depresión, ansiedad y conducta agresiva.^{154 - 157} Estudios realizados en *EEUU* reportaron en adultos de *San Diego* como primer factor de riesgo la depresión, seguido del abuso de alcohol. En *Rockville*, en adolescentes, se diagnosticó consumo excesivo de alcohol.^{154, 157}

Los *intentos de suicidio* son menos frecuentes que las ideas suicidas.⁷⁴

Varios investigadores procedentes de países de *Europa* y *EEUU* reportaron desordenes psiquiátricos en mas del 80% de los adolescentes con *intentos de suicidio*.^{158 -161} La presencia de desordenes afectivos junto al abuso de sustancias en hombres fueron los factores de riesgo mas frecuentes para *intentos de suicidio*. Aproximadamente uno de cada 3

adolescentes con *intentos de suicidio* reportaron comportamientos antisociales de desadaptación y violencia.^{158, 162, 163} Los mayores *riegos de suicidio* fueron encontrados en pacientes con desordenes depresivos mayores.^{164, 165, 166} La depresión en adolescentes fue el diagnóstico más frecuente detectado en las autopsias psicológicas.^{158, 167}

En un estudio multicéntrico realizado en 13 países de *Europa* para determinar la asociación entre las tasas de *suicidio* y los intentos en población de 15 a 24 años, durante 1989-1992, se encontró una correlación positiva, en el sexo masculino entre los *suicidios* e intentos.¹⁶⁸

Entre 1994 a 1996 en pacientes del *Hospital Español en México*, fueron reportados 3 *intentos de suicidio* en mujeres por cada 1 intento en hombres, siendo la presentación de intentos en los hombres a edades mayores. Los intentos predominaron en las mujeres casadas y en los hombres; sin embargo los suicidios consumados predominaron en hombres divorciados y viudos. Se demostró una asociación entre desocupación e *intentos de suicidio*, con un riesgo de 10 a 20 veces mayor para hombres desempleados. La presencia de enfermedades crónicas o de alta letalidad fue un elemento de riesgo tanto para los intentos como para los *suicidios*.^{27, 169}

Ha sido reportado 5 veces más *riesgo de suicidio* en personas con epilepsia del lóbulo temporal que en la población general. Los síntomas psiquiátricos más frecuentes: tensión nerviosa, depresión, desesperanza, irritabilidad y pobre concentración.^{27, 170-172}

Los *trastornos del humor*, particularmente el *trastorno depresivo mayor de inicio temprano*, los *trastornos de ansiedad*, el *abuso de sustancias*, el *comportamiento de huida*, incrementan el riesgo de intentos en ambos sexos. Los adolescentes que intentan *suicidio* son mucho más proclives a tener psicopatología asociada que los que solo tienen ideas suicidas.⁷⁴

Estudios realizados en *Uruguay* en el **Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas** en 1976, sobre 341 casos de intentos de autoeliminación, se observó que estos representaron el 1% del total de pacientes asistidos. La magnitud es similar al de los Países desarrollados.^{173 - 176} Los intentos predominaron en el sexo femenino entre los 15 y 24 años de edad, en pacientes de procedencia urbana en estación veraniega. El método que más predominó fue por consumo de psicofármacos.¹⁷³

Los intentos según los autores significan la reacción antisocial más frecuente de la patología mental y la que provoca en nuestro país un número importante de muertes, que nos coloca en un lugar bastante prioritario en la estadística Mundial. Cabe mencionar la repercusión social de los mismos que se da en personas jóvenes en períodos de la vida productivos, que producen ausentismo laboral con el consiguiente problema económico y familiar y la sobrecarga de los servicios de asistencia.¹⁷³

Otro estudio realizado en el mismo hospital desde su fundación hasta 1963 inclusive, arrojó como resultado que los pacientes con *intentos de suicidio*, eran enviados a sus domicilios sin ser vistos por psiquiatras. Las "historias clínicas" fueron muy exiguas en su información y carentes de datos importantes, lo que no posibilitó mayor información.¹⁶⁴

En *Montevideo* el **Centro de Información y Asesoramiento toxicológico (CIAT)**, durante el quinquenio 1976 - 1980 demostró que la mujer atenta contra su vida tres veces más que los hombres, siendo la edad pico en ella la adolescencia, mientras que en el hombre corresponde al grupo etáreo de 20 a 24 años. Por debajo de los 10 años el **IAE** predominó en el varón. Este estudio reveló que la ingesta de tóxicos no fue un método eficaz como causa de muerte.^{177 - 179}

Los tóxicos de uso más frecuente fueron ansiolíticos y antidepresivos seguidos por otros fármacos y plaguicidas. La mayor cantidad de muertes en los intentos se observó por debajo de los 50 años. El gesto suicida indica la presencia de patología psíquica que como tal debe ser tratada. La proporción de una muerte cada 50 intentos señaladas por otros autores coincide con los hallazgos del estudio.^{177, 180}

Diferencias entre los intentos y los suicidios consumados

El comportamiento autodestructivo y los intentos de suicidio no fatales aunque difíciles de clasificar se han englobado dentro del concepto de para-suicidio. Es importante distinguir entre para-suicidio y suicidio consumado.⁷⁸

DIFERENCIAS ENTRE VARIABLES DE SUICIDIOS CONSUMADOS E INTENTOS EEUU-1996

VARIABLES	SUICIDIOS	
	INTENTOS	CONSUMADOS
SEXO	MUJER	HOMBRE
EDAD (años)	MENOS DE 35	MÁS DE 60
MÉTODOS	LACERACIONES DE MUÑECA INTOXICACIONES	ARMAS DE FUEGO AHORCAMIENTO
ENTORNO	ELEVADA POSIBILIDAD DE RESCATE	BAJA POSIBILIDAD DE RESCATE
DIAGNOSTICO	TRASTORNO DE AJUSTE TRASTORNO DE PERSONALIDAD	TRASTORNO DEL ESTADO ANÍMICO, DROGODEPENDENCIA

Fuente: **Ghosh T B, 1996**

Los intentos son frecuentes entre las mujeres jóvenes por debajo de los 35 años, mientras que la consumación es más frecuente en ancianos a partir de los 60 años.

Los métodos de los intentos tienden a ser escasamente mortales en comparación con los altamente mortales de los suicidios consumados. El paciente que hace un intento, lo hace en su casa o donde puede ser descubierto en contraste con el paciente que consuma el suicidio que escoge un entorno aislado, donde hay pocas posibilidades de rescate. Finalmente se ha observado que ciertos diagnósticos psiquiátricos en pacientes suicidas se han asociado con el intento o la consumación. Los pacientes suicidas con trastornos de ajuste y de la personalidad son más propensos a llevar a cabo intentos no mortales, mientras que, los suicidas con trastornos del ánimo, psicosis y problemas de drogadicción tienden a consumir el intento.

La importancia del *parasuicidio*, radica en que el 10% de los intentos acaban finalmente en *suicidio*.⁷⁸

Un estudio retrospectivo realizado en *Uruguay* en 1996, sobre 18.342 historias de *intento de suicidio* –en el **Hospital Pasteur de Montevideo**–, arrojó como resultado que el 65% de los **IAE (intentos de autoeliminación)** que se presentaron, correspondieron a pacientes por debajo de los 34 años. El grupo etáreo de 15 a 24 años triplicó sus tasas, en relación a tres décadas anteriores. El método más frecuente fue el consumo de psicofármacos. Se encontró que el 60% de los pacientes que cometen **IAE** son derivados a psiquiatra, aunque fue identificado un subregistro en las “historias clínicas”.¹⁸¹

5.5. SUCESOS VITALES ESTRESANTES Y FACTORES DE RIESGO

Existen factores determinantes del suicidio relacionados con la psicopatología y/o con los procesos sociales. ²⁴

La psicopatología es importante en los procesos suicidas, tal cual lo hemos visto representan en las investigaciones científicas el 90 %, o más de los diagnósticos realizados, ya que satisfacen retrospectivamente los criterios para un diagnóstico psiquiátrico. El riesgo de suicidio en personas que abusan o dependen del alcohol es de 60 a 120 veces mayor que en la población general. En un estudio realizado en *Finlandia* en 1993, se encontró que en el 93% de los casos se podía asignar un diagnóstico psiquiátrico, siendo los más predominantes la depresión y el alcoholismo. Teniendo en cuenta estos elementos como veremos mas adelante en Prevención, la detección temprana y el tratamiento eficaz de la depresión podrían prevenir una proporción importante de suicidios como ocurrió en la isla sueca de *Gotland*, al año siguiente de un programa educativo sobre depresión.^{24, 182}

Se han relacionado varias fuerzas sociales importantes con el *suicidio*, entre ellas sobresalen el desempleo, la violencia doméstica y colectiva, las protestas políticas y sociales y el sentimiento de falta de sentido a la vida.²⁴

Los *trastornos del humor*, la *pobre comunicación padre-hijo* y un *intento de suicidio previo* son factores de riesgo para hombres y mujeres adolescentes. Un *intento de suicidio previo* es más predictivo en varones. La *patológica familiar* y la *historia familiar* de comportamiento suicida incrementan el riesgo, así como el abuso de sustancias y el alcohol.⁷⁴

En la *India*, se destacan como principales sucesos vitales estresantes: peleas con el cónyuge o con los suegros en un 12% de los suicidios y las enfermedades como lepra y cáncer terminal con otro 12%.²⁴

Otro estudio realizado por **Jhansi** en *Uttar Pradesh* (India 1990), identificó que los conflictos domésticos representaban el 38% de todos los casos de *suicidio*, caracterizados por acosos a la víctimas, palizas o torturas, perpetradas por los suegros, el marido o por uno y otros.^{24, 183, 184}

La guerra y las perturbaciones sociales que la acompañan, pueden tener efectos sobre el *suicidio* radicalmente diferentes según el tipo de escenario en que se produzcan, la segunda guerra mundial estuvo acompañada de tasas bajas en *Inglaterra* y más altas en *Japón*. En el área de conflicto de *Sri Lanka*, se alcanzó en 1991, una tasa de *suicidio* de 47 por cien mil, la más alta del Mundo, con la mayoría de las víctimas entre los 14 y los 30 años.^{24, 185}

Los fines políticos constituyen otro poderoso motivo para el *suicidio*. Los terroristas hacen estallar bombas que llevan escondidas en sus vestidos, se emplea por tanto la violencia autodestructiva para promover programas, estrategias o tácticas políticas.^{24, 186}

De Bout, identificó como factores de riesgo en adolescentes: mal rendimiento escolar, adolescentes hipersensibles o influenciados, manifestar ideación suicida en manera progresiva en presencia de padres, en adultos, sensación de ruptura, sentimiento de inutilidad, abordaje de las ideas suicidas, como la problemática de la muerte, problemas mentales, las toxicomanías y el abuso de drogas.¹¹⁴

Los desórdenes mentales incluyendo las adicciones constituyen el principal factor de riesgo del *suicidio*.²⁸ En las autopsias psicológicas mas del 90% de los *suicidios* en *Europa* y *EEUU* estuvieron asociados con trastornos psiquiátricos.^{28, 187 - 193}

Los factores de riesgo en los pacientes psiquiátricos incluyen los intentos previos, las recaídas, las altas contra indicación médica, los estados depresivos, psicóticos y las circunstancias sociales adversas como el aislamiento, desempleo, sexo masculino y los grupos jóvenes.¹⁹⁵

Los estudios han demostrado que quienes presentan menor riesgo son: 1) menores de 45 años 2) de sexo femenino 3) raza no blanca 4) buena salud 5) que viven acompañados; y los de mayor riesgo son respectivamente: 1) mayores de 45 años 2) varones 3) de raza blanca 4) que viven solos 5) que gozan de mala salud. Los pacientes que viven acompañados o que están casados tienen un menor riesgo que los pacientes que viven solos o están divorciados o son viudos.⁷⁸

En el departamento de psiquiatría de la *Universidad Médica Central de Dallas* en *EEUU* en los últimos 20 años, se encontró asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas, el alcohol, los trastornos depresivos, las alteraciones de conducta con los *suicidios*.¹⁹⁵

Los estudios científico-sociológicos comenzaron a finales del siglo XIX en *Francia*, con los análisis cuantitativos efectuados por **Durkheim** en 1897.^{196 - 201} Los estudios efectuados sobre actas de defunciones y tasas de *suicidio* arrojaron conclusiones importantes fundamentalmente en indicadores de riesgo como: tasa de divorcio, el número de amigos íntimos, y la pérdida de otros de crucial importancia.^{196, 202}

Las “relaciones sociales negativas” o “negativa interacción”, que se constituyen en fuentes generadoras de suicidios por relaciones sociales suicidio-generadoras, como por ejemplo, el *terrorismo musulmán* donde existe toda una filosofía y religión por detrás que hace a las llamadas relaciones sociales negativas.^{196, 198}

Maris, se concentra en cuatro aspectos con respecto a las relaciones sociales de *suicidios*:

El primero, estaría dado por una breve historia de los estudios sociológicos de *suicidio*, donde las normas sociales ejercerían una excesiva presión o regulación sobre los individuos.

El segundo aspecto, sería el aislamiento social sin una red de apoyo que se constituiría en un factor de riesgo.^{196, 197, 203}

El tercero se refiere al contagio, la imitación y los suicidios grupales de características proféticas, donde las personas serían vulnerables a la imitación o a la presión de estos grupos.

El último aspecto que señala **Maris**, es el que tiene que ver con el stress social y la negativa interacción, donde el stress puede derivar en una consecuencia suicida.¹⁹⁶

En *Manchester*, se realizó un estudio caso-control, entre el 1 de Enero de 1995 y el 30 de Junio de 1996, que reportó un riesgo mayor en aquellos con historia de separación de los padres, abuso de niños, problemas de prisión, y trastornos mentales particularmente severos en pacientes que fueron atendidos por médicos generales en los últimos tres meses. Los factores médicos difieren entre los casos y los controles, los *OR* refieren el doble de riesgo en los que tienen trastornos psiquiátricos, problemas de interrelaciones personales, desarraigos y migraciones.¹²⁴

El *riesgo de suicidio* se ha incrementado en hombres jóvenes en los *Estados Unidos* y ello ha sido dramático en el grupo de *10 a 14 años*. Las causas fueron múltiples y complejas y entre otras se destacan: abuso de sustancias, enfermedad mental, influencia familiar, estrés y cambios rápidos socioculturales.²⁰⁴

En un estudio comparativo realizado por **Dajas** en *Uruguay* en 1984, entre los fallecidos por *suicidio* en *Estocolmo* y en *Montevideo*, los pacientes uruguayos presentaron mayor severidad en la depresión y fueron diagnosticados como episodios depresivos mayores. El nivel de estrés social diagnosticado en el eje IV del DSMIII-R fue claramente superior en los pacientes uruguayos.²⁰⁵

Se destacan según la mayor parte de la bibliografía consultada como factores de riesgo:

- Sexo Masculino.^{20, 27, 77, 114}
- Edad avanzada.^{20, 27, 77, 114}
- Vivir solo.^{11, 20, 27, 77, 114}
- Presencia de enfermedades y en especial terminales y SIDA.^{20, 77, 114}
- Abuso de drogas y Alcoholismo.^{20, 74, 77}
- Enfermedades psiquiátricas.^{14, 20, 77}
- Pérdida de parientes.^{11, 20, 77}
- Antecedentes IAE.^{11, 77}
- Historia familiar de suicidio.^{11, 20, 77}
- Desempleado y jubilados.^{11, 20, 77}
- Divorciado, Viudo o Soltero.^{20, 77}
- Sucesos Vitales estresantes como separación marital, disturbios familiares, cambios de ocupación, cambios en el estado financiero, pérdida de familiar, en especial a la edad de 6 a 14 años.⁷⁷
- Prisioneros.^{77, 114}
- Facilidad de acceso a métodos letales.¹¹⁴
- Toxicomanías.¹¹⁴
- Migración. Es un factor de riesgo.¹⁹
- En adolescentes mala comunicación madre-hijo.⁷⁴
- Estrés.²⁰⁶

6. VARIABLES DE PERSONA

6.1. EDAD

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 de edad en edad”. Con algunas variantes estas proporciones varían en los diversos países en estudio.⁶⁸

Si bien el *suicidio* es aproximadamente la décima causa de muerte para todas las edades, en la mayoría de los países; en algunos se encuentra dentro de las tres primeras causas de muerte en el grupo etáreo de *15 a 34 años*. (1993)^{19, 77}

El *suicidio* constituye la novena causa de muerte en *EEUU*. Si bien la tasa se ha mantenido constante se señala el aumento de la misma en adolescentes, jóvenes y en ancianos.⁷⁸ En el grupo de *5 a 14 años* en 1994, las muertes por *suicidio* ocuparon el sexto lugar como causa de muerte, para el grupo de *15 a 24 años* constituyeron la tercera causa detrás de los accidentes y los homicidios.²⁰⁷

Estudios recientes sugieren el aumento de las tasas en los hombres en la edad media.^{19, 28, 74, 77}

La tasa de *suicidio* se duplica y cuadriplica por encima de los *65 años* de edad, especialmente en los varones blancos, los factores predisponentes encontrados han sido el aislamiento social, la pérdida del cónyuge, ansiedad secundaria e

inestabilidad económica y finalmente el tratamiento inadecuado de los trastornos anímicos (ver sucesos vitales estresantes).⁷⁸

De 1980 a 1986, fueron denunciados 36.789 *suicidios* en *Estados Unidos*, entre los residentes *mayores de 65 años*. Los hombres de raza blanca *mayores de 65 años* tienen las tasas más altas de suicidio, aumentando 23%; 37.2 a 45.6 por cien mil.

La tasa para los hombres de raza negra creció 42%; 11.4 a 16.2 por cien mil y para las mujeres de raza blanca el aumento fue de un 17%; 6.4 a 7.5 por cien mil.²⁰⁸

Las tasas en las mujeres blancas y negras son relativamente constantes y bajas en relación con los hombres. No se ha identificado una causa clara del hecho. En los varones negros, la tasa es máxima entre los 20 y 40 años, luego disminuye y vuelve a aumentar *después de los 75 años*.

En hombres blancos la tasa que inicialmente es máxima entre los 20 y 40 se estabiliza entre los 40 y 65 años y posteriormente vuelve a subir rápidamente, siendo muy elevada entre los varones blancos a *partir de los 85 años* (50 por cien mil).⁷⁸

Se observó un decrecimiento de las tasas de *suicidio* para las personas mayores entre 1950 y 1980, teniendo un crecimiento reciente para el período 1980-1986. Las tasas durante este periodo crecieron en el grupo mayor de 65 años. Las tasas crecieron un 21%, de 17.8 a 21.5 por cien mil. Los hombres blancos tuvieron las tasas más altas de *suicidio* (37.2 a 45.6 por cien mil), con un crecimiento de 23%. Las tasas para los hombres negros decrecieron un 42%, de 11.4 a 16.2 por cien mil. En las mujeres blancas el crecimiento de las tasas fue de un 17% (6.4 a 7.5 por cien mil).²⁰⁸

En un trabajo realizado en 1992 en el *Reino Unido*, el *suicidio* ocupó el octavo lugar como causa de muerte, siendo el tercero en los jóvenes.^{108, 209}

En *Inglaterra y Gales*, se encontró que las tasas para el sexo masculino y para ambos sexos aumentaron entre 14 y 44 años de 1975 a 1990 y, de 1990 a 1997 decrecieron en todos los grupos de edad.²¹⁰ En las mujeres el suicidio disminuyó en todos los grupos de edad desde 1960 en adelante.²¹¹

En *Uruguay*, el *suicidio* aumenta con la edad en los hombres y en las mujeres aparecen discontinuidades entre los diversos grupos de edad.¹⁰ El *suicidio* predomina en el hombre en la séptima y octava década de la vida.¹¹

En los últimos años del siglo XX en *Uruguay*, las tasas de mortalidad por *suicidio* se distribuyeron más homogéneamente entre los diversos grupos de edad, con un ascenso sistemático a medida que aumenta la edad (tasa máxima de 43,6 por cien mil en el grupo de 75 y más años en 1999) Las tasas en el grupo de 10 a 24 años descendieron en el período 1963-1999, en cambio, en el grupo de 75 y mas años aumentaron sistemáticamente.⁹

Robertt, señala en *Uruguay*, el aumento de las tasas de *suicidio* en los mayores de 75 años en los quinquenios señalados en el cuadro: ¹⁰

**Distribución de las tasas de suicido según quinquenio
Uruguay 1963- 1993 Tasas x 100000**

Años	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75y +
1963-1967	11.5	9.9	10.9	16.5	9.5	25.4	29.7
1968-1972	10.8	11.2	12.2	14.7	22.3	24.8	28.4
1973-1977	9.7	11.0	12.8	16.1	21.4	26.0	32.6
1978-1982	7.7	7.8	11.7	15.2	16.2	23.6	27.7
1983-1987	5.5	8.9	10.7	13.3	20.2	22.9	29.3
1988-1993	9.4	10.6	12.8	15.8	19.4	23.8	34.2

Fuente: **Robertt**, Salud Problema, Año 4 N° 6, 1999 (ISSN – 01873148)

Según **Dajas**, el anciano constituye el principal grupo de riesgo, mientras que los jóvenes varones de 10 a 19 y de 20 a 30 años, casi duplican las tasas generales.^{11, 33, 212}

La distribución por edad de la tasa por *suicidio* en 1998, muestra tres picos en el **hombre** de 20 a 25 años, 40 a 44 años y 60 a 64 años, predominando en los dos primeros. En el **sexo femenino**, se observó un aumento de las tasas en las edades de 20 a 24 años y de 40 a 44 años³⁶. Se destacan por otro lado en *Uruguay* el incremento sistemático y marcado en las edades mayores.⁹

Un estudio realizado en *Montevideo* durante los trienios 1965-1967 y 1975-1977 mostró que las tasas pasaron de 18,2 a 27,5 por mil en los respectivos trienios (incremento de 9, 3 %) la relación hombre- mujer fue de 3 a 1 siendo el promedio de edad de 51 años en el primer trienio y de 53 años en el segundo⁶³.

6.1.1 Adolescentes y Jóvenes

En muchos países es motivo de preocupación creciente las altas tasas de suicidio en la juventud. Varios países ven crecer sus tasas de suicidio en el rango de edad de 15 a 24 años. En *Suecia* es la causa más común de muerte y la segunda en *Inglaterra y Gales* luego de los accidentes de tránsito.¹⁶⁸

Entre 1952 y 1992 en *EEUU*, la incidencia de *suicidios* en adolescentes y adultos jóvenes se triplicó. El *suicidio* constituyó la 5ta causa de **AVPP (años de vida potencialmente perdidos)** antes de los 65 años en 1990. Durante 1980 a 1992, las muertes por *suicidio* en menores de 25 años representaron el 16,4% de todos los *suicidios*. El *suicidio* entre 20 a 24 años, se redujo en el período señalado en un 7,2%; pasando de 16,1 a 14,9 por cien mil respectivamente. La tasa de *suicidio* se incrementó en el grupo de 15 a 19 años en un 28,3% (de 8,5 a 10,9 por cien mil y en el grupo de 10 a 14 años aumentó en un 120% pasando de 0.8 a 1.7 por cien mil respectivamente.²⁰⁷

La tasa para los hombres de raza negra creció 42%; 11.4 a 16.2 por cien mil y para las mujeres de raza blanca el aumento fue de un 17%; 6.4 a 7.5 por cien mil.

En hombres de raza blanca de 10 a 14 años los suicidios se incrementaron en un 86% pasando de una tasa de 1.4 a 2.6 por cien mil y en el grupo de 15 a 19 años en un 22% (de 15.1 a 18.4 por cien mil). En la mujer de raza blanca en el grupo de 10 a 14 años la tasa se incremento en un 233% (pasando de 0.3 a 1.1 por cien mil).^{28, 207, 213, 214}

Mundialmente el suicidio es una de las 5 causas de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años, en muchos países es la primera o segunda causa, tanto en varones como en mujeres.²¹⁵

En *Canadá*, las tasas más altas entre los hombres se presentaron en aquellos de 20 a 24 años de edad (29 por cien mil) y en los de 35 a 44 años de edad (30 por cien mil). En lo relativo a las mujeres las tasas más altas se encontraron entre los 45 a 54 años con una tasa de 10 por cien mil. Las tasas de suicidio en la juventud canadiense fueron altas comparadas con otros países donde las tasas de suicidio en hombres de 15 a 24 años de edad igualaban o excedían la tasa de suicidio de la población masculina en su totalidad. Se ha observado en *Canadá*, un aumento constante de la tasa de suicidio entre los hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad desde 1950.²¹⁶

En el *Reino Unido*, en los últimos años se ha detectado un aumento de las tasas de suicidio, que posiblemente fue consecuencia del aumento de las tasas en hombres jóvenes.^{217, 219} En un estudio realizado entre 1968 y 1992, se encontró que el 84% de los casos fueron en personas entre 15 y 34 años, con una media de 28,5 años. En todos los grupos etáreos, las tasas más altas en los últimos 20 años se encontraron en el grupo de 25 a 34 años de edad.¹⁰⁸

En *Dinamarca*, se observó un aumento de las tasas en los hombres jóvenes de 25 a 34 y en mayores 75 años. La tasa para los hombres daneses de 25 a 34 años fue de 26 por cien mil (1993), más altas que en *Suecia*, *Alemania* e *Italia*, pero las tasas más altas para hombres jóvenes se observaron en *Rusia* en 1993, con un valor de 82 por cien mil.^{220, 221}

Méndez, en la segunda región de *Chile*, en un estudio realizado entre 1989-1995, no encontró al igual que en otros lugares el efecto edad ya que la población más afectada fue esencialmente joven en edad productiva. La media de edad en hombres fue de 39,05 años y en mujeres de 43,12 años.²²²

6.2. SEXO

Si bien las mujeres tienden más a las enfermedades "nerviosas" –al decir de **Durkheim**– los hombres son los que más se suicidan, por lo tanto la mujer sobrevive más a "la locura" que el hombre; se podría decir que el suicidio es una inclinación masculina.⁶⁸

Si bien el suicidio predomina en el sexo masculino, la relación hombre mujer varía con los distintos países.^{77, 110, 195}

La ideación suicida así como los intentos de autoeliminación son consideradas conductas femeninas porque implican desesperanza, indecisión y a veces la expectativa de ser rescatadas. Los hombres, aún teniendo sentimientos depresivos, no admiten la idea suicida ya que lo toman como un signo de debilidad.⁷²

En *Europa* (1863 a 1877), el porcentaje de suicidios masculinos va de 73,3% en Inglaterra a 82,5% en Austria.⁶⁸

En los países *Bálticos* el suicidio en mujeres experimentó un descenso de 1985 a 1987 y luego, un aumento de 60 a 75 por cien mil en 1993 posiblemente por razones sociales pero sigue siendo superior en el sexo masculino.^{31, 223, 224}

En un estudio de prevalencia realizado entre 1960 y 1997 en *Inglaterra* y *Gales*, se encontró que las tasas para el sexo masculino declinaron hasta 1975 y luego, se incrementaron en un 32% hacia 1990, para después descender nuevamente hacia 1997 (descenso del 14%). El suicidio en el sexo femenino decreció en todo el período considerado hasta 1997.^{210, 211}

Estudios realizados durante el período 1861-1975, reportaron que por cada millón de niños menores de 16 años que se suicidan; 4,3 de estos suicidios corresponden a varones mientras que 1,8 son niñas.⁶⁸

En *Italia* (1866-1875) por cada millón, 1,25 de los suicidios en niños correspondieron a varones, mientras que a niñas 0,33, lo que muestra que la diferencia se mantiene en diversos países y que se registra desde la infancia.⁶⁸ En adolescentes la razón entre los suicidios según sexo es 5:1, masculino:femenino.¹⁵⁴

La razón hombre mujer paso de 3,1 en 1979 a 4,5 en 1994 en los *EEUU* y, más del 70% de los suicidios fueron cometidos por hombres.^{28, 29}

De 1980 a 1986, fueron denunciados 36.789 suicidios en *Estados Unidos*, entre los residentes mayores de 65 años. Las tasas registradas fueron netamente superiores en el sexo masculino sin importar la raza.²⁰⁸

China, es un país que se distingue por las altas tasas de suicidio llegando a 17 por cien mil en 1989 y el predominio de este en la mujer con tasas de 14,7 y, 19,6 por cien mil para el hombre y la mujer respectivamente. La razón masculino/femenino de 0,8 siendo el único caso en el Mundo.²⁴ Este fenómeno se produce a expensas del mayor número de suicidios femeninos en las áreas rurales, siendo los suicidios masculinos superiores en las zonas urbanas.^{19, 21, 77}

En *Chile* entre 1989 y 1995, se encontró una relación hombre/mujer de 4,8 a 1.²²²

En un estudio realizado en *Colombia*, se compararon los resultados de los estudios realizados por psiquiatras en la década de los 60', sobre las características del suicidio en el país, con los obtenidos por la revisión realizada sobre

comportamiento de esta causa de mortalidad, en los últimos 20 años. En este tiempo, ha ocurrido un cambio dramático en las causas de mortalidad en Colombia, para la población entre 15 y 44 años por causas externas tales como el homicidio, suicidio y accidentes, los cuales se han incrementado significativamente. El suicidio aumentó principalmente en la población joven y femenina, constituían a representar el 44 por ciento de los mismos. En los menores de 20 años el porcentaje se duplicó al pasar del 22 por ciento en 1968 a 44 por ciento en 1991. Dicho incremento es más alarmante en los menores de 16 años, quienes de 10 por ciento del total de suicidios en 1971, pasan a representar en 1991, el 37 por ciento. Estas cifras nos permiten afirmar que el suicidio se incrementó en quienes más intentan suicidarse, esto es: las mujeres menores de 20 años.²²⁵

6.3. SITUACIÓN CONYUGAL

Según Durkheim (1848-57), el estado matrimonial disminuye casi en la mitad el peligro de suicidio. Si bien los viudos se suicidan más que los casados, la proporción es menor que la de los solteros.^{68, 77, 226, 227}

La familia en sí, es la que más resguarda a los hombres contra el suicidio, ya que en hombres casados con hijos, la preservación es casi del doble que en los hombres casados sin hijos. Asimismo, los viudos con hijos están más protegidos que los casados sin hijos. Por el contrario, las mujeres casadas sin hijos se suicidan más (una vez y media) que las solteras de igual edad.^{68, 77}

Divorciados, viudos y solteros presentan esta situación como un factor de riesgo para el suicidio.

El matrimonio aparece como factor protector en los hombres pero no es significativo en mujeres.⁷⁷

Un estudio caso-control en menores de 35 años en Manchester entre enero de 1995 a junio de 1996 donde se utilizó el procedimiento de la autopsia psicológica (DSMIV) arrojó como resultado entre los fallecidos por suicidio un 22 % casados, 20% de separados o divorciados y 58% de solteros.¹²⁴

En Estados Unidos entre 1980 a 1986, la tasa de suicidio para hombres mayores de 65 años divorciados fue 3.2 veces mayor a la tasa de los hombres casados y, 18.9 veces mayor que para mujeres casadas. El aumento de las tasas en mujeres no estuvo relacionado con la situación conyugal.²⁰⁸

En otro estudio realizado en Estados Unidos entre 1991 y 1993, las tasas más altas correspondieron a viudos y divorciados en todos los grupos de edad. Se encontraron tasas de 34,9 por cien mil para viudos y divorciados y, 33,2 por cien mil para casados.²⁸ Las tasas fueron mayores en viudos jóvenes entre 15 y 34 años de edad.^{19, 28} El matrimonio sería un factor protector.¹⁹

Entre los cambios que se han efectuado en la familia uruguaya, se destaca el pasaje de aporte único al sistema de aporte múltiple como consecuencia de cambios demográficos, económicos y socioculturales. En el ámbito demográfico crecieron los hogares unipersonales, integrados en general por personas de edad avanzada, constituyéndose en familias nucleares sin hijos. Crecieron las familias con jefaturas femeninas; estando la familia tipo, compuesta por la pareja e hijos en el 37% de los hogares.

Los cambios económicos, sobre todo con la creciente participación de la mujer en el mercado laboral, significó otra de las modificaciones sustanciales. En 1975, un tercio de las mujeres casadas participaban de la actividad laboral, mientras que a principios de 1990, la proporción aumentó a 50%. En los sectores sociales más bajos el trabajo de la mujer hace posible que la familia no se encuentre bajo la línea de pobreza. El cambio provocado por el trabajo de la mujer no solo influyó en el sistema de aporte, sino también, en el sistema de autoridad y poder que se le ha dado al hombre como autoridad central de la familia. El rol de padre y esposo tradicional se vio afectado a su vez por los momentos de recesión y desempleo, donde él, no es capaz de satisfacer las necesidades de la familia.

Entre los cambios socioculturales se destacan: los cambios en el comportamiento sexual, los divorcios y la igualdad de género.²²⁸ El inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales provoca la formación de parejas no estables; como consecuencia de esto y la relación laboral de la mujer se observa una diferenciación según los estratos sociales. En las clases alta y media se produce una postergación del casamiento, como de la procreación, incentivado por las uniones de hecho. En las clases bajas por el contrario, se observa la maternidad adolescente con vínculos de hecho, dando lugar cada vez más a la ilegitimidad de los hijos, aumentando considerablemente el divorcio en las últimas décadas.²²⁸

En el año 1975, uno de cada 5 niños nacía fuera del matrimonio, aumentando esta proporción a 1 de cada 3 niños en el año 1993, y en las últimas décadas aproximadamente a un 50%.

Si bien el aumento de hijos ilegítimos aumentó porcentualmente en todas las franjas etáreas, en la franja de 15 a 24 años es donde se ve más el incremento, mientras que la menor cantidad estuvo representada por la franja de 25 a 29 años.

Los casamientos han tenido variaciones entre los años 1964 y 1971, donde hubo un crecimiento en el número de los mismos, y a partir de 1971, comenzaron a decrecer hasta la actualidad. En 1961 se registraba un divorcio cada doce casamientos, llegando en la década del 90 a 1 divorcio cada 2.8 casamientos.²²⁸

Si bien en Uruguay no hay muchos estudios donde se relacionen las características de la familia con el comportamiento y desarrollo de los niños que la integran, se acepta que la inestabilidad familiar -como la falta de uno de los padres- trae consecuencias negativas. En los países que hay estudios sobre este punto se concluye que estos niños tienen rendimiento escolar más bajo, problemas de adaptación tanto al medio como con sus pares así como mayores niveles de agresividad.²²⁸

Según un relevamiento de **CEPAL** sobre la base del *Estudio Diagnóstico e Investigación de Educación Básica en el Uruguay* en 1991, se observó que a mayor instrucción de la madre de los escolares, mayor es el número de padres biológicos casados, mientras que la proporción mayor de padres biológicos unidos, se observa en las madres que no han completado su educación primaria.²²⁸

Dajas, en *Uruguay*, encontró un predominio de los suicidas casados del 50,36%, seguido por solteros con un 24,10%, viudos con un 18,35% y finalmente, los divorciados con un 7,19%.¹¹

6.4. OCUPACIÓN

Han sido identificados en diversos países a determinadas profesiones como veterinarios, farmacólogos, dentistas, granjeros, practicantes, médicos, como integrantes de grupos de riesgo al observarse una mayor prevalencia de *suicidios*. En las profesiones citadas, han sido explicados por el fácil acceso a sustancias letales en algunas de estas profesiones; por las presiones laborales, el aislamiento social y las dificultades financieras en el caso de los granjeros.^{19, 77, 229}

Se ha demostrado que en las mujeres, las profesiones de: medicina, química y psicología, tienen 3 o más veces tendencia al *suicidio* que las demás mujeres. Las tasas de *suicidio* de las mujeres igualan a la de los hombres en estas profesiones.¹¹³

Se encontraron altas tasas de *suicidio* en médicos generales en *Dinamarca*, *Suecia* y *EEUU* y *Finlandia* (1993).^{220, 229} El 10% de los médicos generales en *Dinamarca*, han considerado alguna vez en la vida suicidarse y el 0,5% lo intentaron. La relación hombre mujer fue 3:1.^{220, 230}

Las mujeres policías en *Búfalo -Nueva York-* mostraron tasas 3 veces más altas que las empleadas en otras actividades.^{220, 231}

6.5. DESOCUPACIÓN

Durkheim, sostuvo que debía haber una correlación entre el desempleo y el *suicidio*.^{24, 68} Su predicción fue confirmada por las estadísticas de desempleo y las tasas de *suicidio* registradas en países de *Europa* y los *Estados Unidos*, que revelaban una correlación positiva entre los dos fenómenos.²¹

Existen a nivel Mundial, trabajos que evidencian asociación entre *suicidio* y tasa de desempleo.^{36, 232, 233} La asociación entre desempleo y *suicidio* en adultos es reconocida. Se ha demostrado esto en la población de suicidas jóvenes, sin embargo, es importante reconocer que la naturaleza de esta asociación puede ser imprecisa y que la actual contribución del desempleo en la etiología del *suicidio* podría ser menor a lo esperado.²¹⁷

Se encontró asociación entre desocupados y tasas de suicidios, se definió a esta asociación como un fenómeno complejo donde intervienen múltiples factores como la pobreza y depresión social, etc. Se destaca como una de las posibles explicaciones que los desordenes mentales se ven más entre los desocupados que en la población general.⁷⁷

Durante 1921 a 1995 en *Inglaterra* y *Gales*²³⁴, se constató que en hombres los *suicidios* se incrementaron en períodos de interguerra, es decir, cuando las tasas de desempleo fueron muy altas. Sin embargo, a fines de 1980, donde se registró una importante reducción del desempleo, la cual no provocó variaciones en las tasas de *suicidio*. En las mujeres también se produjo un aumento de las tasas de *suicidio* en el período de interguerra, pero aparentemente no estuvieron afectadas por el aumento en las tasas de desempleo desde 1970 a 1980. El análisis de las series temporales muestra diferencias estadísticamente significativas entre las tasas de *suicidio* por sexo según desempleo y entre desempleo según grupos de edad. Se encontró una asociación entre altas tasas de desempleo y suicidio tanto en hombres como en mujeres de 15-44 años entre 1921 y 1995.²³⁴

En *Inglaterra*, un estudio realizado en los períodos entre 1971 a 1980 y 1981 a 1992, encontraron tasas altas de suicidio tanto para las clases sociales bajas y como en las mas altas.^{235 - 237} En el mismo se encontró que el desempleo estuvo asociado con las tasas de *suicidio* y hubo una pequeña asociación con el nivel socioeconómico.²³⁵ Sin embargo, otros estudios realizados en hombres en *Inglaterra* muestran tasas altas de *suicidio* en clases sociales bajas.²³⁸

En un estudio caso-control en menores de 35 años en *Manchester*, en 1995 a 1996, se encontró una tasa más alta de *suicidios* en los desocupados.^{124, 239}

Un análisis de correlación entre la tasa de *suicidio* y la de desempleo realizado en Uruguay entre 1981 y el año 2001, no mostró correlación estadísticamente significativa. ($r = 0,44$). Pese a ello el trabajo destaca que el desempleo en hombres de 40 a 50 años puede ser un determinante importante de depresión y conducta suicida, se destaca en este sentido el pico de *suicidio* ocurrido en 1998 en *Uruguay*, en este grupo de edad.³⁶

6.6. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

*Lo más importante al momento de determinar la mortalidad y la salud en una sociedad dada no es tanto la riqueza total de esa sociedad sino la distribución equitativa de dicha riqueza. Mientras más equitativamente se distribuya la riqueza, mejor será la salud de la población.*²¹⁶

La pobreza y las condiciones asociadas al desempleo, bajo nivel de instrucción, privación y carencia de hogar tienen influencia sobre la tasa de *suicidio*.¹²

Para **Durkheim**, el *suicidio* como fenómeno social nos lleva al concepto de anomia, y en esta es inminentemente urbano, masculino y ocurre en regiones económicamente más ricas.¹⁰

En el *Reino Unido*, las clases sociales se dividen en 5 estratos, siendo la clase I la más alta y la V la más baja. Surge que de los 174 casos de *suicidio* estudiados entre 1990 y 1995, pertenecían: 3,45% a la clase I; 12,07% a la clase II; 45,40% a la clase III; 15,52% a la clase IV; 4,02% a la clase V; 3,45% pertenecían a las Fuerzas Armadas, y no se tuvieron datos de 16,09% casos.²¹⁷

Numerosos estudios han tratado de investigar la relación entre suicidio y clases sociales, después de la **II Guerra Mundial**. Se encontró una relación entre las tasas de *suicidio* con las clases sociales: habría más *suicidios* en las clases altas que en las bajas, aparentemente en los grupos de mayor edad. Sin embargo, estudios más recientes, encontraron tasas más altas en las clases sociales más bajas, por lo que se comprueba que no hay una relación lineal.

Se han considerado otros indicadores que reflejan el estatus socioeconómico, incluyendo: nivel de educación y calidad de vida, donde el poseer una vivienda y el acceso a un auto, podrían ser tomados también como posibles variables. En el período estudiado (20 años a partir de 1971), en 676 hombres y 420 mujeres que se suicidaron en *Inglaterra y Gales*, se observó una relación no significativa entre *suicidio* y clases sociales bajas pero sí una estrecha relación entre *suicidio* y desempleo. Los niveles sociales bajos estuvieron relacionados con tasas bajas de *suicidio* en hombres y altas en mujeres. En relación con el desempleo, éstas fueron más altas en las mujeres. Entre 1971 y 1981 y de 1983 a 1992, fue estudiada la transición económica encontrándose que entre las personas desempleadas, en ambos períodos se encuentran las tasas más altas de riesgo suicida.²³⁵

La pobreza y clase social, no están relacionados necesariamente con el *suicidio*. En *Estados Unidos*, las tasas de *suicidio* de ciertos grupos minoritarios fueron menores que las de la población general, en tanto que para otros las tasas son más altas. Las tasas de hombres afroamericanos (12,5 por cien mil) son significativamente más bajas que para los grupos equivalentes de origen caucásico (19,6 por cien mil).²⁴

Para **Dajas**, los factores socioeconómicos *per se* no determinan la mayor o menor incidencia del fenómeno suicida, en consecuencia, es dable suponer que existen individuos con una mayor tendencia al suicidio distribuidos a lo largo de la escala social. Según él, los fallecidos por *suicidio* poseerían mayor susceptibilidad por tener en forma clara o encubierta trastornos psíquicos que aumentan el riesgo suicida, como depresión, esquizofrenia, alcoholismo, personalidades agresivas¹¹

Se señalan a menudo los cambios socioeconómicos, en cualquier dirección como uno de los factores que contribuyen a elevar las tasas de *suicidio*, sin embargo, aunque se ha documentado este efecto en varias ocasiones, también se han registrado aumentos de las tasas en períodos de estabilidad económica.

Se ha constatado en *Finlandia*, que el aumento de las tasas de desempleo suele acompañarse, aunque no siempre, de un descenso de las tasas de *suicidio* en la población general, pero de un aumento entre los ancianos y los jubilados -como ocurrió en *Suiza*. Los datos de encuestas transnacionales llevadas a cabo en *Brasil, Chile*, la situación de *India y Zimbabwe*, demuestran que los trastornos mentales son más frecuentes en malas condiciones económicas.

En los *Estados Unidos*, se comprobó que el riesgo de trastornos es mayor en los niños de familias pobres según una proporción 2 a 1 para los trastornos del comportamiento y de 3 a 1 para los trastornos mórbidos. En una revisión de 15 estudios, la proporción mediana de la prevalencia general de trastornos mentales entre las categorías socioeconómicas inferior y superior era de 2,1 a 1 para la prevalencia en un año, y de 1,4 a 1 para la prevalencia a lo largo de la vida -se han reportado resultados similares en estudios recientes de *América del Norte, América Latina y Europa*. La depresión es más común entre los pobres que entre los ricos.

En suma, existen pruebas de que la evolución de los trastornos mentales esta determinada por la situación socioeconómica de los individuos. Pueden interferir barreras en el acceso a los servicios de salud, discontinuidad en el tratamiento, falta de educación, nutrición y apego familiar.¹²

Un estudio en menores de 35 años realizado en *Manchester* entre enero de 1995 a junio de 1996 -donde se utilizó el procedimiento de la autopsia psicológica (DSMIV), arrojó como resultado entre los fallecidos por *suicidio* que: Las clases sociales de la I a la II presentaron un 15% de los fallecidos, la II el 38%, la IV el 16% y la V el 17% (la clase I es la mas alta) y no clasificados 14%, con antecedentes de tratamiento psiquiátrico 65%, con medicación psicotrópica 46%, medicación antidepresiva 28%, tratamientos físicos 28%. Que consultaron en el último año 53%. Antecedentes de intentos expresados en el 19% de los casos.¹²⁴

En un estudio realizado en el año 1990, no se encontró asociación entre las tasas de *suicidio* y determinado nivel socioeconómico. Los hombres suizos con alto nivel socioeconómico tuvieron tasas más bajas a diferencia de las mujeres, que fueron más altas.^{154, 220, 240}

Lucero, no encontró en *Uruguay* en el período 1972 - 1992, que la tasa de *suicidio* se encontrara influenciada por los cambios sociales, pero señala, que numerosos estudios apoyan esta relación y por tanto quizás el **modelo matemático de Brenner** no sea el que mejor se adapta a las realidades nacionales.^{241, 242}

Los motivos para el *suicidio* en el *Pacífico Sur*, son en cierta medida paralelos a los propuestos por la psiquiatría occidental; no obstante, el significado de la autodestrucción en esa región parece derivarse de las cambiantes relaciones personales entre las personas, los parientes, la comunidad, bajo el influjo de los cambios socioeconómicos en marcha. En general, los grupos de población que han sufrido epidemias de *suicidio*, son relativamente impotentes y recurren a este como un instrumento complejo para expresar su deseo de venganza y de apaciguamiento. Las interpretaciones del *suicidio* -que hace la psiquiatría occidental- procuran enmarcar el fenómeno dentro de las enfermedades mentales o de la patología del carácter. Por otra parte, un análisis etnográfico del *suicidio* sugiere que lo ocurrido en el *Pacífico Sur* no es más que una

respuesta característica frente a conflictos sociales insostenibles, para cuya resolución, los medios tradicionales son insuficientes. Tanto las posibilidades de conflicto como las dificultades para mediar en ellos están agudizadas con los cambios sociales y los modos de vida inducidos por las economías occidentalizadas de la zona. Por ejemplo, los modelos explicativos locales interpretan como una solicitud de apoyo y protección el acto frecuentemente impulsivo de un adolescente micronesio que termina en *suicidio*. Al parecer el establecimiento de una economía salarial y la eliminación de los clubes y organizaciones de hombres han alienado a la presente generación. En estas circunstancias recrudecen conflictos relacionados con la autoridad familiar sin que se cuente con salidas apropiadas para su resolución. Dado que las expresiones de enojo o descontento frente a los mayores son limitadas, los adolescentes recurren al retraimiento social y la auto degradación para hacer ver que se sienten ofendidos. El acto se interpreta localmente, no solo como una expresión de disgusto y venganza sino también como un gesto de reconciliación. En *Samoa*, la expresión directa de insatisfacción con los mayores está igualmente restringida, el joven la expresa indirectamente, haciéndose “musu” o quedando socialmente aislado.

El *suicidio* y la *amenaza de suicidio* constituyen una de las pocas formas tradicionales de protesta y de instrumento de poder doméstico que tienen a su disposición las *mujeres chinas*.²⁴

6.7. COBERTURA DE ATENCION MÉDICA

Las investigaciones muestran que entre el 40% y el 60% de las personas que cometieron *suicidio*, tuvieron asistencia médica el mes anterior. La mayoría fueron asistidos por médicos generales, raramente por psiquiatra.⁷⁷

Malmberg, en *Inglaterra y Gales*, considera que los granjeros eran personas que tenían la capacidad de estar sufriendo algún dolor y no demostrarlo. En este estudio, surge que las personas tuvieron la posibilidad de consultar al médico general. Esta oportunidad no fue aprovechada por el sistema asistencial ya que no se trataron ni diagnosticaron los casos de depresión.¹¹²

En nuestro medio, **Puppo**, en un estudio efectuado con 50 muertes por *suicidio* tomadas de la **Morgue Judicial de Montevideo**, entre los años 1979 y 1980, encuentran que el 62% recibían atención médica continua, en los tres meses anteriores al acto, siendo atendidos el 48% de ellos por médico psiquiatra.¹³⁹

La cobertura médica constituye uno de los indicadores que componen el Índice de Carencias Críticas.

Según **Katzman**, entre las primeras cosas de las cuales prescinden las familias uruguayas en crisis económicas se encuentra la cobertura asistencial privada, para pasar a ser atendidos por el **Ministerio de Salud Pública** y alguna emergencia privada, como recurso compensatorio de contención.⁶²

El Índice de **carencias críticas** incluye el acceso a agua potable, electricidad en la vivienda y cobertura médica. Es cada vez más alto el porcentaje de familias que carecen de esta última. Si bien el **Ministerio de Salud Pública** atiende a la mayoría, no todos tienen vigente su *carne de asistencia*. En nuestro país inciden otros factores socioeconómicos del usuario, que de una u otra forma traban en lo real, la accesibilidad a los servicios.²⁴³

6.8. NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)

El criterio de las necesidades básicas insatisfechas para medir pobreza da cuenta principalmente de carencias estructurales. Se definen como necesidades básicas insatisfechas, al conjunto de requerimientos psicofísicos y culturales cuya satisfacción constituye una condición mínima necesaria para el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos en una sociedad específica.

Los servicios y condiciones básicas que se han tenido en cuenta para este estudio fueron los siguientes:

1. Materiales predominantes en la construcción de la vivienda
2. Habitaciones disponibles para dormir
3. Condiciones de evacuación de excretas
4. Condiciones de abastecimiento de agua potable
5. Acceso a alumbrado eléctrico
6. Utilización de medios para calefaccionar ambientes
7. Derechos vigentes en servicios de cobertura de salud

Teniendo en cuenta estos servicios y condiciones básicas, se construyó una serie de indicadores considerando la totalidad de la *población uruguaya* residente en hogares particulares.²⁴⁴

Desde una perspectiva demográfica la situación del país en términos de **NBI** es la siguiente: suman 1.200.000 personas que tienen al menos una carencia crítica, esto es 38% de la población total del país -en 1996. Esta población se puede desagregar de la siguiente manera: 702.000 personas con una carencia (22,6%), 298.000 acumulan dos carencias (9,6%) y 204.000 personas (6,6%) se encuentran en una situación muy crítica, pues presentan tres o más necesidades básicas insatisfechas.

Esta distribución de la población se acentúa en sus necesidades si consideramos a la población con menos de 15 años, donde presentan al menos una carencia crítica el 47% de la población y sobrepasa el 51% si consideramos los menores de 15 años.

El Uruguay no es un país homogéneo, ya que presenta diversos porcentajes de *necesidades básicas insatisfechas* según el departamento del país que consideremos. Así por ejemplo, Rivera presentó el 14,29% de tres y más NBI y, Colonia el 3,99%.

La ciudad de *Montevideo* presentó, asimismo, enormes diferencias: Los barrios de Casavalle, Manga, Gruta de Lourdes y Borro presentaron un 13,78% de tres y más NBI, a diferencia de los barrios de Pocitos, Buceo, Parque Batlle, Punta Carretas y Tres Cruces que presentaron un 0.33%.²⁴⁴

6.9. ACTIVOS Y ESTRUCTURAS DE OPORTUNIDADES ESTUDIO DE LAS RAICES DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL EN URUGUAY

El estudio mencionado, permitió indagar acerca de las modalidades más frecuentes de generación y movilización de activos como son, por ejemplo, las relativas al empleo y movilización de la fuerza de trabajo secundaria, en particular de la mujer y de los hijos; la capacidad relativa de la familia en invertir en "capital humano" y los determinantes y las tensiones inherentes a las decisiones familiares acerca del mantenimiento de sus hijos en el sistema educativo. Los indicadores de activos utilizados fueron: Tenencia de la vivienda, valor de la vivienda, Tenencia de vehículo, clima educativo del hogar, fuerza de trabajo potencial, potencial de crédito, composición social, completitud y estabilidad en hogares nucleares o extendidos con hijos menores de 16 años. Se utilizaron como *indicadores de comportamiento de riesgo*: Jóvenes que no estudian, no trabajan, ni buscan trabajo, mujeres adolescentes que han tenido hijos y no se encuentran casadas y, por último, insuficiencia educativa.

Se estudiaron 62 Barrios de *Montevideo*, donde al igual que para el estudio de **NBI** se encontraron enormes inequidades entre los diferentes barrios de esta ciudad, a modo de ejemplo señalamos: el barrio de Casavalle presentó un 40% de su población propietaria de la vivienda contra un 73% de Carrasco, un 11% de la población con propiedad de vehículo contra un 81% de Carrasco, 6 años de promedio de estudio contra 12 años de Carrasco, 50% de población con insuficiencia educativa en Casavalle contra 18% en el barrio de Carrasco y finalmente, 0,5 de índice de valor promedio potencial de crédito en Casavalle contra 2 del mismo valor índice en Carrasco.⁶²

6.10. RELIGIÓN

Adolph Wagner desde 1864²⁴⁵ manifestaba que los protestantes se suicidaban más que los católicos sin mucha fundamentación epidemiológica y esto a pesar de ser protestante. En 1879 **Morselli**, aseguraba esta afirmación, los países protestantes tienen mayor tendencia al suicidio. **Durkheim** al igual que **Morselli**, **Legoyt**, **Wagner** y **Prinzing** aseguraban que el número de *suicidios* no era el mismo en los diversos grupos religiosos.^{68, 246}

Entre 1849-1855 en *Europa*, los protestantes se mataban más que los católicos y los judíos. En 1901-1907, se destacaba el aumento de la tasa en los judíos pasando a ocupar el primer lugar. Después de 1880 las estadísticas prusianas indican la relación entre religión y *suicidio*. Se argumentó que el aumento de la tasa en los judíos se debía a que éstos habitaban los medios urbanos que tienen mayores tasas de suicidios.

El orden decreciente de mortalidad en 1907, arroja en primer lugar a los judíos, seguido de protestantes y católicos. Los protestantes se matan en una proporción de 2 a 1 con respecto a los católicos. La tendencia es a la disminución de las proporciones de *suicidios* entre la religión protestante y católica.²⁴⁵

Durkheim, rechazaba la idea de que el terror al más allá constituya un factor protector, porque en ese caso, los protestantes se mataban más. Ellos creen en el más allá como los católicos, y relaciona la diferencia en los distintos grupos de apoyo y tradiciones. **Max Weber**, manifestaba que el protestantismo es más popular en los medios urbanos donde las tasas de *suicidio* son mayores, en cambio, los católicos habitaban más en la campaña donde las tasas eran menores.²⁴⁶ La tasa de *suicidio* de los católicos alemanes se acrecentaba en los medios urbanos al igual que en *Francia*.²⁴⁵

¿Qué es lo que marca la diferencia en las tasas de mortalidad por suicidio en las diversas religiones?

*EL estudio concluye que no hay que atribuir a la religión tal diferencia sino al tipo de vida industrial-urbano de los protestantes y judíos y el agrícola –rural de los católicos. en aquel momento histórico.*²⁴⁵

En 26 países de *Europa* y *América* entre 1986 y 1990, en un estudio multicéntrico se encontró una asociación negativa entre las tasas de *suicidio* y la religión judeo-cristiana ajustada por situación socioeconómica.¹⁶

Históricamente, el significado del *suicidio* ha reflejado la naturaleza de los principios espirituales más importantes que guiaban una cultura. La tradición judeo-cristiana sostiene que la vida es un don proporcionado por Dios. Estas influencias según **Ghosh** (1996) todavía son patentes y pueden contribuir a que exista una tasa menor de *suicidio* en los países tradicionalmente católicos como ser, *Italia*, *España* e *Irlanda*.⁷⁸

7. VARIABLES DE LUGAR

7.1. LUGAR DE FALLECIMIENTO

*Si bien no abunda la literatura que estudie esta variable, los autores coinciden, en que por lo general, el lugar elegido es el propio domicilio de la víctima.*¹³⁹

Estudios realizados por **Puppo** en nuestro país sobre la base de la información recabada en el levantamiento del cadáver, se observó que un 82% de los *suicidios* se cometen en el domicilio.¹³⁹

**Distribución de los fallecidos por suicidio según lugar del hecho
Montevideo 1982**

Lugar del hecho	Cantidad	Frecuencia Relativa %
Domicilio	41	82.00
Vía Pública	5	10.00
Centro Asistencial	2	4.00
No se conoce	2	4.00
Totales	50	100.00

Fuente: Puppo H. y col. *Revista de Psiquiatría* Nº 47 Pág. 201.¹³⁹

7.1.1. Prisión

Durante los años 80' en el *Reino Unido*, se evidenció que la tasa de *suicidio* en prisión superaba en alto grado la tasa en la población general. Siendo tres veces mayor en la población presa y en su mayoría entre 15 a 44 años. El método más frecuentemente utilizado fue el ahorcamiento. Entre 15 y 44 años -en el mismo período- el método más frecuente en población general fue el monóxido de carbono.²⁴⁷

Dos estudios más recientes realizados, uno en 1995 y otro en 1998, encontraron un riesgo de padecer *suicidio* tres veces mayor entre la población presa que en la población general.^{248, 249}

En *Escocia* el 27% de los prisioneros eran consumidores de opio y tuvieron diez veces mas riesgo de suicidio que los no consumidores.²⁵⁰

En *Inglaterra y Gales*, el 19,3% de los *suicidios* tuvo como método el consumo de drogas. Existiendo una alta prevalencia entre presidiarios de drogodependientes.^{250 - 252}

7.1.2. Procedencia urbana – rural

En algunos países los *suicidios* son más frecuentes en áreas rurales y en otros en medios urbanos.^{19, 77}

A pesar de que anteriormente se consideraba que el *suicidio* era un problema predominantemente urbano, propio de ambientes altamente industrializados, las tasas de suicidio disponibles no parecen estar relacionadas directamente con el desarrollo técnico económico. Las tasas varían ampliamente entre los países ricos y entre los pobres y reflejan tanto reales diferencias como diferencias en los métodos de recolectar los datos. Así la modernización no parece estar relacionada directamente con el suicidio de manera clara y simple, dentro de un país, las áreas urbanas no tienen necesariamente tasas más altas que las regiones rurales.

En *China* por ejemplo las tasas de muerte por suicidio en las zonas rurales fueron tres veces mayores en 1989 que en el medio urbano.²⁴

En *EEUU* de 1980 a 1986, las tasas de *suicidio* variaron según la región del país, siendo más altas en el oeste si bien se identificó un crecimiento de las tasas en todas las regiones del país.²⁰⁸ La región del medio Atlántico (zona con mayor desarrollo urbanístico) presenta las tasas más bajas en relación con los estados montañosos del oeste. Estas diferencias son sorprendentes 18.4 por cien mil en el Atlántico contra 32,2 por cien mil en los estados montañosos (si bien ello puede corresponder a diferencias de subregistros, según destacan algunos autores).⁷⁸

Sin embargo, en *Chile* -según información recabada en los años 80', la tasa de *suicidios* fue del orden de 5,59 por cien mil para todo el país, mientras que en *Santiago*, capital y centro metropolitano, la tasa fue más alta con 6,57 casos por cien mil habitantes.^{31,32}

7.1.3. Montevideo - interior

El interior históricamente ha presentado altas tasas de suicidio. A comienzo de siglo **Durkheim** definió al *suicidio* como urbano, masculino y que aumentaba con la edad, sin embargo, diversos estudios a lo largo del siglo, tienden a mostrar un aumento en los medios rurales.⁶⁸

Montevideo, ha mostrado tradicionalmente tasas bajas, pero en los últimos años de la década del 80', se observa un aumento del *suicidio* en la capital que ha hecho disminuir la razón (Interior/Montevideo) con el resto del país. En 1963 la razón fue de 5.3/1 y a partir del 1982 disminuye a 2,6/1 hasta el año 1993 en que tiene un valor de 1.5 cada 1.¹⁰

El *suicidio* ha crecido en forma importante en *Montevideo*, quizás según lo expresado por **Robertt**, debido a fenómenos de desorganización social, dado los procesos de urbanización creciente con sus efectos aparentemente anómicos. Según él, los cambios socioeconómicos se reflejan primero en la capital del país, *Montevideo* parece dar siempre las primeras señales y el resto del país acompañar posteriormente este movimiento.¹⁰

El *suicidio* predominó en el interior del país en el período 1963-1999, pero durante 1975 – 1996, las tasas aumentaron dos veces y media en *Montevideo*, pasando de 3,8 por cien mil a 9.8 por cien mil. El Interior se mantuvo estable en cuanto al comportamiento de la tasa de acuerdo a lo expresado en la relación interior/Montevideo.^{9, 13}

Dajas, en 1980, analiza la distribución de las tasas de *suicidios* en el Interior del país y destaca al departamento de Lavalleja con la tasa más alta, 23,35 por cien mil, por encima de la media de todo el país, siendo las tasas por encima de 60 por cien mil, entre los habitantes de 40-49 años y los de 60-69 años. La tasa de Florida, fue de 17,6 por cien mil, siendo 4 veces mayor en el sexo masculino que en el femenino. La tasa más baja se observó en Paysandú con 4,1 por cien mil. En el departamento de Cerro Largo, continúa vigente el mismo patrón con un mayor número de *suicidio* en hombres y, a su vez, se encuentran tasas altas en jóvenes de sexo masculino entre 15 y 24 años. La excepción del *suicidio* masculino, se presenta en el departamento de Treinta y Tres, donde el *suicidio* femenino (8,6 por cien mil), fue el doble del masculino, (4,2 por cien mil).¹¹

7.1.4. Regionalización

Esta estrategia metodológica aplicada por **Veiga**, tiene como objetivo contribuir al análisis regional y al estudio de las principales características de sus "áreas homogéneas" o "regiones". Por medio de la identificación de sub-espacios nacionales con la valoración de indicadores socioeconómicos representativos que permiten describir y analizar las características de dichas regiones y evaluar las distancias existentes entre las diversas regiones del país. La valoración ha incluido: densidad de población, empleo, calidad de vida, inmigración y educación entre otros.

Montevideo, históricamente ha sido considerado el sitio de concentración de las clases de mayores recursos socioeconómicos y de más nivel de influencia política. El desarrollo de las zonas costeras desde Colonia hasta las costas de Rocha también llevó a los grupos sociales de más alto poder económico y político. El desarrollo dendrítico de las vías de comunicación con una gran confluencia en *Montevideo* y sin permitir en muchas ocasiones una comunicación transversal entre ellas también ha llevado a la hegemonía metropolitana.^{253 - 255}

NIVELES DE DESARROLLO REGIONAL SEGÚN PRINCIPALES DIMENSIONES (FACTORES)					
REGIONES	DIVERSIFIC. SOCIOECON.	INMIGRA.	EDUCA.	AGROEXPORT.	VARIAC. EMP. INDUST.
SURESTE	ALTO	MEDIO	MEDIO	BAJO	ALTO
SUROESTE	MEDIO	MEDIO	BAJO	ALTO	ALTO
CENTRAL	BAJO	BAJO	MEDIO	BAJO	MEDIO
LITORAL	MEDIO	BAJO	MEDIO	MEDIO	BAJO
NORESTE	MEDIO	ALTO	MEDIO	ALTO	BAJO

Relativos al Promedio Nacional, según puntajes factoriales. Excluido Montevideo

Región sureste: Integrada por los Departamentos de Canelones y Maldonado.

Región Suroeste: Conformada por departamentos de Colonia y San José. (la región precedente y esta tienen los niveles de vida más altos del País, siendo Colonia de estos departamentos el de mejor nivel de vida)

Región Central: Departamentos de Tacuarembó, Durazno, Flores, Florida y Lavalleja. Es la de menor desarrollo socioeconómico con un importante proceso de vaciamiento poblacional.

Región Litoral: Compreendida por los departamentos de Salto, Paysandú, Río Negro y Soriano. Caracterizada por una disminución de la industria y de la agricultura.

Región Noroeste: Constituida por los departamentos de Artigas, Rivera, Treinta y Tres, Cerro Largo y Rocha. Área de potencial agro exportador muy alto.

Montevideo: ²⁴⁴ Los indicadores revelan en *Montevideo* la existencia de condiciones de desigualdad e inequidad. Por ejemplo se han identificado desiguales estrategias de vida emergentes entre la juventud montevideana, de acuerdo a su nivel socioeconómico. Finalmente, por sus consecuencias e impacto creciente en los procesos de desigualdad social y segregación urbana, es necesario referirse a los asentamientos informales que han tenido en la capital del país, una tasa de crecimiento acumulativa anual del 10% en el último período intercensal -en un contexto de estancamiento demográfico-. En estas áreas de pobreza se ve una acumulación de la población infantil y adolescente con importantes déficit y deserciones del sistema educativo y alta proporción de jefes mujeres de hogar. Predominando en los asentamientos marginales los siguientes factores: alta dinámica de crecimiento, radicalización de las pautas de segregación social, conflictividad juvenil, confrontación sociedad formal – sociedad informal y energía social desestimulada.^{6, 256}

Robertt identificó otra regionalización en el país, de acuerdo al comportamiento de las tasas de *suicidio* estableciendo de esta manera distintas zonas suicidógenas.¹⁰

Tasas de suicidio en regiones y departamentos de Uruguay por períodos (por 100 mil habitantes)

REGION	1963-67	1968-72	1973-77	1978-82	1983-87	1988-93
CENTRAL	15.7	16.7	17.7	15.5	13.6	16.0
Durazno	10.7	12.8	11.5	9.4	9.8	16.5
Flores	6.7	18.2	13.0	12.1	16.2	17.4
Florida	17.4	13.1	14.0	16.8	16.8	12.8
Lavalleja	19.8	23.2	29.9	22.4	11.4	15.8
Tacuarembó	17.1	16.5	16.7	14.3	16.3	17.8
LITORAL	12.8	13.3	12.5	13.4	11.0	12.6
Paysandú	13.8	11.5	16.5	11.7	9.4	12.9
Río Negro	10.6	14.0	10.0	18.6	12.7	11.3
Salto	9.8	12.6	8.6	11.9	9.2	10.5
Soriano	16.6	15.9	14.0	14.5	14.3	16.2
MONTEVIDEO	4.2	3.7	4.2	3.4	5.0	7.8
NORESTE	22.2	20.3	20.0	14.5	18.8	21.5
Cerro Largo	24.9	19.5	24.0	11.8	20.4	17.2
Rocha	17.5	23.1	24.2	15.8	20.5	29.0
Treinta y Tres	23.8	17.9	11.4	17.3	13.6	18.0
NORTE	15.7	16.4	14.2	12.8	12.6	9.4
Artigas	14.5	14.3	14.4	12.3	10.5	9.7
Rivera	16.4	17.8	14.1	13.1	14.3	9.2
SURESTE	16.3	18.1	16.3	13.3	14.4	13.3
Canelones	16.4	17.6	14.0	12.8	14.8	12.3
Maldonado	15.7	20.4	26.2	15.4	15.9	17.1
SUROESTE	13.0	15.5	19.6	16.3	9.3	16.3
Colonia	14.7	15.6	21.5	14.8	11.0	12.3
San José	10.9	15.4	17.1	18.2	9.8	21.3

Fuente: Robertt P. El Suicidio en Uruguay. Página 73

Dentro de la **zona noreste** se destaca el departamento de Rocha con las tasas superiores, llegando a valores de 29 por cien mil, la más alta a nivel nacional. Esta región ha presentado un predominio absoluto en los últimos 30 años llegando a una tasa de 21,5 en 1988-1993.

La **región central** tiene una homogeneidad entre los departamentos presentando una tasa de 16 por cien mil.¹⁰

Las **zonas sureste y suroeste** muestran una posición intermedia. Destacándose en la zona suroeste el departamento de San José con 21,3 por cien mil. (ocupando el segundo lugar a nivel nacional) Las zonas litoral y norte junto con Montevideo son las de menor *suicidio* en el conjunto del país.¹⁰

Montevideo presenta una tasa de 7,8 por cien mil en el período 1988-1993.

La **región litoral** presenta una importante variación intraregional, Soriano presenta las tasas más altas con 16,2 por cien mil.¹⁰

La **región Norte** es la que presenta la tasa más baja a nivel nacional con una de 9,4 por cien mil.¹⁰

La **región sureste** debe sus variaciones de un período a otro a Maldonado, mientras que Canelones presenta una estacionalidad en tasas medias.¹⁰

8. VARIABLES DE TIEMPO

8.1. ESTACIONES

Según estudios de **Morselli**, se cometen más *suicidios* en las regiones más templadas de Europa.

En primavera es cuando el *suicidio* alcanza su máximo -según **Durkheim**-, siendo los seis meses más cálidos del año donde se cuenta con el mayor número de *suicidios*.⁶⁰

En Europa, a partir del mes de enero, el *suicidio* crece todos los meses hasta junio donde comienza a decrecer hasta fin de año. Así, en las distintas sociedades europeas los *suicidios* se reparten de igual forma entre los distintos meses del año y estaciones. Se observó que la mayoría de los *suicidios* se cometen durante el día; entre la mañana y la tarde. Estos disminuyen en el fin de semana a partir del viernes, registrándose la frecuencia más baja el sábado, para comenzar a crecer el domingo.⁶⁸

Aparentemente tanto los meses, las horas y los días, tendrían que ver con las actividades de los individuos, ya que son los momentos de mayor movimiento, tanto de negocios como sociales, en las ciudades.⁶⁸

Brierre de Boismont, a partir de 4.595 *suicidios* ocurridos en París, observó que de los 4/5 de los *suicidios* que se concretan entre el día y el atardecer, los del día representan el 75%.⁶⁸

A las conclusiones finales a las que arriba **Durkheim** -a fines del siglo XIX, son: que el calor no es el que ejerce una influencia perturbadora sobre los organismos para que la frecuencia de los *suicidios* sea mayor sino que el motivo que se encuentra, es que la vida social es más intensa. Según el referido autor "todo concurre en demostrar que el día es el momento de la jornada que favorece más el suicidio ya que la vida social se encuentra en toda su efervescencia", en consecuencia también los meses.⁶⁸

En Hong Kong, un estudio realizado en 2.284 *suicidios* entre enero de 1996 y octubre de 1998, se observó que los factores psicosociales y la temperatura ambiente incide significativamente en los *suicidios* por inhalación de CO por quema de madera, siendo estos más frecuentes en los meses fríos (diciembre y enero).²⁵⁷

Las variaciones estacionales influyen en el *suicidio*, de forma que aumentan las tasas en verano, descendiendo en otoño e invierno, según lo descrito por varios autores. Se determinó una clara correlación entre las admisiones en hospitales psiquiátricos y la estación del año.^{31, 258 - 262}

Eastwood & Peacocke en 1976; **Maes et al** en 1993, correlacionaron las estaciones con las depresiones severas, sugiriendo que podía ser una explicación de los *suicidios*.^{33, 194, 263, 264}

Trabajos publicados en *Chile* en los años 70', muestran una tasa alta de *suicidio* en primavera con un descenso en el invierno.^{31, 194, 263, 264}

Varios estudios determinaron la importancia de las estaciones del año en la variación de la tasa de *suicidio* en el hemisferio norte y otras pocas se focalizaron en el hemisferio sur.^{31, 260, 263, 265}

Estudios realizados en *España* entre los años 1981 y 1985 -comparando los meses de frío y calor, muestran altas tasas para las estaciones cálidas.^{31, 266}

En *Bélgica* se presentó el mismo patrón.^{31, 258}

En el hemisferio sur en 1937 -en *Argentina*- un grupo de estudio en la ciudad de *Buenos Aires*, encontró un aumento de las tasas de *suicidio* en primavera, coincidiendo con **Asberg**.^{31, 267}

Las estaciones de mayor frecuencia de *suicidio* en los hombres en la Segunda Región de *Chile* en el periodo 1989-1995, fueron el invierno y el verano. No se encontró tendencia alguna respecto de los días de la semana.²²²

Dajas, no observó en *Montevideo* grandes cambios estacionales en las tasas de *suicidio*, aunque reportó un incremento de las mismas hacia el fin de la primavera y comienzo del verano.¹¹ En 1998 se observó un claro aumento en el mes de noviembre (primavera).³⁶

9. CARACTERÍSTICAS DEL ACTO SUICIDA

9.1. MÉTODO

En *Francia*, *Inglaterra*, *Italia* y *Prusia* entre los años 1872 y 1877, el método más comúnmente empleado para suicidarse era por ahorcamiento; seguido por el método de sumersión y el disparo por arma de fuego. En cuarto lugar fue ocupado por las precipitaciones y por último el envenenamiento y la asfixia.⁶⁸

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. De todas las personas que murieron por heridas de armas de fuego en los *Estados Unidos* durante 1997, el 54% lo hizo por *suicidio*. Varios estudios han puesto de manifiesto una correlación entre la posesión de armas cortas en el hogar y las tasas de *suicidio*. Una legislación restrictiva de acceso a esta clase de armas puede tener efectos beneficiosos. Así lo indican diversos estudios realizados en los *Estados Unidos* donde la restricción sobre la compraventa de armas de fuego se asocia con tasas bajas de *suicidio*.¹² Los Estados donde las leyes sobre posesión de armas cortas eran más severas tuvieron las tasas más bajas de suicidio por arma de fuego y no por ello se observó un aumento de la tasa por los otros métodos.^{12, 268}

La ingestión de sustancias tóxicas tales como plaguicidas, herbicidas o medicamentos es el método de *suicidio* preferido en muchos lugares particularmente en las zonas rurales de los países en desarrollo.¹²

En la *Federación Rusa* y *Países limítrofes*, el consumo de alcohol ha aumentado vertiginosamente en los últimos años y se ha relacionado ello con el aumento en la tasa de *suicidio*.¹²

El consumo de alcohol, por ejemplo en los *Estados Bálticos* y en la *Federación Rusa* y, el fácil acceso a las sustancias tóxicas (como en la *China*, la *India* y *Sri Lanka*) y a armas de fuego (como en *El Salvador* y en los *Estados Unidos*) parece correlacionarse positivamente con las tasas de *suicidio* tanto en "*Países Industrializados* como en "*Vías de Desarrollo*".¹²

El método utilizado depende de las características de las comunidades y de la accesibilidad a los mismos.^{20, 207, 269, 270}

9.1.1 Estados Unidos

En *Estados Unidos* entre 1950 y 1970, el método más utilizado por hombres y mujeres fue el disparo por arma de fuego con un 60% de los casos de *suicidio*.^{28, 207} Se utilizó en mujeres como segundo método las intoxicaciones y en el hombre el ahorcamiento.²⁸ El dramático aumento del *suicidio* se debe -según los estudios referidos- al incremento en el uso de armas de fuego, tanto en jóvenes como en adultos y adultos mayores.^{28, 271, 272}

El *suicidio* constituye la 3^{ra} causa de muerte en EEUU en 1995, en los grupos etáreos de 15 a 24 años. Las tasas de *suicidio* en adolescentes se triplicaron desde 1950, con un elevado incremento de los casos en años recientes en hombres jóvenes caucásicos y afroamericanos de 16 a 24 años. El pico de prevalencia fue 32/100.000 en hombres de 20 años. El riesgo de *suicidio* se ha incrementado en hombres jóvenes en los *Estados Unidos* en 1995, y ello ha sido dramático en el grupo de 10-14 años. Las causas han sido múltiples y complejas, se destaca en especial -entre otras- el aumento en el uso de armas de fuego debido a un mayor acceso a las mismas por parte de la población joven.²⁰⁴

El disparo por arma de fuego fue el método más frecuente en los menores de 25 años, representando el 64.9% entre 1980 y 1992. El método por ahorcamiento ocupó el 2do lugar, seguido por envenenamiento.^{28, 204, 273}

Entre 1980 y 1986, el uso de armas de fuego por encima de los 65 años aumento de 60% a 70%.^{28, 208, 274}

Las diferencias geográficas en las tasas de *suicidio* se debieron en muchos casos al distinto acceso a las armas de fuego.²⁸

En *Estados Unidos* el método de arma de fuego varia en función de la región geográfica, encontrándose su uso más frecuente en regiones rurales. Se supone que allí hay más acceso a éstas por motivos deportivos, mientras que en las zonas norte y este existen leyes muy estrictas en cuanto al control de tenencia de armas.

Los *suicidios* por armas de fuego en 1999, constituyeron el método más utilizado en todas las edades, etnias y sexos, encontrándose diferencias significativas entre sexo y método según las edades. En un estudio de 15 años a partir de 1980, se encontró que el uso de arma de fuego en jóvenes de sexo masculino, aumentó en los de raza negra, en un 300% y en los de raza blanca, en un 29%.⁷⁴

Es importante evaluar la capacidad facilitadora de la pérdida del control asociado al uso del alcohol y las drogas. El abuso de alcohol o cocaína se presentaron en dos de tres de las víctimas del sexo masculino entre 18 y 19 años.¹⁵⁸

En 1987, se encontraron niveles de alcohol hasta cinco veces más alto en los que usaron armas de fuego. **Fisher**, en 1995 no observó esta relación.⁷⁴

Sólo el 2% de los *suicidios* de varones entre 15-24 años, es consumado por ingestión de drogas, mientras que un 16% de las mujeres de esa edad lo eligen.²⁵⁷

En las áreas urbanas prevalece la precipitación al vacío, siendo un factor facilitador la cantidad de edificios existentes. Los adolescentes de áreas suburbanas, utilizan la asfixia por monóxido de carbono, al tener más acceso a autos y garajes.

9.1.2 Inglaterra y Gales

En *Inglaterra y Gales*, en un estudio realizado 1995 y 1996 sobre una muestra de 84 granjeros, se observó que el método más frecuente fue el ahorcamiento tanto en los que están en actividad como los jubilados (47%), seguidos por arma de fuego (27%), ahogados (11%) y por envenenamiento por emanación de gases provenientes de la combustión de automóviles (10%). La alta tasa de muertes por arma de fuego, en la población masculina, refleja la facilidad de acceso a las armas en las granjas, sin embargo las esposas de los granjeros prácticamente no usan este método, más allá de que estén acostumbradas a utilizarlas para uso doméstico.¹¹²

El período de estudio de 25 años sobre método de *suicidio* por drogas, entre 1968 a 1992 en el *Reino Unido*, arrojó como resultado, que el *suicidio* por sobredosis de barbitúricos tuvo los promedios más altos tanto en hombres como en mujeres, 7.8 y 9.3 por 100.000 respectivamente. El riesgo para los hombres adictos fue cuatro veces mayor que para mujeres adictas. El período de mayor riesgo se produjo entre los años 1968 a 1977, que coincide con los primeros 10 años de Regulación de Drogas Peligrosas y los primeros 5 años de la *Regulación del Uso Inadecuado de Drogas* (1968-1973). Luego de este período se produjo un descenso constante tanto en los *suicidios* como en los riesgos.¹⁰⁸

En *Inglaterra y Gales*, entre 1960 y 1997, se encontró que las tasas de suicidio por sustancias tóxicas declinaron desde 1960 a 1990, mientras que las tasas por ahorcamiento aumentaron. Las muertes por intoxicación por gases en hombres se incrementaron en un 330% entre 1975 y 1990. En relación al *suicidio* femenino las tasas por intoxicación decrecieron desde 1975 a 1990 en un 58% pero durante el mismo período hubo un incremento en la intoxicación por gases domésticos de 380% y el *suicidio* por ahorcamiento decreció en el mismo período.^{210, 211}

Otro estudio realizado entre 1990 y 1995 sobre una muestra de 174 individuos menores de 25 años muertos por *suicidio*, mostró que el método más frecuentemente utilizado fue el ahorcamiento, seguido por el empleo de monóxido de carbono y la muerte por sobredosis de coproxamol. En 149 casos a los cuales se les realizó análisis toxicológico *post-mortem*, verificándose en 37.6% la evidencia de consumo de alcohol previo a la muerte y la evidencia de consumo de drogas en 7.8% de 154 casos. El método más frecuentemente por el sexo masculino, fueron las heridas autoinfligidas con un 52.9%, mientras que el envenenamiento involucró un 45.4%. Para el sexo femenino la relación fue la inversa. De este trabajo surge que el método más frecuentemente utilizado fue el ahorcamiento, seguido por la intoxicación por monóxido de carbono y sobredosis por drogas. Las más usadas fueron: co-proxamol, paracetamol y antidepresivos.²¹⁷

Trescientas personas al año, se suicidan en *Inglaterra y Gales*, utilizando como método la precipitación, representando éste el 5% de los *suicidios*. *Bruselas* tiene 3 veces más *suicidios* por precipitación que el resto del país. En el *Reino Unido*, es el método más común en los centros urbanos y, dentro de *Estados Unidos*, es el más usado en *Nueva York*. El 75% de los habitantes de *Singapur*, una ciudad con 2.400.000. habitantes, viven en rascacielos, por lo cual el 60 % de los *suicidios* ocurridos utilizó como método la precipitación. Entre 1960 y 1976, la proporción de habitantes que pasó a vivir en rascacielos fue de 9.1% a 51%, lo que llevó a que se triplicaran los *suicidios* por este método.¹⁷⁸

En 1987, en *Inglaterra y Gales*, 957 personas fallecieron por intoxicación por consumo de drogas. Las 12 más comunes, consumidas con alcohol o sin él fueron: paracetamol combinado con co-proxamol, 124 casos, (12,96%); paracetamol, 101 casos, (10,55%); dothiepin, 63 casos, (6,58%); amitriptilina, (5,33%) y aspirina, (5,33%), 51 casos cada

una; temazepam, 36 casos, (3,76%); clometiazole, 19 casos, (1,99%); amylobarbitone, 10 casos, (1,04%); nitrazepan, 10 casos, (1,04%); éstas representaron más del 50% de las muertes por envenenamiento.

Entre los antidepresivos, los más comunes fueron, dothiepin y amitriptyline en segundo lugar. Los antidepresivos solos o consumiendo alcohol, representaron el 14% de las muertes por envenenamiento.¹¹⁰

9.1.3 Finlandia

En *Finlandia* durante los años 1987 a 1988, se analizaron 1397 fallecidos por *suicidio*, donde resultó que para los hombres el método más frecuente fue el ahorcamiento con un 34,4% seguido por arma de fuego con un 26,7 % y sobredosis de drogas con un 12%. En el sexo femenino el método más frecuente fue la sobredosis de drogas con un 40,3% seguido por el ahorcamiento con un 30% y sumersión con un 13% de los *suicidios*. Los *suicidios* con armas de fuego se vieron incrementados cuando se dispuso de las mismas.¹⁴⁴

9.1.4 Hong Kong

En un estudio realizado en *Hong Kong*, sobre 2.284 *suicidios* entre enero de 1996 y octubre de 1998, las tasas de *suicidio* fueron de 12.6 en 1996; 12.0 en 1997 y 12.8 en 1998 por cien mil respectivamente. Los métodos más frecuentes fueron precipitación 54.1%; ahorcamiento 31.6%; envenenamiento por drogas 5.3 %; sumersión 3.3% y envenenamiento por gas domestico 1.6% .²⁵⁷

El primer caso de *suicidio* por inhalación de CO por quema de madera sucedió en 1998. En 1999, los *suicidios* por inhalación de monóxido de carbono representaron el 15.4% de los cuales el 10.1% correspondió a inhalación de monóxido de carbono por quema de madera, y 5.3% por gas doméstico.²⁵⁷

9.1.5 Suecia

En *Suecia* entre 1992 a 1994, mediante la técnica de screening, se estudio el consumo de psicofármacos en 5.281 *suicidios*. La depresión se presento diagnosticada por debajo de los tratamientos estipulados especialmente en hombres. Los psicotropicos fueron encontrados en 45,3% de los *suicidios*, de estos, antidepresivos fueron detectados en 12,4% de los hombres y 26,2% de las mujeres. Neurolépticos y antiepilépticos fueron encontrados en un 8,3% y ansiolíticos e hipnóticos en 20, 5 % para ambos sexos.²⁷⁵

9.1.6 Dinamarca

En un estudio realizado en *Dinamarca en Hospitales Psiquiátricos* durante el período 1973 – 1993, sobre 1.567 mujeres registradas entre 15 y 44 años, ocurrieron 107 muertes, de estas el 49% fue por *suicidio*, el método más fue por alcohol y drogas.¹²⁵

9.1.7 Argentina

Según **Bonnet**, en *Argentina* (1981) los métodos más frecuentes utilizados fueron: arma de fuego, barbitúricos, ahorcados, arma blanca, asfixia por sumersión, intoxicación por monóxido de carbono y politraumatismos provocados por precipitación o arrollamiento ferroviario.²⁷⁶

9.1.8 México

Los principales métodos empleados en el período 1979- 1993 fueron: ahorcamiento, uso de arma de fuego, explosivos, y envenenamiento mediante sustancias sólidas y líquidas.³⁰

9.1.9 COSTA RICA

En un estudio realizado en este país, se analizaron 170 protocolos de autopsia correspondientes a *suicidios* en mujeres en un período de diez años entre 1983 a 1993. Se observó una mayor frecuencia en mujeres entre quince y veinte años de edad, solteras, costarricenses, de zona urbana (área metropolitana) y amas de casa. El método más común fue la intoxicación, seguido por el ahorcamiento, la precipitación y la herida por proyectil de arma de fuego que han presentado un leve incremento en ese período.²⁷⁷

9.1.10 otros países

En un estudio realizado en 23 sistemas de Metro alrededor del Mundo -en *Europa, Canadá, Estados Unidos y América del Sur*- la mayoría de las víctimas con intentos de *suicidio* fueron jóvenes menores de 40 años del sexo masculino, no se encontraron variaciones estacionales y fundamentalmente los intentos se dieron en la proximidad de instituciones psiquiátricas.^{259, 278} En *Nuremberg y Toronto*, la mayoría de los intentos estudiados correspondieron a mujeres.^{279, 280} De los que intentaron suicidarse el 60% consumo el *suicidio*. Los incidentes en general se presentaron temprano en la mañana y en las primeras horas de la tarde y con menor frecuencia en los fines de semana. Las mayorías de las víctimas estudiadas tuvieron antecedentes psiquiátricos.²⁷⁹

9.1.11 Uruguay

En un estudio realizado en *Montevideo* durante los trienios 1965-1967 y 1975-1977 ⁶³ se observó que el método más utilizado por los suicidas fue el disparo por arma de fuego, en el segundo trienio los hombres disminuyeron su uso en cambio las mujeres lo aumentaron. El ahorcamiento ocupó el segundo lugar durante el primer trienio y segundo trienio para el sexo masculino y, para las mujeres, este método se vio desplazado por las intoxicaciones en el segundo trienio.⁶³ El método de sumersión ocupó el tercer lugar en ambos trienios para ambos sexos. Las sustancias más utilizadas en las intoxicaciones fueron cianuro en hombres y barbitúricos en mujeres.^{63, 281, 282}

Tomando como fuente el **Instituto Técnico Forense**, en el período comprendido entre 1970 y 1979, en un total de 48 muertes por tóxicos, analizadas por método, se observó la siguiente distribución: 27,9% para monóxido de carbono; 18,7%, para barbitúricos y 12,5% para cianuro.⁶³

De 1979 a 1980 los métodos suicidas, analizados a partir de 50 muertes estudiadas en la **Morgue Judicial de Montevideo**, ubicaron en primer lugar tanto para hombres como para mujeres el disparo por arma de fuego, seguido por la herida de arma blanca para el sexo masculino y precipitación para el sexo femenino y como tercer método ahorcamiento para el sexo masculino y arma blanca para el sexo femenino.¹⁴⁰

Un estudio realizado en la ciudad de *Montevideo*, analizó los suicidios por proyectil de armas de fuego autopsiados en la **Morgue Judicial de Montevideo** desde el 1ro de septiembre de 1988 al 31 de agosto de 1991. De un total de 322 cadáveres con heridas por arma de fuego, 65.22% se reportaron como suicidas. La distribución de los fallecidos por sexo fue de 78% para el sexo masculino y 22% para el femenino, con una relación de 4 a 1 en forma respectiva. Se encontró una mayor prevalencia para el grupo de edad de 16 a 25 años. El suicidio por arma de fuego fue más frecuente en casados (50%), la región frontoparietotemporal derecha fue la zona electiva en el 62% de los casos siendo menor la frecuencia en paladar y boca con un 14 % y un 9% en la región precordial.²⁸³

En el Uruguay, el método más frecuente en el año 1996 fue el disparo por arma de fuego con una tasa de 5,6 por cien mil seguido por ahorcamiento con una tasa de 4,7 por cien mil. En el hombre y la mujer para todo el país los métodos más frecuentes fueron los mismos que para las tasas de ambos sexos.

En *Montevideo*, el disparo por arma de fuego y ahorcamiento en segundo lugar fueron los métodos más frecuentes utilizados. Para el sexo masculino y femenino se mantuvieron las mismas proporciones.^{11, 13}

En el Interior, el método por ahorcamiento fue más frecuente con una tasa de 6,5 por cien mil seguido muy de cerca por arma de fuego con una tasa de 6,0 por cien mil. Para el hombre en el interior se mantuvieron las mismas proporciones, en la mujer el disparo por arma de fuego presento una tasa mas elevada que el ahorcamiento, presentando características similares a todo el País y Montevideo.^{10, 13}

CAPÍTULO III

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

PROPÓSITO

Contribuir a demostrar la importancia del suicidio en el Uruguay como problema de Salud Pública

OBJETIVO GENERAL

Identificar y conocer las principales características epidemiológicas de la mortalidad por suicidio en el Uruguay

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Ubicar la mortalidad por suicidio en el Uruguay en el contexto internacional en el período comprendido entre los años **1989 a 1996**.
2. Determinar las características de las muertes por suicidio en el Uruguay en el período comprendido entre **1887 y el año 2000**.
 - 2.1 Establecer la tendencia de las muertes por *suicidio*
 - 2.2 Determinar la distribución según edad, sexo, causa de muerte y lugar de residencia
3. Establecer las principales características epidemiológicas de la mortalidad por suicidio en el País entre el **1ro de enero y el 31 de diciembre del año 2000**
 - 3.1 Determinar la distribución de los fallecidos por suicidio según **variables demográficas (edad, sexo y situación conyugal)**.
 - 3.2 Establecer distribución según **características socioeconómicas**
 - 3.3 Establecer distribución según **lugar de fallecimiento, departamento y Región de residencia**
 - 3.4 Determinar la distribución de los fallecidos por suicidio según **variables de tiempo (secuencia estacional, mensual, días de la semana, secuencia horaria)**
 - 3.5 Identificar la distribución de los fallecidos según **método utilizado**
4. Determinar además de lo señalado para todo el País, (en el objetivo específico 3) de los suicidios ocurridos en **Montevideo, entre el 1ro de enero y el 31 de diciembre de 2000** lo siguiente:
 - 4.1 Distribución de los fallecidos por *suicidio* según **nivel de instrucción, relación de actividad, tipo de ocupación, cobertura de atención médica, religión**
 - 4.2 Distribución de los fallecidos según **procedencia urbano-rural y secciones policiales**.
 - 4.3 distribución de las personas fallecidas por *suicidio* según **opción en la elección del método utilizado, factores facilitadores, tenencia de arma de fuego, actos violentos acompañantes y notas suicidas**
 - 4.4 Distribución de los fallecidos por *suicidio* según **tratamiento, diagnóstico psiquiátrico y antecedentes personales y familiares de los mismos**.
 - 4.5 Distribución de las personas fallecidas por *suicidio* según **enfermedades médicas**.
 - 4.6 Distribución de las personas fallecidas por *suicidio* según **sucesos vitales estresantes**
 - 4.7 Distribución de las personas fallecidas por *suicidio* según **consumo de psicofármacos, consumo excesivo de alcohol y drogas ilegales**
 - 4.8 Distribución de los fallecidos por *suicidio* según **diagnóstico multiaxial en los Ejes del DSM-IV**
 - 4.9 Distribución de los fallecidos por *suicidio* según **antecedentes personales y familiares de IAE y familiares de suicidios consumados**.

CAPÍTULO IV

MATERIAL Y MÉTODO

1. URUGUAY- MONTEVIDEO 2000

1. Tipo de estudio

Descriptivo

2. Área de estudio

República Oriental del Uruguay

3. Población y Muestra

Se trabajó con el total del universo de personas fallecidas por suicidio.

Se estableció como población de estudio a todas las **personas fallecidas por suicidio en el Uruguay entre el 1° 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 Judicial**¹² (**Poder Judicial**) los cuales fueron debidamente contrastados y en caso de existir contradicciones se recurrió al **dictamen del Juez actuante**

4. Fuente, Métodos, Técnicas, Proceso e Instrumentos de recolección de datos.

1.1. **FUENTES DE INFORMACIÓN:**

1.1.1. Defunciones:

La fuente de datos se obtuvo de los **certificados de defunción** de los fallecidos por *suicidio* del *Departamento de Estadística* del **Ministerio de Salud Pública**, del **libro de actas de la morgue judicial** y de los **dictámenes de los jueces actuantes** (**Poder Judicial**) (**fuente secundaria**), de los **partes policiales** (**Ministerio del Interior**) y los **oficios de la Prefectura Nacional Naval** (**Armada Nacional - Ministerio de Defensa Nacional**) (**fuente secundaria y primaria**) para los fallecidos de todo el país (*Interior y Montevideo*). (obsérvese Diagrama 1) (véase Proceso de Recolección de la Información)

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**), **médico Psiquiatra** tratante (**fuente primaria**) y las **historias clínicas (fuente secundaria)** de los pacientes en tratamiento o con antecedentes de tratamiento psiquiátrico. (Diagrama 1)

1.1.2 Población:

Uruguay

Se utilizaron las estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad de CEPAL-CELADE-INE (1998) 1950-2000²⁹²

Departamentos

Se utilizaron las proyecciones de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.²⁹³

1.2. **MÉTODOS Y TÉCNICAS UTILIZADOS**

Se realizó el **registro** de la información obtenida de las fuentes ya mencionadas (Diagrama 1).

Se utilizó encuesta por entrevista estructurada realizada a los familiares y conocidos directos de los suicidas y a los médicos psiquiatras para aquellos en tratamiento o con antecedentes de tratamiento psiquiátrico. (Diagrama1)

¹² 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

1.3 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El investigador realizó una efectiva coordinación entre la Universidad de la Republica –Facultad de Medicina, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa Nacional, Poder Judicial y Ministerio de Salud Pública a los efectos de contar con un adecuado sistema de Información (ver Diagrama 1)

En el **Interior del País** la información acerca de la ocurrencia de los suicido se obtuvo del:

1. Registro de los partes policiales e información del levantamiento del cadáver (incluye entrevista con familiares o vecinos en el momento del acto suicida) realizada por los funcionarios policiales en el formulario 2 los cuales fueron remitidos vía correo al domicilio particular del investigador. Se instruyó debidamente a los Jefes de Policía y Comisarios sobre el llenado del formulario y se preparó un Manual de Procedimientos previa resolución interna del Señor Subsecretario de Estado.
2. Registro de los Oficios de la Prefectura Nacional Naval y entrevista a familiares o allegados al suicida en el momento del acto suicida) realizada por personal de la Armada Nacional.
3. Registro de la información contenida en los Certificados de defunción en el formulario 1 (Diagrama 1)

En **Montevideo** la información se obtuvo de:

1. El registro de los partes policiales y de la información obtenida en el momento del levantamiento del cadáver con entrevista a los familiares o allegados realizada por funcionarios policiales en el formulario 2 El médico Encuestador era notificado telefónicamente de la existencia de un suicidio en la seccional policial correspondiente y concurría a realizar la entrevista de acuerdo a lo indicado en el numeral 4). (Diagrama 1). Se destaca que la información aportada en el formulario 2, correspondía prácticamente a lo expresado en el parte policial, con la correspondiente sistematización. Se instruyó debidamente a los Jefes de Policía y Comisarios sobre el llenado del formulario y se preparó un Manual de Procedimientos previa resolución interna del Señor Subsecretario de Estado.
2. El registro de la información contenida en los Certificados de defunción en el formulario 1 (Diagrama 1)
3. El registro de los Oficios de la Prefectura Nacional Naval y entrevista a familiares o allegados al suicida en el momento del acto suicida realizada por personal de la Armada Nacional. (Formulario 2) (Se hace igual referencia que en el apartado 1).
4. La entrevista estructurada, realizada a los familiares o allegados cercanos del fallecido en el sitio del levantamiento del cadáver (Diagrama 1) por parte del médico investigador post-grado en epidemiología en donde se solicitaba el consentimiento para la participación voluntaria en la investigación. (Se dejaba expresa constancia de la ausencia de consecuencias legales por la información suministrada así como del absoluto anonimato en el manejo de la misma, como de la no-obligatoriedad de la participación) Parte de la información que se registra en el formulario 3 corresponde a lo constatado en domicilio, (vivienda, saneamiento, agua potable) a los efectos del ajuste de la situación económica, el resto corresponde a la entrevista con familiares (se destaca que no se realizó autopsia psicológica)
5. La entrevista a médico - psiquiatra o registro de la información de la Historia Clínica de los fallecidos que tenían antecedentes o se encontraban en tratamiento psiquiátrico (formulario 3, Diagrama 1) por parte del médico investigador.

La información obtenida en los numerales 1, 2 y 3 se contrastó (en el caso de contradicciones entre los partes policiales, oficios de la Armada Nacional (zona marítima) con los certificados de defunción de Salud Pública) con la información de la Morgue Judicial y de no existir determinación definitiva o contradicciones se concluyó con el Dictamen del juez actuante competente en el caso en estudio (ver Diagrama 1).

Se destaca que no se registró rechazo a la participación por parte de los familiares y las limitaciones encontradas en las entrevistas se debieron a fallecidos que se encontraban en la cárcel y en centros de salud donde la información se obtuvo igualmente en el Ministerio del Interior, con funcionarios de las casas de salud y con los médicos actuantes (en algunos casos fue posible localizar a familiares y allegados. (De los 220 fallecidos en Montevideo en 4 de ellos se constataron muertes en la cárcel y en centros de salud (estos últimos están comprendidos dentro de centros asistenciales privados) Se señala la colaboración de funcionarios del Ministerio del Interior y de la Armada Nacional en la localización de los familiares o conocidos en estas situaciones limitantes.

1.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA 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.
- **Formulario 2:** Incluye a los datos del anterior, factores facilitadores del *suicidio*, actos violentos acompañantes y notas suicidas.

- **Formulario 3:** Contiene información de los encuestados (familiares o allegados), del suicida, características socioculturales, antecedentes de tratamiento y diagnóstico psiquiátrico, enfermedades médicas, IAE, suicidios consumados, sucesos vitales estresantes y consumo de drogas.

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.

2. URUGUAY 1887 – 2000

2.1 FUENTES DE INFORMACIÓN:

2.1.1 Defunciones:

Uruguay

Con respecto a **defunciones entre 1887 y 1949** se utilizó el CD elaborado por el FISS/MSP,²⁸⁴ (Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay por causa y sexo desde fines del Siglo XIX, 1897-1996) El mismo no contenía todos los años por consiguiente la información de las defunciones de los años 1887 a 1896 y de los años 1898,1899,1902,1908, 1922,1926,1927 y 1949 fue tomada de la *Facultad de Ciencias Sociales del Programa de Población* de **Adela Pellegrino** y del correspondiente *Censo de Población*.^{285, 286}

La información sobre **defunciones entre 1950 y 1996**, fue tomada hasta el año 1996 inclusive, de la serie historia de Mortalidad en el Uruguay, MSP/FISS, y **entre 1997 y el año 2000** inclusive, del *Departamento de Estadística de la Dirección General de la Salud* del **Ministerio de Salud Pública (DIGESA –MSP)**. Se destaca que para el trabajo “Serie Histórica entre 1887 al año 2000”, se utilizó para este último año, el número de *suicidios* del Departamento de Estadística del MSP a los efectos de tener un mismo criterio comparativo que en años anteriores. (565 *suicidios*) (Esta información también se utilizó para situar a Uruguay en el contexto internacional, no así para el trabajo **Uruguay-Montevideo 2000** en donde la información surgió de las fuentes señaladas en el Diagrama 1 y en caso de duda o controversia entre las fuentes fue seguido hasta las últimas instancias judiciales; el total de suicidios en estos últimos fue de 626). Se destaca en consecuencia un subregistro de un 11% entre la información del **MSP** y la realizada en este trabajo.

Montevideo

Las **defunciones de Montevideo** se obtuvieron del Programa de Población de **Adela Pellegrino**²⁸⁵ **hasta 1942 y de 1952 al 2000 inclusive del Departamento de Estadística del MSP**. En el año 2000 se identificaron para el MSP: 178 *suicidios*. Esta información fue utilizada para el estudio de *Montevideo* en la serie Histórica. (En el trabajo de **Uruguay-Montevideo 2000** se contabilizaron 220 *suicidios*, que no fueron utilizados en la serie histórica). **Edad, sexo, método y causa de muerte**

No todos los años tuvieron la misma información de la distribución por sexo, ya que comienzan a tenerse tales registros a partir de 1905 con la misma fuente de información señalada precedentemente.^{284, 285} Por grupo de edad y sexo fue desagregado en los años Censales.^{286 -291} La causa de muerte se obtuvo del Departamento de Estadística del MSP al igual que el método utilizado (CEPAL-CELADE-INE-1998).²⁹²

2.1.2. Población

Uruguay

La información sobre población entre los años **1895 a 1949**, fue tomada de las proyecciones de población del programa de población de la Facultad de Ciencias Sociales de **Adela Pellegrino** (2000).²⁸⁵

Entre **1950 y el año 2000** Se utilizaron las estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad de CEPAL-CELADE-INE (1998).²⁹²

Montevideo

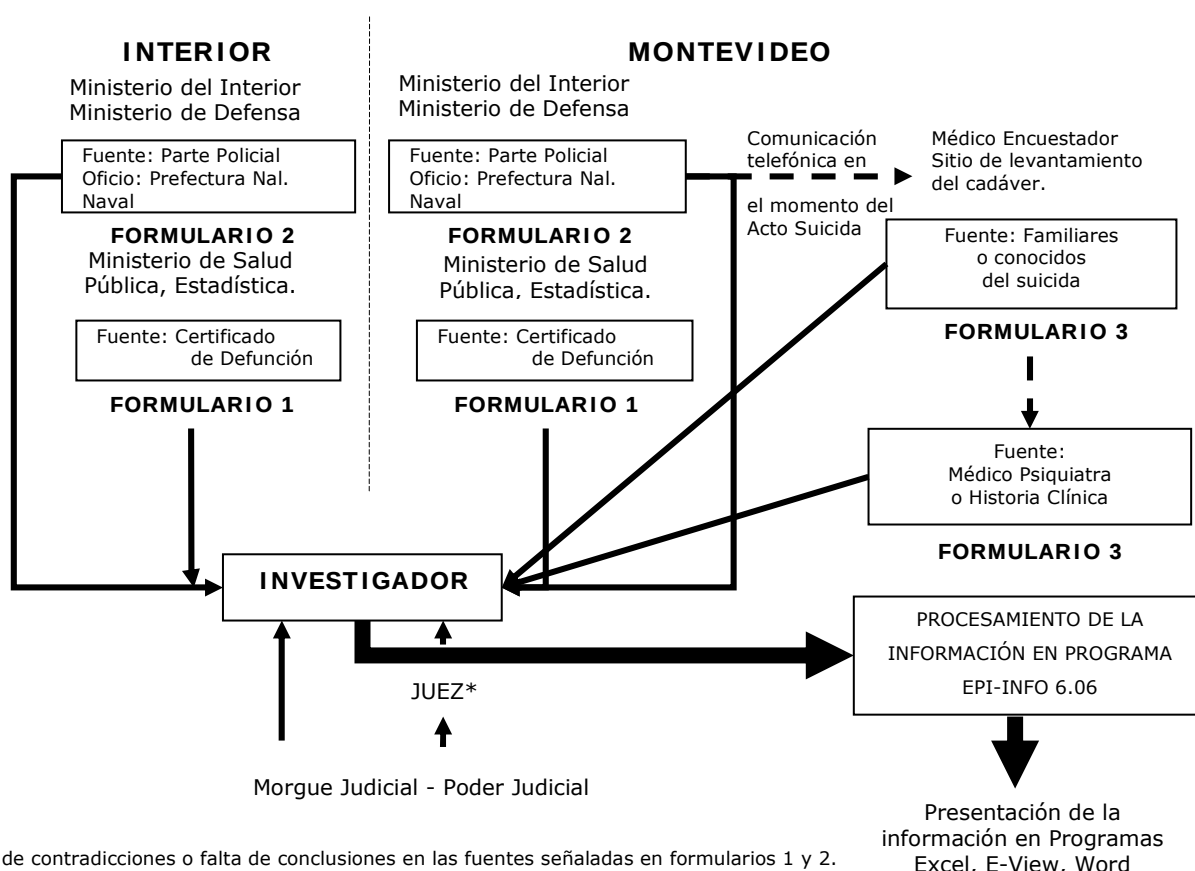
1897-1962:

La información se obtuvo de proyecciones de población de **Adela Pellegrino** del Programa de Población de la F.C.S (Facultad de Ciencias Sociales).²⁸⁵

En **1908** del **censo de población**.²⁸⁶

DIAGRAMA 1

Sistema de Información



Montevideo y Departamentos

1963-2000

Para los años **1963, 1975, 1985 y 1996** la información se obtuvo de los respectivos censos de población y vivienda.^{286 - 291}

En los años **1964-1974, 1976-1984, 1986-1995** del estudio de proyecciones de población de **Pedro Robertt**.¹⁰

Para los años **1997-2000** de las proyecciones de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.²⁹³

2.2. CLASIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN

En forma anterior a que apareciera a nivel Mundial la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en Uruguay existieron experiencias que si bien fueron acotadas reflejan el desarrollo como dice **Miglionico**^{294, 295} que había adquirido la "estadística médica y la salud pública". Con experiencias previas en 1874 y 1893, Uruguay aplica por primera vez la CIE en 1901 en la primera revisión.

En 1901 comienza en el País la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) con la 1ª Revisión llegando en nuestros días a la CIE10ª (ver Clasificación de causas de Defunción).^{294 - 296}

La lista de revisiones aplicadas en el País es la siguiente:

De 1901 a 1925 la lista de enfermedades usada fue la **CIE1ª** Revisión 1900
De 1926 a 1943 la lista de enfermedades usada fue la **CIE3ª** Revisión 1920
De 1944 a 1951 la lista de enfermedades usada fue la **CIE5ª** Revisión 1938
De 1952 a 1959 la lista de enfermedades usada fue la **CIE6ª** Revisión 1948
De 1960 a 1967 la lista de enfermedades usada fue la **CIE7ª** Revisión 1955

De 1968 a 1978 la lista de enfermedades usada fue la **CIE8^a** Revisión 1965
 De 1979 a 1996 la lista de enfermedades usada fue la **CIE9^a** Revisión 1975
 De 1997 a 1999 la lista de enfermedades usada fue la **CIE10^a** Revisión 1992

En la CIE 1 se presentan la lista completa de causas en la CIE 10 se presentan los códigos.

2.3. CAUSAS EXTERNAS ^{284, 294 - 296}

2.3.1 CIE 1 1908/1909

Accidentes:

Fracturas; Luxaciones; Otros traumatismos accidentales; Quemaduras por fuego; Quemaduras por sustancias corrosivas; Insolación, Congelación; Conmoción eléctrica (por rayo); Sumersión accidental; Inanición; Absorción de gases deletreos; Otros envenenamientos agudos. Códigos 164-175.

Homicidios:

Otras violencias exteriores. Código 176

Suicidios:

Suicidio por envenenamiento; *Suicidio* por asfixia; *Suicidio* por estrangulación; *Suicidio* por sumersión; *Suicidio* por arma de fuego; *Suicidio* por instrumento cortante; *Suicidio* por precipitación; *Suicidio* por aplastamiento; Otros *suicidios*. Códigos 155-163.

2.3.2. CIE 10 1996/1997 ²⁹⁶

Causas externas de Mortalidad y Morbilidad

Accidentes: V01-X59

Accidentes de Transporte: V01-V99

Homicidios: X85-Y09

Suicidios: X60-X84

3. URUGUAY EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL 1989-1996

Fuente de Información:

Se utilizó como fuente de información el World Health Statistics Annual. ²⁹⁸

4. PROGRAMAS INFORMATICOS UTILIZADOS

Se utilizaron paquetes estadísticos diversos como:

- EPI. INFO 6.04
- EXCEL
- SPSS
- E-VIEW
- WORD

5. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS (ver Anexo V)

Las técnicas estadísticas utilizadas fueron:

- 5.1. CALCULO DE TASAS ESPECIALES
- 5.2. TASAS AJUSTADAS POR METODO DIRECTO ²⁹⁹
- 5.3. AÑOS DE VIDA POTENCIAL PERDIDOS (AVPP) ²⁹⁹
- 5.4. BRECHAS REDUCIBLES DE MORTALIDAD ³⁰⁰
- 5.5. CALCULO DE LA RAZON DE MASCULINIDAD
- 5.6. CALCULO DE LA RAZON INTERIOR / MONTEVIDEO
- 5.7. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DE DISPERSIÓN ³⁰¹
 - 5.7.1 MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL
- 5.8. PROMEDIOS O MEDIAS MOVILES ³⁰²
- 5.9. CALCULO DE LA TENDENCIA

La línea de tendencia polinómica o curvilínea utiliza la ecuación polinómica:

$$\gamma = b + c_1X + c_2X^2 + c_3X^3 + \dots + c_6X$$
- 5.10. INTERVALO DE CONFIANZA ³⁰¹
- 5.11. PRUEBA DE HIPOTESIS PARA LA DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIAS DE DOS POBLACIONES ³⁰¹
- 5.12. PROPIEDADES MATEMÁTICAS DE LA DISTRIBUCIÓN JI-CUADRADA ³⁰¹

- 5.12.1 PRUEBA DE BONDAD DE AJUSTE
- 5.12.2 PRUEBA DE INDEPENDENCIA
- 5.12.3 PRUEBA EXACTA DE FISCHER En el caso de frecuencias esperadas < 5 .
- 5.13. COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON.³⁰³
 - 5.13.1 INFERENCIA
- 5.14. DIFERENCIAS ESTADÍSTICAS ENTRE LAS TASAS CUANDO LAS TASAS SON INDEPENDIENTES³⁰⁴

6. CRITERIO METODOLOGICO PARA LA DIVISIÓN DE MONTEVIDEO EN 30 ZONAS (ver Anexo V)

(REDEFINICIÓN DE SECCIONES Y SEGMENTOS CENSALES SEGÚN CRITERIO HOMOGÉNEO DE TRES Y MÁS NBI. DIVISIÓN DE MONTEVIDEO EN 30 ZONAS)

En nuestro país el **Instituto Nacional de Estadística y Censo (INE)** tiene ubicada territorialmente por segmento y sección censal a la población del departamento de *Montevideo*.

La información recogida en el censo de 1996 fue utilizada por **Juan José Calvo**²⁴⁴, para diseñar y calcular indicadores que nos permiten clasificar a la población uruguaya sobre la base del acceso a un conjunto de servicios básicos (estos indicadores, en algunos casos se diseñaron siguiendo la misma metodología empleada por el **INE** para el año censal 1985; en otros casos se les introdujeron modificaciones y por último se construyeron nuevos indicadores sobre la base de los formularios empleados en el censo de 1996).

En términos conceptuales **J. J. Calvo** adoptó como definición de *NB* "al conjunto de requerimientos psicofísicos y culturales cuya satisfacción constituye una condición mínima necesaria para el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos en una sociedad específica".

Los servicios y condiciones básicas tomados en cuenta para la definición de los indicadores de **NBI** fueron los siguientes:

1. Materiales predominantes en la construcción de las viviendas.
2. Habitaciones disponibles para dormir.
3. Condiciones de evacuación de las excretas.
4. Condiciones de abastecimiento de agua potable.
5. Acceso al alumbrado eléctrico.
6. Utilización de medios para calefaccionar ambientes.
7. Derechos vigentes en servicios de cobertura de salud.

Teniendo en cuenta estos servicios y condiciones básicas **J. J. Calvo** construyó una serie de indicadores considerando la totalidad de la población uruguaya siendo la definición de los mismos la siguiente:

6.1. INDICADOR DE CARENCIA BÁSICA EN CONDICIONES DE VIVIENDA.

Definición: Es carente toda persona integrante de un hogar particular que se encuentra en una vivienda en la cual el material predominante de las paredes exteriores o techos es lata o material de desecho, o el material predominante de los pisos es tierra o cascote suelto o hay 5 o más hogares en la vivienda y el uso de los servicios higiénicos es compartido.

6.2. INDICADOR DE CARENCIA BÁSICA EN HABITACIONES PARA DORMIR (HACINAMIENTO).

Definición: Es carente toda persona integrante de un hogar particular en el cual hay más de 3 personas por habitación para dormir.

6.3. INDICADOR DE CARENCIA BÁSICA EN EVACUACIÓN DE EXCRETAS.

Definición: es carente toda persona integrante de un hogar particular que se encuentra en una vivienda que no dispone de servicio higiénico o la evacuación del servicio higiénico corresponde a la categoría "otro" del censo (hueco en el suelo, superficie, etc.) o el servicio higiénico es compartido con otros hogares y sin descarga.

6.4. INDICADOR DE CARENCIA BÁSICA EN CARENCIA DE AGUA POTABLE.

Definición: es carente toda persona integrante de un hogar particular que se encuentra en una vivienda, en alguna de las siguientes condiciones:

- a) El agua llega a la vivienda por cañería fuera de la vivienda.
- b) El agua llega a la vivienda por cañería dentro de la vivienda y el origen del agua utilizada para beber y cocinar se encuentra en la categoría "otro" del censo (arroyo, río, etc).
- c) El agua llega a la vivienda por otros medios, siendo su origen la red general o la categoría "otro" del censo.

6.5. INDICADOR DE CARENCIA BÁSICA EN DISPONIBILIDAD DE ALUMBRADO ELÉCTRICO.

Definición: es carente toda persona integrante de un hogar particular que se encuentra en una vivienda que no dispone de ninguno de los siguientes servicios de alumbrado eléctrico:
UTE, cargador de batería, grupo electrógeno propio, otro servicio.

6.6. INDICADOR DE CARENCIA EN MEDIO DE CALEFACCIÓN.

Definición: es carente toda persona integrante de un hogar particular que se encuentra en una vivienda que no utiliza ningún medio para calefaccionar ambientes (estufa, panel radiante o similar, acondicionador de aire, calefacción central u otro).

6.7. INDICADOR DE CARENCIA BÁSICA EN SALUD.

Definición: es carente toda persona integrante de un hogar particular que no dispone de cobertura parcial ni total de salud (carné vigente del MSP, mutualista, cooperativa médica, sanidad militar, sanidad policial, asignaciones familiares, unidades móviles de emergencia, otros de cobertura total y otros seguros parciales).

A partir de estos se construyeron dos indicadores generales de carencias básicas: **IGCB (a)** e **IGCB (b)**.

IGCB (a): Es carente toda persona con al menos una carencia básica de las anteriormente definidas, residente en un hogar particular.

IGCB (b): Es carente toda persona integrante de hogares particulares:

- 1) Con una carencia básica.
- 2) Con dos carencias básicas.
- 3) Con tres y más carencias básicas.

La ciudad de **Montevideo** es la capital de la **República Oriental del Uruguay**; está situada al sur del país en el departamento del mismo nombre; siendo el más pequeño con una superficie de 539 Km² (0.3% del territorio Nacional), por el oeste limita con el departamento de San José y al noreste con el departamento de Canelones.

La ciudad de **Montevideo** está dividida en barrios o áreas parciales, sin límites precisos, que se identifican por su edificación, características socioeconómicas de la población y antigüedad de su existencia. Para ello se establecieron límites más precisos basados en el indicador general de carencias básicas **IGCB (b) con tres y más NBI**, definido por **J.J. Calvo** para el censo de 1996.²⁴⁴

En base a este criterio se redefinieron las 26 secciones censales del **INE** en 30 zonas, en donde se agruparon los segmentos censales en forma homogénea en base a los porcentajes de personas *con 3 y más NBI*. Se decidió utilizar este punto de corte porque permite evidenciar en forma mas precisa las poblaciones carenciadas de las no carenciadas. Los límites de estas zonas se establecieron tomando en consideración la homogeneidad del indicador antes señalado (*ver Anexo V*). Posteriormente se calcularon las tasas para cada una de las zonas definidas y se estandarizaron por el mecanismo directo.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La clasificación de los sucesos vitales estresantes y de las patologías médicas efectuadas en los EJES III y IV no fueron realizadas en su mayor parte por medico psiquiatra, sino que se uso la codificación señalada, asesorado por médico psiquiatra en el momento de la entrevista con los familiares.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. URUGUAY EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL 1989 – 1996

Nuestro País en 1999, presentó una tasa de mortalidad por suicidio de **12,80 por cien mil**, que lo colocó en el grupo de países seleccionados, **aproximadamente en el primer tercio (lugar número 32)**; **con una tasa más de tres veces inferior** a la de los primeros países del mundo (**Lituania, Rusia, Letonia y Estonia con tasas por encima de 40 por cien mil**) **y con una brecha reducible de mortalidad de 6300 %** (Tabla 1, Anexo I).

En el **continente americano**, se ubicó **en segundo lugar** junto con Canadá, con una tasa **62 % inferior** a la de Cuba, que ocupó el primer lugar y **casi cuarenta y tres veces mayor** a la de **Jamaica** que se ubicó en último lugar (Tabla 2, Anexo I, Tomo I).

En el **sexo masculino**, Uruguay se ubicó en el lugar internacional número **31 (tasa 21,40 por cien mil) 269 % inferior a la de Lituania (79,10 por cien mil) y a nivel continental en el segundo lugar**, con una tasa tan solo un **22 % inferior** a la **Cubana**. (Tablas 3 y 4, Anexo I).

En el **sexo femenino**, se situó en el **lugar número 44** en la serie seleccionada, con una tasa de **4,73 por cien mil, más de seis veces inferior** a la de **China Rural** (30,50 por cien mil) (Tabla 5, Anexo I). En el **continente americano**, **Uruguay** se ubicó en el **noveno lugar**, con una tasa **más de tres veces inferior** a la **cubana** (15,40 por cien mil). El análisis de la brecha según sexo muestra que para el sexo masculino las mismas son superiores. (Tabla 6, Anexo I).

1.1 TASAS DE SUICIDIO ESTANDARIZADAS (TIPIFICACIÓN DIRECTA)

Si aplicamos el procedimiento estadístico de **estandarización de tasas** (véase Material y Método) por **tipificación directa**, (permite comparar entre poblaciones eliminando el sesgo de la edad y sexo), encontramos que Uruguay asciende a la **posición 31 en la serie seleccionada**, con una tasa de **13,30 por cien mil**, más de tres veces inferior a la de **Lituania** (44,40 por cien mil) **que ocupó el primer lugar, (las diferentes estadísticas señalan a los Países de Europa del Este como los que presentan las tasas más altas a nivel mundial¹⁰)** con una brecha de 5015%. *Uruguay* se situó **en el tercer lugar** en el **continente americano** con una tasa un **63 % inferior** a la **Cubana** (21,80 a 13, 30 por cien mil en forma respectiva), y prácticamente igual (**1,5 % menor**) a la de **El Salvador** (13,50 por cien mil) (diversos estudios refieren la posición alcanzada por **Uruguay** en el Continente ^{9,10,11}) (brecha de 3067%) (Gráfico 1 y 2 y Tablas 7 y 8, Anexo I).

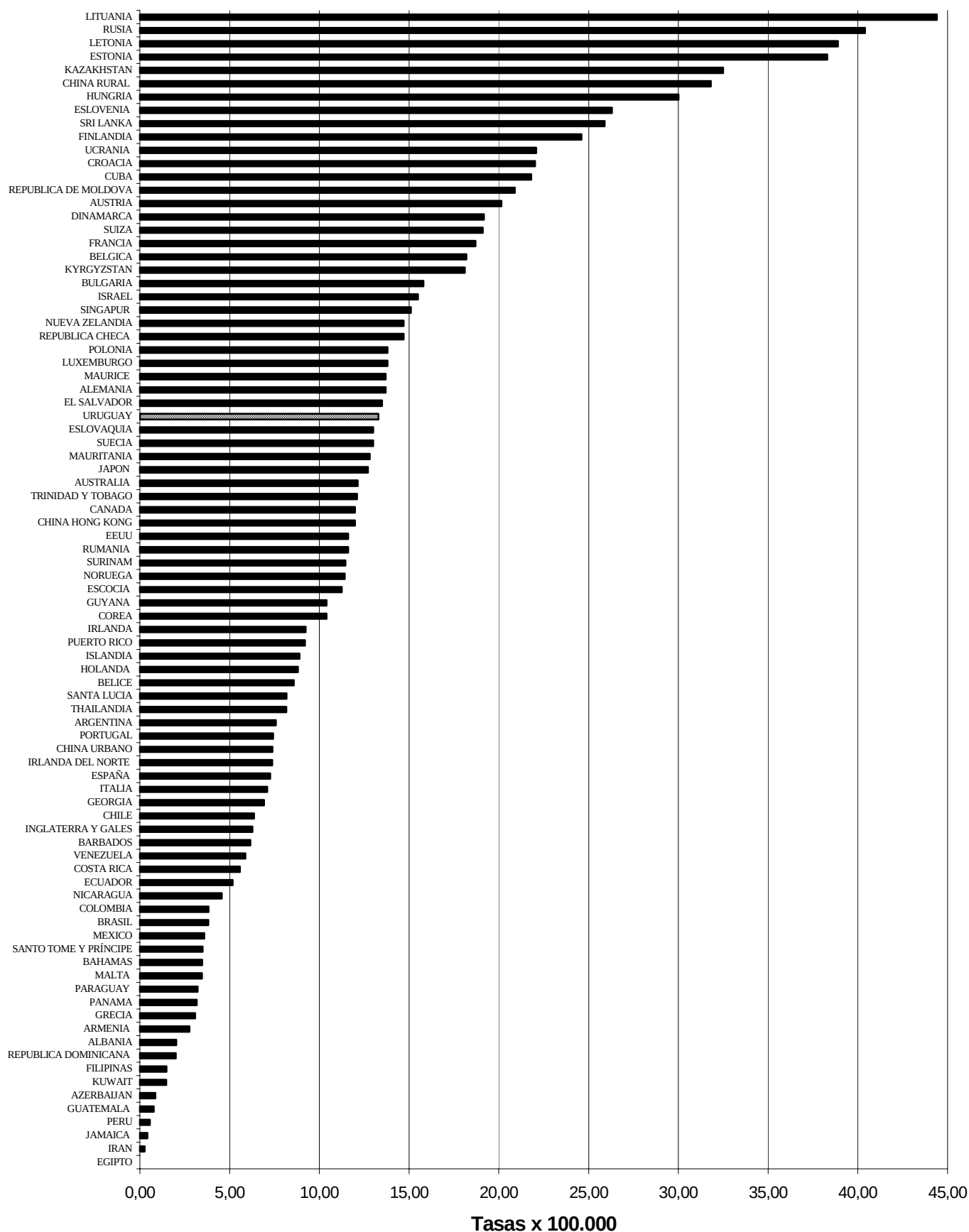
Se destacaron epidemias ocurridas en islas del *Pacífico Sur*, en *Micronesia* y en *Nueva Gineá* donde se han alcanzado tasas del orden de 1200 por cien mil (1978-1979)²⁴ y en Islas Malvinas en 1993 donde la tasa llega a 100 por cien mil ²⁷.

Uruguay presentó una tasa estandarizada muy similar a la media a nivel mundial ajustada en 1996, que fue de 15,1 por cien mil.¹²

Estudios diversos, señalan, las dificultades que se presentan en los estudios comparativos de las tasas de *suicidio* entre países, basados fundamentalmente en las diferencias de registros en los mismos. La **OMS (Organización Mundial de la Salud)** admite la dificultad y recomienda que deben tenerse en cuenta a la hora de las comparaciones.¹⁰

GRAFICO 1

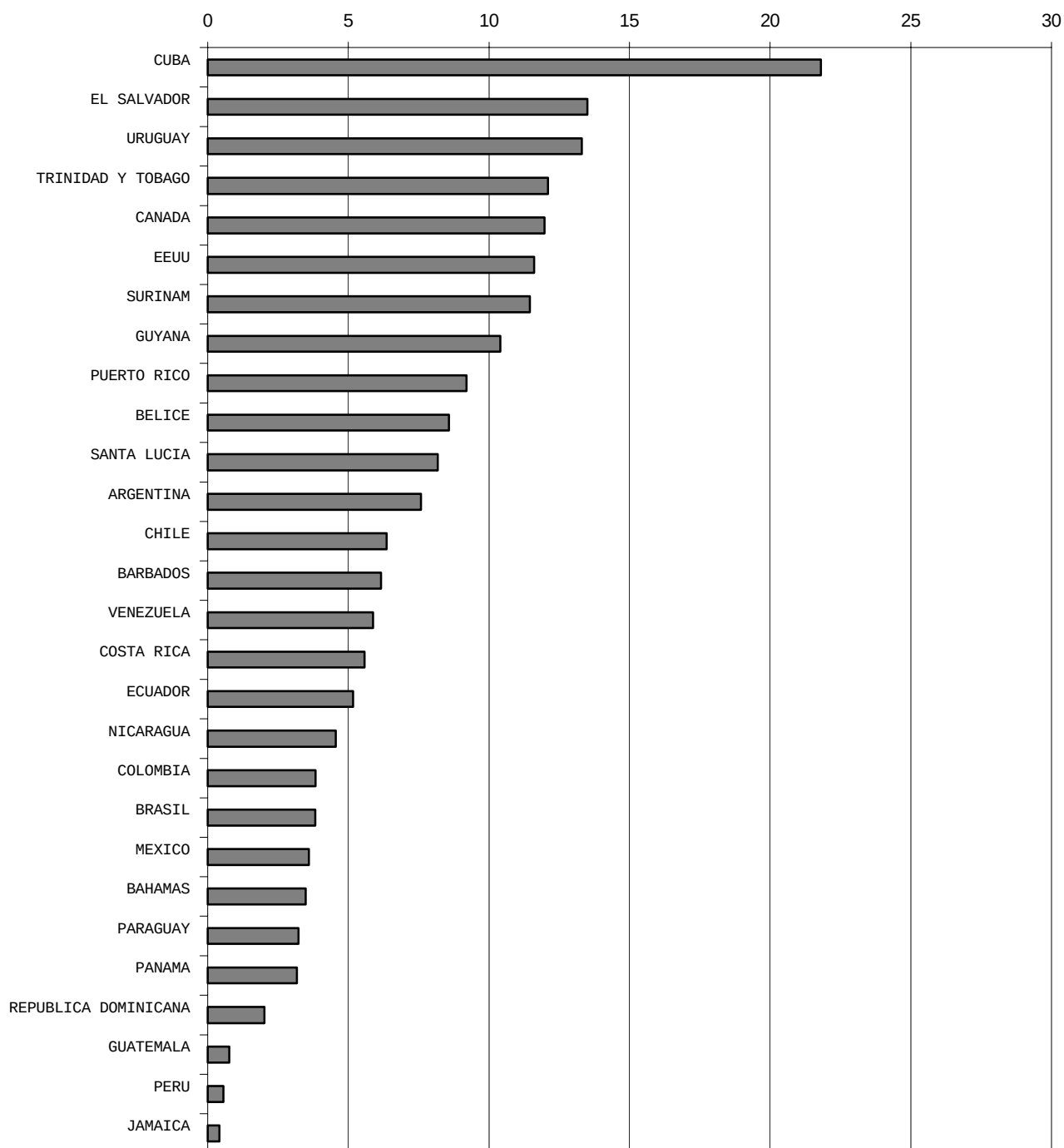
Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por suicidio (tipificadas) según país. 1989-1996



Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

GRAFICO 2

Distribución de las tasas específicas de mortalidad por Suicidio estandarizadas en el continente Americano por País. 1989-1996



Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

En el **sexo masculino**, se asciende a la **posición 27** en la serie **seleccionada con una tasa de 22 por cien mil, más de 3 veces inferior** a la de **Lituania** que ocupa el primer lugar, con una tasa de 75,90 por cien mil y se ocupa el **segundo lugar en el continente americano** con una tasa **24 % inferior al primer País del continente** (Cuba 27,40 por cien mil) (Tablas 9 y 10 Anexo I). (**Cuadro Resumen 2**)

En el **sexo femenino**, la **tasa estandarizada** asciende a Uruguay al **lugar número 42** de los países seleccionados, con una **tasa de 5,00 por cien mil (siete veces inferior a la de China Rural)** y al **quinto lugar en el continente americano, con una tasa más de tres veces inferior a la Cubana (16,30 por cien mil)** (Tablas 11 y 12, Anexo I).

Uruguay si se considera la tasa estandarizada **global** y para el **sexo masculino**, se ubica en el **primer tercio**, en la serie de **Países seleccionados y en la primera mitad** para el **sexo femenino**.

En el **continente Americano**, la tasa estandarizada **global** ocupó el **3er. lugar, con una tasa tan solo un 63 % inferior a la primera**. En el **sexo masculino** se ubica en el **2º lugar (24 % inferior al primero)** y en el **sexo femenino** en el **quinto lugar**.

En **relación a Sudamérica**, esta tasa ocupó el **1er lugar para la tasa global** y para el **sexo masculino**.

Uruguay si bien presenta una tasa similar a la media a nivel internacional, y se ubica en el primer tercio de países con alta tasa y en los primeros lugares en el contexto Latinoamericano, se pueden señalar problemas de subregistro según lo comentamos, en diversos países de *Latinoamérica (Robertt)*, que no puede olvidarse a la hora de las comparaciones¹⁰.

Pero también debe señalarse, en nuestro país, en relación con el resto de los países *Latinoamericanos*:

El envejecimiento de la población (13% de personas mayores de 65 años en el censo de 1996), como factor contribuidor, al aumento de la tasa fundamentalmente en los grupos de edad mayores, en especial del sexo masculino^{15,16}.

1.2 URUGUAY EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL Y CONTINENTAL POR GRUPO DE EDADES

Los grupos que superaron los lugares ocupados por la tasa global, fueron los de **55 a 64 años** con una tasa de 23,90 por cien mil, (lugar 21 a nivel internacional y el 2 en América) y los de **75 y más años** a nivel internacional (lugar 24 a nivel Mundial y 2do en América). (Tabla 15, 16 y 22, 23)(**Cuadro Resumen 1**).

Cuadro Resumen 1
Ubicación de Uruguay en el contexto Internacional y Americano
OMS 1989-1996 Tasas Globales¹

ASA	P 4	Diferencia con respecto al 1º 5	GRUPO DE PAISES	TASAS X 100.000	TASA	P 4	Diferencia con respecto al 1º 5	GRUPO DE PAISES	TASAS X 100.000
Tasa global 1	32	+ de 3 veces inferior	SELECCIONADOS	12,80	35-44 TG ³	42	5 veces inferior	SELECCIONADOS	14,20
Tasa global 1	2	62% inferior	CONT. AMERICANO	12,80	35-44 TG ³	6	71% inferior	CONT. AMERICANO	14,20
Tasa global E 2	31	+ de 3 veces inferior	SELECCIONADOS	13,30	45-54 TG ³	36	5 veces inferior	SELECCIONADOS	17,00
Tasa global E 2	3	63% inferior	CONT. AMERICANO	13,30	45-54 TG ³	5	41% inferior	CONT. AMERICANO	17,00
5-14 TG ³	39	33 veces inferior	SELECCIONADOS	0,57	55-64 TG ³	21	3 veces inferior	SELECCIONADOS	23,90 6
5-14 TG ³	9	4 veces inferior	CONT. AMERICANO	0,57	55-64 TG ³	2	47% inferior	CONT. AMERICANO	23,90 6
15-24 TG ³	44	7 veces inferior	SELECCIONADOS	8,18	65-74 TG ³	26	4 veces inferior	SELECCIONADOS	23,80
15-24 TG ³	9	3 veces inferior	CONT. AMERICANO	8,18	65-74 TG ³	3	3 veces inferior	CONT. AMERICANO	23,80
25-34 TG ³	36	6 veces inferior	SELECCIONADOS	14,80	75 y más TG ³	24	3 veces inferior	SELECCIONADOS	36,20 6
25-34 TG ³	9	44% inferior	CONT. AMERICANO	14,80	75 y más TG ³	2	2 veces inferior	CONT. AMERICANO	36,20

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

¹ **Tasa Global**..Se entiende por tal la tasa para ambos sexos.

² **Tasa Global E**. Tasa global estandarizada por el método directo.

³ **TG**. Grupo de edad en años.

⁴ **P**. Ubicación de Uruguay a nivel Mundial y Continental.

⁵ Diferencia con respecto al primero tanto a Nivel Mundial como Continental

⁶ Se señala con color aquellos grupos de edad que presentaron ubicaciones o diferencias con respecto al primero más destacadas que la tasa global respectiva.

Cuadro Resumen 2

Ubicación de Uruguay en el contexto Internacional y Americano.
OMS 1989-1996. Tasas Masculinas¹

TASA	P ⁴	Diferencia con respecto al 1 ^{o5}	GRUPO DE PAISES	TASAS X 100.000	TASA	P ⁴	Diferencia con respecto al 1 ^{o5}	GRUPO DE PAISES	TASAS X 100.000
Tasa Masculina ¹	31	3 veces inferior	SELECCIONADOS	21,40	35-44 TM ³	39	5 veces inferior	SELECCIONADOS	24,00
Tasa Masculina ¹	2	22% inferior	CONT. AMERICANO	21,40	35-44 TM ³	6	71% inferior	CONT. AMERICANO	24,00
Tasa Masculina E ²	27	+ 3 veces inferior	SELECCIONADOS	22,00	45-54 TM ³	34	6 veces inferior	SELECCIONADOS	27,30
Tasa Masculina E ²	2	24% inferior	CONT. AMERICANO	22,00	45-54 TM ³	5	2 veces inferior	CONT. AMERICANO	27,30
5-14 TM ³	23	11 veces inferior	SELECCIONADOS	1,11	55-64 TM ³	20	3 veces inferior	SELECCIONADOS	40,70
5-14 TM ³	3	39% inferior	CONT. AMERICANO	1,11	55-64 TM ³	3	10% inferior	CONT. AMERICANO	40,70 ⁶
15-24 TM ³	44	5 veces inferior	SELECCIONADOS	12,30	65-74 TM ³	23	3 veces inferior	SELECCIONADOS	42,30
15-24 TM ³	9	2 veces inferior	CONT. AMERICANO	12,30	65-74 TM ³	3	2 veces inferior	CONT. AMERICANO	42,30
25-34 TM ³	27	4 veces inferior	SELECCIONADOS	26,90	75 y más TM ³	19	2 veces inferior	SELECCIONADOS	76,90 ⁶
25-34 TM ³	4	37% inferior	CONT. AMERICANO	26,90	75 y más TM ³	2	62% inferior	CONT. AMERICANO	76,90

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

¹ Tasa Masculina..Se entiende por tal la tasa para el sexo masculino.

² Tasa Masculina E. Tasa global estandarizada por el método directo.

³ TM. Grupo de edad en años para el sexo masculino

⁴ P. Ubicación de Uruguay a nivel Mundial y Continental.

⁵ Diferencia con respecto al primero tanto a Nivel Mundial como Continental

⁶ Se señala con color aquellos grupos de edad que presentaron ubicaciones o diferencias con respecto al primero más destacadas que la tasa global respectiva.

En el sexo masculino el grupo de 55 a 64 años, se destaca con una tasa de 40,70 por cien mil que ocupó el tercer lugar en el continente americano, con una tasa prácticamente igual al primero y el primer quinto de países a nivel Mundial (lugar numero 20) así como los de 75 y más años. (Cuadro de Resumen 2 –posición 19 a nivel mundial y 2º lugar en el Continente Americano) (Tabla 17 y 18; 24 y 25 Anexo I)

Cuadro Resumen 3

Ubicación de Uruguay en el contexto Internacional y Americano
OMS 1989-1996 Tasas Femeninas¹

TASA	P ⁴	Diferencia con respecto al 1 ^{o5}	GRUPO DE PAISES	TASAS X 100.000	TASA	P ⁴	Diferencia con respecto al 1 ^{o5}	GRUPO DE PAISES	TASAS X 100.000
Tasa Femenina ¹	44	6 veces inferior	SELECCIONADOS	4,73	35-44 TF ³	51	6 veces inferior	SELECCIONADOS	4,90
Tasa Femenina ¹	9	+ de 3 veces inferior	CONT. AMERICANO	4,73	35-44 TF ³	9	4 veces inferior	CONT. AMERICANO	4,90
Tasa Femenina E ²	42	7 veces inferior	SELECCIONADOS	5,00	45-54 TF ³	41	4 veces inferior	SELECCIONADOS	7,40 ⁶
Tasa Femenina E ²	5	+ de 3 veces inferior	CONT. AMERICANO	5,00	45-54 TF ³	4	3 veces inferior	CONT. AMERICANO	7,40 ⁶
5-14 TF ³	61	-----	SELECCIONADOS	0,00	55-64 TF ³	29	5 veces inferior	SELECCIONADOS	10,00 ⁶
5-14 TF ³	18	-----	CONT. AMERICANO	0,00	55-64 TF ³	4	3 veces inferior	CONT. AMERICANO	10,00 ⁶
15-24 TF ³	47	11 veces inferior	SELECCIONADOS	3,80	65-74 TF ³	34	7 veces inferior	SELECCIONADOS	10,30 ⁶
15-24 TF ³	12	5 veces inferior	CONT. AMERICANO	3,80	65-74 TF ³	4	4 veces inferior	CONT. AMERICANO	10,30
25-34 TF ³	54	14 veces inferior	SELECCIONADOS	3,10	75 y más TF ³	30	8 veces inferior	SELECCIONADOS	12,00
25-34 TF ³	11	5 veces inferior	CONT. AMERICANO	3,10	75 y más TF ³	2	2 veces inferior	CONT. AMERICANO	12,00 ⁶

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1994

¹ Tasa Femenina..Se entiende por tal la tasa para el sexo femenino.

² Tasa Femenina E. Tasa global estandarizada por el método directo.

³ TF. Grupo de edad en años para el sexo femenino

⁴ P. Ubicación de Uruguay a nivel Mundial y Continental.

⁵ Diferencia con respecto al primero tanto a Nivel Mundial como Continental

⁶ Se señala con color aquellos grupos de edad que presentaron ubicaciones o diferencias con respecto al primero más destacadas que la tasa global respectiva.

En el **sexo femenino**, se destacan los grupos de edad de 45 a 54 años, con una tasa de 7,40 por cien mil que ocuparon los lugares 41 y 4 a nivel internacional y continental respectivamente, los de 55 a 64 años con una tasa de 10,00 por cien mil (lugares 29 y 4), los de 65 a 74 años a nivel internacional (Tasa 10,30 por cien mil, lugar 34) y los de 75 y mas años a nivel continental con el segundo lugar (tasa 12,00 por cien mil) (Cuadro Resumen 3) (Tablas 13, 14; 19, 20 y 27, Anexo I)

En consecuencia, para la **tasa global y para el sexo masculino**, los grupos de edad que ocuparon posiciones relevantes a nivel internacional fueron los de 55 a 64 y 75 y más años y para el **sexo femenino** los de 45 a 64 años y 75 y más años.

Estas posiciones, son coincidentes con estudios internacionales y nacionales (tasas mayores en los grupos de edad más envejecidos) y evidenciaron como **Uruguay**, se destaca, entre los primeros lugares, en la medida que consideremos a los grupos de edad referidos ^{9,10,11}

Diversos trabajos y estudios internacionales y nacionales resaltan la importancia del *suicidio* en la juventud y la adolescencia, ^{11,108,168,207,216,220,222} sin embargo, en nuestro trabajo, no se ha verificado un aumento en estos grupos de edad

y se constata aquí, (véase Cuadros Resumen) que no ocupan lugares o primeras posiciones con tasas altas de suicidio en el contexto continental e internacional.

ANEXO I - TABLAS

URUGUAY EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL 1989 - 1996

TABLA 1

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio según País
OMS 1989 – 1996 -Tasas x 100.000

NUMERO	PAIS	AÑO	TASAS X 100000	BRM %	NUMERO	PAIS	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1.	LITUANIA	1994	45,50	22650	44.	SINGAPUR	1994	11,10	5450
2.	RUSIA	1994	41,40	20600	45.	KOREA	1994	10,60	5200
3.	LETONIA	1994	40,70	20250	46.	GUYANA	1994	10,50	5150
4.	ESTONIA	1994	40,00	19900	47.	ISLANDIA	1994	10,10	4950
5.	HUNGRIA	1994	32,90	16350	48.	HOLANDA	1994	9,80	4800
6.	SRI LANKA	1989	31,00	15400	49.	PUERTO RICO	1992	8,70	4250
7.	KAZAKHSTAN	1994	30,70	15250	50.	ITALIA	1993	8,20	4000
8.	ESLOVENIA	1994	28,40	14100	51.	PORTUGAL	1994	8,10	3950
9.	FINLANDIA	1994	27,10	13450	52.	ESPAÑA	1994	8,00	3900
10.	CHINA RURAL	1994	27,00	13400	53.	IRLANDA DEL NORTE	1994	7,20	3500
11.	CROACIA	1994	22,80	11300	54.	INGLATERRA Y GALES	1994	6,90	3350
12.	UCRANIA	1994	22,60	11200	55.	SANTA LUCIA	1994	6,90	3350
13.	AUSTRIA	1994	22,20	11000	56.	ARGENTINA	1993	6,60	3200
14.	SUIZA	1994	21,40	10600	57.	ISRAEL	1994	6,50	3150
15.	CUBA	1994	20,80	10300	58.	BARBADOS	1994	6,50	3150
16.	FRANCIA	1994	20,70	10250	59.	CHINA URBANO	1994	6,50	3150
17.	BELGICA	1992	18,60	9200	60.	BELICE	1994	6,50	3150
18.	REP. DE MOLDOVA	1994	18,50	9150	61.	CHILE	1994	5,70	2750
19.	REPUBLICA CHECA	1994	18,10	8950	62.	VENEZUELA	1994	5,09	2445
20.	DINAMARCA	1993	17,50	8650	63.	COSTA RICA	1994	4,80	2300
21.	JAPON	1994	17,30	8550	64.	MALTA	1994	4,00	1900
22.	BULGARIA	1994	17,30	8550	65.	THAILANDIA	1994	4,00	1900
23.	ALEMANIA	1994	15,70	7750	66.	ECUADOR	1990	3,60	1700
24.	LUXEMBURGO	1994	15,40	7600	67.	GEORGIA	1994	3,60	1700
25.	SUECIA	1994	15,10	7450	68.	GRECIA	1996	3,50	1650
26.	NUEVA ZELANDIA	1994	14,90	7350	69.	BRASIL	1992	3,50	1650
27.	MAURITANIA		14,80	7300	70.	COLOMBIA	1994	3,40	1600
28.	POLONIA	1993	14,20	7000	71.	NICARAGUA	1994	3,40	1600
29.	KYRGYZSTAN	1994	13,50	6650	72.	MEXICO	1994	2,90	1350
30.	MAURICE	1994	13,50	6650	73.	ALBANIA	1994	2,30	1050
31.	ESLOVAQUIA	1994	12,90	6350	74.	ARMENIA	1994	2,30	1050
32.	URUGUAY	1994	12,80	6300	75.	REP. DOMINICANA	1992	2,30	1050
33.	CANADA	1994	12,80	6300	76.	PARAGUAY	1993	2,30	1050
34.	AUSTRALIA	1994	12,70	6250	77.	FILIPINAS	1993	2,10	950
35.	RUMANIA	1994	12,70	6250	78.	PANAMA	1989	1,90	850
36.	CHINA HONG KONG	1994	12,50	6150	79.	KUWAIT	1994	1,80	800
37.	NORUEGA	1994	12,20	6000	80.	BAHAMAS	1994	1,10	450
38.	ESCOCIA	1994	12,10	5950	81.	AZERBAIJAN	1989	0,90	350
39.	EEUU	1992	11,90	5850	82.	SANTO TOME Y PRINCEPE	1994	0,90	350
40.	SURINAM	1994	11,90	5850	83.	GUATEMALA	1989	0,50	150
41.	EL SALVADOR	1991	11,60	5700	84.	PERU	1989	0,50	150
42.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	11,50	5650	85.	JAMAICA	1989	0,30	50
43.	IRLANDA	1994	11,20	5500	86.	IRAN	1991	0,20	0
					87.	EGIPTO	1989	0,00	

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

CONTINENTE AMERICANO

TABLA 2

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en el Continente Americano según País
OMS 1989 – 1996. Tasas x 100.000

NUMERO	PAIS	AÑO	TASAS X 100.000	BRM %
1.	CUBA	1994	20,80	6.833
2.	URUGUAY	1994	12,80	4.167
3.	CANADA	1994	12,80	4.167
4.	EEUU	1992	11,90	3.867
5.	SURINAM	1994	11,90	3.867
6.	EL SALVADOR	1991	11,60	3.767
7.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	11,50	3.733
8.	GUYANA	1994	10,50	3.400
9.	PUERTO RICO	1992	8,70	2.800
10.	SANTA LUCIA	1994	6,90	2.200
11.	ARGENTINA	1993	6,60	2.100
12.	BARBADOS	1994	6,50	2.067
13.	BELICE	1994	6,50	2.067
14.	CHILE	1994	5,70	1.800
15.	VENEZUELA	1994	5,09	1.597
16.	COSTA RICA	1994	4,80	1.500
17.	ECUADOR	1994	3,60	1.100
18.	BRASIL	1992	3,50	1.067
19.	COLOMBIA	1994	3,40	1.033
20.	NICARAGUA	1994	3,40	1.033
21.	MEXICO	1994	2,90	867
22.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	2,30	667
23.	PARAGUAY	1994	2,30	667
24.	PANAMA	1989	1,90	533
25.	BAHAMAS	1994	1,10	267
26.	GUATEMALA	1989	0,50	67
27.	PERU	1989	0,50	67
28.	JAMAICA	1989	0,30	0

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TASA ESPECÍFICA POR SEXO

TABLA 3

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en el **Sexo Masculino** según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100.000

NUMERO	PAIS	AÑO	TASAS X 100.000	BRM %	NUMERO	PAIS	AÑO	TASAS X 100.000	BRM %
1.	LITUANIA	1994	79,10	79.000	45.	EL SALVADOR	1991	15,80	15.700
2.	RUSIA	1994	72,90	72.800	46.	GUYANA	1994	14,60	14.500
3.	LETONIA	1994	70,80	70.700	47.	KOREA	1994	14,50	14.400
4.	ESTONIA	1994	67,60	67.500	48.	SINGAPUR	1994	14,30	14.200
5.	KAZAKHSTAN	1994	51,90	51.800	49.	HOLANDA	1994	13,10	13.000
6.	HUNGRIA	1994	50,60	50.500	50.	ITALIA	1994	12,70	12.600
7.	ESLOVENIA	1994	45,30	45.200	51.	ESPAÑA	1993	12,70	12.600
8.	SRI LANKA	1989	44,60	44.500	52.	PORTUGAL	1994	12,20	12.100
9.	FINLANDIA	1994	43,40	43.300	53.	BELICE	1994	12,00	11.900
10.	UCRANIA	1994	38,20	38.100	54.	IRLANDA DEL NORTE	1994	11,60	11.500
11.	CROACIA	1994	34,20	34.100	55.	SANTA LUCIA	1994	11,00	10.900
12.	AUSTRIA	1994	34,20	34.100	56.	INGLATERRA Y GALES	1994	11,00	10.900
13.	FRANCIA	1994	31,50	31.400	57.	ARGENTINA	1993	10,60	10.500
14.	SUIZA	1994	30,90	30.800	58.	CHILE	1994	10,20	10.100
15.	REPUBLICA DE MOLDOVA	1994	30,90	30.800	59.	BARBADOS	1994	9,50	9.400
16.	BELGICA	1992	26,70	26.600	60.	ISRAEL	1994	9,40	9.300
17.	REPUBLICA CHECA	1994	26,70	26.600	61.	VENEZUELA	1994	8,30	8.200
18.	CUBA	1994	26,30	26.200	62.	COSTA RICA	1994	8,00	7.900
19.	BULGARIA	1994	25,30	25.200	63.	CHINA URBANO	1994	6,50	6.400
20.	DINAMARCA	1993	24,30	24.200	64.	MALTA	1996	5,90	5.800
21.	POLONIA	1993	24,30	24.200	65.	GRECIA	1994	5,90	5.800
22.	NUEVA ZELANDIA	1994	24,10	24.000	66.	THAILANDIA	1992	5,60	5.500
23.	CHINA RURAL	1994	23,70	23.600	67.	BRASIL	1994	5,60	5.500
24.	JAPON	1994	23,40	23.300	68.	COLOMBIA	1994	5,50	5.400
25.	ALEMANIA	1994	23,20	23.100	69.	GEORGIA	1990	5,40	5.300
26.	LUXEMBURGO	1994	22,40	22.300	70.	MEXICO	1994	5,00	4.900
27.	ESLOVAQUIA	1994	22,40	22.300	71.	NICARAGUA	1994	4,70	4.600
28.	MAURITANIA	1989	21,90	21.800	72.	ECUADOR	1994	4,69	4.590
29.	SUECIA	1994	21,40	21.300	73.	PANAMA	1989	3,80	3.700
30.	MAURICE	1994	21,40	21.300	74.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	3,70	3.600
31.	URUGUAY	1994	21,40	21.300	75.	ARMENIA	1992	3,60	3.500
32.	KYRGYZSTAN	1994	21,20	21.100	76.	PARAGUAY	1994	3,40	3.300
33.	RUMANIA	1994	21,10	21.000	77.	ALBANIA	1993	2,90	2.800
34.	AUSTRALIA	1994	21,00	20.900	78.	FILIPINAS	1993	2,50	2.400
35.	CANADA	1994	20,50	20.400	79.	BAHAMAS	1994	2,20	2.100
36.	EEUU	1994	19,80	19.700	80.	KUWAIT	1994	1,80	1.700
37.	ESCOCIA	1994	19,10	19.000	81.	AZERBAIJAN	1994	1,50	1.400
38.	IRLANDA	1994	17,90	17.800	82.	GUATEMALA	1989	0,90	800
39.	NORUEGA	1994	17,70	17.600	83.	PERU	1989	0,60	500
40.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	17,40	17.300	84.	JAMAICA	1989	0,50	400
41.	SURINAM	1992	16,60	16.500	85.	IRAN	1991	0,30	200
42.	ISLANDIA	1994	16,40	16.300	86.	EGIPTO	1989	0,10	0
43.	PUERTO RICO	1992	16,10	16.000	87.	SANTO TOME Y PRÍNCIPE	1989	0,00	
		44.	CHINA HONG KONG	1994	15,90	15.800			

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 4

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en el sexo masculino
en el Continente Americano según País. OMS 1989 – 1996. Tasas x 100.000

NUMERO	PAIS	AÑO	TASAS X 100.000	BRM %
1.	CUBA	1994	26,30	5.160
2.	URUGUAY	1994	21,40	4.180
3.	CANADA	1994	20,50	4.000
4.	EEUU	1994	19,80	3.860
5.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	17,40	3.380
6.	SURINAM	1992	16,60	3.220
7.	PUERTO RICO	1992	16,10	3.120
8.	EL SALVADOR	1991	15,80	3.060
9.	GUYANA	1994	14,60	2.820
10.	BELICE	1994	12,00	2.300
11.	SANTA LUCIA	1994	11,00	2.100
12.	ARGENTINA	1993	10,60	2.020
13.	CHILE	1994	10,20	1.940
14.	BARBADOS	1994	9,50	1.800
15.	VENEZUELA	1994	8,30	1.560
16.	COSTA RICA	1994	8,00	1.500
17.	BRASIL	1992	5,60	1.020
18.	COLOMBIA	1994	5,50	1.000
19.	MEXICO	1994	5,00	900
20.	NICARAGUA	1994	4,70	840
21.	ECUADOR	1994	4,69	838
22.	PANAMA	1989	3,80	660
23.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	3,70	640
24.	PARAGUAY	1994	3,40	580
25.	BAHAMAS	1994	2,20	340
26.	GUATEMALA	1989	0,90	80
27.	PERU	1989	0,60	20
28.	JAMAICA	1989	0,50	0

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 5

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en el sexo femenino según País
OMS 1989 – 1996. Tasas x 100.000

NUMERO	PAIS	AÑO	TASAS X 100.000	BRM %	NUMERO	PAIS	AÑO	TASAS X 100.000	BRM %
1.	CHINA RURAL	1994	30,50	30.400	45.	POLONIA	1993	4,70	4.600
2.	SRI LANKA	1989	16,80	16.700	46.	AUSTRALIA	1994	4,70	4.600
3.	HUNGRIA	1994	16,70	16.600	47.	IRLANDA	1994	4,60	4.500
4.	ESTONIA	1994	16,00	15.900	48.	EEUU	1994	4,50	4.400
5.	LITUANIA	1994	15,60	15.500	49.	PORTUGAL	1994	4,40	4.300
6.	CUBA	1994	15,40	15.300	50.	RUMANIA	1994	4,30	4.200
7.	LETONIA	1994	14,70	14.600	51.	ITALIA	1993	4,00	3.900
8.	RUSIA	1994	13,70	13.600	52.	ESLOVAQUIA	1994	3,90	3.800
9.	ESLOVENIA	1994	12,60	12.500	53.	ISLANDIA	1994	3,80	3.700
10.	SUIZA	1994	12,20	12.100	54.	ISRAEL	1994	3,80	3.700
11.	FINLANDIA	1994	11,80	11.700	55.	ESPAÑA	1994	3,70	3.600
12.	CROACIA	1994	11,30	11.200	56.	BARBADOS	1994	3,70	3.600
13.	JAPON	1994	11,30	11.200	57.	SANTA LUCIA	1994	3,00	2.900
14.	AUSTRIA	1994	11,00	10.900	58.	INGLATERRA Y GALES	1994	3,00	2.900
15.	BELGICA	1992	11,00	10.900	59.	IRLANDA DEL NORTE	1994	2,90	2.800
16.	FRANCIA	1994	10,70	10.600	60.	ARGENTINA	1993	2,90	2.800
17.	REPUBLICA CHECA	1994	10,00	9.900	61.	THAILANDIA	1994	2,40	2.300
18.	DINAMARCA	1993	9,80	9.700	62.	NICARAGUA	1994	2,20	2.100
19.	BULGARIA	1994	9,70	9.600	63.	MALTA	1994	2,10	2.000
20.	KAZAKHSTAN	1994	9,50	9.400	64.	GEORGIA	1990	2,00	1.900
21.	UCRANIA	1994	9,20	9.100	65.	PUERTO RICO	1992	1,90	1.800
22.	CHINA HONG KONG	1994	9,10	9.000	66.	VENEZUELA	1994	1,90	1.800
23.	SUECIA	1994	8,90	8.800	67.	KUWAIT	1994	1,90	1.800
24.	ALEMANIA	1994	8,70	8.600	68.	COSTA RICA	1994	1,80	1.700
25.	LUXEMBURGO	1994	8,60	8.500	69.	SANTO TOMÉ Y PRÍNCIPE	1989	1,80	1.700
26.	SINGAPUR	1994	8,00	7.900	70.	ALBANIA	1993	1,70	1.600
27.	MAURITANIA	1989	7,80	7.700	71.	FILIPINAS	1993	1,70	1.600
28.	EL SALVADOR	1991	7,70	7.600	72.	BRASIL	1992	1,60	1.500
29.	SURINAM	1992	7,20	7.100	73.	COLOMBIA	1994	1,50	1.400
30.	CHINA URBANO	1994	7,00	6.900	74.	CHILE	1994	1,40	1.300
31.	NORUEGA	1994	6,90	6.800	75.	GRECIA	1996	1,20	1.100
32.	KOREA	1994	6,70	6.600	76.	PARAGUAY	1994	1,20	1.100
33.	GUYANA	1994	6,50	6.400	77.	ARMENIA	1992	1,00	900
34.	HOLANDA	1994	6,50	6.400	78.	BELICE	1994	0,90	800
35.	REPUBLICA OF MOLDOVA	1994	6,20	6.100	79.	MEXICO	1994	0,90	800
36.	NUEVA ZELANDIA	1994	6,10	6.000	80.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	0,90	800
37.	KYRGYZSTAN	1994	6,10	6.000	81.	PERU	1989	0,40	300
38.	MAURICE	1994	5,90	5.800	82.	AZERBAIJAN	1994	0,30	200
39.	ECUADOR	1994	5,80	5.700	83.	JAMAICA	1989	0,20	100
40.	ESCOCIA	1994	5,60	5.500	84.	GUATEMALA	1989	0,10	0
41.	PANAMA	1989	5,60	5.500	85.	IRAN	1991	0,10	0
42.	CANADA	1994	5,30	5.200	86.	BAHAMAS	1994	0,00	
43.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	5,00	4.900	87.	EGIPTO	1989	0,00	
44.	URUGUAY	1994	4,73	4.630					

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 6

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en el sexo femenino en el Continente Americano según País
OMS 1989 – 1996. Tasas x 100.000

NUMERO	PAIS	AÑO	TASAS X 100.000	BRM %
1.	CUBA	1994	15,40	15.300
2.	EL SALVADOR	1991	7,70	7.600
3.	SURINAM	1992	7,20	7.100
4.	GUYANA	1994	6,50	6.400
5.	ECUADOR	1994	5,80	5.700
6.	PANAMA	1989	5,60	5.500
7.	CANADA	1994	5,30	5.200
8.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	5,00	4.900
9.	URUGUAY	1994	4,73	4.630
10.	EEUU	1994	4,50	4.400
11.	BARBADOS	1994	3,70	3.600
12.	SANTA LUCIA	1994	3,00	2.900
13.	ARGENTINA	1993	2,90	2.800
14.	NICARAGUA	1994	2,20	2.100
15.	PUERTO RICO	1992	1,90	1.800
16.	VENEZUELA	1994	1,90	1.800
17.	COSTA RICA	1994	1,80	1.700
18.	BRASIL	1992	1,60	1.500
19.	COLOMBIA	1994	1,50	1.400
20.	CHILE	1994	1,40	1.300
21.	PARAGUAY	1994	1,20	1.100
22.	BELICE	1994	0,90	800
23.	MÉXICO	1994	0,90	800
24.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	0,90	800
25.	PERU	1989	0,40	300
26.	JAMAICA	1989	0,20	100
27.	GUATEMALA	1989	0,10	0
28.	BAHAMAS	1994	0,00	

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 7

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio estandarizadas según País
OMS 1989 – 1996 Tasas x 100.000

NUMERO	PAÍS	AÑO	TASAS X 100000	BRM %	NUMERO	PAÍS	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1.	LITUANIA	1994	44,40	16.977	45.	KOREA	1994	10,40	3.900
2.	RUSIA	1994	40,40	15.438	46.	GUYANA	1994	10,40	3.900
3.	LETONIA	1994	38,90	14.862	47.	IRLANDA	1994	9,24	3.454
4.	ESTONIA	1994	38,30	14.631	48.	PUERTO RICO	1992	9,20	3.438
5.	KAZAKHSTAN	1994	32,50	12.400	49.	ISLANDIA	1994	8,90	3.323
6.	CHINA RURAL	1994	31,80	12.131	50.	HOLANDA	1994	8,81	3.288
7.	HUNGRIA	1994	30,01	11.442	51.	BELICE	1994	8,58	3.200
8.	ESLOVENIA	1994	26,30	10.015	52.	SANTA LUCIA	1994	8,18	3.046
9.	SRI LANKA	1989	25,90	9.862	53.	THAILANDIA	1994	8,17	3.042
10.	FINLANDIA	1994	24,60	9.362	54.	ARGENTINA	1993	7,58	2.815
11.	UCRANIA	1994	22,08	8.392	55.	PORTUGAL	1994	7,43	2.758
12.	CROACIA	1994	22,02	8.369	56.	CHINA URBANO	1994	7,40	2.746
13.	CUBA	1994	21,80	8.285	57.	IRLANDA DEL NORTE	1994	7,38	2.738
14.	REP. DE MOLDOVA	1994	20,90	7.938	58.	ESPAÑA	1994	7,27	2.696
15.	AUSTRIA	1994	20,15	7.650	59.	ITALIA	1993	7,10	2.631
16.	DINAMARCA	1993	19,16	7.269	60.	GEORGIA	1990	6,91	2.558
17.	SUIZA	1994	19,10	7.246	61.	CHILE	1994	6,36	2.346
18.	FRANCIA	1994	18,70	7.092	62.	INGLATERRA Y GALES	1994	6,27	2.312
19.	BELGICA	1992	18,19	6.896	63.	BARBADOS	1994	6,16	2.269
20.	KYRGYZSTAN	1994	18,10	6.862	64.	VENEZUELA	1994	5,88	2.162
21.	BULGARIA	1994	15,80	5.977	65.	COSTA RICA	1994	5,58	2.046
22.	ISRAEL	1994	15,50	5.862	66.	ECUADOR	1994	5,17	1.888
23.	SINGAPUR	1994	15,10	5.708	67.	NICARAGUA	1994	4,56	1.654
24.	REPUBLICA CHECA	1994	14,70	5.554	68.	COLOMBIA	1994	3,83	1.373
25.	NUEVA ZELANDIA	1994	14,70	5.554	69.	BRASIL	1992	3,82	1.369
26.	LUXEMBURGO	1994	13,80	5.208	70.	MEXICO	1994	3,59	1.281
27.	POLONIA	1993	13,80	5.208	71.	SANTO TOME Y PRÍNCIPE	1989	3,50	1.246
28.	ALEMANIA	1994	13,70	5.169	72.	BAHAMAS	1994	3,48	1.238
29.	MAURICE	1994	13,70	5.169	73.	MALTA	1994	3,46	1.231
30.	EL SALVADOR	1991	13,50	5.092	74.	PARAGUAY	1994	3,22	1.138
31.	URUGUAY	1994	13,30	5.015	75.	PANAMA	1989	3,17	1.119
32.	SUECIA	1994	13,00	4.900	76.	GRECIA	1996	3,09	1.088
33.	ESLOVAQUIA	1994	13,00	4.900	77.	ARMENIA	1992	2,77	965
34.	MAURITANIA	1989	12,80	4.823	78.	ALBANIA	1993	2,03	681
35.	JAPON	1994	12,70	4.785	79.	REP. DOMINICANA	1994	2,01	673
36.	AUSTRALIA	1994	12,13	4.565	80.	FILIPINAS	1993	1,49	473
37.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	12,10	4.554	81.	KUWAIT	1994	1,48	469
38.	CHINA HONG KONG	1994	11,98	4.508	82.	AZERBAIJAN	1994	0,87	235
39.	CANADA	1994	11,98	4.508	83.	GUATEMALA	1989	0,77	196
40.	EEUU	1994	11,60	4.362	84.	PERU	1989	0,56	115
41.	RUMANIA	1994	11,60	4.362	85.	JAMAICA	1989	0,42	62
42.	SURINAM	1992	11,45	4.304	86.	IRAN	1991	0,26	0
43.	NORUEGA	1994	11,41	4.288	87.	EGIPTO	1989	0,00	
		44.	ESCOCIA		1994	11,25	4.227		

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 8

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio estandarizadas en el Continente Americano según País. OMS 1989 – 1996. Tasas x 100.000

NUMERO	PAÍS	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1	CUBA	1994	21,80	5.090
2	EL SALVADOR	1991	13,50	3.114
3	URUGUAY	1994	13,30	3.067
4	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	12,10	2.781
5	CANADA	1994	11,98	2.752
6	EEUU	1994	11,60	2.662
7	SURINAM	1992	11,45	2.626
8	GUYANA	1994	10,40	2.376
9	PUERTO RICO	1992	9,20	2.090
10	BELICE	1994	8,58	1.943
11	SANTA LUCIA	1994	8,18	1.848
12	ARGENTINA	1993	7,58	1.705
13	CHILE	1994	6,36	1.414
14	BARBADOS	1994	6,16	1.367
15	VENEZUELA	1994	5,88	1.300
16	COSTA RICA	1994	5,58	1.229
17	ECUADOR	1994	5,17	1.131
18	NICARAGUA	1994	4,56	986
19	COLOMBIA	1994	3,83	812
20	BRASIL	1992	3,82	810
21	MEXICO	1994	3,59	755
22	BAHAMAS	1994	3,48	729
23	PARAGUAY	1994	3,22	667
24	PANAMA	1989	3,17	655
25	REPUBLICA DOMINICANA	1994	2,01	379
26	GUATEMALA	1989	0,77	83
27	PERU	1989	0,56	33
28	JAMAICA	1989	0,42	0

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 9

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en el sexo masculino estandarizadas según País.
OMS 1989 – 1996. Tasas x 100.000

NUMERO	PAÍS	AÑO	TASAS X 100000	BRM %	NUMERO	PAÍS	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1.	LITUANIA	1994	75,90	75.800	15.	SANTA LUCIA	1994	16,30	16.200
2.	RUSIA	1994	68,00	67.900	16.	JAPON	1994	16,00	15.900
3.	LETONIA	1994	65,50	65.400	17.	ISLANDIA	1994	15,20	15.100
4.	ESTONIA	1994	62,50	62.400	18.	GUYANA	1994	15,10	15.000
5.	KAZAKHSTAN	1994	54,07	53.970	19.	IRLANDA	1994	14,64	14.540
6.	HUNGRIA	1994	45,50	45.400	20.	CHINA HONG KONG	1994	14,10	14.000
7.	ESLOVENIA	1994	41,30	41.200	21.	KOREA	1994	14,10	14.000
8.	FINLANDIA	1994	38,80	38.700	22.	ARGENTINA	1993	11,90	11.800
9.	SRI LANKA	1989	37,80	37.700	23.	HOLANDA	1994	11,67	11.570
10.	UCRANIA	1994	35,80	35.700	24.	CHILE	1994	11,33	11.230
11.	REPUBLICA OF MOLDOVA	1994	33,00	32.900	25.	ESPAÑA	1994	11,23	11.130
12.	CROACIA	1994	32,70	32.600	26.	IRLANDA DEL NORTE	1994	11,10	11.000
13.	AUSTRIA	1994	30,80	30.700	27.	PORTUGAL	1994	10,80	10.700
14.	CHINA RURAL	1994	29,10	29.000	28.	ITALIA	1993	10,80	10.700
15.	KYRGYZSTAN	1994	28,30	28.200	29.	GEORGIA	1990	10,60	10.500
16.	FRANCIA	1994	27,90	27.800	30.	VENEZUELA	1994	10,00	9.900
17.	SUIZA	1994	27,60	27.500	31.	INGLATERRA Y GALES	1994	9,89	9.790
18.	CUBA	1994	27,40	27.300	32.	THAILANDIA	1994	9,39	9.290
19.	BELGICA	1992	26,70	26.600	33.	COSTA RICA	1994	9,30	9.200
20.	DINAMARCA	1993	24,90	24.800	34.	BARBADOS	1994	8,38	8.280
21.	REPUBLICA CHECA	1994	23,50	23.400	35.	SANTO TOME Y PRINCIPE	1989	7,00	6.900
22.	NUEVA ZELANDIA	1994	23,50	23.400	36.	ECUADOR	1994	6,97	6.870
23.	ISRAEL	1994	23,30	23.200	37.	CHINA URBANO	1994	6,90	6.800
24.	POLONIA	1993	23,10	23.000	38.	NICARAGUA	1994	6,74	6.640
25.	BULGARIA	1994	22,60	22.500	39.	MEXICO	1994	6,22	6.120
26.	ESLOVAQUIA	1994	22,10	22.000	40.	COLOMBIA	1994	6,19	6.090
27.	URUGUAY	1994	22,00	21.900	41.	MALTA	1994	6,17	6.070
28.	MAURICE	1994	21,80	21.700	42.	BAHAMAS	1994	6,00	5.900
29.	ALEMANIA	1994	20,21	20.110	43.	BRASIL	1992	5,96	5.860
30.	LUXEMBURGO	1994	20,20	20.100	44.	GRECIA	1996	5,14	5.040
31.	EL SALVADOR	1991	20,00	19.900	45.	PANAMA	1989	4,78	4.680
32.	AUSTRALIA	1994	19,80	19.700	46.	PARAGUAY	1994	4,72	4.620
33.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	19,30	19.200	47.	ARMENIA	1992	4,24	4.140
34.	CANADA	1994	19,02	18.920	48.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	2,77	2.670
35.	MAURITANIA	1989	19,00	18.900	49.	ALBANIA	1993	2,47	2.370
36.	EEUU	1994	18,95	18.850	50.	FILIPINAS	1993	1,79	1.690
37.	RUMANIA	1994	18,80	18.700	51.	AZERBAIJAN	1994	1,54	1.440
38.	SUECIA	1994	18,30	18.200	52.	KUWAIT	1994	1,37	1.270
39.	SINGAPUR	1994	17,90	17.800	53.	GUATEMALA	1989	1,21	1.110
40.	SURINAM	1992	17,60	17.500	54.	PERU	1989	0,81	710
41.	ESCOCIA	1994	17,48	17.380	55.	JAMAICA	1989	0,55	450
42.	BELICE	1994	16,50	16.400	56.	IRAN	1991	0,43	330
43.	PUERTO RICO	1992	16,40	16.300	57.	EGIPTO	1989	0,10	0
44.	NORUEGA	1994	16,31	16.210					

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 10

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en el sexo masculino estandarizadas en el Continente Americano según País. OMS 1989 – 1996. Tasas x 100.000

NUMERO	PAÍS	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1.	CUBA	1994	27,40	4.882
2.	URUGUAY	1994	22,00	3.900
3.	EL SALVADOR	1991	20,00	3.536
4.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	19,30	3.409
5.	CANADA	1994	19,02	3.358
6.	EEUU	1994	18,95	3.345
7.	SURINAM	1992	17,60	3.100
8.	BELICE	1994	16,50	2.900
9.	PUERTO RICO	1992	16,40	2.882
10.	SANTA LUCIA	1994	16,30	2.864
11.	GUYANA	1994	15,10	2.645
12.	ARGENTINA	1993	11,90	2.064
13.	CHILE	1994	11,33	1.960
14.	VENEZUELA	1994	10,00	1.718
15.	COSTA RICA	1994	9,30	1.591
16.	BARBADOS	1994	8,38	1.424
17.	ECUADOR	1994	6,97	1.167
18.	NICARAGUA	1994	6,74	1.125
19.	MEXICO	1994	6,22	1.031
20.	COLOMBIA	1994	6,19	1.025
21.	BAHAMAS	1994	6,00	991
22.	BRASIL	1992	5,96	984
23.	PANAMA	1989	4,78	769
24.	PARAGUAY	1994	4,72	758
25.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	2,77	404
26.	GUATEMALA	1989	1,21	120
27.	PERU	1989	0,81	47
28.	JAMAICA	1989	0,55	0

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 11

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en el sexo femenino estandarizadas según País. OMS 1989 – 1996. Tasas x 100.000

NUMERO	P A I S	AÑO	TASAS X 100000	BRM %	NUMERO	P A I S	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1.	CHINA RURAL	1994	34,60	38,344	45.	POLONIA	1993	4,49	4.889
2.	CUBA	1994	16,30	18,011	46.	AUSTRALIA	1994	4,43	4.822
3.	HUNGRIA	1994	14,70	16,233	47.	RUMANIA	1994	4,30	4.678
4.	ESTONIA	1994	14,16	15,633	48.	EEUU	1994	4,24	4.611
5.	SRI LANKA	1989	13,90	15,344	49.	PORTUGAL	1994	3,99	4.333
6.	LUXEMBURGO	1994	13,80	15,233	50.	BARBADOS	1994	3,94	4.278
7.	DINAMARCA	1993	13,33	14,711	51.	ESLOVAQUIA	1994	3,80	4.122
8.	LITUANIA	1994	12,80	14,122	52.	IRLANDA	1994	3,80	4.122
9.	RUSIA	1994	12,70	14,011	53.	IRLANDA DEL NORTE	1994	3,60	3.900
10.	SINGAPUR	1994	12,40	13,678	54.	MALTA	1994	3,46	3.744
11.	LETONIA	1994	12,20	13,456	55.	ITALIA	1993	3,40	3.678
12.	ESLOVENIA	1994	11,30	12,456	56.	ECUADOR	1994	3,37	3.644
13.	CROACIA	1994	11,26	12,411	57.	ESPAÑA	1994	3,31	3.578
14.	KAZAKHSTAN	1994	10,90	12,011	58.	GEORGIA	1990	3,20	3.456
15.	SUIZA	1994	10,60	11,678	59.	ARGENTINA	1993	3,16	3.411
16.	FINLANDIA	1994	10,57	11,644	60.	INGLATERRA Y GALES	1994	2,65	2.844
17.	CHINA HONG KONG	1994	9,80	10,789	61.	ISLANDIA	1994	2,55	2.733
18.	BELGICA	1992	9,64	10,611	62.	NICARAGUA	1994	2,38	2.544
19.	FRANCIA	1994	9,52	10,478	63.	PUERTO RICO	1992	2,01	2.133
20.	JAPON	1994	9,49	10,444	64.	COSTA RICA	1994	1,85	1.956
21.	AUSTRIA	1994	9,40	10,344	65.	VENEZUELA	1994	1,75	1.844
22.	BULGARIA	1994	8,97	9,867	66.	PARAGUAY	1994	1,72	1.811
23.	REPUBLICA OF MOLDOVA	1994	8,90	9,789	67.	BRASIL	1992	1,69	1.778
24.	UCRANIA	1994	8,26	9,078	68.	ALBANIA	1993	1,64	1.722
25.	KYRGYZSTAN	1994	7,90	8,678	69.	KUWAIT	1994	1,58	1.656
26.	CHINA URBANO	1994	7,80	8,567	70.	COLOMBIA	1994	1,48	1.544
27.	ISRAEL	1994	7,78	8,544	71.	PANAMA	1989	1,45	1.511
28.	SUECIA	1994	7,68	8,433	72.	CHILE	1994	1,39	1.444
29.	ALEMANIA	1994	7,21	7,911	73.	ARMENIA	1992	1,31	1.356
30.	EL SALVADOR	1991	7,14	7,833	74.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	1,26	1.300
31.	THAILANDIA	1994	6,96	7,633	75.	FILIPINAS	1993	1,19	1.222
32.	KOREA	1994	6,60	7,233	76.	GRECIA	1996	1,05	1.067
33.	MAURITANIA	1989	6,54	7,167	77.	BAHAMAS	1994	0,97	978
34.	NORUEGA	1994	6,45	7,067	78.	MEXICO	1994	0,95	956
35.	MAURICE	1994	6,37	6,978	79.	BELICE	1994	0,65	622
36.	HOLANDA	1994	5,95	6,511	80.	PERU	1989	0,32	256
37.	REPUBLICA CHECA	1994	5,92	6,478	81.	JAMAICA	1989	0,30	233
38.	NUEVA ZELANDIA	1994	5,90	6,456	82.	AZERBAIJAN	1994	0,19	111
39.	GUYANA	1994	5,60	6,122	83.	GUATEMALA	1989	0,13	44
40.	SURINAM	1992	5,30	5,789	84.	IRAN	1991	0,09	0
41.	ESCOCIA	1994	5,03	5,489	85.	SANTA LUCIA	1994	0,00	
42.	URUGUAY	1994	5,00	5,456	86.	SANTO TOME Y PRÍNCIPE	1989	0,00	
43.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	4,94	5,389	87.	EGIPTO	1989	0,00	
44. CANADA					1994	4,94	5,389		

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 12

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en el sexo femenino estandarizadas en el Continente Americano según País. OMS 1989 – 1996. Tasas x 100000

NUMERO	P A I S	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1.	CUBA	1994	16,30	12.438
2.	EL SALVADOR	1991	7,14	5.392
3.	GUYANA	1994	5,60	4.208
4.	SURINAM	1992	5,30	3.977
5.	URUGUAY	1994	5,00	3.746
6.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	4,94	3.700
7.	CANADA	1994	4,94	3.700
8.	EEUU	1994	4,24	3.162
9.	BARBADOS	1994	3,94	2.931
10.	ECUADOR	1994	3,37	2.492
11.	ARGENTINA	1993	3,16	2.331
12.	NICARAGUA	1994	2,38	1.731
13.	PUERTO RICO	1992	2,01	1.446
14.	COSTA RICA	1994	1,85	1.323
15.	VENEZUELA	1994	1,75	1.246
16.	PARAGUAY	1994	1,72	1.223
17.	BRASIL	1992	1,69	1.200
18.	COLOMBIA	1994	1,48	1.038
19.	PANAMA	1989	1,45	1.015
20.	CHILE	1994	1,39	969
21.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	1,26	869
22.	BAHAMAS	1994	0,97	646
23.	MEXICO	1994	0,95	631
24.	BELICE	1994	0,65	400
25.	PERU	1989	0,32	146
26.	JAMAICA	1989	0,30	131
27.	GUATEMALA	1989	0,13	0
28.	SANTA LUCIA	1994	0,00	

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 13
Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio
en fallecidos de 45 a 54 años del sexo femenino según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	PAIS	AÑO	TASAS X 100000	BRM %	NUMERO	PAIS	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1.	CHINA RURAL	1994	31,10	31000	45.	MAURITANIA	1989	6,60	6500
2.	DINAMARCA	1993	27,00	26900	46.	AUSTRALIA	1994	6,20	6100
3.	LETONIA	1994	25,10	25000	47.	MAURICE	1994	6,00	5900
4.	LITUANIA	1994	24,80	24700	48.	PORTUGAL	1994	5,50	5400
5.	HUNGRIA	1994	21,70	21600	49.	ITALIA	1993	4,60	4500
6.	ESTONIA	1994	21,10	21000	50.	IRLANDA DEL NORTE	1994	4,30	4200
7.	SRI LANKA	1989	21,00	20900	51.	ARGENTINA	1993	4,10	4000
8.	CUBA	1994	18,60	18500	52.	GEORGIA	1990	4,10	4000
9.	RUSIA	1994	18,40	18300	53.	PUERTO RICO	1992	4,00	3900
10.	CROACIA	1994	18,20	18100	54.	ESPAÑA	1994	3,90	3800
11.	FINLANDIA	1994	17,20	17100	55.	INGLATERRA Y GALES	1994	3,70	3600
12.	BELGICA	1992	16,00	15900	56.	GUYANA	1994	3,60	3500
13.	FRANCIA	1994	15,90	15800	57.	MALTA	1994	3,60	3500
14.	SUIZA	1994	15,50	15400	58.	KUWAIT	1994	2,80	2700
15.	ESLOVENIA	1994	15,20	15100	59.	BRASIL	1992	2,60	2500
16.	KYRGIZSTAN	1994	15,00	14900	60.	ECUADOR	1994	2,60	2500
17.	KAZAKHSTAN	1994	14,80	14700	61.	ARMENIA	1992	2,60	2500
18.	AUSTRIA	1994	14,40	14300	62.	CHILE	1994	2,40	2300
19.	SUECIA	1994	14,20	14100	63.	COSTA RICA	1994	2,40	2300
20.	UCRANIA	1994	14,00	13900	64.	PARAGUAY	1994	2,20	2100
21.	REPUBLICA DE MOLDOVA	1994	13,60	13500	65.	ALBANIA	1993	2,20	2100
22.	SINGAPUR	1994	12,20	12100	66.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	2,00	1900
23.	JAPON	1994	12,00	11900	67.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	1,90	1800
24.	LUXEMBURGO	1994	12,00	11900	68.	VENEZUELA	1994	1,80	1700
25.	ISRAEL	1994	11,50	11400	69.	NICARAGUA	1994	1,70	1600
26.	NORUEGA	1994	11,30	11200	70.	GRECIA	1996	1,40	1300
27.	ALEMANIA	1994	10,40	10300	71.	PANAMA	1989	1,40	1300
28.	BULGARIA	1994	10,20	10100	72.	JAMAICA	1989	1,30	1200
29.	ESCOCIA	1994	9,60	9500	73.	EL SALVADOR	1991	1,20	1100
30.	HOLANDA	1994	9,50	9400	74.	MEXICO	1994	1,00	900
31.	ESLOVAQUIA	1994	9,30	9200	75.	COLOMBIA	1994	0,90	800
32.	CHINA HONG KONG	1994	8,80	8700	76.	FILIPINAS	1993	0,90	800
33.	BARBADOS	1994	8,30	8200	77.	PERU	1989	0,40	300
34.	CANADA	1994	8,10	8000	78.	IRAN	1991	0,10	0
35.	REPUBLICA CHECA	1994	7,90	7800	79.	EGIPTO	1989	0,10	0
36.	NUOVA ZELANDIA	1994	7,90	7800	80.	SANTA LUCIA	1994	0,00	
37.	POLONIA	1993	7,70	7600	81.	BELICE	1994	0,00	
38.	COREA	1994	7,70	7600	82.	ISLANDIA	1994	0,00	
39.	IRLANDA	1994	7,60	7500	83.	SANTO TOME Y PRINCIPE	1989	0,00	
40.	ROMANIA	1994	7,40	7300	84.	SURINAM	1992	0,00	
41.	URUGUAY	1994	7,40	7300	85.	AZERBAIJAN	1994	0,00	
42.	CHINA URBANO	1994	7,30	7200	86.	GUATEMALA	1989	0,00	
43.	THAILANDIA	1994	7,10	7000	87.	BAHAMAS	1994	0,00	
44.	EEUU	1994	7,00	6900					

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 14
Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en fallecidos
de 45 a 54 años del sexo femenino en el Continente Americano según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	PAIS	AÑO	TASA X 100000	BRM %
1.	CUBA	1994	18,60	4.550
2.	BARBADOS	1994	8,30	1.975
3.	CANADA	1994	8,10	1.925
4.	URUGUAY	1994	7,40	1.750
5.	EEUU	1994	7,00	1.650
6.	ARGENTINA	1993	4,10	925
7.	PUERTO RICO	1992	4,00	900
8.	GUYANA	1994	3,60	800
9.	BRASIL	1992	2,60	550
10.	ECUADOR	1994	2,60	550
11.	CHILE	1994	2,40	500
12.	COSTA RICA	1994	2,40	500
13.	PARAGUAY	1994	2,20	450
14.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	2,00	400
15.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	1,90	375
16.	VENEZUELA	1994	1,80	350
17.	NICARAGUA	1994	1,70	325
18.	PANAMA	1989	1,40	250
19.	JAMAICA	1989	1,30	225
20.	EL SALVADOR	1991	1,20	200
21.	MEXICO	1994	1,00	150
22.	COLOMBIA	1994	0,90	125
23.	PERU	1989	0,40	0
24.	SANTA LUCIA	1994	0,00	
25.	BELICE	1994	0,00	
26.	SURINAM	1992	0,00	
27.	GUATEMALA	1989	0,00	
28.	BAHAMAS	1994	0,00	

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 15
Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio
en fallecidos de 55 a 64 años según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	P A I S	AÑO	TASAS X 100000	BRM %	NUMERO	P A I S	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1.	LITUANIA	1994	67,00	66900	45.	HOLANDA	1994	12,90	12800
2.	ESTONIA	1994	64,70	64600	46.	BARBADOS	1994	12,50	12400
3.	LETONIA	1994	64,50	64400	47.	BELICE	1994	12,50	12400
4.	RUSSIA	1994	60,80	60700	48.	ARGENTINA	1993	11,90	11800
5.	KAZAKHSTAN	1994	49,50	49400	49.	ITALIA	1993	11,90	11800
6.	ESLOVENIA	1994	48,60	48500	50.	PORTUGAL	1994	11,90	11800
7.	CHINA RURAL	1994	46,70	46600	51.	ESPAÑA	1994	11,60	11500
8.	HUNGRIA	1994	44,20	44100	52.	MAURITANIA	1989	11,60	11500
9.	CROACIA	1994	39,70	39600	53.	GUYANA	1994	10,80	10700
10.	CUBA	1994	35,30	35200	54.	ISLANDIA	1994	10,00	9900
11.	FINLANDIA	1994	35,20	35100	55.	GEORGIA	1990	9,70	9600
12.	ISRAEL	1994	35,10	35000	56.	CHILE	1994	9,60	9500
13.	UCRANIA	1994	34,10	34000	57.	CHINA URBANO	1994	8,80	8700
14.	REPUBLICA DE MOLDOVA	1994	33,80	33700	58.	THAILANDIA	1994	8,60	8500
15.	DINAMARCA	1993	32,10	32000	59.	BRASIL	1992	8,40	8300
16.	AUSTRIA	1994	28,90	28800	60.	BAHAMAS	1994	7,70	7600
17.	SUIZA	1994	27,40	27300	61.	IRLANDA DEL NORTE	1994	7,60	7500
18.	KYRGIZSTAN	1994	27,00	26900	62.	NICARAGUA	1994	7,30	7200
19.	JAPON	1994	26,70	26600	63.	INGLATERRA Y GALES	1994	7,20	7100
20.	FRANCIA	1994	26,50	26400	64.	VENEZUELA	1994	6,60	6500
21.	URUGUAY	1994	23,90	23800	65.	COSTA RICA	1994	5,40	5300
22.	BELGICA	1992	23,70	23600	66.	ARMENIA	1992	5,00	4900
23.	BULGARIA	1994	23,20	23100	67.	ECUADOR	1994	5,00	4900
24.	ALEMANIA	1994	22,90	22800	68.	COLOMBIA	1994	4,70	4600
25.	SURINAM	1992	21,70	21600	69.	MEXICO	1994	4,40	4300
26.	POLONIA	1993	21,50	21400	70.	PARAGUAY	1994	4,40	4300
27.	SUECIA	1994	19,60	19500	71.	GRECIA	1996	4,20	4100
28.	RUMANIA	1994	19,20	19100	72.	MAURICE	1994	3,10	3000
29.	ESLOVAQUIA	1994	18,40	18300	73.	ALBANIA	1993	2,90	2800
30.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	18,30	18200	74.	PANAMA	1989	2,80	2700
31.	CHINA HONG KONG	1994	17,60	17500	75.	GUATEMALA	1989	2,40	2300
32.	SINGAPUR	1994	15,80	15700	76.	KUWAIT	1994	2,20	2100
33.	IRLANDA	1994	15,70	15600	77.	FILIPINAS	1993	1,50	1400
34.	CANADA	1994	15,30	15200	78.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	1,00	900
35.	NORUEGA	1994	15,10	15000	79.	PERU	1989	0,90	800
36.	COREA	1994	15,00	14900	80.	AZERBAIJAN	1994	0,50	400
37.	PUERTO RICO	1992	15,00	14900	81.	IRAN	1991	0,30	200
38.	AUSTRALIA	1994	14,80	14700	82.	EGIPTO	1989	0,10	0
39.	REPUBLICA CHECA	1994	14,70	14600	83.	JAMAICA	1989	0,00	
40.	EL SALVADOR	1991	14,00	13900	84.	MALTA	1994	0,00	
41.	LUXEMBURGO	1994	14,00	13900	85.	SANTA LUCIA	1994	0,00	
42.	ESCOCCIA	1994	13,90	13800	86.	SANTO TOME Y PRINCIPE	1989	0,00	
43.	EEUU	1994	13,30	13200	87.	SRI LANKA	1989	0,00	
		44.	NUEVA ZELANDIA	1994	13,30	13200			

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 16
Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad
por Suicidio en fallecidos de 55 a 64 años en el Continente Americano según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	P A I S	AÑO	TASA X 100000	BRM %
1.	CUBA	1994	35,30	3.822
2.	URUGUAY	1994	23,90	2.556
3.	SURINAM	1992	21,70	2.311
4.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	18,30	1.933
5.	CANADA	1994	15,30	1.600
6.	PUERTO RICO	1992	15,00	1.567
7.	EL SALVADOR	1991	14,00	1.456
8.	EEUU	1994	13,30	1.378
9.	BARBADOS	1994	12,50	1.289
10.	BELICE	1994	12,50	1.289
11.	ARGENTINA	1993	11,90	1.222
12.	GUYANA	1994	10,80	1.100
13.	CHILE	1994	9,60	967
14.	BRASIL	1992	8,40	833
15.	BAHAMAS	1994	7,70	756
16.	NICARAGUA	1994	7,30	711
17.	VENEZUELA	1994	6,60	633
18.	COSTA RICA	1994	5,40	500
19.	ECUADOR	1994	5,00	456
20.	COLOMBIA	1994	4,70	422
21.	PARAGUAY	1994	4,40	389
22.	MEXICO	1994	4,40	389
23.	PANAMA	1989	2,80	211
24.	GUATEMALA	1989	2,40	167
25.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	1,00	11
26.	PERU	1989	0,90	0
27.	JAMAICA	1989	0,00	
28.	SANTA LUCIA	1994	0,00	

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 17

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio
en fallecidos de 55 a 64 años del sexo masculino según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	P A I S	AÑO	TASAS X 100000	BRM %	NUMERO	P A I S	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1.	LITUANIA	1994	125,20	125100	45.	NORUEGA	1994	20,40	20300
2.	LETONIA	1994	125,10	125000	46.	ARGENTINA	1993	20,30	20200
3.	ESTONIA	1994	108,70	108600	47.	ESCOCIA	1994	20,20	20100
4.	RUSIA	1994	104,70	104600	48.	CHILE	1994	18,40	18300
5.	KAZAKHSTAN	1994	90,70	90600	49.	ITALIA	1993	18,10	18000
6.	ESLOVENIA	1994	77,00	76900	50.	ESPAÑA	1994	18,00	17900
7.	HUNGRIA	1994	68,90	68800	51.	HOLANDA	1994	18,00	17900
8.	CROACIA	1994	64,00	63900	52.	PORTUGAL	1994	17,30	17200
9.	UCRANIA	1994	59,60	59500	53.	BAHAMAS	1994	16,90	16800
10.	REPUBLICA DE MOLDOVA	1994	59,10	59000	54.	GEORGIA	1990	16,80	16700
11.	ISRAEL	1994	55,80	55700	55.	BARBADOS	1994	14,30	14200
12.	FINLANDIA	1994	55,20	55100	56.	THAILANDIA	1994	12,90	12800
13.	CHINA RURAL	1994	48,60	48500	57.	VENEZUELA	1994	11,40	11300
14.	KYRGIZSTAN	1994	46,60	46500	58.	GUYANA	1994	11,10	11000
15.	SURINAM	1992	45,40	45300	59.	INGLATERRA Y GALES	1994	11,10	11000
16.	AUSTRIA	1994	44,80	44700	60.	NICARAGUA	1994	11,00	10900
17.	BELGICA	1992	41,50	41400	61.	BRASIL	1992	10,70	10600
18.	CUBA	1994	41,50	41400	62.	ISLANDIA	1994	10,00	9900
19.	DINAMARCA	1993	41,00	40900	63.	COSTA RICA	1994	9,80	9700
20.	URUGUAY	1994	40,70	40600	64.	PARAGUAY	1994	9,40	9300
21.	POLONIA	1993	37,60	37500	65.	CHINA URBANO	1994	9,00	8900
22.	SUIZA	1994	37,40	37300	66.	IRLANDA DEL NORTE	1994	8,70	8600
23.	FRANCIA	1994	37,30	37200	67.	COLOMBIA	1994	8,60	8500
24.	BULGARIA	1994	35,30	35200	68.	ECUADOR	1994	8,50	8400
25.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	34,90	34800	69.	MEXICO	1994	8,50	8400
26.	ESLOVAQUIA	1994	34,40	34300	70.	GRECIA	1996	6,30	6200
27.	RUMANIA	1994	31,50	31400	71.	ARMENIA	1992	6,00	5900
28.	ALEMANIA	1994	30,20	30100	72.	JAPON	1994	6,00	5900
29.	PUERTO RICO	1992	28,30	28200	73.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	4,20	4100
30.	SUECIA	1994	27,40	27300	74.	PANAMA	1989	3,80	3700
31.	MAURICE	1994	26,90	26800	75.	KUWAIT	1994	3,20	3100
32.	BELICE	1994	25,00	24900	76.	ALBANIA	1993	2,90	2800
33.	MAURITANIA	1989	25,00	24900	77.	FILIPINAS	1993	2,10	2000
34.	IRLANDA	1994	24,30	24200	78.	PERU	1989	1,80	1700
35.	LUXEMBURGO	1994	23,80	23700	79.	GUATEMALA	1989	1,50	1400
36.	CANADA	1994	23,40	23300	80.	AZERBAIJAN	1994	1,20	1100
37.	NUEVA ZELANDIA	1994	23,30	23200	81.	IRAN	1991	0,40	300
38.	REPUBLICA CHECA	1994	23,30	23200	82.	EGIPTO	1989	0,10	0
39.	SINGAPUR	1994	23,30	23200	83.	JAMAICA	1989	0,00	
40.	AUSTRALIA	1994	23,10	23000	84.	MALTA	1994	0,00	
41.	EL SALVADOR	1991	22,50	22400	85.	SANTA LUCIA	1994	0,00	
42.	COREA	1994	22,40	22300	86.	SANTO TOME Y PRINCIPE	1989	0,00	
43.	EEUU	1994	22,00	21900	87.	SRI LANKA	1989	0,00	
		44.	CHINA HONG KONG		1994		21,50	21400	

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 18

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio
en fallecidos de 55 a 64 años del sexo masculino
en el Continente Americano según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	P A I S	AÑO	TASA X 100000	BRM %
1.	SURINAM	1992	45,40	2.927
2.	CUBA	1994	41,50	2.667
3.	URUGUAY	1994	40,70	2.613
4.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	34,90	2.227
5.	PUERTO RICO	1992	28,30	1.787
6.	BELICE	1994	25,00	1.567
7.	CANADA	1994	23,40	1.460
8.	EL SALVADOR	1991	22,50	1.400
9.	EEUU	1994	22,00	1.367
10.	ARGENTINA	1993	20,30	1.253
11.	CHILE	1994	18,40	1.127
12.	BAHAMAS	1994	16,90	1.027
13.	BARBADOS	1994	14,30	853
14.	VENEZUELA	1994	11,40	660
15.	GUYANA	1994	11,10	640
16.	NICARAGUA	1994	11,00	633
17.	BRASIL	1992	10,70	613
18.	COSTA RICA	1994	9,80	553
19.	PARAGUAY	1994	9,40	527
20.	COLOMBIA	1994	8,60	473
21.	ECUADOR	1994	8,50	467
22.	MEXICO	1994	8,50	467
23.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	4,20	180
24.	PANAMA	1989	3,80	153
25.	PERU	1989	1,80	20
26.	GUATEMALA	1989	1,50	0
27.	JAMAICA	1989	0,00	
28.	SANTA LUCIA	1994	0,00	

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 19
Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad
por Suicidio en fallecidos de 55 a 64 años del sexo femenino según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	P A I S	AÑO	TASAS X 100000	BRM %	NUMERO	P A I S	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1.	CHINA RURAL	1994	44,80	44700	45.	ESPAÑA	1994	5,80	5700
2.	ESTONIA	1994	31,70	31600	46.	EEUU	1994	5,60	5500
3.	CUBA	1994	29,30	29200	47.	ESLOVAQUIA	1994	5,50	5400
4.	HUNGRIA	1994	24,80	24700	48.	GEORGIA	1990	5,10	5000
5.	ESLOVENIA	1994	23,60	23500	49.	THAILANDIA	1994	4,80	4700
6.	DINAMARCA	1993	23,60	23500	50.	ARGENTINA	1993	4,60	4500
7.	LITUANIA	1994	23,30	23200	51.	LUXEMBURGO	1994	4,50	4400
8.	LETONIA	1994	19,20	19100	52.	ARMENIA	1992	4,10	4000
9.	CROACIA	1994	18,50	18400	53.	MALTA	1994	4,00	3900
10.	SUIZA	1994	18,10	18000	54.	INGLATERRA Y GALES	1994	3,50	3400
11.	RUSIA	1994	17,90	17800	55.	PUERTO RICO	1992	3,40	3300
12.	BELGICA	1992	17,40	17300	56.	NUEVA ZELANDIA	1994	3,40	3300
13.	ISRAEL	1994	16,80	16700	57.	REPUBLICA CHECA	1994	3,40	3300
14.	FINLANDIA	1994	16,60	16500	58.	NICARAGUA	1994	2,60	2500
15.	FRANCIA	1994	16,40	16300	59.	BRASIL	1992	2,50	2400
16.	KAZAKHSTAN	1994	15,60	15500	60.	GRECIA	1996	2,30	2200
17.	JAPÓN	1994	15,10	15000	61.	CHILE	1994	2,10	2000
18.	UCRANIA	1994	14,20	14100	62.	VENEZUELA	1994	2,10	2000
19.	REPUBLICA DE MOLDOVA	1994	14,10	14000	63.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	2,10	2000
20.	AUSTRIA	1994	14,10	14000	64.	PANAMA	1989	2,00	1900
21.	CHINA HONG KONG	1994	13,30	13200	65.	ECUADOR	1994	1,60	1500
22.	BULGARIA	1994	12,10	12000	66.	COLOMBIA	1994	1,30	1200
23.	SUECIA	1994	12,10	12000	67.	COSTA RICA	1994	1,20	1100
24.	ALEMANIA	1994	12,00	11900	68.	ALBANIA	1993	1,00	900
25.	BARBADOS	1994	11,10	11000	69.	FILIPINAS	1993	0,90	800
26.	GUYANA	1994	10,50	10400	70.	MEXICO	1994	0,70	600
27.	NORUEGA	1994	10,10	10000	71.	IRAN	1991	0,10	0
28.	KYRGIZSTAN	1994	10,00	9900	72.	SURINAM	1992	0,00	
29.	URUGUAY	1994	10,00	9900	73.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	0,00	
30.	MAURICE	1994	9,10	9000	74.	BELICE	1994	0,00	
31.	CHINA URBANO	1994	8,60	8500	75.	MAURITANIA	1989	0,00	
32.	SINGAPUR	1994	8,50	8400	76.	BAHAMAS	1994	0,00	
33.	COREA	1994	8,50	8400	77.	ISLANDIA	1994	0,00	
34.	ESCOCIA	1994	8,30	8200	78.	PARAGUAY	1994	0,00	
35.	POLONIA	1993	7,90	7800	79.	KUWAIT	1994	0,00	
36.	HOLANDA	1994	7,90	7800	80.	PERU	1989	0,00	
37.	RUMANIA	1994	7,50	7400	81.	GUATEMALA	1989	0,00	
38.	CANADA	1994	7,50	7400	82.	AZERBAIJAN	1994	0,00	
39.	PORTUGAL	1994	7,20	7100	83.	EGIPTO	1989	0,00	
40.	IRLANDA	1994	7,10	7000	84.	JAMAICA	1989	0,00	
41.	IRLANDA DEL NORTE	1994	6,60	6500	85.	SANTA LUCIA	1994	0,00	
42.	AUSTRALIA	1994	6,50	6400	86.	SANTO TOME Y PRINCIPE	1989	0,00	
43.	EL SALVADOR	1991	6,40	6300	87.	SRI LANKA	1989	0,00	
		44.	ITALIA		1993	6,40	6300		

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 20
Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en fallecidos
de 55 a 64 años del sexo femenino en el Continente Americano según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	P A I S	AÑO	TASA X 100000	BRM %
1.	CUBA	1994	29,30	4.086
2.	BARBADOS	1994	11,10	1.486
3.	GUYANA	1994	10,50	1.400
4.	URUGUAY	1994	10,00	1.329
5.	CANADA	1994	7,50	971
6.	EL SALVADOR	1991	6,40	814
7.	EEUU	1994	5,60	700
8.	ARGENTINA	1993	4,60	557
9.	PUERTO RICO	1992	3,40	386
10.	NICARAGUA	1994	2,60	271
11.	BRASIL	1992	2,50	257
12.	CHILE	1994	2,10	200
13.	VENEZUELA	1994	2,10	200
14.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	2,10	200
15.	PANAMA	1989	2,00	186
16.	ECUADOR	1994	1,60	129
17.	COLOMBIA	1994	1,30	86
18.	COSTA RICA	1994	1,20	71
19.	MEXICO	1994	0,70	0
20.	SURINAM	1992	0,00	
21.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	0,00	
22.	BELICE	1994	0,00	
23.	BAHAMAS	1994	0,00	
24.	PARAGUAY	1994	0,00	
25.	PERU	1989	0,00	
26.	GUATEMALA	1989	0,00	
27.	JAMAICA	1989	0,00	
28.	SANTA LUCIA	1994	0,00	

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 21

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en fallecidos de 65 a 74 años del sexo femenino en el Continente Americano según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	PAIS	AÑO	TASA X 100000	BRM %
1.	CUBA	1994	37,50	3.309
2.	SURINAM	1992	16,70	1.418
3.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	12,10	1.000
4.	URUGUAY	1994	10,30	836
5.	GUYANA	1994	8,30	655
6.	PANAMA	1989	6,30	473
7.	EEUU	1994	5,40	391
8.	ARGENTINA	1993	5,30	382
9.	CANADA	1994	5,20	373
10.	PARAGUAY	1994	4,90	345
11.	PUERTO RICO	1992	4,50	309
12.	COSTA RICA	1994	3,80	245
13.	VENEZUELA	1994	3,70	236
14.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	3,70	236
15.	ECUADOR	1994	3,40	209
16.	BRASIL	1992	2,60	136
17.	CHILE	1994	1,80	64
18.	COLOMBIA	1994	1,50	36
19.	EL SALVADOR	1991	1,40	27
20.	MEXICO	1994	1,10	0
21.	SANTA LUCIA	1994	0,00	
22.	BAHAMAS	1994	0,00	
23.	NICARAGUA	1994	0,00	
24.	GUATEMALA	1989	0,00	
25.	PERU	1989	0,00	
26.	BARBADOS	1994	0,00	
27.	BELICE	1994	0,00	
28.	JAMAICA	1989	0,00	

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 22

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en fallecidos de 75 años y más según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	PAIS	AÑO	TASAS X 100000	BRM %	NUMERO	PAIS	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1.	CHINA RURAL	1994	117,00	38900	45.	AUSTRALIA	1994	15,80	5167
2.	HUNGRIA	1994	96,00	31900	46.	HOLANDA	1994	15,10	4933
3.	CUBA	1994	74,50	24733	47.	POLONIA	1993	14,80	4833
4.	BULGARIA	1994	68,50	22733	48.	CANADA	1994	13,90	4533
5.	LITUANIA	1994	64,10	21267	49.	NUEVA ZELANDIA	1994	13,60	4433
6.	AUSTRIA	1994	57,10	18933	50.	MALTA	1994	13,30	4333
7.	LETONIA	1994	56,30	18667	51.	VENEZUELA	1994	12,60	4100
8.	ESTONIA	1994	55,00	18233	52.	NORUEGA	1994	11,30	3667
9.	REPUBLICA CHECA	1994	54,90	18200	53.	CHILE	1994	10,80	3500
10.	SUIZA	1994	50,60	16767	54.	IRLANDA DEL NORTE	1994	10,20	3300
11.	ESLOVENIA	1994	50,50	16733	55.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	10,00	3233
12.	CROACIA	1994	50,00	16567	56.	GUYANA	1994	10,00	3233
13.	CHINA HONG KONG	1994	48,80	16167	57.	NICARAGUA	1994	10,00	3233
14.	FRANCIA	1994	48,00	15900	58.	COSTA RICA	1994	9,80	3167
15.	RUSIA	1994	47,80	15833	59.	ESCOCIA	1994	9,50	3067
16.	ISRAEL	1994	46,50	15400	60.	INGLATERRA Y GALES	1994	9,10	2933
17.	DINAMARCA	1993	46,30	15333	61.	BRASIL	1992	8,80	2833
18.	KAZAKHSTAN	1994	45,80	15167	62.	PANAMA	1989	8,60	2767
19.	BELGICA	1992	42,30	14000	63.	MEXICO	1994	8,30	2667
20.	JAPON	1994	42,30	14000	64.	GRECIA	1996	8,20	2633
21.	ALEMANIA	1994	41,10	13600	65.	PARAGUAY	1994	7,00	2233
22.	REPUBLICA DE MOLDOVA	1994	39,30	13000	66.	THAILANDIA	1994	6,90	2200
23.	SINGAPUR	1994	37,70	12467	67.	IRLANDA	1994	6,50	2067
24.	URUGUAY	1994	36,20	11967	68.	ARMENIA	1992	6,20	1967
25.	UCRANIA	1994	36,10	11933	69.	COLOMBIA	1994	6,20	1967
26.	CHINA URBANO	1994	35,00	11567	70.	MAURITANIA	1989	4,80	1500
27.	LUXEMBURGO	1994	30,40	10033	71.	ECUADOR	1994	3,80	1167
28.	SUECIA	1994	28,70	9467	72.	FILIPINAS	1993	3,00	900
29.	MAURICE	1994	27,70	9133	73.	JAMAICA	1989	3,00	900
30.	PORTUGAL	1994	27,30	9000	74.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	2,80	833
31.	COREA	1994	26,70	8800	75.	AZERBAIJAN	1994	2,30	667
32.	ARGENTINA	1993	25,80	8500	76.	ALBANIA	1993	1,60	433
33.	BELICE	1994	25,00	8233	77.	PERU	1989	1,30	333
34.	FINLANDIA	1994	23,30	7667	78.	IRAN	1991	1,10	267
35.	EL SALVADOR	1991	23,30	7667	79.	EGIPTO	1989	0,30	0
36.	ESPAÑA	1994	22,50	7400	80.	SURINAM	1992	0,00	
37.	ESLOVAQUIA	1994	21,80	7167	81.	SANTA LUCIA	1994	0,00	
38.	ITALIA	1993	21,70	7133	82.	BAHAMAS	1994	0,00	
39.	EEUU	1994	21,70	7133	83.	GUATEMALA	1989	0,00	
40.	KYRGIZSTAN	1994	20,80	6833	84.	BARBADOS	1994	0,00	
41.	GEORGIA	1990	19,90	6533	85.	KUWAIT	1994	0,00	
42.	PUERTO RICO	1992	18,70	6133	86.	SANTO TOME Y PRINCIPE	1989	0,00	
43.	ISLANDIA	1994	16,70	5467	87.	SRI LANKA	1989	0,00	
44.	RUMANIA	1994	16,00	5233					

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 23

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio
en fallecidos de 75 años y más en el Continente Americano según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	P A I S	AÑO	TASA X 100000	BRM %
1.	CUBA	1994	74,50	5,631
2.	URUGUAY	1994	36,20	2,685
3.	ARGENTINA	1993	25,80	1,885
4.	BELICE	1994	25,00	1,823
5.	EL SALVADOR	1991	23,30	1,692
6.	EEUU	1994	21,70	1,569
7.	PUERTO RICO	1992	18,70	1,338
8.	CANADA	1994	13,90	969
9.	VENEZUELA	1994	12,60	869
10.	CHILE	1994	10,80	731
11.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	10,00	669
12.	GUYANA	1994	10,00	669
13.	NICARAGUA	1994	10,00	669
14.	COSTA RICA	1994	9,80	654
15.	BRASIL	1992	8,80	577
16.	PANAMA	1989	8,60	562
17.	MEXICO	1994	8,30	538
18.	PARAGUAY	1994	7,00	438
19.	COLOMBIA	1994	6,20	377
20.	ECUADOR	1994	3,80	192
21.	JAMAICA	1989	3,00	131
22.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	2,80	115
23.	PERU	1989	1,30	0
24.	SURINAM	1992	0,00	
25.	SANTA LUCIA	1994	0,00	
26.	BAHAMAS	1994	0,00	
27.	GUATEMALA	1989	0,00	
28.	BARBADOS	1994	0,00	

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 24

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en fallecidos de 75 años y más
del sexo masculino según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	P A I S	AÑO	TASAS X 100000	BRM %	NUMERO	P A I S	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1.	BELGICA	1992	S/D	-	45.	MAURICE	1994	27,80	4533
2.	HUNGRIA	1994	169,00	28067	46.	CHILE	1994	26,70	4350
3.	CHINA RURAL	1994	142,60	23667	47.	HOLANDA	1994	25,70	4183
4.	LITUANIA	1994	135,10	22417	48.	VENEZUELA	1994	25,20	4100
5.	CUBA	1994	125,20	20767	49.	GUYANA	1994	25,00	4067
6.	AUSTRIA	1994	121,40	20133	50.	PUERTO RICO	1992	24,30	3950
7.	BULGARIA	1994	112,50	18650	51.	IRLANDA DEL NORTE	1994	23,30	3783
8.	ESTONIA	1994	110,50	18317	52.	COSTA RICA	1994	22,40	3633
9.	SINGAPUR	1994	107,10	17750	53.	ITALIA	1993	22,10	3583
10.	LETONIA	1994	106,10	17583	54.	NORUEGA	1994	21,50	3483
11.	CROACIA	1994	105,00	17400	55.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	21,10	3417
12.	ESLOVENIA	1994	104,70	17350	56.	ESCOCIA	1994	20,30	3283
13.	FRANCIA	1994	97,20	16100	57.	PANAMA	1989	20,00	3233
14.	ISRAEL	1994	96,30	15950	58.	NICARAGUA	1994	18,80	3033
15.	SUIZA	1994	95,80	15867	59.	MEXICO	1994	17,40	2800
16.	RUSIA	1994	93,90	15550	60.	GRECIA	1996	17,40	2800
17.	KAZAKHSTAN	1994	88,00	14567	61.	MALTA	1994	16,70	2683
18.	UCRANIA	1994	83,40	13800	62.	BRASIL	1992	16,00	2567
19.	ALEMANIA	1994	83,30	13783	63.	THAILANDIA	1994	16,00	2567
20.	URUGUAY	1994	76,90	12717	64.	INGLATERRA Y GALES	1994	15,20	2433
21.	DINAMARCA	1993	72,00	11900	65.	COLOMBIA	1994	13,40	2133
22.	CHINA HONG KONG	1994	64,40	10633	66.	IRLANDA	1994	12,30	1950
23.	REPUBLICA DE MOLDOVA	1994	61,70	10183	67.	ARMENIA	1992	10,60	1667
24.	LUXEMBURGO	1994	57,00	9400	68.	PARAGUAY	1994	9,00	1400
25.	ARGENTINA	1993	55,40	9133	69.	ECUADOR	1994	7,30	1117
26.	JAPON	1994	55,10	9083	70.	AZERBAIDIAN	1994	5,50	817
27.	FINLANDIA	1994	54,90	9050	71.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	3,70	517
28.	EL SALVADOR	1991	52,00	8567	72.	JAMAICA	1989	3,40	467
29.	PORTUGAL	1994	51,60	8500	73.	FILIPINAS	1993	3,20	433
30.	EEUU	1994	50,70	8350	74.	PERU	1989	3,00	400
31.	SUECIA	1994	50,10	8250	75.	IRAN	1991	2,00	233
32.	BELICE	1994	50,00	8233	76.	ALBANIA	1993	1,60	167
33.	ESLOVAQUIA	1994	48,60	8000	77.	EGIPTO	1989	0,60	0
34.	COREA	1994	46,10	7583	78.	ISLANDIA	1994	0,00	
35.	KYRGIZSTAN	1994	45,70	7517	79.	MAURITANIA	1989	0,00	
36.	ESPAÑA	1994	44,40	7300	80.	SURINAM	1992	0,00	
37.	CHINA URBANO	1994	38,20	6267	81.	SANTA LUCIA	1994	0,00	
38.	GEORGIA	1990	35,30	5783	82.	BAHAMAS	1994	0,00	
39.	POLONIA	1993	32,40	5300	83.	GUATEMALA	1989	0,00	
40.	AUSTRALIA	1994	31,70	5183	84.	BARBADOS	1994	0,00	
41.	RUMANIA	1994	31,60	5167	85.	KUWAIT	1994	0,00	
42.	CANADA	1994	30,30	4950	86.	SANTO TOME Y PRINCIPE	1989	0,00	
43.	REPUBLICA CHECA	1994	29,20	4767	87.	SRI LANKA	1989	0,00	
44.	NUEVA ZELANDIA	1994	29,20	4767					

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 25

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en fallecidos de 75 años y más del sexo masculino en el Continente Americano según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	P A I S	AÑO	TASA X 100000	BRM %
1.	CUBA	1994	125,20	4.073
2.	URUGUAY	1994	76,90	2.463
3.	ARGENTINA	1993	55,40	1.747
4.	EL SALVADOR	1991	52,00	1.633
5.	EEUU	1994	50,70	1.590
6.	BELICE	1994	50,00	1.567
7.	CANADA	1994	30,30	910
8.	CHILE	1994	26,70	790
9.	VENEZUELA	1994	25,20	740
10.	GUYANA	1994	25,00	733
11.	PUERTO RICO	1992	24,30	710
12.	COSTA RICA	1994	22,40	647
13.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	21,10	603
14.	PANAMA	1989	20,00	567
15.	NICARAGUA	1994	18,80	527
16.	MEXICO	1994	17,40	480
17.	BRASIL	1992	16,00	433
18.	COLOMBIA	1994	13,40	347
19.	PARAGUAY	1994	9,00	200
20.	ECUADOR	1994	7,30	143
21.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	3,70	23
22.	JAMAICA	1989	3,40	13
23.	PERU	1989	3,00	0
24.	SURINAM	1992	0,00	
25.	SANTA LUCIA	1994	0,00	
26.	BAHAMAS	1994	0,00	
27.	GUATEMALA	1989	0,00	
28.	BARBADOS	1994	0,00	

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 26

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en fallecidos de 75 años y más del sexo femenino según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	P A I S	AÑO	TASAS X 100000	BRM %	NUMERO	P A I S	AÑO	TASAS X 100000	BRM %
1.	CHINA RURAL	1994	100,50	50150	45.	PARAGUAY	1994	5,70	2750
2.	HUNGRIA	1994	60,00	29900	46.	EEUU	1994	5,60	2700
3.	SINGAPUR	1994	53,80	26800	47.	NORUEGA	1994	5,50	2650
4.	LETONIA	1994	40,00	19900	48.	NUEVA ZELANDIA	1994	4,50	2150
5.	CHINA HONG KONG	1994	38,90	19350	49.	CANADA	1994	4,20	2000
6.	BULGARIA	1994	38,20	19000	50.	NICARAGUA	1994	4,20	2000
7.	JAPON	1994	35,20	17500	51.	ESCOCIA	1994	4,10	1950
8.	ESTONIA	1994	35,10	17450	52.	ARMENIA	1992	3,70	1750
9.	RUSSIA	1994	34,80	17300	53.	REPUBLICA CHECA	1994	3,50	1650
10.	CHINA URBANO	1994	32,80	16300	54.	IRLANDA DEL NORTE	1994	3,50	1650
11.	KAZAKHSTAN	1994	32,10	15950	55.	VENEZUELA	1994	3,40	1600
12.	DINAMARCA	1993	31,60	15700	56.	THAILANDIA	1994	3,30	1550
13.	AUSTRIA	1994	29,00	14400	57.	BRASIL	1992	3,10	1450
14.	ISLANDIA	1994	28,60	14200	58.	EL SALVADOR	1991	2,90	1350
15.	CUBA	1994	28,40	14100	59.	IRLANDA	1994	2,90	1350
16.	REPUBLICA DE MOLDOVA	1994	28,00	13900	60.	FILIPINAS	1993	2,80	1300
17.	ESLOVENIA	1994	27,30	13550	61.	JAMAICA	1989	2,60	1200
18.	SUIZA	1994	26,20	13000	62.	PUERTO RICO	1992	2,40	1100
19.	ALEMANIA	1994	23,90	11850	63.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	2,00	900
20.	CROACIA	1994	23,40	11600	64.	MEXICO	1994	1,60	700
21.	FRANCIA	1994	22,10	10950	65.	GRECIA	1996	1,60	700
22.	BELGICA	1992	21,90	10850	66.	CHILE	1994	1,40	600
23.	ISRAEL	1994	20,80	10300	67.	ECUADOR	1994	1,30	550
24.	UCRANIA	1994	20,00	9900	68.	AZERBAIJAN	1994	1,10	450
25.	LUXEMBURGO	1994	18,80	9300	69.	COLOMBIA	1994	0,70	250
26.	COREA	1994	18,10	8950	70.	IRAN	1991	0,20	0
27.	SUECIA	1994	15,70	7750	71.	BELICE	1994	0,00	
28.	PORTUGAL	1994	13,10	6450	72.	GUYANA	1994	0,00	
29.	GEORGIA	1990	12,30	6050	73.	COSTA RICA	1994	0,00	
30.	URUGUAY	1994	12,00	5900	74.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	0,00	
31.	KYRGIZSTAN	1994	11,60	5700	75.	PANAMA	1989	0,00	
32.	ESPAÑA	1994	10,00	4900	76.	MALTA	1994	0,00	
33.	HOLANDA	1994	9,90	4850	77.	PERU	1989	0,00	
34.	FINLANDIA	1994	9,70	4750	78.	ALBANIA	1993	0,00	
35.	ITALIA	1993	8,80	4300	79.	EGIPTO	1989	0,00	
36.	ARGENTINA	1993	8,30	4050	80.	SURINAM	1992	0,00	
37.	MAURICE	1994	7,80	3800	81.	SANTA LUCIA	1994	0,00	
38.	MAURITANIA	1989	7,70	3750	82.	BAHAMAS	1994	0,00	
39.	ESLOVAQUIA	1994	7,40	3600	83.	GUATEMALA	1989	0,00	
40.	RUMANIA	1994	6,70	3250	84.	BARBADOS	1994	0,00	
41.	POLONIA	1993	6,40	3100	85.	KUWAIT	1994	0,00	
42.	AUSTRALIA	1994	6,30	3050	86.	SANTO TOME Y PRINCIPE	1989	0,00	
43.	LITUANIA	1994	6,00	2900	87.	SRI LANKA	1989	0,00	
44.	INGLATERRA Y GALES	1994	5,80	2800					

Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

TABLA 27

Distribución de las Tasas específicas de Mortalidad por Suicidio en fallecidos de 75 años y más del sexo femenino en el Continente Americano según País
OMS 1989-1996. Tasas x 100000

NUMERO	P A I S	AÑO	TASA X 100000	BRM %
1.	CUBA	1994	28,40	3.957
2.	URUGUAY	1994	12,00	1.614
3.	ARGENTINA	1993	8,30	1.086
4.	PARAGUAY	1994	5,70	714
5.	EEUU	1994	5,60	700
6.	CANADA	1994	4,20	500
7.	NICARAGUA	1994	4,20	500
8.	VENEZUELA	1994	3,40	386
9.	BRASIL	1992	3,10	343
10.	EL SALVADOR	1991	2,90	314
11.	JAMAICA	1989	2,60	271
12.	PUERTO RICO	1992	2,40	243
13.	REPUBLICA DOMINICANA	1994	2,00	186
14.	MÉXICO	1994	1,60	129
15.	CHILE	1994	1,40	100
16.	ECUADOR	1994	1,30	86
17.	COLOMBIA	1994	0,70	0
18.	BELICE	1994	0,00	
19.	GUYANA	1994	0,00	
20.	COSTA RICA	1994	0,00	
21.	TRINIDAD Y TOBAGO	1994	0,00	
22.	PANAMA	1989	0,00	
23.	PERU	1989	0,00	
24.	SURINAM	1992	0,00	
25.	SANTA LUCIA	1994	0,00	
26.	BAHAMAS	1994	0,00	
27.	GUATEMALA	1989	0,00	
28.	BARBADOS	1994	0,00	

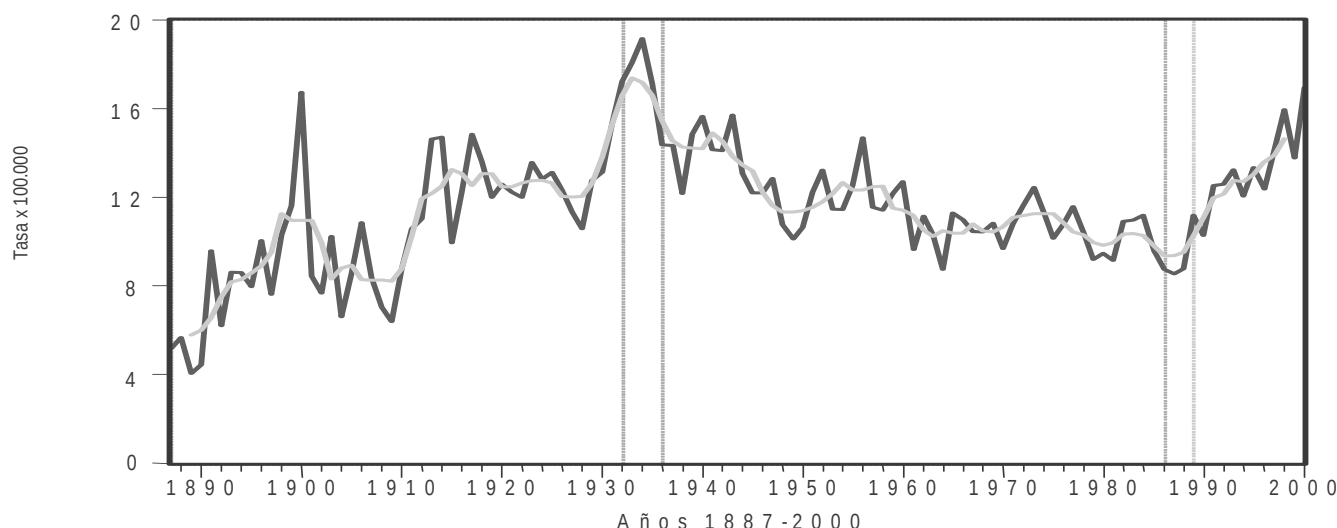
Fuente: Anuario Estadístico OMS 1996

2. ESTUDIO HISTÓRICO 1887 - 2000

- **Serie Histórica**
- **Tasa General y por Sexo**

GRAFICO 1

Distribución de las Tasas de suicidio y Media Móvil según Año
Uruguay 1887- 2000



Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad CEPAL-CELADE-INE (1998)
Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P

2.1 EVOLUCIÓN DE LA TASA ESPECÍFICA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO 1887 -2000 (113 AÑOS DE MORTALIDAD)

2.1.1 Tasa general

La evolución de las tasas específicas de mortalidad por *suicidio* en **113 años** de historia, en el **Uruguay**, (1887-2000) (ver Tablas 1,2,3,4 – Anexo II y gráfico 1) muestra un comportamiento irregular, pasando de una tasa de **5,17 a 16,93 por cien mil** en todo el período considerado.

Si analizamos la curva de promedio móvil, (véase **Material y Método – Anexo V** y Gráfico 1) y tendencia polinómica, (véase **Material y Método – Anexo V** y Gráfico 2) se observa:

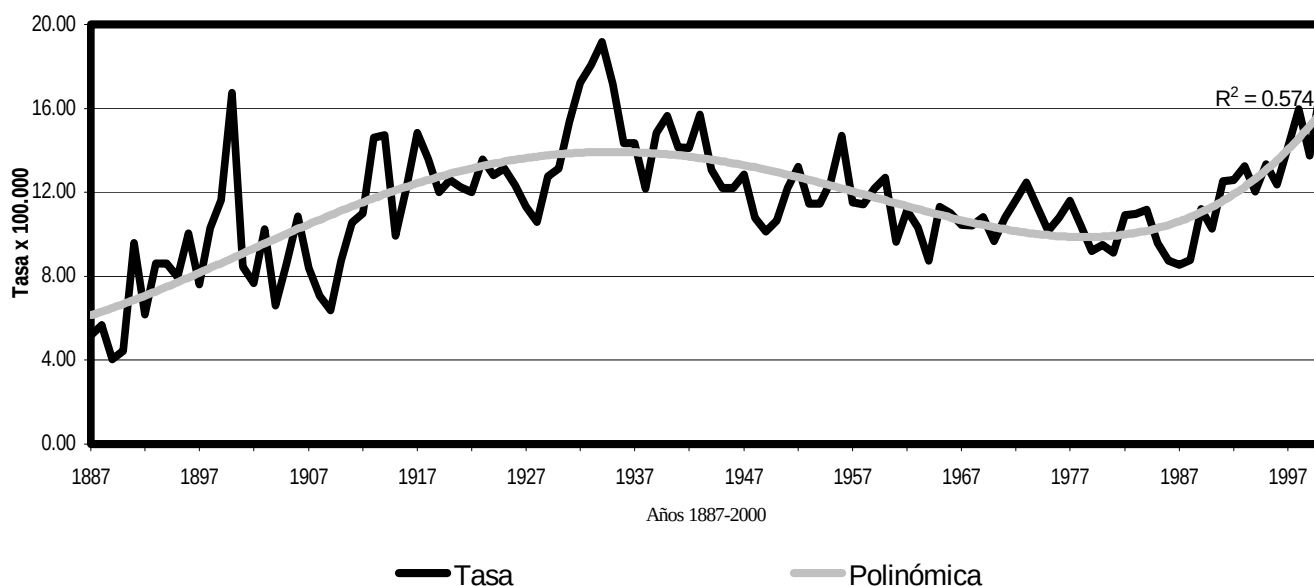
Un primer período de ascenso entre **1887 y 1934** donde pasa de una **tasa de 5,17 a 19,15 por cien mil** en 1934. (Tasa más alta del siglo)

Un segundo período de descenso prácticamente sistemático entre **1936 y 1988** llegando a una tasa en éste último de **8,77 por cien mil**.

Y un tercer período entre **1989 y 2000** de ascenso continuo, con una tasa final de **16,93 por cien mil**.-

GRAFICO 2

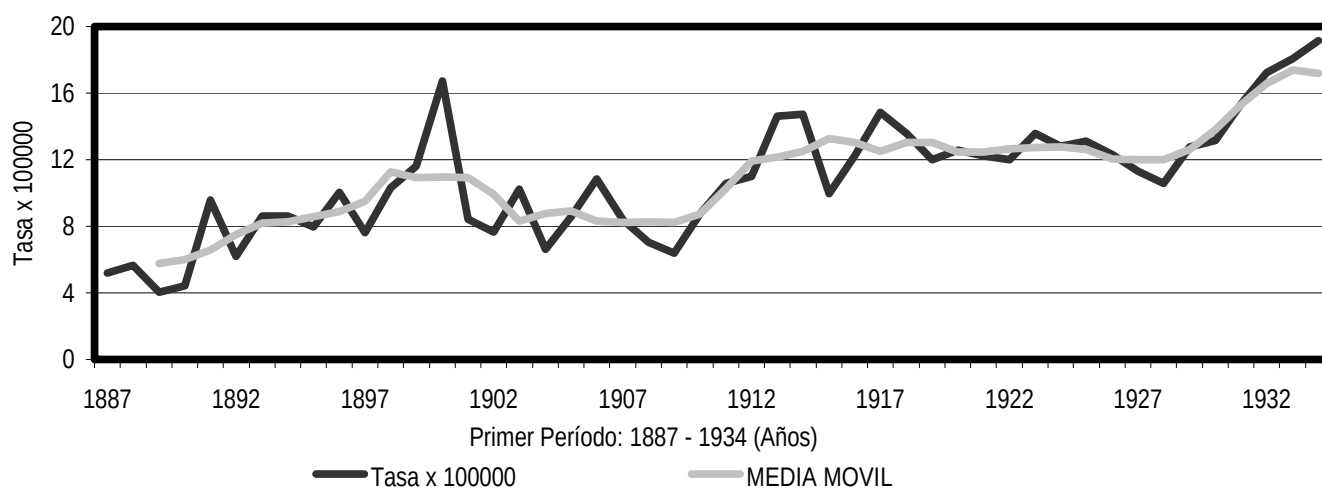
Distribución de las Tasas de suicidio y línea de Tendencia, según Año
Uruguay 1887-2000



Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
 Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
 Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad CEPAL-CELADE-INE (1998)
 Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P.

GRAFICO 3

Distribución de las Tasa de suicidio y Media Móvil según Año Uruguay 1887 - 1934



Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
 Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
 Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad CEPAL-CELADE-INE (1998)
 Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P.

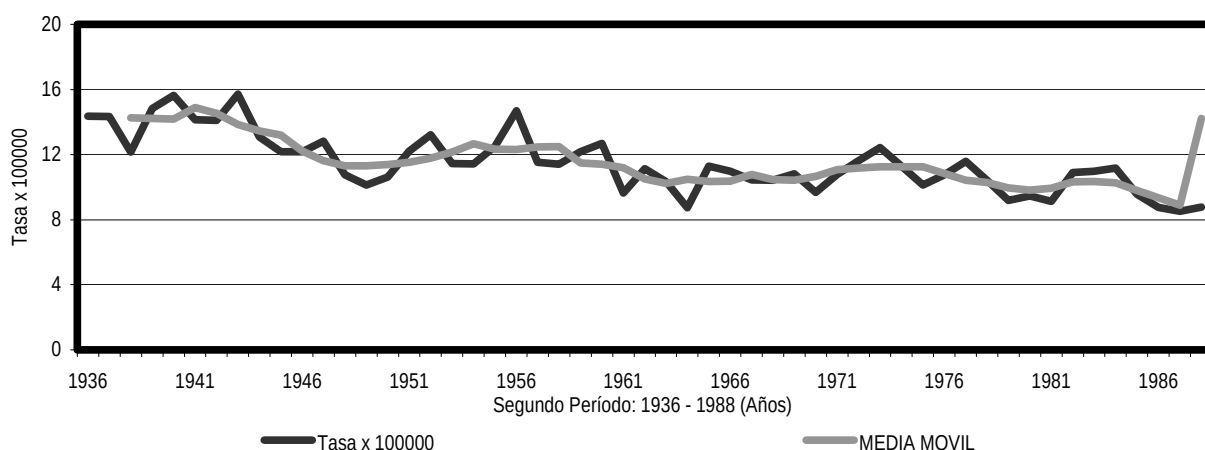
2.1.2 Primer Período: 1887 – 1934

Se observa en el Gráfico 3, (véase Tabla 1 y 2 – Anexo II) el primer período, con su tendencia ascendente, con un **primer escalón**, con una tasa máxima en **1900**, llegando a **16,72 por cien mil**, un **segundo escalón** con una tasa máxima de **14,83 por cien mil en 1917** y un **tercero con la tasa más alta del siglo en 1934: 19,15 por cien mil.**

Dentro del *primer período* y a partir del censo de 1908 hasta el año 29' se observa, cierta estabilidad de la tasa, con un pico que comienza en el año 30 y tiene su máxima expresión en el 34', coincidiendo, con el período económico de desarrollo hacia fuera, (modelo agro- exportador) y la transición entre este y el modelo de desarrollo hacia adentro (política de sustitución de importaciones) y desde el punto de vista del contexto socioeconómico, se destaca la *crisis del 29*, y su repercusión en Uruguay, así como la *ruptura institucional del año 33*.³

GRAFICO 4

Distribución de las Tasa de suicidio y Media Móvil según Año
Uruguay 1936 - 1988



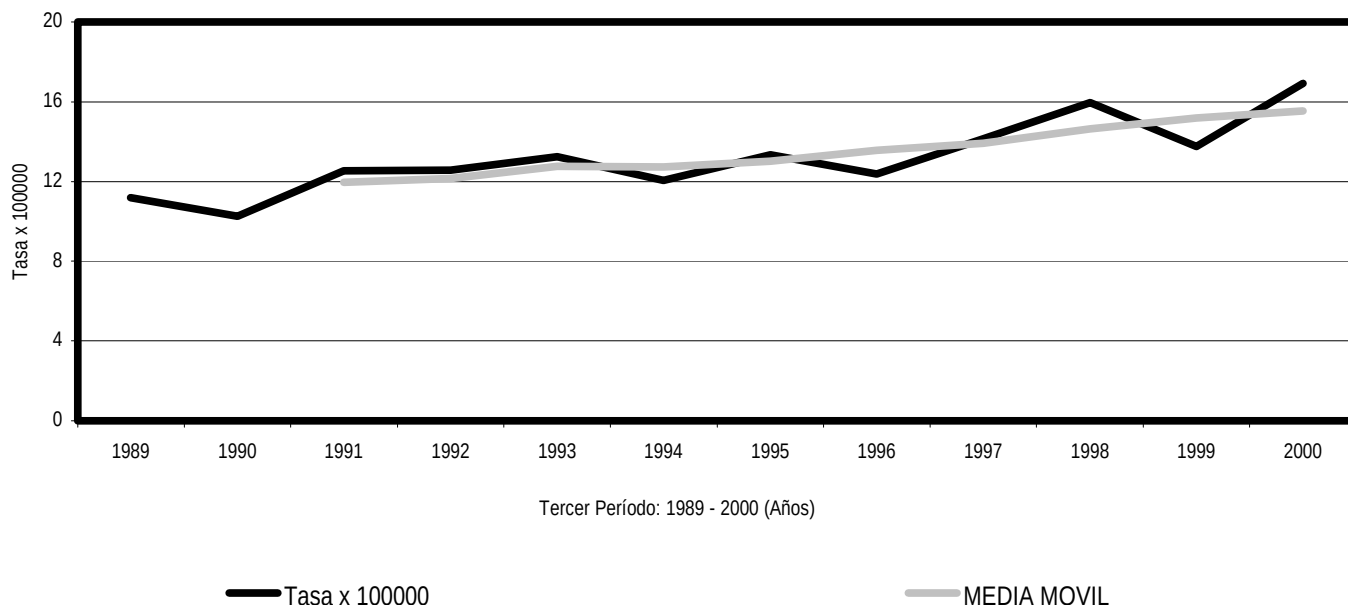
Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino,
Programa de Población F.C.S. (2000)
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
CEPAL-CELADE-INE (1998)
Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P.

2.1.3 Segundo Período: 1936 - 1988

Se observa en los Gráficos 3, 4 y 5, (véase Tablas 2 y 3 – Anexo II) el descenso de la tasa en la tendencia, que si bien es oscilante, llega en 1988 a una tasa de 8,77 por cien mil.-

GRAFICO 5

Distribución de las Tasa de suicidio y Media Móvil según Año Uruguay 1988 - 2000



Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad CEPAL-CELADE-INE (1998)
Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P.

2.1.4 Tercer período: 1989 - 2000

A partir de **1989**, se observa, en el Gráfico 5, (véase Tabla 4 – Anexo II) el ascenso sistemático de la tasa en la curva de media móvil, llegando a la **tasa más alta en el último año de la serie estudiada**, (2000, con una Tasa de 16,93 por cien mil) desde **1934**.

Maresca¹³ refiere el ascenso a partir de 1989 al igual que Dajas,¹¹ que señala un incremento del suicidio en la década de los 90, el que se hace más notorio sobre el final de la misma, llegando a valores máximos en el año 1998, pero a diferencia de nuestro estudio observó una homogeneidad de la tasa en el siglo, con una línea de tendencia horizontal, que no se corresponde con los tres periodos señalados¹¹

Robertt¹⁰ resalta entre 1963-1993, la presencia de aumentos excepcionales, coincidentes con años de crisis política y económica, a comienzos de los años 70' y 80', y el descenso en momentos de consenso político, a mitad de los 80', a diferencia de nuestro estudio, que muestra la estabilidad de la tasa en el periodo 1963-1988 y el incremento sistemático de la misma, a partir de dicha fecha hasta el año 2000.

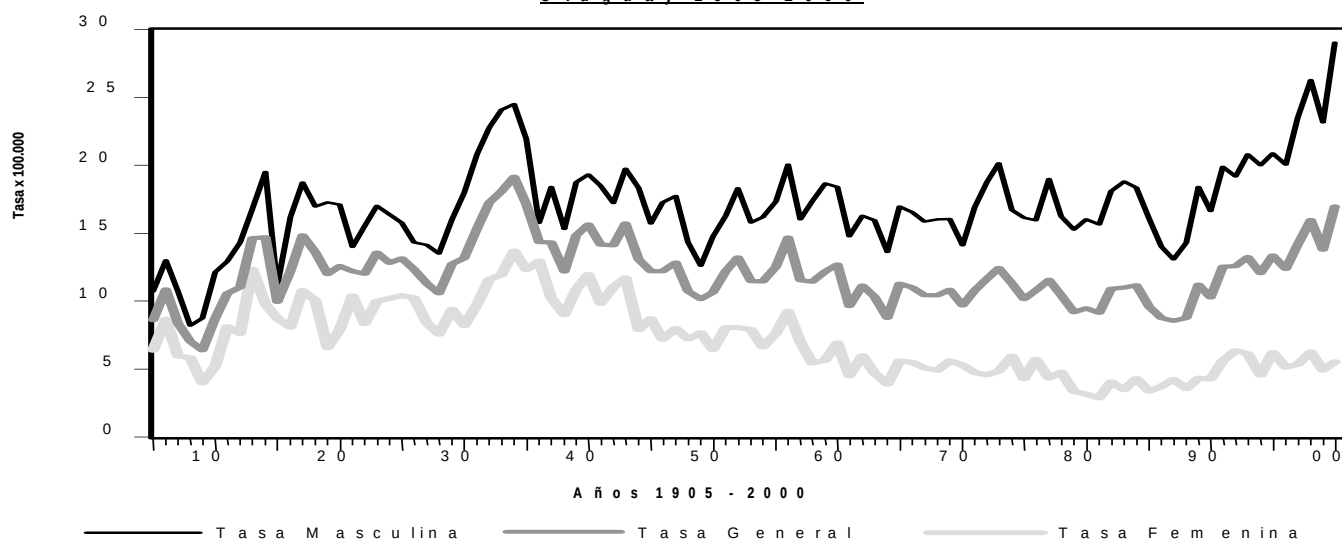
Se destaca en este periodo la **crisis económica del año 82 "Tablita"** - que al igual que lo ocurrido con la **Crisis del 29** -, se observa años después, (1989) el aumento de la tasa, que llega a su ápice en el **año 2000**. En 1973 se produce el **Golpe de Estado**, con una **apertura institucional** a partir de 1985, que generó una gran expectativa de cambio en la población, que **no se vio reflejada, en una mejora en las condiciones socioeconómicas de vida**²⁴¹.

Se señalan en otros estudios los **cambios socioeconómicos**, en cualquier dirección, como uno de los factores en una problemática multicausal, que contribuyen a elevar las tasas.^{11, 12} Se destacan asimismo, que no solo los cambios contribuyen a elevarlas sino también, el entorno y las condiciones de vida, son determinantes.³¹⁵ El proceso *Salud – Enfermedad* de acuerdo a lo descrito por **Almendras**, se encuentra influido por aspectos genéticos, biológicos, habilidades de afrontamiento frente situaciones de estrés, por las redes sociales de apoyo y finalmente por las características del entorno.^{315, 316} La violencia no es más que una forma de expresión de todos los aspectos anteriormente señalados³¹⁷.

Se observa a lo largo del siglo, el crecimiento significativo de la tasa que se evidencia, si se analizan, las diferencias entre las tasas de los respectivos años censales y el año 2000, donde se observa, que la misma, aumentó, un **126 % entre 1908 y el año 2000**, un **64 % para 1975**, **73 % para 1985** y **33 % para 1996**, siendo todas estas diferencias estadísticamente significativas. ($p < 0,05$) (véase **Material y Método – Anexo V**)

GRAFICO 6

Distribución de las Tasas de suicidio por Sexo, según Año
Uruguay 1905-2000



Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
CEPAL-CELADE-INE (1998)
Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P.

2.1.5 Sexo y Año: Tasa Masculina y Femenina

Se observa la mayor prevalencia de la tasa masculina, con respecto a la tasa general y a la femenina a lo largo de todo el **siglo XX** (Gráfico 6) (véase Tablas 5, 6 y 7- Anexo II).-

Según **Durkheim**, los hombres son los que más se suicidan; se podría decir que el suicidio es una inclinación masculina⁶⁸. Si bien el *suicidio* predomina en el sexo masculino, la relación hombre / mujer varía con los distintos países^{77, 110, 195}.

A nivel mundial, la OMS (2001) señala una razón de 3,5 a 1 entre ambos sexos¹².

En diversos países de Europa: **Ingllaterra y Gales**^{210, 211}, **Austria**⁶⁸; **Países Bálticos**^{31, 223, 224}; **Italia**^{68, 154} se reportaron tasas de suicidio superiores en el sexo masculino.

La razón **hombre/mujer** paso de 3,1 en 1979 a 4,5 en 1994 en los EEUU y más del 70% de los suicidios fueron cometidos por hombres^{28, 29}.

En **Chile** entre 1989 y 1995 se encontró una relación hombre/mujer de 4,8 a 1²²²

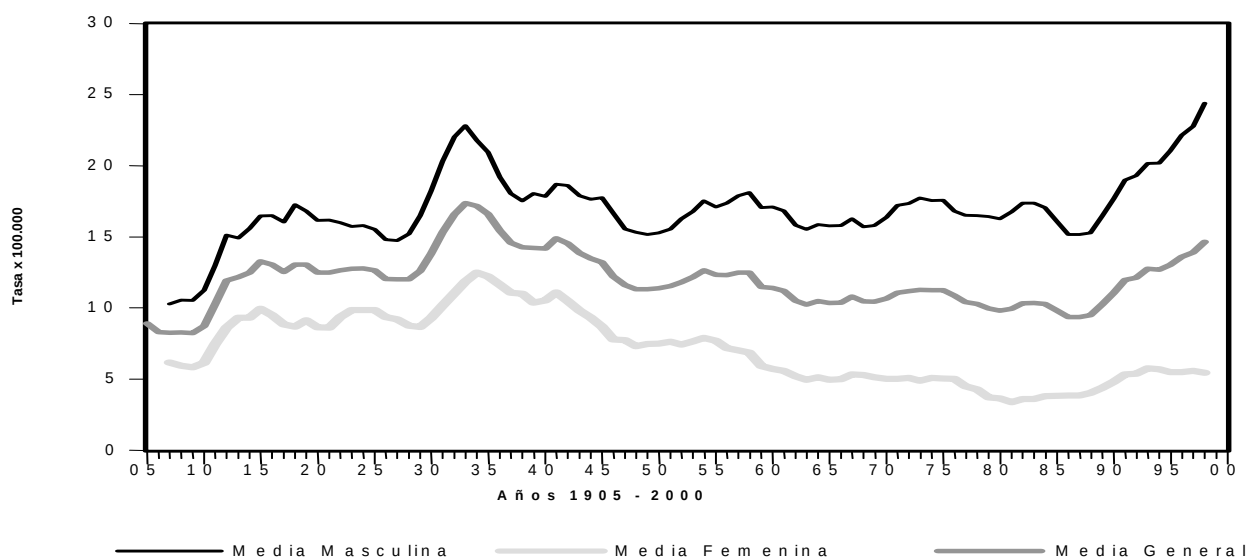
En **Argentina** entre el 1966 y 1993 descendió la tasa de *suicidio* de 9,4 por cien mil a 6,6 por cien mil, tanto para hombres como para mujeres, permaneciendo desde 1979 relativamente estables. Para los hombres, las tasas fueron más altas entre los grupos de edad avanzada, en las mujeres, descendieron fundamentalmente en las jóvenes²².

Situaciones diferentes se registraron en **Colombia**, donde se observó, un incremento del *suicidio* en las mujeres, quienes fueron las que más intentaron suicidarse²²⁵

En **China** las altas tasas de *suicidio* del orden de 17 por cien mil en 1989 se registraron a expensas del *suicidio* femenino, en las áreas rurales. La razón de masculinidad de 0,8, constituye, el único caso destacado en el Mundo^{19, 21, 24, 77}.

GRAFICO 7

Distribución de las Medias Móviles de suicidio por Sexo, según Año. Uruguay 1905-2000



Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
 Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
 Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
 CEPAL-CELADE-INE (1998)
 Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P.

El análisis del promedio móvil, (véase **Material y Método – Anexo V** y Gráfico 7) y de la tendencia, (Gráfico 8) para el **sexo masculino y femenino**, comparada con la tasa general, muestra en todo el período comprendido entre 1905 y 2000, (no es igual al período de la tasa general debido a que se contó con datos de sexo a partir de 1905) la brecha constante, que separa a la tasa masculina de la femenina en todo el siglo, y la mayor prevalencia de la tasa masculina sobre la tasa general y la femenina.

Si se compara la brecha entre ambos sexos, se observa el aumento constante de la misma: en 1905 la razón masculino/femenina fue de 1,6, en 1934 de 1,8, 4 veces mayor para el sexo masculino en 1988 hasta llegar a ser 5,25 veces mayor para el año 2000 (véase Tablas 5, 6 y 7 – Anexo II).

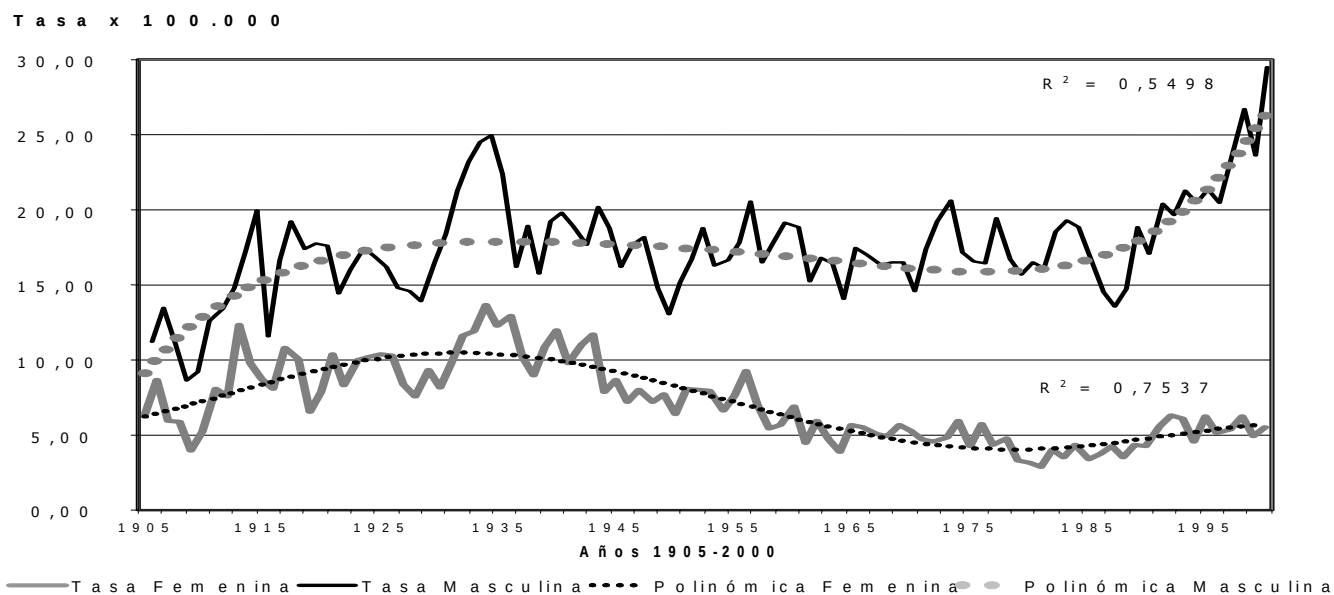
En consecuencia, la brecha crece con el siglo, por lo que la tasa general, crece, fundamentalmente, a expensas de la tasa masculina.

Robertt estudio el período 1963-1993, encontrando el aumento de la razón hombre/mujer en el mismo. De acuerdo a lo manifestado por este autor, se observa, como los hombres fueron más sensibles a los movimientos de conmoción política y económica (obsérvese los movimientos de la curva masculina que son anteriores en el tiempo) que las mujeres.

La tasa de *suicidio* crece, los hombres se matan más, pero las mujeres en todo el país lo hacen menos, si bien se observa un aumento a partir de 1985. (Véase más adelante)

GRAFICO 8

Distribución de las Tasas de suicidio por Sexo y Tendencia, según Año. Uruguay 1905-2000

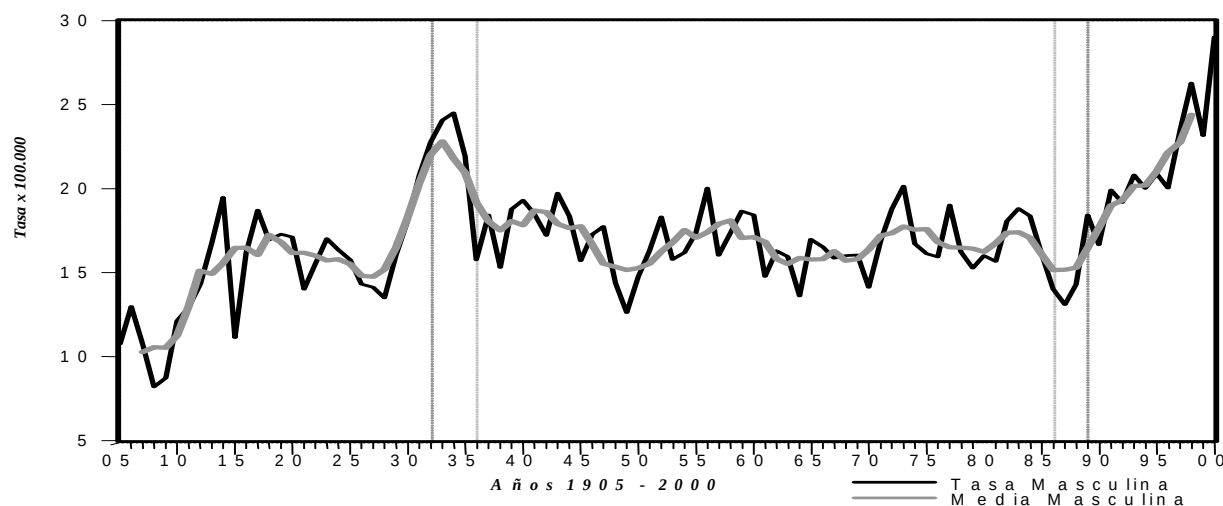


Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
 Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
 Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad CEPAL-CELADE-INE (1998)
 Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P.

La **tendencia por sexo**, (Gráfico 8) presenta, un ascenso similar hasta 1934, pero con distintos valores, el descenso es sensiblemente mayor en el sexo femenino (1937-1985) y no se produce un pronunciado ascenso a partir de 1985. Obsérvese que el **pico de 1934 es acompañado por la tasa femenina**, no ocurre lo mismo, en el **ascenso del año 2000**.

GRAFICO 9

Distribución de las Tasas de suicidio del Sexo Masculino y Medias Móviles, según Año



Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
 Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
 Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad CEPAL-CELADE-INE (1998)
 Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P.

2.1.6 Tasa Masculina

El comportamiento de la tasa masculina en el siglo, (Gráfico 9) (véase Tablas 5, 6 y 7 – Anexo II) estudiada a través del promedio móvil, nos muestra, periodos claramente diferenciados: Un primer periodo, que muestra el aumento de la tasa entre 1905 y 1934 pasando de 10,74 a 24, 51 por cien mil, un segundo periodo estacionario entre 1936 y 1988, con tasas

de 15,75 y 14,29 por cien mil respectivamente, y un tercer período, de aumento permanente entre 1989 y el año 2000, llegando a la tasa de mayor valor del siglo (29,03 por cien mil). (Tabla 7)

En consecuencia, la tendencia (grafico 8) nos muestra un aumento con oscilaciones de la tasa en el siglo, pasando de 10,74 por cien mil en 1905 a 29,03 en el año 2000.

Se destaca que la tasa masculina llega sobre finales del siglo XX, a los valores más elevados de la historia, y que las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas.

Las diferencias observadas entre las tasas de suicidio en los años censales y el año 2000, muestran un aumento de 234 % entre 1908 y el año 2000, 75 % para 1975, 77 % para 1985 y 41 % para 1996 ($p < 0,05$) (véase Prueba Estadística – Anexo V).

2.1.7 Tasa Femenina

En la tasa femenina (véase Tablas 5, 6 y 7- Anexo II y Gráfico 10) podemos distinguir un primer período, entre 1905 y 1934 de ascenso, donde la tasa pasa de 6,37 a 13,70 por cien mil respectivamente, un segundo período, entre 1937 y 1985 de descenso, con tasas entre 10,23 a 3,38 por cien mil respectivamente y un tercer período de ascenso inicial, pero luego estacionario, entre 1989 y el año 2000 (tasas de 4,35 y 5,53 por cien mil respectivamente).

Si bien podemos distinguir estos períodos, en general la tasa con oscilaciones es descendente a partir de 1937, (2º y 3º período) y aumenta en forma estadísticamente significativa entre 1985 y el año 2000, donde lo hizo en un 61 %, ($p < 0,05$) y a partir de 1991 tiene un comportamiento estacionario.

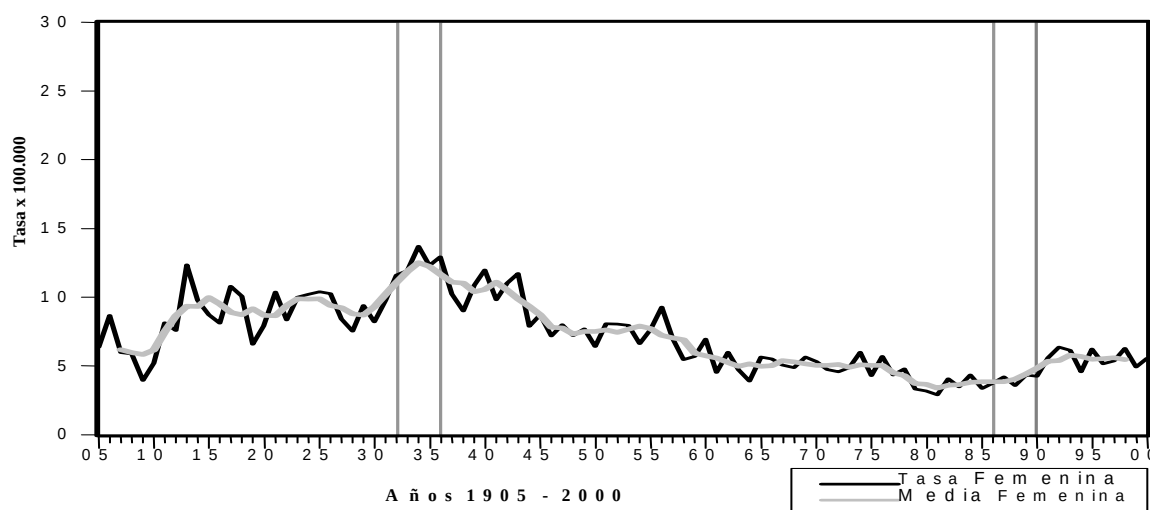
2.1.8 Tasas de suicidio según grupo de edad en años censales

La distribución de la tasa por grupo de edad en los años censales muestra lo siguiente:

En el **año 1908**, (véase Tabla 8 – Anexo II y Gráfico 11) se observó, un pico en el grupo de 20 a 24 años, otro en el de 40 a 44 años y en el de 60 a 64 años y luego un marcado ascenso, en el grupo de 70 años y más años.

GRAFICO 10

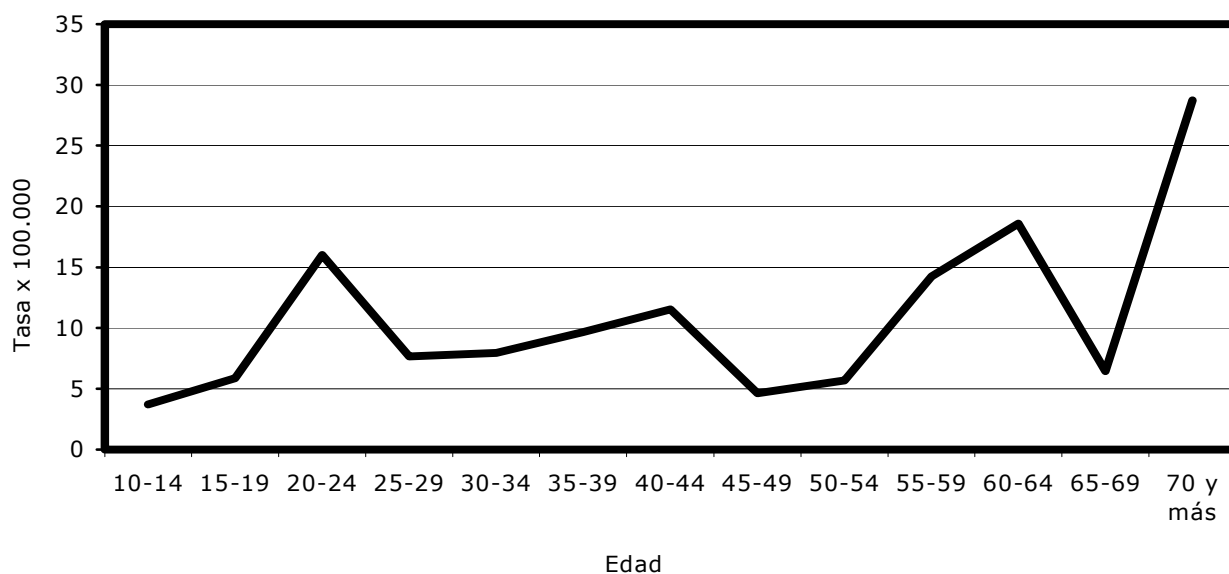
Distribución de las Tasas de suicidio del Sexo Femenino y Medias Móviles, según Año. Uruguay 1905-2000



Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
CEPAL-CELADE-INE (1998)
Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P.

GRAFICO 11

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según Edad.Uruguay 1908

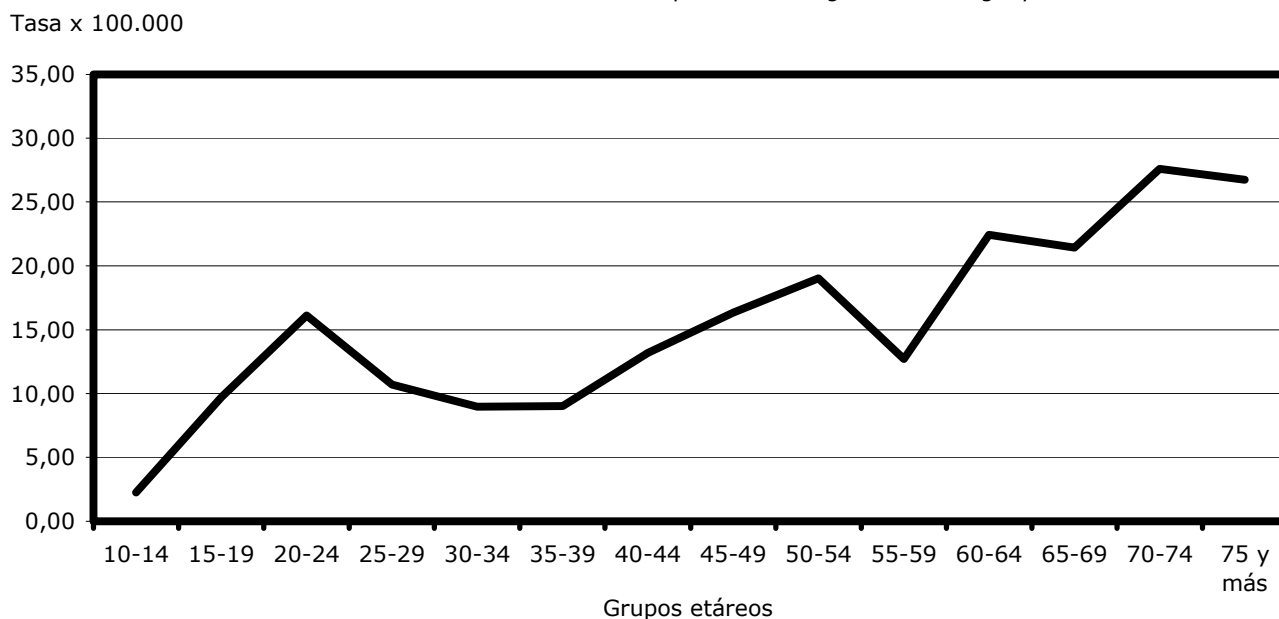


Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
 Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
 Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
 CEPAL-CELADE-INE (1998)
 Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P.

Para 1963 (véase Tabla 8 – Anexo II y Gráfico 12), se mantiene el pico de 20 a 24 años y la tasa comienza a ascender prácticamente en forma continua luego de los 55 años.

GRAFICO 12

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según Edad. Uruguay 1963

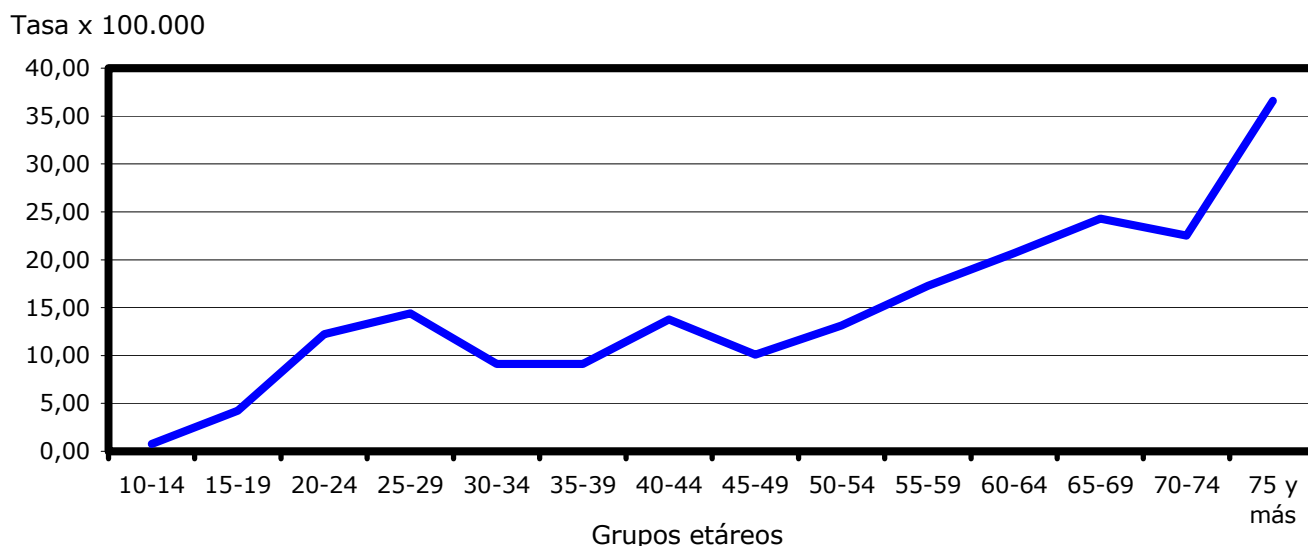


Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
 Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
 Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad CEPAL-CELADE-INE (1998)
 Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P.

En 1975 (véase Tabla 8 – Anexo II y Gráfico 13), se observa un pico en el grupo de 25 a 29 años, a los 40 a 44 años y un ascenso casi lineal juego de los 50 años, siendo la distribución más homogénea que en el grupo anterior.

GRAFICO 13

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según Edad. Uruguay 1975

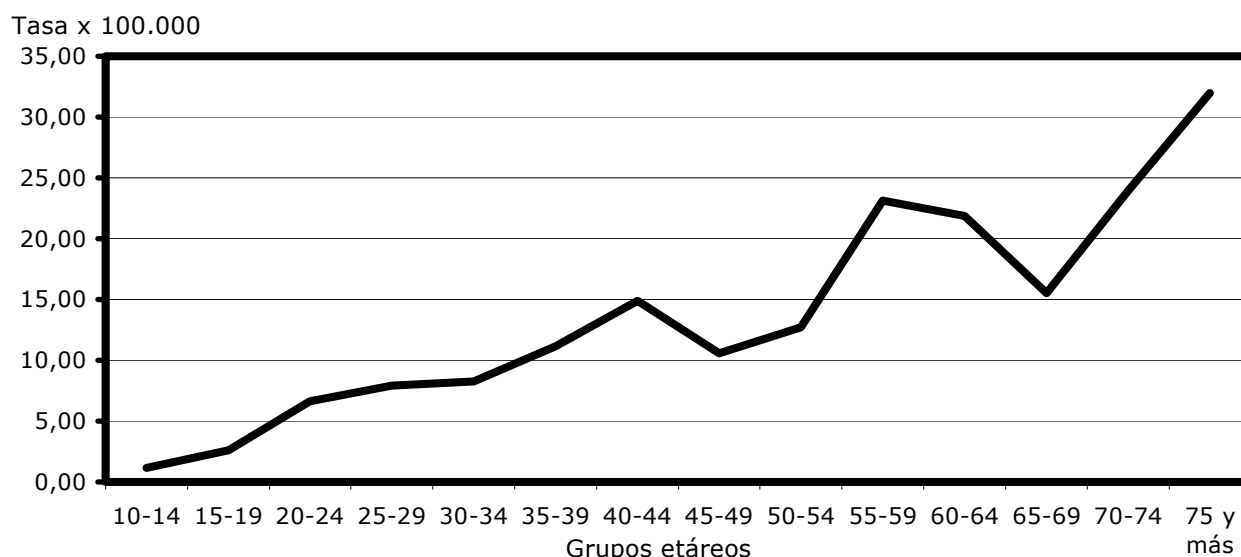


Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
 Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
 Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad CEPAL-CELADE-INE (1998)
 Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P.

En 1985 (véase Tabla 8 – Anexo II y Gráfico 14), se observó un pico a los 40 a 44 años y a los 55 a 59 años, y el aumento de la tasa juego de los 54 años. Es significativo que desaparece el pico entre los 20 a 24 años.

GRAFICO 14

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según Edad. Uruguay 1985

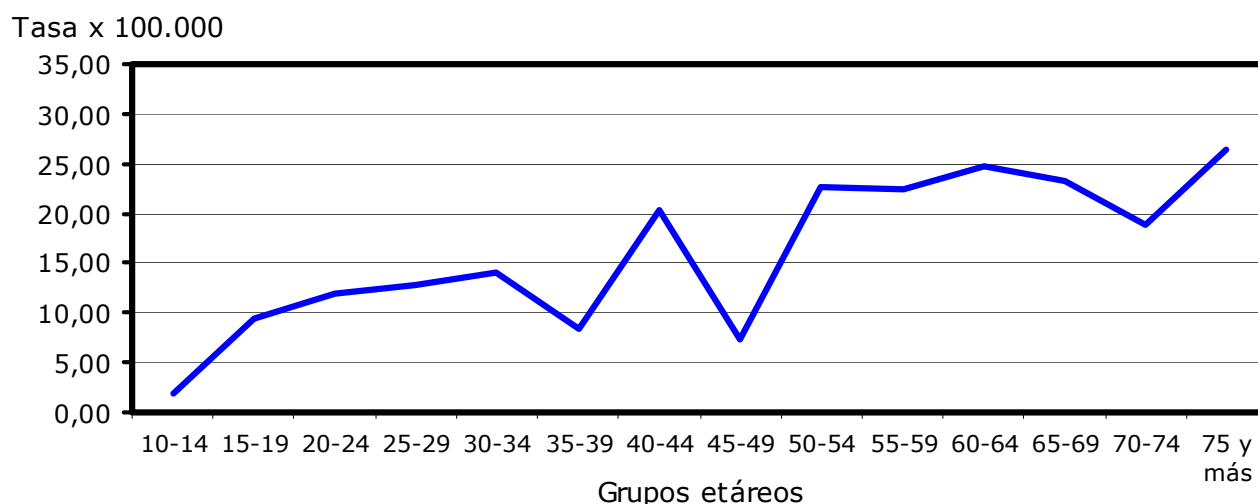


Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
 Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
 Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
 CEPAL-CELADE-INE (1998)
 Departamento de Estadística-DIGESA-M.S.P.
 Fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)

En 1996 (véase Tabla 8 – Anexo y Gráfico 15), se observó un desplazamiento de los picos a grupos de edad más jóvenes apareciendo a los 30 a 34 años y 40 a 44 años, y un ascenso a partir de los 49 años en forma de meseta.

GRAFICO 15

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según Edad. Uruguay 1996

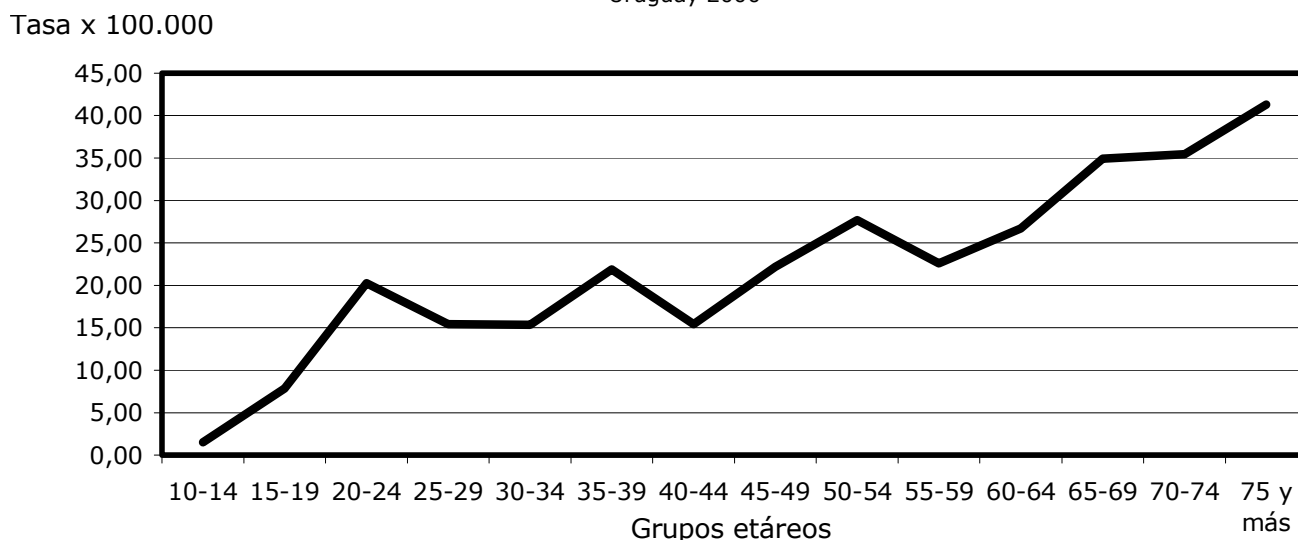


Fuente: Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
 CEPAL-CELADE-INE (1998)
 Censo de población 1908, 1963, 1975, 1985 y 1996.
 Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
 Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.
 Fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)

Y para el **año 2000**, se observa, que aparece nuevamente un pico en el grupo de 20 a 24 años, seguido por otro en el grupo de los 35 a 39 años y a partir de los 40 años un aumento permanente y sostenido de la tasa. Se destaca otro pico en el grupo de 50 a 54 años. (véase Tabla 8 – Anexo II y Gráfico 16).

Al igual que lo expresado en el estudio **Paparamborda-Vignolo⁹** en el período **1963-1999**, el *suicidio* se distribuye más homogéneamente entre los diversos grupos de edad.

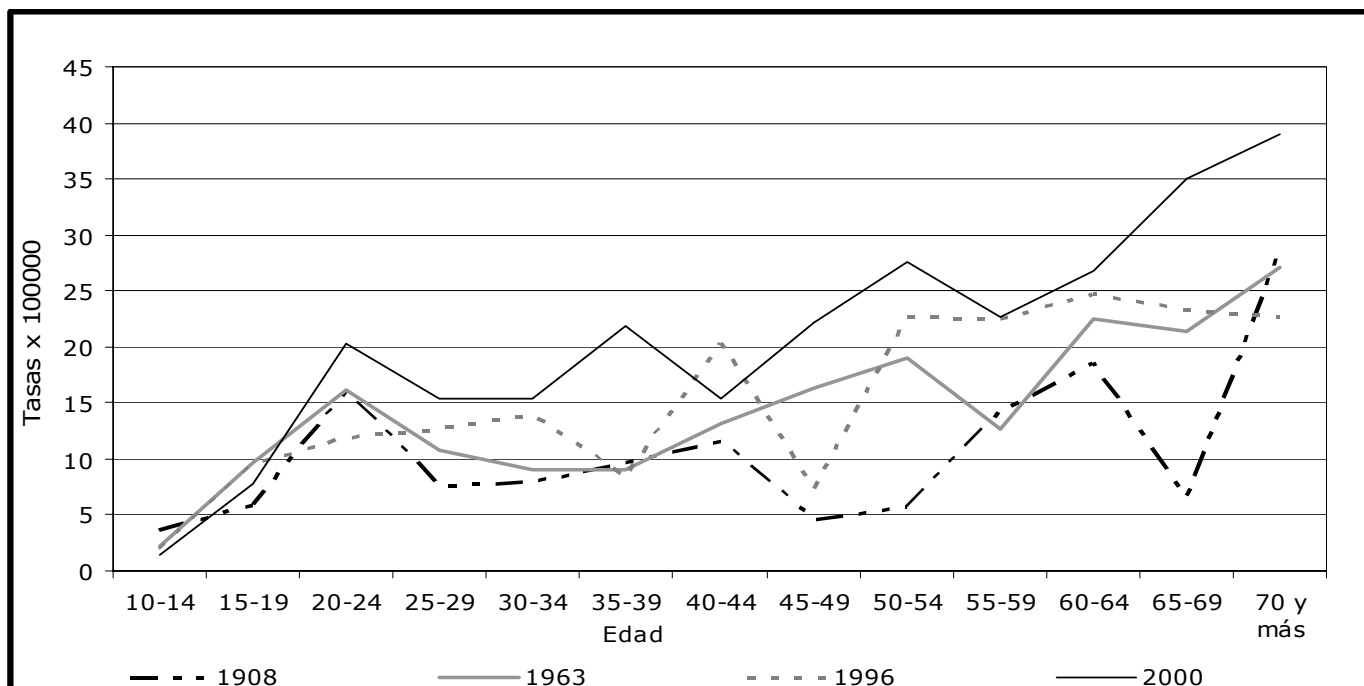
Se destaca, que a medida que realizamos cortes transversales, en los años censales, desde comienzos de siglo, se observa el ascenso permanente y sistemático de la tasa, a edades cada vez más precoces. (Gráficos 16,17 y 18)

GRAFICO 16Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según Edad
Uruguay 2000

Fuente: Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
 CEPAL-CELADE-INE (1998)
 Censo de población 1908, 1963, 1975, 1985 y 1996.
 Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
 Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.
 Fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)

GRÁFICO 17

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según Edad y Año.
Uruguay 1908, 1963, 1996, 2000

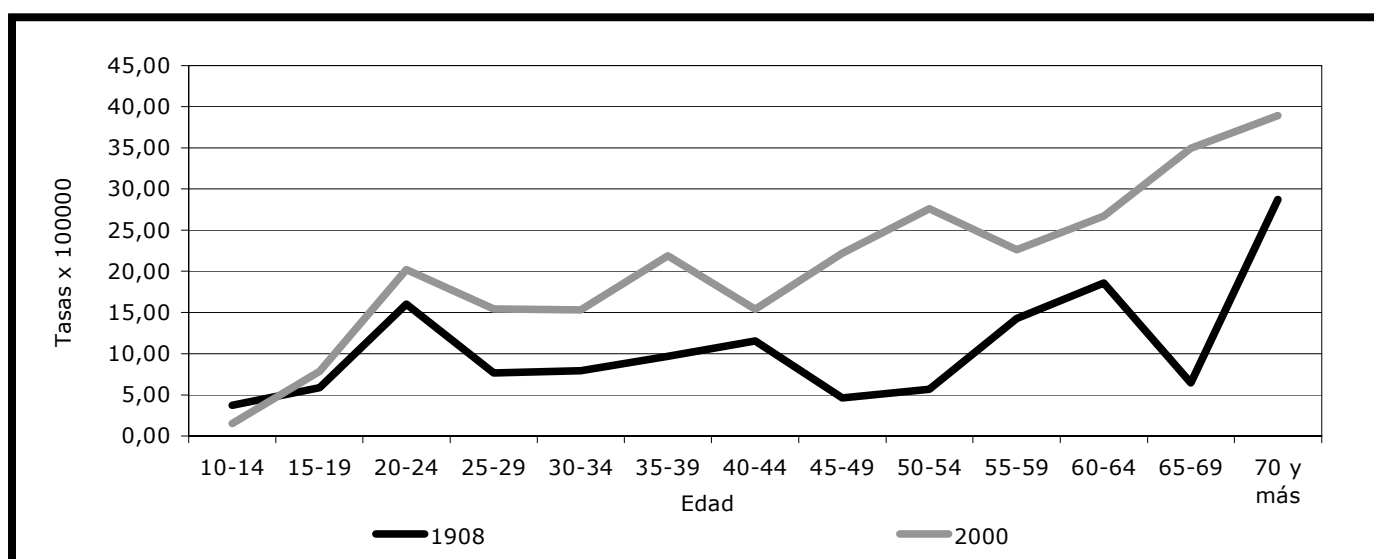


Fuente: Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
CEPAL-CELADE-INE (1998)
Censo de población 1908, 1963, 1975, 1985 y 1996.
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.
Fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)

Obsérvese en el Gráfico 17, como la **tasa es superior en todos los grupos de edad en el año 2000**, con respecto al resto de los años censales, y como su ascenso sostenido en los adultos y adultos mayores, es cada vez más prematuro.

GRÁFICO 18

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio, según Edad y Año. Uruguay 1908, 2000



Fuente: Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
CEPAL-CELADE-INE (1998)
Censo de población 1908, 1963, 1975, 1985 y 1996.
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.
Fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)

Las diferencias entre las tasas fueron estadísticamente significativas entre los años censales y el año 2000, en los siguientes grupos de edad:

En **Uruguay** en el **sexo masculino**, en el grupo de **35 a 39 años**, se observó un aumento de 157% entre 1985 y el año 2000 ($p<0,05$), en el de **50 a 54 años** un aumento de 153 % entre 1975 y el año 2000, y de 157 % entre 1985 y el año 2000. ($p<0,05$)

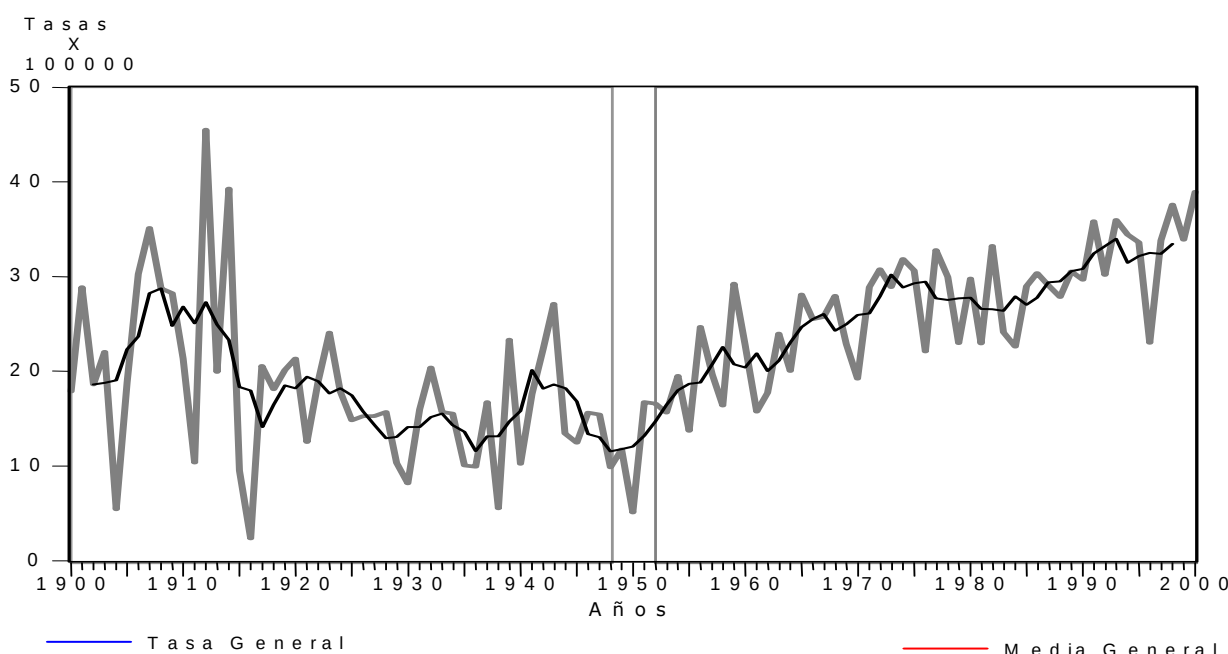
En los grupos de **70 y más años** y **75 y más**, el aumento fue de 60 % y 87 % entre 1996 y el año 2000 en forma respectiva. (véase Tabla 9 – Anexo II) ($p<0,05$). **Robertt** señala en **Uruguay** ¹⁰ “*hoy como hace un siglo atrás, los individuos de edad avanzada, se suicidan en mayor proporción que los más jóvenes*” y al igual que lo señalado por **Durkheim** “*es fundamentalmente masculino y aumenta con la edad*”. ⁶⁸

En el **sexo masculino** a diferencia de lo encontrado por **Dajas**³⁶, de estudios en **EEUU** ^{113,229}, en **Suecia**²¹⁸, en **Canadá**²⁶¹, en **Reino Unido**^{262,194,305}, en **Dinamarca**, ^{264,265} no se constató aumento de la tasa en hombres adolescentes, en forma estadísticamente significativa.

Para el **sexo femenino**, en el grupo de **10 a 14 años** la tasa disminuyó un 196 % entre 1908 y el año 2000. Para los de **40 a 44 años** la tasa disminuyó un 118 % entre 1996 y el año 2000, y para los de **60 a 64 años** la disminución fue de 214 % entre 1975 y el año 2000, y 188 % entre 1996 y el mismo año. (véase Tabla 9 – Anexo II) ($p<0,05$) A diferencia de lo encontrado por **Dajas**³⁶, no se observó, crecimiento de la tasa en la Mujer adolescente y en la mujer madura, por el contrario se destaca la disminución de la misma.

GRÁFICO 19

Distribución de las Tasas de suicidio de 70 años y más. y Medias Móviles según Año. Uruguay 1900-2000



Fuente: Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
CEPAL-CELADE-INE (1998)
Censo de población 1908, 1963, 1975, 1985 y 1996.
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.
Fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)

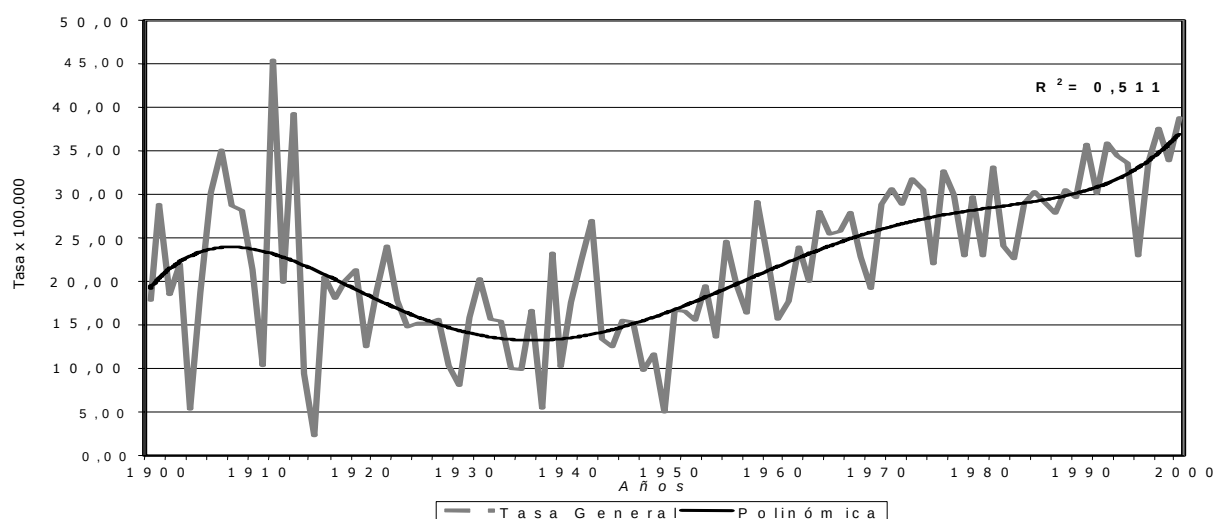
El *suicidio* es señalado en prácticamente toda la literatura internacional como prevalente en el adulto mayor, en tal sentido, hemos seleccionado el grupo de *70 años y más años* para observar su comportamiento en el siglo.

En el Gráfico 19, se distinguen dos períodos claramente definidos, que parten el siglo en dos (curva de tasa y de media móvil): El primero descendente, que va desde comienzo de siglo con tasas de 17,87 por cien mil para 1900, 28,89 por cien mil para 1901 hasta 1950 con una tasa de 5,08 por cien mil y el segundo ascendente, a partir de 1951, con una tasa de 16,77 por cien mil hasta el año 2000, que presentó una tasa de 38,93 por cien mil.

Según se observa en la Gráfico 20, la tasa para este grupo de edad crece con el siglo, observándose en la línea de tendencia el ascenso sostenido en los últimos 50 años.

GRAFICO 20

Distribución de las Tasas de suicidio de 70 años y más, y tendencia según Año. Uruguay 1900-2000



Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino,
Programa de Población F.C.S. (2000)
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)

2.1.9 Tasas de suicidio según causa de muerte y grupo de edad en el Trienio 1998-2000

Las muertes por *suicidio*, se ubicaron, en el **noveno lugar** (En *EEUU* el *suicidio* ocupa el noveno lugar como causa de muerte²¹) del total de las muertes ocurridas en el trienio **1998-2000** (véase Tablas 10 a 18 – Anexo II) .

La tasa presentó un valor 60% superior a la de accidentes de tránsito (tasas de 17,01 y 10,07 por cien mil respectivamente). Se destaca el lugar alcanzado entre las causas de muerte por las defunciones por suicidio en los grupos de **15 a 24 años**, (segundo lugar) **25 a 34 años**, (tercer lugar) y en el de **35 a 44 años** con el cuarto lugar. Luego de los **45 años** el suicidio se ubica como sexta causa de muerte, llegando a ocupar el lugar 14, en el grupo de **75 y más años**.

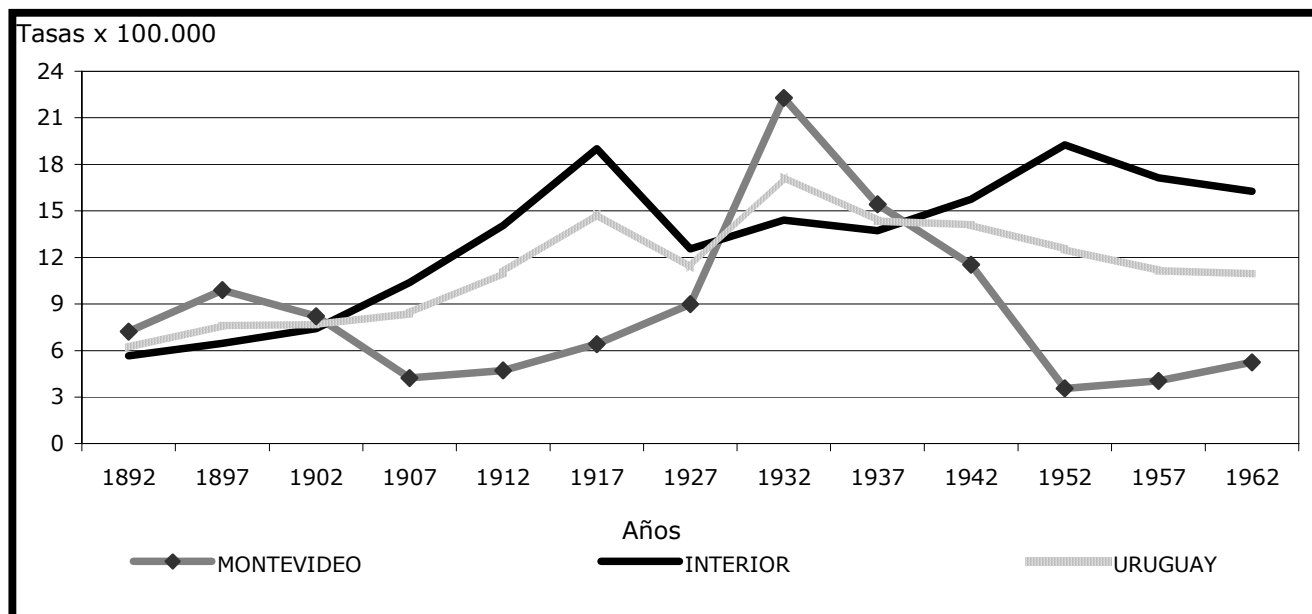
En muchos países, se encuentran entre las primeras causas de muerte en estos grupos de edad señalados, en *Suecia*, es la causa más común entre los **15 a 24 años**, y en *Inglaterra y Gales*, se ubica en el segundo lugar detrás de los accidentes de tránsito²¹⁸

En nuestro país, en todos los grupos de edad señalados, la tasa de mortalidad por suicidio presentó valores mayores a la de accidentes de tránsito (véase Tablas 10 a 18 – Anexo II). A escala mundial el *suicidio* es una de las 5 causas de muerte entre los jóvenes de **15 a 19 años** y en muchos países se encuentra entre la primera y segunda causa²⁶⁰.

2.1.10 Montevideo - Interior

GRAFICO 21

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según Año y por lugar de Residencia



Fuente: Proyecciones de población - Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

2.1.11 1892- 1962

El comportamiento de la tasa, comparativamente entre Montevideo, Interior y todo el País, nos muestra, en el período comprendido entre 1892 y 1962, altibajos, ubicándose la tasa de *Montevideo* en último lugar luego de 1907, ($I/M = 2,45$) hasta 1932, donde pasa al primer lugar, para luego descender nuevamente, y ubicarse en 1942, por debajo de la nacional y del interior (véase Tablas 20 y 21 - Anexo II) hasta 1962. ($I/M = 3,10$) (Gráfico 21)

La relación H / M , a nivel del país, pasó de 1,80 en 1907 a 2,85 en 1962.-

Montevideo, salvo en el período, entre 1932-1937, (sin considerar el comienzo de siglo) se ubico por debajo de la tasa del Interior del País (entre 1892 y 1962 y la relación $*H/M$ e $**I/M$ creció en el período considerado).

En 1952 la relación I/M era de 5,40, la misma con altibajos, ha marcado un descenso continuo hasta el año 1962. (3,10) (véase Tablas 20, 21 y 22 - Anexo II).

El Uruguay, era un país poco poblado en la segunda década del siglo, y tenía características demográficas similares a los países europeos, con baja mortalidad y natalidad, a diferencia, de los otros países latinoamericanos, quizás como consecuencia del proceso migratorio proveniente de *España*, *Italia* y de *Europa central* y de la inexistencia de una población indígena importante.

El interior del País ha tenido a lo largo de la historia, tasas mas elevadas, que Montevideo, con excepción prácticamente del pico ocurrido en 1934 (Razón I/M de - 0,89, en 1937) (véase Tabla 19 - Anexo II y Gráfico 21)

El hecho de que el Interior halla tenido en forma más estable tasas superiores a la capital, puede tener explicación, en la génesis misma de su desarrollo, ya que lo hizo, en una estructura macrocefálica, estableciéndose los polos de desarrollo en el área metropolitana. En el interior, se ha dado un continuo en el siglo de expulsión rural hacia los medios urbanos departamentales, y desde allí, hacia Montevideo. Con el correr de la centuria la situación no cambió, y en el interior se han establecido servicios extensivos de la gran administración capitalina, de las administraciones municipales y de atracción turística, que no han permitido una continuidad, que asegurara, el despegue socioeconómico, el mismo Maldonado, tiene actualmente asentamientos precarios en todo su cinturón periférico. La industria no ha tenido tampoco un gran desarrollo, en los pocos departamentos, en los cuales se estableció un proceso productivo.

$*H/M$ = Relación o Razón Hombre / Mujer o de índice de masculinidad

$**I/M$ = Razón Interior / Montevideo

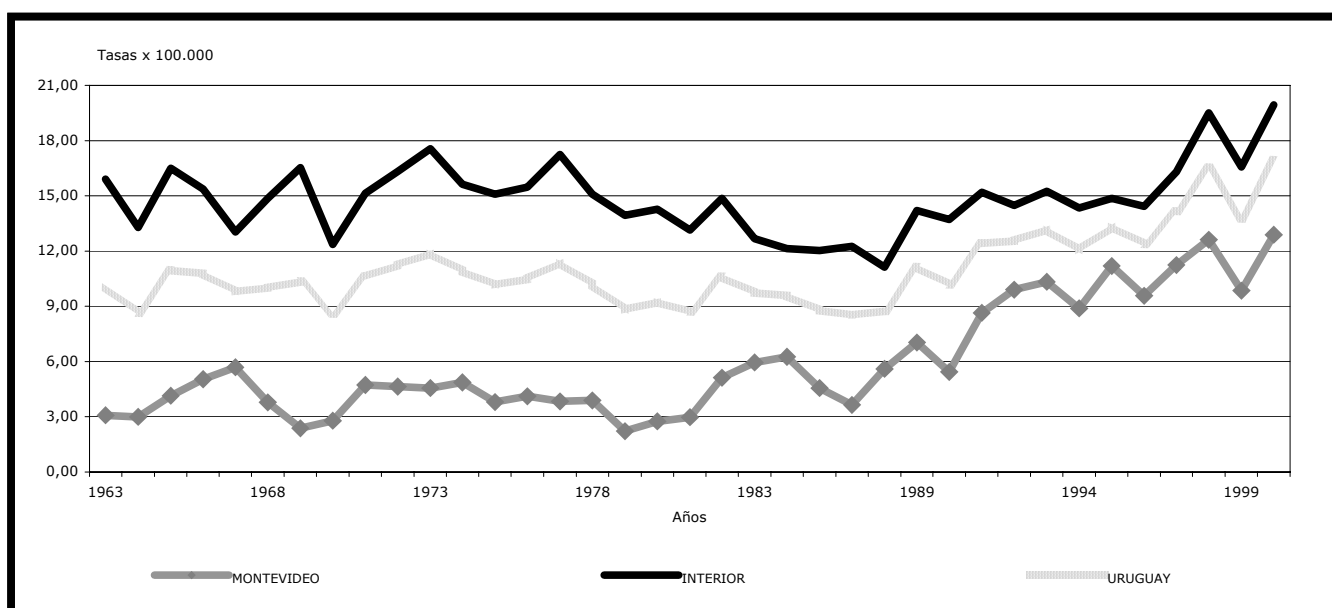
Esta falta de posibilidades, de expectativas y la existencia de desesperanza y frustración, quizás, hallan facilitado la generación de ambientes psicosociales, proclives al desarrollo del pensamiento y la conducta suicida, en mayor magnitud, que en la capital salvo en periodos excepcionales.

Montevideo, según Couriel, hacia la década de 1930 del siglo XX ⁵⁷ estaba constituido por una sociedad integrada, donde la actividad política a través de los partidos y la educación, fueron sus grandes instrumentos, la escuela pública constituyó el gran elemento integrador y armonizador, y la educación, fue el vehículo de movilidad social vertical. ⁵⁷ La influencia de la inmigración fue muy importante fundamentalmente en Montevideo, donde llegó a constituir el 46% de la población, el fenómeno de la macrocefalia, se acentuaba progresivamente con los aportes inmigratorios.

Entre 1923 y 1931 se recibieron 181.000 inmigrantes, a su vez, la campaña se despoblaba permanentemente debido a la falta de fuentes laborales, dada la explotación extensiva de la tierra y la ganadería. ³²⁰

GRAFICO 22

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según Año y lugar de Residencia. 1963-2000



Fuente: Población: años 1963, 1975, 1985 y 1996 – Censos de población; años 1964-1974, 1976-1984, 1986-1995, Proyecciones de población – Pedro Robertt; años 1997-1999 – Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.; Suicidios: Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

2.1.12. 1963-2000

A partir de 1963 (Gráficos 22 y 23) la curva de media móvil mantiene tasas similares al año 1952, con un acortamiento progresivo de la brecha, pasando de una relación I/M de 5,18 en 1963 a una relación de 1,55 en el año 2000 (véase Tablas 20 y 21 – Anexo II).

A partir de 1980, si bien la tasa del interior permanece superior a Montevideo, se nota un crecimiento superior en este último (Gráficos 22 y 23).

La tasa aumenta en el período considerado un 318% en Montevideo, (paso de 3,08 por cien mil a 12,89 por cien mil) en tanto en el Interior lo hizo tan solo un 25%. (de 15,92 a 19,94 por cien mil) (la tasa aumento un 68% en todo El País pasando de 10,06 a 16,93 por cien mil) Hechos confirmados por Dajas, ³⁶ Maresca, ¹³ y Robertt ¹⁰ en Uruguay.

La relación H/M entre 1963 y el año 2000 ha aumentado, pasando de 3,27 a 5,25 en todo el país. La relación H/M en el interior aumento de 3,00 a 5,88, en cambio esta relación en Montevideo disminuyo de 5,66 a 4,19. Se destaca entonces, la masculinización del suicidio en todo el país, tal cual lo mencionamos previamente, al igual que en el Interior y la feminización del mismo en Montevideo.

El suicidio en el Interior fue más masculino, y se ha presentado en grupos de edad mas envejecidos, por encima de los 65 años, en familias donde los jóvenes emigran continuamente. Estos elementos, junto a la falta de continencia comunitaria, (centros comunitarios diurnos de tercera edad) podrían ser contextos psicosociales que aumentarían los riesgos de probables conductas suicidas y actos suicidas.

El suicidio para Durkheim ⁶⁸, era fundamentalmente urbano y masculino, **Montevideo es el centro administrativo, y cultural** y es donde se ha registrado el mayor aumento de la tasa que ha hecho como vimos, reducir la brecha con el

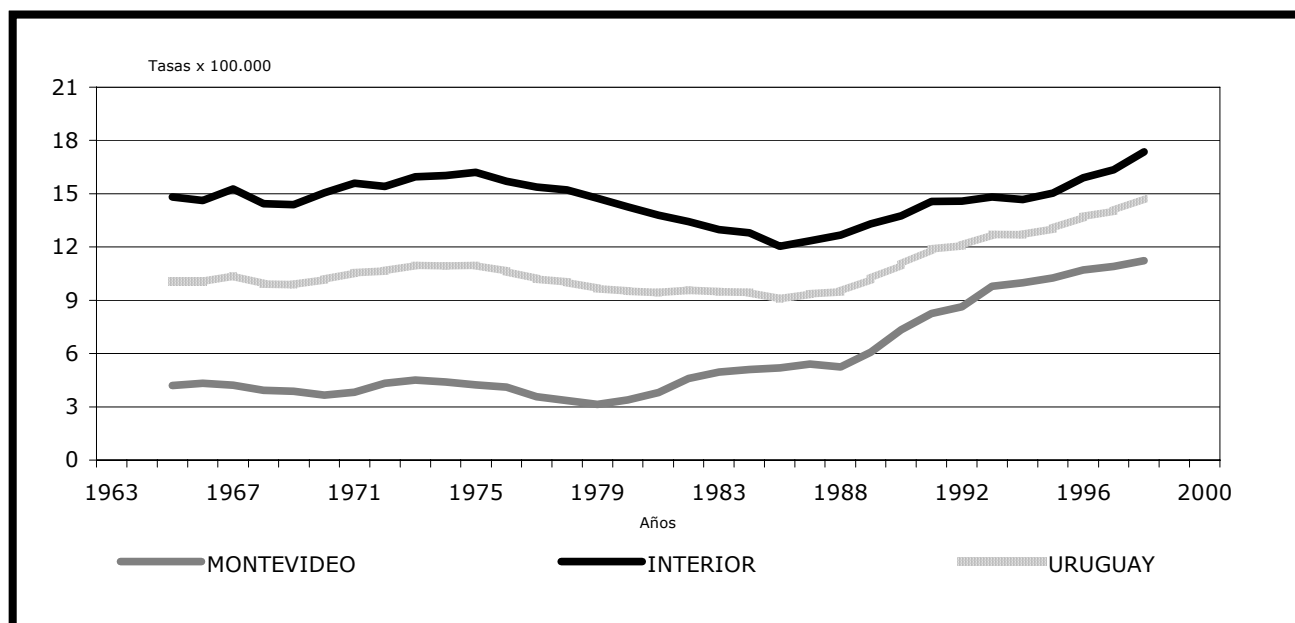
Interior. Se observa, como lo ha señalado Robertt¹⁰, que *Montevideo* precede al Interior en los movimientos de la tasa¹⁰ (obsérvese los respectivos gráficos de medias móviles). *Montevideo* comienza a **aumentar en 1980** y el **interior al igual que la tasa para todo el País en 1989**. Se observa en los Gráficos 18 y 19 un descenso inicial del Interior, seguido del aumento, y *Montevideo* se muestra estacionario hasta su ascenso en 1980.

Es decir, en las dos situaciones en donde la tasa crece en mayor proporción en el siglo, lo hace a expensas de Montevideo (1934 y 2000)

También debemos ser categóricos en la afirmación de que por más que la tasa de suicidio sea más alta en el Interior que en la capital del país, ello no quiere decir, que el suicidio sea rural. (no contamos con desagregación urbano-rural para el Interior del país pero sí en *Montevideo*) .

GRAFICO 23

Distribución de las Medias Móviles de fallecidos por suicidio según Año y por lugar de Residencia 1963-2000



Fuente: Población: años 1963, 1975, 1985 y 1996 – Censos de población; años 1964-1974, 1976-1984, 1986-1995, Proyecciones de población – Pedro Robertt; años 1997-1999 – Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.; Suicidios: Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

Robertt¹⁰ señala que el crecimiento del *suicidio* en *Montevideo* pueda ser debido a fenómenos de desorganización social, dado los procesos de urbanización creciente con sus potenciales efectos anómicos. Este período corresponde al segundo y tercer tiempo de la definición de Couriel, (comienzo de la crisis del 60 y 70 y fenómeno de la globalización), caracterizado por transformaciones internas, y condicionantes externas, que dibujan un panorama sociocultural donde el desempleo, la precariedad laboral y la emigración de población calificada coadyuvan a la desagregación del tejido social.

Los estratos socioeconómicos bajos ensayan estrategias de supervivencia como los asentamientos marginales.^{57,59} Sobre finales de siglo se desarrolla el fenómeno de la globalización, *Montevideo* crece hacia la periferia, en los que se ha dado en llamar “cinturón metropolitano”, a la vez que zonas urbanas, decrecen notoriamente en su población con el mantenimiento de todos los servicios.

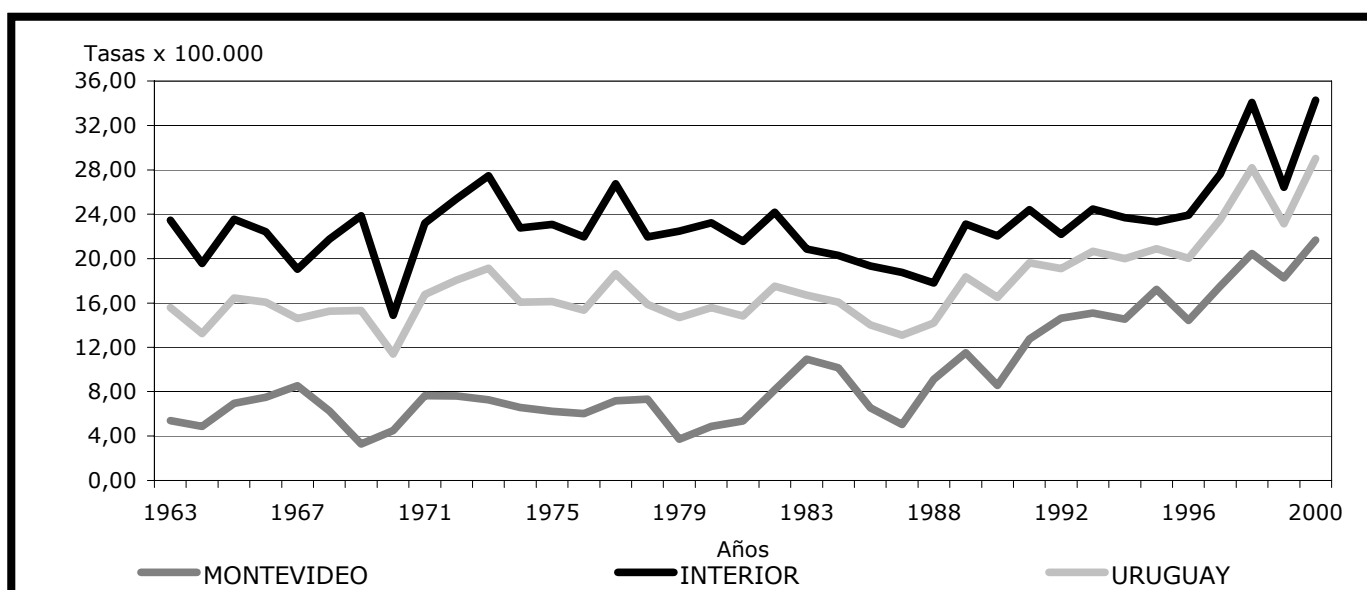
En la **década del 80'** los asentamientos marginales crecen como consecuencia de la **emigración rural** (expulsión rural) y **en la de los 90'** como consecuencia de la expulsión urbana⁵⁷.

La estructura social de los barrios de Montevideo tiende a una progresiva homogeneidad interna y a una heterogeneidad frente a otros barrios.

Estudios de la CEPAL sobre las raíces de la vulnerabilidad social en el Uruguay, muestran la abismal heterogeneidad socioeconómico cultural entre los barrios de la ciudad de *Montevideo*, desde un porcentaje de población propietaria de la vivienda y el terreno de un 23% en Casabó y Pajas Blancas a un 82% en Punta Gorda; desde un 10% de propietarios de vehículos en Casavalle a un 80% en Carrasco; desde un promedio de años de estudio de 6 años en Casavalle a 12 años en el barrio de Carrasco, desde un porcentaje de población masculina que no estudia, no trabaja ni busca trabajo de un 26% en Paso de la Arena a un 5% en el Centro.⁶²

GRAFICO 24

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio del Sexo Masculino según Año y por lugar de Residencia. 1963-2000

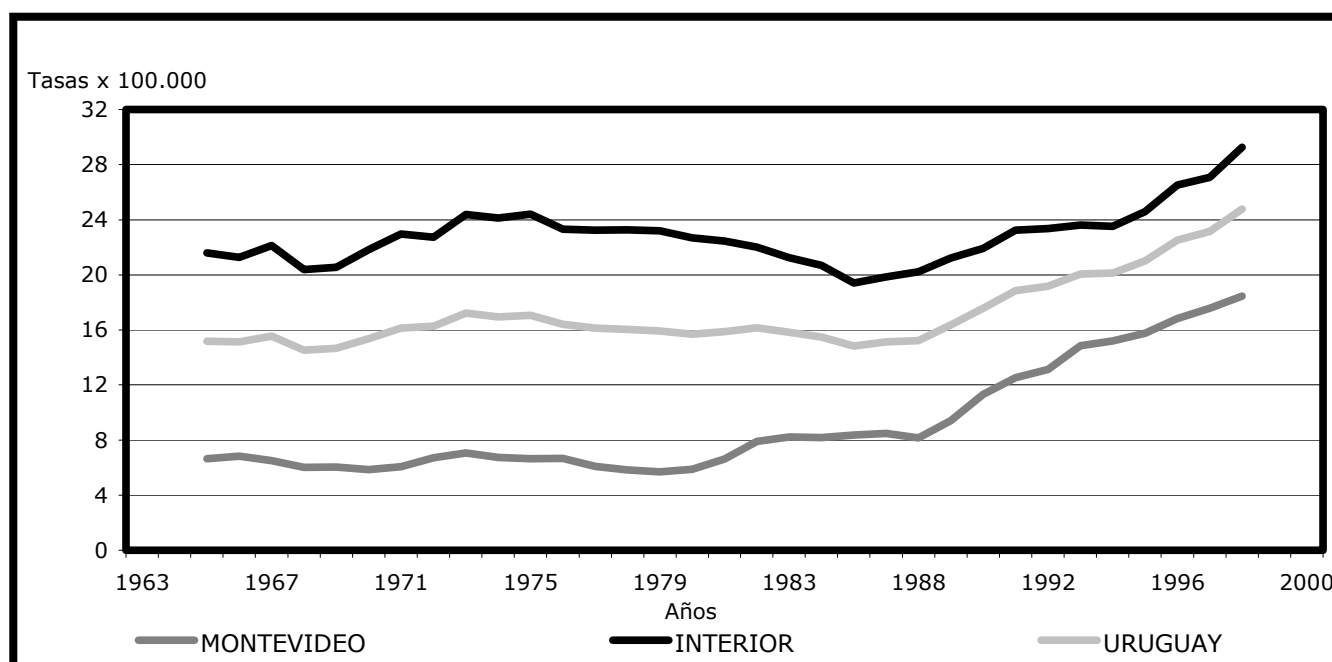


Fuente: Población: **años 1963, 1975, 1985 y 1996** – Censos de población; **años 1964-1974, 1976-1984, 1986-1995**, Proyecciones de población – Pedro Robertt; **años 1997-1999** – Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.; Suicidios: Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

La tasa masculina como lo muestran los Gráficos 24 y 25, (media móvil) (véase Tablas 22 y 23 – Anexo II) presenta, el acortamiento continuo de la brecha entre el Interior y *Montevideo*. La tasa crece en ambos, pero al igual que la tasa global, lo hace con mayor magnitud en *Montevideo*, que precede en sus movimientos al Interior. (la tasa creció un 300% en Montevideo pasando de 5,40 a 21,7 por cien mil en tanto en el interior creció un 46% pasando de 23,45 a 34,26 por cien mil). (86% en todo el País)

GRAFICO 25

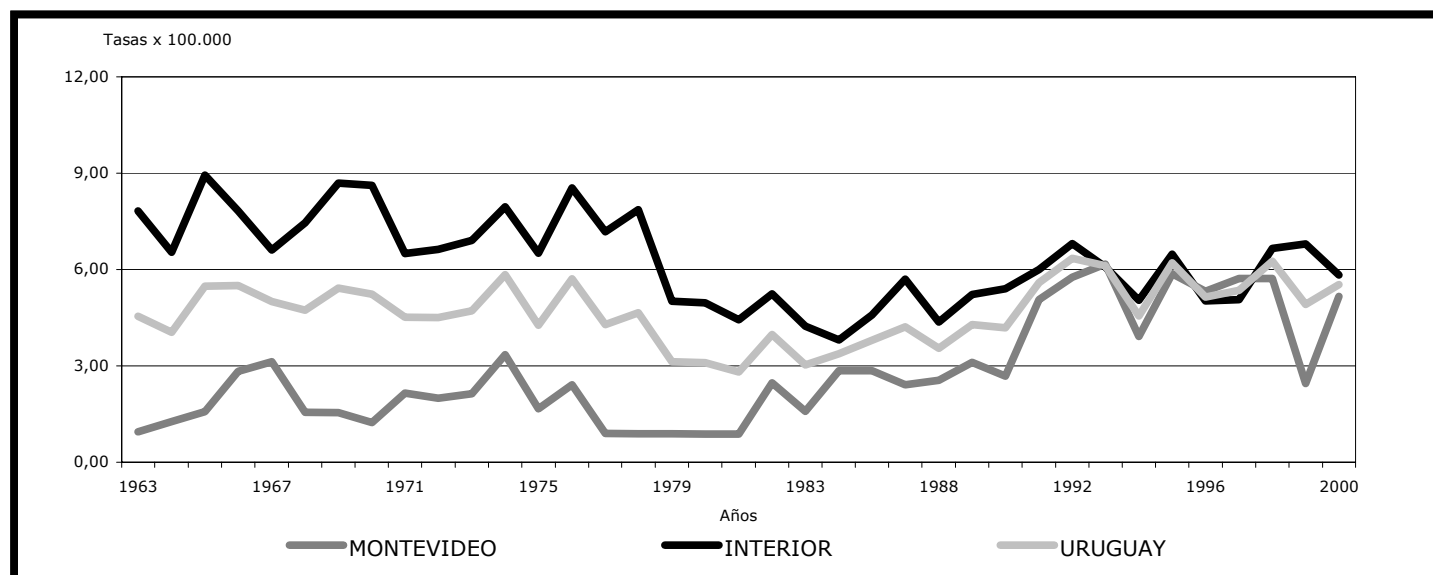
Distribución de las Medias Móviles de fallecidos por suicidio del Sexo Masculino según Año y por lugar de Residencia. 1963-2000



Fuente: Población: **años 1963, 1975, 1985 y 1996** – Censos de población; **años 1964-1974, 1976-1984, 1986-1995**, Proyecciones de población – Pedro Robertt; **años 1997-1999** – Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.; Suicidios: Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

GRAFICO 26

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio del Sexo Femenino según Año y lugar de Residencia. 1963-2000



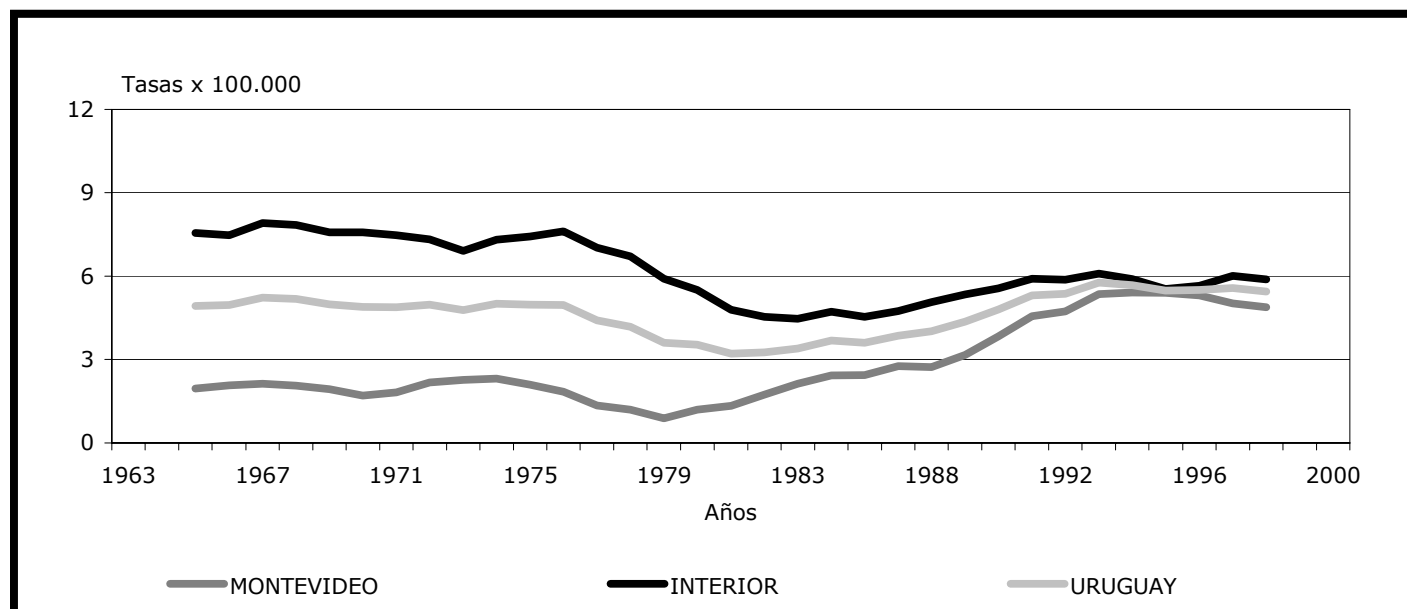
Fuente: Población: **años 1963, 1975, 1985 y 1996** – Censos de población; **años 1964-1974, 1976-1984, 1986-1995**, Proyecciones de población – Pedro Robertt; **años 1997-1999** – Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.; Suicidios: Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

La **tasa femenina** como lo muestran los Gráficos 26 y 27, (véase Tabla 23 – Anexo II) se destaca, por la desaparición de la brecha entre *Montevideo* y el *Interior*.

La tasa aumenta levemente en todo el país pasando de una tasa de 4,55 a 5,53 por cien mil (crecimiento de un 21 %)

GRAFICO 27

Distribución de las Medias Móviles de fallecidos por suicidio del Sexo Femenino según Año y por Lugar de Residencia. 1963-2000



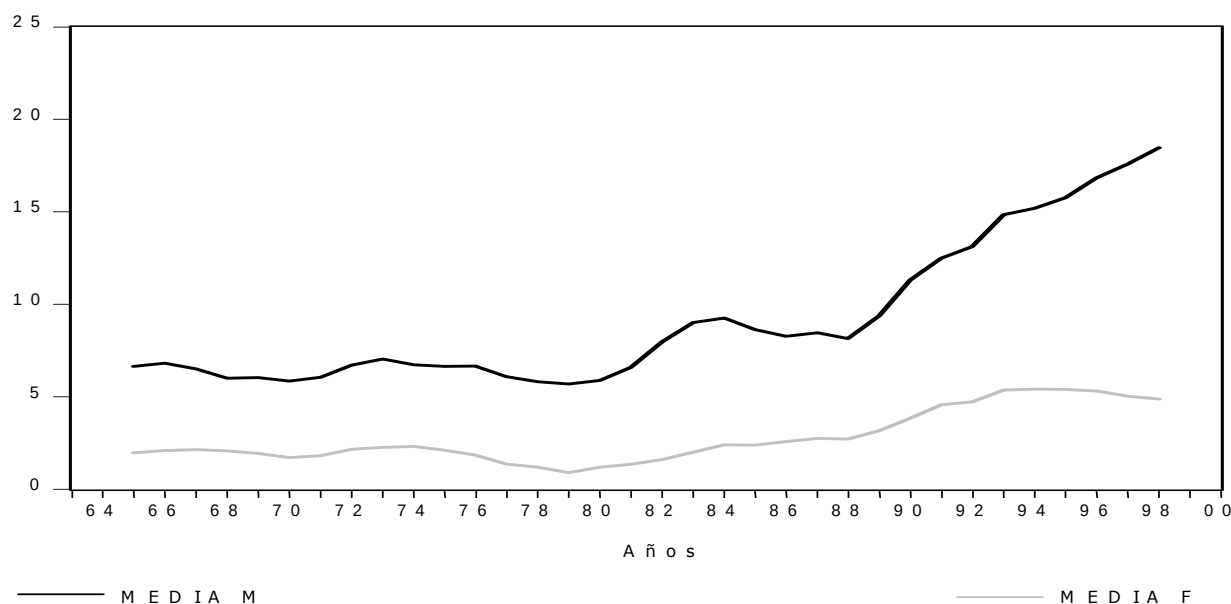
Fuente: Población: **años 1963, 1975, 1985 y 1996** – Censos de población; **años 1964-1974, 1976-1984, 1986-1995**, Proyecciones de población – Pedro Robertt; **años 1997-1999** – Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.; Suicidios: Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

En el Interior se observa una disminución de la tasa pasando de 7,83 a 5,83 por cien mil, en tanto en Montevideo, presentó un crecimiento de más de 5 veces. .

Existe como sostiene **Robertt¹⁰**, dos movimientos contrarios entre Montevideo y el Interior del país, una feminización de la tasa en *Montevideo* con disminución de la razón de masculinidad y una masculinización del suicidio en el Interior con aumento de la referida razón.

GRAFICO 28
Distribución de las medias móviles de los fallecidos por suicidio
según Año y Sexo. Montevideo 1963-2000

T a s a s x 1 0 0 0 0 0



Fuente: Población: **años 1963, 1975, 1985 y 1996** – Censos de población; **años 1964-1974, 1976-1984, 1986-1995**, Proyecciones de población – Pedro Robertt; **años 1997-1999** – Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.; Suicidios: Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

Se destaca, que en el crecimiento de la tasa en Montevideo **a partir de 1980**, el **sexo femenino**, presentó movimientos de respuesta similares a los de la tasa masculina a diferencia de lo ocurrido en todo el País y en el Interior, donde los hombres fueron más sensibles a los cambios sociales, económicos y políticos. (Gráfico 28) (Gráfico 8)

En suma: Montevideo presentó siempre una señal de respuesta prematura en el crecimiento de la tasa, tanto en **1934** como en el **año 2000**, y a diferencia de lo que ocurrió a nivel nacional, (donde la tasa masculina ha presentado señales adelantadas frente a los cambios socioeconómicos) la **tasa femenina**, tuvo los mismos tiempos de respuesta que los masculinos, en una tasa más feminizada que la del Interior del país y que a nivel Nacional. La tasa en el Interior ha sido siempre superior a lo largo del siglo XX, salvo en 1934 (y un pequeño período a comienzos de siglo).

ANEXO II - TABLAS

ESTUDIO HISTÓRICO 1887 - 2000

- Serie Histórica
- Tasas Globales

TABLA 1

Distribución de los fallecidos por suicidio según Año
Uruguay 1887-1907

Año	Frecuencia Absoluta	Tasa x 100000
1887	33	5,17
1888	37	5,67
1889	27	4,04
1890	31	4,43
1891	69	9,57
1892	46	6,20
1893	65	8,61
1894	66	8,60
1895	63	7,95
1896	82	10,04
1897	64	7,61
1898	88	10,29
1899	101	11,62
1900	150	16,72
1901	78	8,44
1902	73	7,67
1903	99	10,23
1904	65	6,61
1905	87	8,58
1906	114	10,85
1907	91	8,37

Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)

TABLA 2

Distribución de los Fallecidos por suicidio según Año
Uruguay 1908 -1949
Tasas x 100000

Año	FA	Tasa	Año	FA	Tasa
1908	78	7,04	1929	215	12,75
1909	72	6,38	1930	227	13,14
1910	102	8,73	1931	270	15,34
1911	127	10,57	1932	309	17,22
1912	136	11,01	1933	324	18,06
1913	183	14,60	1934	347	19,15
1914	187	14,71	1935	320	17,15
1915	130	9,95	1936	272	14,35
1916	163	12,21	1937	276	14,34
1917	202	14,83	1938	236	12,16
1918	187	13,58	1939	290	14,82
1919	167	12,00	1940	311	15,64
1920	179	12,59	1941	285	14,15
1921	178	12,22	1942	288	14,11
1922	179	12,00	1943	323	15,71
1923	205	13,57	1944	271	13,08
1924	196	12,81	1945	256	12,18
1925	206	13,13	1946	260	12,19
1926	198	12,32	1947	278	12,84
1927	186	11,31	1948	235	10,76
1928	176	10,57	1949	223	10,13

Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)

TABLA 3
Distribución de los Fallecidos por suicidio según año.
Uruguay 1950-1962
Tasas x 100000

Año	FA	Tasa
1950	238	10,63
1951	276	12,21
1952	302	13,22
1953	265	11,46
1954	268	11,44
1955	297	12,52
1956	353	14,69
1957	281	11,53
1958	282	11,41
1959	305	12,18
1960	322	12,69
1961	248	9,65
1962	290	11,14

Fuente: Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
CEPAL-CELADE-INE (1998)
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

TABLA 4
Distribución de los Fallecidos por suicidio según Año
Uruguay 1963-2000 Tasas x 100000

Año	FA	Tasa	Año	FA	Tasa
1963	272	10,32	1982	322	10,91
1964	233	8,74	1983	326	10,98
1965	304	11,29	1984	334	11,17
1966	299	10,99	1985	288	9,57
1967	287	10,45	1986	265	8,75
1968	289	10,43	1987	260	8,53
1969	302	10,82	1988	269	8,77
1970	272	9,69	1989	345	11,18
1971	304	10,79	1990	319	10,27
1972	328	11,63	1991	392	12,54
1973	351	12,45	1992	396	12,57
1974	319	11,30	1993	420	13,24
1975	287	10,15	1994	385	12,05
1976	306	10,77	1995	429	13,33
1977	331	11,58	1996	401	12,37
1978	300	10,43	1997	462	14,15
1979	266	9,19	1998	525	15,96
1980	276	9,47	1999	456	13,76
1981	268	9,14	2000	565	16,93

Fuente: Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
CEPAL-CELADE-INE (1998)
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

- Sexo y año

TABLA 5
Distribución de los fallecidos por suicidio según año por Sexo
Uruguay 1905-1949 Tasa x 100000

Uruguay 1905-1949 Tasa x 100000									
Año	Sexo				Año	Sexo			
	Masculino		Femenino			Masculino		Femenino	
	FA	Tasa	FA	Tasa		FA	Tasa	FA	Tasa
1905	55	10,74	32	6,37	1928	114	13,49	62	7,56
1906	69	12,99	45	8,67	1929	137	16,04	78	9,38
1907	59	10,71	32	5,96	1930	157	17,98	70	8,20
1908	46	8,19	32	5,86	1931	185	20,80	85	9,76
1909	50	8,74	22	3,96	1932	206	22,75	103	11,59
1910	72	12,12	30	5,22	1933	218	24,07	106	11,93
1911	79	12,93	48	8,12	1934	224	24,51	123	13,70
1912	90	14,32	46	7,58	1935	206	21,94	114	12,30
1913	107	16,78	76	12,35	1936	150	15,75	122	12,94
1914	126	19,48	61	9,77	1937	178	18,43	98	10,23
1915	74	11,13	56	8,72	1938	149	15,31	87	8,99
1916	110	16,18	53	8,09	1939	184	18,78	106	10,86
1917	130	18,72	72	10,79	1940	192	19,32	119	11,97
1918	119	16,95	68	10,08	1941	186	18,50	99	9,81
1919	122	17,28	45	6,56	1942	175	17,21	113	11,03
1920	124	17,10	55	7,89	1943	202	19,73	121	11,72
1921	104	14,01	74	10,36	1944	189	18,34	82	7,88
1922	118	15,52	61	8,34	1945	164	15,71	92	8,70
1923	131	17,01	74	9,99	1946	183	17,25	77	7,18
1925	126	15,75	80	10,40	1947	191	17,73	87	7,99
1926	117	14,31	81	10,26	1948	156	14,37	79	7,20
1927	118	14,12	68	8,40	1949	138	12,61	85	7,68

Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino,
Programa de Población F.C.S. (2000)
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)

TABLA 6
Distribución de los fallecidos por suicidio según año por Sexo
Uruguay 1950-1962
Tasa x 100000

Tasa x 100000									
Año	Sexo				Año	Sexo			
	Masculino		Femenino			Masculino		Femenino	
	FA	Tasa	FA	Tasa		FA	Tasa	FA	Tasa
1950	167	14,75	71	6,42	1957	196	16,03	85	7,00
1951	186	16,29	90	8,05	1958	215	17,36	67	5,44
1952	211	18,30	91	8,04	1959	234	18,65	71	5,68
1953	184	15,78	91	7,93	1960	234	18,42	88	6,94
1954	191	16,20	77	6,62	1961	190	14,78	58	4,51
1955	207	17,35	90	7,63	1962	212	16,30	78	5,99
1956	242	20,04	111	9,28					

Fuente: Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
CEPAL-CELADE-INE (1998)
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

TABLA 7
Distribución de los fallecidos por suicidio según año por Sexo
Uruguay 1963-2000
Tasa x 100000

Año	Sexo				Año	Sexo			
	Masculino		Femenino			Masculino		Femenino	
	FA	Tasa	FA	Tasa		FA	Tasa	FA	Tasa
1963	210	15,96	62	4,70	1982	261	18,07	61	4,05
1964	181	13,61	52	3,90	1983	273	18,80	53	3,49
1965	228	16,97	76	5,63	1984	268	18,36	66	4,32
1966	224	16,52	75	5,50	1985	236	16,08	52	3,38
1967	217	15,86	70	5,08	1986	207	14,03	58	3,74
1968	221	16,02	68	4,89	1987	194	13,08	66	4,22
1969	223	16,05	79	5,63	1988	213	14,29	56	3,56
1970	197	14,11	75	5,31	1989	276	18,42	69	4,35
1971	237	16,93	67	4,73	1990	251	16,65	68	4,25
1972	263	18,78	65	4,58	1991	302	19,91	90	5,59
1973	282	20,14	69	4,86	1992	293	19,18	103	6,35
1974	234	16,72	85	5,98	1993	320	20,80	100	6,12
1975	226	16,13	61	4,27	1994	310	20,01	75	4,56
1976	224	15,94	82	5,71	1995	326	20,89	103	6,21
1977	268	19,00	63	4,35	1996	315	20,04	86	5,15
1978	230	16,24	70	4,80	1997	372	23,49	90	5,35
1979	217	15,25	49	3,33	1998	419	26,27	106	6,26
1980	229	16,02	47	3,17	1999	372	23,15	84	4,92
1981	225	15,66	43	2,88	2000	470	29,03	95	5,53

Fuente: Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
CEPAL-CELADE-INE (1998)
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

- Años censales
- Tasas Globales

TABLA 8
Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según edad
y año 1908, 1963, 1975, 1985, 1996, 2000. Uruguay
Tasa x 100.000

EDAD	1908	1963	1975	1985	1996	2000
10-14	3,70	2,24	0,79	1,17	1,94	1,50
15-19	5,86	9,72	4,24	2,61	9,54	7,84
20-24	16,01	16,10	12,22	6,61	11,88	20,24
25-29	7,65	10,70	14,38	7,90	12,69	15,44
30-34	7,95	8,96	9,10	8,26	13,95	15,33
35-39	9,67	9,02	9,12	11,15	8,44	21,89
40-44	11,54	13,17	13,74	14,89	20,34	15,42
45-49	4,61	16,33	10,09	10,58	7,36	22,19
50-54	5,67	19,02	13,11	12,72	22,71	27,68
55-59	14,26	12,72	17,27	23,12	22,47	22,61
60-64	18,60	22,45	20,67	21,86	24,68	26,73
65-69	6,44	21,44	24,29	15,52	23,25	34,94
70-74	S/d	27,59	22,52	23,94	18,91	35,45
75-79	S/d	25,26	31,50	31,25	29,21	24,43
80-84	S/d	31,34	53,57	41,77	25,91	57,01
85 y más	S/d	23,89	25,51	19,28	15,81	58,67
Total	7,48	10,57	10,32	9,75	12,64	16,93
70 y más	28,74	27,12	30,48	28,62	22,66	38,93
75 y más	S/d	26,74	36,59	31,97	26,31	41,30

Fuente: Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
CEPAL-CELADE-INE (1998)
Censo de población 1908, 1963, 1975, 1985 y 1996.
Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)
Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.
Fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)

- Sexo y año censal

TABLA 9

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según edad por sexo y año
1908,1963, 1975, 1985, 1996, 2000. Uruguay

Tasa x 100.000

Edad	1908		1963		1975		1985		1996		2000	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
10-14	2,87	4,57	3,54	0,91	0,77	0,80	0,76	1,59	3,05	0,79	1,47	1,54
15-19	3,25	8,65	11,65	7,78	6,87	1,68	6,91	1,76	14,42	4,48	9,99	5,59
20-24	21,85	9,75	24,15	8,22	19,90	4,80	17,75	2,63	21,10	2,34	35,51	4,49
25-29	12,69	2,26	15,32	6,28	23,99	5,21	20,84	2,74	20,14	5,25	23,43	7,23
30-34	7,76	8,14	13,06	4,93	16,06	2,25	14,78	0,00	22,94	5,30	27,24	3,58
35-39	15,89	3,27	12,88	5,25	14,12	4,42	13,77	3,25	14,49	2,74	35,48	8,92
40-44	19,13	3,87	18,93	7,27	21,04	6,55	23,09	5,84	30,98	10,19	26,87	4,67
45-49	9,27	0,00	28,71	4,06	15,93	4,42	17,95	4,84	11,75	3,28	34,50	10,54
50-54	11,62	0,00	27,79	10,00	18,99	7,39	18,66	4,72	33,28	12,97	48,10	9,02
55-59	29,75	0,00	23,24	1,73	24,32	10,39	20,90	7,19	33,97	12,40	38,32	8,57
60-64	39,91	0,00	35,27	9,73	30,00	12,16	27,75	8,29	40,39	11,17	54,19	3,87
65-69	0,00	11,73	36,28	7,73	40,69	9,60	38,19	3,34	44,21	6,53	68,57	7,88
70-74	S/d	S/d	47,26	10,35	40,46	7,33	35,32	13,40	41,26	1,58	72,57	8,71
75-79	S/d	S/d	44,84	0,00	67,31	6,67	68,31	5,31	58,19	10,95	50,75	7,63
80-84	S/d	S/d	66,02	8,64	135,92	5,65	96,68	8,40	46,69	15,23	152,75	6,03
85 y +	S/d	S/d	70,36	0,00	72,46	0,00	61,11	0,00	38,66	9,69	142,34	19,56
Total	8,67	6,25	8,16	4,80	16,58	4,30	16,40	3,43	20,56	5,27	29,03	5,53
70 y +	41,48	19,67	50,61	6,21	64,74	5,92	58,66	8,37	53,53	8,01	86,05	9,44
75 y +	S/d	S/d	53,28	2,82	86,84	4,97	75,49	5,05	63,49	12,11	119,20	12,84

Fuente: Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad
CEPAL-CELADE-INE (1998)

Censo de población 1908, 1963, 1975, 1985 y 1996.

Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997)

Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

Fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)

- **Causas de muerte por Año**
- **Trienio 1998 – 2000**

TABLA 10

Distribución de los fallecidos según principales causas de muerte y por año
Uruguay 1998-1999-2000

Tasas x 100000

Causa	1998			1999			2000		
	FA	FR	TASA	FA	FR	TASA	FA	FR	TASA
Enf del aparato circulatorio	11230	35,0	341,4	10932	33,7	329,9	10245	33,6	308,4
Tumores (neoplasias)	7541	23,5	229,3	7337	22,6	221,4	7518	24,7	226,3
Accidentes y efectos adversos	1477	4,6	44,9	1418	4,4	42,8	1229	4,0	37,0
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1273	4,0	38,7	1344	4,1	40,6	1051	3,5	31,6
Infecciones respiratorias agudas y neumonía	1075	3,4	32,7	1145	3,5	34,6	878	2,9	26,4
Trastornos mentales y del comportamiento	917	2,9	27,9	874	2,7	26,4	850	2,8	25,6
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	637	2,0	19,4	674	2,1	20,3	644	2,1	19,4
Diabetes Mellitus	621	1,9	18,9	670	2,1	20,2	646	2,1	19,4
Suicidios	526	1,6	16,0	453	1,4	13,7	565	1,9	17,01
Accidentes de Transporte	492	1,5	14,9	465	1,4	14,0	360	1,2	10,7
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	369	1,2	6,7*	387	1,2	7,2*	330	1,1	6,3*
Insuficiencia renal crónica y no específica	292	0,9	8,9	324	0,7	7,2	258	0,8	7,8
Cirrosis, fibrosis y enf alcohólica del hígado	243	0,8	7,4	239	0,7	7,2	241	0,8	7,3
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	2109	6,6	64,1	2744	8,5	82,8	2245	7,4	67,6
Total	32082	100	9,7	32402	100	9,8	30456	100	9,2

Fuente: Departamento de Estadística. M.S.P, INE,CEPAL/CELADE

* Tasa por mil nacidos vivos

Distribución de las causas de Muerte según Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (CIE-10 Revisión)

Causa de Muerte	N° de la CIE 10*
Enf del aparato circulatorio	1-064
Tumores (neoplasias)	1-026
Accidentes y efectos adversos	1-095.0
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1-076
Infecciones respiratorias agudas y neumonía	1-074 - 1-075
Trastornos mentales y del comportamiento	1-055
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1-001
Diabetes Mellitus	1-052
Suicidios	1-101
Accidentes de Transporte	1-096
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	1-092
Insuficiencia renal crónica y no específica	1-086.1 - 1-086.2
Cirrosis, fibrosis y enf alcohólica del hígado	1-080.1
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	1-094

Fuente: CIE-10 Revisión. OPS-OMS- Departamento de Estadística MSP

- **Causa de muerte, Edad y Sexo**
- **Trienio 1998 - 2000**

TABLA 11

Distribución de las Tasas de fallecidos de 5 a 14 años según principales causas de muerte por sexo
Uruguay Trienio 1998-2000
Tasas x 100000

Causa		SEXO		Total
		Masculino	Femenino	
1	Total de accidentes	9,6	8,0	8,8
2	Tumores (neoplasias)	4,6	3,9	4,2
3	Enfermedades del Sistema Nervioso	5,2	2,1	3,7
	Accidentes de Transporte	3,7	2,5	3,1
4	Enfermedades del Sistema Circulatorio	1,3	1,2	1,3
5	Malformaciones congénitas , deformidades y anomalías cromosómicas	1,2	1,1	1,2
6	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,9	1,0	1,0
7	Suicidios	0,8	0,6	0,7

Fuente: Departamento de Estadística. M.S.P, INE,CEPAL/CELADE. Miglónico y col. Estadísticas de Salud 2001.MSP

TABLA 12

Distribución de las Tasas de fallecidos de 15 a 24 años según principales causas de muerte y por año. Uruguay Trienio 1998-2000
Tasas x 100000

Causa		SEXO		Total
		Masculino	Femenino	
1	Total de accidentes	46,6	20,5	33,7
2	Suicidios	20,2	4,8	12,6
	Accidentes de Transporte	18,0	5,5	11,8
3	Tumores (neoplasias)	10,5	6,0	8,3
4	Homicidios	13,2	3,3	8,3
5	Enfermedades del Sistema Nervioso	5,2	3,0	4,1
6	Enfermedades del Sistema Circulatorio	3,9	2,9	3,4

Fuente: Departamento de Estadística. M.S.P, INE,CEPAL/CELADE. Miglónico y col. Estadísticas de Salud 2001.MSP

TABLA 13

Distribución de las Tasas de fallecidos de 25 a 34 años según principales causas de muerte y por año
Uruguay Trienio 1998-2000
Tasas x 100000

Causa		SEXO		Total
		Masculino	Femenino	
1	Total de accidentes	40,8	20,9	30,8
2	Tumores (neoplasias)	17,5	15,3	16,4
3	Suicidios	26,0	5,3	15,6
	Accidentes de Transporte	18,4	4,0	11,2
4	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	17,4	4,4	10,9
5	Enfermedades del Sistema Circulatorio	11,9	7,3	9,6
6	Homicidios	12,9	2,9	7,8

Fuente: Departamento de Estadística. M.S.P, INE,CEPAL/CELADE. Miglónico y col. Estadísticas de Salud 2001.MSP

TABLA 14

Distribución de las Tasas de fallecidos de 35 a 44 años según principales causas de muerte y por año
Uruguay Trienio 1998-2000
Tasas x 100000

Causa		SEXO		Total
		Masculino	Femenino	
1	Tumores (neoplasias)	50,2	62,2	56,3
2	Enfermedades del Sistema Circulatorio	53,2	30,4	41,6
3	Total de Accidentes	42,8	18,5	30,4
4	Suicidios	27,3	7,4	17,1
	Accidentes de Transporte	20,2	4,6	12,2
5	Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	17,4	4,4	10,9
6	Enfermedades del Sistema Respiratorio	11,8	6,8	9,3

Fuente: Departamento de Estadística. M.S.P, INE,CEPAL/CELADE. Miglónico y col. Estadísticas de Salud 2001.MSP

TABLA 15

Distribución de las Tasa de fallecidos de 45 a 54 años según principales causas de muerte y por año
Uruguay Trienio 1998-2000
 Tasas x 100000

Causa		S E X O		Total
		Masculino	Femenino	
1	Tumores (neoplasias)	223,1	170,3	195,8
2	Enfermedades del Sistema Circulatorio	197,1	84,8	139,1
3	Enfermedades del Sistema Digestivo	53,9	14,4	33,5
4	Total de Accidentes	48,7	17,6	32,6
5	Enfermedades del Sistema Respiratorio	45,4	19,6	32,1
6	Suicidios	34,8	9,3	21,7
7	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	18,1	7,5	12,6
	Accidentes de Transporte	17,8	3,1	10,2

Fuente: Departamento de Estadística. M.S.P, INE,CEPAL/CELADE. Miglónico y col. Estadísticas de Salud 2001.MSP

TABLA 16

Distribución de las Tasas de fallecidos de 55 a 64 años según principales causas de muerte y por año
Uruguay Trienio 1998-2000
 Tasas x 100000

Causa		S E X O		Total
		Masculino	Femenino	
1	Tumores (neoplasias)	652,6	340,1	486,7
2	Enfermedades del Sistema Circulatorio	580,3	228,9	393,8
3	Enfermedades del Sistema Respiratorio	130,1	47,1	86,1
4	Enfermedades del Sistema Digestivo	109,5	32,9	68,9
5	Total de Accidentes	63,1	28,3	44,6
6	Diabetes mellitus	36,1	18,1	26,5
7	Suicidios	45,3	7,9	25,4
	Accidentes de Transporte	21,9	4	12,4

Fuente: Departamento de Estadística. M.S.P, INE,CEPAL/CELADE. Miglónico y col. Estadísticas de Salud 2001.MSP

TABLA 17

Distribución de las Tasas de fallecidos de 65 a 74 años según principales causas de muerte y por año
Uruguay Trienio 1998-2000
 Tasas x 100000

Causa		S E X O		Total
		Masculino	Femenino	
1	Enfermedades del Sistema Circulatorio	1462,0	706,2	1036,3
2	Tumores (neoplasias)	1368,8	624,3	949,5
3	Enfermedades del Sistema Respiratorio	426,0	137,8	263,7
3	Enfermedades del Sistema Digestivo	206,6	77,9	134,1
4	Diabetes mellitus	91,9	72,7	81,1
5	Enfermedades del Sistema Nervioso	79,7	49,3	62,6
6	Total de Accidentes	74,1	29,9	49,2
7	Ciertas enf infecciosas y parasitarias	57,7	28,5	41,3
8	Trastornos mentales y del comportamiento	52,0	32,4	40,9
9	Suicidios	53,3	8,2	27,9
	Accidentes de Transporte	21,1	7,0	13,2

Fuente: Departamento de Estadística. M.S.P, INE,CEPAL/CELADE. Miglónico y col. Estadísticas de Salud 2001.MSP

TABLA 18

Distribución de las Tasa de fallecidos de 75 y más, según principales causas de muerte y por año
Uruguay Trienio 1998-2000
 Tasas x 100000

Causa		S E X O		Total
		Masculino	Femenino	
1	Enfermedades del Sistema Circulatorio	4252,9	3858,7	4001,9
2	Tumores (neoplasias)	2542,6	1341,4	1777,7
3	Enfermedades del Sistema Respiratorio	1560,7	756,6	1048,7
4	Trastornos Mentales y del Comportamiento	373,0	471,4	435,7
5	Enfermedades del Sistema Digestivo	441,0	321,0	364,6
6	Enfermedades del Sistema Nervioso	292,9	286,0	288,5
7	Diabetes mellitus			209,8
8	Enfermedades del sistema genitourinario	283,8	153,4	200,8
9	Total de accidentes	200,5	105,0	139,7
10	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	155,7	78,1	106,3
11	Insuficiencia Renal	164,5	67,5	102,7
12	Enfermedades de la Piel y del subcutáneo	50,8	66,5	60,8
13	Enfermedades del Sistema Osteoarticular y del Tejido Conjuntivo	28,8	50,6	42,7
14	Suicidios	103,6	10,2	44,7
	Accidentes de Transporte	34,4	13,2	20,9

Fuente: Departamento de Estadística. M.S.P, INE,CEPAL/CELADE. Miglónico y col. Estadísticas de Salud 2001.MSP

Montevideo – Interior

TABLA 19

Distribución de las Tasas de Fallecidos por suicidio según año y por Lugar de Residencia
Montevideo – Interior – Uruguay. Tasas x 100000

Año	LUGAR						
	Montevideo	Interior	I / M	H / M Mdeo.	H / M Interior	Uruguay	H / M ROU
1892	7,23	5,67	-0,78	S/D	S/D	6,20	S/D
1897	9,90	6,45	-0,65	S/D	S/D	7,61	S/D
1902	8,21	7,40	-0,90	S/D	S/D	7,67	S/D
1907	4,23	10,38	2,45	S/D	S/D	8,37	1,80
1912	4,72	14,06	2,98	S/D	S/D	11,01	1,89
1917	6,42	19,01	2,96	S/D	S/D	14,83	1,74
1927	8,98	12,54	1,40	S/D	S/D	11,31	1,68
1932	22,29	14,41	-0,65	S/D	S/D	17,23	1,96
1937	15,42	13,71	-0,89	S/D	S/D	14,34	1,80
1942	11,53	15,74	1,37	S/D	S/D	14,11	1,56

Fuente: Proyecciones de población y suicidios – Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)

TABLA 20

Distribución de las Tasas de Fallecidos por suicidio según año y lugar de residencia
Montevideo – Interior – Uruguay. Tasas x 100000

AÑO	LUGAR						
	Montevideo	Interior	I / M	H / M Mdeo.	H / M Interior	Uruguay	H / M R.O.U.
1952	3,57	19,25	5,40	S/D	S/D	12,52	2,28
1957	4,05	17,11	4,22	S/D	S/D	11,16	2,26
1962	5,25	16,27	3,10	S/D	S/D	10,95	2,85

Fuente: Proyecciones de población – Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000)
Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

TABLA 21

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según año y lugar de residencia
Montevideo – Interior – Uruguay. Tasas x 100000

AÑO	LUGAR						
	Mdeo.	Interior	I / M	H / M Mdeo.	H / M Interior	Uruguay	H / M R.O.U.
1963	3,08	15,92	5,18	5,66	3,00	10,06	3,27
1964	2,99	13,29	4,45	3,85	2,99	8,63	3,00
1965	4,14	16,50	3,99	4,41	2,63	10,95	2,92
1966	5,04	15,37	3,05	2,64	2,86	10,77	2,92
1967	5,68	13,05	2,30	2,72	2,88	9,79	3,22
1968	3,78	14,86	3,93	4,01	2,92	10,00	2,83
1969	2,38	16,54	6,96	2,12	2,75	10,35	2,17
1970	2,78	12,36	4,44	3,64	1,73	8,59	3,72
1971	4,73	15,14	3,20	3,53	3,57	10,61	4,01
1972	4,64	16,33	3,52	3,82	3,82	11,24	4,06
1973	4,55	17,56	3,86	3,39	3,98	11,88	2,75
1974	4,86	15,62	3,21	1,96	2,86	10,91	3,77
1975	3,80	15,09	3,98	3,73	3,55	10,15	2,69
1976	4,10	15,47	3,77	2,49	2,57	10,49	4,35
1977	3,83	17,25	4,50	7,98	3,73	11,37	3,41
1978	3,89	15,09	3,88	8,18	2,79	10,19	4,70
1979	2,21	13,94	6,31	4,19	4,48	8,81	5,03
1980	2,75	14,27	5,19	5,53	4,67	9,23	5,28
1981	2,97	13,15	4,43	6,10	4,86	8,70	4,40
1982	5,12	14,86	2,90	3,30	4,60	10,61	5,52
1983	5,94	12,67	2,13	6,88	4,92	9,73	3,27
1985	6,25	12,14	1,94	3,56	5,32	9,57	4,76
1986	4,56	12,03	2,64	2,30	4,21	8,79	3,69
1987	3,64	12,26	3,37	2,09	3,29	8,53	3,10
1988	5,60	11,12	1,98	3,57	4,08	8,74	4,00
1989	7,03	14,19	2,02	3,70	4,42	11,12	4,28
1990	5,43	13,72	2,53	3,20	4,09	10,18	3,94
1991	8,65	15,19	1,76	2,51	4,07	12,41	3,51
1992	9,90	14,48	1,46	2,54	3,26	12,54	3,01
1993	10,33	15,25	1,48	2,44	4,02	13,18	3,38
1994	8,89	14,33	1,61	3,72	4,69	12,05	4,39
1995	11,18	14,87	1,33	2,94	3,60	13,33	3,36
1996	9,58	14,43	1,51	2,72	4,76	12,37	3,89
1997	11,24	16,30	1,45	3,06	5,45	14,16	4,39
1998	12,61	19,51	1,55	3,58	5,11	16,52	4,50
1999	9,85	16,56	1,68	7,46	3,89	13,76	4,70
2000	12,89	19,94	1,55	4,19	5,88	16,93	5,25

Fuente: Población: años 1963, 1975, 1985 y 1996 – Censos de población; años 1964-1974, 1976-1984, 1986-1995, Proyecciones de población – Pedro Robertt; años 1997-1999 – Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.; Suicidios: Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

TABLA 22
Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según año y lugar de residencia
Sexo Masculino. Montevideo – Interior – Uruguay. Tasas x 100000

AÑO	LUGAR		
	Montevideo	Interior	Uruguay
1963	5,40	23,45	15,58
1964	4,88	19,58	13,23
1965	6,96	23,54	16,45
1966	7,48	22,41	16,08
1967	8,52	19,04	14,62
1968	6,25	21,77	15,29
1969	3,30	23,86	15,33
1970	4,51	14,91	11,38
1971	7,63	23,20	16,78
1972	7,62	25,38	18,06
1973	7,27	27,48	19,14
1974	6,57	22,76	16,07
1975	6,22	23,10	16,13
1976	6,02	21,97	15,37
1977	7,18	26,76	18,64
1978	7,31	21,96	15,88
1979	3,72	22,48	14,69
1980	4,88	23,22	15,60
1981	5,36	21,57	14,83
1982	8,16	24,18	17,52
1983	10,93	20,87	16,73
1985	10,15	20,29	16,08
1986	6,53	19,34	14,03
1987	5,05	18,75	13,08
1988	9,10	17,82	14,22
1989	11,51	23,13	18,35
1990	8,57	22,04	16,52
1991	12,75	24,41	19,64
1992	14,65	22,18	19,12
1993	15,09	24,47	20,67
1994	14,57	23,68	20,01
1995	17,25	23,33	20,89
1996	14,44	23,91	20,03
1997	17,52	27,62	23,51
1998	20,45	34,08	28,18
1999	18,28	26,42	23,15
2000	21,67	34,26	29,03

Fuente: Población: **años 1963, 1975, 1985 y 1996** – Censos de población; **años 1964-1974, 1976-1984, 1986-1995**, Proyecciones de población – Pedro Robertt; **años 1997-1999** – Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.; Suicidios: Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

TABLA 23

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según año y por lugar de residencia
Sexo Femenino. Montevideo – Interior – Uruguay. Tasas x 100000

AÑO	LUGAR		
	Montevideo	Interior	Uruguay
1963	0,95	7,83	4,55
1964	1,27	6,54	4,05
1965	1,58	8,94	5,48
1966	2,83	7,83	5,50
1967	3,13	6,62	5,01
1968	1,56	7,46	4,74
1969	1,55	8,69	5,42
1970	1,24	8,62	5,24
1971	2,16	6,50	4,52
1972	2,00	6,64	4,51
1973	2,14	6,91	4,72
1974	3,35	7,96	5,84
1975	1,67	6,51	4,27
1976	2,41	8,54	5,71
1977	0,90	7,18	4,29
1978	0,89	7,87	4,66
1979	0,89	5,02	3,13
1980	0,88	4,97	3,10
1981	0,88	4,44	2,81
1982	2,47	5,25	3,98
1983	1,59	4,24	3,03
1985	2,85	3,81	3,38
1986	2,85	4,59	3,80
1987	2,41	5,70	4,22
1988	2,55	4,37	3,56
1989	3,11	5,23	4,29
1990	2,68	5,40	4,19
1991	5,07	6,00	5,59
1992	5,76	6,81	6,35
1993	6,17	6,08	6,12
1994	3,92	5,05	4,56
1995	5,87	6,48	6,21
1996	5,32	5,03	5,15
1997	5,72	5,07	5,35
1998	5,72	6,67	6,26
1999	2,45	6,80	4,92
2000	5,17	5,83	5,53

Fuente: Población: años 1963, 1975, 1985 y 1996 – Censos de población; años 1964-1974, 1976-1984, 1986-1995, Proyecciones de población – Pedro Robertt; años 1997-1999 – Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.; Suicidios: Departamento de Estadística- DIGESA-M.S.P.

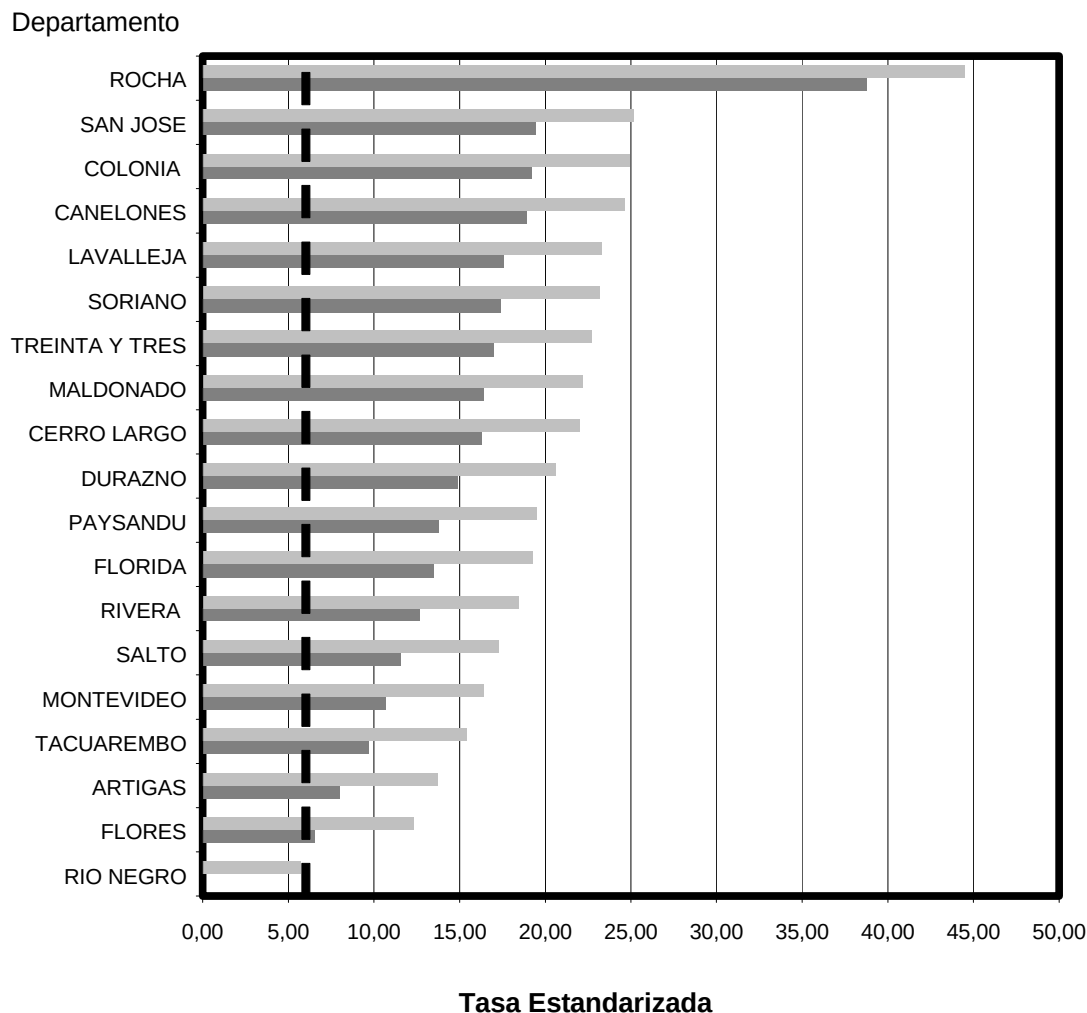
3. URUGUAY 2000

3.1 GENERALIDADES

La tasa de *suicidio*, a nivel nacional, para el año 2000 fue: **18,76 por cien mil**. En la Tabla 1 – Anexo III, 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 tasa 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 **Río Negro**, el departamento que presentó la tasa más baja a nivel nacional. (Gráfico 1, Mapa 1)

GRÁFICO 1

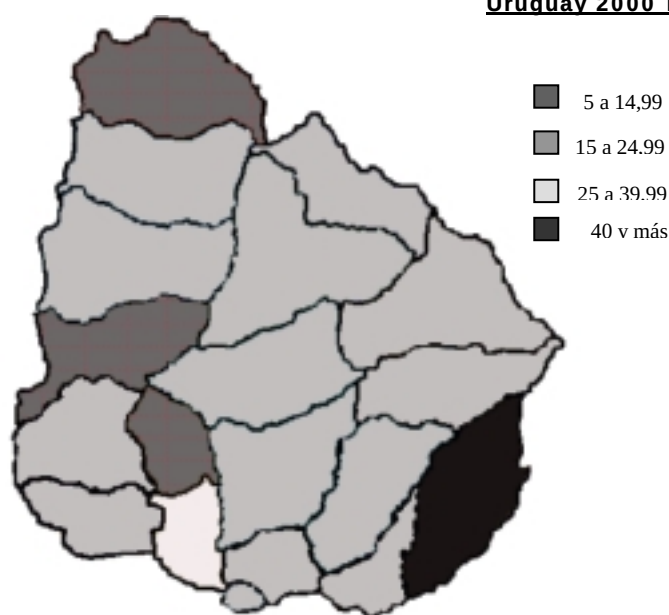
**Distribución de las Tasas Estandarizadas de suicidio según
Departamento y Brecha Reducible de Mortalidad. Tasas x 100.000.
Uruguay 2000**



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)

La brecha entre las tasas de **Rocha y Río Negro fue de 674,09%, (38,7 por cien mil, en el Gráfico 1)** el resto de los departamentos, presentaron brechas con valores que se reducen a la mitad, hasta más de 100% de diferencia para la menor. (rango 338,26 a 113,91%) (véase Tabla 1 – Anexo III) (obsérvese en el Gráfico 1 la diferencia en el punteado entre la tasa mas baja y el resto de las mismas).

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%)

MAPA 1**Distribución de las Tasas Estandarizadas de fallecidos por suicidio según departamento**
Uruguay 2000 Tasas x 100.000

Departamento	Tasa X 100.000	Tasa estandarizada x 100.000
Rocha	44,19	44.51
San José	24,15	25.20
Colonia	24,72	24.96
Canelones	23,51	24.65
Lavalleja	23,96	23.33
Soriano	22,61	23.18
Treinta y Tres	21,33	22.75
Maldonado	19,35	22.17
Cerro Largo	21,01	22.02
Durazno	19,13	20.62
Paysandú	17,95	19.52
Florida	18,98	19.25
Rivera	2,72	18.43
Salto	15,15	17.29
Montevideo	15,93	16.46
Tacuarembó	14,84	15.43
Artigas	12,84	13.75
Flores	11,75	12.30
Río Negro	7,37	5.75

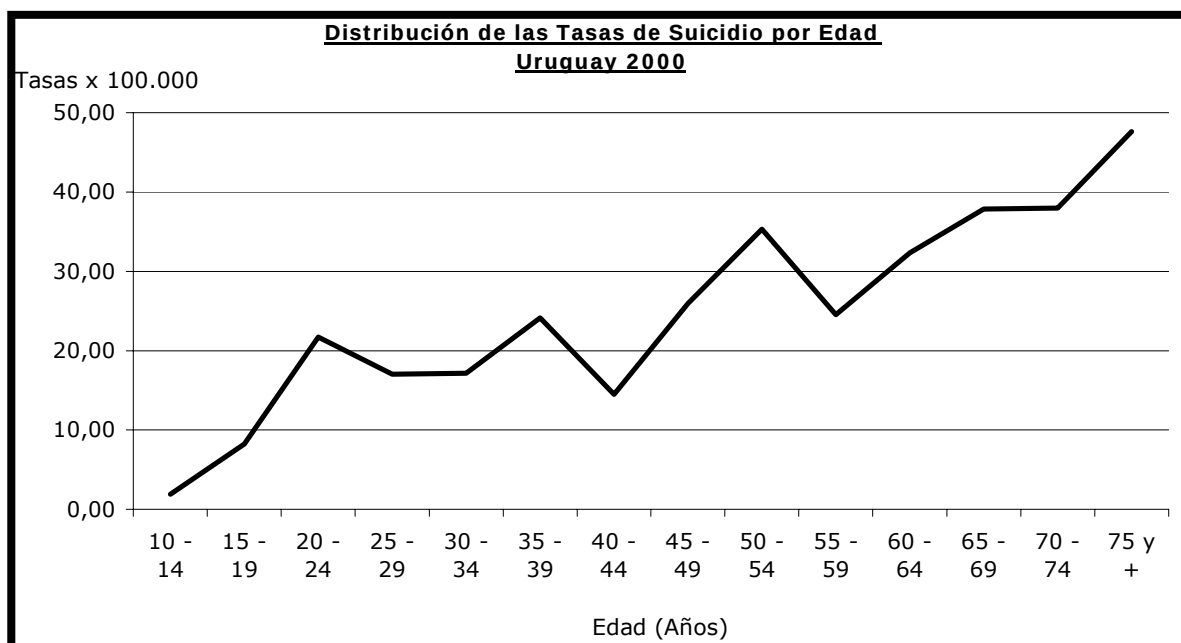
3.2 VARIABLES DE PERSONA**3.2.1 Características Demográficas****3.2.1.1 Edad**

Al analizar la variable epidemiológica edad, se destaca, la presencia de casos a partir de los 10 años en todos los grupos etáreos. 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) ($p < 0,05$) (véase Tabla 2 – Anexo III).

Los Gráficos 2, 3 permiten 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) (Gráfico 2)

Diversos estudios en *Uruguay*, confirman las tasas más altas encontradas en los grupos de edad mayores¹⁰. El *suicidio* predomina en la séptima y octava década de la vida¹¹. 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) (véase Tabla 2 – Anexo III) Robertt señala el aumento de la tasa en los mayores de 75 años¹⁰.

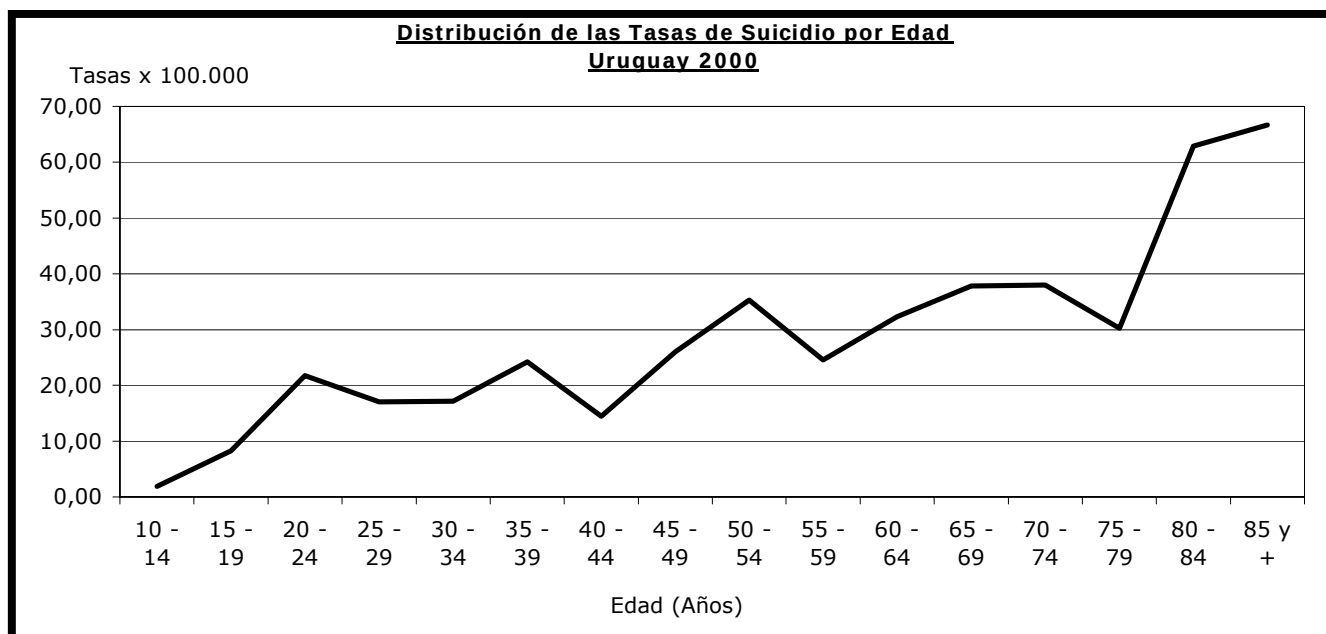
Durkheim, en 1895, señaló que el suicidio es muy raro en la infancia y que solo en la vejez llega a su apogeo, creciendo regularmente con la edad⁶⁸. En los últimos años del siglo XX en *Uruguay*, las tasas de mortalidad por suicidio se distribuyeron mas homogéneamente entre los diversos grupos de edad, con un ascenso sistemático a medida que aumenta la edad⁹.

GRÁFICO 2

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 desagregamos el grupo etáreo de 75 y más años, se observa en el Gráfico 3, el crecimiento continuo de la tasa llegando a valores de 66,67 por cien mil (85 y más años) (véase Tabla 2 – Anexo III) El promedio de edad fue de 50,34 años $\pm$ 20,66 (Min 13 años y Max 100 años)

GRÁFICO 3

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)

3.2.1.2 Sexo

En el Gráfico 4, se muestra la distribución de las tasas de fallecidos por suicidio según sexo, donde se observa, un predominio marcado de casos en el sexo masculino.

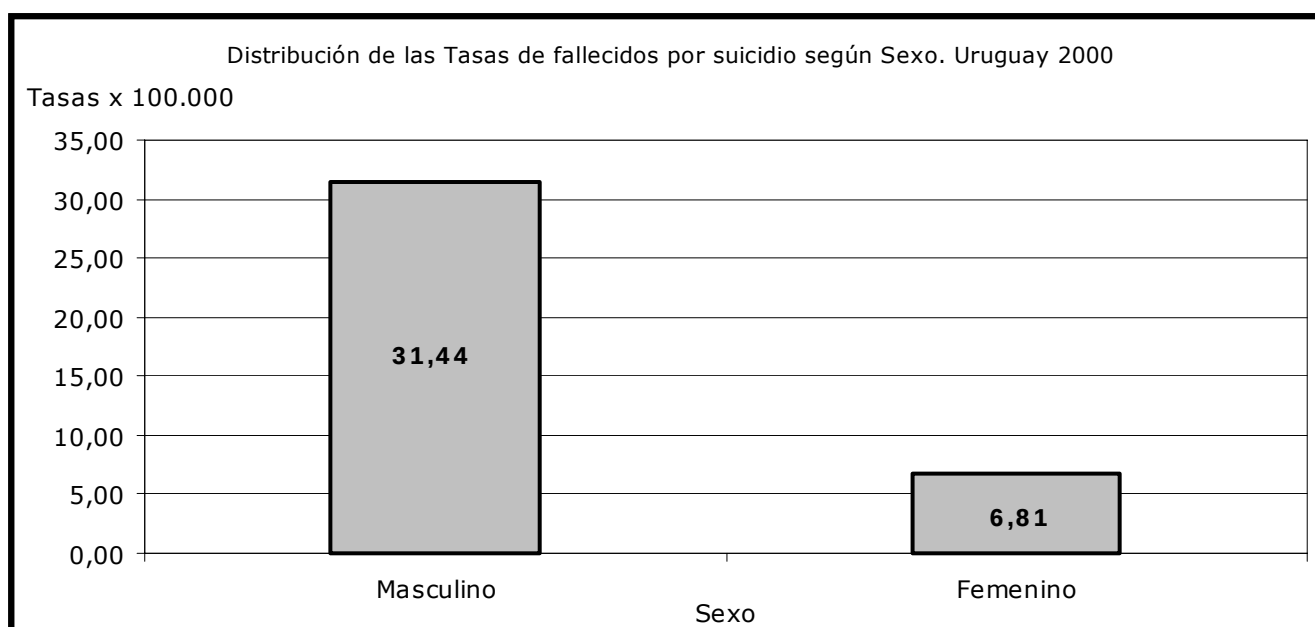
La tasa de *suicidio* para el **sexo masculino** fue de 31,44 por cien mil y para el **sexo femenino** de 6,81 por cien mil. (78,33% inferior) Siendo la razón de: 4.35 *suicidios* del sexo masculino por cada uno femenino.

Las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas ($\chi^2 = 269.64$, $p < 0.05$). El promedio para el sexo masculino fue de 50,60 años $\pm 20,10$ (Min 13 años y Max 100 años) para el sexo femenino 49,20 $\pm 20,02$ (Min 13 y Max 100 años).

Durkheim, ya en el siglo pasado, confirmaba: "los hombres son los que mas se suicidan y las mujeres sobreviven, se podría decir que el suicidio es una inclinación masculina" Si bien el *suicidio* predomina en el sexo masculino, la relación hombre-mujer varía en los distintos países. ^{28,29,68,77,110,195,210,211}

Dajas en el estudio realizado en el año 2001,³⁶ encontró el aumento en el sexo femenino de las tasas en las edades de 40 a 44 años. Se destaca el incremento sistemático y marcado en las edades mayores⁹. *China* es un país, que se distingue por altas tasas de suicidio, destacándose por el predominio del suicidio en la mujer, con una razón de masculinidad de 0,8. (siendo el único caso en el Mundo²⁴)

GRÁFICO 4



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)

3.2.1.3 Edad y Sexo

La distribución de los casos según edad y sexo fue diferente (Gráficos 5 y 6). 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, correspondieron a los grupos etáreos de **75 y más años**. Se observa en los Gráficos 5 y 6, cómo las brechas entre ambos sexos, crecen con la edad.

En el **sexo masculino**, (Gráficos 5 y 6) el aumento de las tasas prácticamente acompañan 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**; en general, se observa un **marcado aumento a partir de los 40 años**, pasando de una tasa de 23,88 a 104,57 por cien mil en el grupo de **75 y más años**. (Gráfico 5).

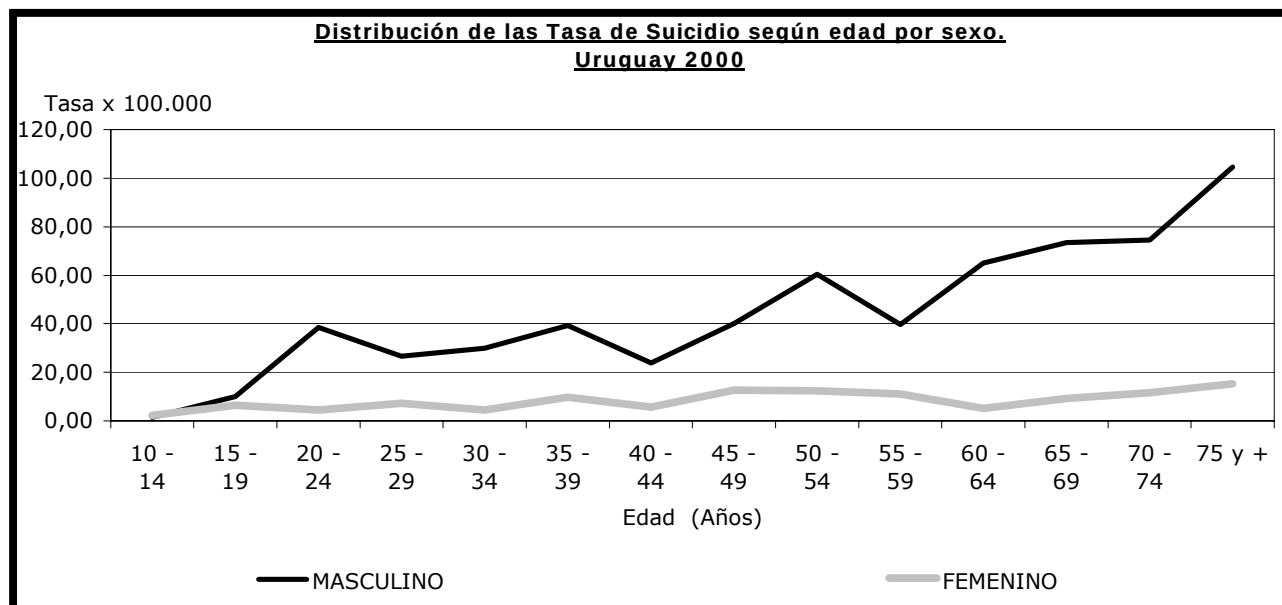
Si desagregamos el grupo de **75 y más años** en el Gráfico 6, a partir de los 75 a 79 años, se produce una disminución de las tasas y de los 80 años en adelante, se observa un aumento franco de las mismas. (Las diferencias entre

los diferentes grupos de edad fueron estadísticamente significativas. ($p < 0,05$). La media de la tasa masculina fue de 50.602 años $\pm$ 20.102. (Min 13, Max 100)

La tasa de *suicidio* se duplica y cuadriplica por encima de los 65 años de edad en hombres⁷⁸. Los resultados hallados confirman lo establecido por **Dajas**, en el sentido, que los jóvenes varones de 20 a 30 años duplican y casi duplican las tasas generales¹¹. La mayor parte de los trabajos a nivel Mundial confirman tasas más altas en los mayores de 65 años^{9,10,11,68,78,207,220,221}.

Sin embargo, algunos trabajos en *Canadá*, reportan tasas más altas entre los jóvenes, especialmente en aquellos de 20 a 24 y 35 a 44 años²¹⁶. **Mendez** en la segunda región de *Chile*, en un estudio realizado entre 1989-1995, no encontró al igual que en otros lugares, el efecto de la edad ya que la población más afectada fue esencialmente joven en edad productiva²²².

GRÁFICO 5



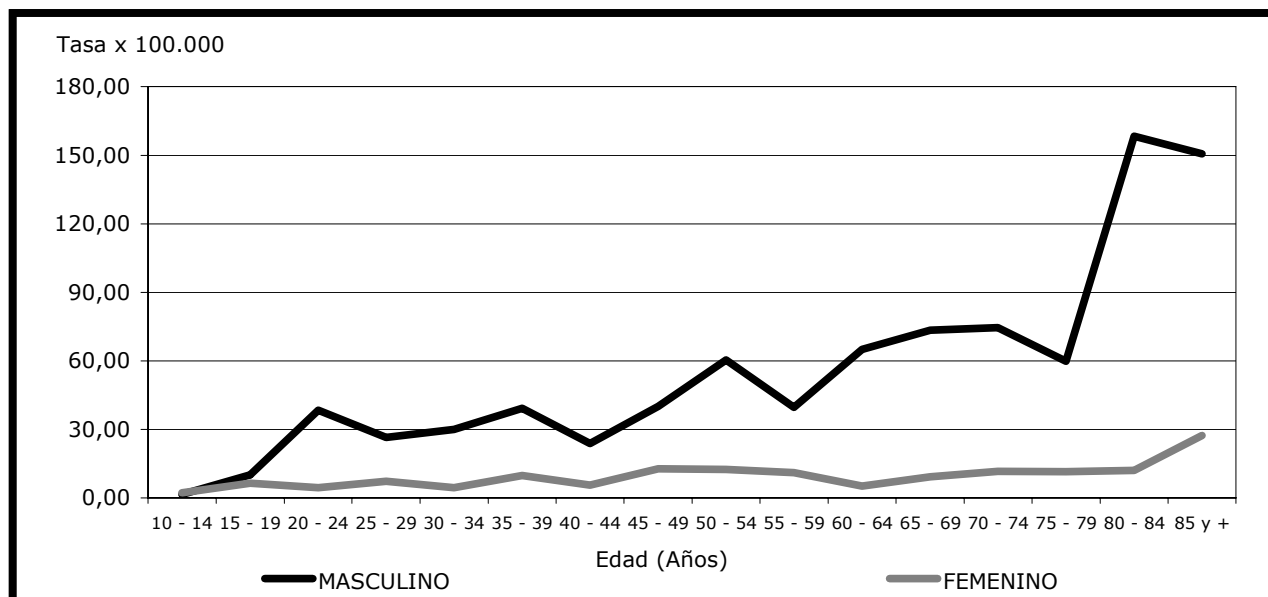
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional.
Para datos de población: Uruguay: Estimaciones y Proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1950-2050 I.N.E.CEPAL/CELADE (1998) Uruguay: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

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 el grupo de **75 y más años** donde se llegó a una tasa de 15,29 por cien mil. Si desagregamos este grupo, (Gráfico 6) se observa, un aumento marcado del 60% en los grupos etáreos de 85 y más años. La media femenina, fue de **49.207 años $\pm$ 20.016; Min 13, Max 100**. Las diferencias entre las tasas en los diversos grupos de edad no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$)

En **Uruguay** se han definido discontinuidades entre los diversos grupos de edad¹⁰. Diversos estudios refieren tasas más altas en mujeres entre los 45 a 54 años²¹⁶. **Dajas** en **Uruguay**, lo refiere, en los grupos de 20 a 24 y 40 a 44 años³⁶, sin embargo en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edad.

GRÁFICO 6

Distribución de las Tasa 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.

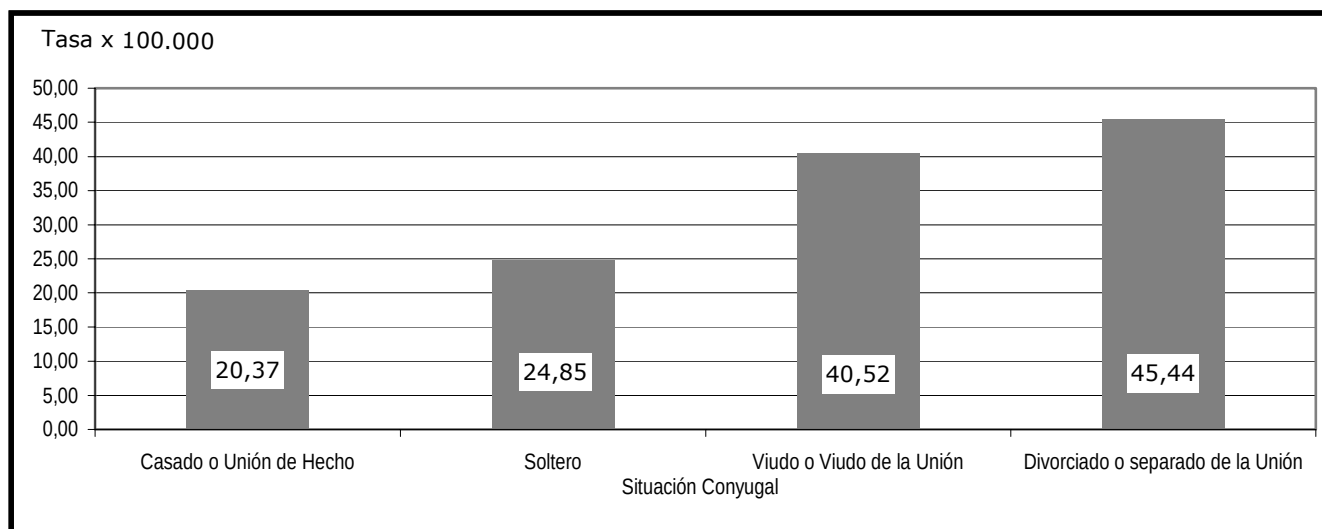
Para datos de población: Uruguay: Estimaciones y Proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1950-2050 I.N.E.CEPAL/CELADE (1998) Uruguay: Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E (2000)

3.2.1.4 Situación Conyugal

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 viudos de la unión** (40,52 por cien mil), seguido por los solteros con una tasa de 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 7).

GRÁFICO 7

Distribución de las Tasas de Suicidio según Situación Conyugal 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)

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 viudos 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 8)

Las diferencias encontradas para el **sexo femenino** fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$). **Las viudas y divorciadas** presentaron tasas 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^{68,77, 226}.

En determinados estudios, el matrimonio aparece como factor protector en hombres pero no fue significativo en mujeres⁷⁷, en nuestro trabajo fue significativa la diferencia en ambos sexos.

Estos resultados, no coinciden, con lo observado por Dajas, quien encontró un predominio de los suicidas casados 50,36%, seguido por solteros 24,10%, viudos 18,35% y finalmente divorciados con un 7,19%¹¹. (sí bien Dajas, se refiere a porcentajes de los fallecidos y no a tasas)

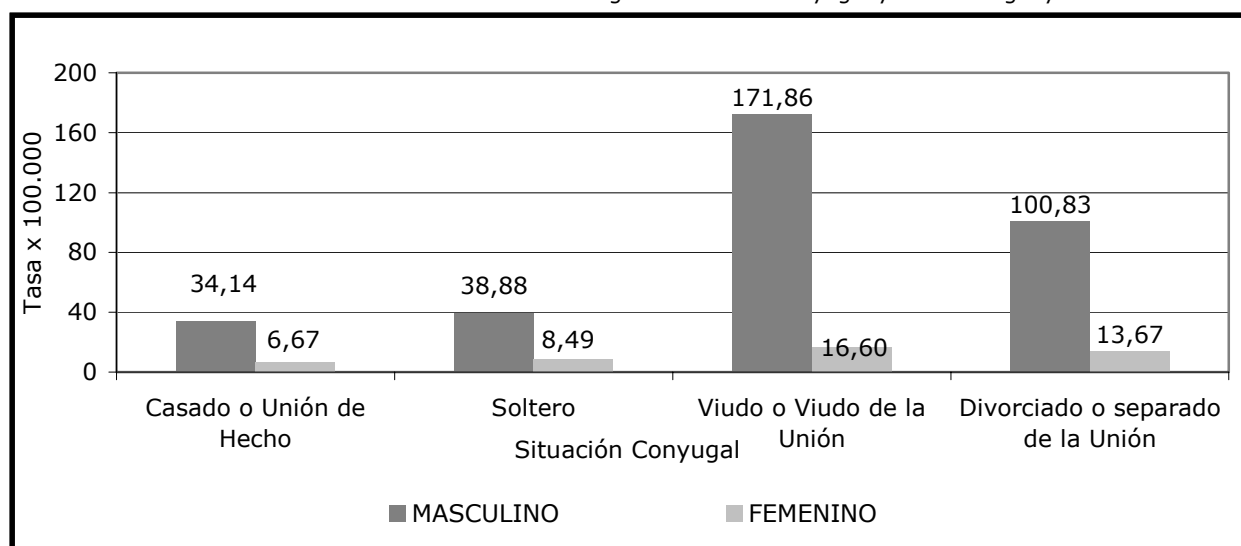
En *Estados Unidos* entre 1991 y 1993, las tasas más altas correspondieron a viudos y divorciados en todos los grupos de edad^{19, 28}. El matrimonio sería en consecuencia un factor protector.

Otros estudios realizados en *EEUU* entre 1980 a 1986, mostraron tasas de *suicidio* mayores entre divorciados que en hombres casados y que en mujeres casadas²⁰⁸.

Las diferencias encontradas entre las tasas masculinas y femeninas fueron estadísticamente significativas, para casados o unión de hecho, solteros y divorciados o separados de la unión, las cuales fueron mayores para el sexo masculino. ($p < 0,05$).

GRÁFICO 8

Distribución de las Tasas de Suicidio según Situación Conyugal y 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)

3.2.2 Características Socio- Económico- Culturales

El análisis de los casos de suicidio por departamento, según **3 y más NBI** (ver material y método), muestra en los departamentos con más del 10% de población con **3 y más NBI**: **Treinta y Tres, Cerro Largo, Rivera, Salto, Tacuarembó y Artigas** que las tasas de suicidio se situaron entre el rango de 13,75 y 22,75 por cien mil; mientras que los departamentos con tasas más altas como **Rocha, San José, Colonia, Canelones, Lavalleya y Soriano** presentaron porcentajes de población con 3 y más NBI en el rango de 3,99 a 7,74% (Mapa 2).

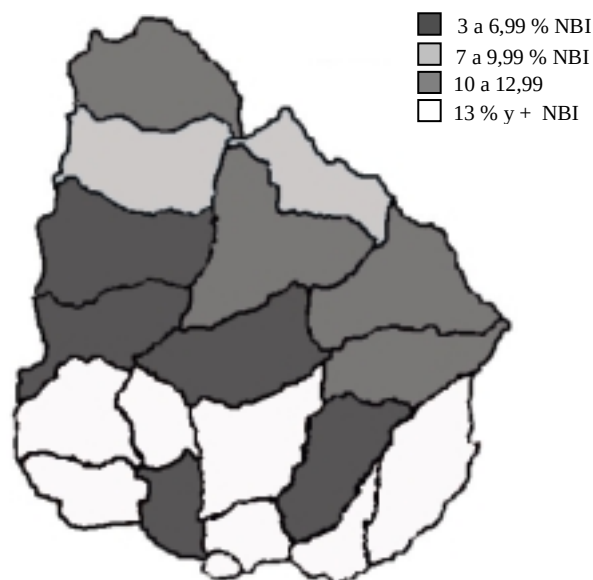
No se encontró correlación, entre la situación socioeconómica medida a través del porcentaje de población con *tres y más NBI* y las tasas estandarizadas de suicidio ($r = -0,11$; $t = 0,59$; $P = 0,558$) Diversos estudios, no han encontrado asociación entre las tasas de suicidio y el nivel socioeconómico^{154,22,240} (pero debe destacarse que las **NBI** se refieren a pobreza estructural y no a fenómenos de pobreza reciente, debe sumarse a ello el hecho de que la medición de las mismas data del año 1996)

Lucero en Uruguay^{241, 242} en el período 1972-1992, no encontró, que las tasas de suicidio se encontraran influenciadas por los cambios sociales.

En el estudio de **Montevideo**², se realizó un ajuste por fallecido de la condición socioeconómica, en función de las necesidades básicas insatisfechas y se calculó la tasa por estrato socioeconómico. (véase **Material y Método** en Capítulo IV).

Mapa 2

Distribución de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) según Departamento **(% de tres y más NBI) Uruguay 2000**



DEPARTAMENTO	% Tres y + N.B.I.	TASAS ESTANDARIZADAS
RIVERA	14,29	18,43
SALTO	13,35	17,29
CERRO LARGO	12,85	22,02
ARTIGAS	12,85	13,75
TACUAREMBO	10,71	15,43
TREINTA Y TRES	10,4	22,75
PAYSANDU	9,04	19,52
DURAZNO	8,11	20,62
SAN JOSE	7,74	25,20
ROCHA	7,39	44,51
RIO NEGRO	7,05	5,75
LAVALLEJA	6,86	23,33
CANELONES	6,59	24,65
SORIANO	6,49	23,18
MALDONADO	5,67	22,17
FLORIDA	5,00	19,25
FLORES	4,14	12,30
MONTEVIDEO	4,02	16,42
COLONIA	3,99	24,96

Fuente:

Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadísticas del 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: Proyecciones de la población total departamental por sexo y edad 1996-2010. INE (2000).

Para NBI: "Las necesidades Insatisfechas en el Uruguay", J. J. Calvo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (2000).

3.3 VARIABLES DE LUGAR

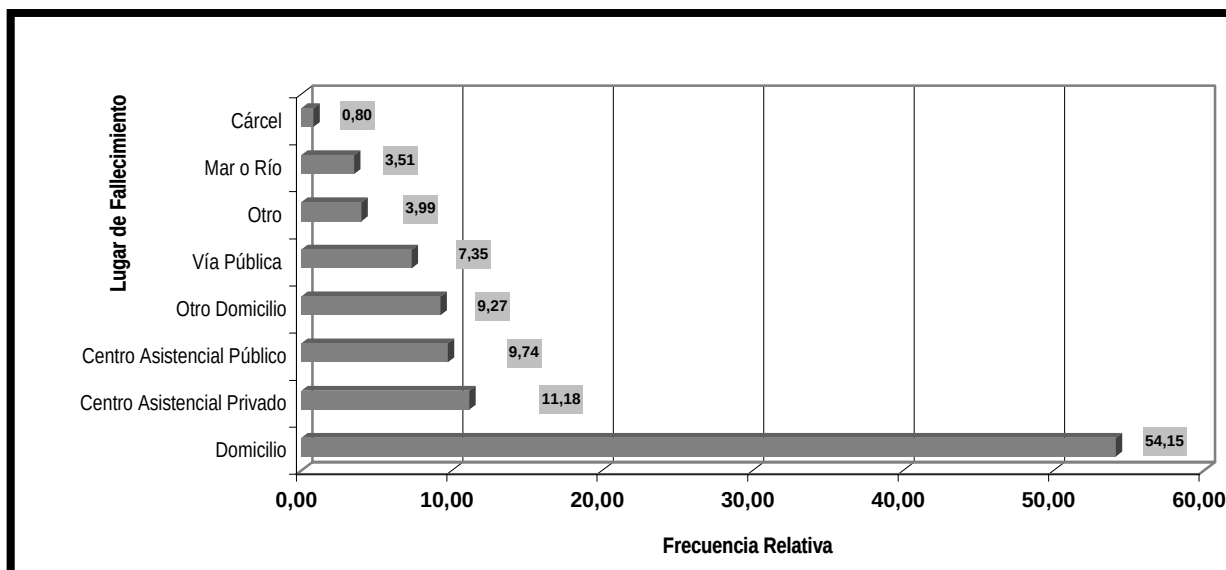
3.3.1 Lugar de Fallecimiento

El lugar de consumación del *suicidio* más frecuente fue el **domicilio** (54,15%), seguido por Centro de Asistencia Privado (11,18%), Centro Asistencial Público (9,74%), Otro domicilio (9,27%), Vía Pública, (7,35%) y los otros lugares fueron inferiores al 4% (Gráfico 9). ($p < 0,05$).

*Si bien no abunda la literatura que estudie esta variable, los autores coinciden, en que por lo general, el lugar elegido es el propio domicilio de la víctima*¹³⁹.

Estudios realizados por Puppo en nuestro país, sobre la base de la información recabada en el levantamiento del cadáver, encontraron que un 82 % de los *suicidios* se cometen en domicilio¹³⁹.

GRÁFICO 9
Distribución de las fallecidos por Suicidio según Lugar de Fallecimiento. 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)

3.3.2 Departamento según sexo

El análisis de las tasas desagregadas por sexo y departamento, destaca en el sexo masculino la presencia de casos de suicidio en todos los departamentos (véase Tabla 3 – Anexo III). No así en el sexo femenino, donde no se registraron casos en los departamentos de Tacuarembó, Flores y Río Negro (véase Tablas 3 y 4 – Anexo III).

En el **sexo masculino**, las tasas más altas, se observaron, en los departamentos de **Rocha** (82,81 por cien mil, con una brecha de 620% en relación al que presentó la tasa mas baja: Río Negro), seguido por **San José** (48,06 por cien mil); **Colonia** (41,82 por cien mil); **Soriano** (41,69 por cien mil), **Cerro Largo** (40,83 por cien mil) y **Canelones** (38,91 por cien mil). En los departamentos de Lavalleya, Rivera, Durazno, Maldonado, Florida, Treinta y Tres, Paysandú, Tacuarembó y Salto las tasas fueron del rango de: 36,68 a 30,62 por cien mil. A partir de San José la BRM se reduce a la mitad, llegando a ser del 95% en Artigas en relación a Río Negro.

Montevideo presentó una tasa de 25,64 por cien mil; Flores 24,59 y Artigas 22,53. **Río Negro** fue el departamento que presentó la tasa más baja (11,50 por cien mil) Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas. ($p < 0,05$) (véase Tabla 3– Anexo III).

En cuanto al **sexo femenino**, las tasas más altas correspondieron al departamento de Treinta y Tres (13,68 por cien mil), seguido por Maldonado (11,94 por cien mil); Canelones (10,38 por cien mil), Lavalleya (9,99 por cien mil) y Colonia con 8,1 por cien mil. El resto de los departamentos presentó tasas inferiores a 8 por cien mil (véase Tabla 8 – Anexo III). La BRM fue de 655,80% en relación al que presentó la tasa más baja: Rivera 1,81 por cien mil y a partir de Colonia la misma se reduce a la mitad (347,51%). Las diferencias observadas entre las tasas no fueron estadísticamente significativas. ($p > 0,05$). (Véase Tabla 4 – Anexo III).

3.3.3 Departamento según Edad

El análisis por departamento y por edad permite observar que en el grupo de **10 a 14 años** se presentaron solo cinco casos en todo el país, que se distribuyeron en los departamentos de **Treinta y Tres, Lavalleya, Maldonado y Montevideo** (véase Tabla 5 – Anexo III).

En el grupo de **15 a 19 años**, las tasas mas altas, correspondieron al departamento de **Rocha** (55,06 por cien mil) seguido por **Río Negro** (21,24 por cien mil), **Colonia** (19,18 por cien mil) y **Cerro Largo** (14,32 por cien mil). **Montevideo** presentó la tasa más baja (7,51 por cien mil) siendo la brecha entre Rocha y este de 633,16%. (véase Tabla 6 – Anexo III)

Los de **20 a 24 años**, presentaron las tasas más altas, en los departamentos de **Rocha, Salto, Paysandú y San José** (con tasas de 127,01; 52,21; 47,41 y 38,89 por cien mil para cada uno respectivamente). **Canelones** presentó la tasa mas baja con 10,43 por cien mil (Brecha con relación a Rocha de 1117,74 %) .(véase Tabla 7 – Anexo III).

En **Paysandú**, se presentaron tasas de 39,16 por cien mil en el grupo de **25 a 29 años** y la mas baja correspondió a **San José** 12,57 por cien mil (brecha 211,54%). Le siguen en orden de prevalencia **Canelones** con 33,01, **Rivera** 32,59 y **Durazno** 29, 11 por cien mil en forma respectiva. (véase Tabla 8 – Anexo III).

En el grupo de **30 a 34 años**, las tasas registradas fueron en el rango de 120,19 en **Flores** a 11,21 por cien mil en **Canelones** (brecha 972,17 %). **San José, Florida y Durazno** presentaron tasas de 55, 88; 45,08 y 27,99 por cien mil respectivamente. (véase Tabla 9 – Anexo III).

Entre **35 y 39 años**, la tasa mas alta, fue de 83,95 por cien mil en **Rocha** y en **Maldonado** la mas baja con 9,31 por cien mil (la brecha de 801,72 %). **Durazno** ocupó el segundo lugar con una tasa de 80,34, seguido por **Cerro Largo** con 53,06 y **Florida** 46,69 por cien mil para cada uno respectivamente. (véase Tabla 10 – Anexo III).

En el grupo de **40 a 44 años**, se observaron, tasas de 62,55 por cien mil en **Artigas** y en **Montevideo** de 9,13 por cien mil con una brecha de 585,10%. **Rivera**, presentó una tasa de 45,72, **Canelones** de 35,26 y **Durazno** 31,26 por cien mil para cada uno respectivamente. (véase Tabla 11 – Anexo III).

Cerro Largo presentó la tasa mas alta en el grupo de **45 a 49 años** (100,93 por cien mil) y **Canelones** la mas baja con una tasa de 14, 46 por cien mil. La brecha fue de 597, 99%. El segundo lugar, lo ocupó **Rocha**, con una tasa de 99,08 por cien mil, seguido por **Maldonado** con 74,40 y **Flores** 69,83 por cien mil respectivamente. (véase Tabla 16 – Anexo III).

En los de **50 a 54 años**, la tasa mas alta, correspondió a **Lavalleja** con 115,21 por cien mil y la menor a **Salto** con 26,56 por cien mil, la brecha fue de 595,91 %. En orden de prevalencia le siguieron Soriano con 66,58 por cien mil, **Canelones** con 49,18 por cien mil y **Tacuarembó** con 45,23 por cien mil respectivamente. (véase Tabla 13 – Anexo III).

En **San José**, se registro una tasa de 125,39 por cien mil en el grupo de **55 a 59 años**, seguido por **Rocha** con 83,47 por cien mil; **Lavalleja** 63,71; **Treinta y Tres** 40, 54 y **Maldonado** 15,11 por cien mil respectivamente, que correspondió a la tasa mas baja. La brecha entre este y San José fue 729, 85%. (véase Tabla 14 – Anexo III).

En el grupo de **60 a 64 años**, las tasas mas altas correspondieron a **Colonia** con 106, 46 por cien mil y la mas baja a **Salto** 21,34 por cien mil siendo la brecha de 398,88 %. El segundo lugar en prevalencia lo ocupó **Lavalleja** con una tasa de 67,88 por cien mil, seguido por **Paysandú** con 62,49 y **Florida** 61,12 por cien mil respectivamente. (véase Tabla 15 – Anexo III).

En los de **65 a 69 años**, en **Canelones**, se registró una tasa de 90, 12 por cien mil y la mas baja correspondió a **Colonia** con 18, 52 por cien mil (brecha 386, 61%) La tasa de **San José** fue 72,50, **Lavalleja** 72,39 y **Paysandú** 67,14 por cien mil respectivamente. (véase Tabla 16 – Anexo III).

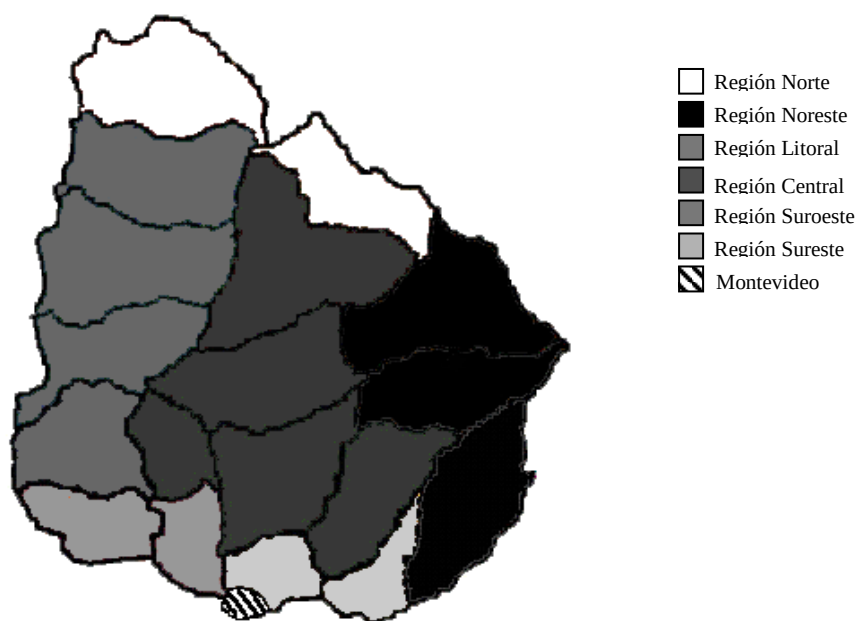
En el grupo de **70 a 74 años**, **Florida** tuvo la prevalencia mas alta con 115,21 por cien mil siendo la brecha entre este y **Montevideo** (que presentó la tasa más baja con 21, 30 por cien mil) de 440,89%. **Rocha** se ubicó en segundo lugar, con 110,38 por cien mil seguido por **Colonia** 103,93 por cien mil y **Soriano** con 101,08 por cien mil. (véase Tabla 17 – Anexo III).

En los de **75 y más años**, **Rocha** registró una tasa de 122,01 por cien mil seguido por **Treinta y Tres** con 115, 52 por cien mil; **Rivera** 115, 15 por cien mil; **Tacuarembó** 101,04 por cien mil y en último lugar **Colonia** con 11,97 por cien mil respectivamente. La brecha entre este ultimo y Rocha fue de 919,30 %. (véase Tabla 18 – Anexo III).

3.3.4 Regionalización

Al dividir el país en **7 grandes Regiones: Montevideo, Litoral, Norte, Central, Suroeste, Sureste y Noreste** (Mapa 3 – Anexo III) según esquema propuesto por **Robertt**,¹⁰ se observó, que las tasas estandarizadas más altas correspondieron a la región noreste con 34,35 por cien mil, seguido por la suroeste y sureste (28,24 y 26,42 por 100000 respectivamente). La brecha entre la región noreste y **Montevideo** (16,42 por cien mil) (tasa más alta y más baja respectivamente) fue 109,2%. Al igual que para el País, no se encontró correlación entre la situación socioeconómica medida a través del porcentaje de **NBI** y las tasas estandarizadas de suicidio. ($r= 0,076$; $t=0,402$; $p=0,69$) Los resultados de la regionalización señalada fueron muy similares a las obtenidos en este estudio.¹⁰

Mapa 3
Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según región, % de tres y más NBI,
Tasas estandarizadas y BRM. Uruguay 2000



Región	% de Tres y más N.B.I	FA	FR (%)	Tasa x 100.000	Tasa x 100.000 (ESTANDARIZADA)	BRM	BRM (%)
Noreste	9,99	61	9,74	29,09	34,35	17,93	109,20
Sureste	5,71	144	23	22,56	28,24	11,82	71,99
Suroeste	5,36	56	8,95	24,46	26,42	10,00	60,90
Norte	13,03	27	4,31	14,83	19,45	3,03	18,45
Litoral	9,12	63	10,06	16,55	19,18	2,76	16,81
Montevideo	3,92	220	35,14	15,93	16,42	0,00	0,00
Total	6,12	626	100	18,76			

Fuente:

Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadísticas del 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: Proyecciones de la población total departamental por sexo y edad 1996-2010. INE (2000).

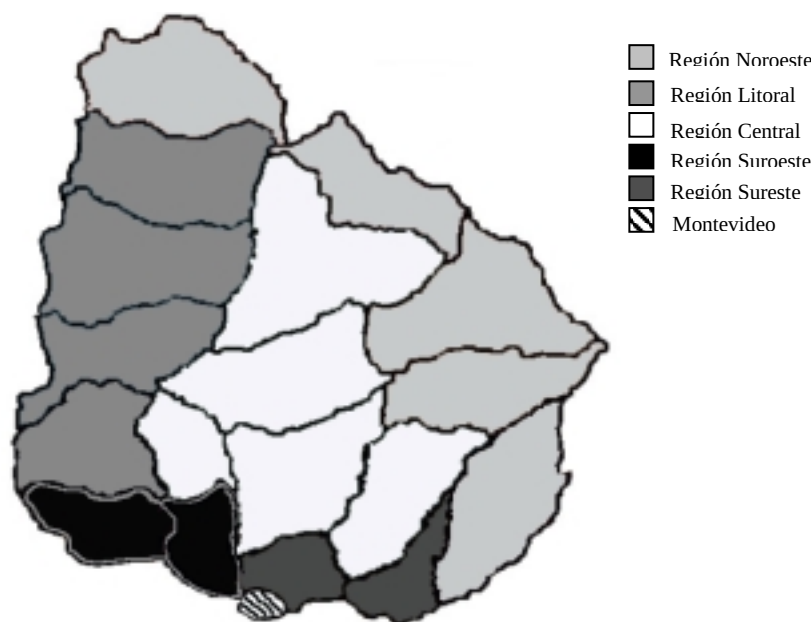
Para NBI: "Las necesidades Insatisfechas en el Uruguay", J.J. Calvo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (2000). Para Región: "Desarrollo Regional en el Uruguay: Características y Evolución Reciente" Danilo Veiga Tasas estandarizadas

Al analizar las tasas de suicidio según la regionalización propuesta por **Veiga**,²⁵³ (Mapa 4) no se observa correlación, entre tasas de suicidio estandarizadas y el porcentaje de NBI ($r=0,29$; $t=1,62$; $P=0,11$) (se destaca al igual que lo señalado previamente que únicamente se midió pobreza estructural)

Las tasas más altas correspondieron a las regiones sureste que fue en el estudio de **Veiga** la de nivel socioeconómico mas elevado, (28,24 por cien mil) seguido por la noreste, 27,84 por cien mil, suroeste, 26,42 por cien mil y central con 20,60 por cien mil.

La brecha entre la tasa de la región sureste (28,24 por cien mil y Montevideo (16,42 por cien mil, tasa más baja) fue de 71,99%. (Mapa 4)

Mapa 4
Distribución de la Tasa de fallecidos por suicidio según región, % de tres y más NBI, Tasas estandarizadas y BRM. Uruguay 2000



Región	% de Tres y más N.B.I	FA	FR (%)	TASA x 100.000	Tasa x 100000 (ESTANDARIZADA)	BRM	BRM (%)
Sureste	5,71	144	23,00	22,56	28,24	11,82	71,99
Noreste	11,40	88	14,06	22,47	27,84	11,42	69,55
Suroeste	5,36	56	8,95	24,46	26,42	10,00	60,90
Central	7,35	55	8,79	18,23	20,60	4,18	25,46
Litoral	9,12	63	10,06	16,55	19,18	2,76	16,81
Montevideo	3,92	220	35,14	15,93	16,42	0,00	0,00
Total	6,12	626	100,00	18,76			

Fuente:

Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadísticas del 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: Proyecciones de la población total departamental por sexo y edad 1996-2010. INE (2000).

Para NBI: "Las necesidades Insatisfechas en el Uruguay", J.J. Calvo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (2000). Para Región: "Desarrollo Regional en el Uruguay: Características y Evolución Reciente" Danilo Veiga Tasas estandarizadas

3.4 VARIABLES DE TIEMPO

3.4.1 Secuencia Estacional

La distribución de los suicidios según estación del año se observa en la Tabla 10. En primavera ocurrieron 27.64%, en verano 26,84%, en otoño 22,84 y en invierno 22,68. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0.05$). (véase Tabla 19 – Anexo III). A diferencia de estos hallazgos **Durkheim** refiere la primavera como la estación en donde los "suicidios alcanzan su máximo" ⁶⁰.

Otros estudios, refieren que los cambios estacionales influyen en las tasas de suicidio, siendo estos mas frecuentes en verano. ³¹ Diversos trabajos publicados en *Chile*, en la década de los 70, refieren altas tasas de suicidio en primavera ³¹. Diversos estudios en el hemisferio norte, *España*, *Bélgica* y en la *Argentina* confirman el aumento en los meses cálidos. ³¹, 258,260,263,265,266,267

3.4.2 Secuencia Mensual

El análisis de la distribución de la frecuencia de suicidios según mes del año, permite observar, que las mayores proporciones correspondieron a los meses de diciembre (10,38%), octubre (9,74%), enero, (9,58%) agosto (9,11%), mayo (8,95%) y febrero (8,47%); el resto fueron del orden del 7,99 a 6,39%. (véase Tabla 20 – Anexo III). ($p > 0,05$)

3.4.3. Secuencia en Días de la Semana

El análisis según el día de la semana, permite observar, que los porcentajes más altos correspondieron a los días domingo, lunes y martes y el menor al sábado ($p > 0,05$) (véase Tabla 21 – Anexo III).

3.4.4 Secuencia Horaria

Los porcentajes más altos se observaron en el horario de 06.00 a 11.59 hs, con el 28,75%, seguido por el horario vespertino y nocturno. (véase Tabla 22 – Anexo III). Las diferencias encontradas fueron 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. ⁶⁸ **Brierre de Boismont**, encontró que el 75% de los *suicidios* se cometen durante el día ⁶⁸ **Durkhiem** también a fines del siglo XIX, refiere: "todo concurre en demostrar que el día es el momento de la jornada que favorece mas el suicidio, ya que la vida social se encuentra en toda su efervescencia" ⁶⁸

En consecuencia, las diferencias en la **consumación del suicidio** según **secuencia estacional, mensual** y en **días de la semana** no fueron estadísticamente significativas. ($p > 0,05$) y si lo fueron en cuanto a la presentación de los horarios del día, los *suicidios* predominaron en la **mañana**, seguido del **horario vespertino**. ($p < 0,05$) .

A diferencia de lo encontrado en nuestro estudio, la literatura es diversa en cuanto al tema; **Dajas en Uruguay** no observó, al igual que los hallazgos de este trabajo, grandes cambios con las estaciones, aunque reportó un incremento hacia el fin de la primavera y comienzo del verano³⁶.

3.5 CARACTERÍSTICAS DEL ACTO SUICIDA

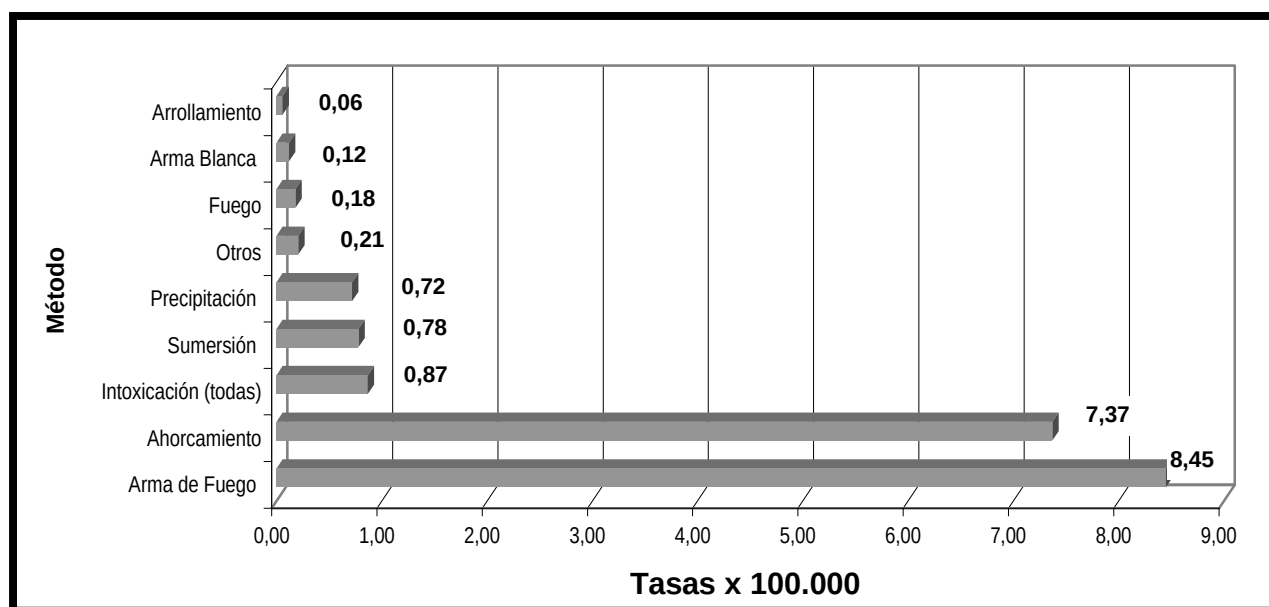
3.5.1 Método

La distribución de los fallecidos por suicidio según método, muestra que el método más frecuente fue el **arma de fuego** (8,45 por cien mil) y **ahorcamiento** (7,37 por cien mil), le siguieron los de **intoxicación** (0,87 por cien mil), **sumersión**, (0,78 por cien mil) y **precipitación** (0,72 por cien mil). ($p < 0,05$) (Gráfico 10)

El análisis del método empleado según **sexo**, muestra que en ambos las tasas más altas se registraron por **arma de fuego**, seguido por **ahorcamiento**. En el **sexo masculino** el tercer lugar fue ocupado por el método de **sumersión** (1,05 por cien mil) y en el **sexo femenino** por **intoxicación** (0,81 por cien mil) (Gráfico 11). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$)

GRÁFICO 10

Distribución de las Tasa de fallecidos por Suicidio según Método empleado. Uruguay 2000



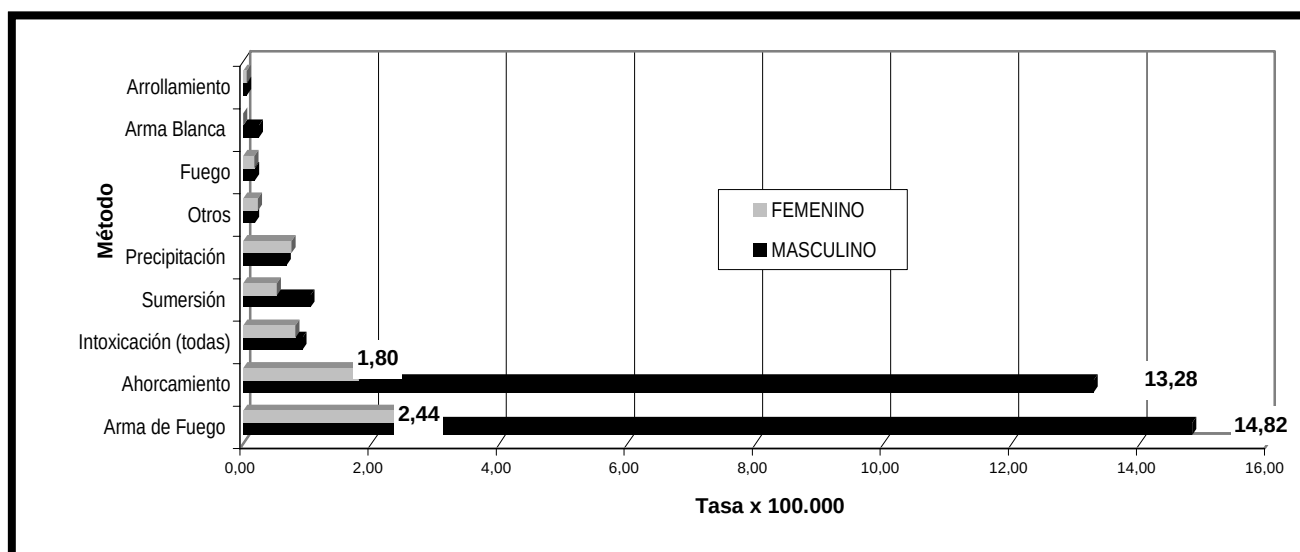
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional.

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 11

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según método 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)

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. De todas las personas que murieron por heridas de armas de fuego, en los *Estados Unidos* durante 1997, el 54% lo hizo por *suicidio*. Varios estudios, han puesto de manifiesto, una correlación entre la posesión de armas cortas en el hogar y las tasas de suicidio. Una legislación restrictiva de acceso a esta clase de armas, puede tener efectos beneficiosos¹².

En *Estados Unidos* entre 1950 y 1970, el método mas utilizado por hombres y mujeres fue el disparo por arma de fuego, con un 60% de los casos de *suicidio*^{28,207}. Las diferencias geográficas encontradas se debieron al acceso a armas de fuego²⁸.

Según Bonnet en *Argentina* (1981), los métodos más frecuentes utilizados fueron: arma de fuego, seguido por barbitúricos, ahorcados, arma blanca, asfixia por sumersión, intoxicación por monóxido de carbono y politraumatismos provocados por precipitación o arrollamiento ferroviario²⁷⁶. Coincide con lo observado en Uruguay, el primer método fue por arma de fuego, siendo el ahorcamiento el segundo método mas frecuente a diferencia de *Argentina* donde ocupa el 3er lugar.

En un estudio realizado en *México* sobre los principales métodos empleados en el periodo 1979- 1993, no se registraron coincidencias con este estudio³⁰.

En *Costa Rica*, se reportó en mujeres en un período de diez años entre 1983 a 1993, que el método más común fue intoxicación, seguido por ahorcamiento, precipitación y herida por arma de fuego²⁷⁷.

En **Uruguay**, en un estudio realizado en *Montevideo* por Puppo,⁶³ en los trienios 1965-1967 y 1975-1977, se observó, que el método mas utilizado por los suicidas fue el disparo por arma de fuego, ahorcamiento ocupó el segundo lugar y sumersión el tercero.⁶³

Estudios realizados por Babela y col,²⁸³ Dajas¹¹, Maresca¹³, Robert¹⁰ y Paparamborda-Vignolo y col⁹ confirman estos hechos.

En general puede concluirse, que el método utilizado depende de las características de las comunidades y de la accesibilidad a los mismos.^{20, 207,269,270}

3.5.2 Edad

Se registraron casos por **ahorcamiento y arma de fuego** en todos los grupos etareos. En los grupos etáreos de **15 a 19 años, 35 a 39 y 60 a 69 años** el método de suicidio por **ahorcamiento ocupó el primer lugar**, (en *EE UU* el método más frecuente en los menores de 25 años fue el disparo por arma de fuego entre 1980 y 1992^{28,204,273} y en *Inglaterra y Gales* fue el ahorcamiento entre 1990 y 1995²¹⁷), seguido por **arma de fuego**, en el resto de los grupos **predomino el disparo por arma de fuego** al igual que para la tasa global. (véase Tabla 23 – Anexo III).

En los grupos etáreos más jóvenes, de **10 a 19 años**, se observaron, tres métodos empleados: ahorcamiento, arma de fuego y precipitación. **A partir del grupo de 20 años** se observan casos por intoxicación. Los grupos etáreos de **60 a 69 años, de 75 y más, 50 a 54, 70 a 74 y 35 a 39 años**, presentaron las tasas más altas de suicidio por **ahorcamiento**. (véase Tabla 23 – Anexo III).

Por arma de fuego, las tasas más altas correspondieron a los grupos de **75 y más años; 70 a 74 y 45 a 69 años**, con tasas superiores a 12 por cien mil.

En cuanto al método de **sumersión**, las tasas más altas se registraron en los grupos de **65 a 74 y 75 años y más**. No se registraron casos en los grupos de **10 a 24 años y 40 a 44 años**.

Las tasas más altas por **precipitación**, correspondieron a los grupos de **70 a 74 y 75 años y más años**. No se observaron casos en el grupo de **35 a 39 años**.

Las tasas más altas de muerte por intoxicación, correspondieron a los grupos de **65 a 69 años**. No se registraron casos en los grupos de **10 a 19 años**. Por **arrollamiento** solo se observaron casos en el grupo de **35 a 39 años**, con una tasa de 0,46 por cien mil. El resto de las tasas por otros métodos fueron inferiores al 1 por cien mil (véase Tabla 23 – Anexo III).

3.5.3 Edad y sexo

El análisis de esta variable por **sexo**, permite destacar, que por los dos métodos más frecuentes (**ahorcamiento y disparo por arma de fuego**), se registraron casos en todos los grupos etareos en ambos sexos, excepto en los grupos de **20 a 24 y 60 a 64 años** en el sexo femenino, donde no se registraron casos por ahorcamiento.

En el **sexo masculino** el método de **ahorcamiento**, fue más frecuente, en los grupos de **10 a 39 años y de 60 a 69 años**. A partir de los **40 años**, predomina el disparo por arma de fuego excepto en los grupos señalados.

En el **sexo femenino**, predominó el método disparo por arma de fuego, en los grupos de edad de **20 a 34 años, 45 a 49, 60 a 64 y en los de 75 y más años**, seguido por ahorcamiento, en el resto de los grupos fue a la inversa. Los **suicidios** por **precipitación** comienzan a observarse en ambos sexos en los grupos de **15 a 19 años y por intoxicación** a partir de los **20 a 24 años** en el **sexo masculino**; en el **sexo femenino** a partir del grupo de **30 años** y el de **sumersión** a partir de los **25 a 34 años** para **ambos sexos**. (véase Tabla 24 – Anexo III).

En consecuencia, los métodos mas frecuentes de suicidio, fueron el **disparo por arma de fuego**, seguido por **ahorcamiento, intoxicación, sumersión, y precipitación** ($p < 0,05$) Para el **sexo masculino y femenino** los métodos más frecuentes fueron el disparo por **arma de fuego** seguido por **ahorcamiento** y en **tercer lugar** en el **sexo masculino** se ubico el método de **sumersión** y en el femenino el de **intoxicación** ($p < 0,05$)

En los grupos de edad de **15 a 19, 35 a 39 y 60 a 69 años** predominó el método de **ahorcamiento** seguido por el **disparo por arma de fuego** y en el resto de los grupos de edad fue a la inversa (**20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 55 a 59, 70 a 74, 75 y más**).

En el **sexo masculino** el método más frecuente fue el de **ahorcamiento**, en los grupos de **10 a 39 y 60 a 69 años** seguido por **ahorcamiento** y a partir de **los 40 años** predomino el **disparo por arma de fuego** seguido por **ahorcamiento** con excepción de los grupos señalados.

En el **sexo femenino** el método más frecuente utilizado fue el **disparo por arma de fuego** en los grupos de edad de **20 a 34, 45 a 49, 60 a 64 y 75 y más años** seguido por **ahorcamiento**, en el resto de los grupos fue a la inversa (**15 a 19, 35 a 39, 40 a 44, 50 a 59, 65 a 69, 70 a 74**).

3.6. DEPARTAMENTO DE ROCHA

La **región Noreste del País**, compuesta como indicamos, por los departamentos de **Cerro Largo, Treinta y Tres y Rocha**, presentó la tasa mas alta del País y en particular el **departamento de Rocha, la mas elevada en el año 2000, y en los últimos 35 años**.¹⁰

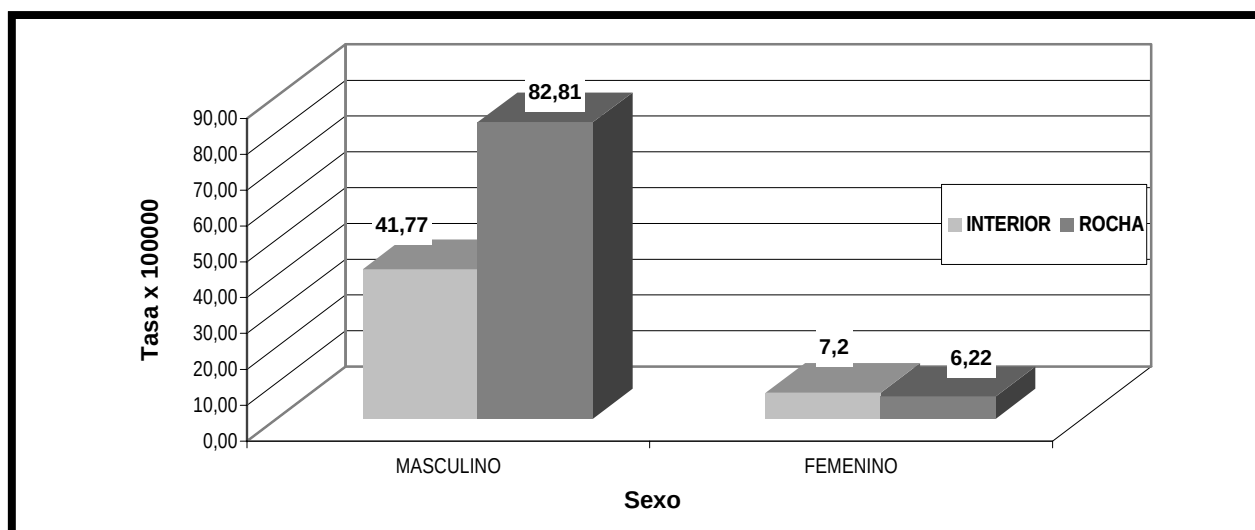
El **departamento en los últimos años** ha presentado un porcentaje de necesidades básicas insatisfechas del **44 %** con una **tasa de desempleo del 40 %**. Considerando la tasa de desempleo, el índice de desarrollo humano y el de competitividad regional, se encuentra **entre los de peor situación del País**.³¹⁹

La tasa estandarizada de **suicidio** para el **departamento de Rocha**, fue de **44,51 por cien mil**, 82% mayor a la tasa del **Interior**, (24,38) y 125% mayor a la tasa de **Uruguay**. (18,76 por cien mil) (Tabla 1 y 25, Anexo III) ($p < 0,05$)

Para el **sexo masculino**, la tasa estandarizada fue de **82,81 por cien mil**, 98% mayor a la del **Interior** (**41,77 por cien mil**) y 156% mayor a la de **Uruguay** (**32,29 por cien mil**) ($p < 0,05$) Para el **sexo femenino**, las diferencias no fueron significativas. ($p > 0,05$) (Gráfico12)

GRÁFICO 12

Distribución de las Tasas Estandarizadas de suicidio según Sexo. Interior - Rocha 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)

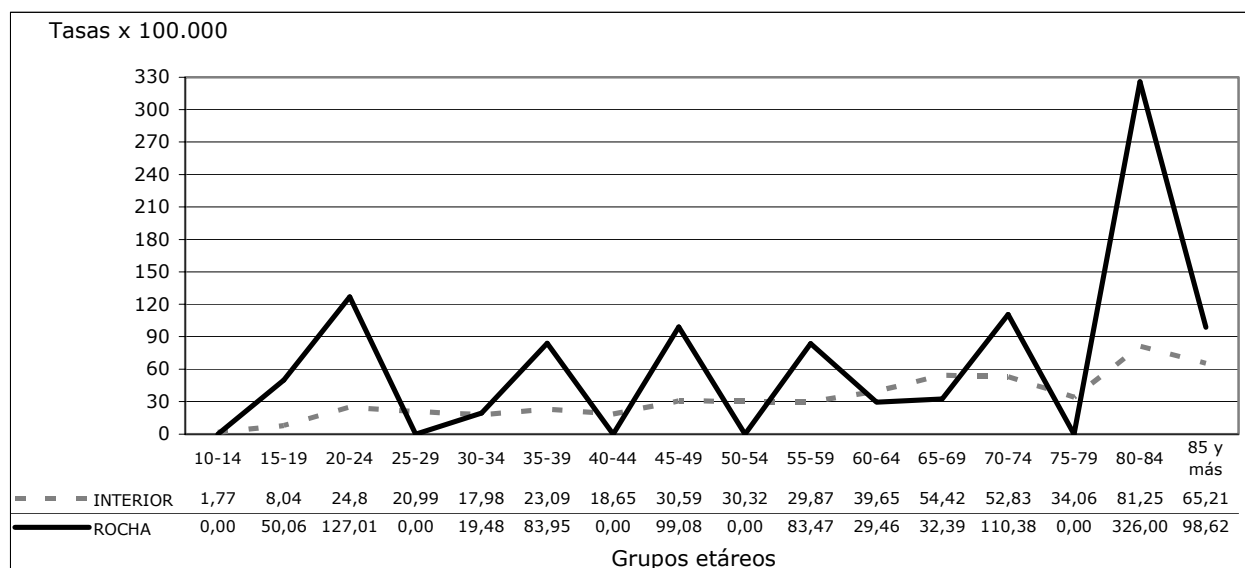
Las tasas por grupos de edades en el **departamento de Rocha**, como se observa en el gráfico 13 y 14, presentaron picos por encima del Interior (donde el primero presentó valores), con excepción de los de **60 a 69 años**

Las diferencias fueron estadísticamente significativas en (Gráfico 13 y 14 y Tabla 25 en Anexo III) adolescentes (**15 a 19 años**), en donde la tasa en **Rocha fue 6 veces mayor** a la del Interior, en los de **20 a 24 años, 412 % mayor**, en los de **35 a 39 años, 223 % mayor** y **4 veces mayor** en los de **80 a 84 años. ($p < 0,05$)**

En suma: Rocha presentó tasas estadísticamente mayores en **la adolescencia, juventud**, en un grupo etáreo de la **edad adulta** y en los **ancianos entre 80 a 84 años** y fueron **más masculinos** que los suicidios del Interior ($p < 0,05$) (Tabla 25, Anexo III y Gráfico 12).

GRÁFICO 13

Distribución de la Tasas de fallecidos por suicidio según Edad. Rocha - Interior 2000

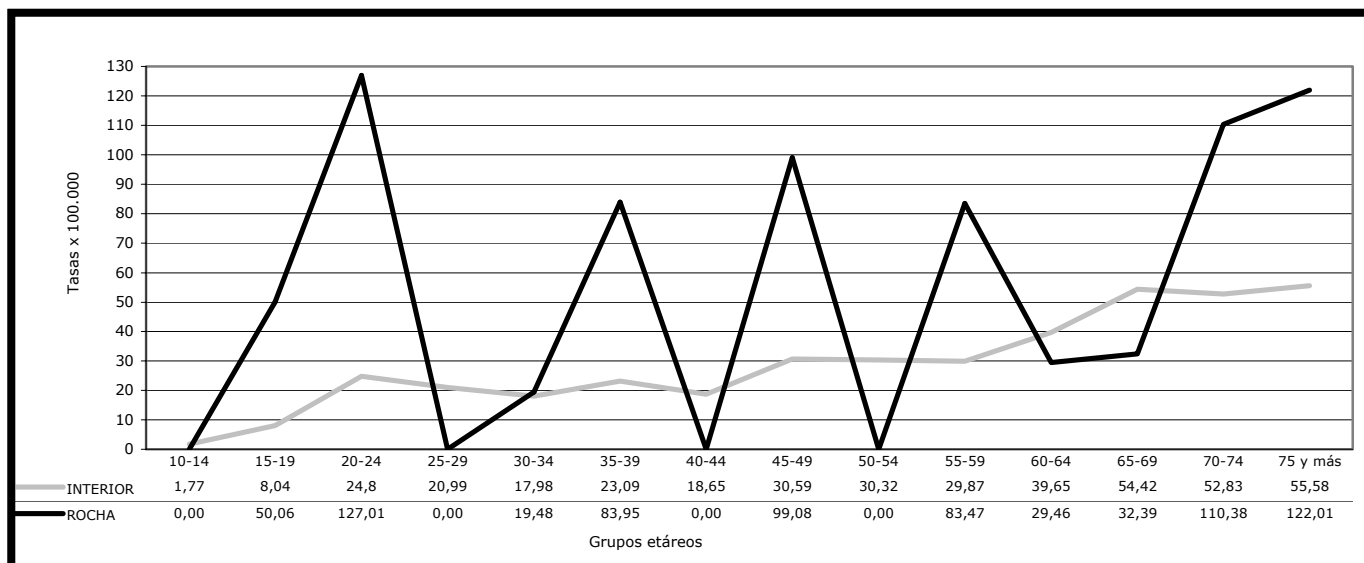


Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional.

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 14

Distribución de la Tasas de fallecidos por suicidio según Edad. Rocha - Interior 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)

Las tasas de *suicidio* en Rocha para los grupos de edades de **15 a 19, 20 a 24, 35 a 39, 45 a 49 y 75 y más años** no presentaron diferencias estadísticamente significativas con el resto de los departamentos. (Obsérvese Tabla 26, Anexo III) ($p > 0,05$).

ANEXO III - TABLAS

URUGUAY 2000

TABLA 1

Distribución de los 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		

 χ^2 : NC 95; gl = 18; λ^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)

I – VARIABLES DE PERSONA

TABLA 2

Distribución de los 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

 χ^2 : NC 95; gl = 13; λ^2 = 247,81; p < 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

II – VARIABLES DE LUGAR

TABLA 3

Distribución de los fallecidos por suicidio según Departamentos del Sexo Masculino
Uruguay 2000 - Tasa x 100.000

Departamento	SEXO MASCULINO					
	FA	FR	Tasa x 100.000	Tasa Estand.	BRM	BRM (%)
ROCHA	¹ 30	5,89	84,19	82,81	71,31	620,09
SAN JOSE	¹ 24	4,72	46,58	48,06	36,56	317,91
COLONIA	¹ 26	5,11	41,88	41,82	30,32	263,65
SORIANO	¹ 17	3,34	40,75	41,69	30,19	262,52
CERRO LARGO	¹ 17	3,34	40,08	40,83	29,33	255,04
CANELONES	¹ 91	17,88	37,28	38,91	27,41	238,35
LAVALLEJA	¹ 12	2,36	38,23	36,68	25,18	218,96
RIVERA	¹ 16	3,14	31,43	35,06	23,56	204,87
DURAZNO	¹ 9	1,77	31,31	33,82	22,32	194,09
MALDONADO	¹ 20	3,93	27,75	32,40	20,90	181,74
FLORIDA	¹ 11	2,16	31,77	32,04	20,54	178,61
TREINTA Y TRES	¹ 8	1,57	31,32	31,83	20,33	176,78
PAYSANDÚ	¹ 17	3,34	29,18	31,56	20,06	174,43
TACUAREMBO	¹ 13	2,55	29,94	30,86	19,36	168,35
SALTO	¹ 17	3,34	27,58	30,62	19,12	166,26
MONTEVIDEO	¹ 166	32,61	25,70	25,64	14,14	122,96
FLORES	¹ 3	0,59	23,64	24,59	13,09	113,83
ARTIGAS	¹ 8	1,57	20,78	22,53	11,03	95,91
RIO NEGRO	¹ 4	0,79	14,33	11,50	0,00	0,00
Total	509	100,00	31,44			

¹ χ^2 : NC 95%; gl = 18; ¹ χ^2 = 70,42; 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)

TABLA 4

Distribución de los fallecidos por suicidio según Departamentos del Sexo Femenino
Uruguay 2000 - Tasa x 100.000

Departamento	SEXO FEMENINO					
	FA	FR	Tasa x 100.000	Tasa Estand.	BRM	BRM (%)
TREINTA Y TRES	¹ 3	2,56	11,52	13,68	11,87	655,80
MALDONADO	¹ 8	6,84	11,02	11,94	10,13	559,67
CANELONES	¹ 25	21,35	10,03	10,38	8,57	473,48
LAVALLEJA	¹ 3	2,56	9,61	9,99	8,18	451,93
COLONIA	¹ 5	4,27	7,89	8,1	6,29	347,51
PAYSANDÚ	¹ 4	3,42	6,81	7,49	5,68	313,81
DURAZNO	¹ 2	1,71	6,95	7,43	5,62	310,50
MONTEVIDEO	¹ 54	46,15	7,35	7,2	5,39	297,79
FLORIDA	¹ 2	1,71	5,91	6,47	4,66	257,46
ROCHA	¹ 2	1,71	5,44	6,22	4,41	243,65
ARTIGAS	¹ 2	1,71	5,08	4,97	3,16	174,59
SORIANO	¹ 2	1,71	4,73	4,67	2,86	158,01
SALTO	¹ 2	1,71	3,14	3,97	2,16	119,34
CERRO LARGO	¹ 1	0,85	2,31	3,21	1,4	77,35
SAN JOSE	¹ 1	0,85	1,92	2,34	0,53	29,28
RIVERA	¹ 1	0,85	1,88	1,81	0,00	0,00
TACUAREMBO	¹ 0	0,00	0,00	0,00		
RIO NEGRO	¹ 0	0,00	0,00	0,00		
FLORES	¹ 0	0,00	0,00	0,00		
Total	117	100,00				

¹ χ^2 : NC 95%; gl = 18; ¹ χ^2 = 39,52; 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)

TABLA 5

Distribución de los fallecidos por suicidio de 10 a 14 años según Departamentos
Uruguay 2000. Tasa x 100000

Departamento	Total		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
TREINTA Y TRES	1	22,03	20,06	1018,27
LAVALLEJA	1	20,34	18,37	932,49
MALDONADO	1	8,39	6,42	325,89
MONTEVIDEO	2	1,97	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
Total	5	1,88		

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)

TABLA 6

Distribución de los fallecidos por suicidio de 15 a 19 años según Departamentos
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	Total		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
ROCHA	3	55,06	47,55	633,16
RIO NEGRO	1	21,24	13,73	182,82
COLONIA	2	19,18	11,67	155,39
CERRO LARGO	1	14,32	6,81	90,68
ARTIGAS	1	13,66	6,15	81,89
CANELONES	4	9,97	2,46	32,76
MALDONADO	1	8,71	1,20	15,98
MONTEVIDEO	8	7,51	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
TOTAL	21	8,23		

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)

TABLA 7

Distribución de los fallecidos por suicidio de 20 a 24 años según Departamentos
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	TOTAL		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
ROCHA	6	127,01	116,58	1117,74
SALTO	5	52,21	41,78	400,58
PAYSANDU	4	47,41	36,98	354,55
SAN JOSE	3	38,89	28,46	272,87
TREINTA Y TRES	1	27,35	16,92	162,22
DURAZNO	1	25,81	15,38	147,46
RIO NEGRO	1	24,61	14,18	135,95
LAVALLEJA	1	23,20	12,77	122,44
COLONIA	2	22,81	12,38	118,70
MONTEVIDEO	24	21,55	11,12	106,62
FLORIDA	1	19,72	9,29	89,07
ARTIGAS	1	19,71	9,28	88,97
MALDONADO	2	18,57	8,14	78,04
TACUAREMBO	1	17,04	6,61	63,37
CERRO LARGO	1	16,87	6,44	61,74
SORIANO	1	16,75	6,32	60,59
CANELONES	4	10,43	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
TOTAL	59	21,71		

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)

TABLA 8

Distribución de los fallecidos por suicidio de 25 a 29 años según Departamentos
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	TOTAL		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
PAYSANDU	3	39,16	26,59	211,54
CANELONES	12	33,06	20,49	163,01
RIVERA	2	32,59	20,02	159,27
DURAZNO	1	29,11	16,54	131,58
COLONIA	2	26,42	13,85	110,18
LAVALLEJA	1	26,39	13,82	109,94
SALTO	2	25,17	12,60	100,24
SORIANO	1	20,82	8,25	65,63
MALDONADO	2	18,48	5,91	47,02
MONTEVIDEO	16	15,15	2,58	20,53
SAN JOSE	1	12,57	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
TOTAL	43	17,03		

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)

TABLA 9

Distribución de los fallecidos por suicidio de 30 a 34 años según Departamentos
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	TOTAL		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
FLORES	2	120,19	108,98	972,17
SAN JOSE	4	55,88	44,67	398,48
FLORIDA	2	45,08	33,87	302,14
DURAZNO	1	27,99	16,78	149,69
PAYSANDU	2	26,16	14,95	133,36
SALTO	2	25,85	14,64	130,60
ROCHA	1	19,48	8,27	73,77
SORIANO	1	19,27	8,06	71,90
MALDONADO	2	17,71	6,50	57,98
TACUAREMBO	1	16,88	5,67	50,58
MONTEVIDEO	14	14,97	3,76	33,54
RIVERA	1	13,55	2,34	20,87
COLONIA	1	12,14	0,93	8,30
CANELONES	4	11,21	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
TOTAL	38	17,13		

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)

TABLA 10

Distribución de los fallecidos por suicidio de 35 a 39 años según Departamento
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	TOTAL		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
ROCHA	4	83,95	74,64	801,72
DURAZNO	3	80,34	71,03	762,94
CERRO LARGO	3	53,06	43,75	469,92
FLORIDA	2	46,69	37,38	401,50
SORIANO	2	39,27	29,96	321,80
COLONIA	3	37,48	28,17	302,58
TREINTA Y TRES	1	29,14	19,83	213,00
PAYSANDU	2	28,16	18,85	202,47
RIVERA	2	26,68	17,37	186,57
MONTEVIDEO	23	25,13	15,82	169,92
LAVALLEJA	1	23,55	14,24	152,95
ARTIGAS	1	18,48	9,17	98,50
SAN JOSE	1	14,74	5,43	58,32
CANELONES	4	11,54	2,23	23,95
MALDONADO	1	9,31	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
TOTAL	53	24,17		

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)

TABLA 11

Distribución de los fallecidos por suicidio de 40 a 44 años según Departamentos
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	TOTAL		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
ARTIGAS	3	62,55	53,42	585,10
RIVERA	3	45,72	36,59	400,77
CANELONES	11	35,26	26,13	286,20
DURAZNO	1	31,26	22,13	242,39
SORIANO	1	19,92	10,79	118,18
SAN JOSE	1	16,02	6,89	75,47
PAYSANDU	1	14,59	5,46	59,80
SALTO	1	14,00	4,87	53,34
MONTEVIDEO	8	9,13	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
TOTAL	30	14,46		

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)

TABLA 12

Distribución de los fallecidos por suicidio de 45 a 49 años según Departamentos
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	TOTAL		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
CERRO LARGO	5	100,93	86,47	597,99
ROCHA	4	99,08	84,62	585,20
MALDONADO	6	74,40	59,94	414,52
FLORES	1	69,83	55,37	382,92
DURAZNO	2	64,16	49,70	343,71
COLONIA	4	54,67	40,21	278,08
ARTIGAS	2	46,61	32,15	222,34
RIVERA	2	36,74	22,28	154,08
TREINTA Y TRES	1	35,06	20,60	142,46
SORIANO	1	20,67	6,21	42,95
MONTEVIDEO	15	18,96	4,50	31,12
SALTO	1	15,08	0,62	4,29
CANELONES	4	14,46	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
TOTAL	48	25,98		

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)

TABLA 13

Distribución de los fallecidos por suicidio de 50 a 54 años según Departamentos
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	TOTAL		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
LAVALLEJA	4	115,21	98,65	595,71
SORIANO	3	66,58	50,02	302,05
CANELONES	12	49,18	32,62	196,98
TACUAREMBO	2	45,23	28,67	173,13
MONTEVIDEO	30	41,97	25,41	153,44
TREINTA Y TRES	1	37,15	20,59	124,34
COLONIA	2	29,85	13,29	80,25
FLORIDA	1	27,86	11,30	68,24
MALDONADO	2	26,39	9,83	59,36
CERRO LARGO	1	20,80	4,24	25,60
PAYSANDU	1	17,50	0,94	5,68
SALTO	1	16,56	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
TOTAL	60	35,34		

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)

TABLA 14

Distribución de los fallecidos por suicidio de 55 a 59 años según Departamentos
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	TOTAL		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
SAN JOSE	6	125,39	110,28	729,85
ROCHA	3	83,47	68,36	452,42
LAVALLEJA	2	63,71	48,60	321,64
TREINTA Y TRES	1	40,54	25,43	168,30
SALTO	2	38,45	23,34	154,47
COLONIA	2	33,24	18,13	119,99
CANELONES	7	32,42	17,31	114,56
FLORIDA	1	30,90	15,79	104,50
SORIANO	1	26,82	11,71	77,50
MONTEVIDEO	12	18,32	3,21	21,24
MALDONADO	1	15,11	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
TOTAL	38	24,55		

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)

TABLA 15

Distribución de los fallecidos por suicidio de 60 a 64 años según Departamentos
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	TOTAL		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
COLONIA	6	106,46	85,12	398,88
LAVALLEJA	2	67,68	46,34	217,15
PAYSANDU	3	62,49	41,15	192,83
FLORIDA	2	61,12	39,78	186,41
SORIANO	2	55,63	34,29	160,68
CERRO LARGO	2	53,50	32,16	150,70
MALDONADO	3	52,28	30,94	144,99
RIO NEGRO	1	45,87	24,53	114,95
ARTIGAS	1	36,94	15,60	73,10
ROCHA	1	29,46	8,12	38,05
TACUAREMBO	1	27,51	6,17	28,91
CANELONES	5	25,07	3,73	17,48
RIVERA	1	24,38	3,04	14,25
MONTEVIDEO	14	22,67	1,33	6,23
SAN JOSE	1	22,10	0,76	3,56
SALTO	1	21,34	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
TOTAL	46	32,35		

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)

TABLA 16

Distribución de los fallecidos por suicidio de 65 a 69 años según Departamento
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	TOTAL		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
CANELONES	17	90,12	71,60	386,61
SAN JOSE	3	72,50	53,98	291,47
LAVALLEJA	2	72,39	53,87	290,87
PAYSANDU	3	67,14	48,62	262,53
CERRO LARGO	2	65,98	47,46	256,26
MALDONADO	3	60,67	42,15	227,59
SORIANO	2	57,84	39,32	212,31
TREINTA Y TRES	1	53,88	35,36	190,93
SALTO	2	46,30	27,78	150,00
DURAZNO	1	46,25	27,73	149,73
TACUAREMBO	1	32,70	14,18	76,57
ROCHA	1	32,39	13,87	74,89
RIVERA	1	27,76	9,24	49,89
MONTEVIDEO	12	19,55	1,03	5,56
COLONIA	1	18,52	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
TOTAL	52	37,85		

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)

TABLA 17

Distribución de los fallecidos por suicidio de 70 a 74 años según Departamentos,
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	TOTAL		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
FLORIDA	3	115,21	93,91	440,89
ROCHA	3	110,38	89,08	418,22
COLONIA	5	103,93	82,63	387,93
SORIANO	3	101,08	79,78	374,55
TACUAREMBO	2	79,94	58,64	275,31
MALDONADO	3	72,76	51,46	241,60
TREINTA Y TRES	1	65,27	43,97	206,43
SAN JOSE	2	59,10	37,80	177,46
CANELONES	9	55,58	34,28	160,94
CERRO LARGO	1	39,54	18,24	85,63
PAYSANDU	1	26,42	5,12	24,04
MONTEVIDEO	12	21,30	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
TOTAL	45	37,98		

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)

TABLA 18

Distribución de los fallecidos por suicidio de 75 años y más según Departamentos, Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	TOTAL		BRM	BRM (%)
	FA	TASA		
ROCHA	5	122,01	110,04	919,30
TREINTA Y TRES	3	115,52	103,55	865,08
RIVERA	5	115,15	103,18	861,99
TACUAREMBO	4	101,04	89,07	744,11
CANELONES	21	90,37	78,40	654,97
SAN JOSE	3	56,36	44,39	370,84
CERRO LARGO	2	51,84	39,87	333,08
SALTO	2	37,69	25,72	214,87
ARTIGAS	1	35,97	24,00	200,50
MONTEVIDEO	30	34,11	22,14	184,96
DURAZNO	1	32,12	20,15	168,34
LAVALLEJA	1	24,58	12,61	105,35
FLORIDA	1	23,24	11,27	94,15
SORIANO	1	21,44	9,47	79,11
MALDONADO	1	18,06	6,09	50,88
PAYSANDU	1	17,43	5,46	45,61
COLONIA	1	11,97	0,00	0,00
TODOS LOS DEMAS	0	0,00		
TOTAL	83	47,61		

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)

III - VARIABLES DE TIEMPO

TABLA 19

Distribución de los fallecidos por suicidio según Secuencia Estacional Uruguay 2000

Secuencia Estacional	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Verano	168 ¹	26,84
Otoño	143 ¹	22,84
Invierno	142 ¹	22,68
Primavera	173 ¹	27,64
Total	626	100,00

¹ χ^2 : NC 95 %; gl = 3; ¹ χ^2 = 1,51; 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)

TABLA 20

Distribución de los fallecidos por suicidio según Secuencia Mensual Uruguay 2000

Secuencia Mensual	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %	Tasa x 100000
Enero	60 ¹	9,58	1,80
Febrero	53 ¹	8,47	1,59
Marzo	48 ¹	7,67	1,44
Abril	45 ¹	7,19	1,35
Mayo	56 ¹	8,95	1,68
Junio	40 ¹	6,39	1,20
Julio	42 ¹	6,71	1,26
Agosto	57 ¹	9,11	1,71
Setiembre	49 ¹	7,83	1,47
Octubre	61 ¹	9,74	1,83
Noviembre	50 ¹	7,99	1,50
Diciembre	65 ¹	10,38	1,95
Total	626	100,00	18,76

¹ χ^2 : NC 95 %; gl = 11; ¹ χ^2 = 282,29; 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)

TABLA 21
Distribución de los fallecidos por suicidio según Secuencia Semanal
Uruguay 2000

Secuencia Semanal	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Domingo	95 ¹	15,18
Lunes	97 ¹	15,50
Martes	95 ¹	15,18
Miércoles	93 ¹	14,86
Jueves	83 ¹	13,26
Viernes	88 ¹	14,06
Sábado	74 ¹	11,82
Sin datos	1	0,16
Total	626	100,00

¹ χ^2 : NC 95 %; gl = 6; ¹ χ^2 = 17,38; 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)

TABLA 22
Distribución de los fallecidos por suicidio según Secuencia Horaria
Uruguay 2000

Secuencia Horaria	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %	Tasa x 100000
00.00 – 05.59	83 ¹	13,26	2,49
06.00 – 11.59	180 ¹	28,75	5,39
12.00 – 17.59	171 ¹	27,32	5,12
18.00 – 23.59	143 ¹	22,84	4,29
Sin datos	49 ¹	7,83	1,47
Total	626	100,00	18,76

¹ χ^2 : NC 95 %; gl = 4; ¹ χ^2 = 99,75; 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)

IV- CARACTERÍSTICAS DEL ACTO SUICIDA

TABLA 23
Distribución de los fallecidos por suicidio según método utilizado por Edad
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Edad	M E T O D O									Total
	Ahorca- miento	Arma Fuego	Sumersió n	Precipita- ción	Intoxica- ción	Arrolla- miento	Fuego	Arma Blanca	Otros	
10-14	0,75	0,75	0,00	0,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,88
15-19	3,92	3,13	0,00	1,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,23
20-24	9,94	10,31	0,00	0,37	0,74	0,00	0,37	0,00	0,00	21,71
25-29	6,73	8,32	0,40	0,79	0,79	0,00	0,00	0,00	0,00	17,03
30-34	7,21	6,76	1,35	0,45	0,90	0,00	0,45	0,00	0,00	17,13
35-39	10,94	10,03	1,37	0,00	0,91	0,46	0,46	0,00	0,00	24,17
40-44	4,34	8,19	0,00	0,48	0,48	0,00	0,00	0,48	0,48	14,46
45-49	8,66	12,99	0,54	1,08	1,62	0,00	0,00	0,54	0,54	25,98
50-54	12,96	16,49	1,18	1,77	2,36	0,00	0,00	0,00	0,59	35,34
55-59	7,75	10,98	1,29	1,29	1,29	0,00	0,65	0,65	0,65	24,55
60-64	16,18	12,66	1,41	0,00	1,41	0,00	0,00	0,70	0,00	32,35
65-69	16,74	13,83	2,18	0,73	2,91	0,00	0,73	0,00	0,73	37,85
70-74	10,97	18,57	2,53	2,53	1,69	0,00	0,84	0,00	0,84	37,98
75 y más	16,06	23,52	3,44	2,29	1,72	0,00	0,00	0,00	0,57	47,61
Total	7,37	8,45	0,78	0,72	0,87	0,06	0,18	0,12	0,21	18,76

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)

TABLA 24
Distribución de los fallecidos por suicidio según método utilizado por Edad y Sexo
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Edad	M E T O D O															
	Ahorca- miento		Arma Fuego		Sumersión		Precipita- ción		Intoxica- ción		Arrolla- miento		Fuego		Arma Blanca	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
10-14	0,74	0,77	0,74	0,77	0,00	0,00	0,00	0,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-19	4,61	3,20	3,84	2,40	0,00	0,00	1,54	0,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
20-24	19,57	0,00	17,39	2,99	0,00	0,00	0,00	0,75	1,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,75	0,00	0,00
25-29	11,72	1,61	10,94	5,62	0,78	0,00	1,56	0,00	1,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
30-34	14,53	0,00	12,71	0,90	1,82	0,90	0,00	0,90	0,91	0,90	0,00	0,00	0,00	0,90	0,00	0,00
35-39	18,67	3,57	17,74	2,67	0,93	1,78	0,00	0,00	0,00	1,78	0,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
40-44	6,97	1,87	14,93	1,87	0,00	0,00	0,00	0,93	0,00	0,93	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00
45-49	15,58	2,11	20,03	6,32	1,11	0,00	0,00	2,11	2,23	1,05	0,00	0,00	0,00	0,00	1,11	0,00
50-54	23,43	3,38	32,07	2,25	2,47	0,00	1,23	2,25	1,23	3,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
55-59	13,68	2,45	20,53	2,45	0,00	2,45	2,74	0,00	0,00	2,45	0,00	0,00	1,37	0,00	1,37	0,00
60-64	35,61	0,00	23,23	3,87	3,10	0,00	0,00	0,00	1,55	1,29	0,00	0,00	0,00	0,00	1,55	0,00
65-69	32,65	3,94	29,39	1,31	3,27	1,31	1,63	0,00	3,27	2,63	0,00	0,00	1,63	0,00	0,00	0,00
70-74	18,14	5,81	40,32	2,90	4,03	1,45	6,05	0,00	4,03	0,00	0,00	0,00	0,00	1,45	0,00	0,00
75 y más	38,02	3,60	57,04	4,50	6,34	1,80	0,00	3,60	3,17	0,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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)

TABLA 25
Distribución de las Tasas de suicidios según edad por Lugar de Residencia
Rocha – Interior – Tasas x 100000

EDAD	ROCHA	INTERIOR	χ^2 : NC 95%; gl = 1
10 – 14	¹ 0,00	¹ 1,77	¹ p > 0,05 *
15 – 19	² 50,06 ¹⁹	² 8,04	² p < 0,05 *
20 – 24	³ 127,01 ¹⁹	³ 24,80	³ p < 0,05 *
25 – 29	⁴ 0,00	⁴ 20,99	⁴ p > 0,05 *
30 – 34	⁵ 19,48	⁵ 17,98	⁵ p > 0,05 *
35 – 39	⁶ 83,95 ¹⁹	⁶ 23,09	⁶ p < 0,05 *
40 – 44	⁷ 0,00	⁷ 18,65	⁷ p > 0,05 *
45 – 49	⁸ 99,08	⁸ 30,59	⁸ p > 0,05 *
50 – 54	⁹ 0,00	⁹ 30,32	⁹ p > 0,05 *
55 – 59	¹⁰ 83,47	¹⁰ 29,87	¹⁰ p > 0,05 *
60 – 64	¹¹ 29,46	¹¹ 39,65	¹¹ p > 0,05 *
65 – 69	¹² 32,39	¹² 54,42	¹² p > 0,05 *
70 – 74	¹³ 110,38 ¹⁹	¹³ 52,83	¹³ p > 0,05 *
75 – 79	¹⁴ 0,00	¹⁴ 34,06	¹⁴ p > 0,05 *
80 – 84	¹⁵ 326,00	¹⁵ 81,25	¹⁵ p < 0,05 *
85 y más	¹⁶ 98,62	¹⁶ 65,21	¹⁶ p > 0,05 *
Total	¹⁷ 44.51	¹⁷ 24.38	¹⁷ p < 0,05
* Test exacto de Fisher			
75 y más	¹⁸ 122,01 ¹⁹	¹⁸ 55,58	¹⁸ p > 0,05 *
χ^2 : NC 95%; gl = 5; ¹⁹ $\chi^2 = 1,83$; 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)

TABLA 26
Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidios según Departamento y Edad
Uruguay 2000 Tasa x 100000

Departamento	Uruguay 2000 Pasa x 100000													
	EDAD													
	10 – 14	15 – 19	20 – 24	25 – 29	30 – 34	35 – 39	40 – 44	45 – 49	50 – 54	55 – 59	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 y +
ROCHA	--	55,06	127,01	--	19,48	83,95	--	99,08	--	83,47	29,46	32,39	110,38	122,01
SAN JOSÉ	--	--	38,89	12,57	55,88	5,43	6,89	--	--	125,39	22,10	72,50	59,10	56,36
COLONIA	--	19,18	22,81	26,42	12,14	28,17	--	54,67	29,85	33,24	106,46	18,52	103,93	11,97
CANELONES	--	9,97	10,43	33,06	11,21	2,23	26,13	14,46	49,18	32,42	25,07	90,12	55,58	90,37
LAVALLEJA	20,34	--	23,20	26,39	--	14,24	--	--	115,21	63,71	67,68	72,39	--	24,58
SORIANO	--	--	16,75	20,82	19,27	29,96	10,79	20,67	66,58	26,82	55,63	57,84	101,08	21,44
TREINTA Y TRES	22,03	--	27,35	--	--	19,83	--	35,06	37,15	40,54	--	53,88	65,27	115,52
MALDONADO	8,39	8,71	18,57	18,48	17,71	--	--	74,40	26,39	15,11	52,28	60,67	72,76	18,06
CERRO LARGO	--	14,32	16,87	--	--	43,75	--	100,93	20,80	--	53,50	65,98	39,54	51,84
DURAZNO	--	--	25,81	29,11	27,99	71,03	22,13	64,16	--	--	--	46,25	--	35,12
PAYSANDÚ	--	--	47,41	39,16	26,16	18,85	5,46	--	17,50	--	62,49	67,14	26,42	17,43
FLORIDA	--	--	19,72	--	45,08	37,38	--	--	27,86	30,90	61,12	--	115,21	23,24
RIVERA	--	--	--	32,59	13,55	17,37	36,59	36,74	--	--	24,38	27,76	--	115,15
SALTO	--	--	52,21	25,17	25,85	--	4,87	15,08	16,56	38,45	211,34	46,30	--	37,69
MONTEVIDEO	1,97	7,51	21,55	15,15	14,97	15,82	--	18,96	41,97	18,32	22,67	19,55	21,30	34,11
TACUAREMBÓ	--	--	17,04	--	16,88	--	--	--	45,23	--	27,51	32,70	79,94	101,04
ARTIGAS	--	13,66	19,71	--	--	9,17	53,42	46,61	--	--	36,94	--	--	35,97
FLORES	--	--	--	--	120,19	--	--	69,83	--	--	--	--	--	--
RIO NEGRO	--	21,24	24,61	--	--	--	--	--	--	--	45,87	--	--	--

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)

4. MONTEVIDEO 2000

4.1 MONTEVIDEO – INTERIOR

El análisis de los *suicidios*, según lugar de residencia (**Tabla 1**), nos muestra que la tasa más alta correspondió al **Interior del país** -con una tasa de **24,38 por cien mil** (tasa estandarizada)-, seguido por **Montevideo** -con **16,42 por cien mil**-, siendo la brecha entre ambos de 48,48%. ($p > 0,05$)

TABLA 1

Distribución de los fallecidos por suicidio según Lugar de Residencia
Departamento Montevideo – Interior 2000

Lugar de Residencia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %	Tasa x 100000	Tasa Estandarizada	BRM	BRM %
Interior	406	64,86	20,92	24,38	7,96	48,48
Montevideo	220	35,14	15,93	16,42	0,00	0,00
Uruguay (Total)	626	100,00	18,76	19,69	-----	----

χ^2 : NC 95; gl = 1; $\chi^2 = 0,02$; $p > 0,05$

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)

La tasa estandarizada para el **sexo masculino**, muestra una diferencia mayor aún, que para la tasa global, con una brecha de 62,91% entre **Montevideo** y el **Interior**. (Tabla 2). Esta diferencia fue estadísticamente significativa. ($p < 0,05$)

TABLA 2

Distribución de los fallecidos por suicidio – Sexo Masculino
Montevideo - Interior 2000

Lugar de Residencia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %	Tasa x 100000	Tasa Estandarizada	BRM	BRM %
Interior	243	59,41	35,61	41,77	16,13	62,91
Montevideo	166	40,59	25,70	25,64	0,00	0,00
Uruguay (Total)	409	100,00	31,44	32,29	-----	----

χ^2 : NC 95; gl = 1; $\chi^2 = 652,47$; $p < 0,05$

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)

Para el **sexo femenino** las diferencias encontradas entre el **Interior** y **Montevideo** fueron de tan solo de un 3% ($p > 0,05$) (Tabla 3).

Diversos estudios realizados en **Uruguay**, entre ellos los de **Robertt¹⁰**, **Dajas¹¹** y los Informes de **Maresca¹³**, destacan las tasas más altas en el **Interior del país**.

TABLA 3

Distribución de los fallecidos por suicidio – Sexo Femenino
Montevideo - Interior 2000

Lugar de Residencia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %	Tasa x 100000	Tasa Estandarizada	BRM	BRM %
Interior	54	46,15	7,35	7,20	0,21	3,00
Montevideo	63	53,5	6,44	6,99	0,00	0,00
Uruguay (Total)	117	100,00	6,81	7,10	-----	----

χ^2 : NC 95; gl = 1; $\chi^2 = 0,55$; $p > 0,05$

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

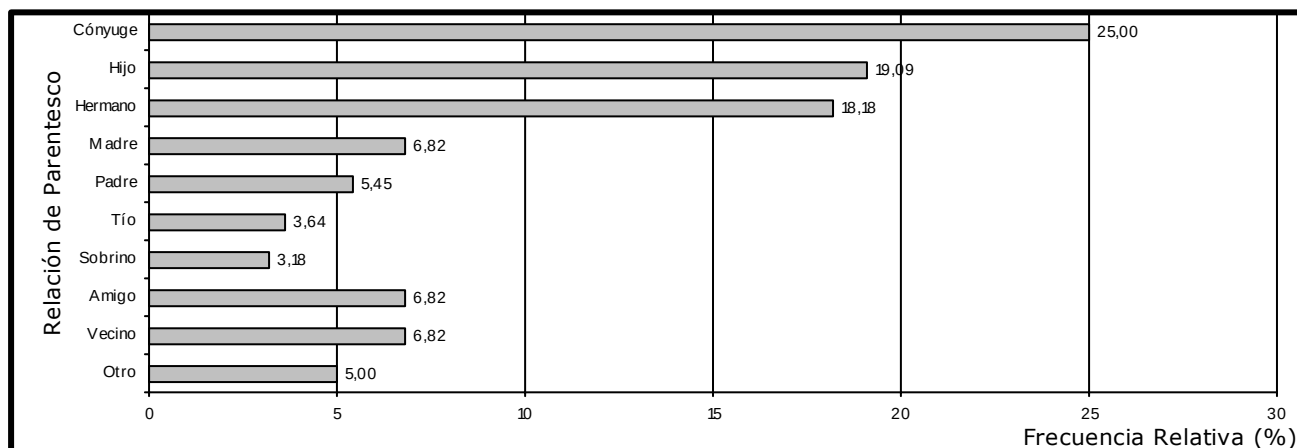
Para datos de población: Uruguay: Estimaciones y Proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1950-2050 I.N.E. CEPAL/CELADE (1998) Uruguay: Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E (2000)

Es necesario destacar, que si bien diversos autores señalan al *suicidio* como predominando en los medios rurales, ello en **Uruguay** no puede asimilarse al **Interior del país** (ninguno de los estudios nacionales, discriminaron entre los medios urbanos y rurales). En nuestro estudio de **Montevideo 2000**, aparece en forma desagregada en *variables de lugar* (urbano-rural).^{15,75,306}

4.2 RELACION DE PARENTESCO DEL ENTREVISTADO

GRÁFICO 1

Distribución de los entrevistados según Relación de Parentesco con los suicidas. Montevideo 2000



Fuente: Para encuestados: Encuesta de Tesis; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional.
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

El 81% de los entrevistados **en el estudio correspondieron a familiares directos de los fallecidos por suicidio (Gráfico 1), un 13,62 % a amigos y vecinos que tenían trato asiduo con los fallecidos y un 5 % restante, fueron catalogados como otros** (policías, vecinos sin una relación muy directa, familiares que hacía tiempo no veían al fallecido, compañeros de presidiarios, porteros, etc.).

A los familiares directos de los fallecidos se los puede discriminar de la siguiente manera: cónyuges con un 25%, **seguido de hijos con un 19%**, hermanos **con un 18%**, padres **con un 12%**, tíos **con un 3,64 %** y sobrinos **con un 3,18%**.

El **95,00 %** de los **entrevistados**, correspondieron a **familiares directos, vecinos contiguos con relación asidua y amigos** de los fallecidos por suicidio.

4.3. VARIABLES DE PERSONA

4.3.1. Características Demográficas

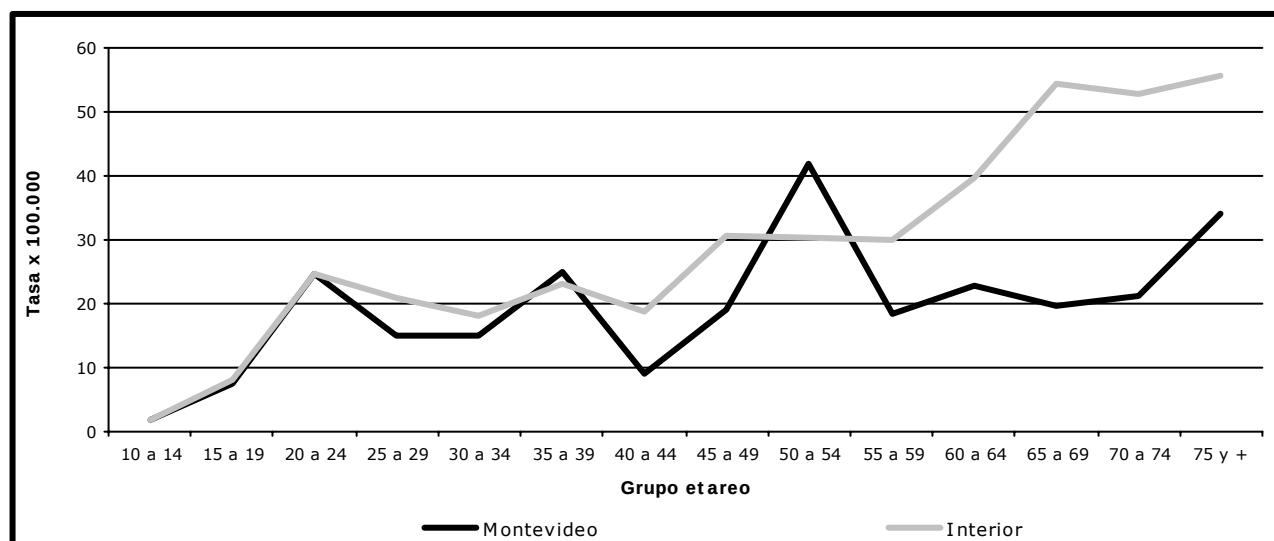
4.3.1.1. Montevideo-Interior

A. Edad

Las tasas en todos los grupos de edad fueron mayores en el Interior del país, con respecto a la capital, con excepción de los grupos de edad de 35 a 39 años y 50 a 54 años como se observa en los Gráficos 2 y 3 y en la Tabla 1 – Anexo IV. Las tasas correspondientes al Interior llegaron a ser más del doble -en algunos grupos etáreos- a las de Montevideo, la brecha entre ambos en general aumento con la edad. (véase Tabla 1 – Anexo IV y Gráfico 2). Las diferencias encontradas entre los grupos fueron estadísticamente significativas, para los de 65 a 69 y 75 años y más años ($p < 0,05$) (véase Tabla 1 – Anexo IV).

GRÁFICO 2

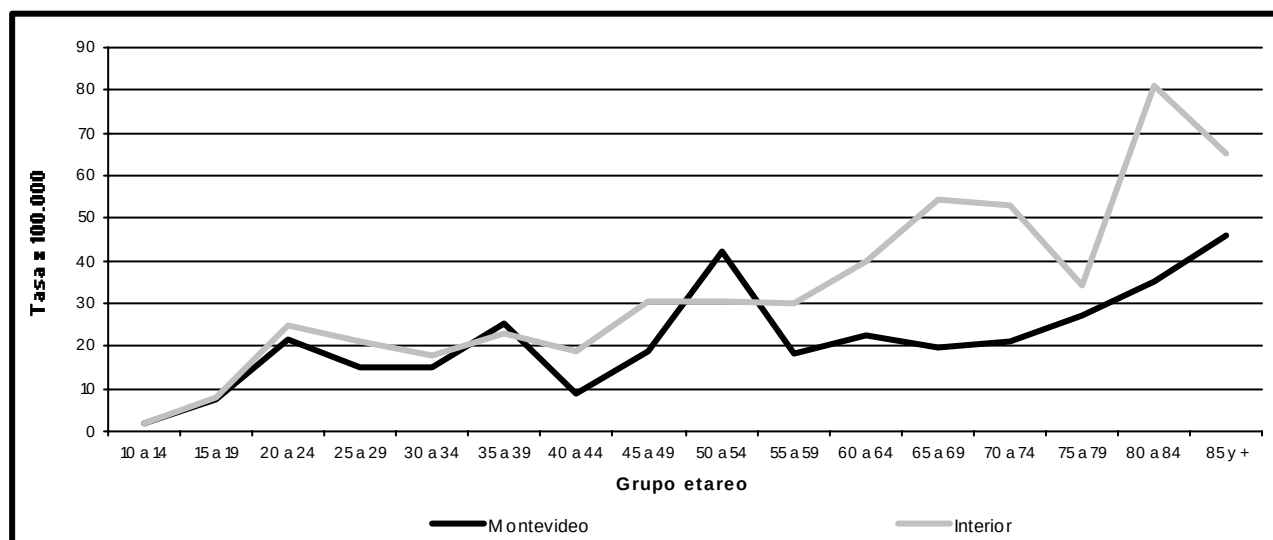
Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio, según Edad
Montevideo-Interior, 2000



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)
(*) Se agrega el grupo de 75 y más

GRÁFICO 3

Distribución de la Tasa de fallecidos por suicidio según Edad. Montevideo-Interior, 2000



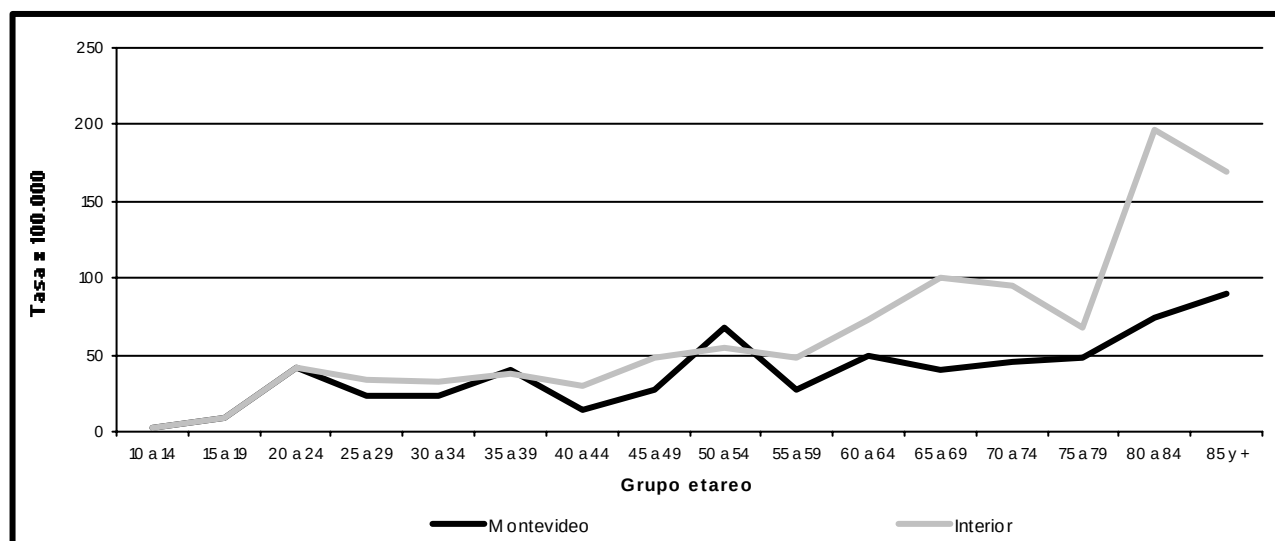
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional.
Para datos de población: Uruguay: Estimaciones y Proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1950-2050 I.N.E. CEPAL/CELADE (1998) Uruguay: Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E (2000)
(*) Se agrega el grupo de 75 y más

B. Edad y Sexo

La tasa en el **sexo masculino** -al igual que la tasa global- fue superior en todos los grupos de edad en el **Interior** en relación con **Montevideo**, excepto en los grupos de **35 a 39** y **50 a 54 años**. (Gráfico 4) La brecha entre ambos aumentó con la edad. (Tabla 1 - Anexo IV) Las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas entre los grupos de edad de **10 a 14**, **65 a 69**, **70 a 74 años** al igual que la tasa de **75 y más años** ($p < 0,05$)

GRÁFICO 4

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidios, según Edad – Sexo Masculino.
Montevideo-Interior, 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)

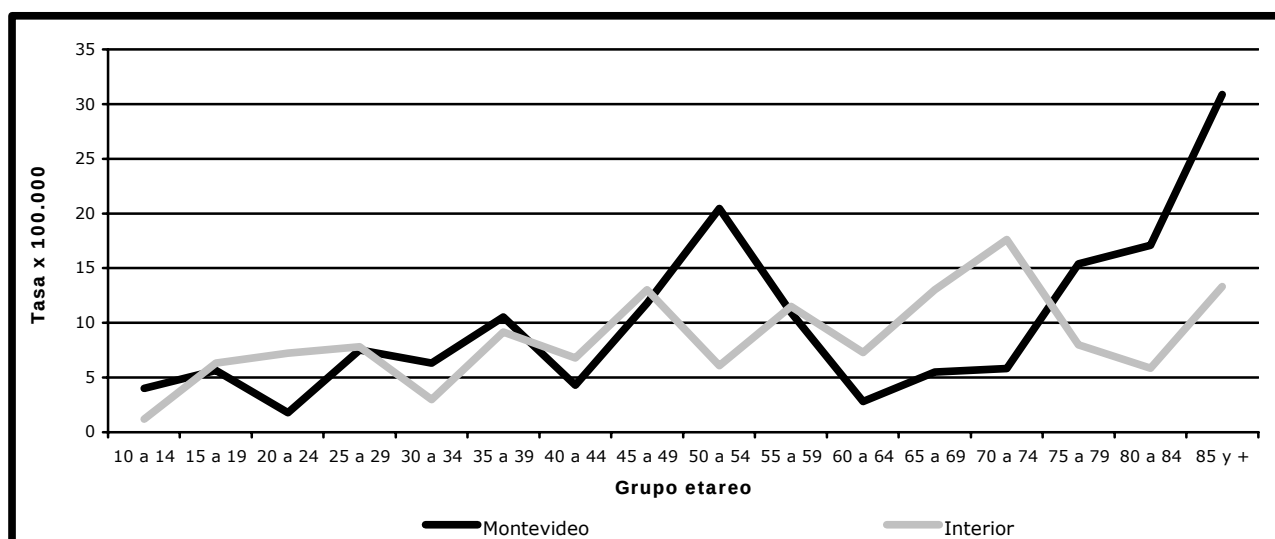
(*) Se agrega el grupo de 75 y más

En el **sexo femenino** se observa la alternancia de la tasa entre **Montevideo** y el **Interior hasta los 74 años**. A partir de los **75 y más años**. (Véase Tabla 1 - Anexo IV y Gráfico 5), la tasa en **Montevideo** sobrepasa a la del **Interior del país** y presenta, un aumento continuo. ($p < 0,05$)

Las diferencias entre las tasas en los diferentes grupos de edad en **Montevideo** y en el **Interior** fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$), para la tasa global y para el **sexo masculino** y **no** para el **sexo femenino**. ($p > 0,05$) (véase Tabla 1, Anexo IV)

GRAFICO 5

Distribución de las Tasas de fallecidos por Suicidio según Edad y Sexo.
Montevideo, 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)

(*) Se agrega el grupo de 75 y más

4.3.1.2 Montevideo

A) Edad

Si se analiza la distribución de la tasa de *suicidio* en **Montevideo** según edad, se observa un **ascenso de la misma con la edad**, variando de una tasa de 1,97 a 46,01 por cien mil de **10 a 14 a 85 y más años** respectivamente. ($p < 0.05$) (véase Tabla 1 y 2 - Anexo IV y Gráficos 2 y 3). **Durkheim**, en **1895** "señalaba que el suicidio era raro en la infancia y que solo en la vejez llegaba a su apogeo, creciendo regularmente con la edad".²⁰²

Se observa en los Gráficos 2 y 3, un pico a los **20 a 24 años** -con una tasa de 21,55 por cien mil, otro a los **35 a 39 años** -con una tasa de 25,13 por cien mil, a los **50 a 54 años** -con una tasa de 41,97 por cien mil, a los **60 a 64 años** -con una tasa de 22,67 por cien mil y posteriormente, el ascenso sistemático de la tasa luego de los **70 años**. (Gráficos 2 y 3)

La media de edad para **Montevideo** fue de 48.79 años y la mediana de 49.50 años. No se encontró diferencia estadísticamente significativa para el *estadístico de z*, ($p > 0,05$) con respecto a la **media del país**, (50.34 años) y la del **Interior** (51.19 años).

Si se analiza la composición de la población por grupo de edad, se observa en la **Tabla 4**, como la población de fallecidos por *suicidio* es extremadamente más vieja que la población del **País** y de **Montevideo**, y como la de suicidas de este último, es a su vez, más joven que la de suicidas a nivel nacional.

Las diferencias se observan fundamentalmente en los grupos de **0 a 14** y de **65 y más años**. La relación de **0-14/65** y más años fue de **0,01 y 0,04** para los suicidios de **Uruguay** y **Montevideo** respectivamente, en el censo de 1996.

TABLA 4
Distribución de la población según Edad. Uruguay-Montevideo 2000
Suicidios Uruguay y Montevideo 2000

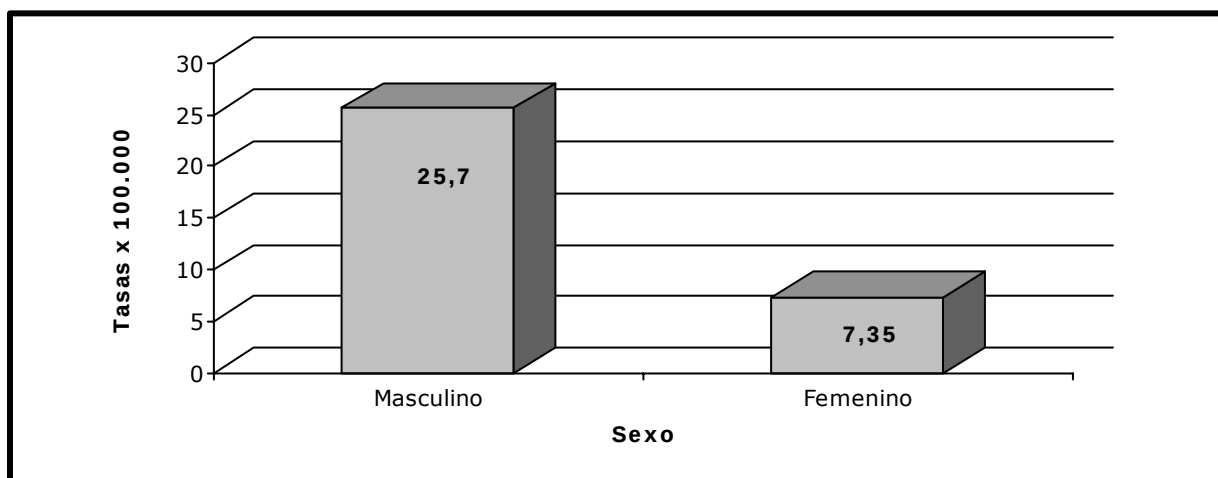
Edad	Uruguay		Suicidios-ROU		Montevideo		Suicidios Mdeo	
	*Índice	1,82	Índice	0,01	Índice	1,42	Índice	0,04
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
0-14	795410	25,1	5	0,5	294.831	22,0	2	1,0
15-64	1961533	62,1	436	70,0	856.557	64,0	164	74,5
65 y más	405961	12,8	185	29,5	193.451	14,0	54	24,5
Total	3.162.904	100,0	626	100,0	1.344.839	100,0	220	100,0

Fuente. Encuesta de Tesis, VII Censo General de Población y II de Hogares y V de Viviendas

* Relación 0-14/65 y más

B) Sexo

GRÁFICO 6
Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio, según Sexo.
Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

La tasa para el **sexo masculino** fue de 25,70 por cien mil, **3,5 veces mayor** que (Gráfico 6) la **femenina**, la cual fue de 7,35 por cien mil ($p < 0,05$).

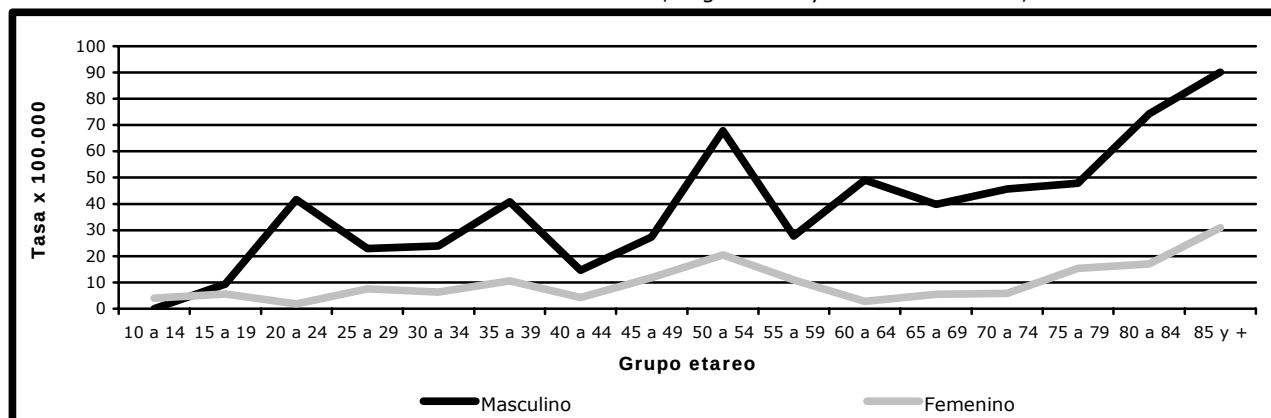
La **razón de masculinidad** fue mayor en el **Interior** donde presento cifras de **5,53** suicidios masculinos por cada femenino. (véase Tabla 1 – Anexo IV).

La **razón de masculinidad**, como se observa en la Tabla 1, fue mayor en casi todos los grupos de edad en el **Interior con** relación a **Montevideo**, a excepción de los grupos de **20 a 24**, **60 a 64** y **70 a 74 años respectivamente**.

C) Edad y Sexo

GRÁFICO 7

Distribución de las Tasas de suicidio, según Edad y Sexo. Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

La tasa para el **sexo masculino**, presentó un **ascenso permanente con la edad**, pasando de cifras de **9,35** para los **15 a 19 años a 90 por cien mil** (10 veces mayor) para los **85 y más años** ($p < 0,05$). (véase Tablas 1 y 3 – Anexo IV y, Gráficos 4 y 7).

En el Gráfico 7, se observa la presencia de 4 picos a saber: **20 a 24 años** –con una tasa de **41,60 por cien mil**, **35 a 39 años** –con una tasa de **40,80 por cien mil**, **50 a 54 años** –con una tasa de **67,90 por cien mil** y, **60 a 64 años** –con una tasa de **49,41 por cien mil**, respectivamente.

La tasa masculina, comienza luego, un **ascenso sistemático a partir de los 65 años**.

La **media masculina** fue de **47,90 años** (mediana 48,50), para **Uruguay** de **50,60 años** (prueba de z; $p > 0,05$) y, en el **Interior del País** de **51,92 años** ($p < 0,05$).

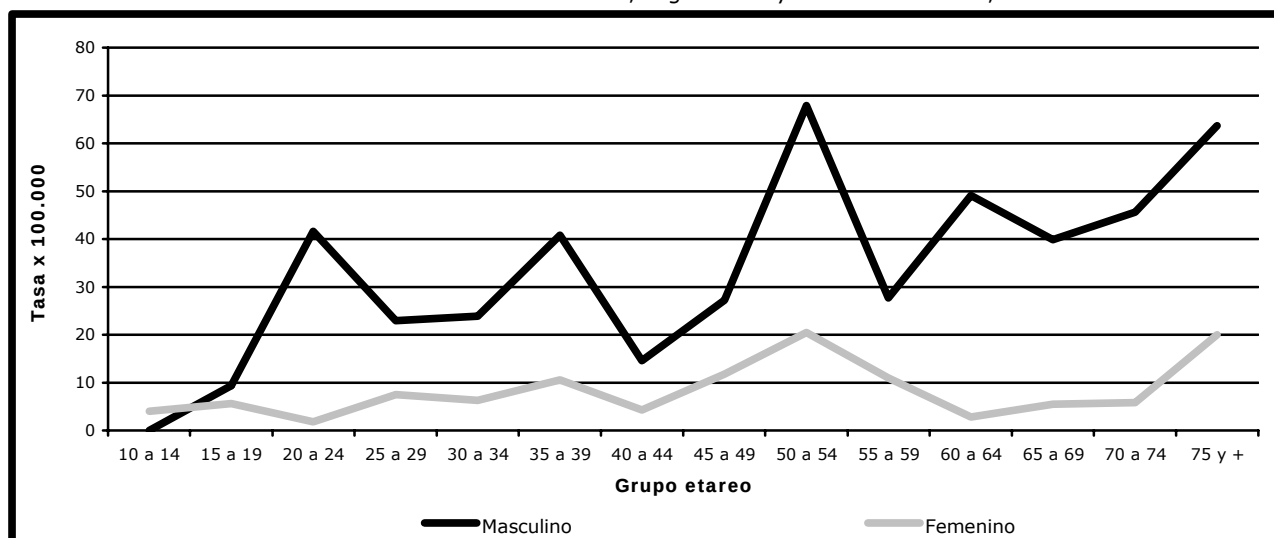
Para el **sexo femenino**, la tasa presentó un pico en el grupo etario de **50 a 54 años** con una tasa de **20,47 por cien mil**, para luego comenzar un **ascenso sostenido a partir de los 71-72 años**, llegando a cifras de **30,88 por cien mil a los 85 años y más**. ($P > 0,05$).

La **media femenina** fue de **51,19 años** (la mediana de 51,50 años), siendo para todo el **país** de 49,20 años y, para el **Interior** de 47,19 años ($p > 0,05$). (véase Tablas 1 y 3 – Anexo IV y, Gráficos 5 y 7)

En el Gráfico 7, se observa, como a medida que la curva recorre los grupos etarios, la brecha entre los sexos aumenta con el envejecimiento de la población. La media para el **sexo masculino** fue un 8% menor que la **femenina** (47,90 y 51,51 años respectivamente) ($P > 0,05$)

GRÁFICO 8

Distribución de las Tasas de suicidio, según Edad y Sexo. Montevideo, 2000



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

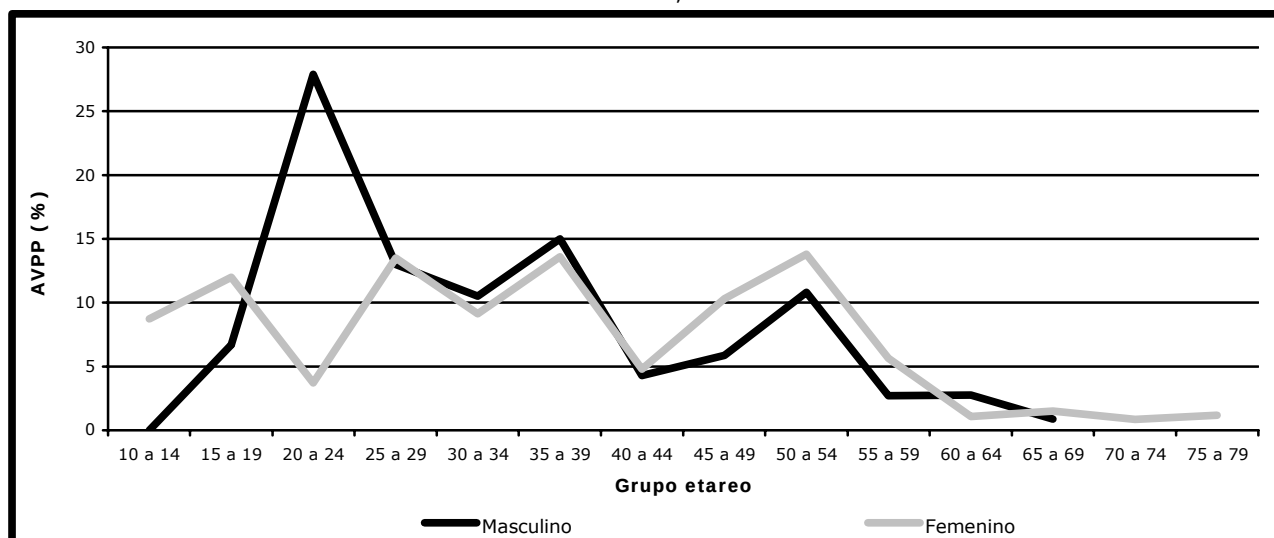
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

* Se agrega el grupo de 75 y más años

D) AVPP

GRÁFICO 9

Distribución de los AVPP* de los fallecidos por suicidio, según Edad y Sexo. Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

* Años de Vida Potencialmente Perdidos

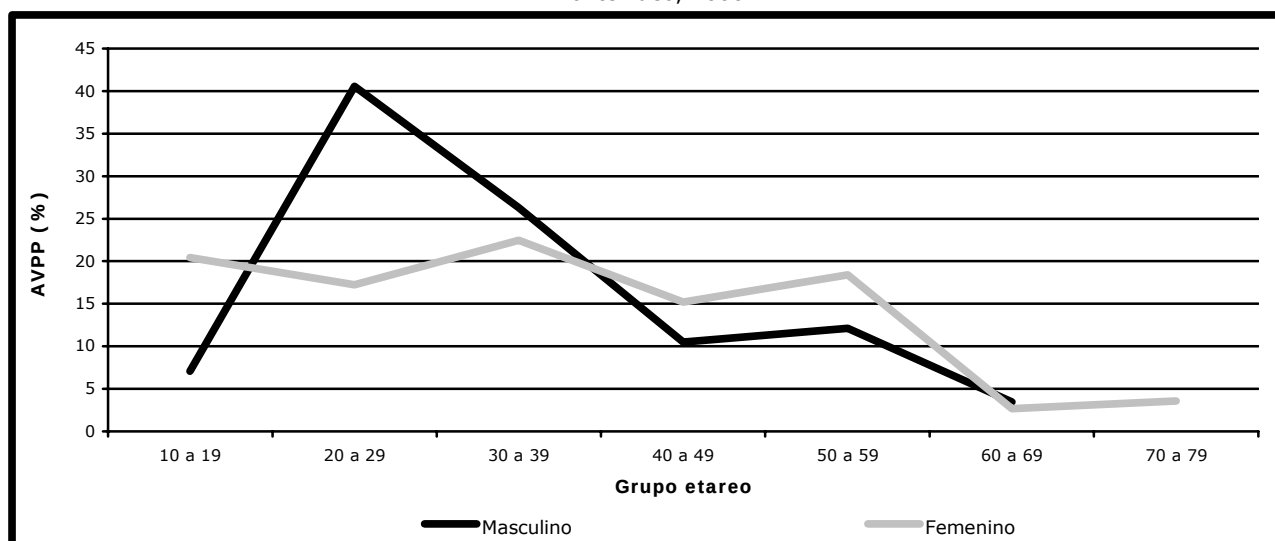
En el Gráfico 9 y Tabla 3 – Anexo IV, se observa que el porcentaje de años **AVPP (Años de Vida Potencialmente Perdidos)** es **mayor en los hombres menores de 40 años** que en las **mujeres** de las misma edad, con un pico importante para el grupo de **20 a 24 años (27,90%)**.

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%**. (véase Tabla 3 – Anexo IV y Gráficos 9 y 10) En los **mayores de 40 años**, los AVPP representaron el **26,06%** para los hombres y para el sexo femenino el **39,85%**

El promedio de AVPP por defunción fue de 29 años para el sexo masculino y 28 años para el femenino.

En **Uruguay** si se considera este indicador, los **suicidios** y los **accidentes de tránsito**, ocuparon los primeros lugares a diferencia de otros países como **EE.UU.**, que entre 1952 y 1992 constituyeron la quinta causa de **AVPP²⁰⁷**.

GRÁFICO 10
Distribución de los AVPP* de los fallecidos por suicidio, según Edad y Sexo.
Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

* Años de Vida Potencialmente Perdidos

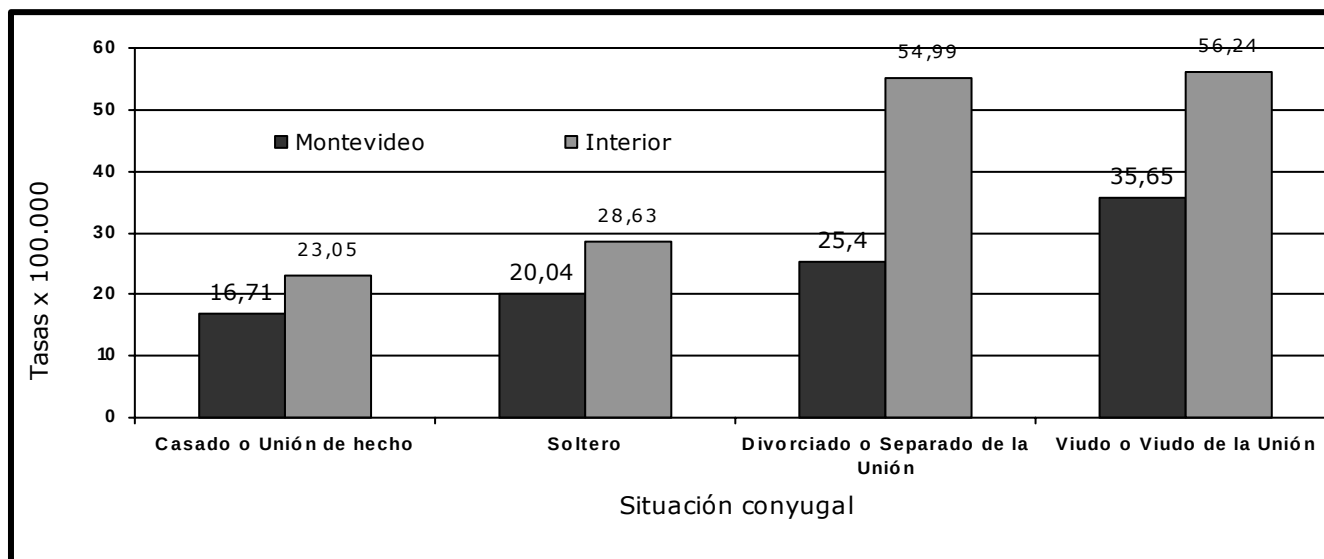
En el Grafico 10, se observa un **pico importante en los AVPP en el grupo de 10 a 19 años para el sexo femenino** y para el **masculino de 20 a 29 años**, con el **20,43% y 40, 57%** respectivamente. En el grupo de **50 a 59 años** se presentó un pico con el **18,39%** de los **AVPP para el sexo femenino** y se **observa luego de los 40 que la curva femenina cruza a la masculina**. (véase Tabla 3 – Anexo IV)

E) Situación Conyugal

Las tasas de *suicidio* fueron mayores (Grafico 11) entre **viudos o viudos de la unión, divorciados o separados de la unión, y solteros** que entre **casados o con unión de hecho** tanto en **Montevideo** como en el **Interior del país**, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

GRÁFICO 11

Distribución de las Tasas de suicidio, según Situación Conyugal. Montevideo-Interior, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.
 Se utilizó como denominador para el cálculo de la tasa la población según situación conyugal del censo de 1996 de 12 años y más

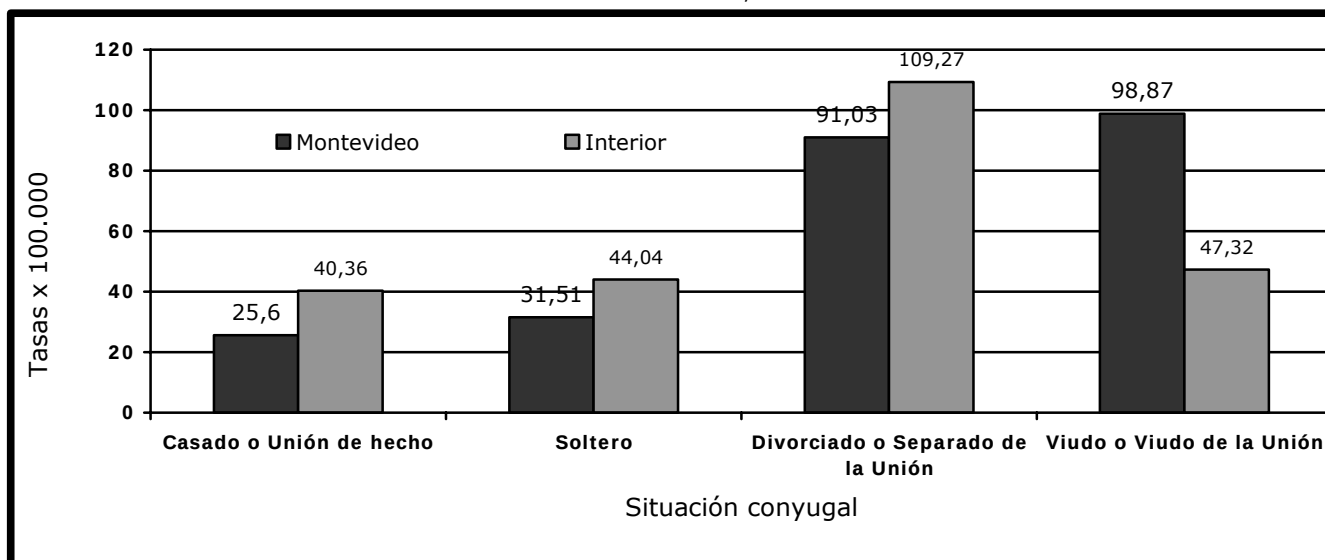
F. Situación Conyugal y Sexo

Para el **sexo masculino** en **Montevideo**, (Grafico 12), **los divorciados y los viudos**, presentaron tasas más de tres veces superiores que los **casados y solteros** ($p < 0,05$) y, en el **Interior**, **esta diferencia fue más de dos veces superior entre divorciados** que en **casados, viudos y solteros** ($p < 0,05$).

Las tasas de casados, divorciados y solteros fueron mayores en el Interior, en cambio **los viudos** presentaron una tasa **más de dos veces mayor en Montevideo**. ($p < 0,05$).

GRAFICO 12

Distribución de las Tasas de suicidio, según situación conyugal, Sexo Masculino Montevideo-Interior, 2000

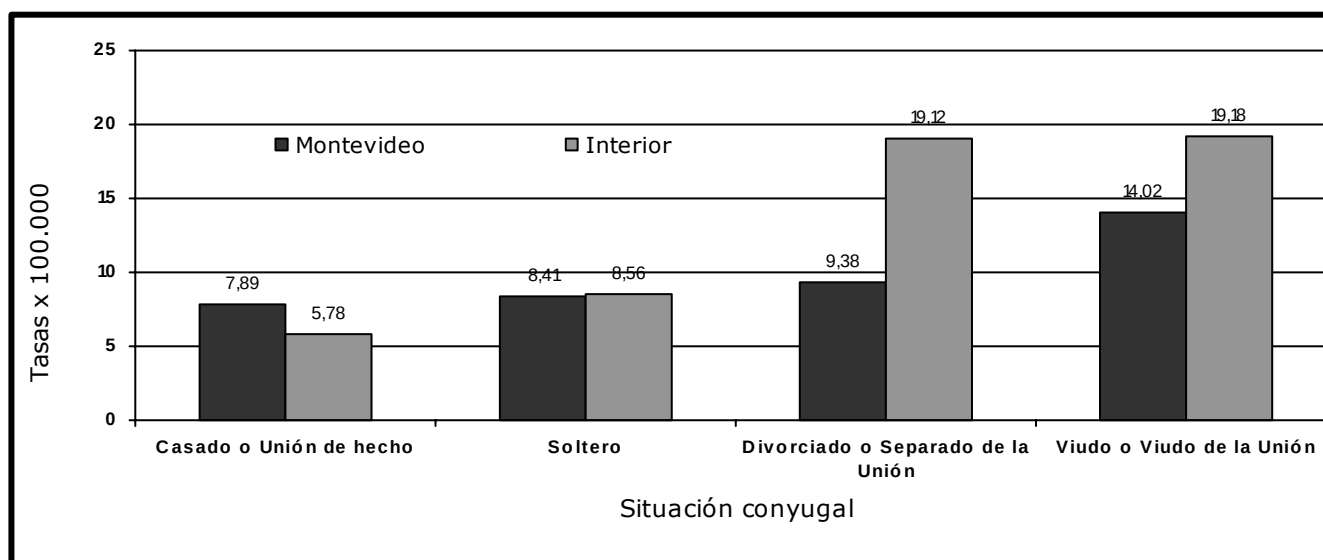


Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional;
 Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.
 Se utilizó como denominador para el cálculo de la tasa la población según situación conyugal del censo de 1996 de 12 años y más

En el **sexo femenino** no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las diversas situaciones conyugales para **Montevideo** (Grafico 13) ($p>0,05$), en cambio en el **Interior del país**, las **tasas de divorciadas y viudas** fueron **casi 4 veces mayores que en las casadas y más del doble que en las solteras**. ($p<0,05$).

GRAFICO 13

Distribución de las Tasas de Suicidio, según Situación Conyugal. Sexo femenino
Montevideo-Interior, 2000



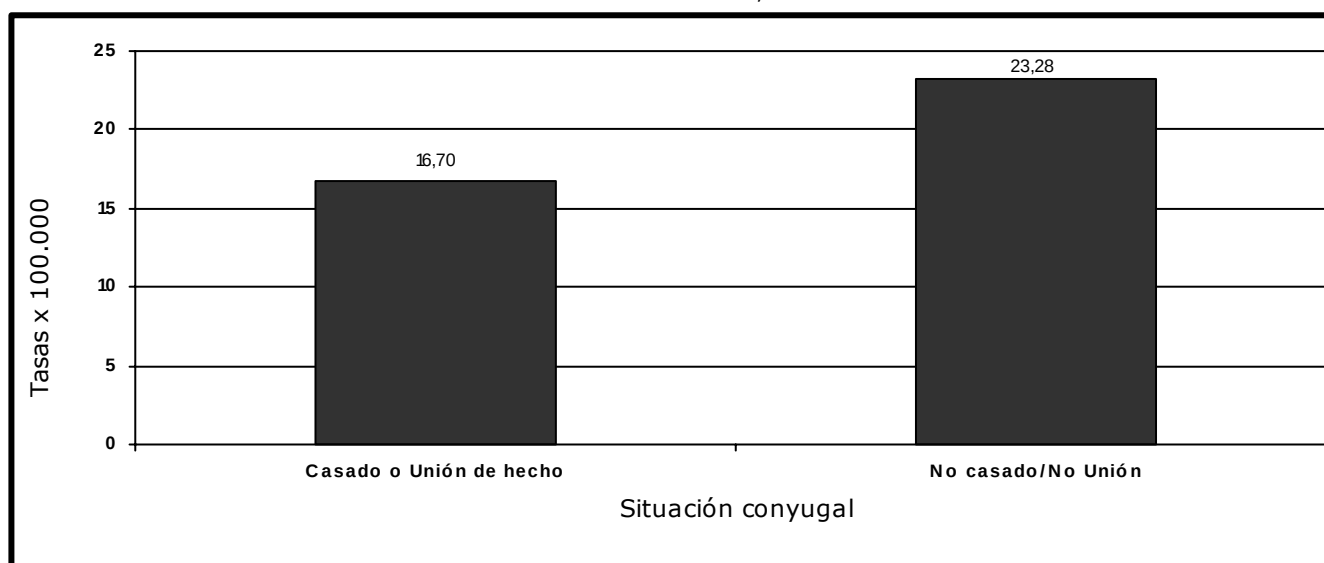
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional;
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.
Se utilizó como denominador para el cálculo de la tasa la población según situación conyugal del censo de 1996 de 12 años y más

Las diferencias encontradas entre las tasas **femeninas** y **masculinas** en **Montevideo**, en todas las situaciones conyugales, fueron estadísticamente significativas ($p<0,05$).

La **tasa de casados o con unión de hecho** en **Montevideo**, fue de **16,70 por cien mil**, 39% inferior a la de aquellos que se encontraban **sin una relación afectiva estable** (solteros, divorciados o separados de la unión y viudos o viudos de la unión que presentaron una tasa de **23,28 por cien mil**) ($p<0,05$) (Gráfico 14), estas diferencias también fueron significativas en el **sexo masculino** ($p<0,05$) (Grafico 15); no así en el **sexo femenino** ($p>0,05$). Estudios realizados por **Durkheim**⁶⁸, **Aapley et al**,¹²⁴ **Meehan et al**,²⁰⁸ **OMS**¹⁹ confirman estos hechos.

GRÁFICO 14

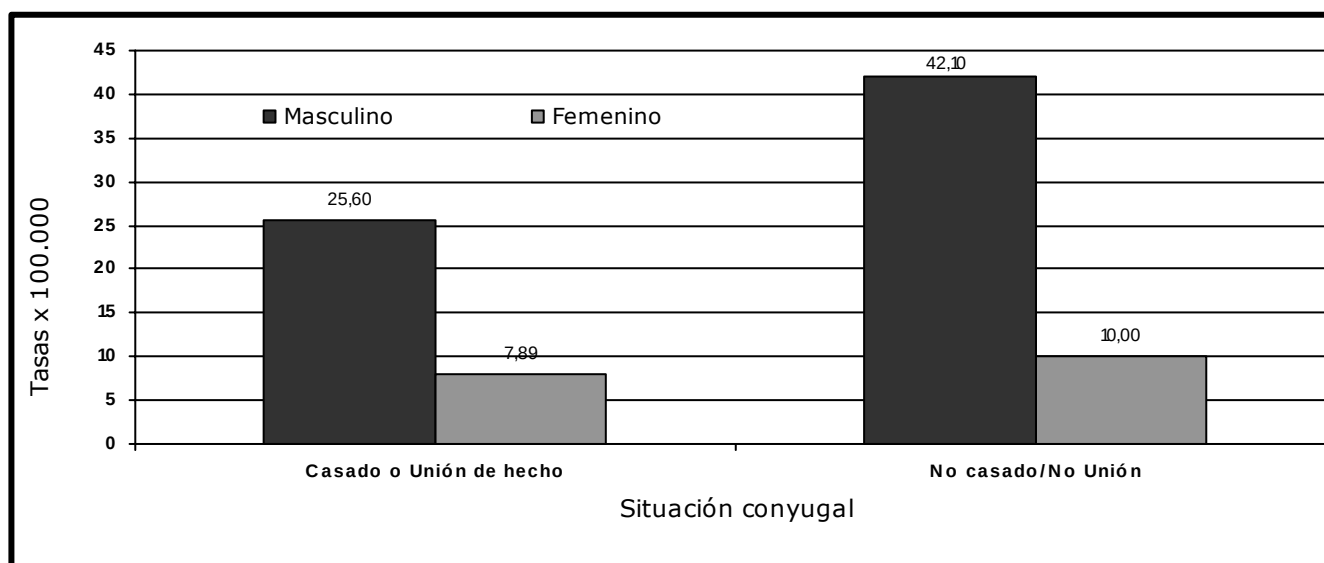
Distribución de las Tasas de fallecidos Suicidio por Situación Conyugal
Montevideo, 2000



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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.
Se utilizó como denominador para el cálculo de la tasa la población según situación conyugal del censo de 1996 de 12 años y más

GRÁFICO 15

Distribución de las Tasas de fallecidos por Suicidio según Situación Conyugal y Sexo. Montevideo, 2000



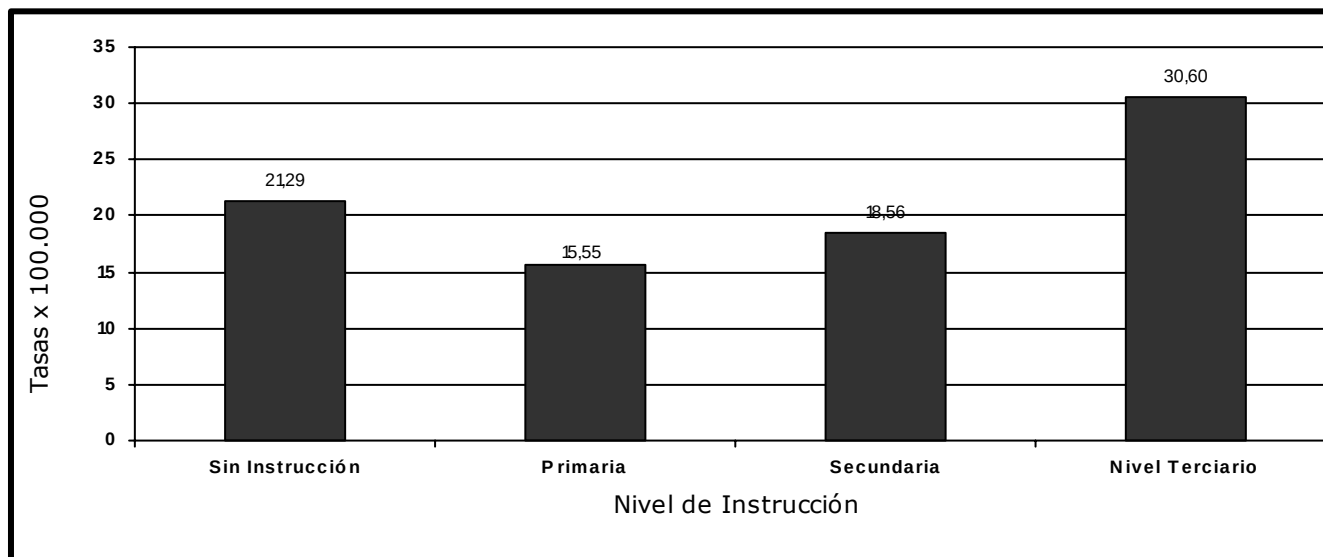
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional;
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.
Se utilizó como denominador para el cálculo de la tasa la población según situación conyugal del censo de 1996 de 12 años y más

4.3.2 Características Socio- Económico - Culturales

4.3.2.1 Nivel de Instrucción

GRÁFICO 16

Distribución de las Tasas de fallecidos por Suicidio según Nivel de Instrucción.
Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.
Se utilizó como denominador para el cálculo de la tasa la población de 6 años o mas por mayor nivel alcanzado en la enseñanza regular del año censal 1996.

Si se estudia el nivel de instrucción entre los fallecidos se observa, (véase Tabla 11 – Anexo IV y Grafico 16) que la tasa presentó cifras más elevadas, entre los de nivel de instrucción terciario (30,60 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 5, se presenta a los fallecidos que poseían nivel educativo terciario según el *nivel socioeconómico* (obsérvese en *Material y Método, Tomo IV. Anexos V*, la construcción de la variable) y se observa que tan solo 1/3 pertenecían al nivel alto. (ver más adelante nivel socioeconómico).

TABLA 5

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

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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.
Para NBI: J. J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo – S. Hernández – V. Mello Se redefinieron las secciones censales según tres estratos socioeconómicos en función de tres y mas NBI ajustadas en el momento de la concurrencia al domicilio del fallecido por las condiciones de la vivienda o según entrevista a familiares.
(*) Obsérvese construcción del Indicador en Anexos V “variables” Tomo IV

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 tasas¹¹ 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*

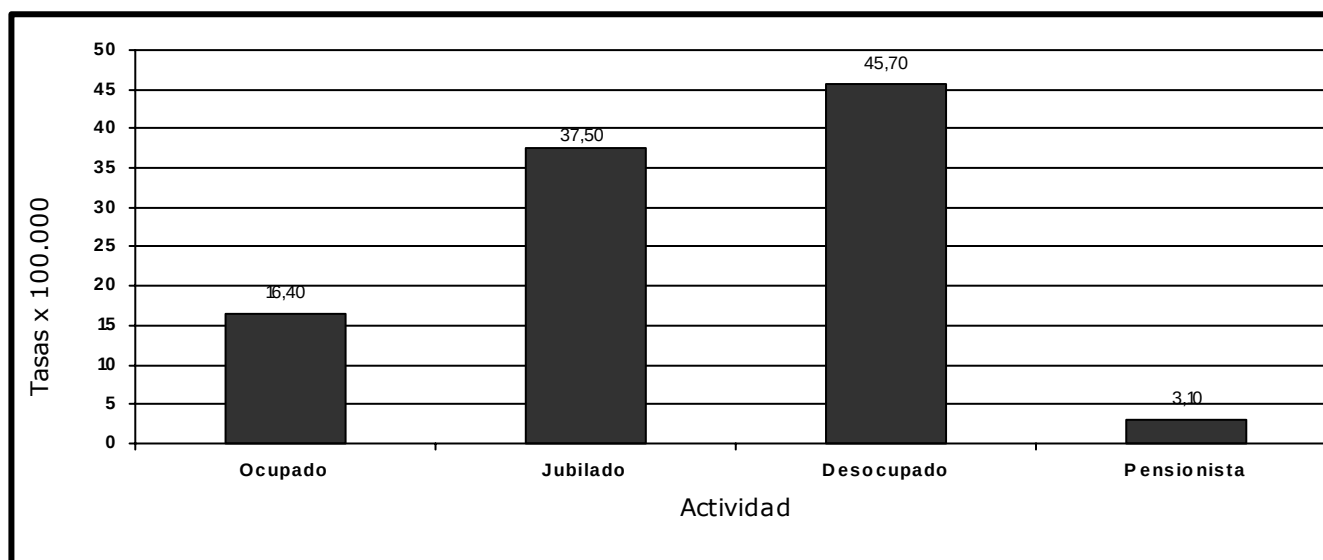
para percibir el entorno y las limitaciones percibidas en la realidad empírica, y en consecuencia, en sus posibilidades de realización futura, podrían considerarse entre las probables argumentaciones explicativas de estos hallazgos.

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.^{14,64,72}

4.3.2.2 Relación de Actividad

GRÁFICO 17

Distribución de las Tasas de fallecidos por Suicidio, según Actividad.
Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Se utilizó como denominador la proporción de personas desocupadas en la población económicamente activa (tasa de desempleo) en el año 2000 en Montevideo (14%) $\text{tasa de desempleo} = \text{desocupados} / \text{PEA}$ (véase en Material y Método AnexoV, Tomo IV las definiciones correspondientes)

Los **desocupados** presentaron una tasa de **45,7 por cien mil**, 178% mayor a la de ocupados (16,4 por cien mil) ($p < 0,05$) (Gráfico 17). 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.^{21,36,77,124,217,232-234,239} **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.

La tasa de desempleo aumentó significativamente en el año 2000 respecto de 1999, debido a que a la contracción del empleo, se sumó el incremento de la población económicamente activa, comportamiento que se habría derivado de la estrategia de supervivencia de los hogares, en un contexto en el que sus ingresos cayeron significativamente. La tasa de desempleo en todo el *país urbano*, se ubicó en el promedio del año, en el nivel más alto desde **la crisis económica de 1982 (13,6%)**. (véase **Estudio Histórico 1887-2000**).

La situación del mercado de trabajo en el año 2000 fue aun más grave si se considera, por un lado, la pérdida de capital humano que supone el incremento de la duración del desempleo y el aumento del número de **desocupados con más calificación formal y/o experiencia** y, por otro lado, el notorio aumento de los **desempleados que son jefes de hogar, cuya desocupación por ende, tiene particular impacto social**.³¹⁸

El **salario real medio** descendió de forma apreciable en el promedio del año, como consecuencia de la persistencia de elevadas tasas de desempleo y del control del gasto público en remuneraciones. El ingreso del conjunto de los trabajadores, (masa salarial) disminuyó notoriamente, debido al descenso del número de ocupados, del salario real y de las horas trabajadas.³¹⁸

El **ingreso medio real de los hogares** en dicho año, disminuyó de forma significativa respecto de 1999 (4%) como consecuencia de la apreciable caída de los ingresos salariales reales y de la reducción del poder adquisitivo de las pasividades, que dejaron de operar positivamente sobre el ingreso de los hogares, a diferencia de lo que había ocurrido en años anteriores.³¹⁸

La tasa de desempleo en **Montevideo** fue superior a la del **Interior** (13,3%) y a la del total del **país**, ubicándose en el **14 %**.³¹⁸ La tasa de desempleo entre los que se encontraron por debajo de la línea de pobreza alcanzó un **26 %**.

La **duración del desempleo** -el tiempo en el que los desocupados estuvieron en condición de tales- en el promedio del año, aumentó en ambas regiones geográficas, haciéndolo más significativamente en **Montevideo**. La duración del desempleo continuó siendo en ambas regiones superior a la del período medio que cubre el seguro social (24 semanas); se situó en 30,5 y 29,5 semanas para **Montevideo** y el **Interior** respectivamente³¹⁸

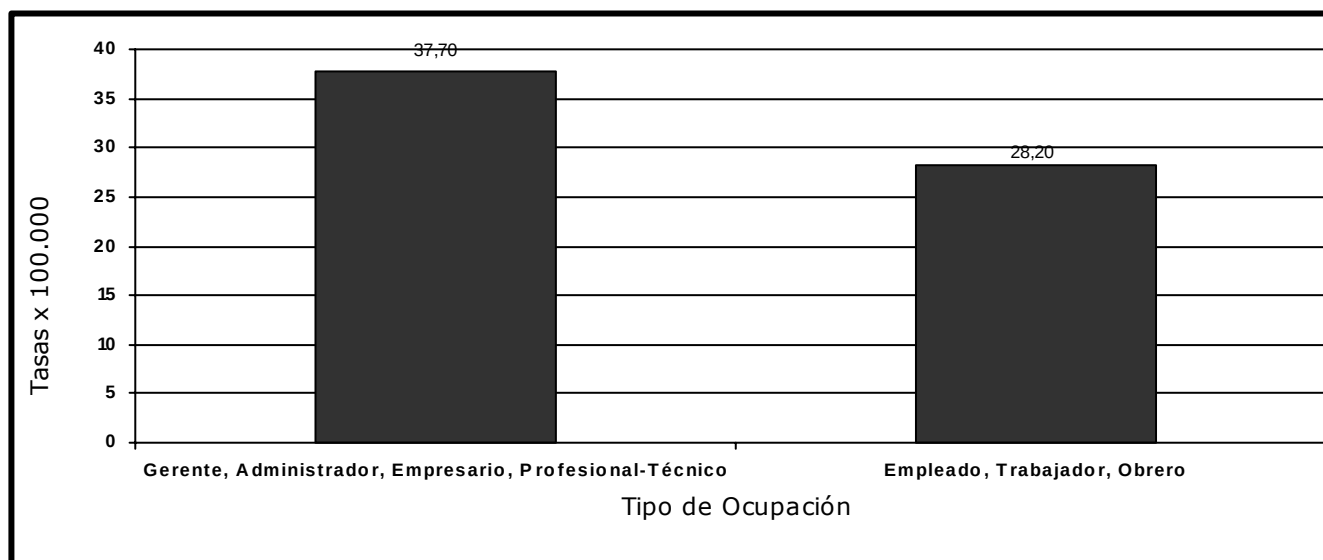
Durkheim, sostuvo que debía haber una correlación entre el desempleo y el *suicidio*^{24, 68}. En otros estudios, se ha encontrado asociación entre desocupados y tasas de *suicidio*. Se definió a esta asociación como un fenómeno complejo donde intervienen múltiples factores como la pobreza y la depresión social⁷⁷.

En síntesis, al considerable incremento de la **tasa de desempleo en el año 2000**, hay que agregar la **pérdida de capital humano** asociada al aumento de la duración del desempleo y del **número de desocupados con mayor calificación formal y/o mayor experiencia, la caída del salario real medio, del ingreso medio real de los hogares** y el sensible **aumento de los desempleados jefes de hogar**, con un notorio e influyente impacto social.³¹⁸

4.3.2.3 Tipo de Ocupación

GRÁFICO 18

Distribución de las Tasas de fallecidos por Suicidio, según Tipo de Ocupación
Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.
Se utilizó como denominador la población de 12 o más años económicamente activa según ocupación principal del censo de 1996 (véase Material y Método, Anexo V, Tomo IV)

La tasa de *suicidio* fue mayor entre los (Gráfico 18) **administradores, empresarios, profesionales y técnicos** (37,7 por cien mil) que entre los trabajadores y obreros (28,4 por cien mil) ($p < 0,05$).

Se estableció el **nivel socioeconómico** de los primeros, encontrándose que tan solo un 25%, pertenecían al **nivel socioeconómico alto**; en consecuencia, un 75% de los mismos pertenecieron a los **niveles socioeconómicos medios y bajos**. (Tabla 6)

Estos resultados son coincidentes con lo encontrado en el nivel de instrucción, en donde las tasas fueron más altas en los de educación terciaria.

TABLA 6

Distribución de los fallecidos por suicidio Gerentes – Administradores – Empresarios – Profesional – Técnico, 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	18	35,00
MEDIO	1,20 - 9,99	20	40,00
ALTO	0,00 - 1,19	13	25,00
Total		51	100,00

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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para NBI: J. J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo – S. Hernández – V. Mello Se redefinieron las secciones censales según tres estratos socioeconómicos en función de tres y mas NBI ajustadas en el momento de la concurrencia al domicilio del fallecido por las condiciones de la vivienda o según entrevista a familiares.

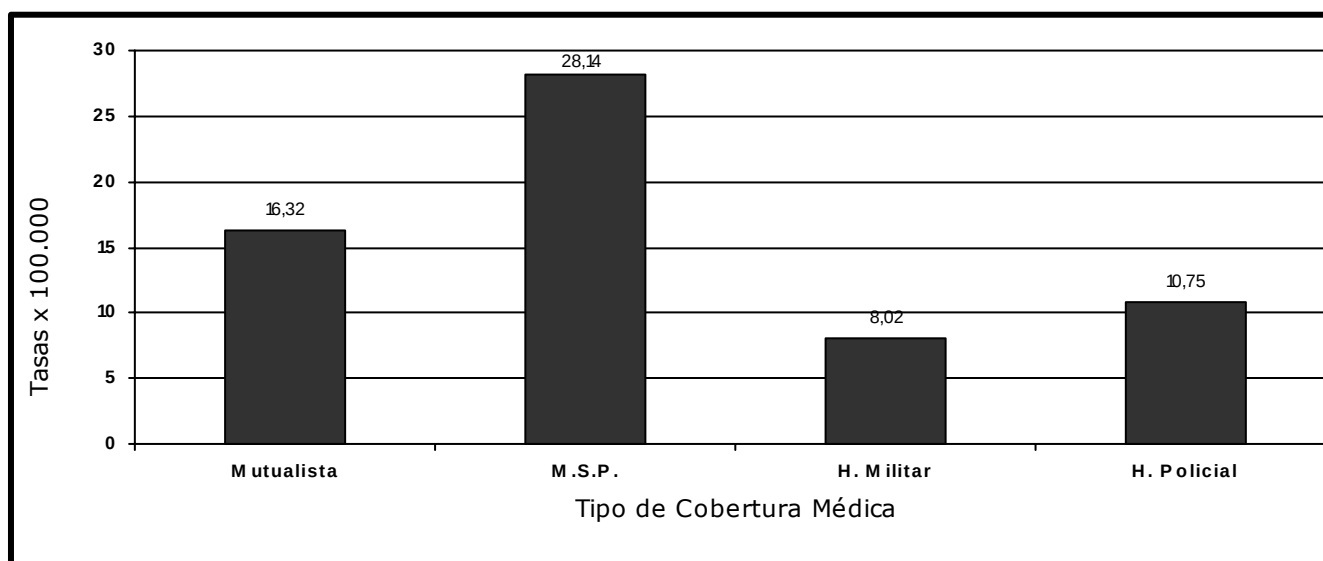
4.3.2.4 Cobertura de Atención Médica

Los fallecidos por *suicidio* usuarios del MSP presentaron una tasa de 28,14 por cien mil, 72% superior a la del sector privado (16,32 por cien mil) (Gráfico 19) ($p < 0,05$)

Si se analiza para todo el **subsector público**, fue de 23,40 por cien mil, 43% mayor a la del **subsector privado**. (Las tasas para sanidad militar y policial fueron menores) ($p < 0,05$) (Gráfico 20). Estos resultados reflejan lo encontrado (véase más adelante) en la situación socioeconómica de los fallecidos.

GRÁFICO 19

Distribución de las Tasas de fallecidos por Suicidio, según cobertura De Atención Médica. Montevideo, 2000

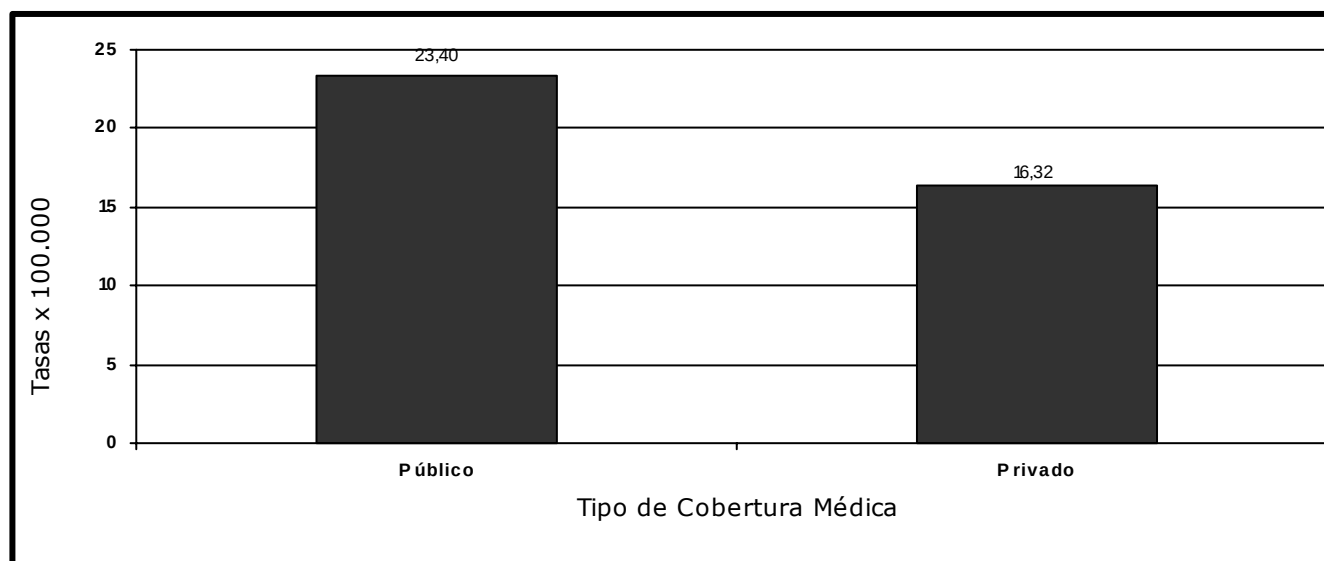


Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E. Se utilizó como denominador la población según cobertura de salud del año censal 1996

GRÁFICO 20

Distribución de las Tasas de fallecidos por Suicidio, según Cobertura de Atención Médica
Montevideo, 2000



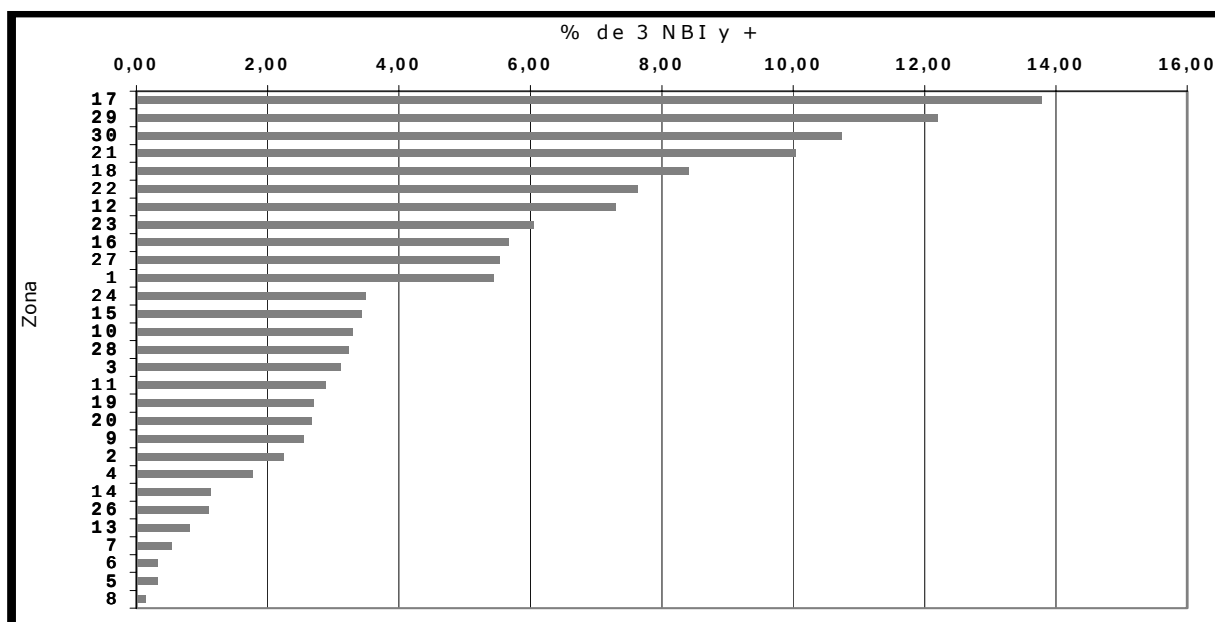
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.
Se utilizó como denominador la población según cobertura de salud del año censal 1996.

4.3.2.5 NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas)

GRÁFICO 21

Distribución de los fallecidos por suicidio según Zona Montevideana Ajustada x NBI. (3 NBI y +)



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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para NBI se redefinieron las secciones y segmentos censales según criterio homogéneo de tres y más NBI en 30 zonas. J.J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo – S. Hernández – V. Mello (véase Material y Método Tomo I y División de Montevideo en 30 zonas en Anexo V, Tomo IV)

Montevideo se dividió en 30 zonas, (véase *Material y Método*: Criterio metodológico para la división de Montevideo en 30 zonas, en Anexo V División de Montevideo en 30 zonas NBI) considerando el porcentaje de población con Tres y más NBI, (véase Tabla 5 y 6, Anexo IV y Gráfico 21) en base al estudio de la Facultad de Ciencias Sociales de JJ Calvo (véase

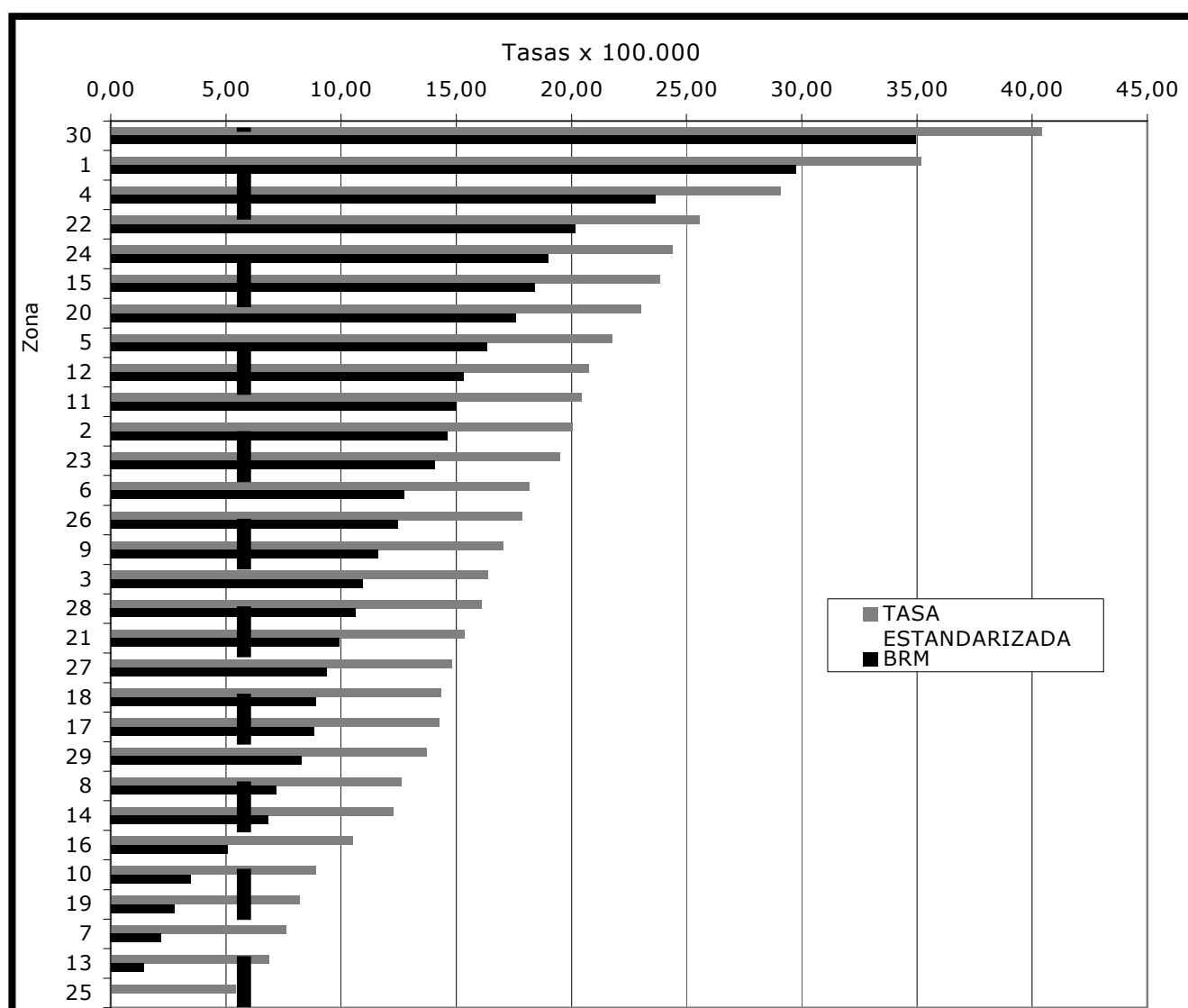
Material y Método). La zona que presentó el más (véase Tabla 5 y 6 - Anexo IV y Grafico 22) elevado porcentaje de NBI fue la 17 (perteneciente a los barrios de Casavalle, Manga, Gruta de Lourdes y Borro) con un porcentaje de 10,73 % seguido luego por la zona 29 (Casabó, Santa Catalina y Pajas Blancas) con un porcentaje de 12,21%. Entre las zonas con bajo porcentaje de necesidades básicas insatisfechas se destacaron: la 5, la 6 y la 8 (Punta Carretas, Parque Batlle, Tres Cruces y Pocitos; Pocitos, Buceo; Carrasco Sur y Punta Gorda) con porcentajes de 0,33%, 0,33% y 0,15% respectivamente.

No se encontró correlación entre los porcentajes de NBI y las tasas de muerte por suicidio, ($r = 0,21$; $t = 1,170884$; $p\text{-valor} = 0,251514$) al igual que en otros estudios^{217,235,24,154,220,240} realizados en Estados Unidos y en Europa y a diferencia de la división en zonas de diferente nivel socioeconómico realizada en Montevideo (véase tablas 7 y 8 - Anexo IV, Gráfico 23 y Mapa 3) ajustada por entrevista a cada fallecido, donde se encontró una tasa mas elevada en el Nivel socioeconómico bajo).

El autor señala en este sentido que las NBI se refieren a pobreza estructural²⁴⁴ y que son un reflejo de lo ocurrido en el censo de 1996, por tanto no se refieren a los cambios sociales que puedan haber ocurrido (pobreza reciente). Para ello se ajusto el nivel socioeconómico en el momento de la realización entrevista.

GRÁFICO 22

Distribución de las tasas estandarizadas de los fallecidos por suicidio según Zona Montevideana Ajustada x NBI (3 NBI y +) y BRM. Montevideo 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para NBI se redefinieron las secciones y segmentos censales según criterio homogéneo de tres y más NBI en 30 zonas. Se calcularon las tasas de las mismas ajustadas por método directos y las correspondientes brechas reducibles de mortalidad. J.J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo – S. Hernández – V. Mello (véase Material y Método Tomo I y División de Montevideo en 30 zonas en Anexo V, Tomo IV)

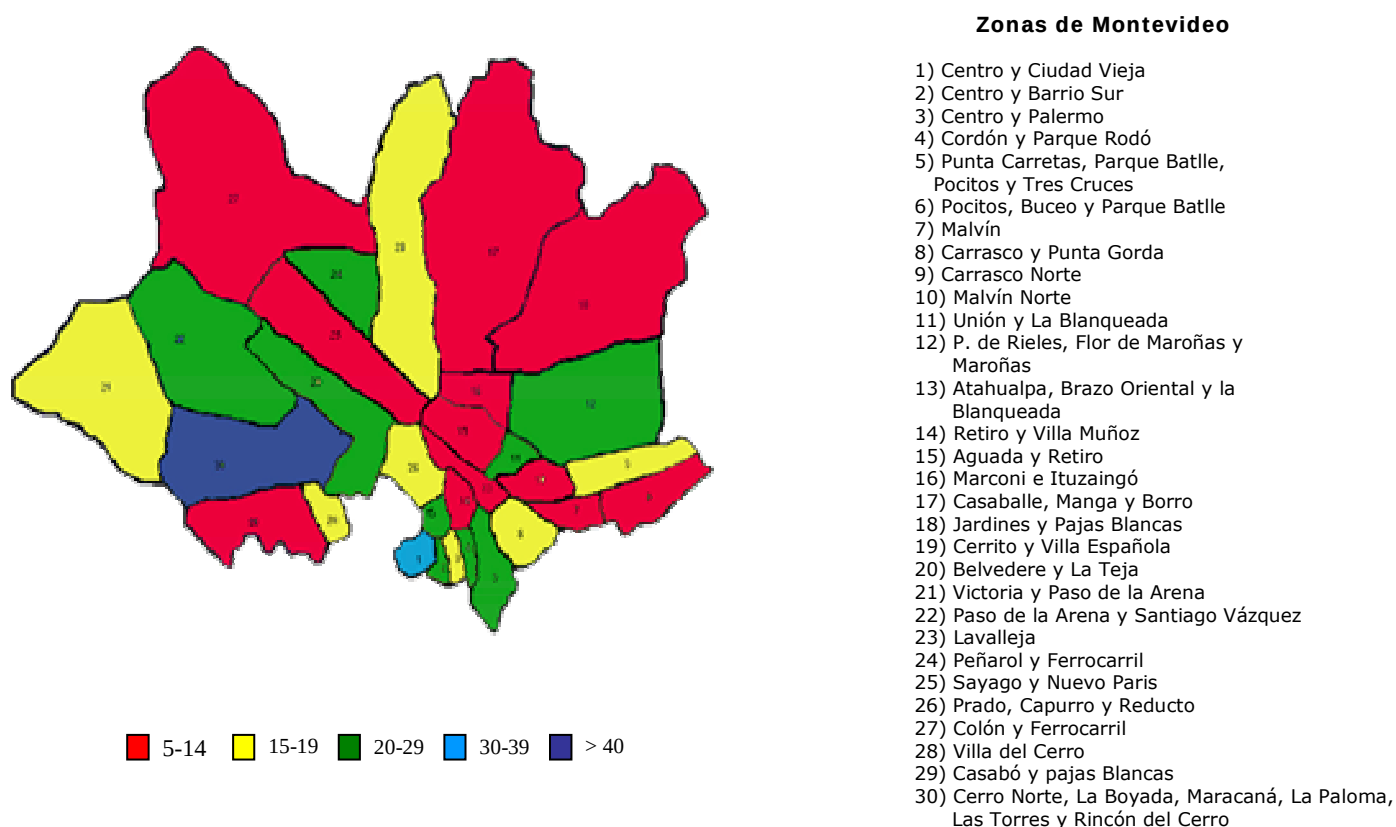
Si analizamos las tasas estandarizadas (véase *Material y Método*, Anexo V) se observan, (véase Tablas 5 y 6 - Anexo IV y Gráfico 22) zonas de *Montevideo* por encima de 35 por cien mil (tasa general de Montevideo 15,93 por cien mil) como la 30 (*Cerro Norte, La Boyada, Maracaná, La Paloma, Las Torres y Rincón del Cerro*) y la zona 1(*Centro y Ciudad Vieja*) con valores de 40,19 y 35,18 por cien mil respectivamente.

Las zonas con tasas menores fueron la 25 (*Sayago y Nuevo París*) y la 13 (*Atahualpa, Brazo Oriental, Bolívar y La Blanqueada*) con valores de 5,43 y 6,87 por cien mil respectivamente. Las brechas reducibles de mortalidad en las zonas de tasas más altas alcanzan valores de 34, 96 por cien mil (643, 83% superior a la 25). Obsérvese en el gráfico 23 la magnitud de las brechas en el tamaño de las barras y Tabla 5 en Anexo IV. (véase Mapa 1 y Mapa 2)

En el Mapa 1, se observa, la distribución geográfica de las tasas estandarizadas siendo las señaladas zonas 30 y 1 las que presentaron cifras más elevadas. En el Mapa 2 se indican las diversas zonas de Montevideo según BRM (brechas reducibles de mortalidad) Las que presentaron brechas mayores fueron la 30, seguida de la 1 y la 4 (por encima de 400%). (Tabla 5 en Anexo IV) Se ubicaron en un nivel intermedio la 24, 20, 28, 26, 15, 2, 3, 5 y 6. Estas deberían ser las zonas a priorizar dentro de la capital para realizar intervenciones de carácter preventivo.

MAPA 1

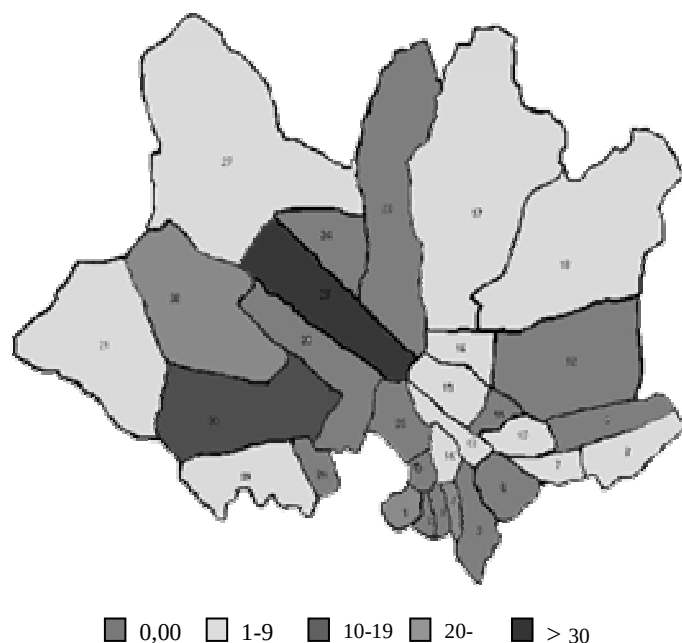
Distribución de Tasas estandarizadas (tasa x 100.000) de fallecidos por suicidio, según zonas de Montevideo. Montevideo, 2000.



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis: División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial; Armada Nacional
 Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y Departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E
 Para NBI: J.J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo - S. Hernández - V. Mello (vease Material y Método y División de Montevideo en 30 zonas en AnexoV, Tomo IV)

MAPA 2

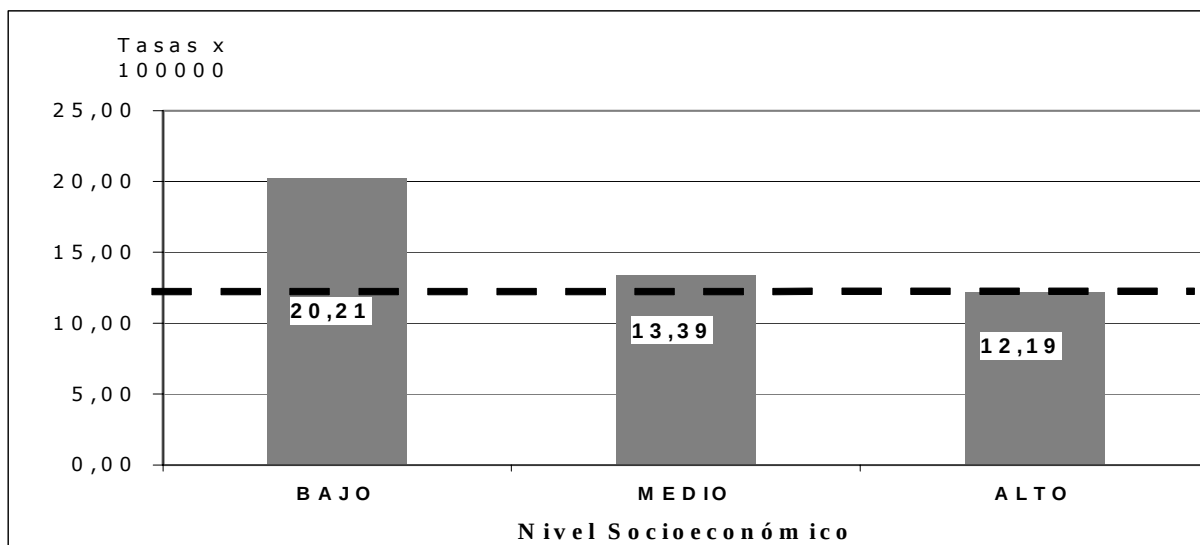
Distribución de BRM (Brecha reducible de Mortalidad) (tasa x100000) de fallecidos por suicidio, según zonas de Montevideo. Montevideo, 2000.

**Zonas de Montevideo**

- 1) Centro y Ciudad Vieja
- 2) Centro y Barrio Sur
- 3) Centro y Palermo
- 4) Cordón y Parque Rodó
- 5) Punta Carretas, Parque Batlle, Pocitos y Tres Cruces
- 6) Pocitos, Buceo y Parque Batlle
- 7) Malvín
- 8) Carrasco y Punta Gorda
- 9) Carrasco Norte
- 10) Malvín Norte
- 11) Unión y La Blanqueada
- 12) P. de Rieles, Flor de Maroñas y Maroñas
- 13) Atahualpa, Brazo Oriental y la Blanqueada
- 14) Retiro y Villa Muñoz
- 15) Aguada y Retiro
- 16) Marconi e Ituzaingó
- 17) Casaballe, Manga y Borro
- 18) Jardines y Pajas Blancas
- 19) Cerrito y Villa Española
- 20) Belvedere y La Teja
- 21) Victoria y Paso de la Arena
- 22) Paso de la Arena y Santiago Vázquez
- 23) Lavalleja
- 24) Peñarol y Ferrocarril
- 25) Sayago y Nuevo París
- 26) Prado, Capurro y Reducto
- 27) Colón y Ferrocarril
- 28) Villa del Cerro
- 29) Casabó y pajas Blancas
- 30) Cerro Norte, La Boyada, Maracaná, La Paloma, Las Torres y Rincón del Cerro

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis: División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial; Armada Nacional. Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y Departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E. .Para NBI: J.J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo – S. Hernández – V. Mello. (véase Material y Método Tomo I y División de Montevideo en 30 zonas en Anexo V)

4.3.2.6 Nivel Socioeconómico

GRÁFICO 23Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según Nivel Socioeconómico
Montevideo 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para NBI JJ Calvo. Facultad de Ciencias Sociales. J Vignolo. S. Hernández. V. Mello : Montevideo se dividió en tres niveles socioeconómicos de acuerdo a tres y más NBI y el ajuste realizado en el momento del levantamiento del cadáver.

Montevideo fue dividido metodológicamente en **tres zonas de distinto nivel socioeconómico**, (véase Gráfico 23, Mapa 3 y Tabla 7 y 8 – Anexo IV) considerando el estudio de **JJ Calvo**, y el ajuste realizado en el momento de la entrevista (véase **Material y Método y Anexo V**).

La zona de **nivel socioeconómico bajo**, fue la que presentó la **tasa más elevada 20,21 por cien mil**, 50% mayor a la de nivel medio (13,39 por cien mil) y 65% mayor a la de nivel alto (12,18 por cien mil) ($p < 0,05$). En el Gráfico 23, se puede visualizar la brecha reducible de mortalidad, a nivel de la línea punteada blanca que tiene un valor de 12,00 por cien mil para el nivel socioeconómico medio, y 8,02 por cien mil para el alto.

Estos resultados se contraponen con lo establecido por **Durkheim en 1897**,⁶⁸ quien encontró, que el suicidio ocurre en zonas económicamente ricas, otros estudios realizados en el **Reino Unido**,^{217,235,24} y en **Suiza**,^{154,220,240} no encontraron diferencias significativas entre las clases sociales y las muertes por suicidio.

Dajas en Uruguay, señala que los factores socioeconómicos no determinan la mayor incidencia del fenómeno suicida,¹¹ pero sí el cambio socioeconómico. **Lucero**, también en **Uruguay** no encontró que la tasa de suicidio se encontrara influenciada por factores socioeconómicos (sí bien destaca que el modelo matemático de Brenner no es quizás el que mejor se adapta a las situaciones nacionales)^{241, 242}. En Estados Unidos algunos estudios destacan, una mayor prevalencia de trastornos mentales en los niveles socioeconómicos bajos, que podrían explicar la mayor tasa en estos últimos¹²

Lo más importante señalado por **OPS/OMS**, al determinar la mortalidad por suicidio y la salud en una sociedad, no es tanto la riqueza total de la sociedad sino la distribución inequitativa de dicha riqueza²¹⁶. La pobreza y las condiciones asociadas al desempleo, bajo nivel de instrucción, privación y carencia de hogar, tienen influencia sobre la tasa de suicidio¹².

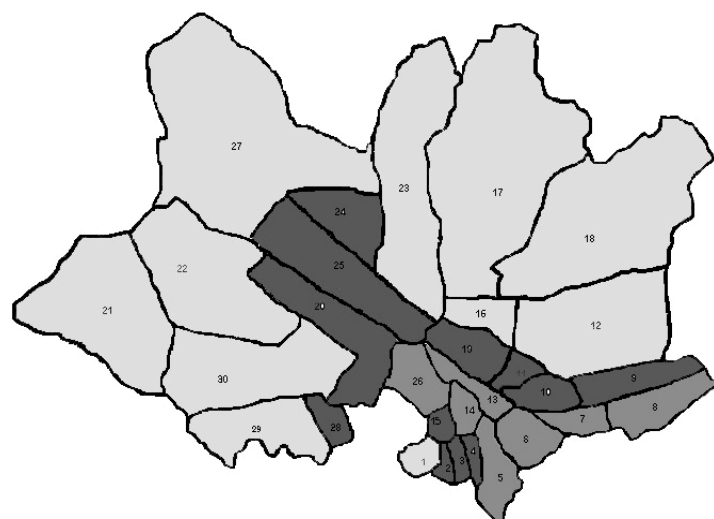
Entre los motivos señalados de una epidemia de suicidios ocurrida en el pacífico sur, se indican: las cambiantes relaciones interpersonales entre las personas, los parientes, la comunidad, bajo el influjo de los cambios socioeconómicos¹².

En el Mapa 3 se puede ver la distribución geográfica de cada una de estas zonas, estando ubicada la de **alto nivel socioeconómico** fundamentalmente en la zona costera este del departamento (Punta Carretas, Parque Batlle, Tres Cruces, Pocitos, Buceo, Parque Batlle; Malvín, Malvín Nuevo, Carrasco Sur, Punta Gorda, Atahualpa, Brazo Oriental, Bolívar, La Blanqueada, Retiro, Villa Muñoz, 19 de Abril, Capurro, Prado, Bella Vista y Reducto), **la de nivel medio** (Centro, Barrio Sur, Palermo, Cordón Norte, Cordón, Parque Rodó, Carrasco Norte; Malvín Norte, La Unión, La Blanqueada, Aguada, Retiro, Cerrito, Villa Española, Belvedere, La Teja, Peñarol, Ferrocarril; Sayago, Nuevo París y Villa del Cerro) en la zona intermedia entre las tres y en la zona costera centro y finalmente la zona perteneciente al **nivel bajo** (Centro, Ciudad Vieja, Punta de Rieles, Flor de Maroñas, Maroñas, Ideal, Las Canteras, Marconi, Joanicó, Itzaingó, Nuevo Ellauri, Jardines del Hipódromo, Piedras Blancas, Paso de la Arena, Los Bulevares, Santiago Vázquez, Lavalleja, Colón, Lezica, Ferrocarril, Casavalle, Manga, Gruta de Lourdes, Borro, Victoria, Paso de la Arena, Cardona, Sarandí, Casabó, Santa Catalina, Pajas Blancas, Cerro Norte, La Boyada, Maracanán, La Paloma, Las Torres y Rincón del Cerro), en todo el contorno del departamento norte, oeste y noreste.

Si bien se ha demostrado aquí como la **tasa de suicidio es mayor** en el **nivel socioeconómico bajo** en forma estadísticamente significativa, quizás allí no se encuentre la explicación completa de la misma sino en el contexto que venimos analizando, compartiendo en ese sentido con **Dajas**, como el cambio de situación o como la desesperanza y/o la situación del entorno pueden desencadenar procesos psicopatológicos en personas “vulnerables”. La sociedad uruguaya, en las últimas décadas, ha visto acentuarse progresivamente las desigualdades sociales, la pérdida de cohesión social, la brecha entre ricos y pobres (la inequidad) y han surgido nuevas formas de fragmentación social que han determinado la aparición de diversas formas de violencia y entre ellas la autoinfligida. ^{6, 12, 39, 57}.

MAPA 3

Distribución de Tasas de fallecidos por suicidio, según zonas de Montevideo, ajustada por Necesidades Básicas Insatisfechas (% Tres y más NBI) y Brecha Reducible de Mortalidad: (tasa x100000) (BRM). Montevideo, 2000.



■ Nivel socioeconómico alto
■ Nivel socioeconómico medio
■ Nivel socioeconómico bajo

	NIVEL SOCIO ECONÓMICO		
	ALTO	MEDIO	BAJO
N.B.I.	0 – 1.19	1.20 – 9.99	10 Y +
*Tasa estandarizada de Mortalidad	12.19	13.39	20.21
*B.R.M.	0	1.20	8.02

* Tasas x 100.000

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis: División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial; Armada Nacional Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y Departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E. Para NBI: J.J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo – S. Hernández – V. Mello. (vease Material y Método TomoI y División de Montevideo en 30 zonas en AnexoV, Tomo IV)

La tasa masculina fue mayor en los niveles socioeconómicos medios y bajos (Tabla 7) ($p < 0,05$), a diferencia de la femenina, que no presentó diferencias entre los diversos estratos socioeconómicos ($p > 0,05$).

El nivel socioeconómico medio y bajo, presentó una importante masculinización ($H/M = 6,62$ y $4,25$), y el nivel alto, una feminización ($2,36$). Esto puede visualizarse mejor en la Tabla 8, en barrios como Punta Carretas y Parque Batlle (zonas 6 y 5), en donde las tasas femeninas prácticamente igualan a las masculinas. ($p < 0,05$)

La feminización de la Tasa en Montevideo, se corresponde con la sensibilidad similar demostrada en el Tomo II, a los hombres, en los movimientos de la misma frente a los cambios socioeconómicos.

La Tasa se ha presentado mayor entre los de *educación Terciaria*, y en el caso de la mujer, si bien se encuentra distribuida en forma homogénea en todos los estratos socioeconómicos, su peso relativo es mayor en los niveles altos, quizás ello sea reflejo de la inequidad de género, aún existente en el país tanto en lo relativo al acceso al mercado de trabajo como al tipo del mismo y a las remuneraciones.

En la mujer mayor, donde la tasa fue más elevada, quizás halla sufrido también los padecimientos de esta situación, que en esta época de la vida, se reflejan en jubilaciones y pensiones y en las redes de apoyo familiares y comunitarias.

La mujer de nivel socioeconómico bajo, y en particular de la periferia de Montevideo, en barrios de la zona 30 (Cerro Norte, Casabó, La Boyada, etc.), (donde las tasas globales fueron altas y los índices de masculinidad elevados), esta puede haber encontrado “protección” en la maternidad como “único proyecto de vida”, frente a la falta de otras posibilidades u oportunidades.

TABLA 7
Distribución de los fallecidos por suicidio según Nivel Socioeconómico y Sexo
Montevideo 2000. Tasas x 100000

Nivel socioeconómico	% de Tres y más NBI	H / M	Tasa x 100000	SEXO			
				MASCULINO		FEMENINO	
				FA	TASA	FA	TASA
BAJO	10,00 y más	4,25	20,21	¹ 89	38,6	² 22	9,07
MEDIO	1,20 - 9,99	6,62	13,39	¹ 45	42,14	² 15	6,36
ALTO	0,00 - 1,19	2,36	12,19	¹ 32	18,22	² 17	7,71
Sin datos							
Total		3,50	15,93	166	25,70	54	7,35
λ^2 : NC 95 % ; gl = 2 :				$\lambda^2 = 16,81$; $p < 0,05$ $\lambda^2 = 1,11$; $p > 0,05$			

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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para NBI: J. J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo – S. Hernández – V. Mello Se redefinieron las secciones censales según tres estratos socioeconómicos en función de tres y más NBI ajustadas en el momento de la concurrencia al domicilio del fallecido por las condiciones de la vivienda o según entrevista a familiares.

TABLA 8
Distribución de los fallecidos por suicidio según Zona Montevideana Ajustada por Necesidades Básicas Insatisfechas y Sexo. Montevideo 2000. Tasas x 100000

Zona	% de Tres y más NBI	H / M	Frec. Absol.	Tasa E *	SEXO				λ^2 : NC 95 % ; gl = 1: p valor
					MASCULINO		FEMENINO		
					FA	TASA	FA	TASA	
30	10,74	6,00	13	40,39	¹ 11 ³	66,65	² 2 ³	11,07	³ p < 0,05
5	0,33	1,09	20	21,74	¹ 14 ⁴	12,20	² 6 ⁴	11,10	⁴ p < 0,05
12	7,30	11,60	12	20,75	¹ 11 ⁵	35,40	² 1 ⁵	3,03	⁵ p < 0,05
6	0,33	1,26	14	18,17	¹ 7 ⁶	21,70	² 7 ⁶	17,20	⁶ p > 0,05
18	8,42	2,62	14	14,33	¹ 10 ⁷	17,40	² 4 ⁷	6,62	⁷ p > 0,05
Total		3,5	----	15,93**	----	25,70**	----	7,35**	
λ^2 : NC 95 % ; gl = 4:					$\lambda^2 = 11,80$ p < 0,05		$\lambda^2 = 4,65$ 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

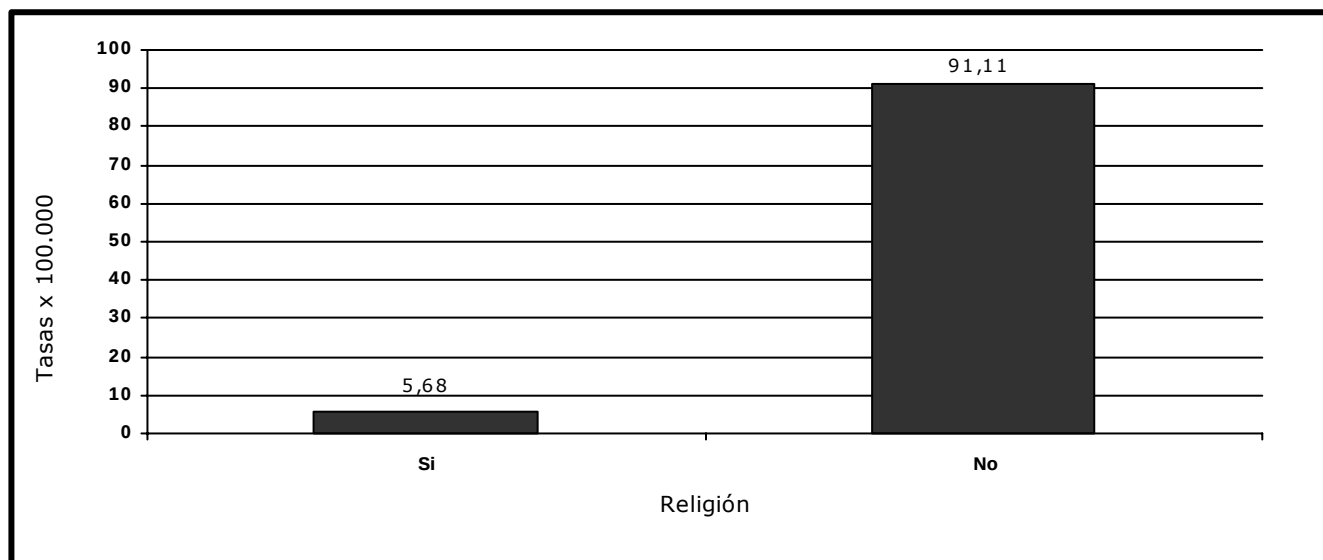
Para NBI: J. J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo – S. Hernández – V. Mello Se redefinieron las secciones censales según tres estratos socioeconómicos en función de tres y mas NBI ajustadas en el momento de la concurrencia al domicilio del fallecido por las condiciones de la vivienda o según entrevista a familiares.

* Tasa estandarizada

** Corresponde a la Tasa Global de todo Montevideo, no Estandarizada

4.3.2.7. Religión

GRÁFICO 24
Distribución de las Tasas de fallecidos por Suicidio, según Religión. Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

** Para el cálculo de las tasas se utilizó la encuesta de equipos- Mori sobre porcentaje de la población uruguaya según religión del año 1998 Entre los que no profesaban religión se incluyeron ateos y agnósticos.

Los diversos estudios analizados desde **Wagner** en 1864,²⁴⁵ hasta 1990 en un estudio multicéntrico realizado en *Europa*¹⁶, como lo reportado por **Ghosh** en 1996⁷⁸ en *Estados Unidos*, son contradictorios en cuanto a la influencia de la religión. En nuestro país, en el año en que se realiza el estudio, la amplia mayoría de los fallecidos no profesaban religión alguna, (68,60%) en un país con un alto porcentaje de Católicos, que llegó al 52% y de cristianos con un 19%, según autodefinición de los uruguayos (encuesta realizada por **Equipos - Mori en 1998**³¹⁴). (Gráficos 24 y 25). En base a la información de esta encuesta, se calcularon las tasas correspondientes, (denominadores) donde se observó una tasa de **91,11 por cien mil** para los que no profesaban ninguna religión, **16 veces mayor a la de aquellos que si lo hacían**, según definición de sus familiares o allegados (**5,68 por cien mil**) ($p < 0,05$) (No se contó con los denominadores precisos, pero lo creemos una aproximación válida).

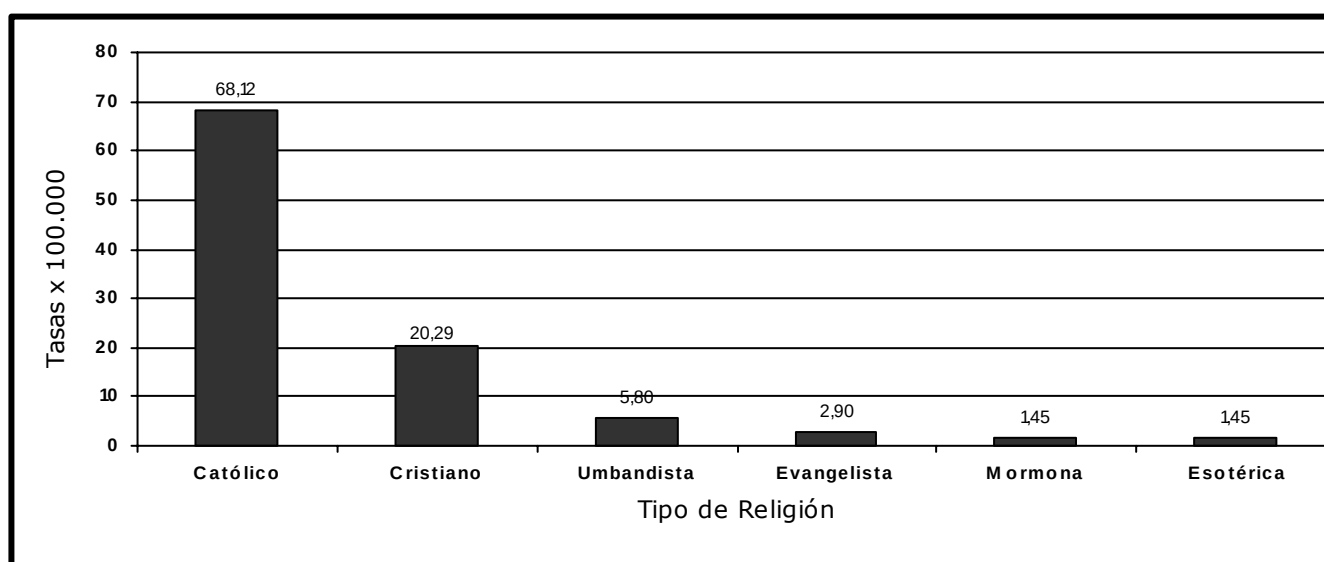
Durkheim, Morselli, Legoyt y Prinzing ^{68, 246} aseguraban que el número de suicidios no era el mismo entre los distintos grupos religiosos, pero concluyen, finalmente que no había que atribuir a la religión tal diferencia sino al tipo de vida industrial-urbana de los protestantes y judíos y el agrícola-rural de los católicos. En nuestro país con las limitaciones señaladas las diferencias entre las tasas son notorias y estadísticamente significativas ($p < 0,05$)

De los que profesaban una religión la mayor parte correspondieron a católicos y cristianos según definición de los familiares (Gráfico 25)

4.3.2.8 Tipo de Religión

GRÁFICO 25

Distribución de las Tasas de fallecidos por Suicidio, que profesaban alguna Religión, según religión. Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

La *conducta suicida*, puede ser interpretada, como el resultado final de un complejo proceso multidimensional, donde interactúan factores biológicos, genéticos, psicosociales, psicopatológicos, sociológicos y antropológicos.

En suma, todo parece indicar, **nivel socioeconómico, desocupación, cobertura de salud en el subsector público**, que la *conducta y el acto suicida*, aparecen asociados a **condiciones socioeconómicas deficitarias**, mucho más, de acuerdo al análisis de la situación socioeconómica presentada en el año 2000.

Se destaca, asimismo, que esta población presentó tasas más elevadas en el *nivel terciario de educación*, y en aquellos *mejor calificados técnicamente* para el desempeño laboral.

Es posible plantearse, la presencia de factores -como la frustración, la ausencia de expectativas, la falta de igualdad de oportunidades, la inequidad, el desmoronamiento del tejido social, la pérdida de valores junto a las tasas de suicidio más elevadas encontradas en suicidas agnósticos y ateos, la pérdida de credibilidad en los actores políticos y sociales y la falta de referentes éticos- que determinan la desestabilización de la estructura psicosocial, y sus posteriores procesos anómicos, que en sujetos susceptibles favorecerían a su vez, la aparición de procesos psicopatológicos.

Se puede también exponer la posibilidad del cambio social "derrumbe económico", en personas con alto nivel educativo y profesional, con sus repercusiones psicosociales y psicopatológicas, como una de las eventuales hipótesis, que requerirían estudios epidemiológicos adecuados para su discernimiento.

La estructura social de los barrios de *Montevideo* tiende a una progresiva homogeneidad interna y a una heterogeneidad externa frente a los otros barrios. Un análisis de los estudios de CEPAL, sobre la heterogeneidad de los barrios de *Montevideo* y el crecimiento sistemático de los cinturones de la ciudad, (expulsión urbana) respaldan teóricamente cualquiera de las posibilidades, al igual que el crecimiento de los hogares indigentes y por debajo de la línea de pobreza.^{62,57} Se destaca que también es legítimo asumir una posición ecléctica.

La feminización del suicidio en Montevideo, y la distribución homogénea de la tasa en todos los *niveles socioeconómicos*, así como el mayor peso relativo en los **niveles altos (zona 5: Punta Carretas, Parque Batlle, Pocitos y Tres Cruces)** ($H/M = 1,09$, $p < 0,05$), plantean condiciones de **inequidad de género**, que en nuestro país se encuentran vigentes.

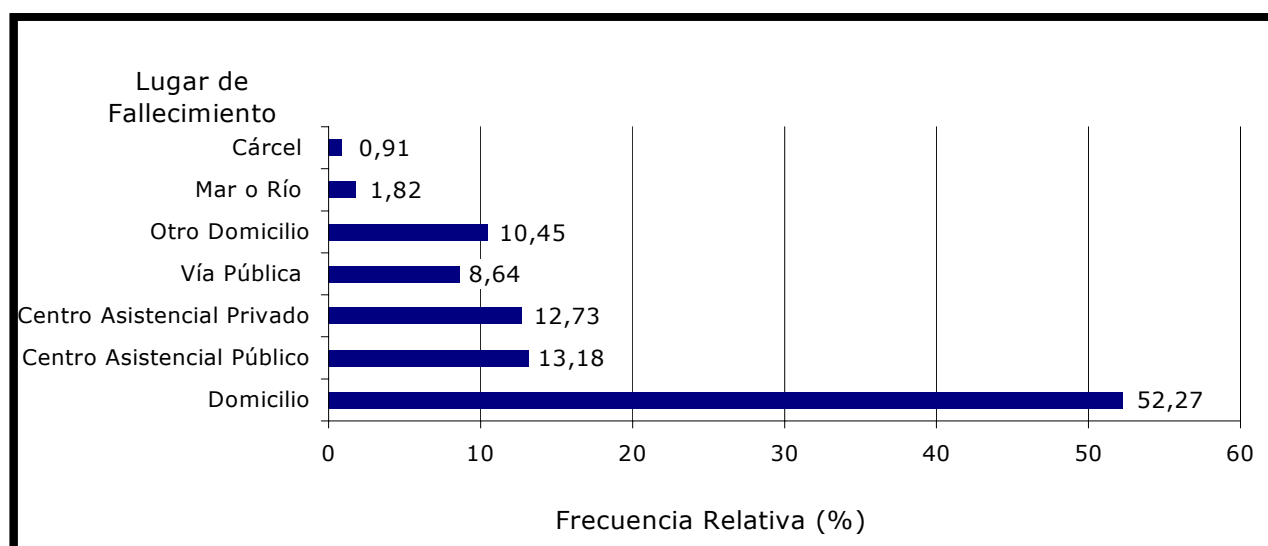
En las mujeres de **nivel socioeconómico bajo** y fundamentalmente de los **cinturones de la ciudad de Montevideo**, ($H/M = 6,00$; $p < 0,05$), se plantea que presentaron como "factor protector", a la maternidad que constituye "un proyecto de realización personal", frente a la falta de perspectivas personales, familiares y sociales.

4.4 VARIABLES DE LUGAR

4.4.1 Lugar de Fallecimiento

GRÁFICO 26

Distribución de los fallecidos por suicidio según Lugar de a fallecimiento. Montevideo 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

El 52,27 % de los fallecidos por suicidio, realizaron el acto, en su domicilio en Montevideo, seguido en forma distante por los centros asistenciales públicos con el 13,18 %, privados con el 12,73 % y otros domicilios con el 10,45 %, abarcando en total el 89% de los lugares de fallecimiento. (Gráfico 26) ($p < 0,05$).

En el Interior del país el primer lugar fue ocupado por el domicilio del fallecido al igual que en Montevideo con el 55,17 %, seguido por otro domicilio con el 14,78 % de los casos, totalizando en domicilio el 70%, centro asistencial privado con el 10,34 % y público con el 7,88 %. ($p < 0,05$).

Estudios realizados por **Puppo**, en *Uruguay*, coinciden con lo encontrado en *Montevideo* y en el Interior, con una alta prevalencia del *suicidio* ocurrido en Domicilio¹³⁹. (82% en Domicilio).

Tasa de Suicidio en el COMCAR

La tasa de *suicidio* en el **COMCAR**, (Complejo Carcelario) presentó un valor de **80 por cien mil** (se utilizó como denominador la población suministrada por el **Ministerio del Interior** del señalado centro). Diversos estudios internacionales realizados durante los años 80, en el *Reino Unido*, evidenciaron que la tasa de *suicidio* en prisión superaba en alto grado a la tasa de la población general. (15,93 y 18,76 por cien mil en *Montevideo* y en *Uruguay* respectivamente)²⁴⁷

Dos estudios realizados en el *Reino Unido* en 1995, y en 1998, encontraron un riesgo tres veces mayor en la población presa que en la población general ^{248,249}

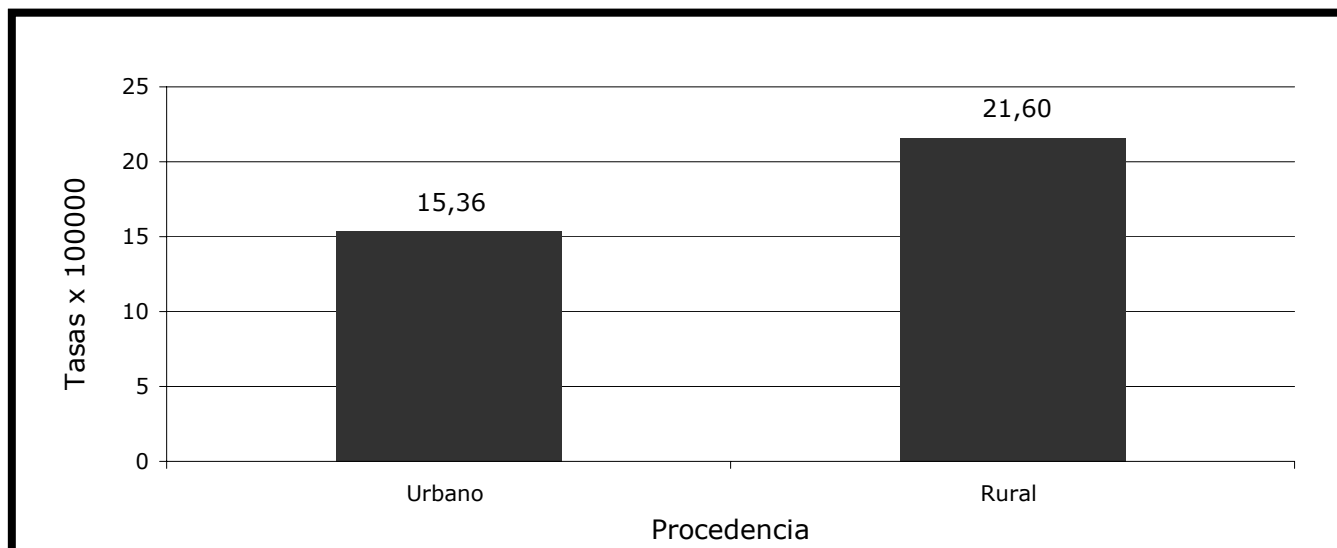
El método utilizado, en los *suicidios* ocurridos en el **COMCAR**, fue el **ahorcamiento**, a diferencia de lo establecido en un estudio realizado en *Escocia*, donde se encontró un riesgo mayor en los consumidores de drogas ilegales, al igual que en otro estudio realizado en *Inglaterra y Gales*. ^{250,252}

En otro estudio realizado en el *Reino Unido*, en los años 80', el método principalmente utilizado fue -al igual que en *Montevideo*- el ahorcamiento. ²⁴⁷

4.4.2. Procedencia Urbano-Rural

GRÁFICO 27

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según Procedencia Urbano - Rural. Montevideo 2000



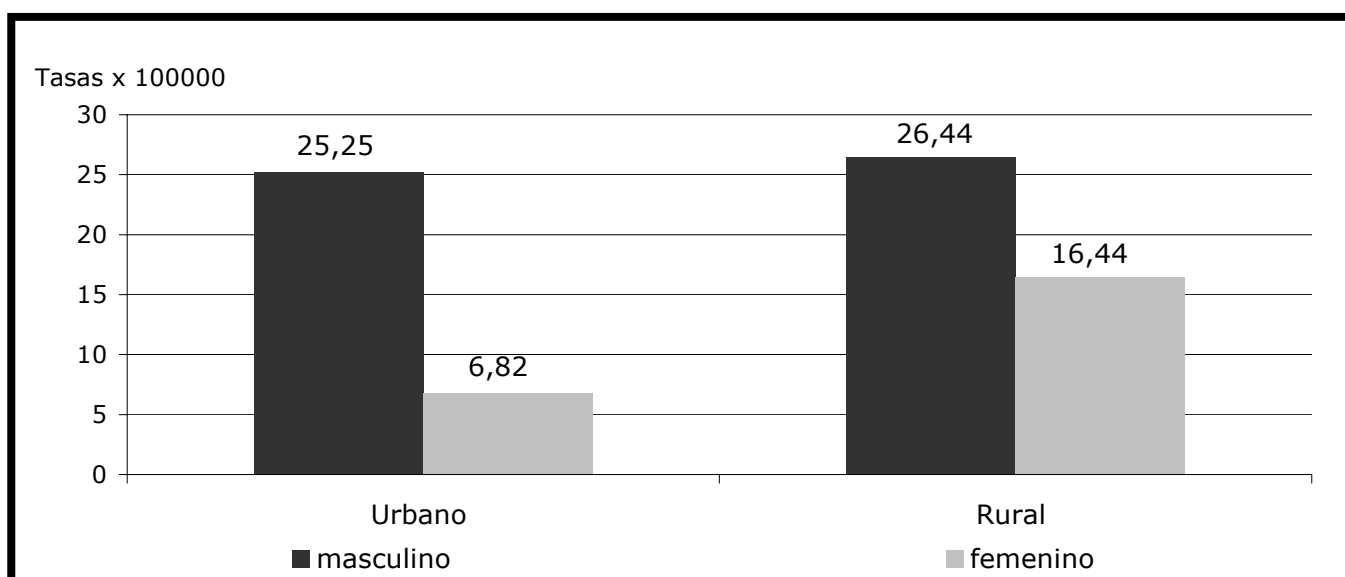
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

La tasa de *suicidio* en el medio urbano en *Montevideo*, fue de 15,36 por cien mil, (inferior a la de *Montevideo*) 40% inferior a la del medio rural, que fue de 21,60 por cien mil ($p > 0,05$) (Gráfico 27).

GRÁFICO 28

Distribución de Tasas de fallecidos por suicidio según Procedencia por Sexo Montevideo 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

La tasa *masculina* presentó cifras de 25,25 por cien mil en el medio urbano y de 26,44 por cien mil en el medio rural ($p>0,05$). (Gráfico 28). Para el *sexo femenino* la tasa urbana fue un 141% menor que la rural (6,82 y 16,44 por cien mil respectivamente) ($p<0,05$)

La diferencia entre las tasas de ambos sexos fue estadísticamente significativa en el medio urbano, donde la tasa masculina fue un 270% mayor (25,25 y 6,82 por cien mil para el *sexo masculino y femenino* respectivamente) ($p<0,05$). (Gráfico 28). No se presentaron diferencias estadísticamente significativas en el medio rural entre ambos sexos.

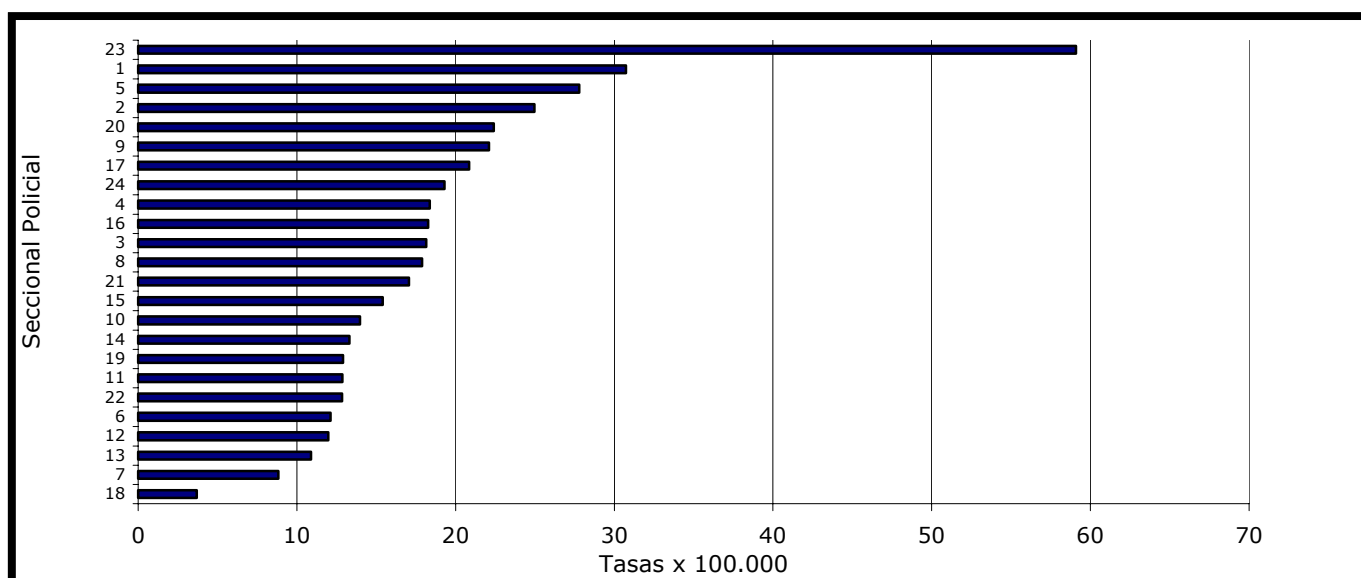
En **Montevideo**, en consecuencia, la tasa femenina no presentó diferencias con la masculina en el medio rural ($p>0,05$) y la misma fue significativamente mayor en el medio rural ($p<0,05$). **Durkheim**, ha comienzos de siglo, define el *suicidio* como urbano, al igual que diversos autores de la literatura consultada²⁴ y propio de ambientes altamente industrializados, sin embargo, en nuestro estudio, **no se encontraron diferencias entre las tasas urbanas y rurales**. En el *sexo femenino* la tasa fue mayor en el medio rural, al igual que lo encontrado en China donde las tasas fueron hasta tres veces mayores en los medios rurales.

Si bien en el estudio de **Uruguay 2000**, no se pudo determinar si el *suicidio* es urbano o rural, por no contar con la información discriminada de los *suicidios*; en **Montevideo** eso fue posible con un adecuado mapeado de cada uno por manzana censal, de acuerdo a la clasificación del **INE** en zonas urbanas y rurales.

Diversos estudios señalan mayores prevalencias de *suicidio* tanto en los medios urbanos como en los rurales^{19, 77}.

GRÁFICO 29

Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según Sección Policial. Montevideo 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

De las seccionales policiales, la que presentó la tasa más elevada fue la 23 (Seccional del Paso de la Arena y los Bulevares), con un valor de 59 por cien mil seguida en forma distante por la 1 (Ciudad Vieja) y la 5 (Cordón y Parque Rodó), con tasas de 30,73 y 27,78 por cien mil respectivamente. Las que presentaron las tasas más bajas fueron la 7 (Prado) y la 18 (Camino Maldonado) con 8,82 y 3,68 por cien mil respectivamente. (Gráfico 29).

Estos resultados se corresponden con lo mencionado para las zonas de *Montevideo*. (Zonas 1, 4 y 22 con excepción de la 30 que al no encontrarse incluida la Villa del Cerro en la misma, eleva la tasa a diferencia de la seccional 24, obsérvese en Anexos V, Zonas de Montevideo) En zona marítima perteneciente a la Armada Nacional se presentaron únicamente 3 suicidios, constituyendo el 1,36% del total. El criterio de adjudicación a las seccionales, no fue el mismo del Ministerio del Interior, ya que el trabajo utilizó la zona de residencia del fallecido y no, su lugar de fallecimiento.

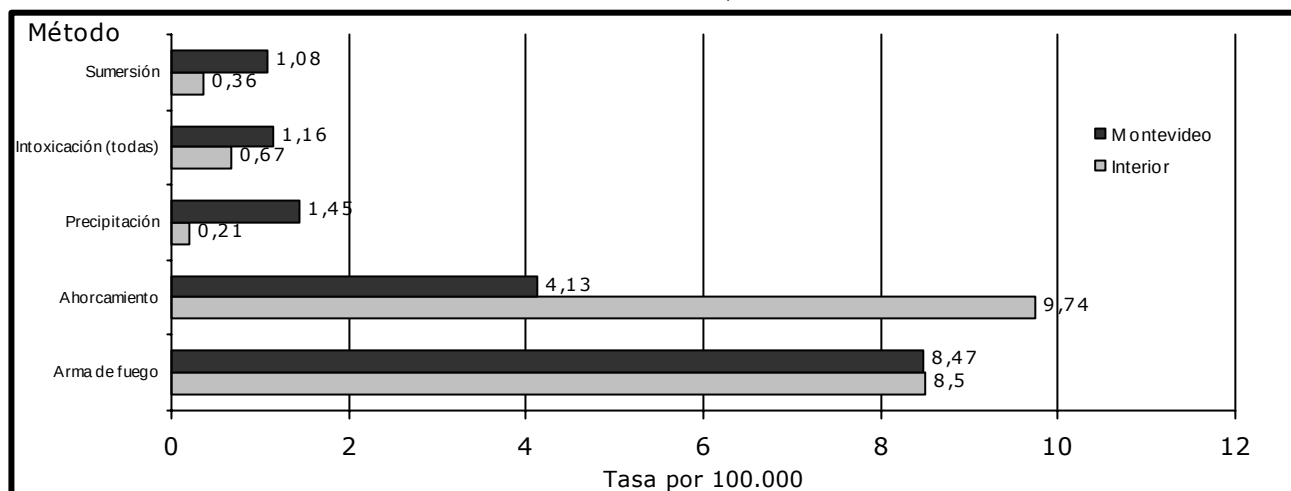
4.5 CARACTERÍSTICAS DEL ACTO SUICIDA

4.5.1 Método

4.5.1.1 Montevideo - Interior

GRÁFICO 30

Distribución de las Tasas de suicidio según método utilizado.
Montevideo-Interior, 2000.



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

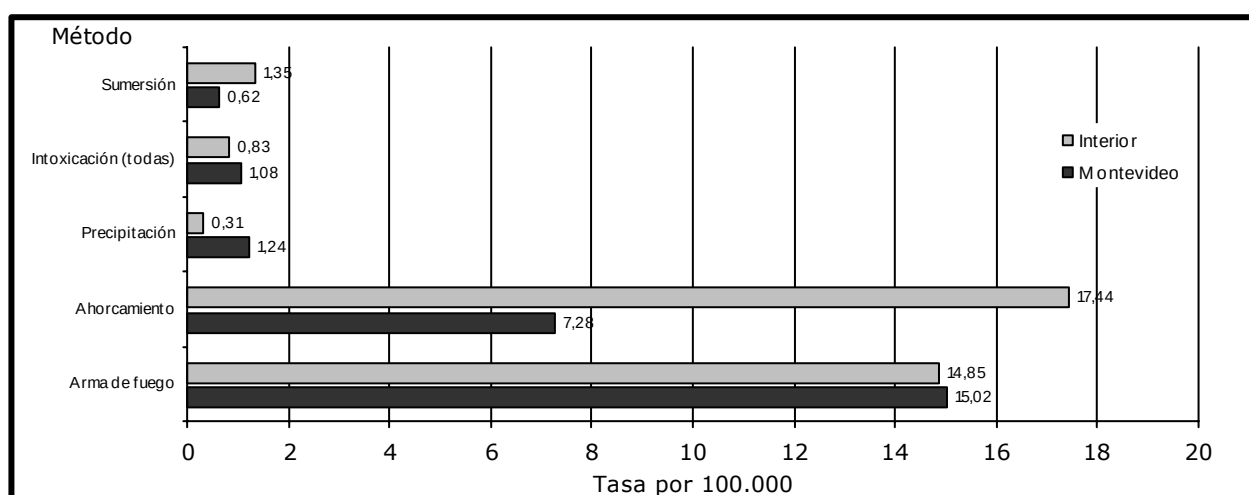
Para datos de población: Uruguay: Estimaciones y Proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1950-2050 I.N.E. CEPAL/CELADE (1998) Uruguay: Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E (2000)

El método más frecuentemente utilizado en *Montevideo*, fue el disparo por arma de fuego, con una tasa de 8,47 por cien mil, seguido por ahorcamiento con una tasa 51% inferior, (4,13 por cien mil) precipitación con 1,45 por cien mil, e intoxicación con 1,16 por cien mil. (Gráfico 30) ($p < 0,05$)

A diferencia de lo ocurrido en *Montevideo*, en el *Interior*, el método más frecuente fue el de ahorcamiento con una tasa de 9,74 por cien mil, seguido por arma de fuego con 8,50 por cien mil, sumersión que aquí aparece en tercer lugar, con 1,08 por cien mil e intoxicación con 0,67 por cien mil. (Gráfico 30) ($p < 0,05$)

GRÁFICO 31

Distribución de las Tasas de suicidio según método utilizado-sexo masculino. Montevideo-Interior, 2000.



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

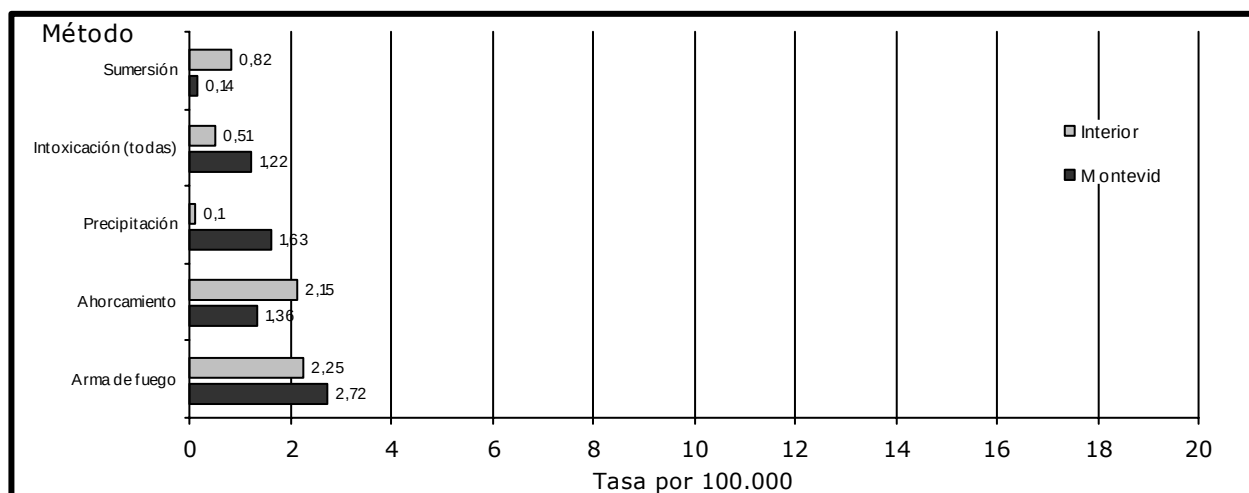
Para datos de población: Uruguay: Estimaciones y Proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1950-2050 I.N.E. CEPAL/CELADE (1998) Uruguay: Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E (2000)

En el sexo masculino, el disparo por arma de fuego ocupó el primer lugar en Montevideo, seguido por ahorcamiento, en cambio en el interior del País ocupó al igual que para la tasa global el primer lugar este último, seguido por arma de fuego. ($P < 0,05$) (Gráfico 31)

Para el sexo femenino, el primer lugar fue ocupado igualmente por arma de fuego tanto en el Interior como en la capital del país. Ahorcamiento ocupó el segundo lugar en ambos, intoxicación el tercer lugar en Montevideo y precipitación en el Interior. Las diferencias entre las tasas en los distintos métodos fueron significativas en el Interior y en Montevideo (véase Gráfico 32) ($p < 0,05$)

GRÁFICO 32

Distribución de las Tasas de suicidio según método utilizado-sexo femenino. Montevideo-Interior, 2000.



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

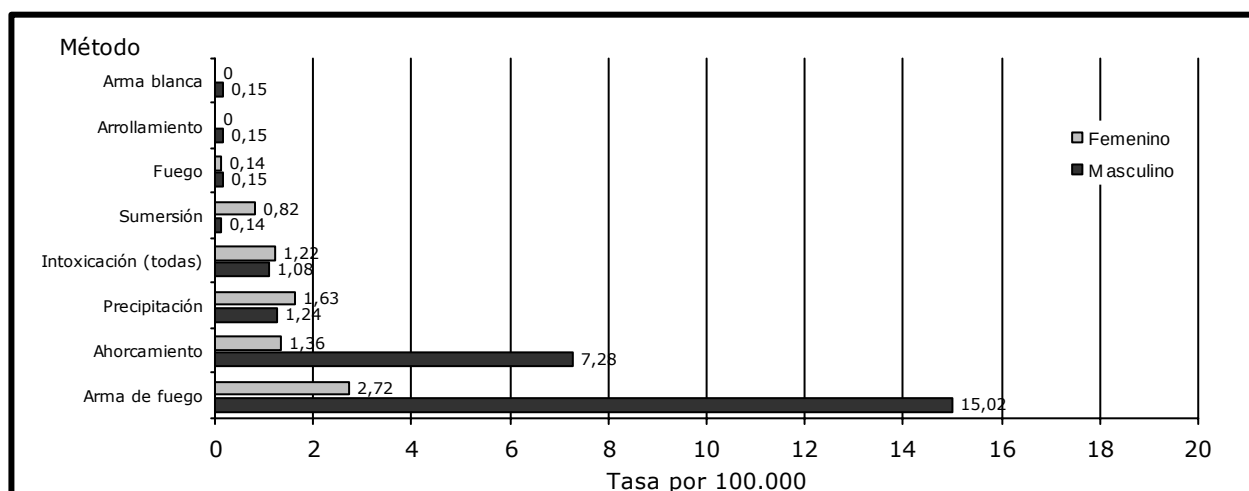
Para datos de población: Uruguay: Estimaciones y Proyecciones de la población por sexo y edad. Total del país 1950-2050 I.N.E. CEPAL/CELADE (1998) Uruguay: Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E (2000)

4.5.1.2. Montevideo

A. Sexo

GRÁFICO 33

Distribución de las Tasas de suicidio según método utilizado y sexo. Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

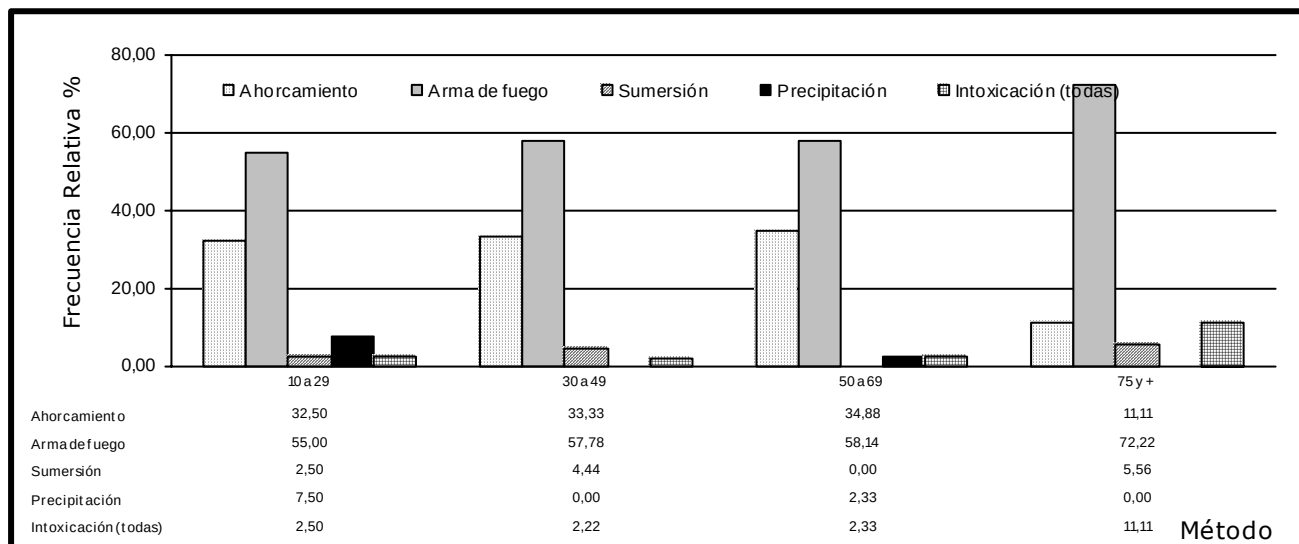
En el sexo masculino, el disparo por arma de fuego ocupó el primer lugar con una tasa de 15,02 por cien mil, seguido por ahorcamiento, precipitación e intoxicación con tasas de 7,28, 1,24 y 1,08 por cien mil respectivamente ($p < 0,05$) (véase Gráfico 33). Y en el sexo femenino, la tasa más elevada correspondió a arma de fuego con una tasa de 2,72 por cien mil, seguido de precipitación con 1,63 por cien mil y ahorcamiento con 1,36 por cien mil. ($p < 0,05$)

B. Edad

En el **sexo masculino** el **disparo por arma de fuego** presentó proporciones mayores a los otros métodos en todos los grupos de edad teniendo una gravitación mayor en los de **75 y más años** (72,22%) (Gráfico 34).

GRÁFICO 34

Distribución de las Tasas de suicidio del sexo masculino según principales métodos y edad. Montevideo, 2000.



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

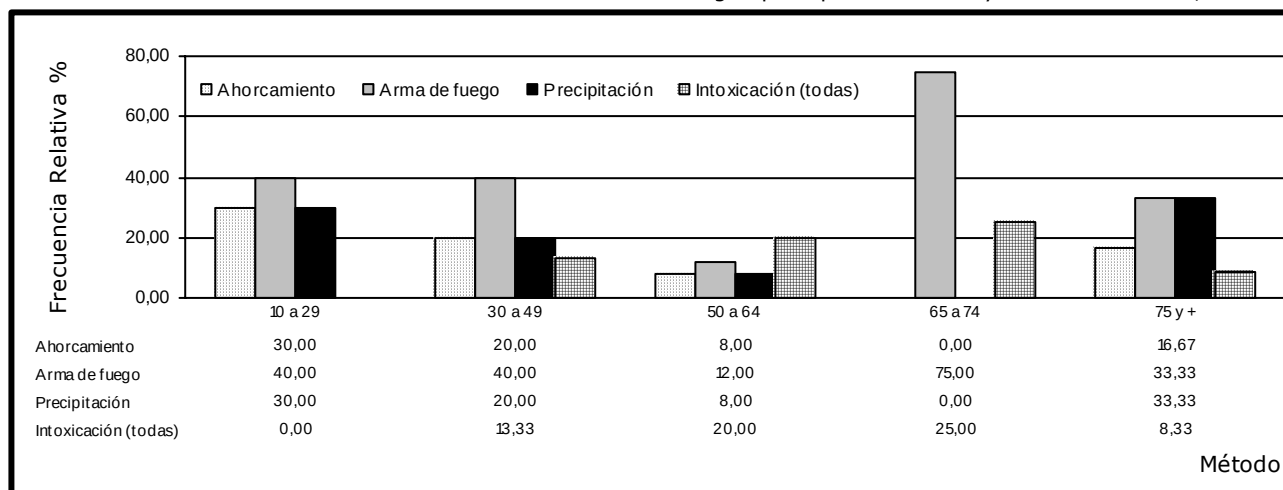
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

El **método de ahorcamiento** fue más frecuente en los grupos de edad de **10 a 29, 30 a 49 y 50 a 69 años**, descendiendo en los adultos mayores.

El método de **precipitación**, tuvo mayor proporción de suicidios, en el grupo de 75 y más años, ocupando el **segundo lugar** e **intoxicación** en los de **65 a 74 y 75 y más años** (en este último igualó al método de ahorcamiento).

GRÁFICO 35

Distribución de las Tasas de suicidio del sexo femenino según principales métodos y edad. Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

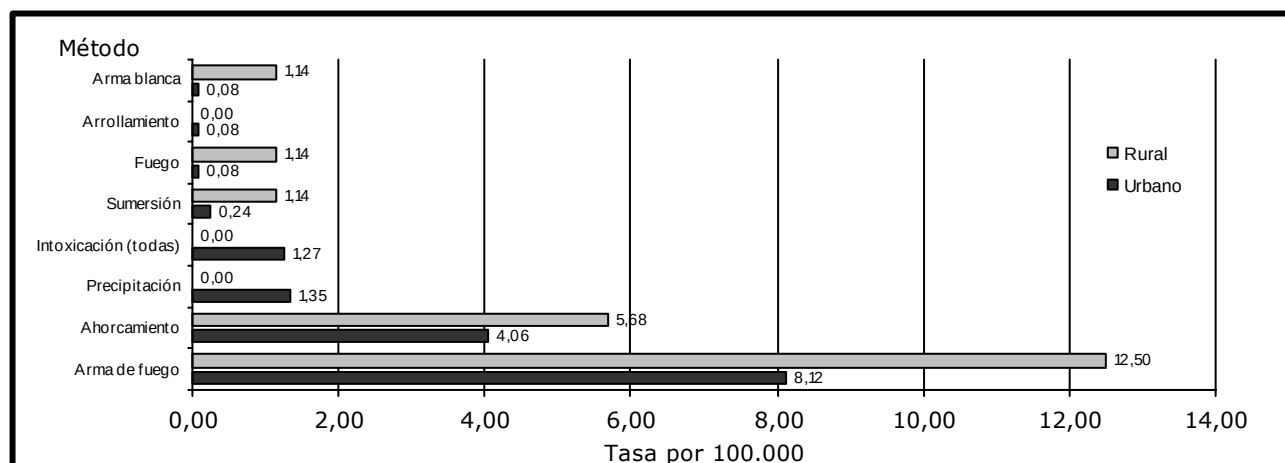
En el **sexo femenino**, el **disparo por arma de fuego** fue al igual que para el **sexo masculino**, más frecuente en todos los grupos de edad (salvo en los de **50 a 64 años**) pero presentó, menores proporciones que para el sexo masculino, (Gráfico 35) salvo en los de **65 a 74 años**.

En la mujer se observa el mayor peso del **método de precipitación**, que iguala al de **ahorcamiento** en los grupos de **10 a 29, 30 a 49 y 50 a 64 años** y en el de **75 y más años** supera al mismo igualando al disparo por arma de fuego. **Intoxicación** se presentó en forma frecuente en los grupos de **50 a 64 y 65 a 74 años** (Gráfico 35).

4.5.1.3 Procedencia Urbano – Rural

GRÁFICO 36

Distribución de las Tasas de suicidio según método y procedencia. Urbano-Rural. Montevideo, 2000.



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

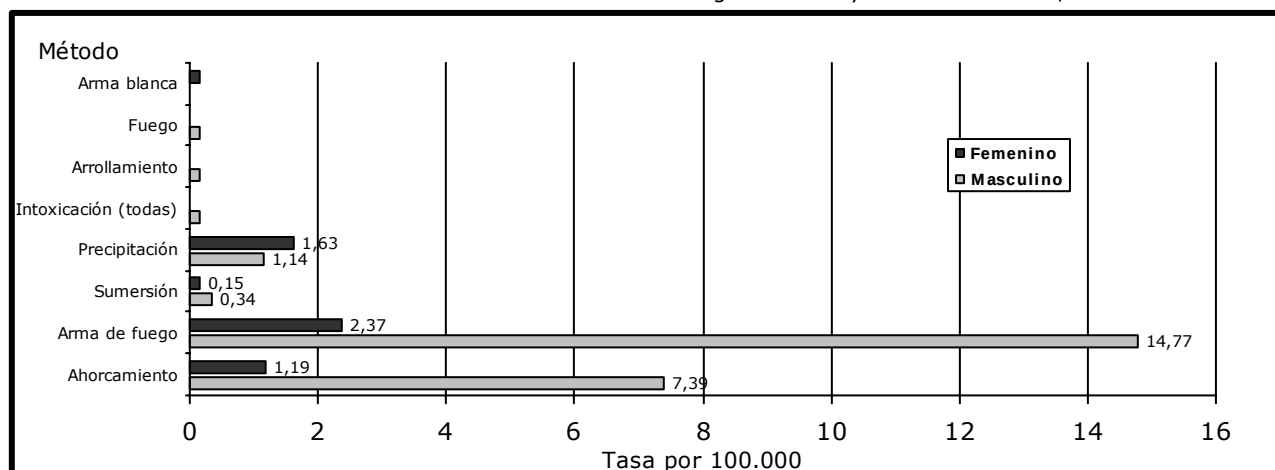
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

En el medio urbano de Montevideo, el método más frecuentemente utilizado fue el disparo por arma de fuego, que presentó con una tasa de 8,12 por cien mil, seguido por ahorcamiento, (dos veces menor) con una tasa de 4,06 por cien mil. Y en tercer lugar se ubicó el método de precipitación seguido por intoxicación ($p < 0,05$).

En el medio rural las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas. ($p > 0,05$) El método de arma de fuego fue mayor en el medio rural en un 53 % que en el urbano ($p < 0,05$), al igual que el método de ahorcamiento (40 % mayor) ($p < 0,05$). (véase Gráfico 36)

GRÁFICO 37

Distribución de las Tasas de suicidio urbanas según método y sexo. Montevideo, 2000.



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

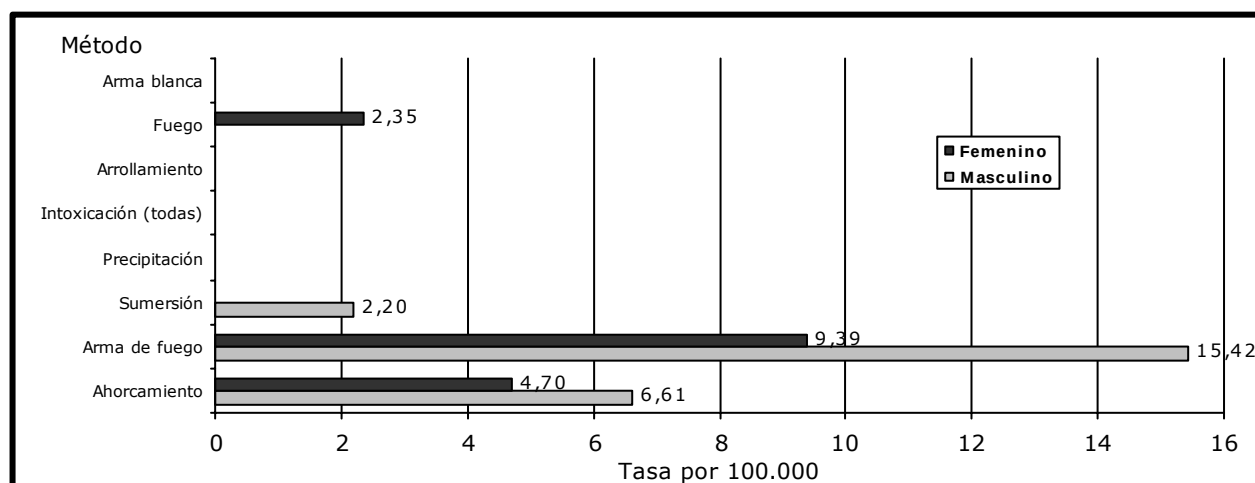
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para el **sexo masculino**: en el **medio urbano**, predominó el **disparo por arma de fuego**, seguido por **ahorcamiento**, en el **medio urbano** se observaron métodos como **precipitación, intoxicación, sumersión** (Gráfico 37) ($p < 0,05$).

Para el **sexo femenino**: en el **medio urbano**, se observó en primer lugar el disparo por arma de fuego, con una tasa de 2,37 por cien mil, seguido por precipitación con una tasa de 1,63 por cien mil e intoxicación con 1,33 por cien mil, ahorcamiento se ubicó recién en un cuarto lugar ($p < 0,05$).

GRÁFICO 38

Distribución de las Tasas de Suicidio rurales, según método y sexo. Montevideo, 2000.



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

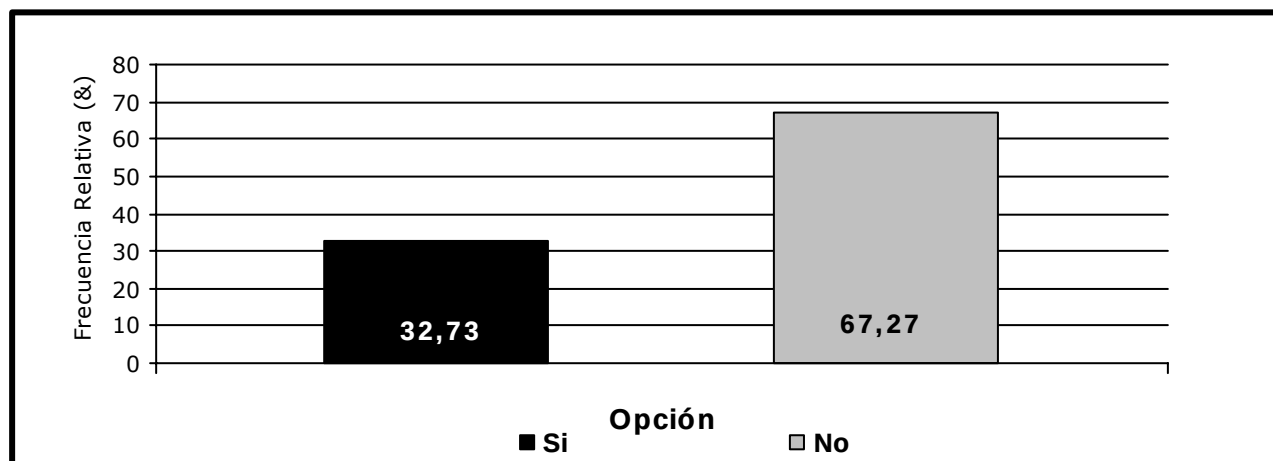
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

En el **medio rural** tanto para el **sexo masculino** como **femenino**, las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$) (Gráfico 38).

4.5.2 Opción en la elección

GRÁFICO 39

Distribución de los fallecidos por suicidio según opción en la elección del Método utilizado. Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

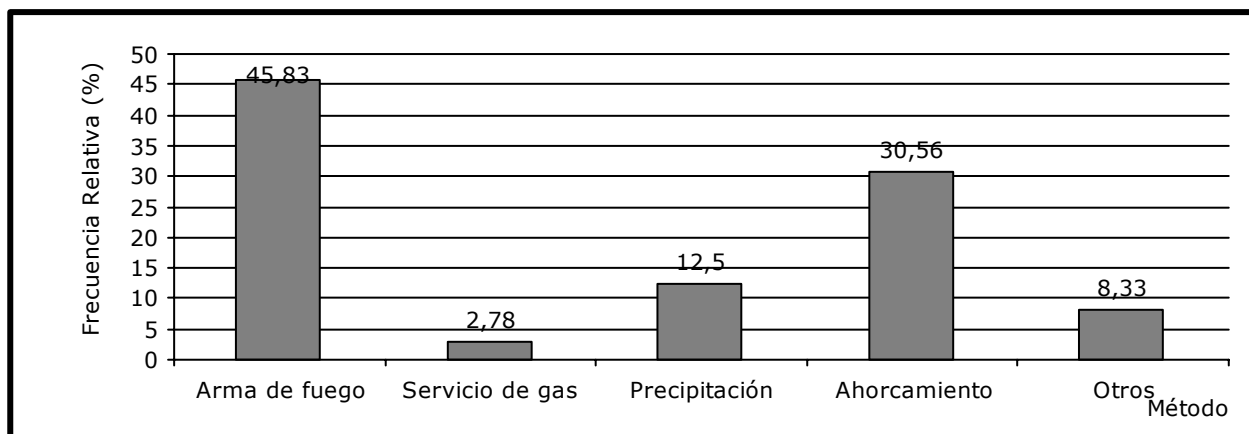
De los fallecidos por *suicidio*, tuvieron la probabilidad de elegir otro método (arma de fuego, gas y precipitación) el 32,73% (Gráfico 39).

La disponibilidad según algunos estudios^{22,307} de elegir distintos métodos repercute notablemente sobre la potencialidad de ocurrencia de un *suicidio*.

En este estudio se presentaron solo tres posibilidades en la elección, que fueron las de más fácil verificación.

GRÁFICO 40

Distribución de los fallecidos por suicidio que tuvieron* opción en la elección, según método utilizado**. Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

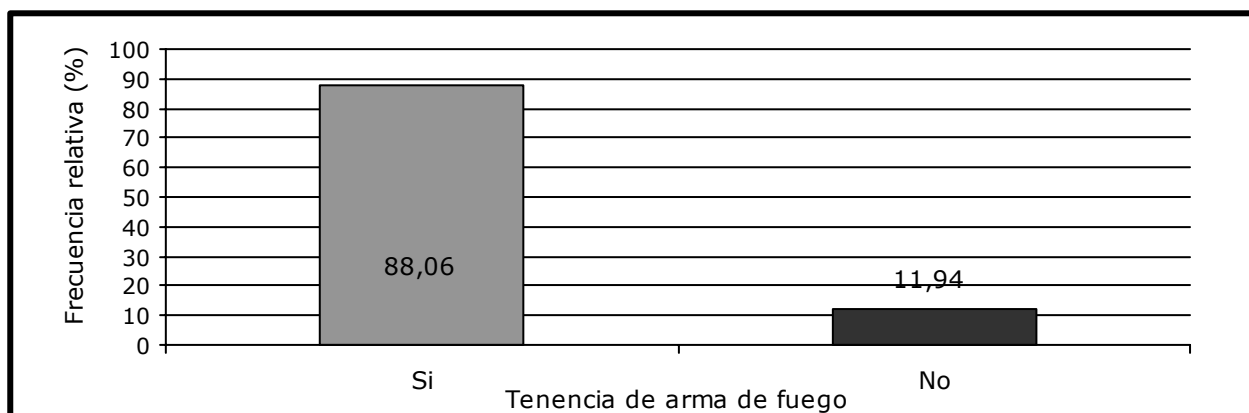
* Se refiere a los que pudieron optar entre los siguientes factores facilitadores: Arma de fuego, Servicio de Gas, Precipitación).

** Se refiere al del Acto Suicida

De todos los que tuvieron la opción de elegir otro método, los que utilizaron en el acto suicida el disparo por arma de fuego fueron el 45,83 %, ahorcamiento el 30,56 %, precipitación el 12,50 % y servicio de gas el 2,78 % de los mismos (Gráfico 40).

GRÁFICO 41

Distribución de fallecidos por arma de fuego según "Tenencia de Arma de Fuego". Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

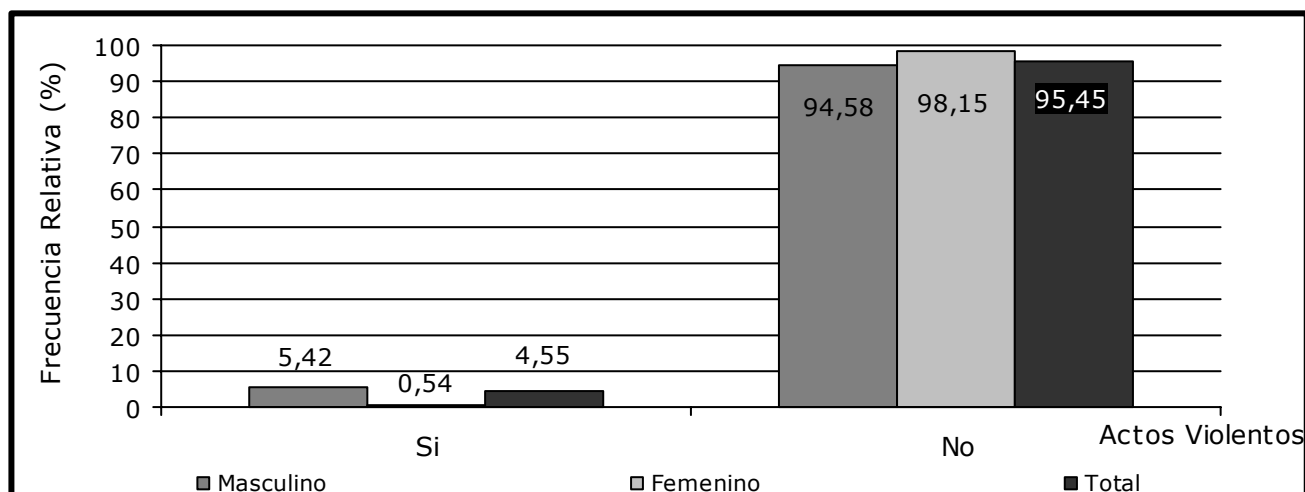
Los fallecidos por *suicidio*, que utilizaron como método el disparo por arma de fuego, poseían *armas de fuego* en un 88,06% y tan solo un 11,94%, la obtuvieron con otra persona. (Véase Gráfico 41) En general, estos resultados validan la afirmación encontrada en diversos estudios, según la cual, la utilización del método elegido depende de las características de la comunidad y de la accesibilidad a los mismos^{20, 207,269,270}

El método más utilizado en todo el país y en Montevideo, fue el disparo por arma de fuego, en el Interior para la tasa global y la masculina, prevaleció el ahorcamiento. Según diversos estudios realizados en *EEUU* -en Estados donde las leyes sobre posesión de armas de fuego cortas fueron más severas- presentaron tasas más bajas de *suicidio* y no se constató por ello, un aumento en la utilización de otros métodos^{12,68}.

4.5.3 Actos Violentos Acompañantes

GRÁFICO 42

Distribución de los fallecidos por suicidio, según Actos Violentos Acompañantes. Montevideo, 2000.



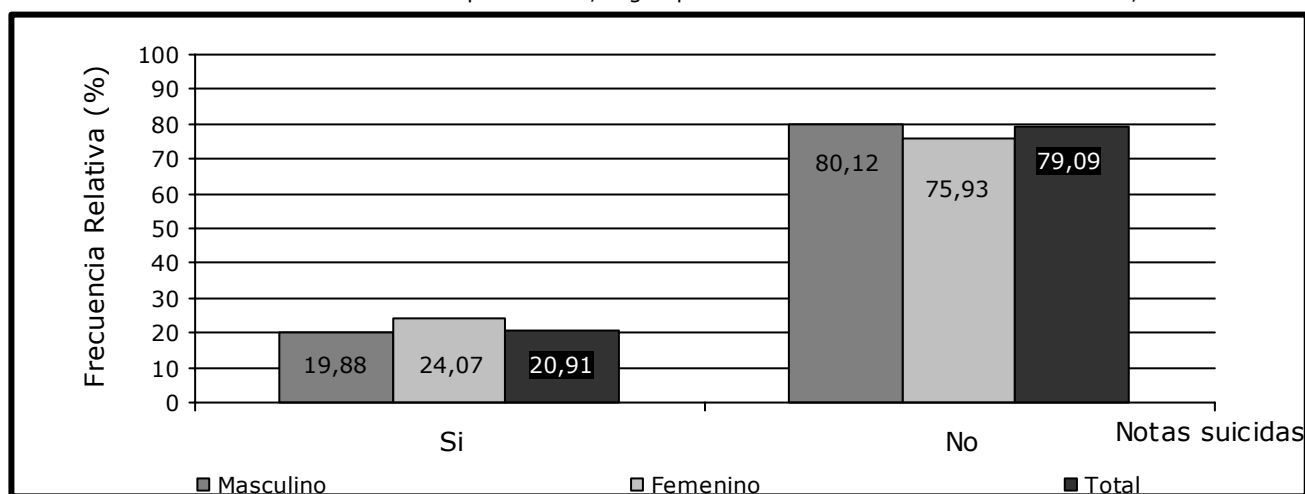
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis; División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial – Morgue Judicial; Armada Nacional. Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Presentaron actos violentos acompañantes del acto suicida, el 4,55% de los fallecidos. Para el sexo masculino, el porcentaje fue mayor, 5,42% y para el sexo femenino, fue de tan solo 1 persona (0,54%) (véase Gráfico 42).

4.5.4. Notas Suicidas

GRÁFICO 43

Distribución de los fallecidos por suicidio, según presencia de "Notas suicidas". Montevideo, 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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Dejaron *notas suicidas*, el 20,91% de los fallecidos. Para el sexo *femenino*, el 24,07% y para el *masculino*, el 19,88%. (véase Gráfico 43).

Encontrar notas cerca o junto al fallecido, es de importancia porque nos brinda información sobre el estado psicológico del mismo. Demuestra, que no se trata de un acto impulsivo, pues lleva un grado de reflexión y premeditación importantes. Desde el punto de vista *medico-legal*, ofrece información para el peritaje forense de real trascendencia⁹¹.

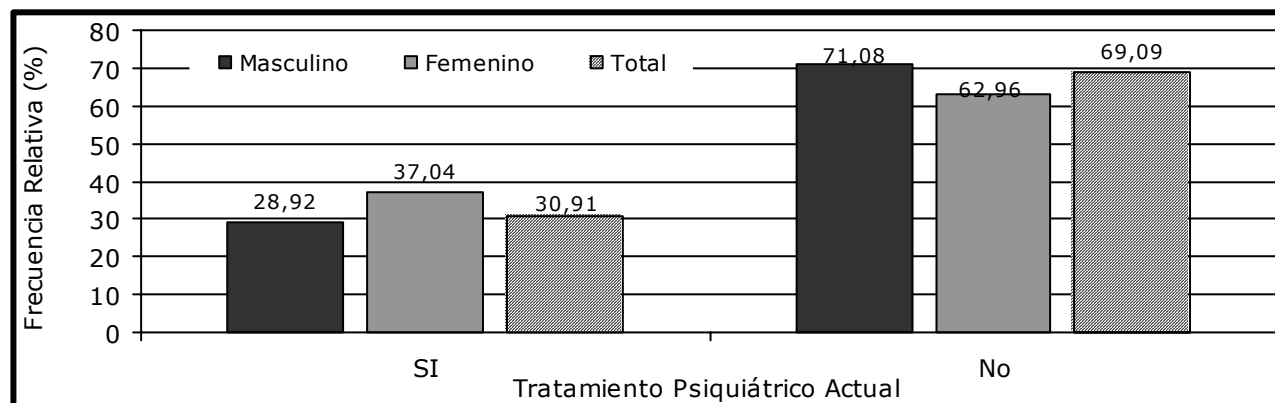
4.6 CARACTERÍSTICAS DE MORBILIDAD

4.6.1 Tratamiento Psiquiátrico Actual

4.6.1.1 EJE I DSM-IV

GRÁFICO 44

Distribución de los fallecidos por suicidio según Tratamiento Psiquiátrico Actual
Con Diagnóstico en el EJE I DSM-IV. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

El **30,91 %** de los fallecidos por *suicidio*, se encontraban en **tratamiento psiquiátrico actual, con diagnóstico en el Eje I del DSM-IV ($p < 0,05$)**, en el momento de realizar la entrevista al médico psiquiatra (o según registro en la Historia Clínica), esta cifra fue del 37,04% para las **mujeres** y del 28,92% para los **hombres**. (Gráfico 44) Estos hallazgos son coincidentes con lo reportado en la mayor parte de la literatura, en relación, a la mayor cantidad de consultas para el **sexo femenino**.

Si se comparan estas cifras, con los estudios realizados por diversos autores entre los que se destacan: **Barracough, Chynoweth, Kaplan, Marttunen, Rich, Foster, Bertolote, OMS y Soubrier** ^{11,114-121,19,78} - los cuales realizaron autopsias psicológicas y encontraron prevalencias de trastornos psiquiátricos en todos los casos **por encima del 90 %**-, se observa en nuestro estudio, una prevalencia muy inferior a la de los autores señalados, pero similar a las encontradas por **Dajas y Sazbon** (no realizaron autopsia psicológica en los trabajos de referencia) en *Uruguay* (donde los trastornos psiquiátricos se presentaron entre el 40% y el 30 % de los fallecidos). ^{11,139,21} Se destaca que, en nuestro estudio, no se realizó el perfil psiquiátrico del fallecido (autopsia psicológica), sino que se constató, en caso de encontrarse en tratamiento o tener antecedentes personales (véase más adelante), cuál era el diagnóstico efectuado por el psiquiatra tratante. **Puppo**, refiere en un estudio efectuado en el *Uruguay*, cifras muy similares, con un 30% de fallecidos en tratamiento psiquiátrico. ^{21,64,139,140}

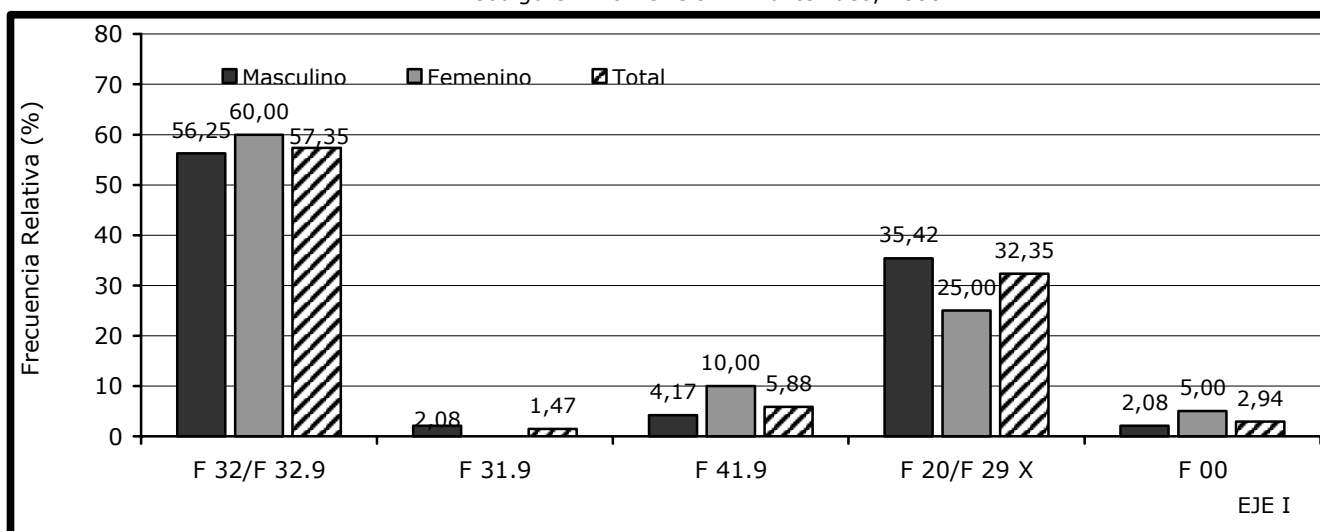
Otros **estudios realizados** en *EEUU* y en *Europa*, reportan -al igual que lo señalado por los primeros autores- trastornos psiquiátricos en el 90% de los fallecidos por *suicidio* (estudios de autopsia psicológica) ²⁰.

El hecho de que se encontraran en tratamiento psiquiátrico tan solo el 31% de los fallecidos y que de acuerdo a los resultados de la mayor parte de las investigaciones internacionales y nacionales de autopsia psicológica, la prevalencia de trastornos psiquiátricos es superior al 90%, nos hace plantear entre múltiples motivos explicativos: **problemas de accesibilidad a los servicios de salud, prejuicios sociales a la consulta y tratamiento con psiquiatra**, y entre otros, **dificultades de los médicos generales para un adecuado manejo de estas patologías**.

4.6.1.2 Diagnóstico

GRÁFICO 45

Distribución de los fallecidos por suicidio en Tratamiento Psiquiátrico Actual
Con diagnóstico en el EJE I DSM-IV según Tipo de Diagnóstico y Sexo
Código CIE 10 Revisión*. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

* Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión OPS-OMS

F 32/F 32.9 – Tratamientos depresivos

F 31.9 – Trastornos bipolares

F 41.9 – Trastornos de la ansiedad

F 20/F 29 X – Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

F 00 – Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos congénitos

De los fallecidos por *suicidio* que se encontraban en **tratamiento psiquiátrico actual**, el 58,2% presentaron **trastornos del estado de ánimo** (desagregados en 57,35% para **trastornos depresivos** y 1,47% para **trastornos bipolares**), (véase Tabla 9 y Gráfico 45) y 32,35% **esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**. ($p < 0,05$)

Para el **sexo masculino**, el 56,25% presentó **trastornos depresivos**, el 35,42% **esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**, y el 4,17% **trastornos de ansiedad**, (véase Tabla 9 – Anexo IV y Gráfico 45). Para el **sexo femenino**, el 60% de los que estaban en **tratamiento psiquiátrico actual** presentaron **trastornos depresivos**, seguido por **esquizofrenia y otros trastornos psicóticos** con el 25% y **trastornos de ansiedad** con el 10% (véase Tabla 9 – Anexo IV y Gráfico 45).

En 1982 se realizó un estudio sobre **50 autopsias psicológicas (Puppo)**¹⁴⁰, que mostró una prevalencia del 38% para los trastornos depresivos.

La **proporción de trastornos depresivos** encontrados por Bertolote, en sus referencias de autopsias psicológicas, presentaron variaciones entre el **24% y el 80%** de los trastornos psiquiátricos y esquizofrenia con variaciones entre el **3% y el 10%**.^{111,114-121}

Diversos estudios en *EEUU* y *Europa*, refieren asociación con depresión y alcoholismo entre un 80 a 85%.²⁰ El riesgo de *suicidio* mencionado en personas con trastornos del estado de ánimo, varía entre un 5% y un 16% y con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, entre un 5% y un 11%.^{111,114-121}

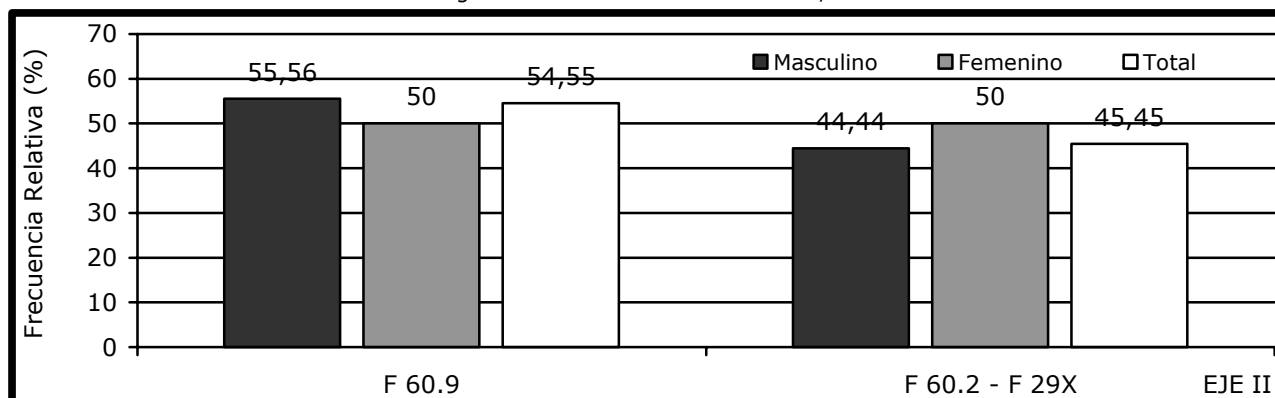
En *Europa Central* y *Oriental*, los trastornos psiquiátricos más frecuentemente encontrados fueron: depresión, esquizofrenia y consumo de alcohol.^{12, 22}

En un estudio realizado en *Finlandia*, en 1993, se encontró que en el 93% de los casos se podía asignar un diagnóstico psiquiátrico, destacándose entre los más importantes depresión y alcoholismo^{24,182}. El **consumo de alcohol** se presenta en el **punto 4.6.7.4**.

4.6.1.3 EJE II DSM-IV

GRÁFICO 46

Distribución de los fallecidos por suicidio en Tratamiento Psiquiátrico Actual
Con diagnóstico en el EJE II DSM-IV, según Tipo de Diagnóstico y sexo.
Código CIE 10 Revisión *. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

* Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión OPS-OMS

F 60.9 – Trastornos de la personalidad

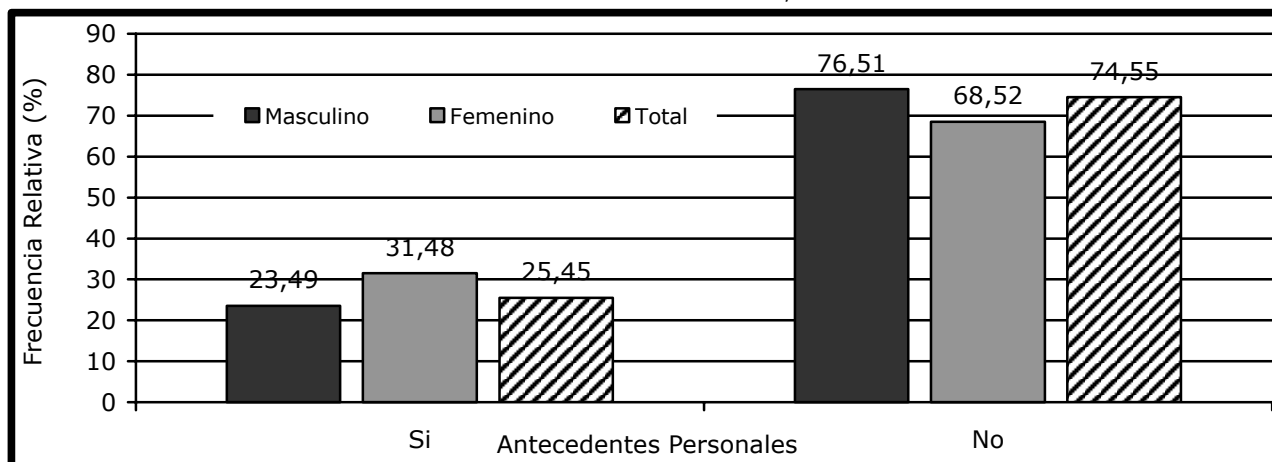
F 60.2 – F 29 X – Trastorno antisocial de la personalidad

En el **Eje II del DSM-IV**, presentaron diagnóstico el 5% de los fallecidos. (Gráfico 67) De los que presentaron **diagnostico en el EJE II**: en el 54,55% se encontraron **trastornos de la personalidad** y en el 45,45% **trastornos antisociales de la personalidad**. (Gráfico 46). Para el **sexo masculino**, el 55,56% presentó **trastornos de personalidad** y el 44,44% **trastorno antisocial** de la misma y para el **sexo femenino**, ambos diagnósticos se presentaron por igual. (Gráfico 46).

4.6.2 Antecedentes Personales de Tratamiento Psiquiátrico

GRÁFICO 47

Distribución de los fallecidos por suicidio según Antecedentes Personales de Tratamiento Psiquiátrico con Diagnóstico en el EJE I DSM-IV. Montevideo, 2000.



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

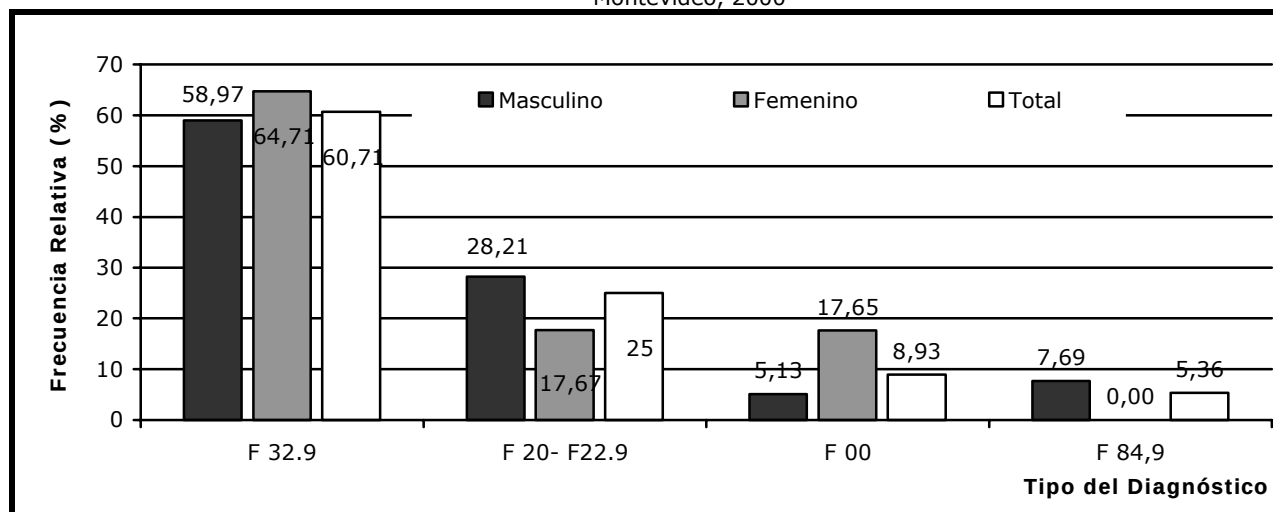
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

El 25,45% de los fallecidos por *suicidio* presentaron **antecedentes personales de tratamiento psiquiátrico**, el 23,49% de los **hombres** y el 31,48% de las **mujeres**. (Gráfico 47) ($p < 0,05$).

4.6.2.1 Diagnóstico

GRÁFICO 48

Distribución de los fallecidos por suicidio con Antecedentes Personales De Trastorno Psiquiátrico con Diagnóstico en el EJE I – DSM_IV, según tipo de diagnóstico y sexo. Código CIE-10, Revisión *. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión OPS-OMS

F 32.9 – Trastornos depresivos, trastornos de estado de ánimo

F 20 – F 22.9 – Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

F 00 – Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

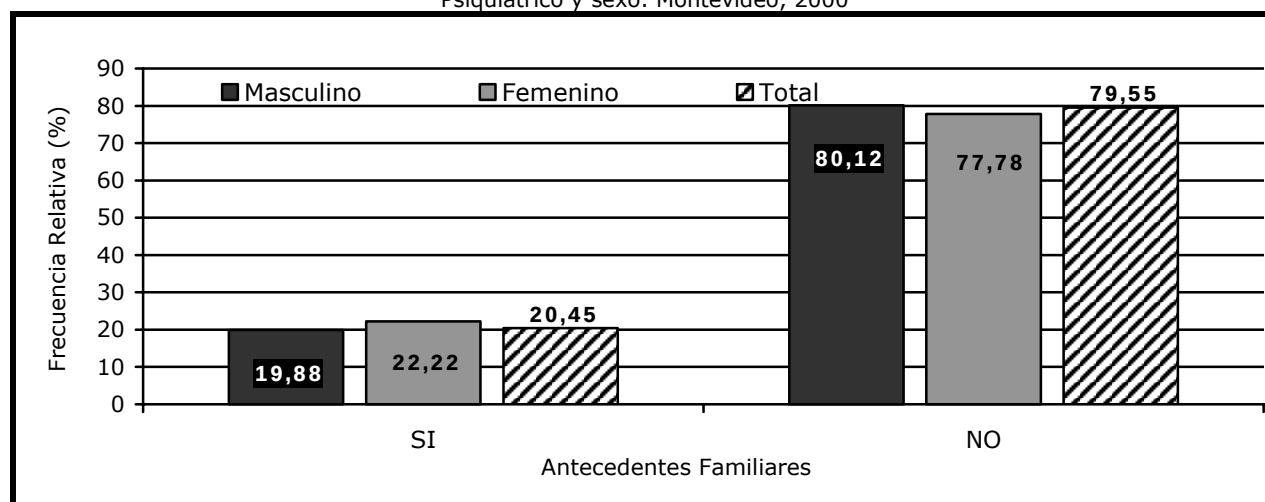
F 84.9 – Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

Los **diagnósticos** mas frecuentes encontrados en los fallecidos con **antecedentes de tratamiento** fueron: **trastornos depresivos** con el 60,71% (58,97 y 64,71 para el **sexo masculino** y **femenino** respectivamente), seguido por **esquizofrenia y otros trastornos psicóticos** con 25% (28,21% para el **sexo masculino** y 27,65% para el **femenino**), **delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos** con 8,62% (5,13 y 17,65% para el **sexo masculino** y **femenino** respectivamente) y **trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia** con 5,36% (7,69% para el **sexo masculino**) (Gráfico 48) ($p < 0,05$).

4.6.3 Antecedentes Familiares de Tratamiento Psiquiátrico

GRÁFICO 49

Distribución de los fallecidos por suicidio según Antecedentes Familiares de Tratamiento Psiquiátrico y sexo. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

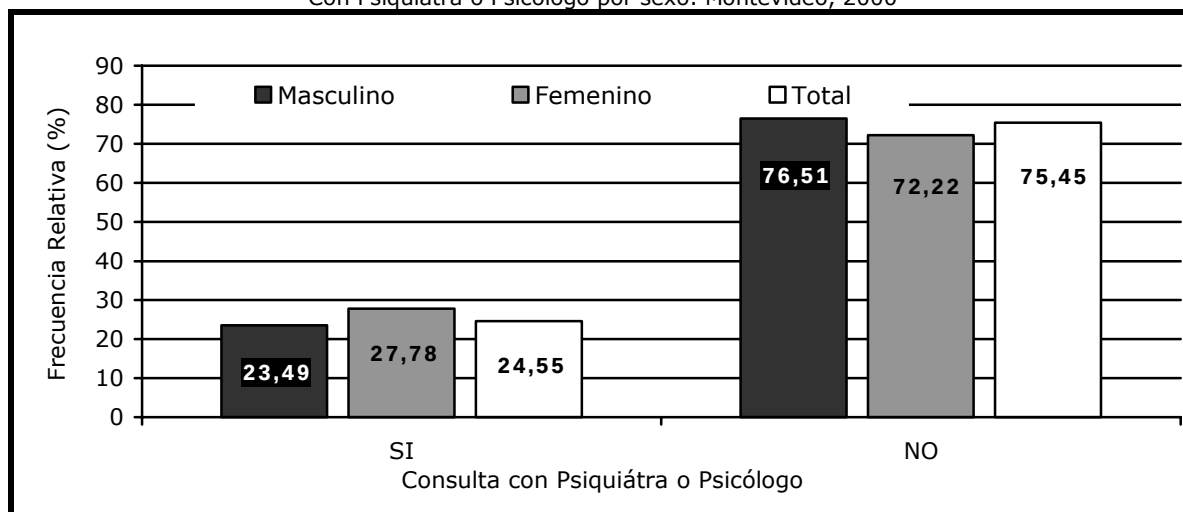
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Presentaron **antecedentes familiares de tratamiento psiquiátrico**, el 20,45% de los fallecidos, 19,88% para el **sexo masculino** y 22,22% para el **femenino** (Gráfico 49) ($p < 0,05$).

4.6.4 Consulta con Psiquiatra o Psicólogo

GRÁFICO 50

Distribución de los fallecidos por suicidio según voluntad de consulta
Con Psiquiatra o Psicólogo por sexo. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

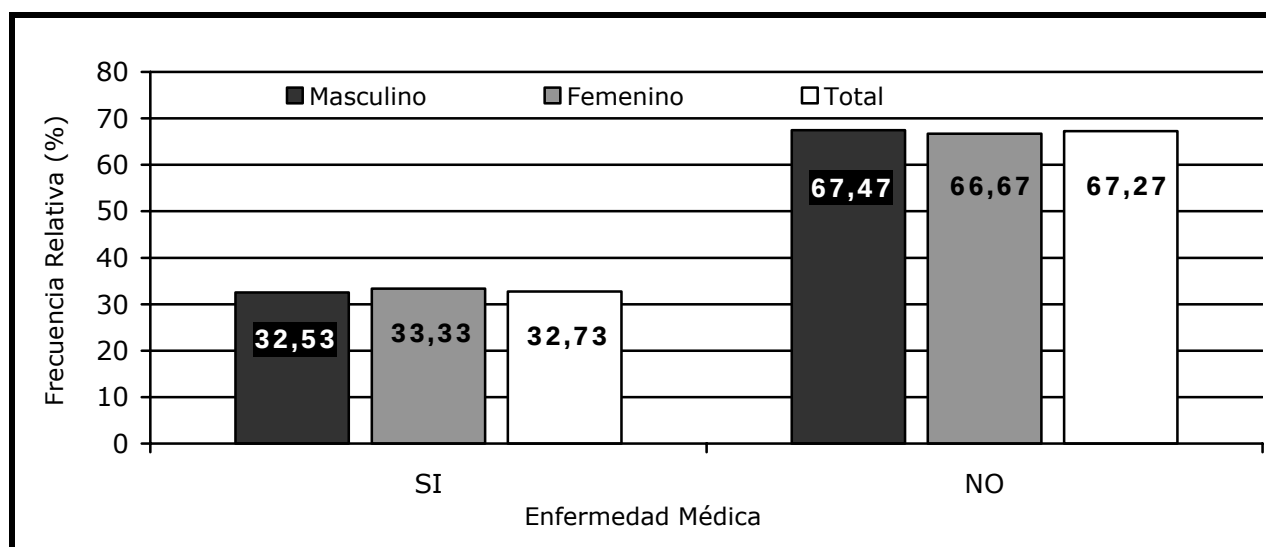
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Se preguntó a los familiares de los fallecidos si en algún momento estos manifestaron querer una **consulta con psiquiatra o psicólogo**, la cual tuvo una respuesta afirmativa en un 24,55% para ambos sexos, 23,49% para el **sexo masculino** y 27,78% para el **femenino**. ($p < 0,05$) (Gráfico 50).

4.6.5 Enfermedades Médicas (EJE III DSM-IV)

GRÁFICO 51

Distribución de los fallecidos por suicidio, según Enfermedad Médica
Con Diagnóstico en el EJE III DSM-IV. Montevideo, 2000.



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Presentaron **enfermedad médica con diagnóstico en el EJE III del DSM-IV** el 32,73% de los fallecidos, sin mayores diferencias para ambos sexos y presentó **enfermedad terminal** el 3,64% de los mismos. ($p < 0,05$) (véase Tablas 10 y 11 – Anexo IV y Gráfico 51).

La fuente de información para este EJE, provino de la encuesta por entrevista realizada a los familiares de los fallecidos, así como al médico tratante o se registro lo encontrado en la historia clínica.

4.6.5.1 Diagnóstico

Los **diagnósticos** más frecuentes para **ambos sexos** fueron las enfermedades del **aparato respiratorio** (J00-J99) con el 20,63%, las enfermedades del **sistema circulatorio** (I00-I99) con un 17,46% y las enfermedades del **aparato Digestivo** (K00-K93) con el 12,70% (véase Tabla 12 – Anexo IV y Gráfico 52).

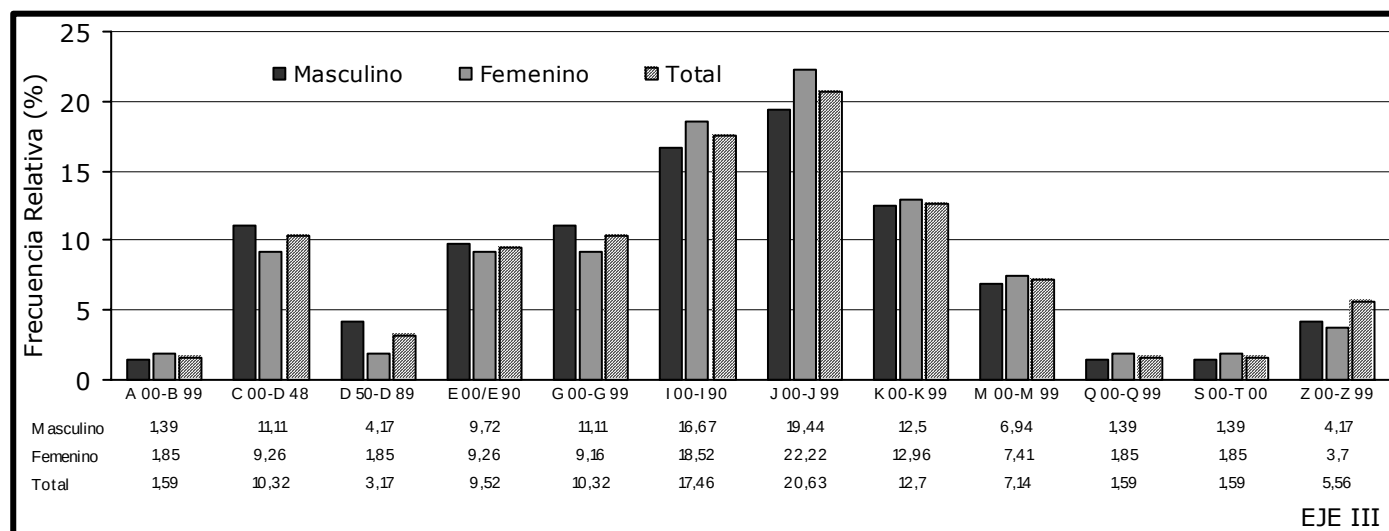
Para el **sexo masculino**, las **enfermedades** más frecuentes fueron las **del aparato respiratorio** (J00-J99) con el 19,44%, seguido por las **enfermedades del sistema circulatorio** (I00-I99) con el 16,67% y por las **enfermedades del sistema digestivo** (K00-K93) con el 12,50%. (véase Tabla 12 – Anexo IV y Gráfico 52).

En el **sexo femenino**, las **enfermedades** más frecuentes fueron las **del aparato respiratorio** (J00-J99) con el 22,22%, seguido por las **afecciones del sistema circulatorio** (I00-I99) con el 18,52% y las **enfermedades del aparato digestivo** (K00-K93) con el 12,96%. (véase Tabla 12 – Anexo IV y Gráfico 52).

Estas enfermedades presentaron -al igual que en otros estudios- una prevalencia similar de enfermedades, pero a diferencia de los mismos, no se encontraron pacientes con SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) en este estudio.^{19,78,141,143}

GRÁFICO 52

Distribución de los fallecidos por suicidio con Diagnóstico en el EJE III DSM-IV según Tipo de Diagnóstico y Sexo -digo CIE-10 Revisión*. Montevideo 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

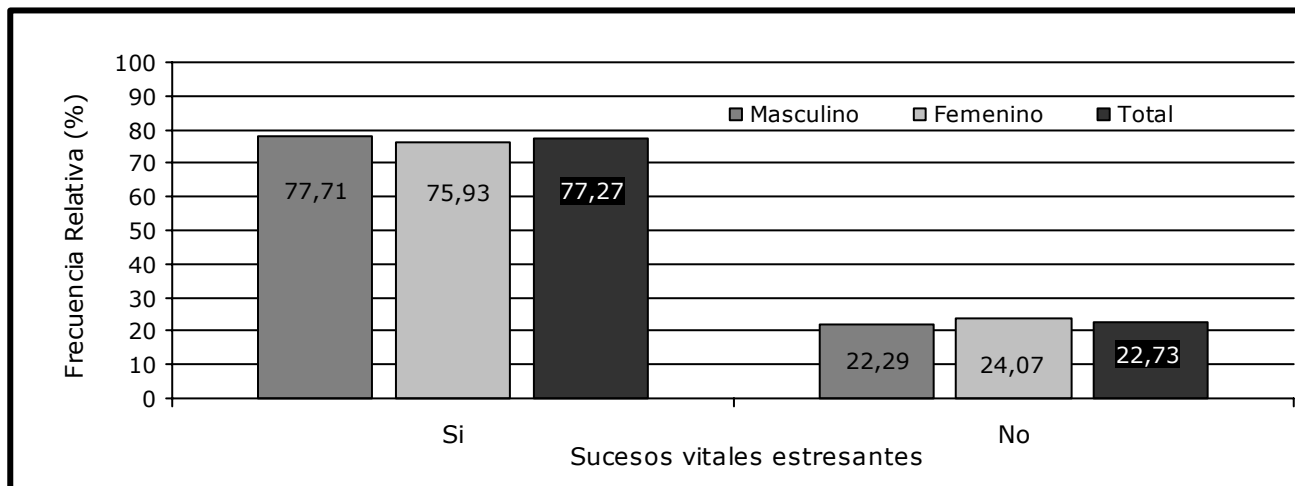
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

* Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión OPS-OMS

4.6.6 Sucesos Vitales Estresantes (EJE IV DSM-IV)

GRÁFICO 53

Distribución de los fallecidos por suicidio, según sucesos vitales estresantes con diagnóstico en EJE IV DSM-IV. Montevideo, 2000.



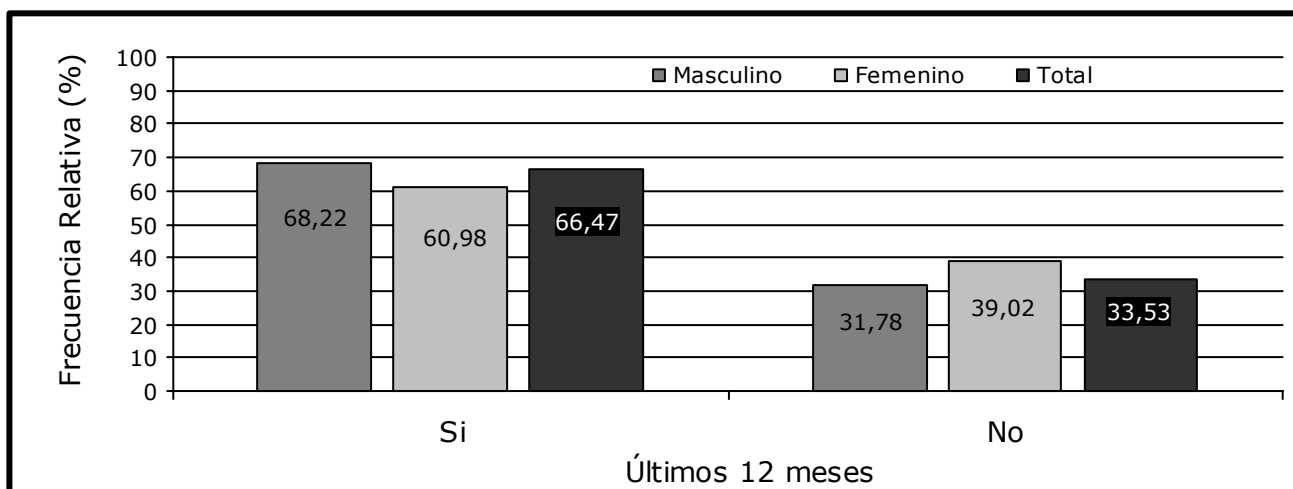
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

La mayor proporción de los fallecidos por suicidio presentaron sucesos vitales estresantes (SVE), siendo esta cifra del 77,27%: 77,71% para los del sexo masculino y 75,93% para el femenino (Gráfico 53). ($p < 0,05$)

GRÁFICO 54

Distribución de los fallecidos por suicidio con Sucesos Vitales Estresantes con Diagnóstico en el EJE IV DSM-IV, según últimos 12 meses. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

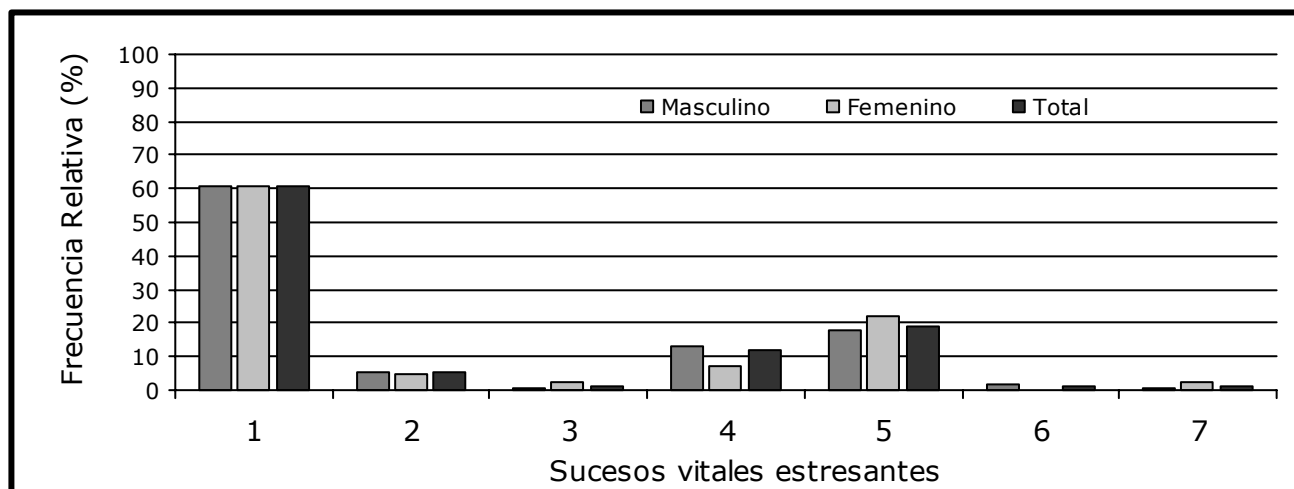
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

De los fallecidos que tuvieron sucesos vitales estresantes, lo presentaron en el último año, el 66,47% para ambos sexos (Gráfico 54) 68,22% para el sexo masculino (3% mayor) y 60,98% para el femenino (8,25 % menor) ($p < 0,05$).

4.6.6.1 Tipo de Suceso Vital Estresante

GRÁFICO 55

Distribución de Sucesos Vitales Estresantes con Diagnóstico en el EJE IV DSM-IV, según tipo de suceso vital estresante. Código CIE-10 Revisión*. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

* Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión OPS-OMS

1 – Problemas relativos al grupo primario de apoyo

2 – Problemas relativos al ambiente social

3 – Problemas relativos a la enseñanza

4 – Problemas laborales

5 – Problemas económicos

6 – Problemas relativos a la integración con el sistema legal o con el crimen

7 – Otros problemas psicosociales y ambientales

Los *sucesos vitales estresantes* que se presentaron con mayor frecuencia, fueron los relativos al grupo primario de apoyo, con cifras superiores al 60% para ambos sexos, para el *sexo masculino* y *femenino* respectivamente. (véase Tabla 13 – Anexo IV y Gráfico 55)

En segundo lugar, se identificaron problemas de carácter económico con el 18,82%. El *sexo femenino* los presentó en un 21,95%, 18,7% mayor al *sexo masculino* que fue de 17,83%.

En tercer lugar, se ubicaron los problemas de carácter laboral, que presentaron un porcentaje del 11,76%. En el *hombre* se presentaron en un 13,18% y en la *mujer* en un 7,32% (44% menor que en el anterior)

En cuarto lugar, se identificaron los problemas relativos al ambiente social, con cifras próximas para ambos sexos (véase Tabla 13 – Anexo IV) ($p < 0,05$).

TABLA 9

Distribución de los Sucesos Vitales Estresantes con Diagnóstico en el EJE IV DSM-IV según Tipo de Suceso Vital Estresante y Sexo. Montevideo 2000.-

Tipo de Suceso Vital Estresante (EJE IV DSM-IV)		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	Problemas afectivo-emocionales	49	37,98	10	24,39	59	34,71
	Muerte de seres queridos	13	10,08	8	19,51	21	14,35
	Enfermedad	14	10,85	7	17,07	21	14,35
	Suicidio del Padre	1	0,78	0	0,00	1	0,59
	Cambio de residencia	1	0,78	0	0,00	1	0,59
Problemas relativos al ambiente social	Soledad	6	4,65	2	4,88	8	4,71
	Dificultad para relacionarse	1	0,78	0	0,00	1	0,59
Problemas relativas a la	Pérdida de Exámenes	1	0,78	1	2,44	2	1,18
Problemas Laborales	Problemas Laborales	17	13,18	2	4,88	19	11,18
	Trabajo excesivo	0	0,00	1	2,44	1	0,59
Problemas económicos		23	17,83	9	21,95	32	18,82
Problemas relativos a la integración con el sistema legal o con el crimen	Prisión	1	0,78	0	0,00	1	0,59
	Problemas legales	1	0,78	0	0,00	1	0,59
Otros problemas	Juego	1	0,78	1	12,44	2	1,18
Total		129	100,00	41	100,00	170	100,00

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Si desagregamos los SVE (*Sucesos Vitales Estresantes*) en sus componentes (Tabla 9), se observa que se encuentran: en primer lugar, los problemas afectivo emocionales con un 34,71%, seguido por los problemas económicos con un 18,82%, muerte de seres queridos y enfermedad con un 14,35% y problemas laborales con un 11,18%.

Para el *sexo masculino*: se ubicaron en primer lugar, los problemas afectivos emocionales con el 37,98%, seguido por los problemas económicos con un 17,83%, problemas laborales con un 13,18%, enfermedad con el 10,85% y muerte de seres queridos con un 10,08% (Tabla 9).

Para el *sexo femenino*: los problemas afectivo-emocionales se ubicaron también en primer lugar con el 24,39%, pero seguido muy de cerca por los problemas económicos con el 21,95% (10% menor), muerte de seres queridos con el 19,51% y enfermedades con el 17,07% (Tabla 9). Los problemas económicos adquieren, en la mujer una gravitación importante en la precipitación del acto suicida, eso con seguridad, pueda ser reflejo del rol desempeñado por esta en la sociedad contemporánea, no acompañado por los procesos sociales acordes a los nuevos requerimientos (inequidad de género).

Durkheim, a fines del siglo XIX, define tres tipos de suicidio: "egoísta", "altruista" y "anómico". El primero, definido como el fracaso de la persona en su integración con la sociedad, el segundo, como consecuencia de una integración excesiva donde se pierde la propia identidad y el tercero, como el resultante del cambio social que lo lleva a la inestabilidad y a la pérdida de las normas sociales y familiares²⁴.

Entre las fuerzas sociales que se destacan vinculados al *suicidio* se mencionan: el desempleo (véase variables de persona), sentimientos de desesperanza, problemas sociales, afectivos, económicos y laborales²⁴.

Diversos estudios destacan como principales sucesos vitales estresantes -al igual que en nuestro trabajo: pérdida de parientes^{11,20,77} desempleo^{11,20,77} separación marital, disturbios familiares, cambios de ocupación, problemas económicos, pérdida familiar,²⁰⁷ prisión^{77,114}, estrés.²⁰⁶

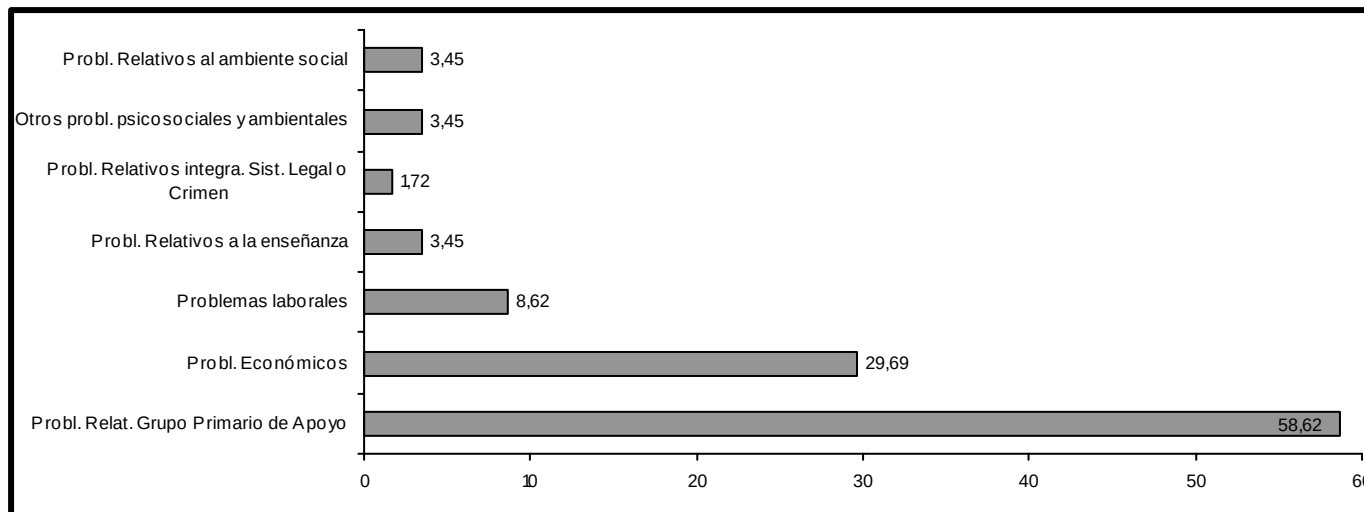
Dajas, encontró en un estudio comparativo entre *Montevideo* y *Estocolmo*, un nivel de estrés social claramente superior en los pacientes uruguayos con *Diagnósticos en el eje IV del DSMIII-R*²⁰⁵.

En *Manchester* (1995-1996), se encontró un mayor riesgo suicida, en aquellos con historia de separación de los padres, abuso de niños, problemas de prisión, y trastornos mentales¹²⁴.

4.6.6.2 Edad y Sexo

GRÁFICO 56

Distribución de los fallecidos por suicidio de 10 a 29 años con Sucesos Vitales Estresantes según tipo de Suceso Vital Estresante. Montevideo 2000



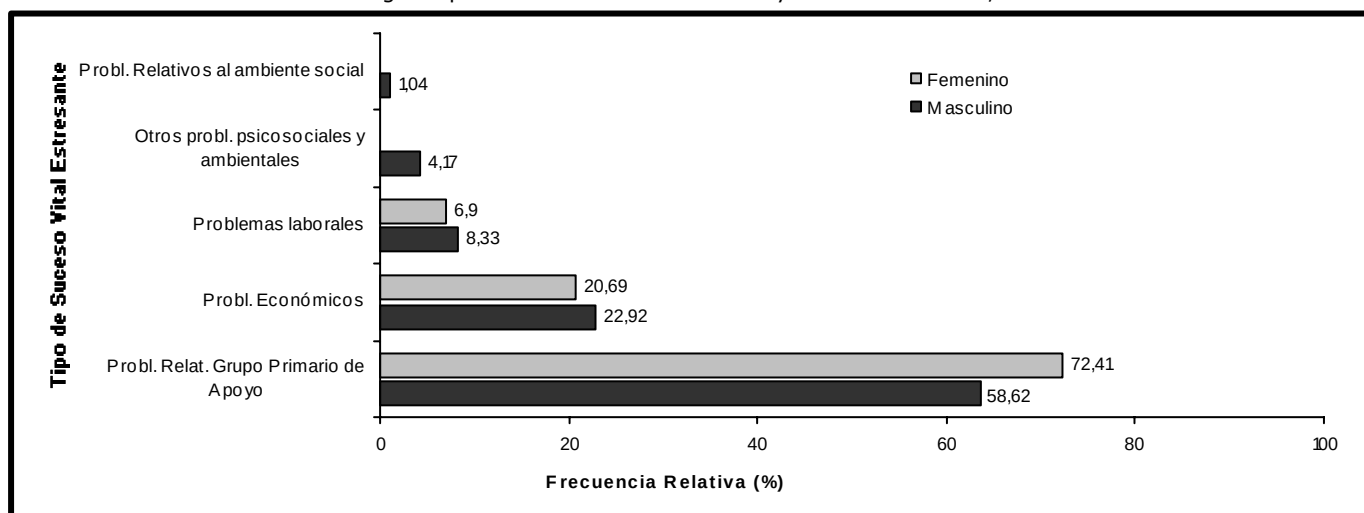
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

En los menores de 30 años (Gráfico 56) se observa el predominio de los problemas relativos al grupo primario de apoyo para ambos sexos con casi el 60% de los fallecidos seguido por los problemas económicos y laborales. (Tabla 15, Anexo IV)

GRÁFICO 57

Distribución de los fallecidos por suicidio de 30 a 64 años con Sucesos Vitales Estresantes Según Tipo de Suceso Vital Estresante y Sexo. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

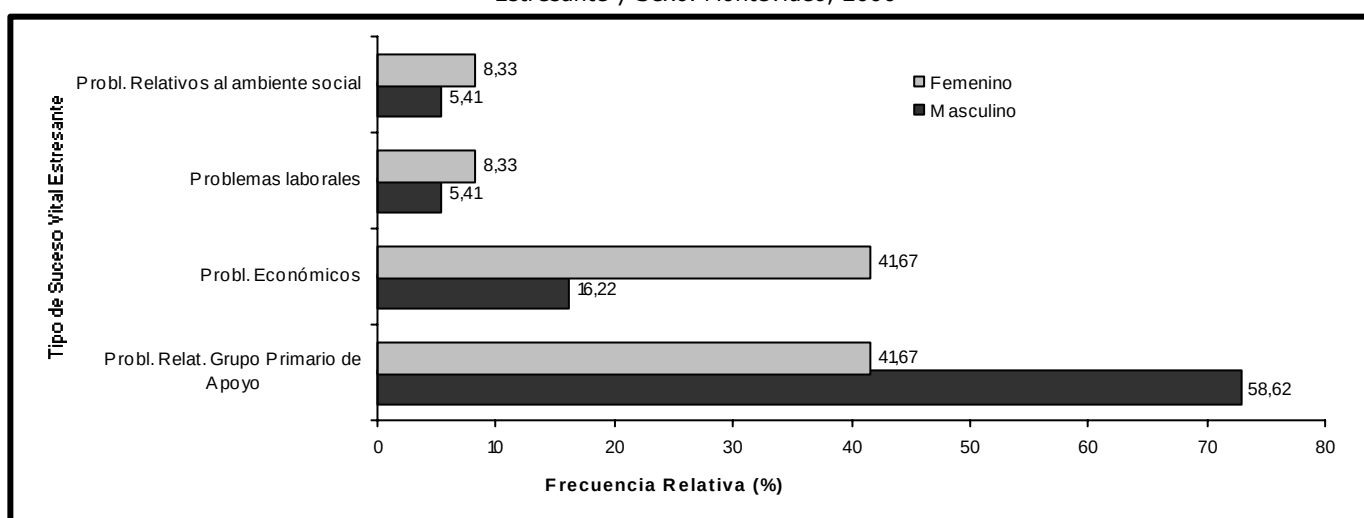
En los adultos de **30 a 64 años** se observa también la mayor frecuencia de los problemas relativos al **grupo primario de apoyo** con una magnitud de 63,54% y 72,41% para el hombre y la mujer respectivamente (Tabla 16 Anexo IV y Gráfico 57).

Todos estos elementos por grupo de edad en los jóvenes como en los adultos reflejan la falta de redes de apoyo y contención tanto en la familia como en la comunidad y en el sistema sanitario (véase Modelo Explicativo del Acto y la Conducta Suicida).

En los de **65 y más años del sexo femenino** se observa que los **problemas económicos** y del **grupo primario de apoyo** ocupan el primer lugar (Tabla 17, Anexo IV y Gráfico 58). El peso en la mujer de tercera edad de los factores socioeconómicos quizás reflejan, las condiciones de inequidad de género padecidas en el transcurso de la vida y que se visualizan en jubilaciones o en la asistencia social (pensiones).

GRÁFICO 58

Distribución de los fallecidos por suicidio de 65 años y más años con Sucesos Vitales Estresantes, según Tipo de Suceso Vital Estresante y Sexo. Montevideo, 2000



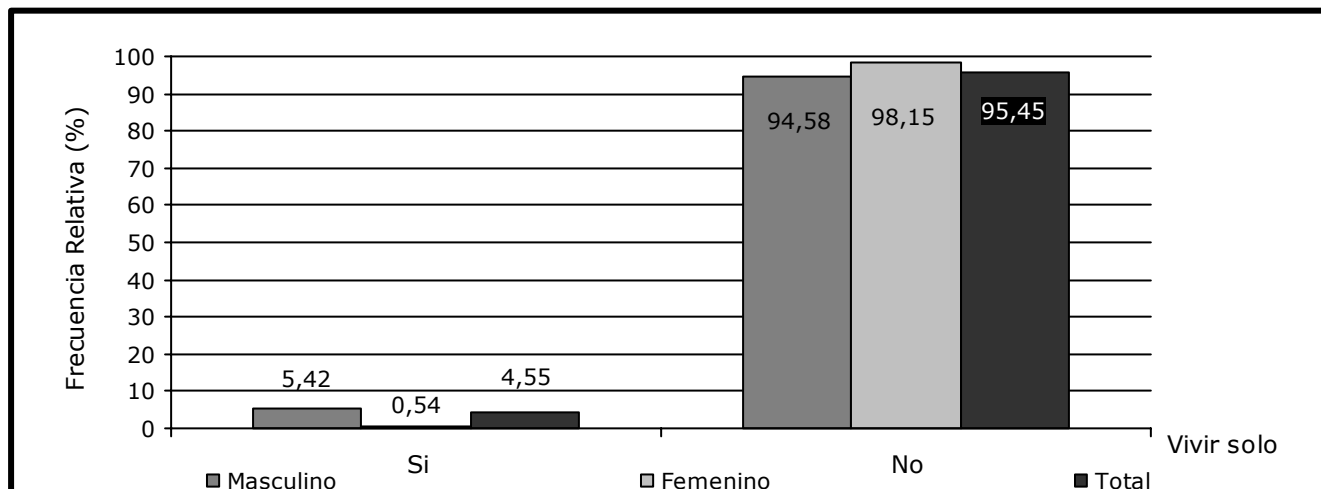
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

4.6.6.3. Vivir solo

GRÁFICO 59

Distribución de los fallecidos por suicidio según "Vivir Solo". Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

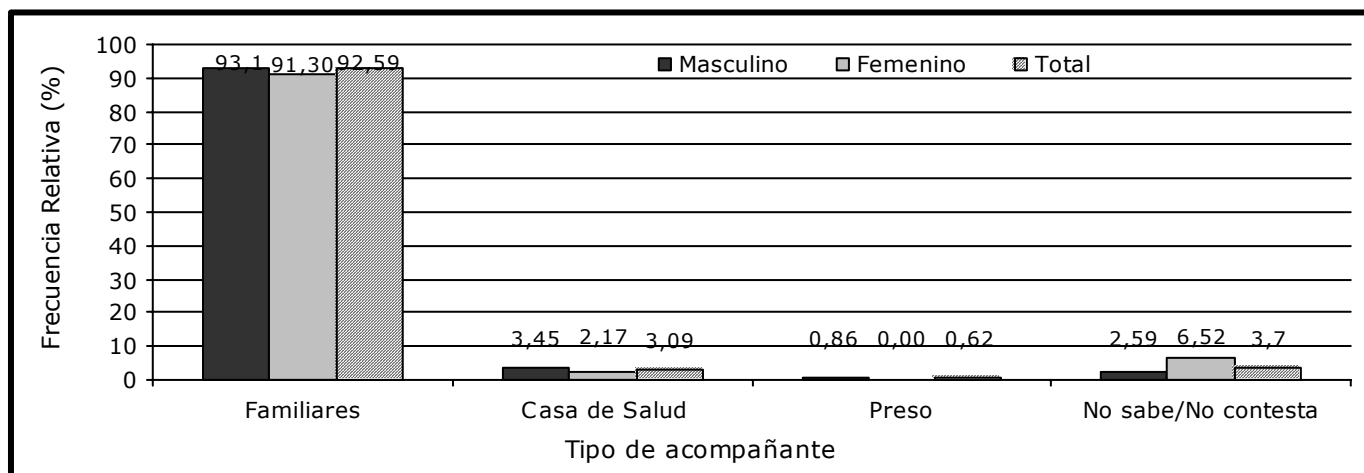
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Casi el 30% de los fallecidos del *sexo masculino vivía solo*, cifra superior en un 80% a los del *sexo femenino* (16,67%). (Gráfico 59). Esta diferencia de sexos puede representar una mayor rigidez de adaptación social en el hombre. ($p < 0,05$)

Los fallecidos que *vivan acompañados* en un casi 93%, lo hacían con familiares directos (Gráfico 60).

GRÁFICO 60

Distribución de los fallecidos por suicidio que residían en compañía, según Tipo de Acompañante y Sexo. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

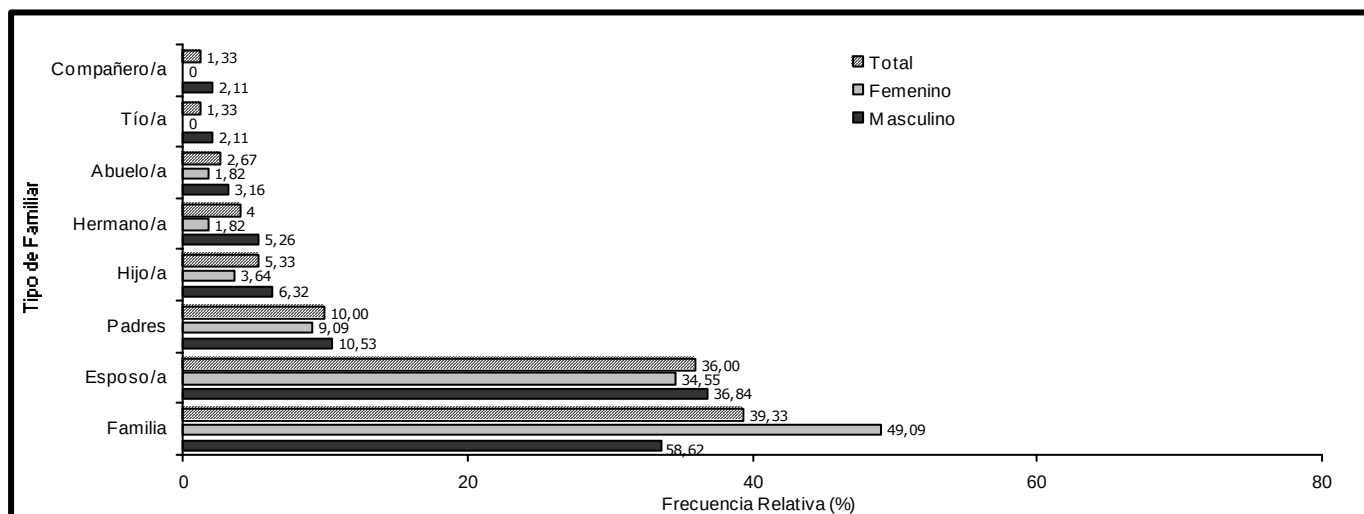
Si estudiamos en forma desagregada a los familiares: el 33,68% correspondió a la familia propiamente dicha, en donde el encuestador no estableció el grado del mismo, el 36,84% correspondió al esposo o esposa, 10,53% a padres, 6,32% a hijo o hija.

Para el *sexo femenino* el 49% de los *acompañantes* fueron familiares propiamente dichos, 34,55% esposo o esposa, padres en un 9,09%, hijo o hija en un 3,64%. (Gráfico 61) (Tablas 18, 19 y 20, Anexo IV)

GRÁFICO 61

Distribución de los fallecidos por suicidio que residían en compañía de familiares, según Tipo de Familiar y Sexo.
Montevideo, 2000

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.



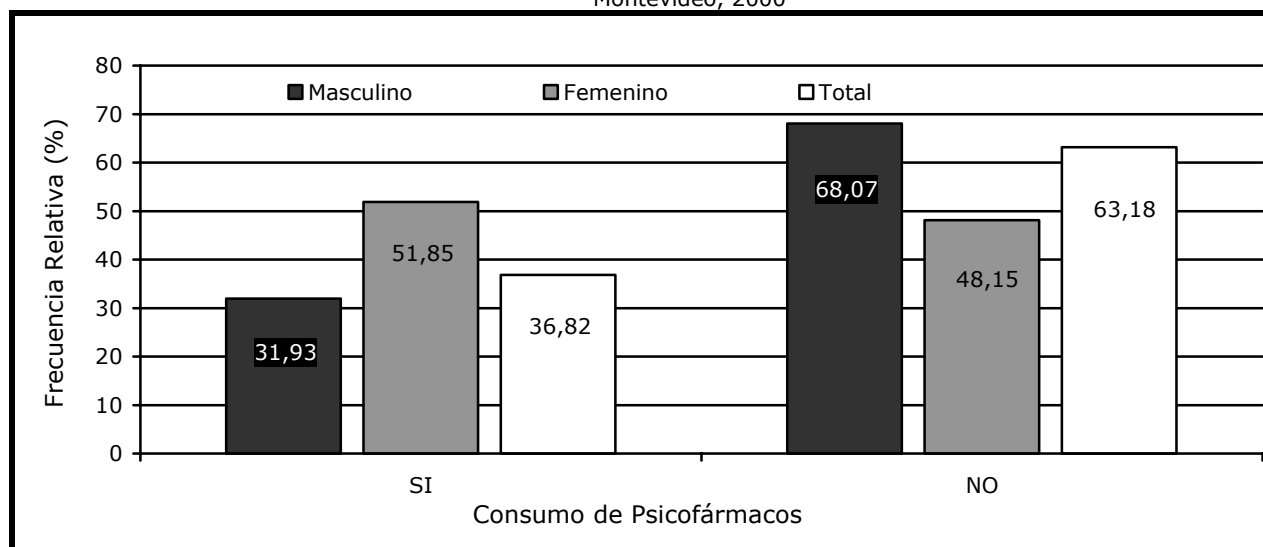
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

4.6.7 Consumo de Sustancias

4.6.7.1 Consumo de Psicofármacos

GRÁFICO 62

Distribución de los fallecidos por suicidio según Consumo de Psicofármacos
Montevideo, 2000



Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Fuente:

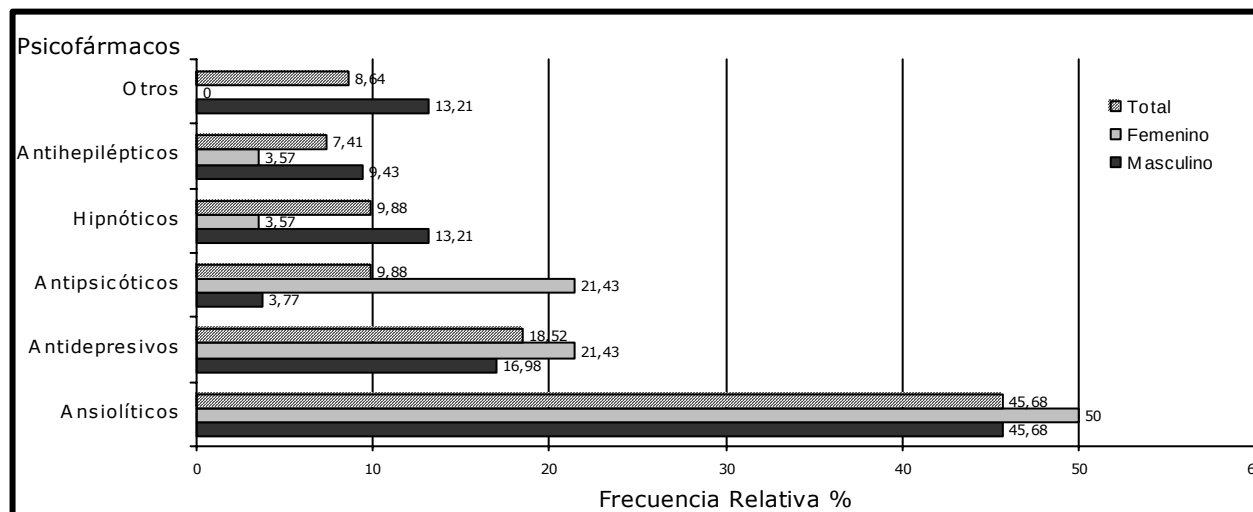
El 51,85% de los fallecidos del *sexo femenino* eran consumidores de psicofármacos, 62 % mayor a la proporción de consumidores del *sexo masculino*. (31, 93%). El total de consumidores para ambos sexos fue de 36,82% ($p < 0,05$) (véase Tabla 21, Anexo IV y Gráfico 62).

En *Suecia*, una investigación concluyó que entre los que consumieron diferentes tipos de drogas, el 45% correspondieron a drogas psicotrópicas. Antidepresivos en un 12,4% de los hombres y 26,2% de las mujeres¹⁰⁹.

4.6.7.2 Tipo de Psicofármacos

GRÁFICO 63

Distribución de los fallecidos por suicidio que consumieron psicofármacos según Tipo de Psicofármacos. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

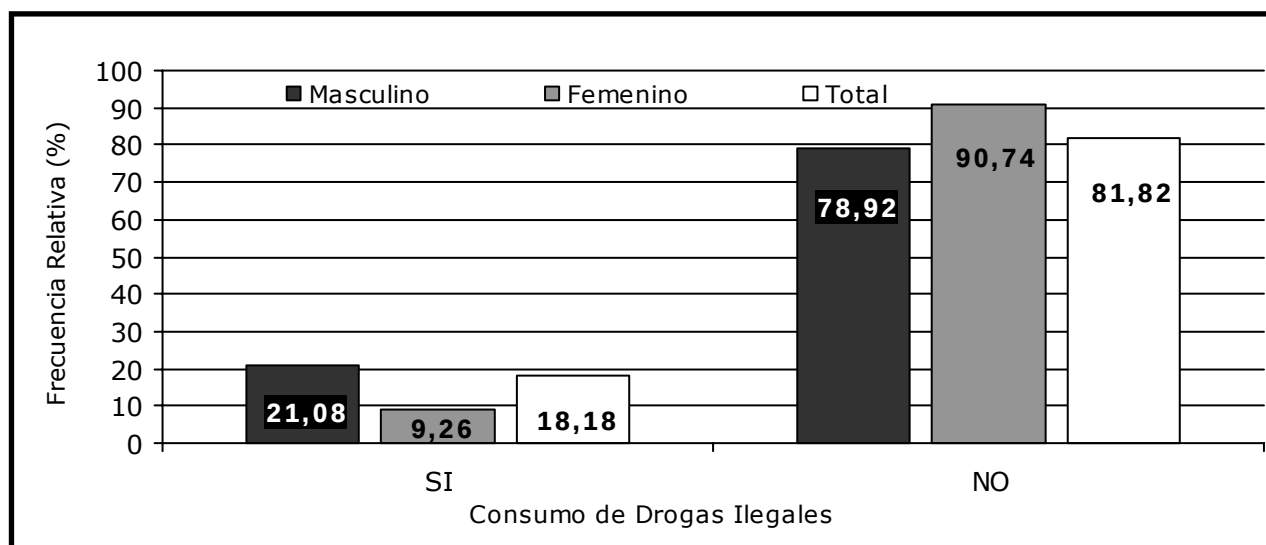
En el sexo masculino, el 43,40 % de los psicofármacos consumidos correspondieron a ansiolíticos, 16,98 % a antidepresivos, 13,21 % a hipnóticos y en el sexo femenino el 50 % del consumo se debió a ansiolíticos y 21,43 % a antidepresivos y antipsicóticos para cada uno respectivamente.

Para ambos sexos los fármacos más consumidos en consecuencia, fueron los ansiolíticos con el 45,68 %, seguido por los antidepresivos con el 18,52 %, los antipsicóticos e hipnóticos con el 9,88 % y los antiepilepticos con el 7,41 %. (véase Tabla 22 – Anexo y Gráfico 63).

4.6.7.3 Consumo de Drogas Ilegales

GRÁFICO 64

Distribución de los fallecidos por suicidio según Consumo de Drogas Ilegales. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

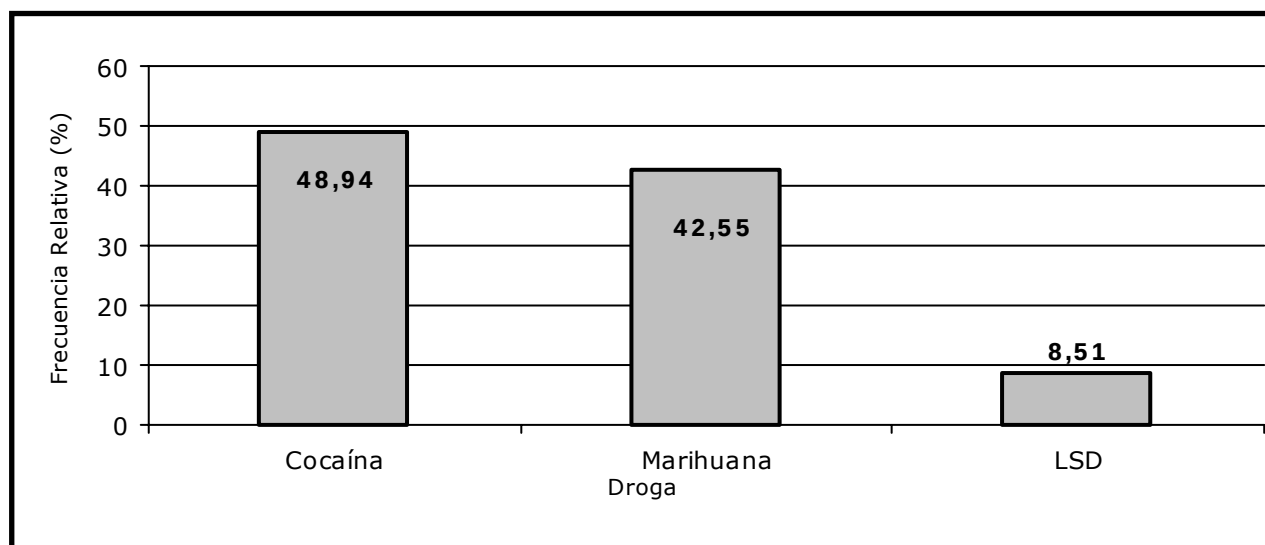
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

El consumo de drogas ilegales correspondió al 18,18 % de los fallecidos por suicidio, siendo esta cifra de 21,08 % para el sexo masculino y 9,26 % para el femenino (127 % menor) (Gráfico 64). (p<0,05)

4.6.7.4 Tipo de Drogas Ilegales

GRÁFICO 65

Distribución de los fallecidos por suicidio que consumían Drogas Ilegales, según tipo de droga. Montevideo, 2000



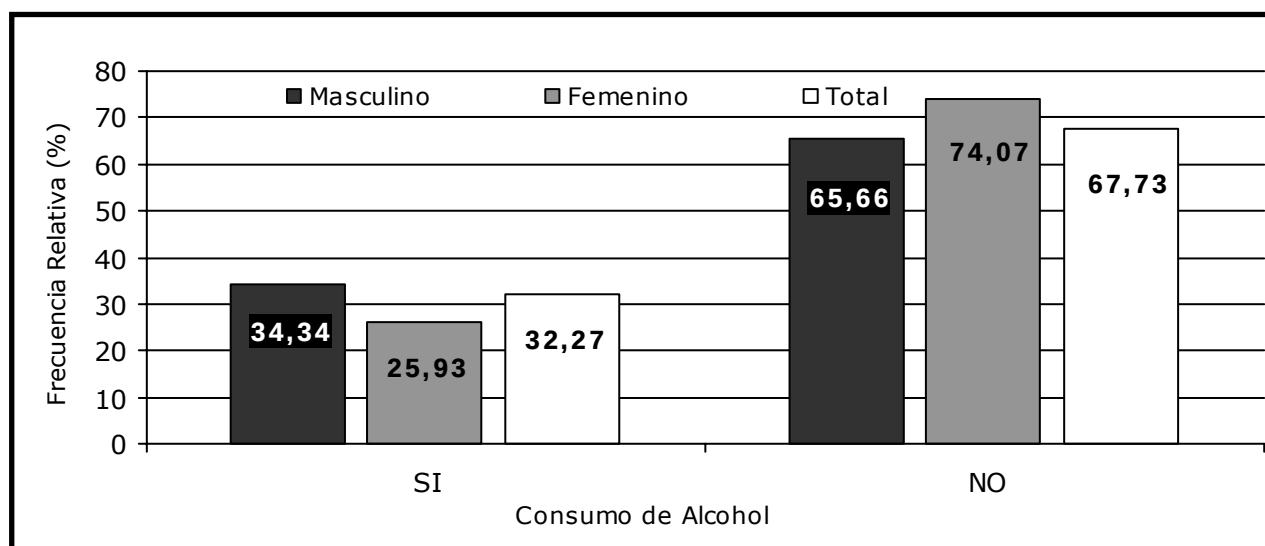
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

A nivel de la población general **de fallecidos**, la cocaína se situó en primer lugar de consumo con el 48,94%, seguido por la marihuana con el 42,55% (Gráfico 65).

GRÁFICO 66

Distribución de los fallecidos por suicidio según Consumo de Alcohol. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

En la población de fallecidos por suicidio, se observó un consumo excesivo de alcohol en un 32,27%, 34,34% para el sexo masculino y 25,93% para el femenino (Gráfico 66) ($p < 0,05$).

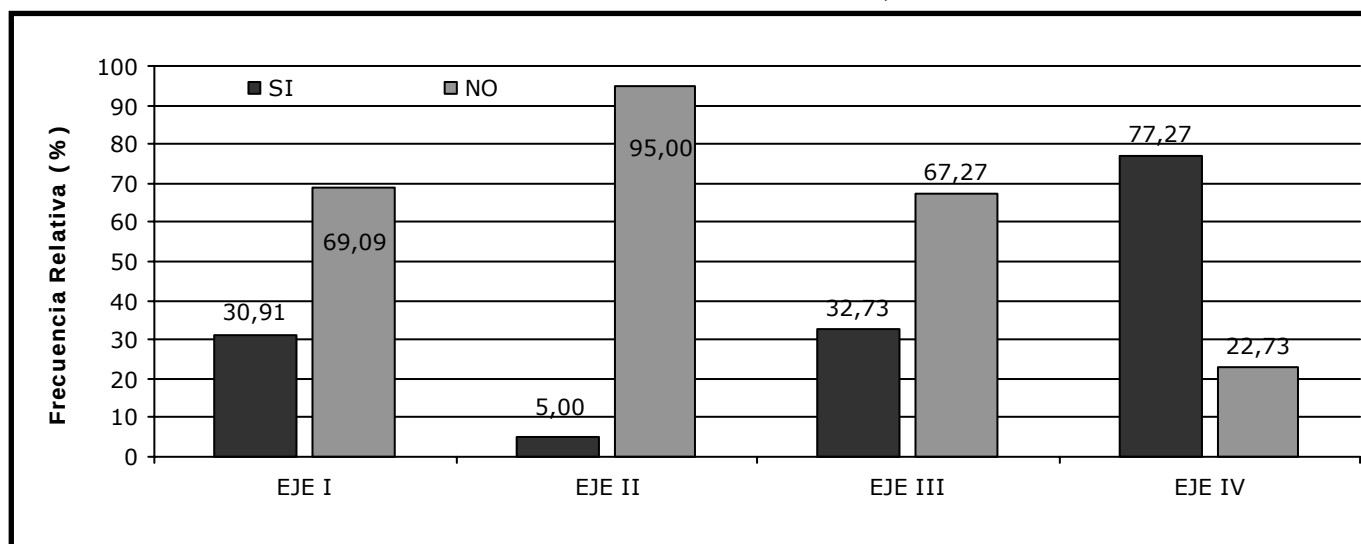
El alcoholismo constituye un factor de riesgo importante para el *suicidio*, se destaca en este sentido los resultados presentados en los trabajos de Bertolote^{111,114-121}, donde la prevalencia en los diversos estudios se presentó entre el 5% y el 54%. Se destaca que en nuestro estudio se consignó el consumo excesivo de alcohol.

Según Murphy-Wetzel, el alcoholismo constituye un factor de riesgo tan importante como la depresión, con tasas entre 60 a 1220 veces mas altas que en la población general¹⁰⁵.

4.6.8 Diagnóstico Multiaxial en el DSM-IV

GRÁFICO 67

Distribución de los fallecidos por suicidio, según Diagnóstico Multiaxial en los EJES DSM-IV. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

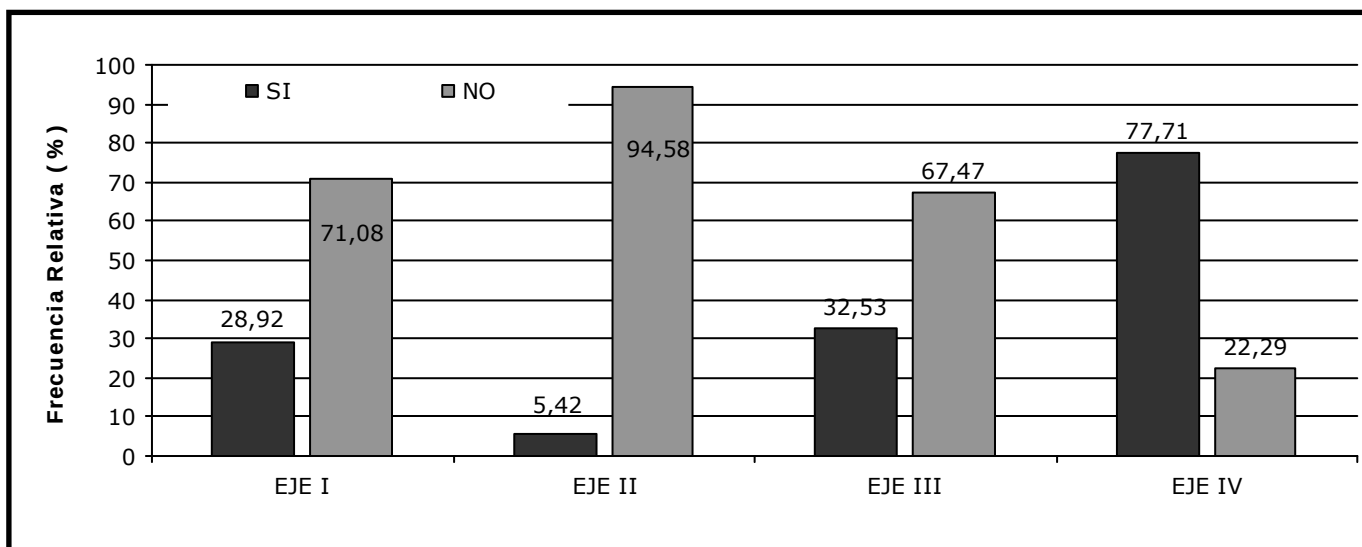
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

El eje que tuvo mayor cantidad de diagnósticos positivos fue el IV del DSM-IV, con el 77,27% de los fallecidos, correspondiente a los sucesos vitales estresantes obtenidos en la entrevista con los familiares - se destaca que es una de las limitantes de este estudio, ya que esta información no surgió del diagnóstico psiquiátrico, sino de la fuente señalada utilizando la codificación del DSM-IV - seguido por el eje III con un 32,73% (portadores de enfermedades médicas), obtenidas en las entrevistas con los familiares, con los médicos o en las historias clínicas correspondientes (se destacan las mismas limitaciones que en el Eje anterior).

En el eje I, se halló un 30,91% de los fallecidos, este diagnóstico se estableció en los que estaban en tratamiento psiquiátrico actual, con el diagnóstico del psiquiatra tratante correspondiente. Y en el eje II, se estableció el mismo proceso que en el anterior (5,00% de los fallecidos) (véase *Material y Método* y Gráfico 67).

GRÁFICO 68

Distribución de los fallecidos por suicidio del sexo masculino, según Diagnóstico Multiaxial en los Ejes DSM-IV. Montevideo, 2000



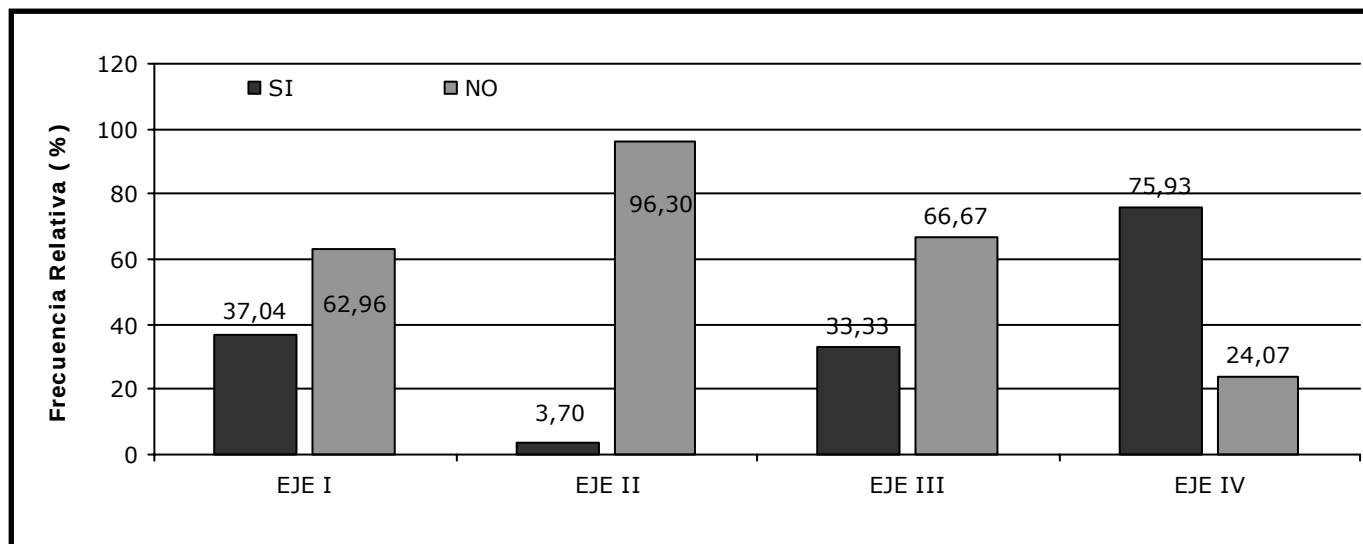
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para el **sexo masculino**, se observa que el **Eje que presentó mayor proporción de diagnósticos fue el IV** con el 77,71%, **seguido por el EJE III** con el 32,53%, **el EJE I** con el 28,92% y el **EJE II** con el 5,42% (Gráfico 68).

GRÁFICO 69

Distribución de los fallecidos por suicidio del sexo femenino, según Diagnóstico Multiaxial en los Ejes DSM-IV. Montevideo, 2000



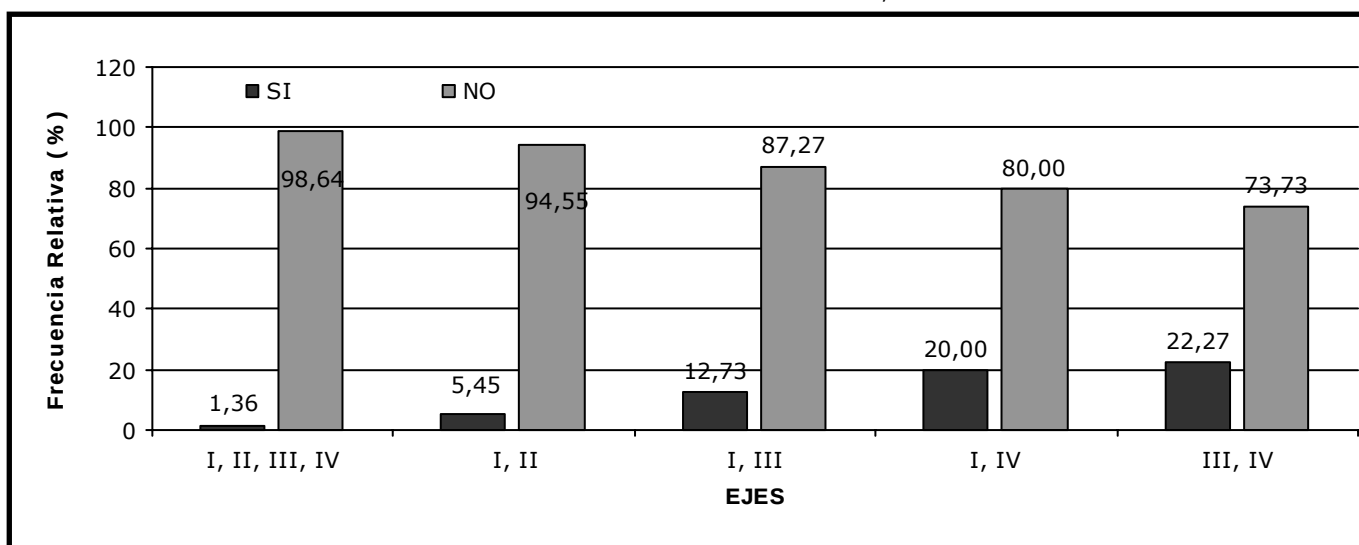
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para el **sexo femenino**, el **EJE IV** presentó la mayor proporción de suicidios al igual que para el sexo masculino con el 75,93%, **seguido por el EJE I** con el 37,04%, **el EJE III** con el 33,33% y el **EJE II** con el 3,70% (Gráfico 69).

GRÁFICO 70

Distribución de los fallecidos por suicidio, según Diagnóstico Multiaxial en los EJES DSM-IV. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

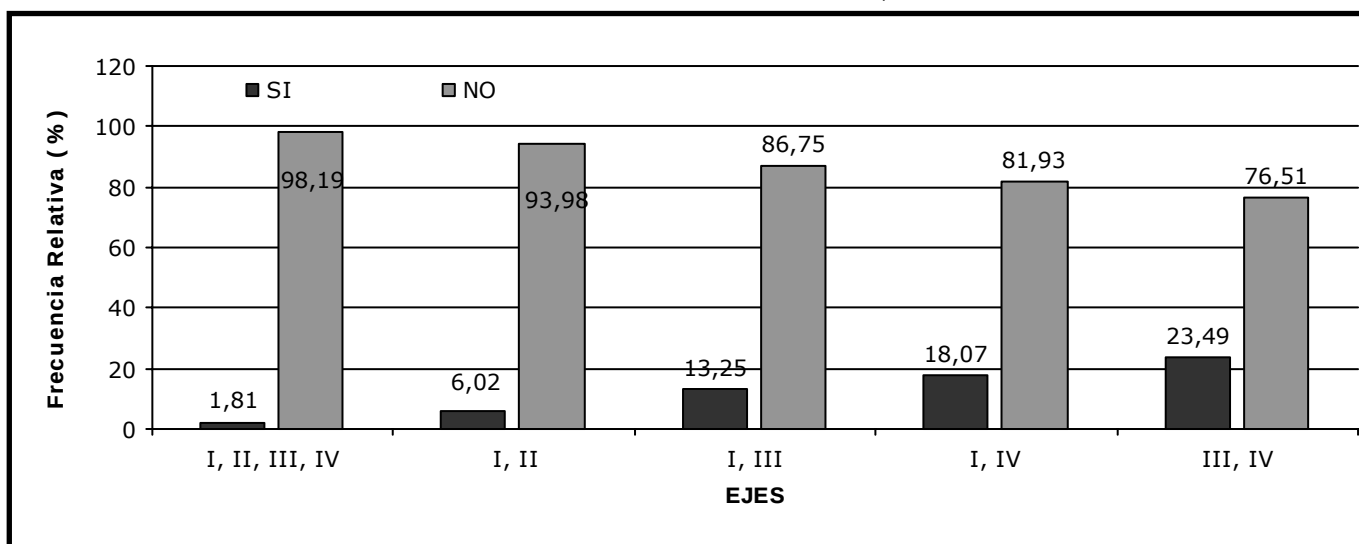
Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Del total de fallecidos, se obtuvo el diagnóstico en los 4 EJES del DSMIV, tan solo para el 1,36 %, y en el 4,4% de la población que estaba en tratamiento psiquiátrico, con las limitaciones destacadas en el punto 4.7.8.

En los **Ejes I y II**, solo se realizó el diagnóstico en el 5,45% de los fallecidos, en los **Ejes I y III**, en el 12,73%, en los **Ejes I y IV**, en el 20% y, en los **Ejes III y IV**, en el 22,27 %. (Gráfico 70).

GRÁFICO 71

Distribución de los fallecidos por suicidio del sexo masculino, según Diagnóstico Multiaxial en los EJES DSM-IV. Montevideo, 2000



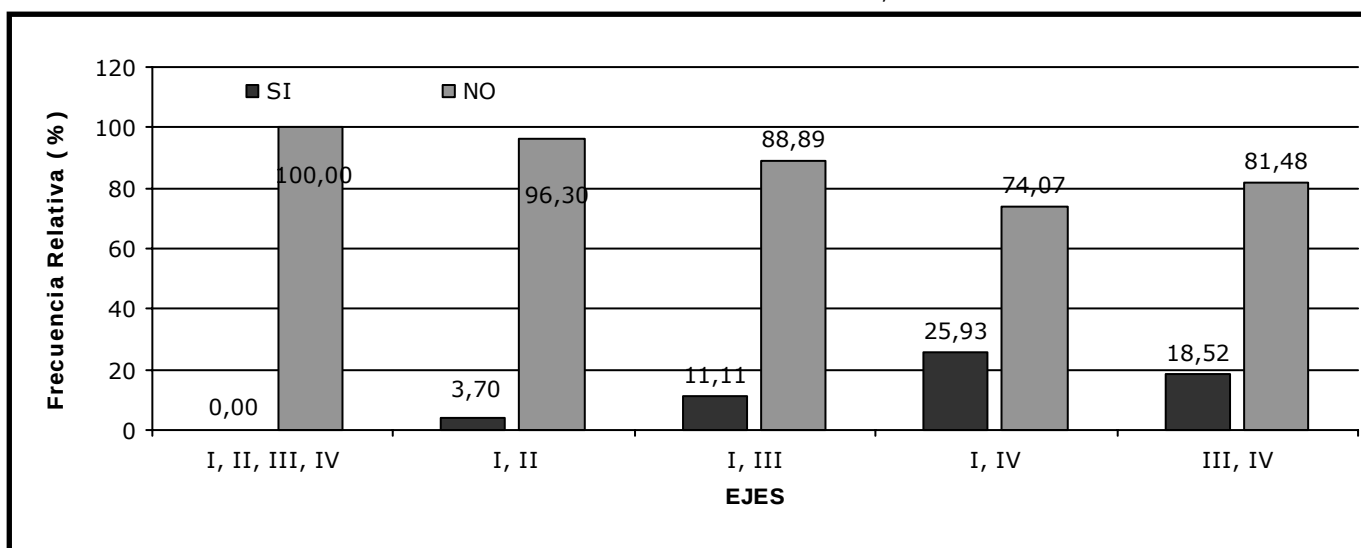
Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para el **sexo masculino**, no se observaron mayores diferencias que para ambos sexos. (Gráfico 71).

GRÁFICO 72

Distribución de los fallecidos por suicidio del sexo femenino, según Diagnóstico Multiaxial en los EJES DSM-IV. Montevideo, 2000



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis.

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para el **sexo femenino**, no se encontró ningún fallecido con diagnóstico en los cuatro EJES y, la combinación de los EJES I y IV, presentó la mayor proporción con más de un cuarto de los mismos (25,93%) (Gráfico 72).

ANEXO IV – TABLAS

MONTEVIDEO 2000

1. VARIABLES DE PERSONA

1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

A) Edad

TABLA 1

Distribución de las Tasas de suicidios según edad por Lugar de Residencia y Sexo
Montevideo – Interior 2000. Tasas x 100000

Edad	Montevideo				Interior				χ^2 : NC 95 %; gl 1		
	M	F	T	M/N	M	F	T	H/M	P valor		
10-14	¹ 0,00 ³	¹ 4,01 ³	¹ 1,97 ³	0,00	² 2,33 ³	² 1,20 ³	² 1,77 ³	1,94	³ p<0,05 *	³ p>0,05	³ p>0,05
15-19	¹ 9,35 ⁴	¹ 5,65 ⁴	¹ 7,51 ⁴	1,65	² 9,66 ⁴	² 6,33 ⁴	² 8,04 ⁴	1,53	⁴ p>0,05	⁴ p>0,05	⁴ p>0,05
20-24	¹ 41,60 ⁵	¹ 1,78 ⁵	¹ 21,55 ⁵	23,32	² 41,74 ⁵	² 7,22 ⁵	² 24,80 ⁵	5,78	⁵ p>0,05	⁵ p>0,05	⁵ p>0,05
25-29	¹ 22,95 ⁶	¹ 7,51 ⁶	¹ 15,15 ⁶	3,06	² 34,04 ⁶	² 7,81 ⁶	² 20,99 ⁶	4,36	⁶ p>0,05	⁶ p>0,05	⁶ p>0,05
30-34	¹ 23,88 ⁷	¹ 6,32 ⁷	¹ 14,97 ⁷	3,78	² 33,19 ⁷	² 2,98 ⁷	² 17,98 ⁷	11,16	⁷ p>0,05	⁷ p>0,05	⁷ p>0,05
35-39	¹ 40,80 ⁸	¹ 10,54 ⁸	¹ 25,13 ⁸	3,87	² 37,30 ⁸	² 9,15 ⁸	² 23,09 ⁸	4,08	⁸ p>0,05	⁸ p>0,05	⁸ p>0,05
40-44	¹ 14,59 ⁹	¹ 4,30 ⁹	¹ 9,13 ⁹	3,39	² 30,44 ⁹	² 6,80 ⁹	² 18,65 ⁹	4,48	⁹ p>0,05	⁹ p>0,05	⁹ p>0,05
45-49	¹ 27,23 ¹⁰	¹ 11,79 ¹⁰	¹ 18,96 ¹⁰	2,31	² 48,05 ¹⁰	² 13,02 ¹⁰	² 30,59 ¹⁰	3,69	¹⁰ p>0,05	¹⁰ p>0,05	¹⁰ p>0,05
50-54	¹ 67,90 ¹¹	¹ 20,47 ¹¹	¹ 41,97 ¹¹	3,32	² 54,39 ¹¹	² 6,08 ¹¹	² 30,32 ¹¹	8,94	¹¹ p>0,05	¹¹ p>0,05	¹¹ p>0,05
55-59	¹ 27,66 ¹²	¹ 10,94 ¹²	¹ 18,32 ¹²	2,53	² 48,17 ¹²	² 11,51 ¹²	² 29,87 ¹²	4,19	¹² p>0,05	¹² p>0,05	¹² p>0,05
60-64	¹ 49,41 ¹³	¹ 2,82 ¹³	¹ 22,67 ¹³	17,52	² 73,23 ¹³	² 7,30 ¹³	² 39,65 ¹³	10,03	¹³ p>0,05	¹³ p>0,05	¹³ p>0,05
65-69	¹ 39,89 ¹⁴	¹ 5,51 ¹⁴	¹ 19,55 ¹⁴	7,25	² 99,70 ¹⁴	² 13,02 ¹⁴	² 54,42 ¹⁴	7,66	¹⁴ p<0,05	¹⁴ p>0,05	¹⁴ p<0,05
70-74	¹ 45,65 ¹⁵	¹ 5,81 ¹⁵	¹ 21,30 ¹⁵	7,86	² 94,94 ¹⁵	² 17,63 ¹⁵	² 52,83 ¹⁵	5,38	¹⁵ p<0,05	¹⁵ p>0,05	¹⁵ p>0,05
75-79	47,91	15,39	27,09	3,11	68,33	7,99	34,06	8,55	*Test exacto de Fisher		
80-84	74,32	17,10	35,14	4,35	196,62	5,84	81,25	33,66			
85 y más	90,19	30,88	46,01	2,92	162,93	13,31	65,21	12,24			
Total	25,70	7,35	15,93	3,50	35,61	6,44	20,92	5,53			
75 y más (*)	¹ 63,77 ¹⁶	¹ 20,09 ¹⁶	¹ 34,11 ¹⁶	3,17	² 125,68	² 8,75	² 55,58 ¹⁶	14,36	¹⁶ p<0,05	¹⁶ p>0,05	¹⁶ p<0,05
Montevideo: ¹ χ^2 : NC 95 %; gl 13; ¹ χ^2 = 193,24; p < 0,05											
Interior: ² χ^2 : NC 95 %; gl 13; ² χ^2 = 235,98; p < 0,05											
Montevideo: ¹ χ^2 : NC 95 %; gl 13; ¹ χ^2 = 146,87; p < 0,05											
Interior: ² χ^2 : NC 95 %; gl 13; ² χ^2 = 257,81; p < 0,05											
Montevideo: ¹ χ^2 : NC 95 %; gl 13; ¹ χ^2 = 63,64; p > 0,05											
Interior: ² χ^2 : NC 95 %; gl 13; ² χ^2 = 30,75; 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)

(*) Se agrega el grupo de 75 y más

TABLA 2
Distribución de los fallecidos por suicidio según edad
Montevideo 2000.-

Edad	F. A	F.R %)	Tasa x 100.000
10-14	2	0,91	1,97
15-19	8	3,64	7,51
20-24	24	10,91	21,55
25-29	16	7,27	15,15
30-34	14	6,36	14,97
35-39	23	10,45	25,13
40-44	8	3,64	9,13
45-49	15	6,82	18,96
50-54	30	13,64	41,97
55-59	12	5,45	18,32
60-64	14	6,36	22,67
65-69	12	5,45	19,55
70-74	12	5,45	21,30
75-79	11	5,00	27,09
80-84	9	4,09	35,14
85 y más	10	4,55	46,01
Total	220	100,00	15,93
75 y más*	30	13,64	34,11
λ^2 : NC 95%; gl 15; $\lambda^2 = 57,44$; $p < 0,05$ media = 48.791 años, DE 20.382, Min 14, Max 100, Mediana 49.500			

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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Se agrega el grupo de 75 y más años

B. Edad y Sexo

TABLA 3
Distribución de las Tasas de fallecidos por suicidio según edad por sexo
Montevideo 2000 - Tasas x 100000

Edad	Sexo						Sexo			
							% AVVPP **			
	Femenino			Masculino			F	M	F	M
	FA	FR%	Tasa	FA	FR%	Tasa	%	%	%	%
10-14	2	3,70	4,01	0	0,00	0,00	8,72	0,00	20,43	7,06
15-19	3	5,56	5,65	5	3,01	9,35	12,09	6,69		
20-24	1	1,85	1,78	23	13,86	41,60	3,70	27,90	17,24	40,57
25-29	4	7,41	7,51	12	7,23	22,95	13,50	13,06		
30-34	3	5,56	6,32	11	6,63	23,88	9,14	10,59	22,48	26,31
35-39	5	9,26	10,54	18	10,84	40,80	13,60	15,08		
40-44	2	3,70	4,30	6	3,61	14,59	4,78	4,28	15,20	10,48
45-49	5	9,26	11,79	10	6,02	27,23	10,32	5,88		
50-54	8	14,81	20,47	22	13,25	67,90	13,89	10,18	18,39	12,10
55-59	4	7,41	10,94	8	4,82	27,66	5,64	2,70		
60-64	1	1,85	2,82	13	7,83	49,41	1,08	2,76	2,68	3,48
65-69	2	3,70	5,51	10	6,02	39,89	1,51			
70-74	2	3,70	5,81	10	6,02	45,65	0,85		3,58	
75-79	4	7,41	15,39	7	4,22	47,91	1,18			
80-84	3	5,56	17,10	6	3,61	74,32	100,0	100,0	100,0	100,0
85y+	5	9,26	30,88	5	3,01	90,19				
Total	54	100,00	7,35	166	100,00	25,70	EVN**		Promedio por defunción***	
75 y más	4	7,41	20,09	6	3,61	63,77				
Femenino λ^2 : NC 95%; gl 15; $\lambda^2 = 18,61$; $p > 0,05$							79	71	28,3	29,0
Masculino λ^2 : NC 95%; gl 15; $\lambda^2 = 59,50$; $p < 0,05$										

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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

* Se agrega el grupo de 75 y más años

** Calculados para una EVN de 71 y 79 años para el hombre y la mujer respectivamente.

*** Promedio de AVPP por defunción en años

Media Masculina = 47.904 años +- 19.918; Min 15, Max 100

Media Femenina = 51.519 años +- 21.713; Min 14, Max 90

1.2 CARACTERÍSTICAS SOCIO- ECONÓMICO – CULTURALES

A) Nivel de Instrucción

TABLA 4Distribución de los fallecidos por suicidio según Nivel de Instrucción
Montevideo 2000.-

Nivel de Instrucción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %	Tasa x 100000 *
Sin Instrucción	3	1,36	21,29
Primaria Incompleta	34	15,45	15,55
Primaria Completa	52	23,64	
Secundaria	85	38,64	18,56
Nivel Terciario	46	20,91	30,60
Total	220	100,00	
χ^2 : NC 95 %; gl 3; $\chi^2 = 27,09$; $p < 0,05$			

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

* Se utilizó para el cálculo de la tasa la población de 6 años o más por mayor nivel alcanzado en la enseñanza regular del año censal 1996

B) NBI

Zona Montevideana

TABLA 5

Distribución de los fallecidos por suicidio según Zona Montevideana Ajustada por Necesidades Básicas Insatisfechas (Tres y más N.B.I), Tasa estandarizada y brecha reducible de Mortalidad. Montevideo 2000.-

Zona	% Tres y más N.B.I	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %	Tasa E *	Tasa x 100000	BRM **	BRM %
30	10,74	13	5,91	40,39	32,83	34,96	643,83
1	5,45	6	2,73	35,18	36,15	29,75	547,88
4	1,77	9	4,09	29,09	26,31	23,66	435,73
22	7,63	4	1,82	25,57	23,16	20,14	370,90
24	3,5	7	3,18	24,39	20,67	18,96	349,17
15	3,44	4	1,82	23,83	19,93	18,40	338,86
20	2,67	14	6,36	22,99	18,17	17,56	323,39
5	0,33	20	9,09	21,74	20,93	16,31	300,37
12	7,3	12	5,45	20,75	18,22	15,32	282,14
11	2,89	8	3,64	20,42	19,48	14,99	276,06
2	2,25	7	3,18	20,03	20,16	14,60	268,88
23	6,05	5	2,27	19,51	20,27	14,08	259,30
6	0,33	14	6,36	18,17	19,23	12,74	234,62
26	1,11	6	2,73	17,87	14,84	12,44	229,10
9	2,55	4	1,82	17,02	15,63	11,59	213,44
3	3,11	4	1,82	16,35	18,47	10,92	201,10
28	3,24	4	1,82	16,07	16,81	10,64	195,95
21	10,04	5	2,27	15,35	15,20	9,92	182,69
27	5,53	8	3,64	14,81	13,61	9,38	172,74
18	8,42	14	6,36	14,33	10,60	8,90	163,90
17	13,78	4	1,82	14,26	15,17	8,83	162,62
29	12,21	4	1,82	13,70	14,76	8,27	152,30
8	0,15	4	1,82	12,61	13,56	7,18	132,23
14	1,14	3	1,36	12,27	10,15	6,84	125,97
16	5,68	5	2,27	10,49	9,32	5,06	93,19
10	3,3	3	1,36	8,90	7,42	3,47	63,90
19	2,71	5	2,27	8,20	8,47	2,77	51,01
7	0,55	3	1,36	7,62	7,53	2,19	40,33
13	0,82	7	3,18	6,87	7,43	1,44	26,52
25	2,75	2	0,91	5,43	5,46	0,00	0,00
S/d		12	5,45	-----			
Total		220	100,00		15,93		

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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para NBI: J. J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo – S. Hernández – V. Mello Se redefinieron las secciones censales según tres estratos socioeconómicos en función de tres y mas NBI ajustadas en el momento de la concurrencia al domicilio del fallecido por las condiciones de la vivienda o según entrevista a familiares.

Tasa estandarizada

** BRM en base a la tasa estandarizada

TABLA 6
Distribución de las Zonas Montevideanas Ajustadas por N.B.I (Tres y más)
según Barrios de Montevideo
Montevideo 2000.-

Zona	Barrios de Montevideo
1	Centro y Ciudad Vieja
2	Centro y Barrio Sur
3	Palermo y Centro
4	Cordón Norte, Cordón y Parque Rodó
5	Punta Carretas, Parque Batlle, Tres Cruces y Pocitos
6	Pocitos, Buceo y Parque Batlle
7	Malvín y Malvín Nuevo
8	Carrasco Sur y Punta Gorda
9	Carrasco Norte
10	Malvín Norte
11	La Unión y La Blanqueada
12	Punta de Rieles, Flor de Maroñas, Maroñas, Ideal y Las Canteras
13	Atahualpa, Brazo Oriental, Bolívar y La Blanqueada
14	Retiro y Villa Muñoz
15	Aguada, Retiro y parte de Ciudad Vieja (Puerto)
16	Marconi, Joanicó, Ituzaingó y Nuevo Ellauri
17	Casavalle, Manga, Gruta de Lourdes y Borro
18	Jardines del Hipódromo y Piedras Blancas
19	Cerrito y Villa Española
20	Belvedere y La Teja
21	Victoria, Paso de la Arena, Cardona y Sarandí
22	Paso de la Arena, Los Bulevares y Santiago Vázquez
23	Lavalleja
24	Peñarol y Ferrocarril
25	Sayago y Nuevo París
26	19 de Abril, Capurro, Prado, Bella Vista y Reducto
27	Colón, Lezica y Ferrocarril
28	Villa del Cerro
29	Casabó, Santa Catalina y Pajas Blancas
30	Cerro Norte, La Boyada, Maracanã, La Paloma, Las Torres y Rincón del Cerro

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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para NBI: J. J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo – S. Hernández – V. Mello

C) Nivel Socioeconómico

TABLA 7
Distribución de los fallecidos por suicidio según nivel socioeconómico
Montevideo 2000.-

Nivel *socioeconómico	% de Tres y más NBI	FA	FR (%)	FRA	Tasa x 100000	BRM	BRM %
BAJO	10,00 y más	100	45,45	45,45	20,21	8,02	65,74
MEDIO	1,20 - 9,99	60	27,27	72,73	13,39	1,20	9,83
ALTO	0,00 - 1,19	49	22,27	95,00	12,19	0,00	0,00
Sin datos		11	5,00	100,00			
Total		220	100,00		15,93		

χ^2 : NC 95 %; gl 2; $\chi^2 = 11.17$; $p < 0,05$

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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para NBI: J. J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo – S. Hernández – V. Mello Se redefinieron las secciones censales según tres estratos socioeconómicos en función de tres y más NBI ajustadas en el momento de la concurrencia al domicilio del fallecido por las condiciones de la vivienda o según entrevista a familiares.

TABLA 8
Distribución de Nivel socioeconómico Según Zonas y Barrios
Montevideo 2000.-

Nivel socioeconómico	Zonas	Barrios
Alto	5	Punta Carretas, Parque Batlle, Tres Cruces, Pocitos, Buceo, Parque Batlle; Malvín, Malvín Nuevo, Carrasco Sur, Punta Gorda, Atahualpa, Brazo Oriental, Bolívar, La Blanqueada, Retiro, Villa Muñoz, 19 de Abril, Capurro, Prado, Bella Vista y Reducto
	6	
	7	
	8	
	13	
	14	
	26	
Medio	2	Centro, Barrio Sur, Palermo, Cordón Norte, Cordón, Parque Rodó, Carrasco Norte; Malvín Norte, La Unión, La Blanqueada, Aguada, Retiro, Cerrito, Villa Española, Belvedere, La Teja, Peñarol, Ferrocarril; Sayago, Nuevo París y Villa del Cerro
	3	
	4	
	9	
	10	
	11	
	15	
	19	
	20	
	24	
	25	
	28	
Bajo	1	Centro, Ciudad Vieja, Punta de Rieles, Flor de Maroñas, Maroñas, Ideal, Las Canteras, Marconi, Joanico, Ituzaingo, Nuevo Ellauri, Jardines del Hipódromo, Piedras Blancas, Paso de la Arena, Los Bulevares, Santiago Vázquez, Lavalleja, Colón, Lezica, Ferrocarril, Casavalle, Manga, Gruta de Lourdes, Borro, Victoria, Paso de la Arena, Cardona, Sarandí, Casabó, Santa Catalina, Pajas Blancas, Cerro Norte, La Boyada, Maracanã, La Paloma, Las Torres y Rincón del Cerro
	12	
	16	
	18	
	22	
	23	
	27	
	17	
	21	
	29	
	30	

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, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

Para NBI: J. J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo – S. Hernández – V. Mello

2. CARACTERÍSTICAS DE MORBILIDAD

2.1 TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO ACTUAL

TABLA 9
Distribución de los fallecidos por suicidio en Tratamiento Psiquiátrico Actual con Diagnóstico en el EJE I DSM-IV según Tipo de Diagnóstico y Sexo - Código CIE10 Revisión*
Montevideo 2000.-

Tipo de Diagnóstico		*N° de la CIE 10 ^a	Sexo				Total	
			Masculino		Femenino			
			FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Trastornos del estado de ánimo	Trast. Depresión	F 32 F 32.9	¹ 27	56,25	² 12	60,00	³ 39	57,35
	Trast. Bipolares	F 31.9	¹ 1	2,08	² 0	0,00	³ 1	1,47
Trastornos de Ansiedad		F 41.9	¹ 2	4,17	² 2	10,00	³ 4	5,88
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos		F 20 F9X	¹ 17	35,42	² 5	25,00	³ 22	32,35
Delirium, demencia, trast. Amnésicos y otros trast. Cognoscitivos		F 00	¹ 1	2,08	² 1	5,00	³ 2	2,94
TOTAL			48	100,00	20	100,00	68	100,00
λ ² : NC 95 %; gl = 4 :							³ λ ² = 39,37; p < 0.05	

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

(*) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión OPS-OMS.

TABLA 10

Distribución de los fallecidos por suicidio según Enfermedad Médica con Diagnóstico en el EJE III DSM-IV. Montevideo 2000.-

Enfermedad (EJE III DSM-IV)	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Sí	¹ 54	32,53	² 18	33,33	³ 72	32,73
No	¹ 112	67,47	² 36	66,67	³ 148	67,27
Total	166	100,00	54	100,00	220	100,00
χ^2 : NC 95%; gl = 1 :					³ χ^2 = 13,53 ; p < 0,05	

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

TABLA 11

Distribución de los fallecidos por suicidio según Enfermedad Terminal con Diagnóstico en el EJE III DSM-IV. Montevideo 2000.-

Enfermedad Terminal (EJE III DSM-IV)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Sí	8	3,64
No	212	96,36
Total	220	100,00

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

TABLA 12

Distribución de los fallecidos por suicidio según Tipo de Diagnóstico en el EJE III DSM-IV y Sexo - Código CIE-10 Revisión*
Montevideo 2000.-

Tipo de Diagnóstico (EJE III DSM-IV)	CIE-10	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias	A00 – B99	1	1,39	1	1,85	2	1,59
Neoplasias	C00 – D48	8	11,11	5	9,26	13	10,32
Enf. de la sangre y de los órg. Hematopoyéticos y algunas enf. inmunitarias	D50 – D89	3	4,17	1	1,85	4	3,17
Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	E00 – E90	7	9,72	5	9,26	12	9,52
Enfermedades del Sistema Nervioso	G00 – G99	8	11,11	5	9,26	13	10,32
Enfermedades del Sistema Circulatorio	I00 – I99	12	16,67	10	18,52	22	17,46
Enfermedades del Sistema Respiratorio	J00 – J99	14	19,44	12	22,22	26	20,63
Enfermedades del Sistema Digestivo	K00 – K93	9	12,50	7	12,96	16	12,70
Enf. del Sistema musculoesquelético y del tejido conectivo	M00 – M99	5	6,94	4	7,41	9	7,14
Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas	Q00 – Q99	1	1,39	1	1,85	2	1,59
Heridas, envenenamientos y otros procesos de causa externa	S00 – T98	1	1,39	1	1,85	2	1,59
Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los centros sanitarios	Z00 – Z99	3	4,17	2	3,70	5	5,56
TOTAL		72	100,00	54	100,00	126	100,00

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

(*) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión OPS-OMS

TABLA 13

Distribución de los Sucesos Vitales Estresantes con Diagnóstico en el EJE IV DSM-IV según Tipo de Suceso Vital Estresante y Sexo
Montevideo 2000.-

Tipo de Suceso Vital Estresante (EJE IV DSM-IV)	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	¹ 78	60,47	² 25	60,98	³ 103	60,59
Problemas relativos al ambiente social	¹ 7	5,43	² 2	4,88	³ 9	5,29
Problemas relativos a la enseñanza	¹ 1	0,78	² 1	2,44	³ 2	1,18
Problemas Laborales	¹ 17	13,18	² 3	7,32	³ 20	11,76
Problemas económicos	¹ 23	17,83	² 9	21,95	³ 32	18,82
Problemas relativos a la integración con el sistema legal o con el crimen	¹ 2	1,55	² 0	0,00	³ 2	1,18
Otros problemas psicosociales y ambientales	¹ 1	0,78	² 1	2,44	³ 2	1,18
Total	129	100,00	41	100,00	170	100,00
χ^2 : NC 95 %; gl = 6 :					³ $\chi^2 = 113,30$; $p < 0,05$	

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

TABLA 14

Distribución de los Sucesos Vitales Estresantes con Diagnóstico en el EJE IV DSM-IV según Tipo de Suceso Vital Estresante y Sexo
Montevideo 2000.-

Tipo de Suceso Vital Estresante (EJE IV DSM-IV)		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	Problemas afectivo- emocionales	49	37,98	10	24,39	59	34,71
	Muerte de seres queridos	13	10,08	8	19,51	21	14,35
	Enfermedad	14	10,85	7	17,07	21	14,35
	Suicidio del Padre	1	0,78	0	0,00	1	0,59
	Cambio de residencia	1	0,78	0	0,00	1	0,59
Problemas relativos al ambiente social	Soledad	6	4,65	2	4,88	8	4,71
	Dificultad para relacionarse	1	0,78	0	0,00	1	0,59
Problemas relativos a la enseñanza	Pérdida de Exámenes	1	0,78	1	2,44	2	1,18
Problemas Laborales	Problemas Laborales	17	13,18	2	4,88	19	11,18
	Trabajo excesivo	0	0,00	1	2,44	1	0,59
Problemas económicos		23	17,83	9	21,95	32	18,82
Problemas relativos a la integración con el sistema legal o con el crimen	Prisión	1	0,78	0	0,00	1	0,59
	Problemas legales	1	0,78	0	0,00	1	0,59
Otros problemas psicosociales y ambientales	Juego	1	0,78	1	12,44	2	1,18
Total		129	100,00	41	100,00	170	100,00

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

TABLA 15

Distribución de los fallecidos por suicidio de 10 a 29 años con Sucesos Vitales Estresantes y Diagnóstico en el EJE IV DSM-IV según Tipo de Suceso Vital Estresante
Montevideo 2000.-

Tipo de Suceso Vital Estresante (EJE IV DSM-IV)	TOTAL	
	FA	FR
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	34	58,62
Problemas económicos	12	20,69
Problemas Laborales	5	8,62
Problemas relativos a la integración con el sistema legal o con el crimen	1	1,72
Problemas relativos a la enseñanza	2	3,45
Otros probl. Psicosociales y ambientales	2	3,45
Probl. Relativos al ambiente social	2	3,45
Total	58	100,00

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

TABLA 16

Distribución de los fallecidos por suicidio de 30 a 64 años con Sucesos Vitales Estresantes y Diagnóstico en el EJE IV DSM-IV según Tipo de Suceso Vital Estresante y Sexo
Montevideo 2000.-

Tipo de Suceso Vital Estresante (EJE IV DSM-IV)	TOTAL	
	FA	FR
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	82	65,60
Problemas económicos	28	22,40
Problemas Laborales	10	8,00
Problemas relativos al ambiente social	4	3,20
Problemas relativos a la integración con el sistema legal o con el crimen	1	0,80
Total	125	100,00

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

TABLA 17

Distribución de los fallecidos por suicidio de 65 y más años con Sucesos Vitales Estresantes y Diagnóstico en el EJE IV DSM-IV según Tipo de Suceso Vital Estresante y Sexo
Montevideo 2000

Tipo de Suceso Vital Estresante (EJE IV DSM-IV)	TOTAL	
	FA	FR
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	32	65,31
Problemas económicos	11	22,45
Problemas Laborales	3	6,12
Problemas relativos al ambiente social	3	6,12
Total	49	100,00

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

TABLA 18
Distribución de los fallecidos por suicidio según "Vivir solo"
Montevideo 2000.-

Vivir Solo	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
NO	¹ 117	70,48	² 45	83,33	³ 162	73,64
SI	¹ 49	29,52	² 9	16,67	³ 58	26,36
Total	166	100,00	54	100,00	220	100,00
χ^2 : NC 95%; gl = 1 : ¹ $\chi^2 = 14,54$; $p < 0,05$ ² $\chi^2 = 13,50$; $p < 0,05$ ³ $\chi^2 = 26,04$; $p < 0,05$						

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

TABLA 19
Distribución de los fallecidos por suicidio que residían en compañía
Según Tipo de acompañante y Sexo
Montevideo 2000.-

Tipo de Acompañante	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Familiares	108	93,10	42	91,30	150	92,59
Casa de Salud	4	3,45	1	2,17	5	3,09
Preso	1	0,86	0	0,00	1	0,62
No sabe / No contesta	3	2,59	3	6,52	6	3,70
Total	116	100,00	46	100,00	162	100,00

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

TABLA 20
Distribución de los fallecidos por suicidio que residían en compañía de familiares según Tipo de Familiar
y Sexo Montevideo 2000.-

Tipo de Familiar	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa %
Familia	32	33,68	27	49,09	59	39,33
Esposo / a	35	36,84	19	34,55	54	36,00
Padres	10	10,53	5	9,09	15	10,00
Hijo / a	6	6,32	2	3,64	8	5,33
Hermano / a	5	5,26	1	1,82	6	4,00
Abuelo / a	3	3,16	1	1,82	4	2,67
Tía / o	2	2,11	0	0,00	2	1,33
Compañero / a	2	2,11	0	0,00	2	1,33
Total	95	100,00	55	100,00	150	100,00

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

TABLA 21
Distribución de los fallecidos por suicidio según Consumo de Psicofármacos y Sexo
Montevideo 2000.-

Consumo de Psicofármacos	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Sí	¹ 53	31,93	² 28	51,85	³ 81	36,82
No	¹ 113	68,07	² 26	48,15	³ 139	63,18
Total	166	100,00	54	100,00	220	100,00
χ^2 : NC 95%; gl = 1 : ³ $\chi^2 = 7,78$; $p < 0,05$						

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

TABLA 22

Distribución de los fallecidos por suicidio que consumieron Psicofármacos según tipo de Psicofármacos y sexo - Montevideo 2000.-

Psicofármacos	TOTAL	
	FA	FR(%)
Ansiofíticos	37	45,68
Antidepresivos	15	18,52
Antipsicóticos	8	9,88
Hipnóticos	8	9,88
Antiepilépticos	6	7,41
Otros	7	8,64
Total	81	100,00

Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis

Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1.1 Uruguay

Sobre la base de las conclusiones que pasamos a enumerar, se puede afirmar que:

**EL SUICIDIO EN LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
CONSTITUYE UN PROBLEMA MAYOR DE SALUD PUBLICA**

1. El Uruguay se encuentra situado en el **primer tercio de países** que presentan las **tasas de mortalidad por suicidio más elevadas del Mundo**.
2. Uruguay en el **Continente Americano** se ubica prácticamente en el **segundo lugar** con una tasa **un 63% inferior a la Cubana**. (primer lugar) y para el **sexo masculino** esta distancia es aún menor: **24% inferior a la tasa del mismo País**.
3. El Uruguay presenta la tasa de Mortalidad **más elevada del Continente Sudamericano**. (tanto para la tasa global como para el sexo masculino)
4. El grupo de edad de **55 a 64 años** ocupa el **segundo lugar en el Continente Americano** con una tasa **47% inferior a la Cubana**. (primer lugar) En el **sexo masculino** este grupo presentó una tasa **tan solo un 10% inferior a la de SURINAM (1er lugar) en el Continente Americano** y a nivel **Mundial** se ubicó en el **primer quinto de Países** con las tasas más elevadas al igual que los de **75 y más años**
5. En el grupo de **edad de 75 y más años del sexo femenino**, Uruguay se ubicó en el **segundo lugar en el Continente Americano**.
6. El **suicidio** es una de las **principales causas de muerte en 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 muertes por suicidio representaron el 2 % del total de las mismas
7. **La tasa de suicidio ha aumentado** a lo largo del siglo en forma estadísticamente significativa y para el **sexo masculino** el año 2000 **presentó la tasa mas elevada del mismo. La brecha entre ambos sexos ha crecido con el siglo. ($p < 0,05$)**
8. La **tasa general** presentó un **aumento constante** comparado los años censales con el año 2000: **126% con el año 1908, 64% con 1975, 73% con 1985 y 33% con 1996 ($p < 0,05$)**
9. La **tasa masculina** presentó sus valores más altos sobre finales de siglo, **siendo su tendencia en todo el siglo ascendente**. El aumento entre **1908 y el año 2000 fue de un 234%, 75% para 1975, 77% para 1985 y 41% para 1996. ($p < 0,05$)**
10. Se observa el **aumento significativo de la tasa en el sexo masculino** en los grupos de edad de **35 a 39, 50 a 54, 70 y más y 75 y más años**, entre los años censales 1985, 1975 y 1985 y el año 2000. ($p < 0,05$)
11. La **tasa en el Interior del País** para el **sexo masculino** fue un **62,91% superior a la de Montevideo**. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. ($p < 0,05$). (tasa estandarizada de 41,77 y 25,64 por cien mil para el Interior y Montevideo respectivamente). La **tasa en el Interior** fue mayor a la de **Montevideo** en el devenir de la centuria pero los **grandes aumentos de la misma en 1934 y en el año 2000** se produjeron a **expensas de Montevideo**.
12. La **tasa masculina** crece en el período **1963-2000 un 300% en Montevideo**, y un **46% en el Interior**. (86% en todo el País). La **tasa femenina** disminuye en el **Interior**, pero aumenta en la **capital más de 5 veces**, con lo cual **desaparece la brecha entre ambos** para este sexo, en el periodo **1963-2000**.
13. El **promedio de AVPP en Montevideo** para el **sexo masculino fue de 29 años** y para el **femenino de 28 años**. El **porcentaje de AVPP en los hombres menores de 40 años fue de 74%** y en las **mujeres de 60%**.
14. Las **tasas mas elevadas de mortalidad** las presentaron los grupos de edad de **75 y más años** con una tasa de **47, 61 por cien mil**, seguido por los de 70 a 74 años con una tasa de 37,98 cien mil y 65 a 69 años con una tasa de 37,85 por cien mil.. El **sexo masculino** presentó las tasas más altas en los de 75 y más años, 70 a 74 y 65 a 69 años con valores de **104,57; 74,58 y 73,47 por cien mil** respectivamente. En el **sexo femenino** las tasas que presentaron cifras mas altas fueron las de 75 y más, 50 a 54 y 45 a 49 años respectivamente, con cifras de **15,29 por cien mil y 12,40 y 12,65 por cien mil** respectivamente. En general la brecha entre ambos sexos crece con la edad.

15. En el grupo de **15 a 24 años**, las muertes por suicidio constituyeron la **segunda causa** de muerte. En el **sexo masculino**, también significaron la **2da causa** (por encima de la tasa de accidentes de tránsito) y para el **sexo femenino el tercer lugar**.
16. En los de **25 a 34 años**, las tasas de mortalidad por suicidio se ubicaron en **tercer lugar** tanto para el sexo masculino como femenino y por encima de las tasas de accidentes de tránsito.
17. En el grupo de **35 a 44 años**, las muertes por suicidio constituyeron la **cuarta causa** de mortalidad, ubicándose las tasas en valores superiores a las de accidentes de tránsito.
18. Algunos **departamentos del País**, presentaron tasas de Mortalidad, similares a las **más altas del mundo** como son los **Países de Europa del Este**. El Departamento de **ROCHA** presentó una **tasa de 44,51 por cien mil** y los departamentos de **SAN JOSE, COLONIA Y CANELONES** presentaron tasas por **encima de 24 por cien mil**.
19. Se destacan determinados **barrios de la ciudad de Montevideo**, con tasas de mortalidad, comparables a los **primeros Países del Mundo**: **CERRO NORTE, LA BOYADA, MARACANA, LA PALOMA, LAS TORRES y RINCÓN DEL CERRO** presentaron una tasa de **40,39 por cien mil** (zona 30). Los barrios de **CORDÓN, CORDÓN NORTE, PARQUE RODO, PASO DE LA ARENA, LOS BULEVARES, SANTIAGO VAZQUEZ, PEÑAROL y FERROCARRIL** (zonas 1, 4, 22 y 24) presentaron **tasas superiores a 24 por cien mil**. El lugar de consumación del suicidio más frecuente fue el domicilio particular de los fallecidos ($p<0,05$).
20. Los métodos más frecuentemente utilizados por los fallecidos fueron **arma de fuego**, seguido por **ahorcamiento, intoxicación, sumersión y precipitación**. ($p<0,05$) En el **sexo masculino y femenino los métodos más frecuentes** fueron el **disparo por arma de fuego** seguido por **ahorcamiento** y en tercer lugar en el **sexo masculino**, se ubicó el **método de sumersión** y en el **femenino** el de **intoxicación** ($p<0,05$).
21. El **método más frecuentemente** utilizado en **Montevideo**, fue el disparo por **arma de fuego** seguido por **ahorcamiento, precipitación e intoxicación** ($p<0,05$) en cambio en el **Interior**, fue **ahorcamiento** seguido por **arma de fuego, sumersión e intoxicación** ($p<0,05$).
22. Las **tasas de suicidio fueron superiores en divorciados o separados de la unión, en viudos o viudos de la unión** que en **solteros y casados o con unión de hecho**, tanto para el sexo masculino como para el femenino ($p<0,05$).
23. El suicidio predominó en horario matutino y vespertino ($p<0,05$).

1.2. Montevideo

1. En **Montevideo**, los fallecidos de **nivel socioeconómico bajo**, presentaron una tasa de 20,21 por cien mil, **50 % superior a la de nivel medio y 65 % superior a la de nivel socioeconómico alto** ($p<0,05$)
2. La **tasa masculina** fue mayor en los **niveles socioeconómicos medios y bajos** ($p<0,05$) y la **femenina** se distribuyó homogéneamente en los diversos estratos sociales. ($p>0,05$) Los niveles **socioeconómicos medios y bajos** presentaron una importante **masculinización** y el **alto una feminización**, llegando en los barrios de **Punta Carretas y Parque Batlle**, a igualar a las tasas masculinas ($p<0,05$)
3. En **Montevideo** los fallecidos con **nivel de instrucción terciaria**, presentaron **tasas de mortalidad mas elevadas** que los **sin instrucción, con instrucción primaria y secundaria** ($p<0,05$) El **67 %** de los mismos correspondió a **niveles socioeconómicos medios y bajos**.
4. La tasa entre **desocupados y jubilados fue significativamente mayor, que entre ocupados y pensionistas** ($p<0,05$).
5. La tasa presentó en **Montevideo** cifras superiores entre **administradores, empresarios, profesionales y técnicos que entre trabajadores y obreros**. ($p<0,05$) El **75 %** de los mismos pertenecía a **niveles socioeconómicos medios y bajos**.
6. La tasa entre los que **no profesaban ninguna religión**, fue **16 veces mayor a los que si lo hacían**.
7. La Tasa de suicidio en el COMCAR fue de 80 por 100.000, cinco veces mayor a la de Montevideo. ($p<0,05$)
8. El **31 % de los fallecidos por suicidio, se encontraba en tratamiento psiquiátrico actual** con Diagnostico en el **EJE I del DSMIV**; con un **37 % y 29 % para el sexo femenino y masculino respectivamente**. ($p<0,05$) El **57,35 %** presentaron trastornos depresivos y el **32,35 %** esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
9. En el **EJE II del DSMIV** presentaron diagnostico el **5 % de los fallecidos, 55 % correspondieron a trastornos de la personalidad y 45 % a trastornos antisociales**.
10. Presentaron diagnóstico en el **EJE III del DSMIV** el **33 % de los fallecidos y enfermedades terminales el 4 %**. Las enfermedades médicas más frecuentes encontradas fueron las del **aparato respiratorio, seguido por las del sistema circulatorio y las digestivas**. ($p<0,05$)

11. **El 77 % de los suicidios presentaron Sucesos Vitales Estresantes** con Diagnostico en el **Eje IV del DSMIV**, siendo esta cifra de 78% para el sexo masculino y 76% para el femenino. ($p<0,05$)
12. **El 60 % de los sucesos vitales estresantes, (Eje IV del DSMIV) correspondieron al grupo primario de apoyo**, seguido por los **problemas económicos con el 19 %**, y en tercer lugar se ubicaron los **problemas laborales** con el 12%. Casi el 30% de los fallecidos vivía solo. ($p<0,05$)
13. **El 52 % de los fallecidos del sexo femenino y el 32 % de los hombres, fueron consumidores de psicofármacos (37 % para ambos sexos).** ($p<0,05$)
14. El 18% de los fallecidos fueron consumidores de drogas ilegales, **21% y 9% para el hombre y la mujer respectivamente.** ($p<0,05$) **Las drogas mas consumidas** fueron la cocaína, **seguida de la marihuana.**
15. **El 32 % de los fallecidos, consumía alcohol en forma excesiva**, 34% para los hombres y 26% para las mujeres. ($p<0,05$)
16. **El 74 % de los suicidios se efectuaron en el primer intento.** ($p<0,05$)
17. **El 16 % presentó antecedentes familiares de IAE ($p<0,05$)** y en el **13 % de los fallecidos se identificaron antecedentes familiares de suicidio consumado ($p<0,05$).**
18. **Presentaron diagnóstico en los 4 Ejes del DSM IV el 1,36 % de los fallecidos** ($p <0,05$) y el **4,4 % de los que estaban en tratamiento psiquiátrico actual** ($p <0,05$).

1.3. Respuesta de los Servicios de Salud

1. Problemas de **accesibilidad**
2. **Prejuicios a la consulta** y Tratamiento con Psiquiatra
3. Dificultades de los **médicos generales para un adecuado manejo** de los problemas psicopatológicos.
4. Insuficientes **servicios de apoyo** y contención **para adultos mayores**

2. PERFIL DEL SUICIDA EN EL URUGUAY

2.1 VARIABLES DE PERSONA

- Sexo Masculino.
- Promedio de Edad (50 años)
- Tasas mayores de 60 años en adelante
- Entre los de 15 a 44 años, segunda tercera y cuarta causa de muerte
- AVPP (promedio) 28 años - mujer.
29 años - hombre.
- 74% de AVPP ocurrió en Hombres menores de 40 años.
- Viudos y viudos de la unión.
- Divorciados y divorciados de la unión.
- Nivel socioeconómico bajo, medio y bajo en el hombre y en los tres niveles en la mujer
- Desocupados.
- Jubilados.
- Cobertura de Salud en el Sector Público.
- Nivel educativo Terciario.
- Administradores, Empresarios, Profesionales y Técnicos.
- La tasa entre los que no profesaban ninguna religión fue 16 veces mayor

2.2. VARIABLES DE LUGAR

- **Interior**
 - Lugar de realización del acto: domicilio
 - No se encontraron diferencias entre tasas urbanas y rurales en Montevideo. En la mujer fue mayor en el medio rural
 - La tasa en el COMCAR fue 5 veces mayor que la de Montevideo
 - Departamentos de Rocha y San José
 - Barrios de Cerro Norte, La Boyada, Maracaná, La Paloma, Las Torres, Rincón del Cerro, Parte del Centro y Ciudad Vieja.

2.3. VARIABLES DE TIEMPO

- En la mañana y en la Tarde
- No se encontró prevalencia estacional ni en días de la semana.

3. CARACTERÍSTICAS DEL ACTO SUICIDA

- Método “arma de Fuego” y “ahorcamiento”
- En el interior “ahorcamiento” y en Montevideo “ arma de fuego”
- 88% poseedores de Arma de Fuego.
- 21% Dejaron Notas suicidas
- 77% no tuvieron la opción de elegir otro método
- En más del 95% de los fallecidos no se acompañó de otros actos violentos

3.1. MORBILIDAD

- 31% en Tratamiento Psiquiátrico Actual:
 - 57,35% Trastornos depresivos
 - 32,35% Esquizofrenia
 - 32% consumo excesivo de Alcohol
- 25% Antecedentes Personales de Tratamiento Psiquiátrico.
- 20% Antecedentes Familiares de Tratamiento Psiquiátrico.
- 33% Portadores de enfermedades médicas.
- 77% con Sucesos Vitales Estresantes (66% en el último año).
 - Problemas relativos al grupo primario de apoyo (61%)
 - Problemas económicos. (19%)
 - Problemas Laborales (12%)
- 37% Consumidores de Psicofármacos.
- 26% Vivían solos.
- 18% Consumidores de Drogas Ilegales.
- 74% de los suicidios se realizaron en el primer intento.
- 16% Antecedentes Familiares de IAE
- 13% Antecedentes Familiares de Suicidios Consumados.
- Diagnóstico Multiaxial en los 4 del EJES DSM-IV – 1,36% de los fallecidos y 4,4% de los que se encontraban en tratamiento Psiquiátrico Actual

4. RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

Entre los probables problemas planteados se destacan:

- Problemas de accesibilidad
- Prejuicios a la consulta y tratamiento con Psiquiatra
- Dificultades de los Médicos generales para un adecuado manejo de problemas psicopatológicos.
- Insuficientes servicios de apoyo y contención para adultos mayores

5. RESPUESTA DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL

- Inexistencia de un PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

CAPITULO VII

CONSIDERACIONES ACERCA DEL PROBLEMA DEL SUICIDIO INSERTO EN EL CONTEXTO SOCIOECONOMICO Y EN LA ORGANIZACION SOCIAL Y SANITARIA

En el año 1996 el País se ubicó en el **primer tercio de Países** con las **tasas de muerte por suicidio más elevadas del Mundo**, en el **tercer lugar** para la **tasa global** y prácticamente en el **primer lugar** para el **sexo masculino** en el **Continente Americano** y en el **primer lugar** en **Sudamérica**. En Uruguay ocurrieron **1,7 suicidios por día** en el año 2000 y representaron el **2 % de las muertes**.

La **tasa de suicidio** ha **aumentado** a lo **largo del siglo** en forma estadísticamente significativa, la razón de masculinidad también lo ha hecho y en consecuencia la brecha entre los sexos ha sido cada vez más grande. La tasa en el **período 1887-2000** presentó dos grandes elevaciones dadas por los años **1934** y **2000**. Para la **tasa global** el año **34** presento la cifra **mas alta de la historia** y para el **sexo masculino** lo fue el **año 2000**.

El aumento de la tasa de *suicidio* en el **siglo XX** en particular, en el año **1934**, el pico mayor de la historia, se desarrolla en un contexto de **crisis económica** ocurrida en **1929** y de **ruptura institucional** en **1933** con el golpe de estado de **Terra** (el ex Presidente de la República **Baltasar Brum** en señal de protesta se pego un tiro en el corazón en la mañana del 31 marzo). La **crisis económica de 1929** tuvo su origen en los Estados Unidos, en la **bolsa de valores de Nueva York** y se extendió a nivel Mundial. En el **Uruguay** sus efectos se hicieron sentir en una **caída de precios** de los **productos exportables** consecuentemente **bajaron las importaciones** quedando sin materia prima las fábricas y sin artículos los comercios, la **desocupación** creció y el peso sufrió una persistente **devaluación**. El **salario real disminuyó sensiblemente** afectando fundamentalmente al **sector asalariado, jubilados, empleados y obreros**.^{3,4,321,322} Esta situación económica llevó a una inestabilidad política que concluyó con el golpe de estado. Al País se le plantearon **dos alternativas: aceptar el rigor de la crisis** y provocar un reajuste del desequilibrio externo, bajando las importaciones al nivel de las exportaciones, ello determinaría una reducción del nivel de actividad y una reducción del consumo o **fortalecer la política de sustitución de importaciones**. Se optó por esta última, es decir una política de expansión industrial con cierre de las importaciones^{3,4}

En el **año 2000** la tasa presenta el **ápice del aumento** iniciado en **1989**, este período se presentó en forma posterior al **golpe de estado Militar de 1973**, a la crisis económica de la **"tablita del año 82"** y a la **apertura institucional del año 1985**, en donde las **expectativas de cambio y de desarrollo económico y social no fueron plasmadas** en mejoras del nivel y de la calidad de vida de la población. Un indicador clarísimo de este proceso es la **fuerte ola emigratoria** de población joven y calificada que ha tenido el País desde comienzos de la década del 70 hasta el año 2000, por razones fundamentalmente **políticas** debidas al golpe de Estado en la primera etapa, pero a partir de 1985 por las condicionantes **económicas y sociales**.

Nahum menciona muy claramente en el **período inmediato a la posguerra** (segunda guerra mundial):

"La época de bonanza producida por los buenos precios de nuestros rubros exportables durante la segunda guerra mundial y la de Corea, presenció la expansión de la industria y del empleo, la mejora del salario y la elevación general del nivel de vida de la población. El país creció y su riqueza se repartió mejor. Pero ese crecimiento tenía topos: terminaron las guerras ajenas y con ellas los buenos precios; el pequeño mercado interno frenó a la industria."^{321,322}

A **finales de la década del 60' y comienzos de los 70'** todos los índices económicos y sociales fueron empeorando y el Uruguay democrático, consensual, de clases medias satisfechas se fue desdibujando, el **estancamiento económico, el empobrecimiento general de la población**, se hicieron sentir especialmente en los **sectores sociales medios y bajos y en los asalariados**, el desarrollo final de la violencia social terminó con el Uruguay democrático en la **ruptura institucional de 1973**.^{321,322}

A **partir de 1974** se inicia un nuevo periodo caracterizado por la **apertura de la economía** a la competencia internacional y por una nueva concepción económica basada en la **reducción del estado**, en la **eliminación del déficit fiscal, liberalización del mercado de cambios, libertad de importaciones** y consecuentemente **del sistema financiero**. La política cambiaria fue utilizada como primer elemento contra la inflación, instalándose un **régimen de preanuncio de tipo de cambio ("tablita")** con un retraso notorio respecto al ritmo de crecimiento de los precios internos.^{321,322} Ello encareció las exportaciones y abarato las importaciones que, inundaron el mercado local destruyendo industrias y aumentando las tasas de interés, lo que atrajo capitales especulativos.

En **1982** dejó de afluir capital del exterior y al **desequilibrio financiero** se sumó el **productivo**. También **aumentó el déficit fiscal, el endeudamiento y las pérdidas de las reservas del Banco Central**. Esta situación culminó con el **abandono de la tablita la noche del 25 de noviembre de 1982**, el **dólar se disparó**, lo que provocó el **quiebre de industrias y empresas** con el consecuente **aumento de la desocupación y caída del salario real**.

La **estrategia de supervivencia** que adoptó la sociedad uruguaya fue por una lado la extensión de la jornada de trabajo y la **incorporación de la mujer al mercado de trabajo** como no lo había hecho ningún otro país de la región. Cuando la crisis señalada se agudizó, ello provocó un notorio deterioro de las condiciones de vida generando un fenómeno amplificado de la pobreza.

Este proceso se fue desarrollando en lo que más tarde se denominó la **globalización económica** dada fundamentalmente por una **liberalización del comercio e integración económica**, dos elementos centrales del desarrollo de la misma. Esta ha influido en el **proceso salud- enfermedad** determinando cambios epidemiológicos, en los ecosistemas, en el intercambio cada vez más rápido de bienes servicios y personas, ampliando de esta manera el comercio internacional y en los Países pobres o del tercer mundo determinando **aumento de las desigualdades sociales, destruyendo la cohesión social y aumentando la brecha entre ricos y pobres** con el consecuente **incremento de la violencia**. El fracaso de la **ronda Uruguay del GATT (Acuerdo General de Tarifas y Aranceles)** primero y las condiciones de inequidad en las reglas del intercambio más tarde, por parte de la **OMC (Organización Mundial del Comercio)**, han acelerado los procesos negativos de la globalización de la economía mundial con el empobrecimiento cada vez mayor de los Países no pertenecientes a los "círculos de privilegio".

La conformación del **MERCOSUR en 1991** no es, sino la aspiración de una **unión aduanera** en donde los objetivos del tratado Marco quedaron en meros enunciados si bien la estrategia de integración regional es válida a la hora de aumentar el "peso" regional y continental frente a la inequidad de las condiciones del intercambio por parte de la OMC

El nivel de empleo **continuó reduciéndose en el año 2000 con respecto a los años anteriores**, la tasa de desempleo aumentó significativamente **debido a que a la contracción del empleo se sumó el incremento de la población económicamente activa, comportamiento que se habría derivado de la estrategia de supervivencia de los hogares en un contexto en el que sus ingresos cayeron significativamente**. La tasa de desempleo **en todo el país urbano se ubicó en el promedio del año en el nivel más alto desde la crisis económica de 1982 (13,6%)**.³¹⁸

Las crisis económicas señaladas (1929,1982) no tuvieron de acuerdo a lo mencionado, consecuencias inmediatas en los movimientos de las tasas, sino que en forma diferida se observaron repercusiones políticas (1933 y 1985) y en forma más lenta aún sus consecuencias sociales, psicosociales y psicopatológicas. (1934 y 2000) En estos períodos Montevideo pareció dar las primeras señales en el movimiento de la tasa al igual que el sexo masculino siendo seguidos posteriormente por el crecimiento en el Interior y en el sexo femenino.

El País puede ser dividido en dos regiones desde el punto de vista demográfico, socioeconómico, cultural, administrativo y "suicidógeno"¹⁰ (Robertt) bien diferenciadas: el Interior y Montevideo, siendo Montevideo el centro económico, político, administrativo y cultural con una estructura nacional centralizada y macrocefalica que nace a la vida independiente como ciudad puerto y con una fuerte rivalidad en el Río de la Plata con Buenos Aires, en su momento capital del virreinato.

1. INTERIOR

En las **tres primeras décadas** del siglo el País creció en cada una de las áreas importantes, **ganadería, industria y comercio**. Pero el sustento del crecimiento dependió de las fluctuaciones del exterior, fundamentalmente del sector agropecuario.

"La estancia" -latifundio- se fue tecnificando, esto llevó a la división del trabajo en el campo y al desarrollo de frigoríficos; la política de comienzos de siglo estableció un **medio urbano económica y políticamente avanzado y un medio rural atrasado dominado por el latifundio**.^{320,321}

La situación del **peón rural era miserable** y el alambrado continuó expulsando mano de obra hacia los medio urbanos.^{321,322}

En el **periodo 1947-1958** la ganadería se encontró estancada como consecuencia fundamentalmente de la terminación de la segunda guerra mundial y a que se aplicó posteriormente, de acuerdo a lo señalado, una política de **sustitución de importaciones** que no tenía a quien venderle, dado lo pequeño del mercado interno en primera instancia y a la falta de capacidad de competencia frente a la apertura de la economía Mundial, mas tarde.^{321,322}

Entre **1947 y 1963** continuó la sistemática **expulsión de trabajadores rurales** y en los primeros años de la **década del 70'** esta se realizó hacia los **centros urbanos del Interior** en un primer momento para más tarde emigrar hacia **Montevideo**. En los departamentos totalmente dependientes de la ganadería extensiva, la ciudad principal absorbió la mitad o más de la población del departamento.^{321,322} El estancamiento económico que afectó al país a partir de los **sesenta**, se manifestó por expulsión de mano de obra industrial, el cierre de los grandes frigoríficos, de importantes fabricas textiles, que alimento aun más el fenómeno mencionado.

A partir de la **década de los 70'** el medio rural continuó su paulatino vaciamiento,³²⁰ **Vasallo** destaca en el libro de **Nahum** que entre **1956 y 1980 los trabajadores rurales se redujeron en un 45%** en un sistema productivo que continuó siendo extensivo. Esta población se dirigió a los centros urbanos del interior del País primero y de allí a Montevideo.³²⁰

Veiga menciona en el interior el **incremento de las desigualdades regionales y socioeconómicas, migraciones poblacionales** hacia aquellas áreas dinámicas con capacidad de generación de empleo, **fragmentación socioeconómica y cambios en la estratificación social**, ausencia de estrategias alternativas y de consenso sobre pautas y tipo de desarrollo y finalmente debilidad de los sectores empresariales y falta de capacitación laboral en la mayoría de las regiones.²⁵³

La tasa de **suicidio** en el **Interior** del País ha sido más elevada que en **Montevideo** a lo largo del **siglo XX** con excepción del **pico del año 1934**. El **suicidio** fue más **masculino** (masculinización) y se ha presentado en valores mas altos en los **grupos de edad más envejecidos**, en una población con una **pirámide de población más joven** que la de la **capital del País**. La tasa en el **Interior** fue significativamente más grande en los **grupos de edad masculinos de 65 años en adelante**. En consecuencia, el **suicidio en el Interior fue más masculino y más viejo**. El método de **suicidio** más utilizado por el **hombre** fue el **ahorcamiento** y en la **mujer** el **disparo por arma de fuego**, a **diferencia de Montevideo**

que fue el **disparo por arma de fuego para ambos sexos**. Las diferencias en la utilización de los métodos pueden deberse entre otras posibles explicaciones a las características peculiares e idiosincrasia de cada región y a las posibilidades de acceso a un método dado.

El Interior no ha tenido a lo largo de su historia un desarrollo armónico, se ha configurado desde sus orígenes en una estructura macrocefálica, en donde se establecieron los polos de desarrollo prácticamente en la gran área metropolitana. El centro del País, se ha ido vaciando progresivamente disponiéndose la población en el perímetro de su superficie, en el sur y zonas de frontera. Los centros urbanos han crecido a costa de los servicios y por extensión de la administración de Montevideo o como consecuencia de las hipertrofias de las Intendencias Municipales, pero no por un desarrollo productivo salvo algunas excepciones como los departamentos de Paysandú, Colonia y otros que presentaron un incipiente desarrollo industrial. El desarrollo de los servicios, fundamentalmente el turismo en departamentos como Maldonado y Colonia, tampoco los han puesto a salvo del crecimiento de la marginalidad como es el caso de Maldonado. En suma, el Interior del País no ha tenido en general elementos para retener a su gente que ha emigrado a la capital por problemas laborales o por motivos formativos, (en los últimos años se ha establecido en la ciudad de Salto diversas Facultades de la Universidad de la República) esa falta de expectativas y de posibilidades de desarrollo, de inercia en el devenir de la vida es quizás lo que ha generado la existencia de una multiplicidad de factores psicosociales que encuentran su expresión en diversas formas de la violencia, entre ellas la autoinfligida.

Las tasas más altas de suicidio se registraron en individuos de la tercera edad del sexo masculino, viudos o divorciados, insertos en familias con la frecuente emigración de los jóvenes hacia la capital y en un sistema sin la debida contención comunitaria y sanitaria, (Centros diurnos, hogares protegidos, residencias de ancianos) El hombre mayor a su vez, jubilado de las tareas rurales, que no tiene familia o que sus hijos han emigrado hacia Montevideo o hacia el exterior, termina en una residencia de ancianos, poseedor de un espíritu introvertido, taciturno y en un medio que le es ajeno y hostil. Las condiciones psicosociales enumeradas en individuos vulnerables, encuentran terreno fértil para el desarrollo de procesos depresivos, o determinarían en aquellos portadores de psicopatologías, la aparición de descompensaciones.

La región noreste del País (con 10% de tres y mas NBI) compuesta por los departamentos de Cerro Largo, Treinta y Tres y Rocha, presentó la tasa mas alta y entre ellos el departamento de Rocha se destacó por la tasa mas elevada del País, solo comparable a la de los Países de Europa del Este. La región noreste, de acuerdo a lo manifestado por Robertt¹⁰ y complementado con nuestro trabajo ha presentado las tasas mas elevadas en los últimos 40 años y Rocha en los últimos 35 años.

Rocha presentó tasas superiores al Interior y más masculinizadas especialmente en adolescentes, jóvenes y adultos mayores de 80 a 84 años, así como a edades medias de la vida. (35 a 39 años)

Rocha tiene una superficie de 10.551 kilómetros cuadrados, una extensión de 180 kilómetros de playas sobre el Atlántico, con costas totalmente oceánicas, y se halla en una zona de tal diversidad que la UNESCO la ha declarado como "patrimonio histórico de la humanidad" El departamento generó sólo el 2% del producto bruto interno, presenta un 44% de habitantes con una o más necesidades insatisfechas. De sus 70.000 habitantes uno de cada 10 es empleado público y aun así el desempleo llega al 40%. Rocha se caracteriza por tener una gran cantidad de pueblos y localidades. Si combinamos distintos indicadores como, la tasa de desempleo, el índice de desarrollo humano y el índice de competitividad regional, Rocha se encuentra entre los departamentos en peor situación del País³¹⁹ y esto se refleja claramente en las tasas de suicidio que fueron superiores a las del Interior no solo para la tasa global y masculina sino en los extremos de la vida (adolescentes, jóvenes, adultos mayores entre 80 a 84 años) y en edades medias como los de 35 a 39 años.

Desde el punto de vista de la organización de servicios de salud, el departamento no cuenta con el desarrollo de un primer nivel de atención que permita el fácil acceso de los habitantes así como tampoco con una estrategia de atención primaria de salud que le permitiría aplicar una política prioritaria hacia la población más carenciada. La diversidad de localidades y pueblos que posee complica aún más el panorama mencionado. El subsector privado de salud presenta serias dificultades económico- financieras.

La tan mentada y expresada descentralización, ha quedado en expresiones verbales o normativas, pero sin una concreción en la vida real de las comunidades. Estas poblaciones son particularmente sensibles a los procesos de cambio socioeconómico que en los contextos mencionados son generadores de anomia social, situación que se da cuando la estructura cultural y social están mal integradas. Es la sociedad la que ejerce presión para que ciertas personas observen una conducta no conformista, es difícil como dijera Durkheim "si a alguien se le da pautas culturales para que progrese o que viva de determinada manera a que se resigne porque las condiciones sociales se lo impiden" o como dice Merton: "el culto de la meta genera literalmente la desinstitucionalización de los medios"

2. MONTEVIDEO

El Interior ha presentado durante el siglo tasas más elevadas que Montevideo (con excepción del pico del año 34), pero con una disminución de la brecha debido al crecimiento de Montevideo a partir de 1980 y al crecimiento mayor al del Interior a partir de 1989, donde la brecha para el sexo femenino entre ambos, ha prácticamente desaparecido.

La inmigración tuvo fuerte participación en el crecimiento de la población de la ciudad de Montevideo,³²¹ llegando a ser los extranjeros, el 46% a comienzo de siglo. De este proceso inmigratorio fueron muy pocos los que concurrieron al Interior del País, en general, su tradición fue de radicación urbana, sumándose, a las clases medias metropolitanas.^{320,321}

Montevideo ha dado señales más tempranas de aumento de la tasa frente a situaciones de crisis socioeconómicas y políticas (1929 y 1982) que el Interior del País. Los dos grandes aumentos en la tasa (1934 y 2000) se han hecho fundamentalmente a expensas de la ciudad capital. En 1934 esta sobrepasó a la tasa del Interior.

En 1970 como consecuencia de la situación de crisis económica del sector agropecuario y del cierre de industrias y frigoríficos, comienza un proceso de emigración desde el interior hacia la capital, con el establecimiento de los **asentamientos en los cinturones de la ciudad** y de **tugurios en la zona de la ciudad Vieja** y de la **Aguada**. Comienza a partir de este periodo el crecimiento y desarrollo de los **marginados uruguayos**, en el **medio rural**, **el refugio fue siempre la agricultura familiar**, vigente desde los propios orígenes de nuestra historia y buscando permanentemente asegurar su propia reproducción y en los **medios urbanos**, los marginados han estado radicados en **actividades terciarias de baja calificación**.^{320,321}

Se destaca en este período la fuerte emigración de población hacia el exterior por motivos económicos y políticos, en particular por este último en el período previo y posterior al golpe de estado de 1973.

En la **década del 80'**, se destaca que el ingreso de los hogares pobres fue cercano al 30% por debajo de lo que sería necesario, para proveer a todas sus necesidades básicas alimentarias y no alimentarias. La **brecha de la pobreza** ha sido un poco **mayor en Montevideo** que en el **resto del País**.³¹⁸

El aumento del *suicidio* en **Montevideo** a partir de la **década del 80**, ha sido **acompañado** de un **proceso inmigratorio** importante que ha continuado el vaciamiento del Interior. Los cinturones de la ciudad de Montevideo han crecido a partir de la **década del 70 y 80** por **expulsión rural** y en la de los **90** por **expulsión urbana**.

Durante el **año 2000** la incidencia de la **pobreza** en la población alcanzó el **18%**, aproximadamente 646.000 personas (11% de los hogares) en todo el País, siendo esta cifra muy similar en **Montevideo** y en el **Interior**. La **tasa de desempleo** en el **Interior** fue de **13,3%** y en **Montevideo** de **14%**, **alcanzando entre los pobres** (por debajo de la línea de pobreza) **el 26%**.³¹⁸

La situación del mercado de trabajo fue aun más grave si se considera, la pérdida de capital humano que supone el incremento de la duración del desempleo y el aumento del número de desocupados con **más calificación formal y/o experiencia** a esto se agrega **el notorio aumento de los desempleados que son jefes de hogar**, cuya desocupación por ende, tiene **particular impacto social**.³¹⁸

El salario real medio descendió **de forma apreciable en el promedio del año, como consecuencia de la persistencia de elevadas tasas de desempleo, y del control del gasto público en remuneraciones**. El ingreso del conjunto de los trabajadores (**masa salarial**) disminuyó notoriamente, **debido al** descenso del número de ocupados, del salario real y de las horas trabajadas. **En el promedio del año** se perdieron 12 mil puestos de trabajo, **aproximadamente en todo el país urbano**.³¹⁸

El aumento de la tasa de suicidio en el año 2000 **al igual que en el año 34 también se realizó como consecuencia de un mayor incremento en Montevideo, que fue de un 300% contra un 25% del interior. (en este caso la tasa no sobrepasó a la del Interior)**

La tasa presentó mayores valores entre los de nivel socioeconómico bajo y en especial, en hombres en los niveles medios y bajos. Los que tuvieron educación terciaria presentaron tasas mayores, al igual que desocupados y jubilados, hechos que se corresponden con la tasa de desempleo en el año 2000, que fue la más alta desde 1982. La tasa de suicidio fue mayor entre gerentes, administradores, empresarios, profesionales y técnicos y si se analiza el mercado de trabajo en el año 2000 la tasa de desempleo fue mayor entre este tipo de profesiones y técnicos. Las mayores tasas se presentaron en los que tenían cobertura en el subsector público, todo parece indicar, (nivel socioeconómico, desocupación), que el acto suicida aparece ligado a condiciones socioeconómicas deficitarias, en individuos con buen nivel educativo, y con destrezas para el desempeño laboral. La frustración, la falta de igualdad de oportunidades, de equidad, parecen ser elementos gravitantes en el desarrollo de ambientes psicosociales proclives, a la generación de conductas suicidas, en individuos "susceptibles" y sin las adecuadas redes de apoyo.

Diversos autores y entre ellos Dajas en Uruguay señalan el cambio socioeconómico como determinante del suicidio más que la condición del mismo, la hipótesis de "derrumbe socioeconómico", es plenamente planteable en individuos con educación terciaria, capacitados técnicamente, pero sin posibilidades de realización personal y social. El desarrollo de estos procesos anómicos desde el punto de vista sociológico, consecuencia de crisis económico-políticas, generarían los espacios sociales posibles hacia la conflictividad psicosocial y sus consecuentes repercusiones epidemiológicas en las morbilidad de las poblaciones.

Si bien el suicidio es masculino en Montevideo, se ha producido un aumento más grande en la tasa femenina, que ha sido de un 444 % contra un 318% para el sexo masculino, disminuyendo de esta manera, el índice de masculinidad en el periodo 1963-2000. En este caso, la respuesta se ha dado en forma prácticamente simultánea para ambos sexos, de tal forma, que el sexo femenino ha sido igual de sensible a los cambios socioeconómicos y políticos que el masculino.

La tasa masculina fue mayor como dijimos en los niveles socioeconómicos medios y bajos, a diferencia de la femenina, que se distribuyó homogéneamente entre los diversos estratos sociales.

Los niveles **medios y bajos** presentaron una **importante masculinización**, ($H/M = 6,62$ y $4,25$ respectivamente) y el **alto una sensible feminización**, ($H/M = 2,36$) en especial, en barrios como **Punta Carretas y Parque Batlle**, donde prácticamente igualan a las tasas masculinas. Esto quizás pueda relacionarse entre otras explicaciones con las condiciones de inequidad de género que padece nuestro País, fundamentalmente en lo relativo al acceso al mercado de trabajo y en el tipo

de remuneraciones otorgadas. Los derechos políticos para la mujer fueron obtenidos en Uruguay **por ley de 1932** y por la **Constitución de 1934**, pero votaron **por primera vez en 1938**, a pesar de lo prematuro de las conquistas logradas, con respecto a otros Países Latinoamericanos, todavía persisten condiciones de inequidad de genero, en el acceso a los cargos fundamentalmente políticos, y de poder, en muchos trabajos y con respecto a las remuneraciones.

La mujer de nivel socioeconómico alto, de *educación terciaria*, desocupada o con inequidades sufridas a la hora de su realización profesional y personal y la adulta mayor, que sufre en su vejez, las consecuencias de esa inequidad en jubilaciones y pensiones, viuda o divorciada, encuentra las condiciones adecuadas para el espacio social de la anomia. Las tasas de mujeres de nivel socioeconómico bajo tienen un peso relativo muy inferior al hombre, (si bien la tasa se distribuye homogéneamente en los estratos sociales), fundamentalmente, la de los barrios más pobres (que son los que han tenido la tasa global más elevada, zona 30, Cerro), quizás estas mujeres encuentren "protección", en el hecho de que su proyecto de vida, esta dado, por la "maternidad" – Jefa de Hogar, con figuras paternas cambiantes, y sin acceso, a otros niveles de vida –

Los barrios de Montevideo, que presentaron las tasas más elevadas, comparables a las mas altas del Mundo, fueron los de Cerro Norte, (H/M = 6) La Boyada, Maracaná, La Paloma, Las Torres, Rincón del Cerro, parte del Centro y la Ciudad Vieja. La zona oeste de Montevideo ha presentado graves problemas de desempleo,³¹⁹ (2000) y el porcentaje de población con tres y más NBI en 1996 fue de 10,74%, y con enormes desigualdades con respecto a otros barrios de Montevideo: En el barrio de Casabó el 24% y en el Cerro el 54%, fueron propietarios de la vivienda y el terreno, contra un 82% en el barrio de Punta Gorda. El 15% de la población fue propietaria de vehículo en Casabó, 21% en el Cerro y 80% en el barrio de Carrasco. El promedio de años de estudio fue de 6 años en Casabó, 7 años en el Cerro y 12 años en Carrasco. La población masculina que no trabaja, no estudia ni busca trabajo fue de un 21% en Casabó, 19% en el Cerro y 5% en el Centro⁶². La tasa de Mortalidad infantil se ubicó en 19 por mil en los barrios mencionados contra 4 por mil en Pocitos. (1999)

La tasa fue mayor entre los que presentaron **cobertura de salud en el sector publico**, en la **zona del Cerro** existe una gran **cantidad de centros** (más de 18) **de primer nivel de atención**, que funcionan en forma **superpuesta y no coordinada**, sin un adecuado **sistema de referencia y contrarreferencia**, entre ellos y los hospitales.

La atención de la salud en esta extensa zona de **Montevideo**, que alberga a una **población de 100.000 habitantes**, no presentaba **al año 2000**, un **proceso de regionalización**, instrumentado mediante una **adecuada descentralización**, en niveles de atención dispuestos estratificadamente.

A su vez el **único equipo de salud mental** se encuentra ubicado en la **Teja, (INVE 18)** en forma centralizada, lo cual dificulta enormemente el acceso de la población alejada de la referida policlínica, por motivos fundamentalmente económicos y también culturales.

El **sistema de información** para identificar a los usuarios del subsector tiene un atraso de mas de 2 meses, y en caso de bajas en el subsector privado, se hace difícil establecer, cuales son los usuarios de Salud Pública, en las consultas en policlínica.

Los afiliados del sector privado, para acceder a las consultas deben pasar la barrera de los copagos, lo cual les resulta muchas veces oneroso. En tal sentido, la afiliación al mutualismo, en no pocos casos se convierte en una suerte de seguro de internación, y las consultas se realizan en las emergencias de los centros de salud o en los hospitales.

Tan sólo **el 30 %** de los suicidas **se encontraba en tratamiento psiquiátrico** y con discontinuidades importantes en los mismos, y en la atención, presumimos que debido a problemas de **accesibilidad económica, cultural y administrativa**. Sin embargo, estudios nacionales e internacionales mencionan cifras de alrededor del 90% con patología de acuerdo a las autopsias psicológicas, con lo cual la brecha de los que realmente acceden a los servicios de salud, en relación con los que no lo hacen, es muy grande. Esto ocurre tanto en el subsector público, como también en el privado, donde el componente de salud mental, y de atención psiquiátrica como oferta de servicios, no colma las necesidades y demandas de la población debido a su incontinencia.

El sistema de salud en **Uruguay** no presenta el desarrollo de un **primer nivel de atención continente**, ni tampoco **esta estructurado en la figura del "generalista"** como puerta de entrada al sistema. El modelo de atención es asistencialista, esporádico y biologicista y en lo que hace a la **atención de salud mental**, ni las prestaciones del subsector publico ni las del privado, permiten resolver la demanda creciente de consultas en los servicios tanto de primer nivel, como de internaciones y de intervención en situaciones de emergencia y crisis. Existen en función de lo expuesto, problemas de **accesibilidad económica, administrativa y cultural** dada por prejuicios a la consulta y tratamiento con psiquiatra, dificultades de los médicos generales en el manejo de los trastornos psiquiátricos, vinculados al suicidio, e insuficientes servicios de apoyo sanitarios y comunitarios para la población de riesgo.

En los **aspectos formativos** también debe destacarse, la inexistencia de postgrados de salud publica, orientados hacia la salud mental, así como de postgrados o maestrías en epidemiología con este enfoque.

Esta **falta de redes de apoyo y sistemas de contención** se refleja en los factores precipitantes o sucesos vitales estresantes, que en lo relativo al grupo primario de apoyo representaron el 60% de los factores referidos.

En los **jóvenes** tanto del **sexo masculino** como del **femenino**, los principales factores precipitantes fueron los referidos a la **contención familiar y comunitaria** y los **económicos**, así como los **laborales** -que unido a la **alta prevalencia en el consumo de alcohol** que entre los **hombres llegó al 34 %** y de **drogas ilegales** fundamentalmente **marihuana y cocaína, que llegó al 21 %** - determinan la conformación de ambientes psicosociales proclives o facilitadores al desarrollo de diversas formas de expresión de la violencia. Las **muerres por suicidio** en los grupos de edad de **15 a 24, 25 a 34 y 35 a 44 años** representaron la **segunda, tercera y cuarta causa de muerte** en forma respectiva.

En la mujer, el peso de los **factores económicos**, fundamentalmente en **adultas mayores de 65 y más años** reflejan como dijimos las condiciones de inequidad de género o las diferencias de roles vividas a lo largo de la vida.

El **promedio de años de vida potencialmente perdidos** fue de **28 años** para el **sexo femenino** y **29 años** para el **masculino**. Junto a ello deben considerarse las consecuencias **humanas, familiares, sociales, laborales, sanitarias** y la **carga muy difícil** de **sobrellevar para los supervivientes o allegados al fallecido**, que suelen derivar en **duelos muy largos, complicados, de difícil resolución e incluso en procesos psicopatológicos**

Otro elemento a considerar desde la **Salud Pública y Políticas Públicas** es que el **77%** de los **fallecidos no tuvieron la opción** de elegir otro método (si bien no se consideró en el estudio el **método de ahorcamiento** dado que es de muy fácil acceso). De los que utilizaron el **disparo por arma de fuego** que fue el **método más frecuente en todo el País**, el **88%** eran **poseedores de las mismas**. En diversos Estados de los Estados Unidos, donde las **leyes sobre posesión** de armas de fuego cortas fueron muy **severas**, las tasas disminuyeron y **no se constató por ello, una aumento en la utilización de otros métodos**, esta política restrictiva con respecto al acceso a las mismas, a dado resultado en diversas partes del mundo, con diferentes grados de eficacia.

El aumento en el consumo de sustancias tóxicas, fundamentalmente **alcohol** y **drogas ilegales** como **marihuana** y **heroína**, determinan entre otros factores, la aparición de poblaciones de riesgo, mucho más considerando, que los suicidas se matan en el **primer intento en un 74%**.

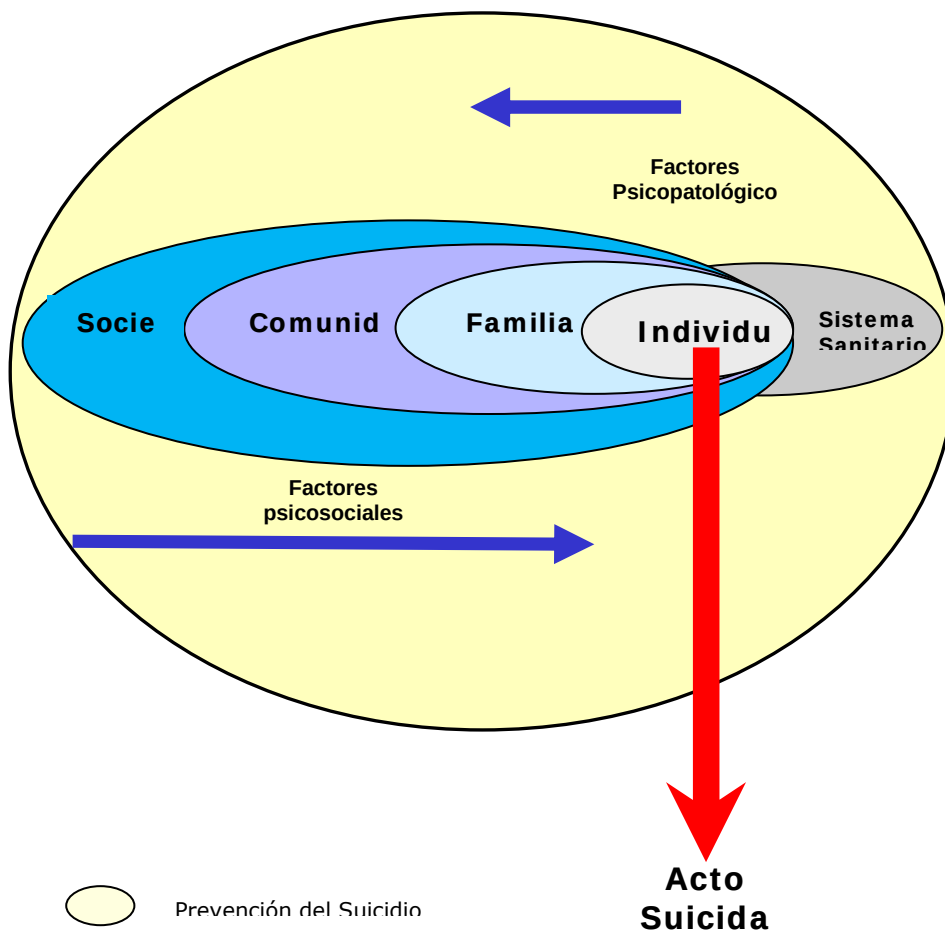
*La falta de **referentes éticos, sociales, del sistema político en general**, las **tasas mas elevadas en agnósticos y ateos** que en católicos y cristianos, el **aumento de los delitos** y de la **población carcelaria**, las **tasas mas elevadas de suicidio en el COMCAR**, junto a los **factores socioeconómicos** señalados, terminan por **desestabilizar, corroer, socavar, la estructura psicosocial**, desarrollando el **espacio social de la anomia** y con ella, el desarrollo de **procesos psicopatológicos** o la **descompensación** de los existentes*

3. MODELO SOCIO- PSICOPATOLOGICO EXPLICATIVO DEL ACTO Y DE LA CONDUCTA SUICIDA

El **acto suicida constituye la expresión final** de un proceso o la **punta del iceberg**, palpable y visualizable de una serie de fuerzas interactuantes, insertas en un fenómeno complejo en donde intervienen **factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos**.

Si hacemos una adaptación del **“modelo ecológico” de la OMS⁸** se puede intentar comprender la naturaleza multicausal o polifacética que tiene la conducta suicida como una de las formas de expresión de la violencia.

Este modelo permite analizar la multicausalidad de factores que influyen en el comportamiento suicida y en especial aquellos que aumentan la probabilidad de cometer actos suicidas. (obsérvese **Diagrama 1**)

Diagrama 1**MODELO ECOLÓGICO EXPLICATIVO DEL ACTO SUICIDA**

Adaptado del "Modelo Ecológico". Informe Mundial sobre Violencia y Salud, OPS – OMS, 2003⁸

Distinguimos cinco círculos:**Círculo – Individual**

En este se encontrarían los factores propios individuales como los biológicos y la historia personal, que influyen en el comportamiento de los individuos:

1. **Factores biológicos:** edad, sexo, trastornos de personalidad, psicopatologías
2. **Habilidad de afrontamiento** frente a situaciones de estrés
3. **Historia personal:** toxicomanías, IAE, antecedentes familiares.
4. **Nivel de Instrucción**

Círculo de Relaciones familiares

Se refiere a las relaciones de los familiares cercanos, familia, amigos, pareja y los compañeros, se vincula a la continencia familiar que posee el individuo. Características familiares, disfunciones, integrantes de la familia, tipo de relaciones. (Familiograma)

Círculo de Continencia comunitaria

Se refiere a las redes de apoyo social del individuo en todos sus grupos de interacción social.

Se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, lugares de trabajo, servicios sociales, hogares diurnos, centros de tercera edad, hogares protegidos, centros deportivos, grupos de ayuda social, grupos de excompañeros, guarderías, clubes deportivos, sociedades de ayuda, centros educativos integradores, etc.

Círculo de la Sociedad en la cual interactúa el individuo

Constituye la **estructura general de la sociedad**, justicia social, inequidades, salario real, igualdad de oportunidades, políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales. Se destacan en esta el desmoronamiento del entramado social, la desaparición de la escuela pública como elemento integrador entre las clases sociales. Pobreza, marginalidad y exclusión social.

Círculo del Sistema Sanitario

Los **servicios asistenciales** deben contar con un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia, en un modelo orientado fundamentalmente hacia la prevención y promoción de salud con un enfoque holístico. Estos deben estar integrados con equipos de salud mental en el concepto reformista de la deshospitalización de los hospitales psiquiátricos. Los médicos generales y familiares deben estar a su vez capacitados en el adecuado diagnóstico, oportuna derivación y seguimiento de los trastornos psiquiátricos prevalentes en la conducta suicida. **Políticas sanitarias** de prevención y promoción: **Planes nacionales** de prevención del suicidio y la violencia.

*El modelo puede actuar de acuerdo a lo expresado en el diagrama en forma **bidireccional**:*

1. Por ejemplo, en individuos con **trastornos psiquiátricos**, que no presentan **continencia familiar** adecuada ni de los **servicios de apoyo comunitario**, y que a su vez tienen **dificultades de acceso a los servicios de salud mental**, por problemas **económicos, culturales o administrativos**, es factible suponer, la descompensación de sus patologías psiquiátricas, (discontinuidad en el tratamiento, falta de un diagnóstico definitivo), proceso que desencadenaría finalmente, la conducta y el acto suicida.

A ello debemos agregar la existencia de **factores precipitantes o sucesos vitales estresantes**, que en el entorno familiar, comunitario y sanitario señalado acelerarían la descompensación de los **procesos psicopatológicos** o el agravamiento de patologías no diagnosticadas o subdiagnosticadas.

2. Por otro lado las **fuerzas sociales**, como la inequidad, la inequidad de género, la falta de igualdad de oportunidades, actuando sobre individuos que no cuentan con organizaciones de **contención comunitaria**, (hogares diurnos, centros diurnos) ni **con familias** que permitan la contención en situaciones de "crisis" (individuos solos, jefes de hogar desempleados, mujeres jefas de hogar con diversas figuras paternas), determinarían en **sujetos susceptibles o vulnerables**, la aparición de **procesos psicopatológicos**, que chocan contra un muro de contención constituido por los **efectores sanitarios**, que no responden de una manera adecuada a las necesidades de la población, por problemas fundamentalmente de inaccesibilidad cultural, económica y administrativa

Finalmente, ante la presión de las fuerzas sociales y a la aparición de factores precipitantes y frente a la falta de contención en el ámbito familiar, comunitario y sanitario, en sujetos vulnerables, se desencadenarían procesos psicopatológicos, que terminarían en la conducta y en el acto suicida, como forma final de expresión de los factores mencionados.

Una y otra alternativa tienen en común, tanto para el sano inicial como para el enfermo, la falta de continencia social, comunitaria, familiar y del sistema sanitario, tiene como resultado final, el desarrollo o la descompensación de trastornos psicopatológicos que terminan en el acto suicida.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

Como dijo Soubrier en 1984⁹⁸ “ hoy el suicidio no se puede considerar como un fenómeno único asociado a 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”⁹⁸

La conducta suicida tiene causales multidimensionales resultantes de una compleja interacción entre factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales³⁰⁸.

Se recomienda el diseño y ejecución de un PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL URUGUAY³⁹, instrumentado a nivel de su Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud Pública) en coordinación con la Universidad de la Republica (Facultad de Medicina y de Ciencias Sociales), Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa Nacional, Poder Judicial, Ministerio de Educación y Cultura, CODICEN, Enseñanza Primaria, INAME y la Sociedad Civil representada en sus mas diversas formas de expresión.

En la elaboración del mismo, a nuestro entender, debería participar un equipo multidisciplinario integrado por: epidemiólogos, administradores, sociólogos, antropólogos, psiquiatras, psiquiatras infantiles, psicólogos, psicólogos sociales, terapeutas ocupacionales, licenciadas en enfermería, asistentes sociales, demógrafos, médicos generalistas o familiares, educadores para la salud, médicos legistas, toxicólogos, geriatras, pediatras, personal del ministerio del interior, de la prefectura nacional naval, técnicos en registros médicos, estadísticos, abogados, docentes de primaria y secundaria, comunicadores sociales y representantes de las diversas instituciones señaladas y de la sociedad civil.

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, resultando importante en este sentido, una adecuada coordinación con los servicios asistenciales, que deben encontrarse especialmente preparados para tal fin.

Los componentes que se entienden necesarios para la instrumentación del PLAN desagregado en Programas y proyectos interventores son los siguientes::

1. TELÉFONOS DE AYUDA “TELÉFONO DE LA ESPERANZA” ⁹⁸

- **Centros y líneas telefónicas** que permanezcan **abiertas las 24 horas** y que **sirvan de apoyo y orientación** a potenciales suicidas y familiares así como allegados a los mismos. Este centro debe contar con **RRHH tecnificados y especialmente preparados**, actuando en el marco de un **equipo multidisciplinario**.

2. ASISTENCIALES

- **Capacitación** adecuada del personal **sanitario**
- **Mejorar la accesibilidad** de los pacientes con trastornos psiquiátricos y seguimiento estricto de su tratamiento. (Deshospitalización del Hospital Psiquiátrico)
- Asegurar la **disponibilidad de medicamentos** psicotropicos
- **Capacitación de Médicos generales y familiares** : (Diversos estudios señalan que entre el 40% a 60% de los suicidas, consultaron médico general en el mes previo. ^{309, 310}
 - i. Reconocimiento del riesgo suicida
 - ii. Capacitación en diagnostico y tratamiento de la depresión. ³¹¹
- **Protocolización** de la **atención, diagnostico y tratamiento** de pacientes **con intentos y de aquellos con perfil de riesgo suicida, así como de familiares y allegados de los suicidios consumados.**
- **Conformación de equipos multidisciplinarios de salud mental en el primer nivel** de atención con un adecuado **sistema de referencia y contrarreferencia.**
- **Capacitación en conductas suicidas y riesgo suicida** así como **tratamiento y referencia adecuada** de los **intentos y familiares de suicidios consumados**, dirigidos a los **servicios de emergencia.**
- **Preparación de los servicios de emergencia móviles para el tratamiento de personas en crisis psicosociales y adicciones, incluyendo el manejo adecuado del núcleo familiar.** (incorporación del personal técnico necesario) ^{76, 90, 95}
- **Notificación de suicidios** ocurridos en **domicilio** o en **centros asistenciales** o en **vías públicas** al primer nivel de atención, correspondientes a las áreas donde estos residían a los efectos de la realización de **ateneos en equipos multidisciplinarios e intersectoriales en el ámbito local.**

3. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ^{98, 313}

- Establecer un **sistema de Vigilancia Epidemiológica** que incorpore **condiciones de vida, ambientales, características conductuales y biológicas de las poblaciones.**
- Instrumentar un **Diagnostico de Situación** permanente de las adicciones a drogas legales e ilegales.
 - i. Alcohol
 - ii. Tabaco
 - iii. Psicofármacos
 - iv. Drogas ilegales
- Identificación, evaluación y seguimiento del tratamiento de enfermedades psiquiátricas como la **depresión y esquizofrenia** con riesgo aumentado de padecer suicidio.
- **Identificación de grupos o individuos de alto riesgo**, seguimiento de los mismos fundamentalmente frente a la aparición de sucesos vitales estresantes.
- Establecer la **Notificación obligatoria de suicidios consumados y de intentos de suicidio.**
- **Notificación obligatoria** de pacientes **depresivos y esquizofrénicos** con **riesgo de conductas suicidas**
- **Notificación obligatoria** de **adictos al consumo de sustancias legales e ilegales.**
- **Establecer la detección sistemática de riesgo suicida** entre **pacientes psiquiátricos.**
- **Identificación y seguimiento de familiares de suicidas.**

El sistema de vigilancia epidemiológica desarrollado debe tener una interacción permanente con los *centros de Intervención en Crisis* así como con el resto de los componentes del PLAN y de los *Programas y Proyectos* puntuales.

4. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ³¹³

- Estudios de intentos de suicidio
- Estudios analíticos
- Investigación de factores de riesgo
- Estudios ambientales
- Estudios descriptivos en sitios donde existen altas tasas de suicidio

5. ACCIONES EN ESCUELAS Y CENTROS EDUCATIVOS ⁹⁸

Las escuelas educan según los valores sociales, **es decir, que transmiten y hacen interiorizar a los niños la** estructura social y la cultura de la sociedad, **enseñando de esta manera, a** enfrentar en forma adecuada, los problemas de la vida de acuerdo **a las reglas de juego de la sociedad.**

- A. Capacitación de maestros y profesores, en la detección de la conducta suicida y factores de riesgo.
- B. Servicio de consulta y apoyo psicológico
- C. Implementación de Flujograma preventivo e intersectorial en especial en la derivación oportuna y adecuada de los estudiantes con conductas de riesgo
- D. Educación de los padres
- E. Atención y seguimiento de los estudiantes y la familia con posterioridad a un intento o suicidio consumado en el centro educativo.
- F. Potenciación de las relaciones interpersonales ^{76, 90, 95}

6. CENTROS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

- Atención **de personas con intentos de suicidio**
- Atención de **familiares de los fallecidos por suicidio** (supervivientes del suicidio)
- **Seguimiento y tratamiento para individuos de alto riesgo**
- **Seguimiento y tratamiento temprano de la depresión y esquizofrenia en especial en individuos con riesgo de conducta suicida.**
- Registro de **los centros de tratamiento del alcoholismo y de drogas ilegales, identificación de los adictos con conducta de riesgo suicida.**
- Atención de **urgencias y emergencias psiquiátricas vinculadas con el suicidio, depresión, esquizofrenia, alcoholismo y conductas de riesgo suicidas**
- Atención de **urgencias y emergencias psicosociales**⁹⁸

7. PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD ^{76, 90, 95}

- **Entrenamiento de pacientes psiquiátricos en situaciones de riesgo suicida** (psicoeducación)
- **Entrenamiento de familiares de pacientes psiquiátricos**
- **Promoción y Educación en Salud Mental** (psicoeducación)

8. PROGRAMAS DE AYUDA A LA JUVENTUD

- Actividades recreativas
- Becas para estudios
- Inserción laboral temprana

9. MEDIDAS INSTITUCIONALES O LEGISLATIVAS

- Evaluar la limitación de los métodos
- Evaluar la limitación y control del consumo de drogas legales e ilegales

10. GRUPOS DE TERCERA EDAD

- Desarrollo de **continencia familiar** y **redes de contención social adecuadas**
- Desarrollo de **Centros de Día, hogares diurnos, hospitales de día, hogares protegidos, clubes de día.** ³¹²
- **Identificación y seguimiento de los de alto riesgo** (soledad, antecedentes de intentos, presencia de sucesos vitales estresantes)
- **Favorecer el desarrollo de centros de atención y rehabilitación geriátricos.**

11. ENSEÑANZA UNIVERSITARIA (POSTGRADO Y PREGRADO)

- **Introducir y o profundizar en el estudio de la suicidología** en los **programas de postgrado universitario** en **Medicina Legal, Psiquiatría, Toxicología** (*Psiquiatría Forense, Toxicología Forense*) y en **Epidemiología** con especial desarrollo del campo de la salud mental.
- **Formación del personal sanitario** (médicos generales, pediatras, geriatras, internistas e intensivistas, personal de Enfermería, personal técnico médico y trabajadores sociales. Realización de **ateneos** con **pacientes que tuvieron intentos en el primer nivel de atención en equipos multidisciplinarios así como con los familiares o allegados de los suicidios consumados.**

12. MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- **Establecimiento de normas para la comunicación del comportamiento suicida**
- **Involucramiento de los medios en los programas preventivos** ⁸

Tal como reveló **Hobbes en su obra Leviathan: es la sociedad la que crea el vínculo con la vida del sujeto, y el suicidio directa o indirectamente surge de una mala socialización es decir de una inadecuada integración social entre sus integrantes.** ³²

CAPÍTULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- **MSP.** Documento "Uruguay 1997" Recomendaciones y conclusiones al Gobierno Uruguayo, a los Países Integrantes del MERCOSUR y a la OPS-OMS, 1997.
- 2- **Acosta E, Vignolo J.** La Dimensión social del Concepto de Salud. Salud y Desarrollo. Rev. INSADE 2000; 1(1): 4-10.
- 3- **Academia Nacional de Economía.** Contribución a la Historia económica del Uruguay. Montevideo, 1984.
- 4- **Universidad de la República: Facultad de Ciencias Económicas y de Administración- Instituto de Economía.** El Proceso económico del Uruguay: contribución al estudio de su evolución y perspectivas. Dpto de Publicaciones de la Universidad de la Republica. Montevideo, 1969.
- 5- **Bautista M, Correa M.** Relación de ayuda ante el suicidio. Bs.As. Ed. San Pablo, 1996; 6-104.
- 6- **Veiga D.** Desigualdades sociales y fragmentación urbana. Obstáculos para una ciudad democrática. Paper presentado al GT. CLACSO. Desarrollo urbano. Quito, 2000; 3-27.
- 7- **Katzman R.** Marginalidad e integración social en Uruguay. Mdeo. CEPAL/PNUD, 1996
- 8- **OPS/OMS.** Informe Mundial sobre violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica. Washington D.C .2003; 588.
- 9- **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)
- 10- **Robertt P.** El suicidio en el Uruguay. ISSN- 0187- 3148. 1999; (6):66-78
- 11- **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Rev. Mèd. Uruguay. 1990; (6): 203-15.
- 12- **OMS.** Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Francia, 2001.
- 13- **Maresca I.** Informe del Dpto. de estadística sobre mortalidad del suicidio. Dpto. de estadística MSP. 1998.
- 14- **Soubrier JP.** Evaluation du risque suicidaire. 1999; 3-19. (Documento de circulación Interna, MSP)
- 15- **Regules Z, Ramírez A.** Aportes estadísticos sobre conductas suicidas (en un hospital general). Rev. Psiqu. Uruguay. 1976;(241):18-27.
- 16- **Neeleman J, Lewis G.** Suicide, religion and socioeconomic condicions. An ecological study in 26 contries, 1990. Epidemiol Community Health. 1999; (53):204-210.
- 17- **Magnifico G.** Situación de la Salud en Uruguay, Publicación Oficial del M.S.P.1988.
- 18- **OMS.** Figures and facts about suicide. WHO / MNH / MBO / 99.I. Geneva. 1999(III):108
- 19- **OMS.** La prévention du suicide. Indications pur les médecins généralistes. WHO/MNH/MBD/oo.1 Genève. 2001;3-26
- 20- **OMS.** Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Suicide. WHO / MNH / MND / 1993;(24) 1-44
- 21- **Sazbon C, Pérez A.** Suicidio e intento de suicidio. In:Puppo H., Murguía A., Puppo D. Psiquiatría forense. Librería Medica. Ed.1985;157-72.
- 22- **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.
- 23- **Méndez JC, Opgaard A, Escalier S.** Determinacion de la cifra oscura del suicidio en Antofagasta. Universidad de Antofagasta. 1995.
- 24- **Desjarlais R, Eisenberg L, Good B.** Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington:OPS/OMS 1997.
- 25- **Rubinstein DH.** Suicide in Micronesia. Culture, Youth and Suicide in the Pacific: Papers from an East-West Conference, Honolulu: University of Hawaii . Editado por F.X. Hezel. 1984;88-111.
- 26- **Kelleher M.** Youth suicide trends in the Republic of Ireland. British Journal of Psychiatry. 1998(173):196-97
- 27- **Castelli P, Serrano C.** Caracterización del paciente que acude por intento suicida a un hospital general. Acta Psychiatr. Am. Lat. 1998;44(3):268-77.
- 28- **Móscicki E.** Identification of suicides risk factors using epidemiologic studies. In: The Psychiatric Clinics of North America. Suicide. 2000; 499-514.
- 29- **Singh GK, Kochanek KD, MacDorman MF.** Advance Repor of Final Mortality Statistics, 1994. Monthly Vital Statistics Report). Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics.1996; 3 (45).
- 30- **Híjar M, Rascón P, Blanco R, López MJ.** Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993) / Suicide in Mexico. Sexual an geographical characteristics (1979-1993) Salud ment;1996;19(4):14-21.
- 31- **Retamal C, Humpreys D.** Ocurrance of sucide and seasonal variation. Rev. Saúde Pública. 1998(32):408-12
- 32- **Retmal P.** Aspectos generales del suicidio en Chile. Bol. Hosp. San Juan de Dios.1995 (24):29-40.
- 33- **Bailador P, Viscardi N, Dajas F.** Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. Rev. Médica Urug. 1997 (13): 213-23.
- 34- **Black D, Anderson N.** Esquizofrenia, trastornos esquizofreniformes y trastorno delirante. In: Hales R, Indofsky SC, Talbott JA. Tratado de psiquiatría, 2ª edición, Ancora S.A.. 1996;35-78
- 35- **Murguía D, Puppo , Toma JA.** Suicidio. Presentado en el 2º Curso de Perfeccionamiento para Psiquiatras del Cono Sur, Montevideo (En prensa). 1979.
- 36- **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV La situación epidemiológica actual. Rev. Med. del Uruguay. 2001; 17(1) 24:32.
- 37- **Agbayewa MO, Marion SA, Wiggins S.** Socioeconomic factors associated with suicide in elderly populations in British Columbia: an 11 year review. Can J Psychiatr. 1998; (43):829-833.
- 38- **López-Valcárcel A.** Seguridad y Salud en el Trabajo en el Marco de la Globalización de la Economía. Organización Internacional del Trabajo, Lima. 1996;(26):1-31.
- 39- **OPS/OMS.** Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Publicación Científica y Técnica Nº588, Washington D.C. 2003.
- 40- **Kliksberg B.** Los escenarios sociales en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública ISSN 1020-4989 vers. Imp, Washington. Jul./Ago. 2000; (8): 1-2.

- 41- **Pellegrini AF.** *La violencia y la salud pública.* Revista Panamericana de Salud Pública. ISSN 1020-4989 vers. Impr. Washington, Abr./Mayo 1999; (5):4-5.
- 42- **Kawachi I, Kennedy B, Lochner K, Pothrow-Stih D.** *Social capital, income inequality and mortality.* Am J Public Health. 1997(87):1491-1498.
- 43- **Barradas R, Sampaio MC.** *Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo.* Brasil, 1960. Rev. Panamericana Salud Publica/Pan Am J. Public. Health. 2000; 7(2):118-23
- 44- **Furlan PM, Pifia A, Spina S.** *Violence.* New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry. 1999;(XIV):151-60
- 45- **Cruz JM.** *La victimización por violencia urbana: niveles y factores sociales en ciudades seleccionadas de Amér. Lat. Y España- Proyecto Activa N° 4.* 1999.
- 46- **Mc-Alister A, Vélez L.** *Behavioral sciences concepts in research on the prevention of violence.* Rev. Panam. Salud Pública. 1999; (4/5):361-421
- 47- **Casullo M.** *Autopsia psicológica y aspectos legales del suicidio.* Sostén. 1999(1): 30-2
- 48- **Bonaldi P.** *La sociedad contra los jóvenes. Accidentes, suicidios y homicidios en una época de debilitamiento de las instituciones.* Sostén. Bs.As. 1999(1):4-6
- 49- **OPS.** *La violencia en las Américas.* Comunicación para la Salud N°10. 1996;7-32
- 50- **Kennedy MG, Iveson C, Hill Y.** *Violence, homicide and suicide: strong correlation and wide variation across districts.* British Journal of Psychiatry. 1999 (175):462-66
- 51- **Bottoms AE. & Wiles P.** *Environmental criminology.* In The Oxford Handbook of Criminology (2nd edn) (eds M. Maguire, R. Morgan & R. Reiner). Oxford, Prss. 1987; 305-360
- 52- **Saunderson TR. & Langford IH.** *A study of the geographical distribution of suicide rates in England and Wales 1989-1992 using empirical estimates.* Social Science and Medicine. 1996; (3):489-502.
- 53- **Wilson M. & Daly M.** *Life expectancy, economic inequality, homicide, and reproductive timing in Chicago neighborhoods.* British Medical Journal. 1997 (314):1271-1274.
- 54- **Morgenstern H.** *Ecological studies.* In: Modern Epidemiology (2nd edn) (eds KJ Rothman & S Greenwood). Philadelphia, PA: Lippincott. 1998.
- 55- **Wallace R. & Wallace D.** *Community marginalisation and the diffusion of disease and disorder in the United States.* British Medical Journal. 1997; (314):1341-1345.
- 56- **Noble B. & Charlton J.** *Homicides in England and Wales.* Population Trends. 1994; (75):26-29, 1994.
- 57- **Couriel J.** *Montevideo en tres tiempos.* Relaciones.2001; (211):5-7
- 58- **Achugar H, Caetano G.** -compiladores- *Identidad Uruguaya: ¿Mito, crisis o afirmación?.* Identidad Nacional e imaginario colectivo en Uruguay. La síntesis perdurable del centenario. Montevideo Ediciones Trilce. 1992; 1-85.
- 59- **PNUD.** *Desarrollo humano en Uruguay.* 1999; 1-91.
- 60- **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.
- 61- **MSP.** *Informe Anual.* Departamento de Informes a la población. Montevideo, 1999-2001.
- 62- **Katzman R.** *Activos y estructuras de oportunidades. Estudio sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay.* CEPAL. Montevideo. 1999
- 63- **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
- 64- **Puppo H, Toma JA, Puppo D.** *Suicidio.* Rev. Psiqu. Uruguay. 1981; (274):159-74.
- 65- **Ey H.** *Tratado de psiquiatría.* Toray- Masson, SA, Barcelona. 1965.
- 66- **Bacile A.** *Investigación medicolegal del suicidio y los IAE.* In: Puppo H., Soiza A. y Puppo D. Medicina legal latinoamericana. Mdeo. 1989;197-203.
- 67- **Real Academia Española.** *Diccionario de la Lengua Española.* Vigésima Segunda Edición, Editorial Espasa Calpe S.A., Madrid. 2000; pp. 2107.
- 68- **Durkheim E.** *El suicidio.* Estudio de sociología (1897). Bs.As. Schapire Ed. 1951; 7-315
- 69- **Abbagnano N.** *Diccionario de filosofía.* México, 5ª edición, Fondo Cultura Económica. 1987.
- 70- **Abadi M.** *Notas para una reelaboración (1973) de algunas de mis construcciones acerca de la muerte y del suicidio.* In: Abadi M, Garma A.,Garma E. et al. La fascinación de la muerte. Bs.As. Ed. Paidós 1973; 149-62.
- 71- **Gazzano A.** *Clínica y terapéutica del suicidio.* In: Abadi M, Garma A, Garma E. et al. La fascinación de la muerte. Bs.As. Ed. Paidós 1973; 193- 206.
- 72- **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.
- 73- **Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF.** *Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression.* Suicide Life-Threaten Behav. 1993; 23(2):139-145.
- 74- **Shaffer D, Pfeffer C.** *Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes.* Rev. Psiqu. Uruguay. 2001;65(2):146-88
- 75- **Laplanche J, Pontalis J. (dir. Lagache D.)** *Diccionario del Psicoanálisis.* Barcelona.3ª edición, Ed. Labor S.A. 1983.
- 76- **Díaz J, Sáiz PA, Bousoño M.** *Concepto y clasificación de las conductas suicidas.* In:Bobes J., González JC., Sáiz P. (dir. Sáiz J.) Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Editorial Masson SA, Barcelona.1997;13-9.
- 77- **OMS.** *Preventing suicide: a resource for general physicians.* WHO / MNH / MBD / 00.1.Geneva 2000;1-18
- 78- **Ghosh TB, Victor BS.** *Suicidio.* In: Hales R., Yudofsky SC., Talbott JA., Tratado de Psiquiatría. 2ª edición, Ancora S.A. 1996; 1313-34.
- 79- **Weiss D, Coccaro EF.** *Neuroendocrine Challenge Studies of suicidal Behavior.* In: The psychiatric clinics of North America. 1997;20(3):563-579.
- 80- **Arango V, Underwood MD, Mann J.** *Biologic Alterations in the Brainstem of suicides.* In: The psychiatric clinics of North America. 1997;20(3):581-593.
- 81- **Roy A, Rylander G, Sarchiapone M.** *Genetic Studies of Suicidal Behavior* In: The psychiatric clinics of North America. 1997;20(3):595-611.
- 82- **Appleby L.** *Suicide in Psychiatry: Risk and Prevention.* British Journal of Psychiatry. 1992;(161):749-758.
- 83- **Partonen T, Huakka J, Virtamo J, Taylor PR, Lönnqvist J.** *Association of lo serum total cholesterol ith major depresión and suicide.* British Journal of Psychiatry. 1999;(175):259-262.
- 84- **Busuttil A, Obafunwa JO.** *Suicide.* In:The Lancet. 1993 (342):744-745.

- 85- **Reveley MA, Dursun SM.** *Suicide*. In: The Lancet. 1993;(342):744-745.
- 86- **Friedman EH.** *Suicide*. In: The Lancet. 1993(342):744-745.
- 87- **King EA, Barraclough BM.** *Suicide*. In: The Lancet. 1993(342):744-745.
- 88- **Wasserman D, Persson Maj-Liz.** *Suicide*. In: The Lancet. 1993(342):745.
- 89- **Staner L, Mendlewicz J.** *Hérédité et rôle de la sérotonine dans les comportements agressif impulsifs*. L'Encephale. 1998;(XXIV):355-64
- 90- **Bobes J, González JC, Sáiz P.** *Psiquiatría Médica* (dir. Sáiz J.) *Prevención de las conductas suicidas y para suicidas*. Barcelona, Masson S.A. 1997.
- 91- **Rodes F, Monera F, Giner S.** *Notas suicidas*. Rev. Esp. Med. Legal. 1999; (XXII): 67-74.
- 92- **Heim N, Lester D.** *A study of different types of suicide notes*. Homeostasis. 1991; 33(3):109-112.
- 93- **Leenaars AA.** *Suicide notes at symbolic ages*. Psicol.-Rep. 1996 (78):1034.
- 94- **Freud S.** *Duelo y melancolía*. Segunda edición. Bs.As.: Amorrortu editores. 1988 (XIV): 235-55.
- 95- **González JC, Ramos Y.** *Aproximación teórica al fenómeno suicida*. In: Bobes J., González JC., Sáiz P. (dir Sáiz J.) *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona, Masson SA. 1997; 5-11.
- 96- **Critto A.** *El método científico en la ciencia social*. Bs. As. Ed. Paidós, 1982; 55
- 97- **Del Valle E.** *La obra de Melanie Klein*. Bs.As. Lugar Ed.1986; (II): 52.
- 98- **Clemente M, González A.** *Suicidio. Una alternativa social*. Madrid, Ed. Biblioteca Nueva. 1996
- 99- **Lazurus RS, Folkmans.** *Stress y procesos cognitivos*. Ed. Martínez Roca. 1986; (VI):1-164
- 100- **Bancroft J, Hawton K, Simkin S.** *The reasons people give for taking overdoses: a further enquiry*. British Journal of Medical Psychology, 1979;(52):353-357
- 101- **Pallis D, Sainsbury P.** *The value of assessing intent in attempted suicide*, Psychological Medicine 1976;(6):487-492.
- 102- **Krassoievitich M.** *El Suicidio*. Psicoterapia Geriátrica. F.C.E. 1993;107-109.
- 103- **Diccionario de medicina Mosby.** Barcelona ediciones Océano SA 1994
- 104- **Widlöcher J. (dir).** *La Relentissement dépressif*. París. Puf. 1983;41-25
- 105- **Hales R, Indofsky SC, Talbott JA.** *Tratado de Psiquiatría*. 2ª edición, Ancora S.A. 1996;435-478
- 106- **Kaplan H.** *Compendio de psiquiatría*. 2ª edición, editorial Salvat. 1987
- 107- **Pichot P.** *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson S.A., Barcelona. 1995.
- 108- **Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C.** *Suicide among drug addicts in the UK*. British Journal of Psychiatry. 1999;(175):277-82.
- 109- **Isacsson G, Boëthius G, Bergman U.** *Low level of antidepressant prescription for people who later commit suicide: 15 years of experience from a population-based drug database in Sweden*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1992(85):444-448.
- 110- **Crome P.** *The toxicity of drugs used for suicide*. Acta Psychiatry Scand. 1993 ;.(371)33-37
- 111- **Chignon JM, Cortes MJ, Martin P.** *Tentative de suicide et dépendance alcoolique: résultats d' une enquête épidémiologique*. L'Encephale. 1998 (XXIV): 347-54.
- 112- **Malmberg A, Simkim S, Hawton K.** *Suicide in farmers*. British Journal of Psychiatry.1999; (175): 103-105.
- 113- **Murphy GE.** *Why women are less likely than men to commit suicide*. Comprehensive psychiatry 1998;39(4):165-75
- 114- **Bertolote JM.** *Comment repère les facteurs de risque du suicidant? Dep. Relief Guide de l'entretien avec un patient suicidaire*. 1994 ;23-7
- 115- **Pearregaard (1993).** Cité par: Bourgeois M. *Evaluation du risque suicidaire et essais thérapeutiques des molécules à effet antidépresseur. Dépression, risque suicidaire et indices de gravité*, FUAG, Flammarion. 1991.
- 116- **Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P.** *A Hundred Cases of Suicide – Clinical Aspects*. Br. J. Psychiatry.1974(125):355-373.
- 117- **Chynoweth R.** *Suicide in Brisbane: a Retrospective Psychosocial Study*. Aust. NZ J. Psychiatry. 1980(14):37-45.
- 118- **Kaplan H, Saddock B.** *Psychiatric Emergencies – Suicide*. Synopssi of Psychiatry, Williams and Wilkins. 1991; 551-559.
- 119- **Martunen.** Cité par: Bourgeois M. *Evaluation du risque suicidaire et essais thérapeutiques des molécules à effet antidépresseur. Dépression, risque suicidaire et indices de gravité*, FUGA, Flammarion. 1991.
- 120- **Rich C.L, Young D, Fowler R.C.** *San Diego Suicide Study I : Young vs. Old Subjects*. Arch. Gen. Psychiatry. 1996;(43):577-582.
- 121- **Foster T, Gillepsie K, Mc Clelland R.** *Mental Disorders and Suicide in Northern Ireland*. Br. J. Psy. 1997(170):447-452.
- 122- **Conwell Y, Brent DA.** *Suicide and aging I: Patterns of psychiatric diagnosis*. Int Psychogeriatr. 1995(7):149-165.
- 123- **Henriksson MM, Marttunen MJ.** *Mental disorders in elderly suicide*. Int Psychogeriatr. 1995;(7):275-286.
- 124- **Appleby L, Cooper J, Amos T.** *Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35*. British Journal of Psychiatry 1999(175):168-74
- 125- **Appleby L, Mortesen P, Faragher B.** *Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission*. British Journal of Psychiatry. 1998;209-11
- 126- **Black D W, Warrack G, Winokur G.** *The Iowa record-kage study: I. Suicides and accidental deaths among psychiatric patients*. Archives of General Psychiatry. 1998; (42):71-75
- 127- **Allebeck P, Allgulander C.** *Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse*. Acta Psychiatrica Scandinavica.1990(81):565-570 .
- 128- **Barner-Rasmussen P, Dupont A, Bille H.** *Suicide in psychiatric patients in Denmark, 1971.81:II. Hospital utilization and risk groups*. Acta Psychiatrica Scandinavica.1986 (73):449-55.
- 129- **Barraclough B, Bunch J, Nelson B.** *A hundred cases of suicide: clinical aspects*. British Journal of Psychiatry. 1974(125):355-373.
- 130- **Cantor C. H, Hill M A, McLachlan.** *Suicide and related behaviour from river bridges: a clincial perspective*. British Journal of Psychiatry.1989(155):829-835.
- 131- **Copas J B, Robin A.** *Suicide in psychiatric in-patients*. British Journal of Psychiatry. 1982;(141):503-511.
- 132- **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.
- 133- **Men MJ, Aro HM, Henriksson M M.** *Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19- year-olds in Finland*. Archives of General psychiatry.1991(48):832-839.

- 134- **Modestin J, Hoffman H.** *Completes suicide in psychiatric inpatients and former inpatients: a comparative study.* Acta Psychiatrica Scandinavica. 1989(79):229-234.
- 135- **Rich CL, Ricketts JE, Fowler C .** *Some cases between men and women who commit suicide.* American Journal of Psychiatry. 1988; (145):718-722.
- 136- **Rprsman B.** *Suicide in psychiatric patients: a comparative study.* Social Psychiatric. 197;(38):55-66.
- 137- **Runeson B.** *Mental disorder in yuth suicide: DSM-III-R axes I and II.* Acta Psychiatrica Scandinavica.1989(79):490-497.
- 138- **Zilber N, Schufman , Lerner Y.** *Mortality among psychiatric patients: the groups at risk.* Acta Psychiatrica Sandinavica. 1989(79):248-256.
- 139- **Puppo H, Berro G, Soiza A.** *Diagnóstico medicolegal del suicidio. Empleo de una confiable metodología.* Rev. Psiqu. Uruguay. 1982;(47):194-202.
- 140- **Puppo H, Bosch D.** *Autopsia psicológica de 50 suicidios.* Rev. Psiqu. Del Uruguay 1981;(XLVI):273.
- 141- **Gala C, Pergami A, Catalan J, Riccio M, Durbano F, Musicco M, Baldeweg T, Invernizzi G.** *Risk of deliberate self-harm and factors associated with suicidal behaviour among asymptomatic individuals with human immunodeficiency virus infection.* Acta Psychiatrica Scandinavica. 1992;(86):70-75.
- 142- **Marzuk P, Tierney H, Tardiff K.** *Increased risk of suicide in persons with AIDS.* JAMA. 1988 ;(259):1333-1337.
- 143- **Atkinson JH, Gutierrez R, Cottler L.** *Suicide ideation and attempts in HIV illness.* In: Anstracts VI Int Conf on AIDS, San Francisco, USA. 1990;(3):1-182.
- 144- **Isometsa E, Lonnqvist J.** *Suicide attempts preceding completed suicide.* British Journal of psychiatry. 1998;(173):531-535.
- 145- **Harris EC, Barraclough B.** *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis.* British Journal of Psychiatry. 1997(167):747-753.
- 146- **Robins E, Gassner S, Kayes J.** *The communication of suicidal intent: A study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide.* American Journal of Psychiatry.1959;(115):724-733.
- 147- **Maris RW.** *Pathways to Suicide: A Survey of Sel-Destructive Behaviors.* Baltimore, M D: Jhons Hopkins University Press. 1981.
- 148- **Carney SS, Rich CL, Burke PA.** *Suicide over 60: The San Diego Study.* Journal of the American Geriatric Society. 1994(42):174-180.
- 149- **Conwell Y, Duberstein PR, Cox C.** *Age differences in behaviors leading to completed suicide.* American journal of Geriatric Psychiatry. 1998;(6):122-126.
- 150- **Cheng ATA.** *Mental illness and suicide. A case –control study in East Taiean.* Archives of General Psychiatry. 1995 ; (52):594-560.
- 151- **Davidson F, Philippe A.** *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui.* INSERM-DOIN, Paris. 1986.
- 152- **Cullberg J, Wasserman D, Stefansson CG.** *Who commits suicide after a suicide attempt?.* Acta Psychiatrica Scandinavica. 1988(77):598-603.
- 153- **Maris RW.** *The relation of nonfatal suicide attempts to completed suicides.* In Assessment and Prediction of Suicide Eds R.W.Maris, L.Berman, J.T.Maltsberger New York: Guilford Press. 1992; 362-380.
- 154- **Editorial.** *Suicide: Risk factors and the public health.* American Journal of Public Health. 1993;83(2):171-2
- 155- **Rich CL, Young D, Fowler RC.** *San Diego suicide study.* Arch Gen Psychiatry. 1986; (43):577-586.
- 156- **Robins E, Gassner S, Kayes J, Wilkinson R. Jr., Murphy G.** *The communication of suicide intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suiicide.* Am J Psychiatry. 1959;(115):724-733.
- 157- **Shaffer D, Gould MS, Fisher P.** *Study of completed and attempted suicides in adolescents.* Final report submitted to National Institute of Mental Health, Rockville, MD; Grant R01 MH38198. April 1992.
- 158- **Greenhill L, Waslick B.** *Management of suicidal behavior in children and adolescents.* In: The Psychiatric Clinics of North America. 1997;20(3):641-65.
- 159- **Orpinas P, de los Ríos R.** *La violencia del conocimiento a la prevención.* Editorial.Rev. Panam. OPS/OMS Salud Pública. 1999;78(5/4):211-215
- 160- **Harkavy-Friedman J, Asnis G, Boeck M.** *Prevalence of specific suicidal behavior in a high school sample.* Am J Psychiatry. 1987(144):1203-1206.
- 161- **Brent D, Perper J, Goldstein C.** *Risk factors for adolescent suicide.* Arch Gen Psychiatry. 1988(46):581-588.
- 162- **Pfeffer CR, Solomon G, Plutchik R.** *Suicidal behavior in latency-age psychiatric patients: A replication and cross-validation.* J Am Acad Child Psychiatry. 1982;(21):564-569.
- 163- **Fuentes A, Lores R.** *Intento de suicidio y suicidio en niños y adolescentes.* In:Baraibar R. (comp).La salud en la infancia y la adolescencia. Mdeo. Ed. Arena. 1999; 67-73.
- 164- **Bacchini O, Puppo H, Martínez G.** *Estudio estadístico y etiopatogénico de 231 casos de intentos de suicidio.* Rev. Psiqu. Uruguay. 1964;(172):37-59
- 165- **Carlson G, Cantwell D.** *Suicidal behavior and depression in children and adolescents.* J Am Acad Adolesc Psychiatry.1982 ;(21):361-368.
- 166- **Crumley F.** *Adolescent suicide attemps.* JAMA. 1979 ;(241):2404-2407.
- 167- **Spirito A, Brpwn L, Overholser J.** *Attempted suicide in adolescence. A review and critique of the literature.* Clin Psychol Rev.11989;(9):335-363.
- 168- **Hawton K, Arensman E, Wasserman D.** *Realation between attemped suicide and suicide rates among young people in Europe.* J. Epidemiol Community Health. 1998;(52):191-194
- 169- **Rich CH, Rickets J, Fowler R, Yound D.** *Some differences between men and womwn who commit suicide.* Am J. Psychiatry. 1988;(145):96-102.
- 170- **Wing J, Cooper J, Sartorius N.** *The measurement and classification of psychiatric symptoms.* Cambridge University Press, Cambridge. 1974.
- 171- **Barraclough B, Pallis D.** *Depression followed by suicide: A comparison of depressed suicides with living depressives.* Psychological Medecine. 1975;(5):55-61.
- 172- **Beck A, Steer O, Kovacs M, Garrison B.** *Hopelessness and eventual suicide: a ten year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation.* Am J of Psychiatry. 1985;(174):190-195.
- 173- **Fogel E, Ramírez A, Burger M.** *Revisión de los IAE asistidos durante un año en el Dpto. de Emergencia del Hospital de Clínicas. "Dr. Manuel Quintela".* 1976;75-85

- 174- **Garfinkel B.D, Golomberg H.** *Suicide and depression in Chilhood and adolescence.* Can. Med, Assoc. J, Toronto. 1974; 110:278.
- 175- **Mitchell I.** *Social and enviroment aspets of self-poisoning.* Scott Med. J.1974;19:13.
- 176- **Murguia D, Puppo Touiz H.** *Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en el Depto. De Montevideo.* Comunicación Previa. Rev. Psiq. Urug. 1968.
- 177- **Rodríguez A, Giorgi V, Oseglio M.** *El acto suicida en toxicología. Estadísticas y consideraciones generales.* Emergencia Uruguay. 1981;4(2):71-74.
- 178- **Puppo Touriz H.** *Algunos aspectos del suicidio en Montevideo con particular referencia a los tóxicos.* Rev. Psiq. Uruguay. 1981; 272:275.
- 179- **Rodríguez Buella AB, Nessier L, Roncho A.** *Intentos en Suicidio.* Seminarios realizados en la Clínica Psiquiátrica de la Fac. De Medicina. Montevideo. 1978;3-29, 1978.
- 180- **De Ajuriaguerra J.** *Manual de Psiquiatría Infantil.* Barcelona, Edit. Toray-Masson, 4ª Ed. 1977.
- 181- **Suárez H, Lista A.** *El IAE en la emergencia del hospital general. Aspectos clínicos y epidemiológicos.* Clínica psiquiátrica de la Fac. de medicina. Universidad de la República. Montevideo.1999.
- 182- **Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK.** *Mental disorders and comorbidity in suicide.* American Journal of Psychiatry. 1993;(150):935-940.
- 183- **Banerjee G, Nandi DN, Nandi S, Sarkar S, Boral GC, Ghosh A.** *The vulnerability of Indian women to suicide: a field study.* Indian Journal of Psychiatry. 1990(32):305-308.
- 184- **Shukla GD, Verma BL, Mishra DN.** *Suicide in Jhansi city.* Indian Journal of Psychiatry. 1990; 32(1):45-54.
- 185- **The Economist.** *Sri Lanka's other killing ground.* Nov. 28, 1992; 28
- 186- **O´Ballance E.** *The Cyanide War: Tamil Insurrection in Sri Lanka, 1973-1988.* Londres: Bassey´s. 1989.
- 187- **Brent DA, Perper JA, Allman CJ.** *Alcohol, firearms, and suicide among youth.* JAMA. 1987;(257):3369-3372.
- 188- **Henriksson MM, Hillevi MA, Marttunen MJ.** *Mental disorders and comorbidity in suicide.* Am J Psychiatry. 1993(150):935-940.
- 189- **Marttunen M, Aro MH, Henriksson MM.** *Mental disorders in adolescent suicide.* Arch Gen Psychiatry. 1991(48):834-839.
- 190- **Rich CL, Runeson BS.** *Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States.* Acta Psychiatr Scand. 1992(86):335-339.
- 191- **Rich CL, Young D, Fowler RC.** *San Diego suicide study: I. Young vs old subjects.* Arch Gen Psychiatry. 1986 (43):577-582.
- 192- **Reson BS.** *Mental disorder in young suicide: DSM-III-R Axes I and II.* Acta Psychiatr Scand. 1989(79):490-497.
- 193- **Shaffer D, Gould MS, Fisher P.** *Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide.* Arch Gen Psychiatry. 1996(53):339-348.
- 194- **Maes M.** *Seasonality in severity of depression: relationships to suicide and homicide occurance.* Acta Psychiatr. Scand. 1993;(88):156-161.
- 195- **Crumley FE.** *Substance abuse and adolescent suicidal behavoir.* JAMA. 1990;263(22):3051-3056
- 196- **Maris R.** *Social and familial risk factors in suicidal behavior.* In: The psychiatric clinics of North America. 1997;20(3):519-549
- 197- **Leenaars AA, Maris RW, Tagahashi Y. (eds).** *Suicide: Individual, Cultural, and International Perspectives.* New York, Guilford Press. 1997.
- 198- **Maris RW.** *Pathways to Suicide.* Baltimore, Johns Hopkins university Press. 1981.
- 199- **Maris RW.** *Social Forces in Urban Suicide.* Homewood, I.L., Dorsey Press. 1969.
- 200- **Maris RW.** *Social Suicide: Some neglected dimensions of self-destruction in the megalopolis.* In: Anderson D.B., McClean L.J. (eds): Identifying Suicide Potential. New York, Behavioral Publications. 1971;15.
- 201- **Maris RW.** *Suicide.* In: Borgatta E.F., Borgatta M.L. (eds): Encyclopedia of Sociology, vol 4. New York, Macmillan.1992 ;2111.
- 202- **Durkheim E.** *Suicide [Le Suicide; étude de sociologie].* New York, Free Press. 1951 [1897].
- 203- **Maris RW, Silverman MM, Canetto SS.** *Review of Suicidology, 1997.* New York, Guilford Press. 1997.
- 204- **CDC MMWR.** *Suicide among children, adolescents and young adults.* United States; 1980-1992. 1995;44(15):289-91
- 205- **Dajas F, Costa G, Rivero G.** *Estudio tras cultural de la psicobiología del suicidio y la depresión.* Rev. Psiq. Uruguay. 1995; 62(1): 23-9
- 206- **WHO.** *MSD Mental health and work: impact, issues and good practices.* Geneva. 2000
- 207- **Pfeffer C.** *Chilhood suicidal behaviour. A development perspective.* *Suicide.* In: The Psychiatyc Clinic of North America. 1997;20(3):551-61.
- 208- **Meehan PJ, Saltzman L, Sattin RW.** *Suicide among older United States residents: epidemiologic characteristics and trends.* American Journal of Public Health. 1991;81(9):1198-1200
- 209- **Buzan RD, Weissberg MP.** *Suicide: risk factors and prevention in medical praaactice.* Annual Review of Medecine. 1992;(43):37-46.
- 210- **McClure G.** *Trends in suicide rate for England and Wales, 1975-1980.* British Journal of Psychiatry. 1984;(144):119-126.
(1987) *Suicide in England and Wales, 1975-1984.* British Journal of Psychiatry, 150:309-314.
(1994) *Suicide in children and adolescents in England and Wales, 1960-1990.* British Journal of Psychiatry, 165:510-514.
- 211- **Mc Clure G.** *Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997.* British Journal Psychiatry. 2000;(176):64-7
- 212- **Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB.** *Adolescent suicide: an overview.* Am J Psychother. 1984; (38):350-383.
- 213- **Wagner BM.** *Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior.* Psychol Bull. 1997;(121):246-298.
- 214- **Shaffer D, Gouls M, Hicks RC.** *Worsening suicide rate in black teenagers.* Am J Psychiatry. 1994;(151):1810-1812.
- 215- **OMS.** *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional.* WHO/MNH/MBD/00.3. Ginebra, 2001;1-20
- 216- **OPS/OMS. (Health Canada).** *Hacia un futuro sano. Segundo informe sobre la salud de la población canadiense.* Washington, DC. 2000.
- 217- **Hawton K, Houston K, Sheppard R.** *Suicide in young people.* British Journal Psychiatry. 1999;271-276
- 218- **Charlton J, Kelly S, Dunnell K.** *Trends in suicide deaths in England and Wales.* Population Trends. 1992;(69):10-16.
- 219- **Hawton K .** *By their own young hand.* British Medical Journal. 1992(304):1000.

- 220- **Partanen T, Jourenkova N, elp E, Johansson M.** *Scand J. Work Environ Health.* 1995; (21):521-522
- 221- **World Health Organization (WHO).** *World health statistics annual* 1994. Geneva: WHO. 1995.
- 222- **Méndez V, Opgaard J, Escalier A, Segundo C, Reyes J, Zamora L, Hurtado L, Olivares Y.** *Epidemiología del suicidio en la segunda región de Chile/ Epidemiology of suicide at the second region of Chile.* *Rev. chil. Neuropsiquiatr.* 1997;35(4):465-72.
- 223- **Wasserman D, Varnik K, Eklund G.** *Male suicides and alcohol consumption in the former USSR.* *Acta Psychiatr Scand.* 1994;(89):306-313.
- 224- **Wasserman D, Varnik A.** *Increase in suicide among men in the Baltic countries.* *Lancet.* 1994;(343):1504-1505.
- 225- **Vásquez R, Gómez D.** *Mortalidad y problemas emocionales: el suicidio en Colombia 20 años después (1970-1990).* *Acta méd. Colomb.* 1993;18(2):113-8.
- 226- **Bauleo A.** *Contrainstitución y grupos.* CEUP. 1997
- 227- **Rotondaro E, Echebest L.** *Familia – Salud. Cuaderno introductorio desde un enfoque médico-social. Parte 1.* Facultad de Medicina . República Oriental del Uruguay.1998
- 228- **Filgueira C.** *Sobre revoluciones ocultas: la familia en el Uruguay.* Mdeo.:CEPAL / PNUD. 1996
- 229- **Boxer PA, Brunett C, Swanson N.** *Suicide and occupation: a review of the literature.* *J. Occup Environ Med.* 1993;(35):442-452.
- 230- **Fingen af Yngre Leager.** *Yngre leagers arbejds-og livsvill-kor (Young physicians' occupational and living conditions).* Copenhagen: Foreningen af Yngre Leager. 1990.
- 231- **Va JE, Violanti JM, Marshall J, Fiedler RC.** *Mortality of a municipal worker cohort III: police officers.* *Am J Ind Med.* 1986;(10):383-387.
- 232- **Mosciki EK.** *Identification of suicide risk factors using epidemiological studies.* *Psychiatr Clin North Am.*1997;(20):499-518.
- 233- **Pretti A, Miotto P.** *Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994.* *J Epidemiol Com Health.*1999;(53):694-701.
- 234- **Gunnell D, Lopotatzidis A, Dorling D.** *Suicide and unemployment in young people.* *The British Journal of Psychiatry.* 1999;(175): 263-270
- 235- **Lewis G, Sloggett A.** *Suicide deprivation and unemployment record linkage study.* *BMJ*1998;(317):1283-1286
- 236- **Charlton J, Kelly S, Dunnell K, Jenkins R.** *Suicide deaths in England and Wales: trends in factors associated with suicide deaths.* *Popul Trends.* 1993;(71):34-42.
- 237- **Sainsbury P.** *The epidemiology of suicide.* In Roy A., ed. *Suicide.* Baltimore: Williams and Wilkins. 1986;17-40.
- 238- **Kreitman N, Carstairs V, Duffy J.** *Association of age and social class with suicide among men in Great Britain.* *J Epidemiol Community Health.* 1991(45):195-202.
- 239- **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
- 240- **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.
- 241- **Lucero R.** *Suicidio en Uruguay en relación con la economía nacional (1972-1992).* *Rev. Med. Uruguay.* 1998;(14):236-47
- 242- **Nymann A, Jonsson H.** *Patterns of self destructive behavior in schizophrenia.* *Acta Psychiatric Scand.* 1986;(73):252-262.
- 243- **Veiga D.** *Sociedades locales y territoriales en el escenario de la globalización.* Mdeo. FCS.CSIC. 2000
- 244- **Calvo JJ.** *Las necesidades básicas insatisfechas en el Uruguay.* Serie:Doc. De trabajo Unidad Multidisciplinaria. Fac. Ciencias Sociales DTNº 50. Universidad de la República. Mdeo. 2000
- 245- **Halbwachs M.** *Les causes du suicide.* París. Librairie Félix Alcan. 1930 ;(IX).241-293.
- 246- **Halbwachs M.** *Les causes du suicide. Le suicide et la famille.* París. Librairie Félix Alcan 1930;197-200
- 247- **Ilangaratne JB.** *Suicides in prison.* In: Letters, *BMJ.* 1992(304):1376.
- 248- **Office of Population, Censuses and Surveys.** 1993 *Mortality Statistics by Cause.* England and Wales, London: HMSO.1995; 1-163
- 249- **Wozniak E, Dayson J.** *The Third Prison Survey.* Scottish Prison Service Occasional . 1998; 3(99):267-280.
- 250- **Gore S.** *Suicide in prisons. Reflection of the communities served, or exacerbated risk?.* *British Journal of Psychiatry.* 1999(175):50-55.
- 251- **Harris EC, Barraclough B.** *Excess mortality of mental disorder.* *British Journal of Psychiatry.* 1998(173):11-53.
- 252- **Topp D.** *Prison Suicides.* In: Letters, *BMJ.* 1991; 302-410.
- 253- **Veiga D.** *Desarrollo regional en el Uruguay: características y evaluación reciente.* Montevideo. Ed. CIESU. 1991; 7-105.
- 254- **Johnson E.** *The organization of space in developing countries,* Harvard Press, Mass. 1970.
- 255- **Veiga D.** *Regional development and population distribution in Uruguay,* Cuaderno CIESU No. 11. 1976.
- 256- **INTEC (2000).** *De los asentamientos irregulares al suburbio pauperizado. Documento presentado al Seminario INTEC Segregación Social y Desintegración urbana.* Setiembre 2000, Montevideo.
- 257- **Ming Leung C, Chung W, SO E.** *Burning Charcoal: an indigenous method of committing suicide in Hong Kong.* *Clinic Psychiatry.* 2002; 63(5): 447:449
- 258- **Barraclough BM, White SJ.** *Monthly variation of suicidal, accidental and undetermined poisoning deaths.* *Brit. J. Psychol.* 1978 ;(132):279-282.
- 259- **Lester D.** *Seasonal Variation in suicide deaths.* *Brit. J. Psychol.* 1971 ;(118):627-628.
- 260- **Souetre E.** *Seasonality of suicides: environmental, sociological and biological covariations.* *J. Affect Disord.* 1987;(13):215-225.
- 261- **Eastwood MR, Stiasny S.** *Psychiatric disorder, hospital admission and season.* *Arch. Gen. Psych.* 1978;(35):769-771.
- 262- **Kasper S, Kamo T.** *Seasonality in major depressed inpatients.* *J. Affect. Disord.* 1990; (19):243-248.
- 263- **Eastwood MR, Peacocke J.** *Seasonal patterns of suicide, depression and electroconvulsive therapy.* *Brit. J. Psychiatry.*1976;(129):472-475.
- 264- **Trucco M.** *Suicidios en Santiago: variaciones estacionales.* *Rev. Méd. Chile.* 1977;(105):47-49.
- 265- **Boyce P, Packer G.** *Seasonal affective disorder in the southern hemisphere.* *Am. J. Psychiatry.* 1988; (45):96-99.
- 266- **Cabrera J, Robles J.** *El suicidio en España durante los años 1981 a 1985.* *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatría.*1988 (16):99-104.

- 267- **Asberg M.** *Psychobiology of suicide, impulsivity and related phenomena.* In: Meltzer H, ed *Psychopharmacology, the third generation of progress.* New York, Raven Press. 1989;.655-668.
- 268- **Lester D.** *Preventing suicide by restricting access to methods for suicide.* In: Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, De Leo D. *Preventive strategies on suicide.* Lieden, Brill. 1995; 163-172.
- 269- **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.
- 270- **Charlton J, Kelly S, Dunnell K, Evans B, Jenkins R, Wallis R.** *Trends in suicide deaths in England and Wales.* Popul Trends. 1992;(69):10-16.
- 271- **Boyd JH.** *The increasing rate of suicide by firearms.* N Engl J Med. 1983;(308):872-874.
- 272- **Boyd JH, Mosciki EK.** *Firearms and young suicide.* Am J Public Heath. 1986;(76):1240-1242.
- 273- **Kaplan MS, Adamek ME, Johnson S.** *Trends in firearm suicide among older American males: 1979-1988.* Gerontologist.1994;(34):59-65.
- 274- **Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE.** *Attempted suicide amon young adults: Progress toward a meaningful estimate of prevalence.* Am J Psychiatry. 1992(149):41-44.
- 275- **Isacsson G, Holmgren P, Darnid H.** *Psychotropics and suicide pronunciation* British Journal of Psychiatry. 1999;(174): 259: 265.
- 276- **Bonet EF.** *Suicidio.* In:Bonet EF., *Medicina Legal*, 2ª edición, Bs.As. López librerías ed. 1981;417-427
- 277- **Flores Sandí G.** *El suicidio en la población femenina en Costa Rica. 1983-1993 / Suicide among the Costa Rican female population. 1983-1993* Med. leg. Costa Rica;11/12(2/1):29-35, mar. 1994-mayo 1995.
- 278- **Sonneck G.** *Subway-suicide in Vienna (1980-1990): a contribution to the imitation effect in suicidal behavior.* In: Diekstra R & Gulbinat W (Eds.) *Preventive strategies on suicide: the state of the art.* in press.1991.
- 279- **O'Donnell I, Farmer RDT.** *Suicidal acts on metro systems: an international perspective.* Acta Psychiatrica Sacandinavica. 1992;(86):60-63.
- 280- **Johnston DWC, Waddell JP.** *Death and injury patterns, Toronto subway system 1954-80.* J. Trauma 1984;(24):619-922.
- 281- **Instituto Técnico Forense.** Montevideo. Archivo del Dpto. de Toxicología. Director Dr. A. Easton. 1979.
- 282- **Morgue Judicial de Montevideo.** Archivo. Libros de Entradas y Oficinas de Juzgados de Instrucción. 1979.
- 283- **Balbela B, Berro G., Bovino L.** *Suicidio por proyectil de arma de fuego.* Anales de las segundas jornadas Uruguayas de criminología. 1991; (II):111-18.
- 284- **Ministerio de Salud Pública MSP/FISS.** *Serie Histórica de Mortalidad en el Uruguay por causa, edad y sexo.*CD-ROM. 1999.
- 285- **Pellegrino A.** *Programa de Población. Facultad de Ciencias Sociales.* FCS, Disquete. 2000.
- 286- **Dirección General de Estadística.** *Censo General de la República en 1908.* Uruguay. 1911.
- 287- **Dirección General de Estadísticas y Censos.** *IV Censo de Población y II de Viviendas.* 1963.
- 288- **Dirección General de Estadística y Censos.** *V Censo de Población y II de Viviendas.* 1975.
- 289- **Dirección General de Estadística y Censos.** *VI Censo de Población y IV de Viviendas.* 1985.
- 290- **Instituto Nacional de Estadística (INE).** *VII Censo General de Población. III de Hogares y V de Viviendas.* Montevideo. 1996.
- 291- **Instituto Nacional de Estadística (INE).** *INE – Población, Viviendas y Hogares en los Censos de 1963 – 1975 – 1985 – 1996.* Uruguay. 1996.
- 292- **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.
- 293- **Instituto Nacional de Estadística (INE) – Uruguay.** *Proyección de la población total y departamental por sexo y edad 1996 – 2010.* Montevideo. 2000.
- 294- **Migliónico A.** *118 años de Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares en el Ueuguay 1882 a 1999.* Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Montevideo. 2001.
- 295- **Migliónico A.** *La Mortalidad en el Uruguay en el siglo XX. Cambios, Impacto, Perspectivas.* Minsiterio de Salud Pública y O.P.S. 2001.
- 296- **OPS-OMS-CIE-10.***Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.* Décima Revisión Volumen 1,2 y 3. Publicación Científica Nº 55; Washington D.C. 1995.
- 297- **Pichot P, López-Ibor Aliño J, Valdés Miyar M.** *Manual diagnótico y Estadísticos de los trastornos mentales.* MASSON SA, Barcelona. 1995.
- 298- **World Health Organization (WHO).** *World Health Statistics Annual 1996.* Geneva. 1998
- 299- **Curto S, Prats O, Besio A.** *Las enfermedades Cardiovasculares en el Uruguay.* Epidemiología y Estadística. 1990 – 1992. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. 1996.
- 300- **Instituto Nacional de Epidemiología. INE.** *“Dr. Juan H. Jara”. Curso de Epidemiología General. Análisis de Situación de Salud. Módulo 8.* Ministerio de Salud. Mar del Plata. Argentina. Segunda edición Revisada. 2000.
- 301- **Daniel J.** *Bioestadística. Base Para el análisis de las ciencias de la salud.*4ta. edición. Editorial Limusa Wiley, S.A. México D.F. 2002.
- 302- **Mason J; Lind I.** *Estadística para Administración y Economía.* 8va. Edición. Alfaomega S.A. México D.F.1998.
- 303- **Martell M,Fescina RH, Martinez M, Delgado L, García E, Roca R, Barrios E, García A, Alvarez A.** *Introducción a la Metodología de la Investgación Científica.* Primera Edición. Fundación Manuel Perez. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo. 1997.
- 304- **Dever A.** *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud.* OPS.OMS. 1991.
- 305- **Cuéllar Bassols L, Rovira Martínez JM.** *Introducción a la Filosofía.* Edit. S.A. Casals. Barcelona. 1979.
- 306- **Peláez S.** *Ultimo recurso: un recurso para la vida.* Sostén. 1999;(1):46-7
- 307- **MacDowell CP, Rothberg JM, Koshes RJ.** *Witnessed suicides.* Suicide Life Threat Behav. 1994(24):1- 213.
- 308- **Baudelot C, Establet R.** *La sociologie du suicide.* Recherche 1985 ;(16):12-20.
- 309- **Lejoyeux M, Léon E, Rouillon F.** *Prévalence et facteurs de risqué du suicide et des tentatives de suicide.* L'Encéphale 1994;(XX): 495-503.
- 310- **Barracough B, Brunch J, Nelson B.** *A hundred cases of suicide: clinical aspects.* BR J Psychiatry 1974;(125):355-373.
- 311- **Roy A, Lamparsky D, Dejong J.** *Characteristics of alcoholics who attempt suicide.* Am J Psychiatry. 1990;(147):761-765.

- 312- **Vignolo J.** *Programa Hospital de Día.* Trabajo presentado en el Post Grado de Administración de Servicios de Salud. Escuela de Postgrados. Facultad de Medicina. Universidad de la República. UDELAR. Montevideo. 2002.
- 313- **Goldenberg JS, Contreras Escudero L.** *Diseño y puesta en marcha de un Sistema de vigilancia epidemiológica en Salud Mental.* Rev. Panam Salud. Publica/Panam/Public Health OPS/OMS. 2002;11(2):83-92.
- 314- **Gran Enciclopedia del Uruguay.** Tomo IV. El observador. Editorial Sol.90. Barcelona. España. 2002;1-1363.
- 315- **Almendras I.** *Método EBE®Estrategias para el “Bien – Estar” Manual de psicoeducación para trabajadores de la salud y educadores.* 1ª edición. Ediciones del Milenio, Montevideo. Mayo 2002.
- 316- **Almendras I.** *¿Bien estar o depression? Guía práctica para estar bien.* 1ª edición. Ediciones del Milenio, Montevideo. Mayo 2001.
- 317- **González Rea J.** *Estudio epidemiológico de las muertes violentas en el Uruguay.* Monografía de Posgrado en Psiquiatría. Archivo de Monografías de Postgrado. Biblioteca de la Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.1998
- 318- **Ministerio de Trabajo y Seguridad Social-DINAE.** Boletín de Coyuntura del Mercado de Trabajo. Observatorio del Mercado de Trabajo 2000. Mayo 2001.
- 319- **Gallicchio E.** Los Desafíos del empleo y el Trabajo en un Uruguay en crisis en Medidas Urgentes frente a la situación social. PNUD.CLAEH. 2002.
- 320- **Nahum B.** *Manual de Historia del Uruguay. Tomo II: 1903-2000.* EBO,11ª ed, Montevideo. 2003.
- 321- **Nahum B.** *Breve Historia del Uruguay independiente.* EBO, Montevideo. 2003.

ANEXO V

1. PROGRAMAS INFORMATICOS UTILIZADOS

Se utilizaron paquetes estadísticos diversos como:

- EPI. INFO 6.04
- EXCEL
- SPSS
- E-VIEW

2. CALCULO DE TASAS ESPECIALES

Tasa de Religión

Para el cálculo de las tasas se utilizó la encuesta de equipos- Mori sobre porcentaje de la población uruguaya según religión del año 1998. Entre los que no profesaban religión se incluyeron ateos y agnósticos. El 52% se definió como católicos, 19% creía en un ser superior, 11% se consideraba ateo, 11% cristianos, 3% evangélicos, 1% agnósticos y 3% otras religiones.

Tasa de situación Conyugal

Se utilizó como denominador la población de 12 años y más según situación conyugal del censo de 1996, lo cual puede no reflejar precisamente esta población debido a que nuestro trabajo fue realizado 4 años después pero igualmente lo creemos una aproximación válida.

Tasa de Nivel de Instrucción

La población utilizada para el cálculo de la tasa fue la de 6 años o más por mayor nivel alcanzado en la enseñanza regular del año censal 1996 (mismas observaciones que en el ítem anterior).

Tasa de Ocupación, desocupación, jubilados y pensionistas (información para las respectivas poblaciones del año 2000)

Jubilados y pensionistas

Según información suministrada para las poblaciones por el BPS (Banco de Previsión Social)

Población económicamente activa (INE)

Comprende a las personas de 14 o más años de edad que tienen al menos una ocupación en la que vierten su esfuerzo productivo a la sociedad o sin tenerla, la buscan activamente durante el periodo de referencia elegido. Este grupo incluye la fuerza de trabajo civil y los efectivos de las fuerzas armadas

Personas ocupadas (INE)

Son todos aquellos de 14 o más años de edad que trabajaron durante el periodo de referencia de la encuesta o que no trabajaron por estar de vacaciones o por enfermedad o accidente, conflictos de trabajo o interrupción del trabajo a causa de mal tiempo.

Personas desocupadas (INE)

Son todas aquellas personas de 14 o más años que durante el periodo de referencia no estaban trabajando por no tener empleo, pero que buscaban un trabajo remunerado o lucrativo y que se encuentran disponibles para comenzar a trabajar.

Tasa de empleo = ocupados / Pob de 14 o más años (INE)

Tasa de desempleo = Desocupados/ PEA (INE)

Tipo de ocupación

Población de 12 o más años de Edad de la población económicamente activa (PEA) del censo de 1996 según tipo de ocupación

Cobertura de Atención Medica

Se utilizó la población por cobertura de salud del censo de 1996

2.1. TASAS AJUSTADAS POR METODO DIRECTO ²⁹⁹

En este trabajo se utilizó para la estandarización o ajuste por edad y sexo de las tasas el método directo que se basa en aplicar una población estándar a las tasas específicas por edad y sexo de la población en estudio. A partir de ese

resultado pueden calcularse la tasa estandarizada de la población en estudio si tuviera una población igual a la estándar o de referencia.

Para ello se debe seleccionar una población tipo o estándar clasificada por grupo de edades, que puede ser una de las poblaciones a comparar, la suma de ellas, la población total del país cuando se comparten tasas de regiones del mismo, u otras.

El procedimiento de ajuste consiste en multiplicar las tasas de mortalidad específica por edad de la población a estudiar por la población en cada grupo de edad de la población tipo, suma sus productos y dividir por la población tipo total:

$$M_{A \text{ (dir)}} = \Sigma (m_p \times n)$$

Donde:

$$n = n_t / n_T$$

n_t es la población por grupo de edad en la población tipo.

n_T es el total de la población tipo

$m_p^{A \text{ (dir)}}$ es la tasa de mortalidad específica en cada grupo de edad de la población en estudio

m es la tasa ajustada de la población en estudio.

Población Tipo

1. Se utilizó como población tipo la población de Uruguay del Censo de 1996. Esta fue utilizada en el estudio comparativo de Uruguay en el contexto internacional.
2. Para el estudio comparativo de los departamentos, regiones, y de las zonas de Montevideo se utilizó como población tipo la población de Montevideo del Censo de 1996.

2.2. AÑOS DE VIDA POTENCIAL PERDIDOS (AVPP) ²⁹⁹

El cálculo de los AVPP por una causa definida, consiste en sumar las defunciones por esa causa en grupo etario y multiplicar el resultado por los años que resaltan hasta la edad límite considerada desde la edad centro del grupo etario

Donde:

$$AVPP = \sum_{i=U}^{i=K} a_i d_i$$

a_i son los años de vida que quedan hasta el límite superior previamente fijado, desde la edad "i" (centro del grupo etario).

d_i es el número de defunciones en cada grupo etario considerado.

K límite etario superior de la población.

U_i límite etario inferior de la población.

Los límites de edad inferior y superior se establecen en cada caso de acuerdo al objetivo del estudio. Generalmente el límite superior se fija en base a la esperanza de vida de la población considerada (criterio sanitario) o de edad máxima considerada para la población económica activa (criterio social o económico).

El límite inferior (edad a la que se comienza el cálculo) suele fijarse en cero o 1 año de vida según la afección en estudio.

Los AVPP pueden examinarse como un total para una población y un período determinado o como el promedio de años perdidos prematuramente en cada edad o grupo etario (AVPP "Promedio").

Cuando se busca comparar los AVPP en dos poblaciones de diferentes tamaño se utiliza lo que algunos autores denominan como "tasa de AVPP por 1.000 habitantes".

Esta tasa es sumatoria de los productos del número de defunciones en cada grupo de edad por el número de años que resaltan vivir hasta la edad límite, referida al intervalo de población estudiada, cada 1.000 habitantes.

$$\text{Tasa de AVPP} = \sum_{i=u}^{i=k} \frac{a_d}{N} \times 1.000$$

Siendo N la población comprometida entre los límites interior y superior fijados.

Se calcularon los AVPP por afecciones del aparato circulatorio, para el total y para cada sexo. También se calculó el AVPP para cada departamento.

El intervalo elegido para el cálculo fue entre el nacimiento y la esperanza de vida para cada sexo y para el conjunto de ambos sexos.

2.3. BRECHAS REDUCIBLES DE MORTALIDAD ³⁰⁰

Para conocer la BRM se calcula la diferencia entre el valor observado y el esperado, que es el menor valor de la serie en estudio y luego se expresa como porcentaje del valor esperado o en el valor absoluto de la diferencia.

$\text{BRM} = \frac{\text{valor OBSERVADO (pob A)} - \text{valor ESPERADO (pob B)}}{\text{Valor ESPERADO (pob B)}}$

2.4. CALCULO DE LA RAZON DE MASCULINIDAD

Número de suicidios en hombres/ Número de suicidios en mujeres

2.5. CALCULO DE LA RAZON INTERIOR/MONTEVIDEO

Número de suicidios en el interior /Numero de suicidios en Montevideo

2.6. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DE DISPERSIÓN ³⁰¹

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA:

2.6.1 Medidas de tendencia central

Fórmula general para la media:

$$\mu = \frac{\sum_{i=1}^N X_i}{N}$$

La mediana de un conjunto finito de valores es aquel valor que divide al conjunto en dos partes iguales, de forma que el número de valores mayores o iguales a la mediana es igual al número de valores menores o iguales a ésta. Si el número de valores en el conjunto es par, no existe valor medio único, sino que existen dos valores medios. En tal caso, la mediana corresponde a la media de esos dos valores centrales, cuando todos los valores son arreglados en orden de magnitud

2.6.2 Medidas de Dispersión:

Calculo de la varianza:

$$\sigma = \frac{\sum_{i=1}^N (X_i - \mu)^2}{N}$$

Desviación estándar

$$S = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{n-2} (X_i - \bar{X})^2}{N}}$$

2.7 PROMEDIOS O MEDIAS MOVILES ³⁰²

El Promedio o media móvil puede interpretarse como una aproximación a la evolución tendencial y se utiliza como una estimación de la tendencia. Este método alisa las fluctuaciones de la información. Esto se realiza al mover los valores de la media a través de la serie de tiempo. Este promedio corresponde al componente cíclico e irregular y los que resta es la tendencia. Se trabaja con una media móvil centrada de orden 5. Ello significa sustituir cada observación de la serie original por el promedio de las observaciones pasadas y futuras. Una media móvil, tal como su nombre indica, es una media sobre un conjunto de valores (tasas, consultas) que tiene la particularidad que su cálculo se efectúa sobre un número concreto de datos (n) que marcan el periodo. A medida que se incorpora un nuevo dato desaparece el primero o los primeros, para mantener siempre este periodo de cálculo.

2.8 CALCULO DE LA TENDENCIA

La línea de tendencia polinómica o curvilínea utiliza la ecuación polinómica:

$$y = b + c_1x + c_2x^2 + c_3x^3 + \dots + c_6x^6$$

La tendencia polinómica se obtiene por el método de mínimos cuadrados, esto es, minimizando la suma de distancias de cada valor a la curva polinómica ajustada. Se utiliza porque al observar la evolución de los datos a través del tiempo se constata que su evolución no es lineal sino que sigue una curva.

2.9. INTERVALO DE CONFIANZA ³⁰¹

a) Intervalo de Confianza para una media de población $n \geq 30$:

$$\bar{x} \pm 2 \frac{s}{\sqrt{n}}$$

b) Intervalo de Confianza para una proporción:

$$\bar{p} \pm 2 \sqrt{\frac{\bar{p}(1-\bar{p})}{n}}$$

2.10. PRUEBA DE HIPOTESIS PARA LA DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIDAS DE DOS POBLACIONES ³⁰¹

La prueba de hipótesis que involucra la diferencia entre las medidas de dos poblaciones se utiliza con más frecuencia para determinar si es razonable o no concluir que las dos son distintas entre sí. En tales casos, se puede formular una u otra de las siguientes hipótesis:

1. $H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0,$
2. $H_0: \mu_1 - \mu_2 \geq 0,$
3. $H_0: \mu_1 - \mu_2 \leq 0,$

- $H_A: \mu_1 - \mu_2 \neq 0$
- $H_A: \mu_1 - \mu_2 < 0$
- $H_A: \mu_1 - \mu_2 > 0$

Muestreo, a partir de poblaciones que siguen una distribución normal o con $n > 30$ y con variancia conocida.

$$z = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{n_1} + \frac{\sigma_2^2}{n_2}}}$$

2.11 PROPIEDADES MATEMÁTICAS DE LA DISTRIBUCIÓN JI-CUADRADA ³⁰¹

2.12.1. Prueba de bondad de ajuste

Se utiliza para saber si la variable sigue la distribución teórica postulada.

f_e : frecuencia absoluta esperada

$$\chi^2 = \sum \frac{[(f_o - f_e)^2]}{f_e}$$

$$gl = n - 1$$

2.11.2. Prueba de Independencia

Se utiliza para saber si hay independencia o están asociadas 2 variables cualitativas, o una cualitativa y otra cuantitativa.

$$\chi^2 = \sum \frac{[(f_o - f_e)^2]}{f_e}$$

$$gl = (f - 1)(c - 1)$$

2.11.3. Prueba Exacta de Fischer

En el caso de frecuencias esperadas < 5 .

2.12. COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON ³⁰³

Se utiliza para dos variables cuantitativas.

$$R = b \frac{\sqrt{n \cdot \sum x^2 - (\sum x)^2}}{\sqrt{n \cdot \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

"r" Su valor puede ser positivo o negativo y oscila entre -1 y $+1$.

2.13. INFERENCIA

El coeficiente de correlación se determina habitualmente en una manera que proviene de una población. Para ser extensivo el "r" a la población, debe ser sometido a una prueba estadística donde

$$H_0 \text{ es } r = 0$$

$$t = \frac{r \sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

$$gl = n - 2$$

2.14. DIFERENCIAS ESTADÍSTICAS ENTRE LAS TASAS CUANDO SON INDEPENDIENTES ³⁰⁴

Se dice que dos tasas son independientes cuando no incluyen los mismos hechos observados (defunciones, etc) en su numerador.

Para determinar si hay una diferencia significativa entre dos tasas independientes, se utiliza el intervalo de confianza para la relación entre las dos tasas, o la diferencia entre las dos tasas independientes.

La razón entre las dos tasas se define como sigue:

$$R = t_1 / t_2$$

Donde:

R = razón

t₁ = tasa para el Área 1 o Período 1

t₂ = tasa para el Área 2 o Período 2

El intervalo con 95 % de confianza para la razón (R) es

$$R \pm 1.96 R \sqrt{(1/d_1) + (1/d_2)}$$

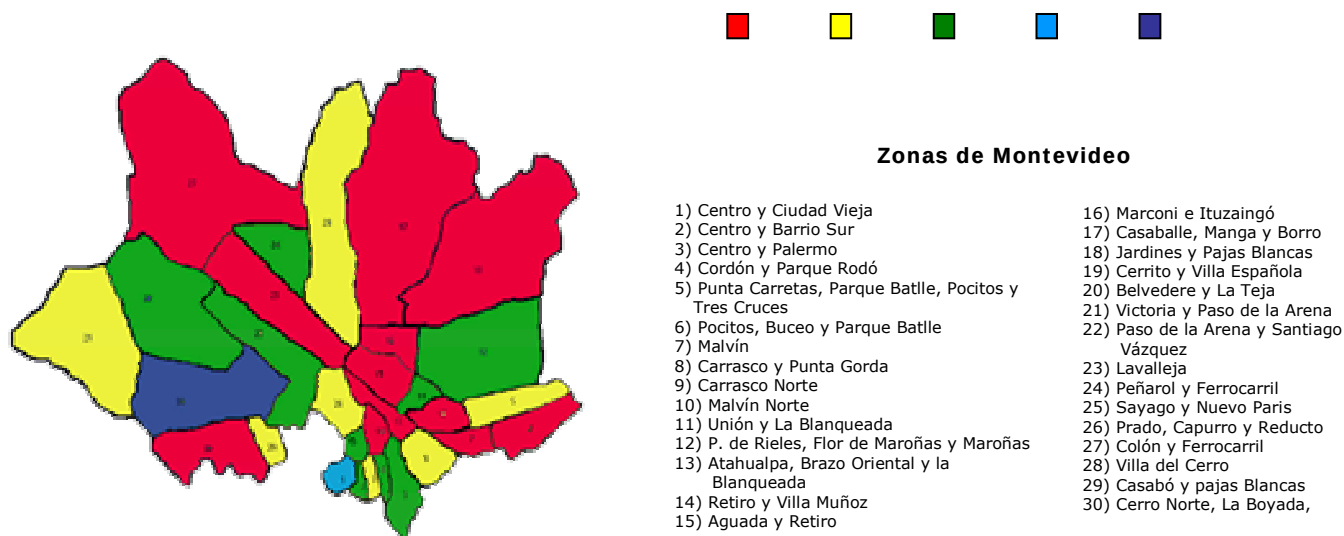
Donde:

d₁ = cantidad de hechos (defunciones, etc.) para el Área 1 o Período 1 (por ejemplo, el numerador de la tasa)

d₂ = cantidad de hechos para el Área 2 o Período 2

3. DIVISIÓN DE MONTEVIDEO EN 30 ZONAS-NBI

Mapa - Distribución de Zonas de Montevideo. Montevideo, 2000.



Fuente: Para suicidios: Encuesta de Tesis: División Estadística M.S.P.; Ministerio del Interior; Poder Judicial; Armada Nacional. Para datos de población: Uruguay, Proyección de la población total y Departamental por sexo y edad 1996-2010 I.N.E. Para NBI: J.J. Calvo Facultad de Ciencias Sociales; J. Vignolo – S. Hernández – V. Mello.

Secciones censales ajustadas por 3 y más NBI.

Zona 1 (Secciones 1, 2 y 3).

- A) Corresponde a la sección: 1, segmentos: 1, 2, 3, 104, 105, 204, 205. Sección 2, segmentos: 1, 3, 4, 102, 202 y sección 3, segmentos: 3, 101, 102, 104, 201, 202, 204.
- B) Población: 16597
- C) Personas con 3 y más NBI: 905
- D) % de personas con 3 y más NBI: 5,45
- E) Límites: Rambla Rossevelt, Río Negro, 18 de Julio, Sarandi, Juncal, Rincón, Juan Carlos Gómez, Rbla. Gran Bretaña, Francia, Rambla Rossevelt
- F) Barrio: Centro y Ciudad Vieja.

Zona 2 (Secciones: 4, 5 y 6)

- A) Corresponde a las secciones: sección 4, segmentos: 1, 102, 103, 104, 202, 203, 204; sección 5, segmentos: 101, 102, 103, 104, 105, 106, 201, 202, 203, 204, 205, 206 y sección 6, segmentos: 101, 102, 103, 104, 201, 202, 203, 204, 304.
- B) Población: 35562
- C) Personas con 3 y más NBI: 750
- D) % de personas con 3 y más NBI: 2,11
- E) Límites: Juan Carlos Gómez, Rincón, Juncal, Sarandi, 18 de Julio,, Río Negro, La Paz, José Barrios Amorín, República Argentina, Rbla. Sur, Juan Carlos Gómez.
- F) Barrios: Centro y Barrio Sur.

Zona 3 (Sección 7).

- A) Corresponde a la sección 7, segmentos: 1, 9, 10, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 303.
- B) Población: 21658
- C) Personas con 3 y más NBI: 673
- D) % de personas con 3 y más NBI: 3,11
- E) Límites: Rbla Rep. Argentina, J. Barrios Amorín, La Paz, Gaboto, Rbla. Rep. Argentina.
- F) Barrios: Palermo y Centro.

Zona 4 (Sección 15).

- A) Corresponde a la sección: 15 segmentos: 1, 2, 13, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 214, 305, 306, 312.
- B) Población: 34210.
- C) Personas con 3 y más NBI: 604
- D) % de personas con 3 y más NBI: 1,77
- E) Límites: Rbla. Rep. Argentina, Gaboto, Miguelette, Arenal Gde, Miguelete, La Paz, Martín C. Martinez, Goes, J. Paullier, Parque Rodó, Rbla Wilson, Rbla. Re. Argentina.

F) Barrios: Cordón Norte, Cordón y Parque Rodó.

Zona 5 (Sección 18).

- A) Corresponde a la sección 18, segmentos: 10, 31, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 301, 306, 315, 319, 320, 321.
- B) Población: 95567
- C) personas con 3 y más NBI: 311
- D) % de personas con 3 y más NBI: 0,33
- E) Límites: Juan Paullier, Dante, Avd. Italia, Avd. Soca, Avd. Brasil, Rambla Madgmha Gandhi, Rambla Presidente Wilson, Juan Paullier.
- F) Barrios: Punta Carretas, Parque Batlle, Tres Cruces y Pocitos.

Zona 6 (Sección 24).

- A) Corresponde a la sección 24 segmentos: 3, 4, 5, 27, 101, 102, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 201, 202, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 318, 319.
- B) Población: 72818
- C) Personas con 3 y más NBI: 240
- D) % de personas con 3 y más NBI: 0,33
- E) Límites: Avd. Soca, Avd. Brasil, Rambla República del Perú, Rambla Costanera de Pocitos, Rambla Armenia, Rambla República de Chile, Bulevar Batlle y Ordóñez, Avd. Italia, Avd. Américo Ricaldoni, Avd. F. Soca.
- F) Barrios: Pocitos, Buceo y Parque Batlle.

Zona 7 (Parte de la Sección 10).

- A) Corresponde a parte de la sección 10 segmentos: 41, 42, 43, 44, 45, 124, 125, 126, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 146, 223, 224, 225, 226, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 246, 333.
- B) Población: 39840
- C) Personas con 3 y más NBI: 221
- D) % de personas con 3 y más NBI: 0,55
- E) Límites: Bulevar Batlle y Ordóñez, Avd. Italia, Estanislao López, Avd. Italia, Zum Felde, Arquitecto Scasso, Rambla O'Higgins, Rambla República de Chile.
- F) Barrios: Malvín y Malvín Nuevo.

Zona 8 (Parte de la Sección 10).

- A) Corresponde a parte de la sección 10 segmentos: 51, 52, 53, 54, 55, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 150, 249, 250.
- B) Población: 27541
- C) Personas con 3 y más NBI: 40
- D) % de personas con 3 y más NBI: 0,15
- E) Límites: Zum Felde, Arquitecto Scasso, Avd. Italia, Bolivia, Víctor Pérez, Mones Roses, Dublín, Avd. Italia, Cooper, Arocena, Liorna, Avd. Italia, Lido, Gral. Rivera, Arroyo Carrasco, Rambla Thomas Berreta, Rambla República de México, Rambla O'Higgins, Arquitecto Scasso.
- F) Barrios: Carrasco Sur y Punta Gorda.

Zona 9 Parte de la Sección 10).

- A) Corresponde a parte de la sección 10 segmentos: 47, 56, 57, 58, 76, 77, 148, 149, 168, 238, 248, 268, 338, 438.
- B) Población: 25597
- C) Personas con 3 y más NBI: 654
- D) % de personas con 3 y más NBI: 2,55
- E) Límites: Avd. Italia, Avd. Bolivia, Víctor Pérez, Mones Roses, Dublín, Avd. Italia, Cooper, Liorna, Avd. Italia, Lido, Gral. Rivera, Arroyo Carrasco, Camino Carrasco, Zum Felde, Avd. Italia.
- F) Barrios: Carrasco Norte.

Zona 10 (Parte de la Sección 10).

- A) Corresponde a parte de la sección 10 segmentos: 40, 119, 120, 122, 127, 128, 129, 136, 137, 138, 139, 219, 220, 227, 228, 236, 237, 239, 319, 320, 328, 419, 428, 519, 538.
- B) Población: 40442
- C) Personas con 3 y más NBI: 1334
- D) % de personas con 3 y más NBI: 3,30
- E) Límites: Zum Felde, Camino Carrasco, Isla de Gaspar, Minnesota, Avd. Italia.
- F) Barrios: Malvín Norte.

Zona 11 Parte de la Sección 10).

- A) Corresponde a parte de la sección 10 segmentos: 4, 5, 6, 8, 9, 12, 15, 21, 101, 102, 103, 107, 110, 111, 113, 114, 116, 117, 118, 123, 201, 202, 203, 207, 211, 213, 214, 216, 217, 218, 316.
- B) Población: 39130
- C) Personas con 3 y más NBI: 1129
- D) % de personas con 3 y más NBI: 2,89
- E) Límites: Minnesota, Isla de Gaspar, Camino Carrasco, Pan de Azúcar, 8 de Octubre, Francisco Simón, Avd. Italia.
- F) Barrios: La Unión y La Blanqueada.

Zona 12 (Sección 99).

- A) Corresponde a la sección 99 segmentos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 64, 65, 70, 71, 72, 75, 77, 99, 108, 125, 151, 155, 166, 167, 208, 225, 251, 255, 266, 267.
- B) Población: 65862
- C) Personas con 3 y más NBI: 4810
- D) % de personas con 3 y más NBI: 7,30

- E) Límites: Camino Carrasco, 8 de Octubre, Camino Maldonado, Ruta 8 Brigadier Gral Lavalleja, Arroyo Toledo, Arroyo Carrasco, Camino Carrasco.
- F) Barrios: Punta de Rieles, Flor de Maroñas, Maroñas, Ideal, Las Canteras.

Zona 13 (Secciones 12 y 23).

- A) Corresponde a las secciones 12 y 23. Sección 12, segmentos: 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 21, 22, 23, 24, 26, 31, 33, 34, 104, 106, 107, 112, 116, 117, 119, 120, 125, 127, 128, 129, 130, 132, 135, 136, 204, 206, 207, 212, 216, 217, 219, 220, 225, 227, 228, 229, 230, 232, 235, 236. Sección 23, segmentos: 3, 4, 101, 102, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 201, 202, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212.
- B) Población: 94176
- C) 3 y más NBI: 768
- D) % de personas con 3 y más NBI: 0,82
- E) Límites: Luis A. de Herrera, Fco. Simón, Av. Italia, Bulevar Artigas, Defensa, Surraco. Lucas Piriz, Viladerbó, Millán, 19 de Abril, Pelosi, Luis A. de Herrera.
- F) Barrios: Atahualpa. Brazo Oriental, Bolívar, La Blanqueada

Zona 14 (Sección 19).

- A) Corresponde a la sección 19, segmentos: 3, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 111, 112, 114, 201, 202, 204, 205, 206, 207, 211, 212, 214.
- B) Población: 31034
- C) Personas con 3 y más NBI: 338
- D) % de personas con 3 y más NBI: 1,09
- E) Límites: Viladerbó, Colorado, Lucas Piriz, Surraco, Bvar. Artigas, Miguelete, Inca, Houquart, República, Arenal Grande y Vilardebó.
- F) Barrios: Retiro y Villa Muñoz.

Zona 15 (Sección 8).

- A) Corresponde a la sección 8, segmentos: 1,2,3,4,6,7,8,9,10,12,13,105,111,114, 205, 211, 214, 314.
- B) Población: 19693
- C) Personas con 3 y más NBI: 678
- D) % de personas con 3 y más NBI: 3,44
- E) Límites: Rbla. Sudamérica, La Paz, J. Paullier, Avd. Italia, Bul. Artigas, La Paz, Inca, Houquart, República, Arenal Grande. Vilardebó, Millán, Gral Aguilar y Rbla. Sudamérica.
- F) Barrios: Aguada y Retiro.

Zona 16 (Parte de la Sección: 17).

- A) Corresponde a parte de la sección 17, segmentos: 10,12,17,20,21, 26, 27, 109, 111, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 122, 123, 124, 130, 209, 211, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 222, 223, 224, 225, 230, 319, 430.
- B) Población: 54854
- C) Personas con 3 y más NBI: 2755
- D) % de personas con 3 y más NBI: 5.02
- E) Límites: Arroyo Miguelete, Dr. J. M. Sierra, Chimborazo, F. A. De Lemos, José Serrato, 8 de octubre, Con Maldonado, Belloni, A. Saravia, Juan Acosta, Gilberto Beligni, J. Suarez, Con Burgues, A. Saravia y Arroyo Miguelete.
- F) Barrios: Marconi, Joanico, Ituzaingo y Nuevo Ellauri.

Zona 17 (Parte de la Sección 17).

- A) Corresponde a parte de la sección 17, segmentos: 5, 31, 32, 34, 42, 44, 128, 129, 130, 133, 228, 229, 230, 233, 330.
- B) Población: 25889
- C) Personas con 3 y más NBI: 3568
- D) % de personas con 3 y más NBI: 13.78
- E) Límites: Avenida Pedro de Mendoza, Arroyo Miguelete, Aparicio Saravia, Cno Burgues, Suarez, Gilberto Beligni, Juan Acosta, E. Castro, Aparicio Saravia y Avenida P. de Mendoza.
- F) Barrios: Casavalle, Manga, Gruta de Lourdes y Borro.

Zona 18 (Sección: 11 y parte de la sección: 17).

1. Corresponde a parte de la sección 17 y a la sección 11. Sección 11, segmentos: 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 28, 31, 32, 59, 60, 61, 62, 69, 73, 74, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 106, 107, 109, 111, 114, 129, 130, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 163, 168, 206, 207, 209, 211, 214, 229, 230, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 263, 268. Sección: 17, segmentos: 6, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 102, 103, 104, 107, 108, 141, 202, 203, 204, 207, 208, 241, 303, 341.
- B) Población: 128711
- C) Personas con 3 y más NBI: 10838
- D) % de personas con 3 y más NBI: 8.42
- E) Límites: Con. Mendoza; Aparicio Saravia, Belloni, Con Maldonado, Ruta 8 y Arroyo Toledo.
- F) Barrios: Jardines del Hipódromo y Piedras Blancas.

Zona 19 (Sección 22).

- A) Corresponde a la sección 22, segmentos: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 24, 26, 27, 32, 101, 102, 103, 104, 105, 114, 118, 119, 120, 123, 125, 128, 134, 201, 202, 203, 204, 205, 214, 218, 219, 220, 223, 225, 228, 234.
2. Población: 51848
3. Personas con 3 y más NBI: 1405
4. % de personas con 3 y más NBI: 2.71
5. Límites: Chimborazo, José Serrato, 8 de octubre, Luis A. de Herrera y Arroyo Miguelete.
6. Barrios: Cerrito, y Villa Española.

Zona 20 (Sección 20).

- A) Corresponde a la sección 20, segmentos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 117, 121, 122, 125, 130, 131, 132, 138, 145, 217, 221, 222, 225, 230, 231, 232, 238, 245.
- B) Población: 75887
- C) Personas con 3 y más NBI: 2028
- D) % de personas con 3 y más NBI: 2.67
- E) Límites: De Pena, Yugoslavia, L. Batlle Berres, Carlos M. Ramírez, José de la Peña, Arroyo Miguelete, y De Pena.
- F) Barrios: Belvedere y La Teja.

Zona 21 (Parte de la sección: 16).

- A) Corresponde a parte de la sección: 16, segmentos: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 42, 44, 110, 210.
- B) Población: 32884
- C) Personas con 3 y más NBI: 3303
- D) % de personas con 3 y más NBI: 10.04
- E) Límites: Yugoslavia, Dr. Carlos M. Pena, Avda. Las Pitas, Camino Tomkinson, , Arroyo Pantanoso, Carlos M. Ramírez, Avda. L. Batlle Berres, Yugoslavia.
- F) Barrios: Victoria, Paso de La Arena, Cadorna, Sarandí.

Zona 22 (Parte de la sección 16).

- A) Corresponde a parte de la sección 16, segmentos: 1, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 125, 225.
- B) Población: 15921
- C) Personas con 3 y más NBI: 1214
- D) % de personas con 3 y más NBI: 7.63
- E) Límites: Río Santa Lucía, Arroyo San Gregorio, Cno. Luis E. Perez, Cno. de la Granja, Cno. Tomkinson, Cno. Hoggigins, Cno. Garcés, Río de la Plata.
- F) Barrios: Paso de la Arena, Los Bulevares y Santiago Vázquez.

Zona 23 (Parte de la sección 21).

- A) Corresponde a parte de la sección 21: segmentos 3, 5, 19, 20, 21, 35, 38, 39, 40, 106, 122, 136, 206, 222, 236.
- B) Población: 24663
- C) Personas con 3 y más NBI: 1491
- D) % de personas con 3 y más NBI: 6.05
- E) Límites: Arroyo Miguelete, Shakespeare, Coronel Raíz, Pedro Trapani, Avd. de Las Instrucciones, Avd. Millán, Camino Castro, Camino Dr. Carlos M. De Pena, Arroyo Miguelete.
- F) Barrios: Lavalleja.

Zona 24 (Parte de la sección 21).

- A) Corresponde a parte de la sección 21 : segmentos 1, 2, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 23, 24, 47, 48, 104, 108, 109, 115, 204, 208, 209, 215, 225, 228, 304.
- B) Población: 33859
- C) Personas con 3 y más NBI: 1184
- D) % de personas con 3 y más NBI: 3,50
- E) Límites: Bul. Batlle y Ordoñez, Coronel Raíz, Camino Colman, Camino Manuel Fortet, Camino Casavalle, Arroyo Pantanoso, Camino Lecocq, Bul. Batlle y Ordoñez. y Coronel Raíz.
- F) Barrios: Peñarol y Ferrocarril.

Zona 25 (Parte de la sección 21).

- A) Corresponde a parte de sección 21 segmentos: 26, 27, 31, 33, 34, 37, 43, 45, 125, 128, 129, 130, 132, 141, 142, 144, 146, 229, 230, 232, 241, 242, 244, 246.
- B) Población: 36610
- C) Personas con 3 y más NBI: 1005
- D) % de personas con 3 y más NBI: 2,75
- E) Límites: Bulevar Batlle y Ordóñez, Camino Lecocq, Arroyo Pantanoso, C. M. Pena, Camino Castro, Millán, Coronel Raíz y Bulevar Batlle y Ordóñez.
- F) Barrios: Sayago y Nuevo París.

Zona 26 (Sección 14).

- A) Corresponde a la sección 14 segmentos: 2, 3, 4, 6, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 23, 24, 26, 105, 107, 108, 111, 112, 113, 114, 119, 120, 121, 122, 125, 205, 207, 208, 211, 212, 213, 214, 219, 220, 221, 222, 225.
- B) Población: 40433
- C) Personas con 3 y más NBI: 447
- D) % de personas con 3 y más NBI: 1,11
- E) Límites: Av. Millán, 19 de Abril, Silva, Miguelete, Rbla. Baltasar Brum, Gral Aguilar y Av. Millán.
- F) Barrios: 19 de Abril, Capurro, Prado, Bella Vista y Reducto.

Zona 27 (Sección 9).

- A) Corresponde a la sección 9, segmentos : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 117, 217.
- B) Población: 58785
- C) Personas con 3 y más NBI: 3252
- D) % de personas con 3 y más NBI: 5,53
- E) Límites: Arroyo de las Piedras, Arroyo Miguelete, Avda. Luis Batlle Berres, Arroyo Pantanoso, Aparicio Saravia, R. Viera, Cmn. Hudson, Arroyo Pantanoso y Arroyo Miguelete.
- F) Barrios: Colón, Lezica y Ferrocarril.

Zona 28 (Parte de la sección 13).

- A) Corresponde a parte de la sección 13, segmentos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28.
- B) Población: 23795
- C) Personas con 3 y más NBI: 771
- D) % de personas con 3 y más NBI: 3,24
- E) Límites: Polonia, Holanda, Cmno. Cibils, Carlos M. Ramírez, Cuba, Vigo, Berna, Turquía, Holanda, Egipto, Suiza y Rambla Polonia.
- F) Barrio: Villa del Cerro.

Zona 29 (Parte de la sección 13) .

- A) Corresponde a parte de la sección 13, segmentos: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 31, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 142, 152, 242, 252.
- B) Población: 27103
- C) Personas con 3 y más NBI: 3309
- D) % de personas con 3 y más NBI: 12.21
- E) Límites: Cno. Garcés, C. Hoggigins, C. Pedro Sanguinetti, Cmno. Sanfuentes, Avda. Federico Capurro, Carlos M. Ramírez, Cmno. Cibils, Rusia, Polonia, Río de la Plata.
- F) Barrios: Casabó, Santa Catalina y Pajas Blancas.

Zona 30 (Parte de la sección 13).

- A) Corresponde a parte de la sección 13, segmentos: 26, 27, 29, 30, 33, 36, 37, 38, 41, 132, 134, 135, 139, 140, 232, 234, 235, 239, 240, 432, 532.
- B) Población: 36329.
- C) Personas con 3 y más NBI: 3902
- D) % de personas con 3 y más NBI: 10.74
- E) Límites: Avd. L. Battle y Berres, Yugoslavia, de pena, con Fortín, Con Tomkinson, Con Cibils, Avd. C. Ramírez, Cuba, Berna, Vigo, Avda C. M. Ramírez y Luis Battle y Berres.

Barrios: Cerro Norte, La Boyada, Maracaná, La Palona, Las Torres, Rincón del Cerro.