

ANÁLISIS DE 123 AÑOS DE MUERTES POR SUICIDIO EN EL URUGUAY, 1887-2010

Analysis of suicide deaths throughout 123 years in Uruguay, 1887-2010

Vignolo J¹, Henderson E², Vacarezza M³, Alvarez C⁴, Alegretti M⁵, Sosa A.

1 Titular de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina, UdelaR.

2 Profesor Agregado de Cirugía en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina, UdelaR.

3 Ex Profesora Adjunta de Infectología y Medicina Interna. Facultad de Medicina, UdelaR.

4 Asistente de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina, UdelaR.

5 Profesor Adjunto de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina, UdelaR.

Sosa A. Profesora Agregada de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina, UdelaR.

Resumen

El objetivo de este estudio es determinar la magnitud y tendencia de las muertes por suicidio en el Uruguay en el período comprendido entre 1887-2010 y analizar su distribución según edad, sexo y lugar de residencia. Es un estudio de tipo descriptivo con área en el territorio de la Republica Oriental del Uruguay. Se trabajó con el total del universo de personas fallecidas por suicidio. En 123 años se observa un aumento significativo de la tasa en todo el periodo ($p < 0,05$), en especial con aumentos bruscos en tiempos de crisis socioeconómicas, en estos últimos el mayor incremento se debe a Montevideo en relación al Interior del País. El sexo masculino presenta en el siglo XXI los valores más altos de la historia. ($p < 0,05$) La tasa presenta aumentos significativos en los grupos de edad de 15 a 34 años y en los mayores de 65 años, en especial en el año 2002 y en 2010 ($p < 0,05$) Se recomienda profundizar y realizar el permanente seguimiento del Plan Nacional de Prevención de Suicidio aprobado por la Autoridad Sanitaria.

Palabras clave: Tasa de suicidio, crisis económica, evolución histórica.

Recibido: 27 de noviembre de 2012. Aceptado: 12 de febrero de 2013

Abstract

The objective of this study is to determine the quantity and characteristics of suicides in Uruguay from 1887 to 2010 and analyze their distribution according to age, sex and place of residence. This descriptive study is placed in the territory of the Oriental Republic of Uruguay. We worked with the total universe of people who committed suicide. In 123 years there was a significant increase in suicide rate for the whole period ($p < 0.05$), with dramatic increases in times of socioeconomic crisis. The most recent increase is observed in Montevideo in relation to other areas. In the twenty-first century men present the highest rates ever ($p < 0.05$). The rate shows significant increases in the age group 15 to 34 and in the over 65 group, particularly in 2002 and 2010 ($p < 0.05$). We suggest the continuous study and follow up of the National Suicide Prevention Plan approved by the Health Authority.

Key words: Suicide rate, economic crisis, historical evolution.

Introducción

El suicidio es una de las expresiones de la violencia, la auto violencia, que a lo largo del tiempo se ha intentado explicar a través de conductas y patologías individuales. Es un fenómeno multifactorial que se produce actualmente en una sociedad globalizada, que deja al individuo en segundo plano, donde aumentan los sistemas de comunicación, aunque el individuo vive en soledad, favoreciendo la depresión, y las fármaco dependencias, entre ellas el alcoholismo. El Suicidio se interpreta como un desorden multidimensional que resulta de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociológicos, destacando que el impacto social, psicológico y psicosocial que provoca en la familia, en la comunidad y en la sociedad es incommensurable.¹

El Uruguay presenta una tasa de suicidio por encima de la tasa mundial, lo que lo ubica en el primer tercio de países con las tasas más altas del mundo y en el segundo o tercer lugar en el Continente Americano.²

A nivel mundial se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad "global" de 16 por 100 000, o una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60%. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años.

Se estima que a nivel mundial el suicidio constituyó el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4%.^{3,4}

Sin embargo, estas cifras deben tomarse con cuidado dada la manera como se registran las defunciones por *suicidio*, varía enormemente entre los países, lo cual hace difícil comparar las tasas entre los mismos, debido al importante subregistro que pueden presentar algunos de ellos.⁵

Uruguay prácticamente ha completado la transición demográfica y epidemiológica, situación que se traduce en una mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles y en el aumento de los grupos de mayor edad. Las enfermedades cardiovasculares (tasa de mortalidad de 291,6 por cien mil), oncológicas (235,6 por cien mil), respiratorias (105,7 por cien mil) y las muertes por causas externas (65,0 por cien mil) (suicidios, homicidios y accidentes), constituyen las primeras causas de muerte (2010).⁶ En este sentido muestra que las características son similares a la de los países desarrollados. Uruguay presentó en el año 2010 una expectativa de vida de 76 años (73 para el hombre y 80 para la mujer), una tasa global de fecundidad de 1,99; una tasa bruta de mortalidad general de 9,39 por mil⁷, y una mortalidad infantil de 7,7 por mil.⁸ Los accidentes de tránsito y los suicidios se encuentran entre las primeras causas de muerte en los menores de 35 años.

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.⁹

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, problemas económicos sociales etc.^{9,10}

El objetivo de este estudio es determinar la magnitud y tendencia de las muertes por suicidio en el Uruguay en el período comprendido entre 1887-2010 y analizar su distribución según edad, sexo y lugar de residencia.

Material y método

Se trata de un estudio de tipo descriptivo con un área de estudio en el territorio de la República Oriental del Uruguay. Se trabajó con el total del universo de personas fallecidas por suicidio.

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). Entre 1950 y el año 2000 se utilizaron las estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad de CEPAL-CELADE-INE (1998). Del año 2001 en adelante se utilizaron las proyecciones de población total y departamental por sexo y edad 1996-2025 Instituto Nacional de Estadísticas.

Las defunciones entre 1887 y 1949 tuvieron como fuente de información la Serie Histórica de Mortalidad en el Uruguay por causa y sexo desde fines del Siglo XIX, 1897-1996. De los años 1887 a 1896 y de los años 1898, 1899, 1902, 1908, 1922, 1926, 1927 y 1949 fueron tomadas de la Facultad de Ciencias Sociales del Programa de Población de Adela Pellegrino y del correspondiente Censo de Población. Entre 1950 y 1996, de la serie histórica de Mortalidad en el Uruguay, MSP/FISS. Entre 1997 y el año 2000, del Departamento de Estadística de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública (DIGESA –MSP). Entre 2001 y 2010 fue tomada de anuarios y series de tiempo referidas a las defunciones del Uruguay del período 1999-2010 (MSP División Epidemiología)

Desde 1901 comienza en el País la aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) con la 1ª Revisión llegando en nuestros días a la CIE10^a

Los Programas informáticos utilizados: EPI. INFO, EXCEL, SPSS; las técnicas estadísticas utilizadas fueron: promedios o medias móviles y cálculo de la tendencia. La línea de tendencia polinómica o curvilínea utiliza la ecuación polinómica: $g = b + c_1x + c_2x^2 + c_3x^3 \dots + c_6x$

Prueba de hipótesis para la diferencia entre las medias de dos poblaciones. Propiedades matemáticas de la distribución ji-cuadrada. Coeficiente de correlación de Pearson. Diferencias estadísticas entre las tasas cuando las tasas son independientes.

Resultados y discusión

La evolución de las tasas específicas de mortalidad por suicidio en 123 años de historia, en el Uruguay, (1887-2010) muestra un comportamiento irregular, variando de una tasa de 5,17 a 16,65 por cien mil. Si se analiza el comportamiento de la tasa así como la curva de promedio móvil, (Gráfico 1) se observa:

1. 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 XX)

2. Un segundo período de descenso prácticamente sistemático entre 1936 y 1988 llegando a una tasa de 8,77 por cien mil.
3. Y un tercer período entre 1989 y 2010 de ascenso casi continuo, con una tasa final de 16,65 por cien mil, con un máximo en el año 2002 de 20,89 por cien mil, siendo de esta manera la tasa más alta de la historia.

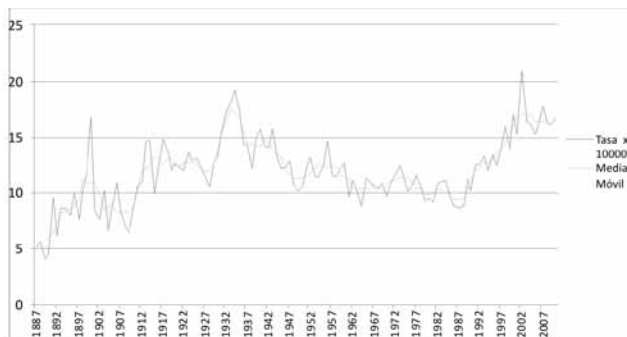
El primer período presenta una tendencia ascendente, con un primer escalón en 1900, con una tasa máxima de 16,72 por cien mil, un segundo con una tasa máxima de 14,83 por cien mil en 1917 y un tercero con la tasa más alta del siglo XX en 1934, 19,15 por cien mil. Si se compara la tasa de suicidio en 1887 con la de 1934 observamos un crecimiento de 370%, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,005$)

Dentro del primer período y a partir del censo de 1908 hasta el año 1929 se observa, cierta estabilidad de la tasa, con un pico que comienza en el año 1930 y tiene su máxima expresión en 1934, coincidiendo con el período económico de desarrollo hacia fuera, (modelo agro- exportador) y la transición entre éste 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 1933.¹¹

En el segundo período se visualiza una tendencia al descenso de la tasa, que si bien es oscilante, llega en 1988 a 8,77 por cien mil (mínimos valores en la segunda mitad del siglo XX). Si se compara la tasa de suicidio en 1936 con la de 1988 observamos una disminución de 61%, ($p < 0,005$).

A partir de 1989, se observa, el ascenso sistemático de la tasa en la curva de media móvil (Gráfico N° 1), llegando al valor más alto en el año 2002 (20,89 por cien mil), para luego oscilar en el entorno de 16 por cien mil. Si se compara la tasa de suicidio en 1989 (11,18 por cien mil) con la de 2010 (16,65 por cien mil) observamos un aumento de 49%, ($p < 0,005$). Esta tasa del año 2010 y naturalmente la de 2002 se encuentran por encima de la tasa mundial ubicada en 16 por cien mil.

Gráfico N° 1: Distribución de tasa de suicidio y media móvil según año. Uruguay 1887 - 2010



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)
 Proyecciones de población total y departamental por sexo y edad 1996-2025 INE, División Epidemiología DIGESA-M.S.P

La tasa de suicidio ha aumentado en los 123 años considerados en forma estadísticamente significativa, presentó dos grandes elevaciones dadas por los años 1934 y 2002. La tasa global y la tasa masculina presentaron las cifras más elevadas de la historia en el año 2002.

El aumento de la tasa de suicidio en el siglo XX en particular, en el año 1934, el pico mayor de ese siglo se desarrolla en un contexto de crisis económica ocurrida en 1929 y de ruptura institucional en 1933, en donde el ex Presidente de la República Baltasar Brum en señal de protesta se suicida utilizando como método el disparo por arma de fuego. 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.^{12,13,14,15} 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^{12,13}

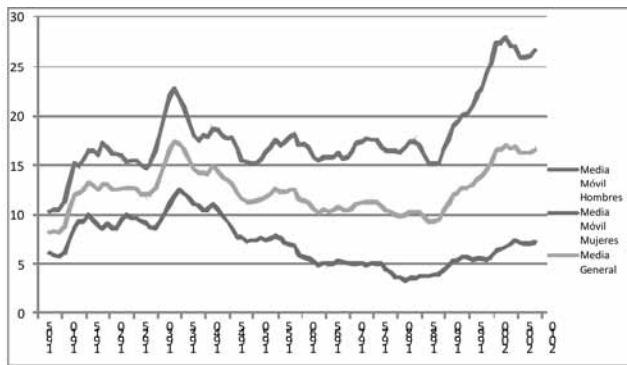
Por otra parte el mayor valor de la tasa de suicidio en la historia del País coincidió también con una severa crisis económica que debilitó profundamente al sistema financiero, la crisis de 2002 constituyó un proceso de insolvencia financiera que afectó a más de la mitad de la banca comercial, y produjo la desaparición de algunos de las empresas financieras más emblemáticas y el virtual colapso del sistema económico del país. El PBI cayó un 11%, disminuyó el comercio en 24%, la construcción en 22%, la industria en 14%, el transporte y comunicaciones en 9%, la inflación que presentaba cifras de un dígito se disparó al 26%, la devaluación del peso uruguayo fue del 100%, el desempleo llegó al 20% de la población económicamente activa y el salario real de los trabajadores cayó un 11%. Se estableció de esta manera la crisis económica-social más importante de la Historia del Uruguay.

El estado uruguayo perdió reservas por más de 3.100 millones de dólares, cuatro bancos quebraron, el dólar se devaluó, miles de ciudadanos quedaron en la ruina y otros cientos de miles emigraron. El gobierno tomó medidas de austeridad en el gasto y de responsabilidad fiscal, que desembocó finalmente en un aumento de la pobreza, que llegó a subir al 37%.

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.^{16,17,18} Se destaca asimismo, que no solo los cambios contribuyen a elevarlas sino también, el entorno y las condiciones de vida, son determinantes.¹⁷ El proceso Salud – Enfermedad, se encuentra influido por aspectos genéticos, biológicos, de habilidades de afrontamiento frente situaciones de estrés, por las redes sociales de apoyo y finalmente por las características del entorno.^{17,18} La violencia no es más que una forma de expresión de todos los aspectos anteriormente señalados¹⁹

En relación al sexo 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 período estudiado (Gráfico 2)

Gráfico N° 2: Distribución de las medias móviles de suicidio por sexo, según año. Uruguay 1905 - 2010



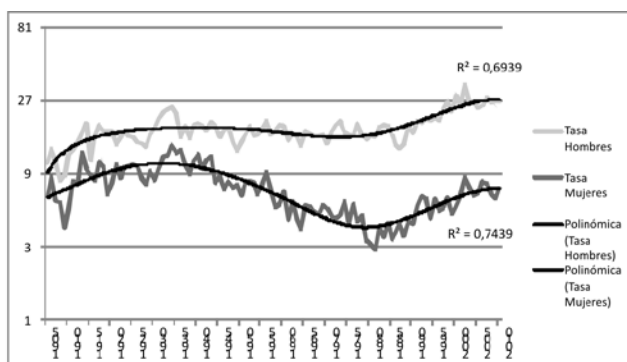
Fuente: Proyecciones de población y fallecidos por suicidios, Adela Pellegrino, Programa de Población F.C.S. (2000) Serie Histórica de mortalidad en el Uruguay, MSP-FISS (1997) Uruguay: Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y edad CEPAL-CELADE-INE (1998) Proyecciones de población total y departamental por sexo y edad 1996-2025 INEDivisión Epidemiología-DIGESA-M.S.P

El análisis del promedio móvil, (Gráfico N° 2) y de la tendencia, (Gráfico N° 3) para el sexo masculino y femenino en el período comprendido entre 1905 y 2010 (no es igual al período de la tasa general debido a que se contó con datos de sexo a partir de 1905) muestra una brecha que separa a la tasa masculina de la femenina, una mayor prevalencia de la tasa masculina sobre la tasa general y la femenina.

Se observa a lo largo del tiempo un aumento de la brecha entre ambos sexos: en 1905 la razón masculino/femenina fue de 1,6, en 1934 de 1,8; en 1981 llegó al valor máximo de 5,4 para luego disminuir y oscilar en torno a 4 hasta el 2010.

En consecuencia, la brecha crece hasta principios de la década del 80' fundamentalmente a expensas de la disminución de los suicidios femeninos y el mantenimiento de la tasa masculina.

Gráfico N° 3: Distribución de las tasas de suicidio por sexo y tendencia según año Uruguay 1905 - 2010



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) Proyecciones de población total y departamental por sexo y edad 1996-2025 INEDivisión Epidemiología-DIGESA-M.S.P

El comportamiento de la tasa masculina en el siglo, (Gráfico N° 2) estudiada a través del promedio móvil, nos muestra períodos claramente diferenciados: Un primer período, que muestra el aumento de la tasa entre 1905 y 1934 pasando de 10,74 a 24, 51 por cien mil, un segundo período estacionario entre 1936 y 1988, con tasas de 15,75 y 14,29 por cien mil respectivamente, y un tercer período de aumento entre 1989 y el año 2010, llegando a la tasa de mayor valor del período en 2002.

Según Durkheim, los hombres son los que más se suicidan; se podría decir que el suicidio es una inclinación masculina²⁰. Si bien el suicidio predomina en el sexo masculino, la relación hombre / mujer varía con los distintos países^{21,22,23}

A nivel mundial, la OMS (2001) señala una razón de 3,5 a 1 entre ambos sexos. En diversos países de Europa: Inglaterra y Gales^{24,25}, Austria²⁰, Países Bálticos^{26,27,28} Italia²⁹ se reportaron tasas de suicidio superiores en el sexo masculino. La razón hombre/mujer pasó de 3,1 en 1979 a 4,5 en 1994 en los EEUU y más del 70% de los suicidios fueron cometidos por hombres^{30,31}. En Chile entre 1989 y 1995 se encontró una relación hombre/mujer de 4,8 a 1³² Robertt estudió en Uruguay 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).³³

En consecuencia, la tendencia (Gráfico N° 3) nos muestra un aumento con oscilaciones de la tasa en el siglo, pasando de 10,74 por cien mil en 1905 a 26,70 en el año 2010.

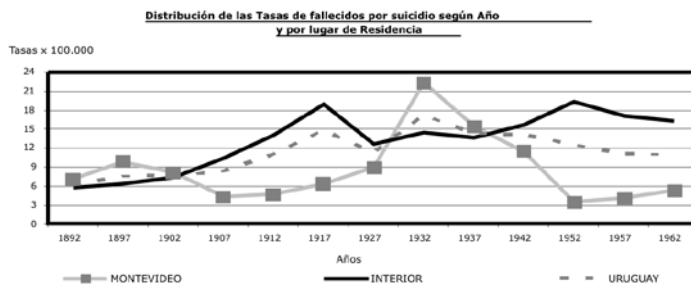
Se destaca que la tasa masculina llega a principios del siglo XXI a los valores más elevados de la historia, y que las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas.

Las diferencias observadas entre las tasas de suicidio en los años censales y el año 2010, muestran un aumento de 226% entre 1908 y el año 2010, 66 % para 1975, 66% para 1985 y 33 % para 1996 (p < 0,05). En la tasa femenina (Gráfico N° 2) 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 con oscilaciones hasta el 2010 (tasas de 3,74 a 7,26).

Tasa de suicidio y lugar de residencia

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 hasta 1962. (I/M = 3,10). El interior del país ha tenido a lo largo de la historia, tasas más elevadas que Montevideo, con excepción prácticamente del pico ocurrido en 1934 (Razón I/M de - 0,89, en 1934) (véase Gráfico N° 4).

Gráfico N° 4 (1892-1962)



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)

A partir de 1963 (Gráfico N° 5) se observa un acortamiento progresivo de la brecha entre las tasas, pasando de una relación I/M (Interior-Montevideo) de 5,18 en 1963 a una relación de 1,52 en el año 2007. Esta relación en el año 2002 fue de 1,27.

La tasa aumenta entre 1963 y el año 2002 en un 485% en Montevideo, (paso de 3,08 por cien mil a 18,03 por cien mil) en tanto en el Interior lo hizo tan solo un 43% (de 15,92 a 22,91 por cien mil en el año 2002) Hechos confirmados por Dajas,¹⁶ Maresca,³⁴ y Robertt³³ en Uruguay.

Gráfico N° 5: Distribución de la tasa de suicidio según año y lugar de residencia. Uruguay 1963 – 2007



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) Proyecciones de población total y departamental por sexo y edad 1996-2025 INE División Epidemiología-DIGESA-M.S.P

El suicidio para Durkheim²⁰, es 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 Robertt³³, que Montevideo precede al Interior en los movimientos de la tasa³³ (obsérvese el Gráfico N° 5). Montevideo comienza a aumentar en 1980 y el interior al igual que la tasa para todo el País en 1989

Es decir, en las dos situaciones en donde la tasa crece en mayor proporción, lo hace a expensas de Montevideo (1934 y 2002)

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 macrocefálica.

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. El Interior ha presentado 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 llegando en el 2002 a una relación I/M de 1,27.

Diversos autores y entre ellos Dajas¹⁶ en Uruguay señalan el cambio socioeconómico como determinante del suicidio más que la condición del mismo. 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 morbimortalidad de las poblaciones.

La crisis señalada, de los años 1929 y su repercusión, así como la del año 2002 parecerían dar prueba de ello.

Tasa de suicidio y grupo de edad

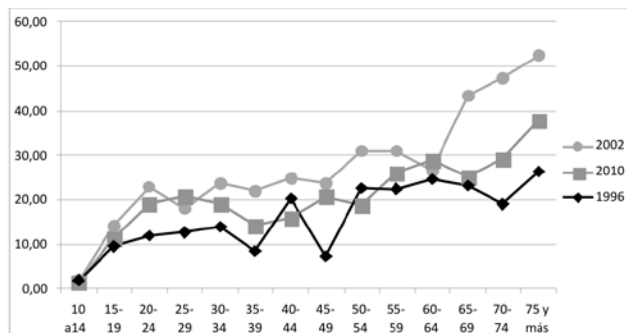
En el año 2002 (Gráfico N° 6) se observa un pico de la tasa de suicidio, en el grupo de 20 a 24 años con una tasa de 22,94 por cien mil, con un valor en los de 15 a 19 años de 14, 03 por cien mil, seguido por una leve tendencia ascendente hasta los 64 años. A partir de esta edad se produce un aumento pronunciado llegando en los mayores de 75 años a 52,44 por cien mil, el valor más alto registrado en la historia del Uruguay. Los valores de todos los grupos de edad considerados fueron mayores que en los censos de 1908 (15 a 19 años de 5,86, 20 a 24 de 16,01 por cien mil respectivamente), 1963(15 a 19 de 9,72, 20 a 24 de 16,1 y 75 y más de 26,74 por cien mil respectivamente), 1996(15 a 19 de 9,54, 20 a 24 de 11,88 y 75 y más de 26,31 por cien mil respectivamente),

En el año 2010, si bien los valores de las tasas son inferiores a la crisis del 2002, se mantiene la tendencia al aumento de la tasa de suicidio en todos los grupos de edad en relación a los años censales de 1908, 1963 y 1996: con cifras de 11,19 por cien mil entre 15 a 19 años, 19, 35 por cien mil entre los de 20 a 24 años y con 37, 85 por cien mil en los mayores de 75 años.

En el Uruguay en un estudio presentado como Tesis de Maestría en Epidemiología en el año 2004², se observa como la tasa global de suicidio se ubica en el noveno lugar como causa de muerte siendo mayor a la de accidentes de tránsito, en el grupo de edad de 15 a 24 años, como primera causa de muerte delante de accidentes de tránsito y en el de 25 a 34 años como segunda causa detrás de tumores y delante de accidentes de tránsito y finalmente en el de 75 y más años en el lugar número 13 delante también de accidentes de tránsito.

Los análisis seculares apoyan la hipótesis de que existe un verdadero incremento de este fenómeno desde 1950 a la fecha entre los adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores de la población europea y norteamericana. ^{35,36}

Gráfico N° 6: Distribución de la tasa de suicidio según edad Uruguay 1996, 2002 y 2010



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) Proyecciones de población total y departamental por sexo y edad 1996-2025 INE División Epidemiología-DIGESA-M.S.P

Conclusiones

A lo largo de los 123 años que abarca el estudio existieron variaciones significativas en la tasa de suicidio, existiendo tres períodos diferenciados, el primero de aumento, el segundo

de descenso y el tercero con un incremento que elevó la tasa a los valores más altos de la historia. Los aumentos bruscos coincidieron con etapas de conmoción social y económica. El incremento de la tasa en situaciones de crisis se realizó a expensas fundamentalmente de la ciudad de Montevideo.

El análisis por edad, sexo y lugar de residencia muestra que la tasa suicidio es mayor en los adultos de más de 65 años, en los hombres, y en el interior del país. Sin embargo en los últimos años se presentó un incremento en los jóvenes entre los 15 y 34 años, fenómeno que requiere de mayor estudio para conocer su causa.

Podemos afirmar que en el Uruguay el suicidio, por su magnitud e impacto en la población constituye un problema mayor de salud pública.

Recomendaciones

La Autoridad Sanitaria del Uruguay (Ministerio de Salud Pública) ha presentado un Plan Nacional de Prevención del Suicidio, en tal sentido se estima de relevancia su profundización y seguimiento.

Bibliografía

1. 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)
2. Vignolo JC. Estudio del Suicidio en el Uruguay. Período 1887-2000 y Análisis epidemiológico del año 2000. Tesis de Maestría en Epidemiología. Departamento de Medicina Preventiva y Social, 2004.
3. OMS. Figures and facts about suicide. WHO / MNH / MBO / 99.I. Génova. 1999. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_MNH_MBD_99.1.pdf
4. Krug,E, Dahlberg,L, Mercy,J, Zwi B, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization Geneva 2002
5. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Francia, 2001.
6. MSP. Mortalidad en el Uruguay año 2010. Disponible en <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?6490,23187>
7. INE. Proyecciones de población total y departamental por sexo y edad 1996 2025. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/proyecciones2008.asp>
8. MSP. Mortalidad infantil en Uruguay 2011. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?6487,23703>
9. OPS/OMS. Informe Mundial sobre violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica. Washington D.C .2003; 588.
10. Lucero A, Rossana K, Díaz N, Villalba, L. Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001: el método de la autopsia psicológica. Rev. Psiquiatr. Urug; 67(1): 5-20, ago. 2003
11. Academia Nacional de Economía. Contribución a la Historia económica del Uruguay. Montevideo, 1984
12. Academia Nacional de Economía. Contribución a la Historia económica del Uruguay. Montevideo, 1984.
13. 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.

14. Nahum B. Manual de Historia del Uruguay. Tomo II: 1903-2000. EBO, 11^a ed, Montevideo. 2003.
15. Nahum B. Breve Historia del Uruguay independiente. EBO, Montevideo. 2003.
16. Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Rev. Méd. Uruguay.* 1990; (6): 203-15.
17. Almendras I. Método EBE, Estrategias para el “Bien – Estar” Manual de psicoeducación para trabajadores de la salud y educadores. 1^a edición. Ediciones del Milenio, Montevideo. Mayo 2002.
18. Almendras I. ¿Bien estar o depresión? Guía práctica para estar bien. 1^a edición. Ediciones del Milenio, Montevideo. Mayo 2001.
19. Gonzáles 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
20. Durkheim E. El suicidio. Estudio de sociología (1897). Bs.As. Schapire Ed. 1951; 7-315
21. OMS. Preventing suicide: a resource for general physicians. WHO / MNH / MBD / 00.1. Geneva 2000; 1-18
22. Crome P. The toxicity of drugs used for suicide. *Acta Psychiatry Scand.* 1993 ; (371)33-37
23. Crumley FE. Substance abuse and adolescent suicidal behaviour. *JAMA.* 1990; 263(22):3051-3056
24. McClure G. Trends in suicide rate for England and Wales, 1975-1980. *British Journal of Psychiatry.* 1984 ;(144):119-126.
25. (1987) Suicide in England and Wales, 1975-1984. *British Journal of Psychiatry,* 150:309-314.
26. (1994) Suicide in children and adolescents in England and Wales, 1960-1990. *British Journal of Psychiatry,* 165:510-514.
27. Mc Clure G. Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. *British Journal Psychiatry.* 2000 ;(176):64-7
28. Retamal C, Humpreys D. Occurrence of suicide and seasonal variation. *Rev. Saúde Pública.* Wasserman D, Varnik K, Eklund G. Male suicides and alcohol consumption in the former Wasserman D, Varnik A. Increase in suicide among men in the Baltic countries. *Lancet.* 1994 ;(343):1504-1505.
29. Editorial. Suicide: Risk factors and the public health. *American Journal of Public Health.* 1993; 83(2):171-2
30. Móscicki E. Identification of suicides risk factors using epidemiologic studies. In: *The Psychiatric Clinics of North America. Suicide.* 2000; 499-514.
31. Singh GK, Kochanek KD, MacDorman MF. Advance Report of Final Mortality Statistics, 1994. *Monthly Vital Statistics Report.* Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics. 1996; 3 (45).
32. 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.
33. Robertt P. El suicidio en el Uruguay. ISSN- 0187- 3148. 1999; (6):66-78
34. Maresca I. Informe del Dpto. de estadística sobre mortalidad del suicidio. Dpto. de estadística MSP 1998.
35. Larraguibel M, González P, Martínez V, Valenzuela R. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Rev. chil. pediatr.* [online]. 2000, vol.71, n.3, pp. 183-191. ISSN 0370-4106. doi: 10.4067/S0370-41062000000300002.
36. OMS. Preventing suicide: a resource for general physicians. WHO / MNH / MBD / 00.1. Geneva 2000; 1-18