

Alta tasa de suicidio en Uruguay Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico

Dr. Federico Dajas

Se realizó un estudio de la importancia y la distribución del suicidio en Uruguay. La comparación con las tasas internacionales muestra que nuestro país tiene tasas muy altas de suicidio, que lo han llevado a ubicar en el primer puesto de los países no industrializados.

Un análisis de la distribución del suicidio por sexo y edad muestra una preponderancia en el hombre, en la séptima y octava décadas de la vida, la utilización de métodos violentos y, en más de 50% de los casos, la aparente concomitancia de trastornos psíquicos. El intento de autoeliminación muestra, en cambio, un perfil con preponderancia en la mujer joven (segunda década) utilizándose principalmente la ingesta de medicamentos (psicofármacos) como método.

La distribución en Montevideo del suicidio no se correlaciona con las grandes áreas socioeconómicas, aunque sí muestra una tasa mayor en una zona central que aproximadamente comprende desde la Ciudad Vieja hasta Pocitos y desde la costa hasta Bulevar Artigas al Norte. No se demostró en esa zona ninguna correlación con indicadores demográficos como vivienda, desocupación, índice de alfabetización, etc. En el interior del país se demostró una correlación significativa del fenómeno suicida con el índice de urbanización.

En base a estos datos se intenta una aproximación interpretativa y una definición del perfil suicida que ayude a su prevención.

Palabras clave:
Suicidio-inciencia
Suicidio-psicología
Depresión

Dr. Federico Dajas.
Jefe de la División Neuroquímica, Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable.
Departamento de Investigación Psicofarmacológica, Hospital Psiquiátrico.

Introducción

El suicidio, en su movimiento contra la fuerza del instinto de vida, sacude las convicciones habituales del observador, desorienta, sorprende y ha recibido por ello un tratamiento diferente, de contemplativo a rígido, de acuerdo a las culturas y los tiempos.

Búsqueda deliberada de la muerte o encuentro con ella en la búsqueda de un descanso o como huida frente a circunstancias vitales adversas, el suicidio ha sido y es defendido hoy por algunos como el derecho al libre uso de la propia vida. Cabe que respondan primeramente los

médicos y especialistas si el individuo enfrentado a la circunstancia que lo conduce al suicidio es realmente libre de manejar toda la gama de posibilidades que le permitirían salir de su situación vital dolorosa.

Integrado desde siempre a la historia política (Baltasar Brum y Getulio Vargas, por citar sólo dos ejemplos próximos) y la literatura, lo cierto es que numerosas comunicaciones han llamado la atención últimamente sobre su aumentos sobre todo en grupos selectos de edad como el de los adolescentes (1-3), en algunos países determinados como Inglaterra (4, 5), o en grupos especiales de edad como en Suecia (6).

En el contexto de una investigación de largo tiempo sobre la depresión, se planteó hace unos años un estudio del fenómeno suicida en nuestro país. Las primeras estimaciones comparativas mostraron cifras elevadas y fueron la base para un estudio cooperativo con la Clínica Psiquiátrica

Correspondencia:
Dr. Federico Dajas
División Neuroquímica, Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable (IIBCE), Av. Italia 3318, 11600 Montevideo, Uruguay.

CUADRO I

Tasa de suicidio por 100.000 hab. 1960

1.	Rep. Fed. Alemania	37
2.	Hungría	25
3.	Austria	23.1
4.	Checoslovaquia	22.3
5.	Japón	21.6
6.	Finlandia	20.5
7.	Dinamarca	20.3
8.	Suiza	19.2
9.	Rep. Dem. Alemana	18.6
10.	Suecia	17.4
11.	Francia	15.8
12.	Bélgica	14.6
13.	Yugoslavia	13.9
14.	Luxemburgo	13.4
15.	Uruguay	12.7
16.	El Salvador	12.1
17.	Inglaterra	11.2
18.	Hong Kong	11.1
19.	Cuba	11.1
20.	Estados Unidos	10.6

importantes en la determinación del fenómeno suicida en un país como Uruguay. Al mostrar nuestro país también tasas altas de suicidio tal cual surgió de un análisis preliminar, se ofrecía la posibilidad de estudiar el fenómeno suicida en dos contextos socio-culturales diferentes, lo que podría ser útil para evaluar el peso relativo de diferentes factores. Estas fueron las motivaciones de un estudio comenzado hace ya cuatro años y cuyos resultados preliminares, en relación con Uruguay, se presentan en este trabajo.

Las investigaciones sobre la etiología del acto suicida han tendido a ser influidas por el acercamiento metodológico que se intenta. Es así que sociólogos, psicólogos, psiquiatras han centrado, en diferentes momentos, la etiología en diversos aspectos parciales, psicológicos, sociológicos o biológicos, respectivamente (9, 10).

El presente trabajo es parte de un esfuerzo multidisciplinario más vasto —que incluye también una aproximación psicopatológica y psicobiológica— que, centrado en un modelo médico, trata de aproximarse desde las diferentes ópticas a un fenómeno social extremadamente complejo, de forma de poder aportar elementos que sean útiles a su prevención.

No debemos dejar de considerar que el suicidio y el intento de autoeliminación (IAE), hechos psiquiátricos con implicancia o riesgo vital, son manejados en sus instancias previas, la mayoría de las veces, por médicos generales y que por lo tanto cuanto más nos acerquemos a la comprensión general de la importancia y de la causalidad del hecho suicida, más podremos avanzar en su prevención.

trica del Hospital Karolinska de Estocolmo, actualmente en curso.

Los países escandinavos poseen desde hace tiempo altas tasas de suicidio, sin que se sepa aún a ciencia cierta su causa, a pesar de existir diferentes interpretaciones (6, 7).

Las condicionantes socioeconómicas, unidas al aumento de la tasa suicida en ciertos países (8) no parecen tener en Suecia un peso preponderante. Cabría suponer, sin embargo, a priori, que estas condicionantes podrían ser

CUADRO II

Tasa anual de suicidio por 100.000 hab. según grupos de edad. Datos del MSP para 1987.

	TOTAL	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	+75
URUGUAY	8.7	0.3	5.4	5.3	10.6	12.5	15.8	20.3	33.5
Artigas	10.1			20.1	12.7	15.9			114.1
Canelones	15.9	1.4	3.6	16.1	14.0	27.7	32.5	28.7	78.9
C. Largo	26.7		24.0	9.5	40.2	61.9	15.2	108.7	73.8
Colonia	6.2				22.3	15.8		11.0	17.4
Durazno	14.5		22.5	14.0	16.1	18.1	42.1		44.8
Flores	12.1		27.5		33.9		42.4		
Florida	19.5			23.4	38.0		61.4	20.7	95.4
Lavalleja	11.3					9.1	11.0	65.0	63.8
Maldonado	16.9		6.8		8.0	18.2	55.3	53.3	118.5
Montevideo	3.6	0.4	2.4	1.6	5.2	5.2	6.2	6.2	12.5
Paysandú	8.6		12.5			9.0	10.7	47.4	51.5
Río Negro	4.1				17.9	20.2			
Rivera	14.5		12.6	8.7	39.6	32.3	28.1	21.2	
Rocha	16.5			11.3			30.2	112.6	95.9
Salto	6.4		11.5	6.7	7.9	9.4	11.3	16.7	
San José	4.4				9.2		22.2	14.8	
Soriano	13.8		8.6	18.6		12.0	52.6	18.8	37.7
Tacuarembó	14.3		27.9		10.0	23.7		66.4	69.2
T. Tres	6.4				17.6	20.3			53.9

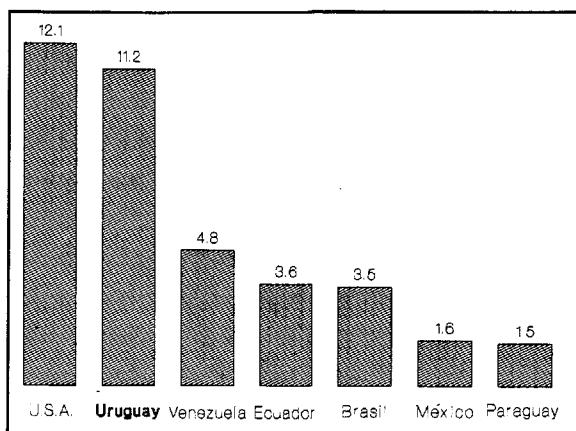


Figura 1. Tasa anual cada 100.000 habitantes para distintos países de América, obtenida de: 1986 Demographic Yearbook, United Nations, 1988.

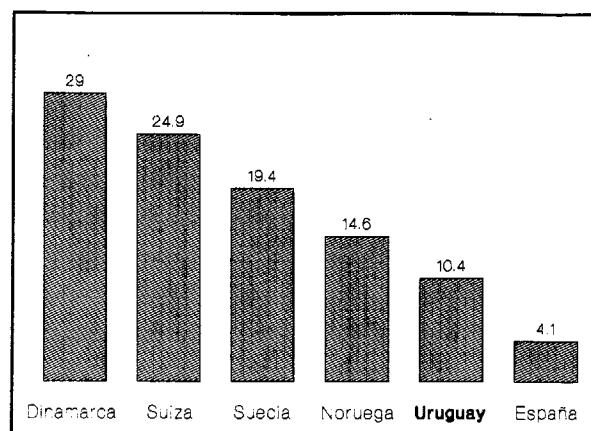


Figura 2. Tasa anual cada 100.000 habitantes para distintos países de Europa, obtenida de: 1985 Demographic Yearbook, United Nations, 1987.

Material y método

Estudio epidemiológico

Las cifras anuales de suicidio e intento de autoeliminación anteriores al año 1987 se obtuvieron de los Anuarios Estadísticos de la Dirección de Estadísticas y Censos. Los datos comparativos con otros países se obtuvieron del Anuario Demográfico de las Naciones Unidas (1986, 1987).

Los datos de suicidio e IAE por sexo, edad, medio y eventual motivo fueron obtenidos de los partes policiales diarios de las Seccionales Policiales de Montevideo y del interior del país, y fueron proporcionados por las Jefaturas de Policía de los diferentes Departamentos. Los datos

que se manejan corresponden a un promedio de los años 1987, 1988 y 1989.

Los datos de suicidio de acuerdo con el certificado de defunción, distribuidos por Departamento, para el año 1987, fueron proporcionados por la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública.

Las tasas regionales o zonales se obtuvieron a partir de las poblaciones de las seccionales policiales obtenidas por comparación con las correspondientes secciones censales proporcionadas por la Dirección de Estadísticas y Censos.

Todas las tasas se expresan en número de suicidios por año cada 100.000 habitantes.

CUADRO III
Tasa anual de suicidio masculino por 100.000 hab. según grupos de edad. Datos del MSP para 1987.

	TOTAL	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	+75
URUGUAY	13.4	0.3	7.8	7.4	16.4	19.5	24.7	31.3	73.4
Artigas	16.9			39.2	24.4	29.5			138.8
Canelones	23.1		7.2	20.3	28.3	30.0	59.8	34.2	133.8
C. Largo	45.7		48.2	19.7	78.2	94.0	29.6	138.8	88.9
Colonia	7.0				14.7	31.5			41.6
Durazno	17.7			27.5	31.6	34.3	41.7		104.1
Flores	23.7		53.0		64.4		82.0		
Florida	26.3				47.9		87.5	42.8	208.3
Lavalleja	19.2					17.4	22.3	89.6	144.6
Maldonado	27.3		13.3			34.9	111.5	37.2	280.3
Montevideo	5.0	0.9	4.0	3.3	7.1	7.3	4.6	7.7	32.7
Paysandú	13.3					17.6	20.5	96.4	126.3
Río Negro	7.8				34.4	37.0			
Rivera	22.7		12.8		60.4	64.7	57.4	46.0	
Rocha	23.6						29.6	232.6	153.3
Salto	9.2		11.5	13.8	15.9	18.6	22.8		
San José	8.7				17.7		42.6	29.1	
Soriano	22.3		16.9	37.0		23.1	51.3	38.4	76.9
Tacuarembó	25.9		55.1		19.2	44.8		135.8	82.9
T. Tres	4.2								122.6

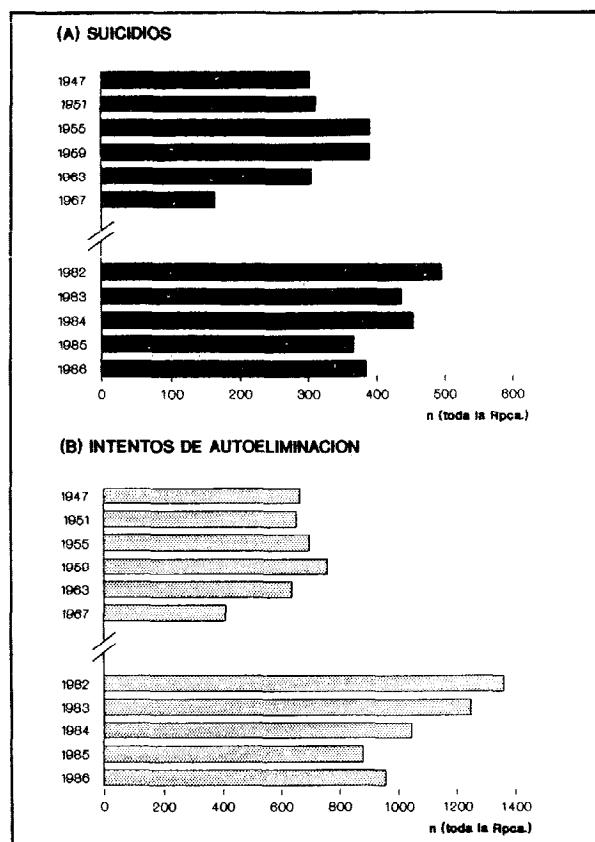


Figura 3. Número de suicidios (a) e intentos de autoeliminación (b) ocurridos en toda la República en los últimos 40 años. Datos obtenidos de la Dirección General de Estadísticas y Censos.

Resultados

Un análisis de las tasas anuales de suicidio ubica a Uruguay con una de las más altas del Tercer Mundo habiendo variado de ser el primero entre los países no industrializados (quinceavo lugar, 1960, Cuadro I), hasta datos más recientes (1987) en que sólo es precedido por Surinam, El Salvador y Puerto Rico. Con todo, en 1986, Uruguay poseía las tasas más altas de América Latina (figura 1).

Comparado con los países industrializados, Uruguay posee una tasa intermedia entre los países europeos latinos y los sajones (figura 2).

Las tasas de suicidio e IAE en Uruguay han aumentado en los últimos 40 años, con un ligero descenso en los últimos que alcanza su mínimo en 1987 —últimos datos disponibles— con una tasa de 8.6 por 100.000 habitantes (figura 3).

Si tomamos en cuenta que —para el IAE— los datos considerados para estas gráficas son solamente los proporcionados por los centros hospitalarios oficiales, debemos reconocer que probablemente las tasas de IAE son por lo menos la mitad de las reales.

Analizadas por su frecuencia relativa por grupos de edad y sexo las tasas de suicidio —de acuerdo con los datos de los partes policiales—, muestran un máximo para el hombre en la octava década de la vida (figura 4a, datos de Montevideo), aunque las tasas son altas a partir de los 50 años. El fenómeno se repite en el interior, con un predominio del hombre en la séptima y octava décadas (figura 5a, interior del país), pero con cifras sobre la media a partir de los 20 años.

Los datos del M. S. P. muestran tasas más bajas aunque cualitativamente similares, con un predominio del hombre

CUADRO IV
Tasa anual de suicidio femenino por 100.000 hab. según grupos de edad. Datos del MSP para 1987.

	TOTAL	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	+75
URUGUAY	4.3	0.3	3.0	3.3	5.0	5.9	7.6	11.6	8.8
Artigas	2.9								96.8
Canelones	8.7	2.9		11.9		25.4	5.4	23.7	37.7
C. Largo	7.6					26.2			82.1
Colonia	5.3				30.2			21.1	
Durazno	11.1		47.8						
Flores									
Florida	12.4			47.8	26.9		32.4		
Lavalleja	3.3							33.9	
Maldonado	6.4				16.3			67.8	
Montevideo	2.4		0.9		3.6	3.6	7.4	5.1	2.3
Paysandú	3.8		25.5						
Río Negro									
Rivera	6.5		12.4	16.3	19.4				
Rocha	9.1			23.0			30.8		54.8
Salto	3.6		11.5					32.2	
San José									
Soriano	5.1						54.0		
Tacuarembó	2.4								59.4
T. Tres	8.6				35.8	33.6			

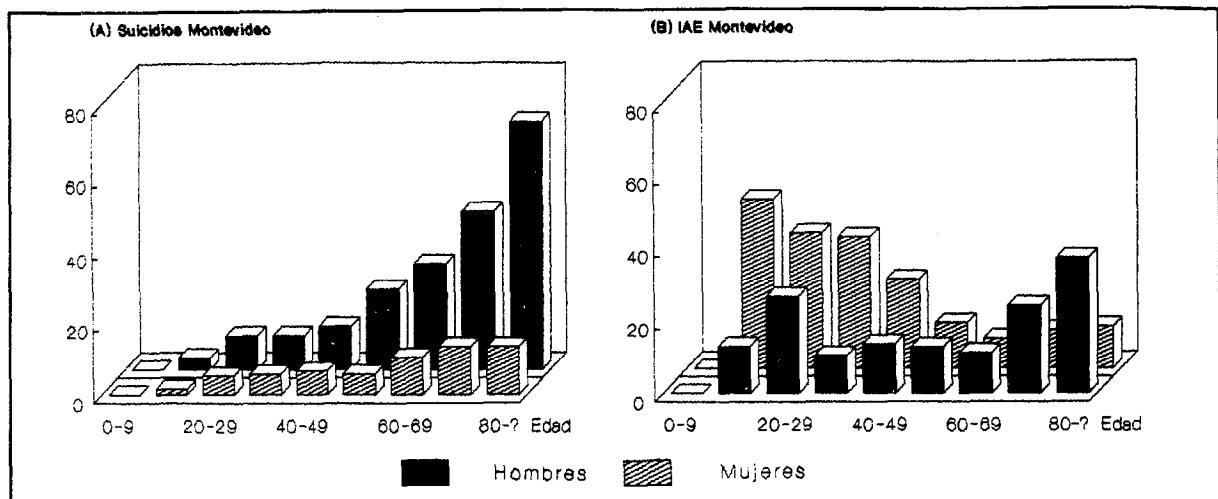


Figura 4. Tasa de suicidios (A) e intentos de autoeliminación (b) por 100,000 habitantes según sexo y edad para el Depto. de Montevideo. (Tasa promedio del período 1987-89). (Fuente: Jefatura de Policía de Montevideo, población según censo de 1985).

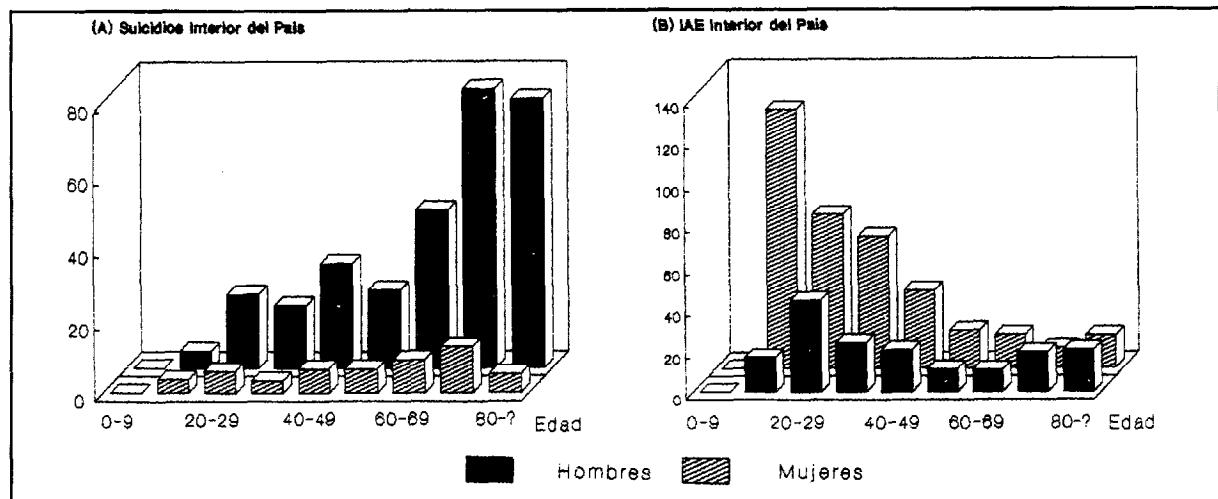


Figura 5. Tasa de suicidios (A) e intentos de autoeliminación (b) por 100,000 habitantes según sexo y edad para el interior del País. (Tasa promedio de 11 departamentos, período 1987-89). (Fuente: Jefaturas de Policias Departamentales, población según censo de 1985).

de más de 70 años, siendo la relación global de la frecuencia de 3 a 1 en el hombre con relación a la mujer (con variaciones en los diferentes departamentos; cuadros II, III y IV).

El mismo análisis para el IAE muestra un máximo en la mujer en la segunda década de la vida (figuras 4b, 5b, datos de Montevideo e interior). En estas figuras se puede apreciar un fenómeno particular que es la alta tasa de IAE en los hombres entre 20 y 29 años y también en los ancianos en Montevideo.

En Montevideo los métodos utilizados para el acto suicida han sido mayoritariamente violentos, predominando el arma de fuego y el ahorcamiento (figura 6). Para los IAE se utilizaron principalmente sobredosis de psicofármacos (figura 6).

En relación con la motivación aducida, figuran, en el caso

de los suicidios, los motivos psiquiátricos como los más frecuentes (más de 40%), siguiéndoles los problemas familiares (19%) y de salud (12%) (figura 7). En el IAE, por el contrario, predominan los motivos familiares (37%) y sentimentales (20%), que sumados a los psicológicos (25%) constituyen más de 80% de la motivación aducida (figura 7). Globalmente, no hay diferencias significativas con la motivación registrada en el interior del país aunque se puede resaltar la importancia de los problemas de salud para el suicidio en el hombre, y los problemas familiares para el IAE en el hombre y la mujer.

No se observaron en Montevideo grandes cambios estacionales, aunque hay una ligera tendencia a incrementar las tasas de suicidio hacia el fin de la primavera y comienzo del verano.

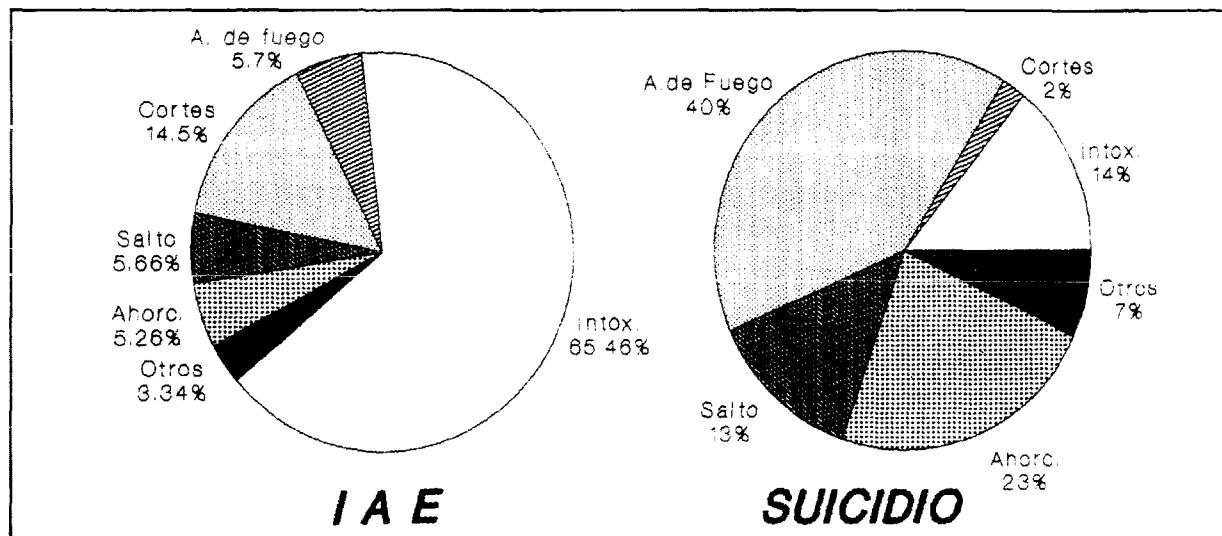


Figura 6. Distribución porcentual de los distintos medios empleados por suicidas e intentadores. Datos obtenidos de los partes policiales correspondientes a los años 1987, 1988.

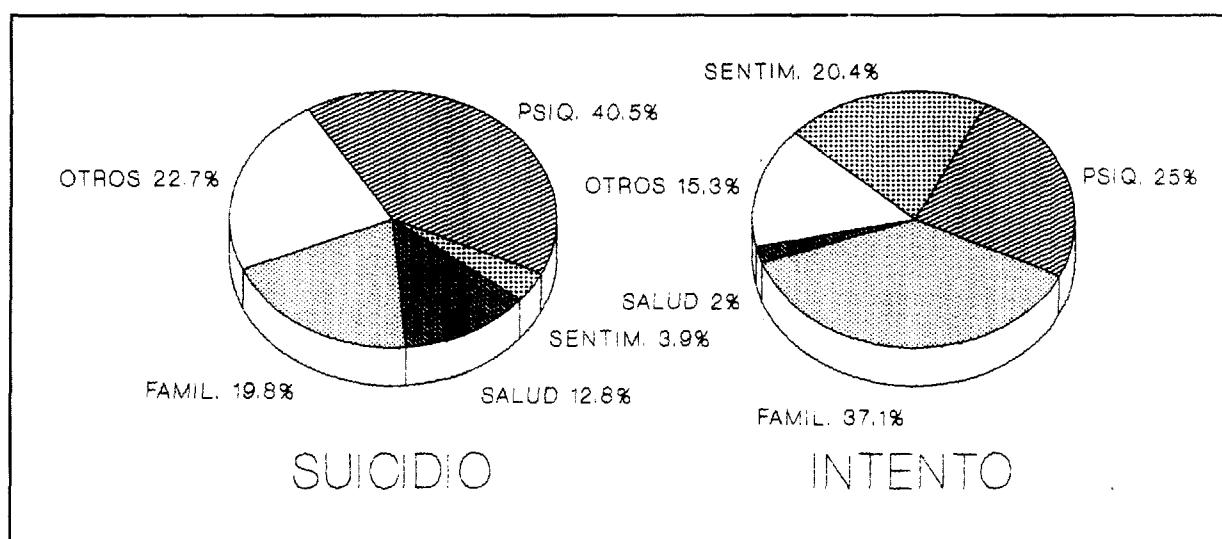


Figura 7. Distribución porcentual de las motivaciones aducidas por intentadores y familiares de suicidas. Datos correspondientes a Montevideo. Fuente: Partes policiales.

Hay un predominio de los hombres casados en el suicidio (50%) y de los solteros en el IAE (Cuadro V).

Epidemiología del suicidio en Montevideo

Cuando se estudia la distribución y frecuencia de los suicidios en Montevideo por zona geográfica se puede observar, tal cual se desprende de la figura 8, que hay una zona con una tasa muy alta (18.3 suicidios por 100.000 habitantes) que abarca aproximadamente desde la costa hasta Propios y desde Bvar. Artigas hasta Avda. del Libertador Lavalleja (incluye los barrios Sur, Centro, Palermo, Cordón, Aguada y La Comercial —zona 2 en el mapa—).

La Ciudad Vieja (zona 1) y Pocitos y Parque Batlle (zona 5) están en una situación intermedia (11.5 y 10.9, respectivamente) mientras que las zonas Norte o Este muestran

CUADRO V

	Suicidios	Intentos
Est. Civil		
Soltero	24.10%	50.09%
Casado	50.36%	39.15%
Viudo	18.35%	6.35%
Divorciado	7.19%	4.41%

CUADRO VI

Tasa de suicidio por 100.000 hab. por zonas de Montevideo.

ZONAS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Zona 1	11.5	16.1	7.6
Zona 2	18.3	23.9	12.4
Zona 3	9.3	14.9	4.6
Zona 4	6.7	10.4	3.3
Zona 5	10.9	12.7	9.5
Zona 6	6.9	10.7	3.5
Zona 7	5.3	8.5	2.2
Zona 8	9.4	13.9	9.1
Zona 9	5.3	10.9	2.7

(Promedio 1987-89) Población s/censo 1985

Fuente: Jefatura de Policía de Montevideo.

tasas más bajas (5.3 —zona 7— en Hipódromo al Norte; 6.7 —zona 4— en Sayago—Peñarol). En cada una de estas zonas continúa predominando el suicidio en el hombre aunque en algunas, como en la zona central mencionada, la relación con el suicidio femenino cambia, aumentando éste notoriamente (Cuadro VI).

Se realizó un estudio de la correlación existente entre la distribución del suicidio y las grandes áreas económicas

CUADRO VII

Representación de cada estrato social en las distintas zonas.

Nivel Socio-económico	Area 1 %	Area 2 %	Area 3 %	Area 4 %
Alto	14	23	7	4
Medio	29	41	41	41
Bajo	57	36	51	55

de la ciudad, tomadas éstas de un estudio sociológico previo de Canzani (11), que divide a la población de Montevideo en cuatro grandes áreas, con diverso perfil económico, de acuerdo a la distribución del ingreso (figura 9, cuadro VII).

Confirmando lo que intuitivamente todo montevideano puede estimar, existe un área Este donde predominan los estratos sociales con ingresos altos (Carrasco, Punta Gorda, 23% de habitantes con ingreso alto, cuadro VII), un área Norte donde predominan los estratos sociales con ingresos bajos (con sólo 4% de ingresos altos —área 4 del cuadro VII—) y dos áreas intermedias, con composición social mixta, correspondientes a las zonas de Ciudad Vieja y Aguada-La Comercial.

Cuando se obtienen las tasas de suicidio en todas estas áreas por comparación de las Seccionales Policiales y las

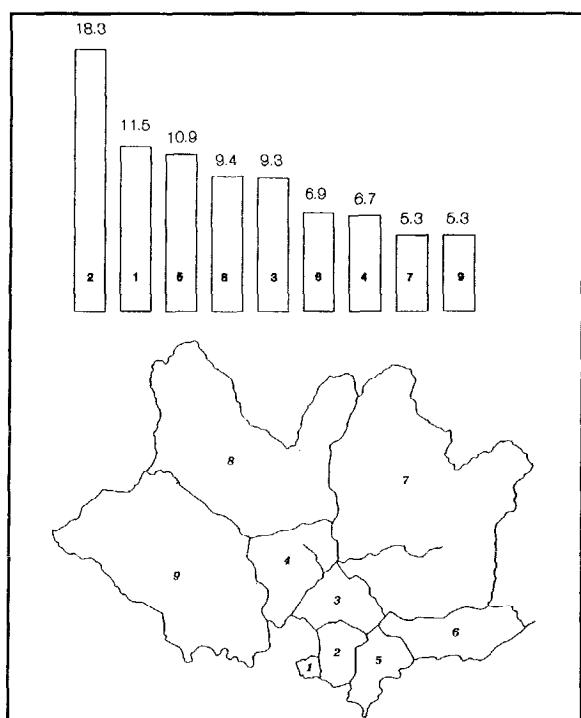


Figura 8. Distribución del suicidio por zonas de Montevideo. Las barras corresponden a la tasa anual de suicidio por 100.000 habitantes para cada zona de Montevideo especificada en el mapa. (Tasa anual promedio 87-89, datos de Jefatura de Policía de Montevideo, población según censo 1985).

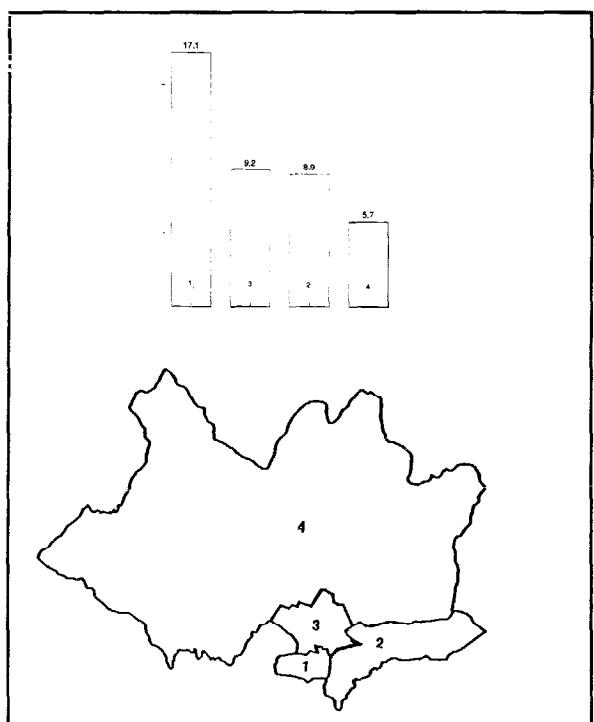


Figura 9. Distribución del suicidio según áreas económicas de Montevideo. Las barras corresponden a la tasa anual de suicidio por 100.000 hab. (promedio 87-89) de cada área especificada en el mapa.

CUADRO VIII

Tasa de suicidio por 100.000 hab. de departamentos del interior del país.

DEPTO.	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Artigas	12.03	17.8	5.9
Colonia	11.21	17.08	5.3
Durazno	14.85	21.8	7.5
Flores	10.66	18.45	2.5
Florida	17.60	27.5	7.1
Lavalleja	23.35	40.5	5.6
Maldonado	13.6	23.5	3.4
Paysandú	4.1	5.7	2.5
Rivera	10.81	17.4	4.4
Salto	9.09	15.8	2.4
San José	11.7	19.2	3.6
Soriano	15.9	23.9	7.6
Tacuarembó	15.69	24.5	6.5
T. Tres	15.66	17.0	14.29

(Promedio 1987-89) Población s/censo 1985
Fuente: Jefaturas de Policía Departamentales.

Secciones Censales, se observa que la mayor tasa corresponde al área 1, que es la que presenta la distribución más uniforme de estratos sociales (aunque aún presenta 57% de estratos bajos), correspondiendo a lo que sería la Ciudad Vieja ampliada hacia el este en dirección a Bulevar Artigas (tomando gran parte de la zona central mencionada previamente). Las tasas de las zonas de mayor nivel socioeconómico son iguales a la media del país.

La zona 4, que corresponde al norte del departamento, con la menor proporción de habitantes con altos ingresos, muestra la menor tasa de suicidios (5,7%).

En la zona con más alto índice de suicidios (que pasaremos a llamar zona Central), la distribución por sexo y edad muestra una agudización marcada de las características generales para el departamento de Montevideo y para el país en general, con un aumento del suicidio en el hombre viejo (con tasas que llegan a los 140 por 100.000 habitantes en la franja de 80 a 89 años) (figura 10). Si se compara con otra zona, tipo Carrasco, se observa que el perfil de distribución es similar.

Un análisis de algunos indicadores sociodemográficos de la zona central como estado civil, nivel de instrucción, actividad económica y vivienda, no mostró diferencias significativas con las medias del departamento excepto por una predominancia de las viviendas unipersonales. La tasa de desocupación, el tipo medio de vivienda, los niveles de instrucción, etc. no diferían significativamente de las medias (figura 11).

Epidemiología del suicidio en el Interior

Comparando las tasas globales por departamento (Cuadro VIII) —de acuerdo con los datos de las seccionales policiales—, sólo destaca Lavalleja, con una tasa de suicidio muy por encima de la media del país. Sorprende

el análisis de la distribución de suicidios en Lavalleja por edad y sexo. Si bien teóricamente sigue el perfil general de distribución en cuanto a la preponderancia de los hombres en edades avanzadas, las tasas son muy altas (300 por 100.000 habitantes) en el hombre de 70-79 años. Además existen tasas altas (más de 60 por 100.000 habitantes) en el rango de edad de 40-49 años y 60-69 años.

El análisis de los datos del MSP para el interior del país muestra el mismo perfil general de distribución, con tasas más bajas. En los datos del MSP predomina Cerro Largo, con una tasa muy alta en el hombre mayor pero con tasas altas además en el hombre de 15 a 24 años, por ejemplo. Con relaciones variables, continúa predominando el suicidio en el hombre, excepto para Treinta y Tres, que muestra un mayor suicidio femenino (Cuadros III y IV).

No podemos dejar de destacar la alta tasa de suicidio en hombres y mujeres jóvenes —15 a 24 años—, tal como se puede observar en los cuadros adjuntos.

Un análisis de regresión entre el índice de urbanización y las tasas de suicidio para el interior del país mostró una correlación significativa (menor de 0.05) con un índice de correlación de 0.75. Debe recordarse, además, que la zona con alta tasa de suicidio en Montevideo, es la más densamente poblada.

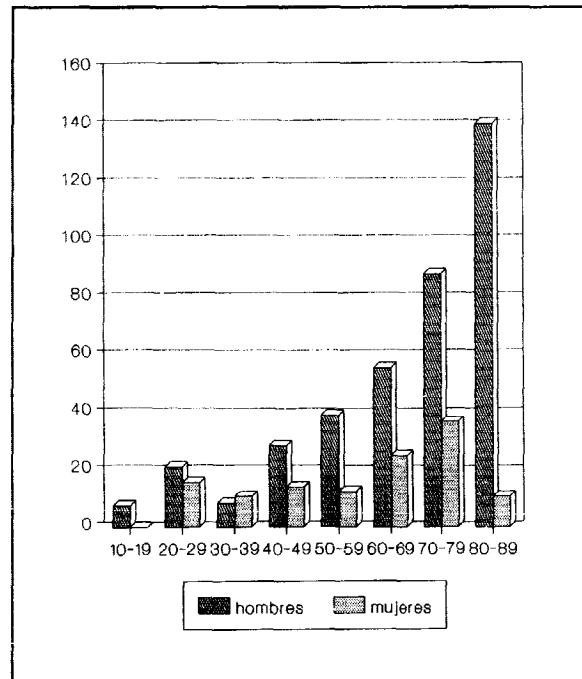
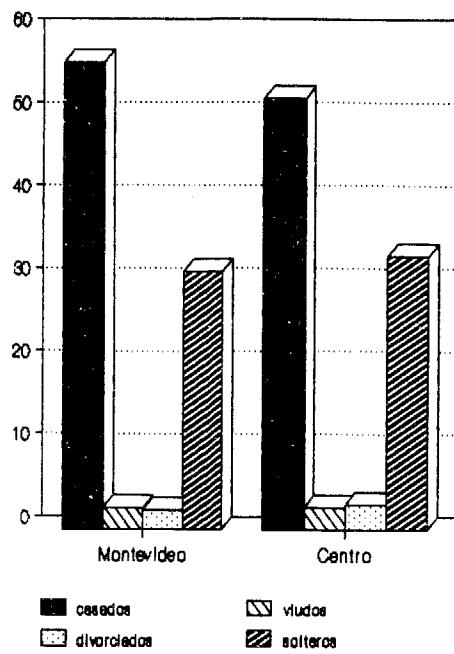
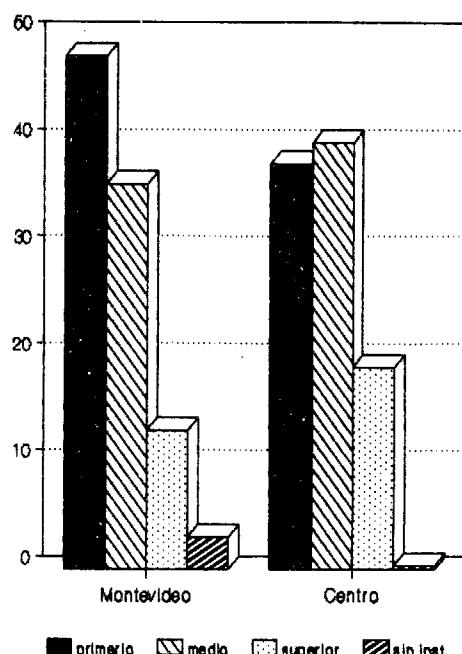


Figura 10. Tasa por 100.000 hab. según sexo y edad para la zona central de Montevideo (Zona 2 en la figura 8). Corresponde aproximadamente a los barrios Sur, Centro, Palermo, Cordón, Aguada y La Comercial. Tasa promedio 1987-89, población según censo 1985. La división de Montevideo y la distribución económica fueron tomados de Canzani, 1989 (10)

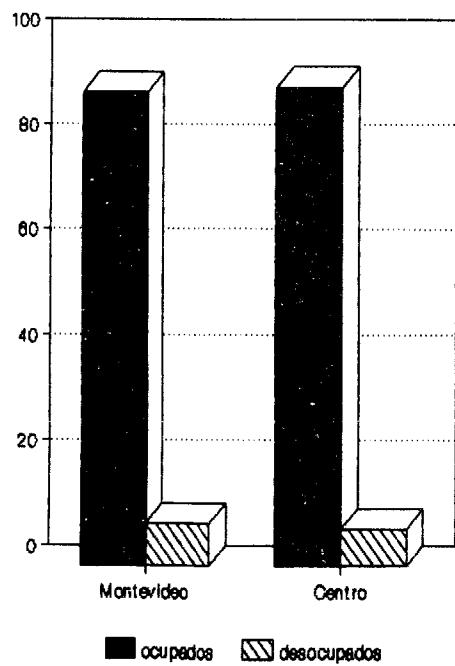
ESTADO CIVIL



NIVEL DE INSTRUCCIÓN



ACTIVIDAD ECONOMICA



VIVIENDA

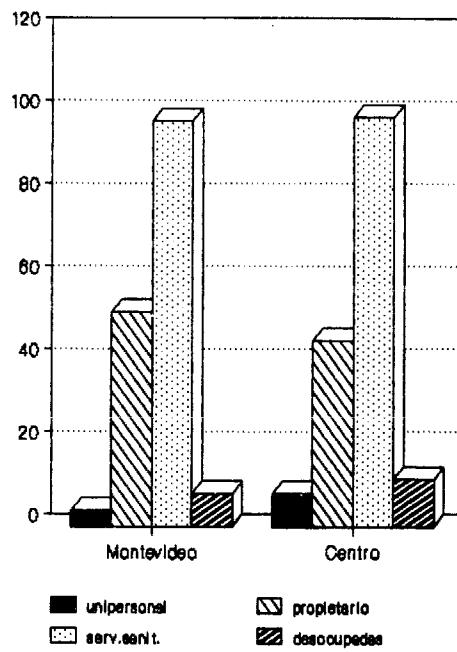


Figura 11. Comparación de distintos indicadores entre la zona central (Zona 2 en la figura 8) y el resto de Montevideo.

Discusión

De la comparación de los datos epidemiológicos obtenidos con los de otros países se puede concluir que las tasas de suicidio en Uruguay son muy altas, encabezando las tasas de los países del Tercer Mundo. Esta situación lo ubica entre los países europeos latinos y los países escandinavos que han liderado las tasas mundiales de suicidio (8).

Antes de pasar a la discusión de los datos, debemos discutir algunos aspectos metodológicos.

Se han analizado dos fuentes: las provenientes de los partes policiales y las aportadas por el MSP de acuerdo con los datos del certificado de defunción. El lector habrá apreciado sus diferencias.

En relación a ambas fuentes podemos decir que, si bien el parte policial es seguro en cuanto a que para la movilización del cuerpo de un suicida se requiere de intervención policial y judicial que queda por lo tanto registrada, es cierto también que no proporciona una precisión diagnóstica ya que es posible que accidentes y homicidios puedan ser tomados como suicidios. La incidencia de este aspecto, sin embargo, puede ser considerada menor.

En segundo lugar, el análisis de los datos del interior muestra un mismo fenómeno cualitativo, con diferencias que no son significativas. Se puede considerar a cada uno de estos estudios zonales como test de la fidelidad de la recolección en general, que se considera, por lo tanto, adecuada.

En tercer lugar, se asume, a los efectos de estudios de distribución, que el parte de la seccional policial donde figura el suicidio indica el domicilio del suicida. Esto puede no ser así, aunque en general el suicidio ocurre en el domicilio (12, 13).

Finalmente, al tomar los datos de la Jefatura de Policía, faltan las cifras de las Prefecturas Marítimas, para los suicidios ocurridos en la costa. Este hecho fue considerado en su momento, y se confirmó que son muy pocos, por lo que la incidencia sobre las tasas aquí descritas puede ser considerada despreciable. Por otro lado, la duda diagnóstica en este tipo de suicidios es aún mayor.

En cuanto a los datos proporcionados por el MSP, éstos muestran nuevamente el mismo fenómeno cualitativo de distribución con diferencia en las tasas. Esto se debería a que el MSP toma, como criterio estadístico, la especificación de suicidio en el certificado de defunción realizado por un médico forense, la cual no siempre se realiza.

Esta discusión permite evaluar las dificultades para un análisis epidemiológico adecuado. Sin embargo, en el marco de las limitaciones discutidas, todas las fuentes —a las que podemos agregar estudios realizados en la Morgue Judicial (14)— muestran un mismo perfil y confirman la gravedad del hecho suicida. Las variaciones introducidas por los diferentes métodos de recolección de datos son por lo tanto de una magnitud que no invalida los análisis de distribución realizados. Con estas salvedades pensamos que es posible utilizar los datos para aproximarnos a una mejor comprensión del suicidio en nuestro país.

Las estadísticas mundiales muestran que el suicidio predomina en el hombre más allá de los 50 años, utilizando métodos violentos (8, 15). El mismo perfil surge de nuestros datos, con un desplazamiento del predominio hacia edades más avanzadas (sexta y séptima década de la vida). Esto se puede deber a la especial pirámide de edades de nuestro país, con su peso relativo de una población avenida. Debemos recalcar además que las tasas son altas más allá de los 50 años, igualando las cifras de países como Dinamarca o Francia (16). Estudios previos en nuestro país (13, 14, 17) muestran un predominio relativo del hombre de 50 años. Las diferencias con nuestros datos provienen de que hemos utilizado tasas en vez de distribución relativa. Por otra parte, estos estudios previos coinciden en señalar la importancia del fenómeno suicida en nuestro país; los datos analizados por Murguía y col., por ejemplo, para algunos años de la década del sesenta y el setenta, son coincidentes en señalar la gravedad y el incremento registrado (17).

Con respecto a los métodos empleados, éstos son similares en sus características y su distribución estadística a los utilizados en otras partes del mundo (8) y a los relatados por Murguía para nuestro país (13).

En cuanto al análisis de la motivación aducida, debe tenerse en cuenta que ésta figura sólo en un porcentaje de los registros suicidas, y que es además la motivación recogida en el lugar, muy posiblemente de familiares. Aunque esto conlleva indudablemente una falta de precisión diagnóstica, ha sido utilizado para estimar las diferentes causas. En el caso de los síntomas psiquiátricos, por otro lado, el hecho de que éstos hayan sido percibidos por el entorno familiar nos da una cierta idea sobre su intensidad.

Entre los motivos aducidos figuran en primer lugar los psiquiátricos y luego los familiares. En acuerdo con la literatura podemos suponer que la depresión haya sido el trastorno más frecuente (7, 18, 19). La esquizofrenia y el alcoholismo son otros grandes determinantes psiquiátricos del acto suicida, estando los trastornos de la personalidad en un cuarto lugar (20, 21).

Otros determinantes importantes en otros contextos socioculturales, como la soledad, la destrucción del núcleo familiar, etc. (22), no parecen ser importantes en nuestra muestra. El estudio de Murguía y col. observó un ligero predominio, no significativo, del suicidio en los solteros (13), mientras que, en nuestro estudio, la mayoría de los suicidas eran casados, estando pobremente representados los viudos o divorciados.

En el análisis de los datos debemos considerar la correlación hallada entre el aumento de la tasa de suicidio y el índice de urbanización. ¿De qué forma un hecho tan complejo como la urbanización puede incidir sobre el suicidio? Es imposible responder acabadamente en esta primera aproximación. Sin embargo, se podría especular que factores como la agresividad y el aislamiento, frutos de la aglomeración, podrían actuar como factores determinantes adicionales.

Es importante considerar otro aspecto, como es el de los diferentes grupos que componen nuestra población. Sainsbury (8) relata un estudio de la inmigración europea

en los Estados Unidos. Las tasas de los diferentes grupos inmigrantes (suecos, irlandeses, italianos, etc.) se correspondían con las de los países de origen, indicando una cierta susceptibilidad de grupo. Nuestra situación de pueblo trasplantado del sur europeo (sin componente indígena) puede también considerarse como un factor que nos diferencia de los países del Tercer Mundo y nos aproxima a los europeos. Sería una matriz sobre la que han actuado las condiciones socioeconómicas adversas.

Numerosos estudios han destacado la importancia de determinantes coyunturales, eventos vitales desencadenantes, en la causalidad del acto suicida (8). Los acontecimientos socioeconómicos serían uno de estos eventos.

Se tomó la zona de Montevideo con mayor tasa de suicidio, a los efectos de analizar posibles determinantes socioeconómicos propios de esa zona, que pudieran estar influyendo sobre el hecho suicida. Ninguno de los índices (vivienda, empleo, nivel de instrucción, tiempo de permanencia en el lugar, lugar de procedencia, etc.) estudiados en la zona difiere de la media de Montevideo.

El estudio de Murguía en relación a la epidemiología del suicidio en Montevideo tampoco mostró una relación directa, con predominio de los estratos medios (53%) y baja representatividad de los estratos sociales altos (9%) o bajos (21%) (13).

Por lo tanto, aunque estemos llevados a pensar que los determinantes socioeconómicos son importantes en la causalidad suicida, la misma distribución internacional (con mayores tasas en los países industrializados) y los datos recogidos en nuestro estudio en relación a la ausencia de correlación entre áreas socioeconómicas y tasas de suicidio, no parecen demostrar la existencia de una correlación significativa.

Sin embargo debe recordarse que se han estudiado determinantes socioeconómicos generales de un área y ha sido imposible evaluar las condicionantes particulares que han actuado sobre el grupo suicida. Un aporte importante de los estudios sobre determinantes socioeconómicos en el suicidio es el que indica que éstas actuarían en una forma compleja, siendo el cambio socioeconómico el determinante, más que la condición socioeconómica en sí.

En base a estos datos y los obtenidos se podría formular entonces una hipótesis de trabajo: el suicidio se está presentando en estos años en nuestro país, predominantemente en una población de más edad, que es precisamente la que ha sufrido en forma más aguda el cambio ocurrido en las variantes socioeconómicas en el país. Este fenómeno estaría ocurriendo especialmente en las zonas más densamente pobladas e históricamente más viejas de la capital.

Si bien en algunas de las zonas de Montevideo con alta tasa suicida no hay diferencia con las medias socioeconómicas generales, lo cierto es que no podemos saber cómo han influido esas condiciones objetivas generales sobre una población particular de hombres posiblemente retirados.

Esas condicionantes actuando sobre todos los hombres mayores de una zona determinada, no generan por su-

puesto la ideación suicida en todos ellos, pero sí se transforman en determinantes sobre un grupo selecto, sobre el que la incidencia afectiva de estos factores es crítica.

Si los factores socioeconómicos per se no determinan la mayor o menor incidencia del fenómeno suicida, es dable suponer que existen individuos con una mayor tendencia al suicidio distribuidos a lo largo de la escala social. Estos individuos poseen mayor susceptibilidad por tener en forma clara o encubierta trastornos psíquicos que aumentan el riesgo suicida (depresión, esquizofrenia, alcoholismo, rasgos de personalidad con menor control del impulso agresivo, etc.).

Evidencias importantes acerca de una mayor susceptibilidad biológica han sido proporcionadas por los estudios que muestran una baja actividad serotoninérgica en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidas o que han intentado seriamente el suicidio (23), rasgo que nosotros hemos primariamente comprobado en un grupo de pacientes internadas. Estos marcadores biológicos se correlacionan con características de la personalidad, como una mayor agresividad y menor control del impulso.

La interacción de lo individual y lo social se daría independientemente de la escala social.

En un trabajo acerca de los aspectos esenciales del suicidio, Shneidman (24) plantea el suicidio como acto positivo de huida frente a un dolor afectivo intolerable y una situación de desesperanza profunda. Los estudios de Beck (25) han confirmado que la desesperanza es el estado afectivo crítico previo al acto suicida. Cross y Hirschfeld (22) plantean la existencia de eventos vitales negativos, vividos como pérdida en el período inmediato previo al acto suicida. Lyons (26) agrega, al estrato socioeconómico bajo, la ausencia de ayuda disponible en una crisis y la no pertenencia a organizaciones sociales como factores que contribuyen al suicidio en el anciano.

En un individuo enfrentado a la pérdida crónica, en una desesperanza creciente (en los estratos sociales bajos), o en un individuo no habituado a ella pero enfrentado a una gran pérdida súbita (en los estratos sociales altos), una nueva pérdida adicional (quizás ahora aparentemente fútil) puede llevar a la desesperanza profunda y actuar como precipitante. En un estudio sobre el suicidio en clases sociales altas hemos observado un claro aumento inmediatamente posterior al cambio de política económica de 1982 (la «tablita») (27). De la interacción dinámica de estos individuos con su entorno en este momento crítico, depende el desenlace. Como mencionábamos antes, las circunstancias que llevan al desamparo actuarían como agravante, mientras que la existencia de un entorno socio familiar empático podría actuar como «buffer» amortiguador de la incidencia del período crítico.

Resumiendo, circunstancias diversas actuando sobre la base de una personalidad con menor control del impulso y la agresividad, con debilidad de los lazos sociales pueden precipitar una situación de desesperanza, de bloqueo de alternativas, lo que unido al desamparo (real en aquellos carenciados socialmente o vivido en aquellos incapaces de captar lo social por su enfermedad) culmina en el acto suicida, que es una salida a una situación

subjetivamente vivida como intolerable y altamente dolorosa. Pueden, sin embargo, plantearse excepciones a este marco general donde predomina uno de los factores, como es el caso de muchos suicidios de esquizofrénicos que pueden ser determinados por la misma enfermedad (la tasa de suicidio para la esquizofrenia es 100 veces mayor que su grupo de edad) (20).

Dada la incidencia del suicidio en grupos de edad joven de ambos sexos, en algunos departamentos del interior del país, cabría preguntarse, de acuerdo a nuestra hipótesis, si las circunstancias socioeconómicas especiales de algunas zonas del país, con su bloqueo de expectativas sociales, no estaría actuando como una presión afectiva especial sobre un grupo más joven.

La conjunción de circunstancias sociales e individuales que finalmente llevan al hombre al suicidio también se estructura para confluir en el IAE en la mujer joven que, más dependiente en este período vital de vínculos afectivos, presionada por determinantes sociales (conflictos familiares) y/o económicos, encuentra en una última pérdida (un vínculo, una relación) la intolerable angustia vital de la desesperanza y el desamparo que sólo parece calmar la muerte percibida como una forma de descanso.

En suma, si bien no es posible proporcionar esquemas interpretativos rígidos en un campo tan complejo como el del suicidio y el IAE, existen sí posibilidades de prevención en la medida en que pensemos en la posibilidad del suicidio o un IAE frente a un individuo deprimido, enfermo o solo, que ha sufrido una pérdida y manifiesta su desamparo, especialmente si existen antecedentes de alcoholismo y/o enfermedad psiquiátrica. Lo mismo puede decirse de una mujer joven o una adolescente. No debe atribuirse siempre al IAE de la mujer joven la búsqueda de un beneficio secundario. Recordemos que más del 10% de los IAE se repiten en un período variable y finalmente resultan exitosos (23).

Hablar o preguntar sobre las ideas de muerte en un contexto empático, en el marco de una consulta médica, no favorece necesariamente el IAE o el suicidio sino que, por el contrario, puede constituir el primer paso de un movimiento de salida de la crisis. Más de 60% de los suicidas han visto médico en el período previo inmediato al acto (12). El sugerir el tema o preguntarlo directamente frente a una sospecha puede ayudar por primera vez a comenzar a manejar otras alternativas, entre ellas la derivación inmediata a un especialista. En principio, todo IAE debe considerarse como serio y requiere la consulta con especialista.

Finalmente, con los datos obtenidos hemos modificado un cuadro de Kaplan y Sadock, adaptándolo a los factores de riesgo o características estadísticas del perfil suicida.

- Edad: más de 50 años.
- Sexo: masculino.
- Estado civil: casado.
- ¿Retirado? Con trastornos psiquiátricos y/o salud física débil que ha sufrido una pérdida y se presenta triste o deprimido.

En nuestro país y de acuerdo con los datos expuestos

debe tenerse especialmente en cuenta el aumento del suicidio en el hombre joven y en la mujer.

Entre las circunstancias que deben ser tenidas particularmente en cuenta estarían:

- Intento previo o ideación suicida.
- Depresión, angustia, marcada fatiga.
- Disponibilidad de medios para el acto suicida (armas, medicamentos).
- Verbalización de las ideas suicidas.
- Duelo o intervención quirúrgica próxima por alteración importante de la salud.
- Historia familiar de suicidios.

Si el médico general conoce la severidad del fenómeno suicida en nuestro país y se encuentra sensible a él podrá detectar indicadores de riesgo (depresión, antecedentes, pérdidas, etc.), en etapas tempranas. Las medidas tomadas entonces (pase a especialista, medicación, etc.) serán la prevención más efectiva que podríamos lograr en el momento actual.

Agradecimientos

La realización de este trabajo fue posible gracias a la ayuda de la Agencia Sueca para la Cooperación Internacional (SAREC) en el marco del Proyecto de Investigación: «Transcultural studies of the psychobiology of depression and suicide», realizado en cooperación con la Clínica Psiquiátrica del Hospital Karolinska en Estocolmo.

Muchas de las ideas aportadas en la discusión corresponden a sugerencias de la Dra. Pilar Bailador luego de una lectura crítica del manuscrito original.

El manejo de los datos, su procesamiento, el armado gráfico y el armado del presente manuscrito fueron hechos por la Br. Adriana García, secretaria de la División Neuroquímica del Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable, cuya invaluable colaboración se agradece especialmente.

Se reconoce la labor del Cabo Caverzhagui de la Jefatura de Policía de Montevideo, así como la contribución anónima de las Jefaturas de Policía del interior del país.

Résumé

On fait une étude sur le suicide en Uruguay. Si l'on compare les chiffres internationaux, on voit que notre pays a des taux très élevés de suicide qui le situent à la 1^e place parmi les pays sousdéveloppés.

En analysant la distribution du suicide par âge et par sexe, on remarque une prépondérance de l'homme, à la 7^e et 8^e décades de la vie; l'emploi de méthodes violentes et, en 50% des cas, la présence de troubles psychiques. La tentative de suicide montre cependant une prépondérance de la femme jeune (2^e décade), avec ingestion de médicaments psychotropes.

A Montevideo, la distribution du suicide n'a pas de rapport avec les grandes aires socioéconomiques, quoiqu'il y ait

un plus grand pourcentage dans une zone qui comprendrait de la Vieille Ville à Pocitos, de la côte à Bvar. Artigas au Nord. Aucun rapport avec les indices démographiques (logement, chômage, alphabétisation, etc) ne fut établi. En province, il y eut une évidente relation entre le suicide et le niveau d'urbanisation.

C'est à partir de ces données qu'on essaie d'interpréter et de définir le profil suicide afin de le prévenir.

Summary

A study of the importance and distribution of suicide in Uruguay is carried out. The comparison with international data shows that this country has very high rate of suicide, which has placed it at the first place among non industrialized countries.

A survey of the distribution of suicide by sex and age shows a preponderance in the male at the seventh and eighth decades of lifespan, the utilization of violent methods and in more than 50% of cases, the apparent concomitance of psychic disturbance. Suicide attempts show, on the other hand, an outline with preponderance in young women (second decade) mainly by the ingestion of psychiatric drugs.

The distribution of suicide in Montevideo is not correlated with the major socioeconomic areas. No evidence was observed of close relation with demographic indicators such as housing, unemployment, literacy, etc. In the interior of the country there was a significant connection of suicide with the degree of urbanization.

On the basis of this data an interpretation and a definition of suicide is posed for purposes of prevention.

Bibliografía

1. Rosenberg ML, Smith JC, Davidson LE, Conn JM. The emergence of youth suicide: an epidemiologic analysis and public health perspective. *Annu Rev Public Health* 1987; 8: 417-40.
2. Cheifetz P, Posener JA, La Haye A, Zajaman M, Benierakis CE. An epidemiologic study of adolescent suicide. *Can J Psychiatry* 1987; 32: 656-9.
3. Lloyd L, Armour PK, Smith RJ. Suicide in Texas: a cohort analysis of trends in suicide rates, 1945-1980. *Suicide Life Threat Behav* 1989; 17: 205-17.
4. McLoone P, Crombie IK. Trends in suicide in Scotland 1974-1984, an increasing problem. *Br Med J Clin Res* 1987; 12: 629-31.
5. McClure GM. Suicide in England and Wales, 1975-1984. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 309-14.
6. Asgaard U, Nordstrom P, Ruaback G. Birth cohort analysis of changing suicide risk by sex and age in Sweden 1952 to 1981. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 456-63.
7. Sundqvist-Stensman UB. Suicide among 523 persons in a Swedish county with and without contact with psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 8-14.
8. Sainsbury P. The Epidemiology of Suicide. En: Roy A, Chir A, eds. *Suicide*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1986: 17-40.
9. Platt S. Clinical and social characteristics of males parasuicides: variation by employment status and duration of unemployment. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 74: 24-31.
10. Roy A. Are there genetic factors in suicide? *Can J Psychiatry*, 1988; 79-80.
11. Canzani A. La Sociedad Montevideana: Problemas y Desafíos. Montevideo, CIEDUR, 1989: 1-40. (Uruguay Hoy Nº 5).
12. Resnick HLP. Suicide. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock B, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1980: 2085-98.
13. Murguía DL, Puppo Touriz H. Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en el departamento de Montevideo. *Comunicación Previa. Rev Psiquiatr Urug* 1968; 33: 3-17.
14. Balbela B, Berro G, Bovino L, Cantos M. Suicidios. Presentado en 1as. Jornadas Uruguayas de Criminología, Montevideo, 1988, Instituto de Criminología. Montevideo, ROU.
15. Robbins LN, Kulbok PA. Methodological Strategies in Suicide. *Ann NY Acad Sci* 1986: 1-15.
16. Diekstra RFW. Suicide and the attempted suicide: An international perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80 (Suppl 354): 1-24.
17. Murguía DL, Puppo Touriz H, Soiza Larrosa A. Epidemiología del suicidio en Latinoamérica. *Rev Psiquiatr Urug* 1979; 44: 225-37.
18. Berglund M, Nilsson K. Mortality in severe depression. A prospective study including 103 suicides. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 372-380.
19. Achte K. Depression and Suicide. *Psychopathology* 1986; 19: 210-4.
20. Roy A. Suicide in Schizophrenia. In: Roy A, Chir B, eds. *Suicide*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1986: 97-112.
21. Frances RJ, Franklin J, Flavin DK. Suicide and Alcoholism. *Ann NY Acad Sci* 1986; 316-26.
22. Cross CK, Hirschfeld RM. Psychosocial Factors and Suicidal Behavior. Life Events, Early Loss, and Personality. *Ann NY Acad Sci* 1986; 77-89.
23. Asberg M, Nordstrom P, Traskman-Bendz L. Biological Factors in Suicide. En: Roy A, Chir B, eds. *Suicide*. Baltimore: Williams & Wilkins. 1986: 47-72.
24. Schneidman ES. Some essentials of suicide and some implications for responde. In: Roy A, Chir B, eds. *Suicide*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1986: 1-16.
25. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide. A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 559-63.
26. Lyons MJ. Observable and subjective factors associated with attempted suicide in later life. *Suicide Life Threat Behav* 1985; 15: 168-83.
27. Rey Tosar J, Dajas F. Algunos aspectos epidemiológicos de la depresión en nuestro ambiente. *Rev Psiquiatr Urug* 1985; 50: 123-38.