

EL SUICIDIO EN EL URUGUAY DEL SIGLO XXI

SUICIDE IN XXI CENTURY URUGUAY

Víctor Hugo González*

Pablo Hein Picó**

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el suicidio como un grave problema de salud en el mundo en donde para el año 2012 fueron registrados por 172 Estados miembros de la OMS 804.000 suicidios, esto representa una tasa de 11,4 cada 100.000 habitantes en donde la tasa mascu-

lina es de 15,0 y la femenina tiene un valor de 8,0, tomando este tipo de muerte una vida cada 40 segundos. (OMS, 2014a, 2014b) En la Región de las Américas¹ ocurren alrededor de 65.000 muertes por año por suicidio con una tasa de 7,3 por cada 100.000 habitantes; siendo para América del Sur una tasa total ajustada según edad de 5,2 por cada 100.000 (OMS, 2014b).

* Doctorando en Sociología por la Universidad de la República (UDERLAR). Universidad de la República, Montevideu, Uruguay. E-mail: victor.gonzalez@cienciassociales.edu.uy. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2058-7094>.

** Doctorando en Sociología por la Universidad de la República (UDERLAR). Universidad de la República, Montevideu, Uruguay. E-mail: pablo.hein@cienciassociales.edu.uy. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5062-188X>.

1. El informe utilizó la siguiente clasificación: América del Norte (Canadá, Estados Unidos, Islas Vírgenes de Estados Unidos y Puerto Rico); América Central, Caribe Hispano y México (Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana); América del Sur que comprendió la Región Andina y el Cono Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) y el Caribe no Hispano (Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Holandesas, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Dominica, Guadalupe, Granada, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tobago). En América Latina y el Caribe se incluyen a todos los países con la excepción de Canadá y Estados Unidos. Los cuadros principales contienen datos sobre suicidio para las Américas y las distintas subregiones, y el Apéndice incluye datos sobre suicidio para cada uno de los países (OMS, 2014b, p. 4).



El interés por el estudio de suicidio en las sociedades occidentales, surgió a fines del siglo XIX con la publicación de Mazzyk en 1884 y los estadísticos morales, y posteriormente con el estudio específico de Emilio Durkheim considerándose la primera investigación empírica en el campo de la sociología. Más allá de estos hitos iniciales, diversas disciplinas han incorporado a sus quehaceres disciplinarios el tema en cuestión. Más allá de las miradas disciplinarias, el suicidio se fue incorporando al lenguaje universal como un fenómeno que encierra un enigma y estigma importante. Sin embargo, para que la comprensión del suicidio pudiera convertirse en un tópico científico estable y permanente, se tuvo que dissociar de las miradas hegemónicas de la enfermedad mental y ser abordado como un fenómeno complejo, y conceptualizado como un continuo de conductas, desde la ideación hasta la consumación del acto. Esta nueva perspectiva se le debe en parte a E. Shneidman.

El suicidio en sociedades occidentales, y específicamente en Uruguay se presenta como un fenómeno estructural, reflejado desde la prensa uruguaya de fines del siglo XIX y en los registros de estadísticas vitales (HEUGUEROT, 2017). Es así que se puede afirmar que este “fenómeno” en Uruguay se remonta desde comienzo de siglo, hasta nuestros días como significativo. En este sentido, diferentes autores lo han asociado a una heterogeneidad de aspectos, sean estos sociales, culturales, políticos y económicos, acompañado de las oscilaciones económicas y políticas. (DURKHEIM, 2004; ROBERTT, 1997; VIGNOLO, 2004).

Si se observan en las últimas cuatro décadas la evolución de la tasa de suicidios muestra tres características a destacar. Primero, en todos los grupos de edad las ta-

sas de suicidio presentan un incremento. Segundo, es en los jóvenes adultos donde se expresa el mayor incremento; y por último, las tasas de los adultos mayores se presentan con leves incrementos en los últimos años pero siendo las mismas las de mayor magnitud, lo que constituye un grupo importante, dado que se mantienen históricamente como el grupo con mayor participación en el fenómeno, y por ende conjuntamente con los jóvenes adultos en los más vulnerables (GONZALEZ, 2012; GONZALEZ y HEIN, 2015).

Por último, nos parece importante destacar que en Uruguay, puede identificarse que el proceso de crecimiento de la tasa de suicidios, no se revierte ni se detiene cuando la sociedad entra en una fase positiva de recuperación socioeconómica tras pasar por una coyuntura de crisis (asociada la mayoría de las veces a crisis económica). Actualmente la tasa supera el máximo histórico, registrado en el año 1934 de 17,3 cada 100.000 habitantes, un año después del golpe de Gabriel Terra, tiempos donde se transitaba por un período de crisis política y socioeconómica. Muchos historiadores señalan que en estos años Uruguay recorría una crisis de sentido, iniciada con la muerte de José Batlle y Ordoñez en 1929, la posterior crisis del 29 con sus consecuencias posteriores en Uruguay y la emblemática muerte de Baltasar Brum. Baltasar Brum en 1931 como resistencia al golpe de Terra, decide poner fin a su vida por mano propia, en plena vía pública, hecho que marcó un hito en la historia política nacional. En otro momento más próximo, si se analizan las tasas de suicidios durante la última dictadura cívico-militar (1973 – 1985) no se registran importantes crecimientos, hecho que algunas analistas atribuyen a un importante sub registro de la época.

Entrado el siglo XXI, observando la última crisis económica del año 2002, la tasa de suicidios se elevó en forma considerable, y posteriormente al pasar el período agudo de crisis reflejado en varios indicadores socioeconómicos no se producen los descensos deseados en la tasa de suicidios, y por el contrario la tendencia continúa en incremento llegando en 2016 a alcanzar un valor máximo de 20,6 cada 100.000 habitantes, para situarse en el año 2019 en 20,7.

Por lo tanto, analizar, comprender, o intentar explicar la evolución de la tasa de suicidios en el Uruguay exige una mirada más aguda desde las ciencias sociales y humanas sobre los conflictos latentes de la sociedad y sobre las dimensiones de una violencia eminentemente implosiva (GONZALEZ; HEIN, 2015).

En este artículo se realiza, primero una descripción del suicidio en América del Sur; en segundo lugar, una descripción histórica del fenómeno en el Uruguay (como el país con mayores registros en la región) desde comienzos del siglo XX hasta la actualidad. Por otro lado, se presenta una mirada topográfica de algunos indicadores entre los años 2012 y 2018, y por último se presentan unas breves conclusiones, en donde se esbozan los procesos sociales y culturales que determinan al país en este fenómeno, que se presenta evidentemente complejo y multifacético que reclaman una mirada o abordajes complejos e interdisciplinarios.

1. Suicidio en Uruguay en el contexto de América del Sur

Para comenzar a delinear futuras líneas de comprensión del tema en el contexto nacional y latinoamericano, es necesario

realizar una breve mirada del fenómeno en nuestro continente, para contextualizar las miradas.

En este sentido Uruguay en el contexto de América del Sur (exceptuando a Suriname y Guyana²) registra y se ubica, para el año 2000, como el segundo país con la tasa de suicidios más alta, con un valor de 15,9 y en los años 2015-2016, en primer lugar con una tasa de 17,0 cada 100.000 habitantes. En el 2000 la tasa media de la región es de 12,3 con un mínimo que se presenta en Brasil de una tasa anual de 5,3.

En 2015-2016 la media de la tasa de suicidios para toda la región, descendió levemente a un valor de 11,9 cada 100.000 habitantes. Venezuela aparece con la tasa más baja de suicidios con un valor de 3,9. Cuando se compara la media 2015-2016 con el año 2000 la variación porcentual de la tasa de suicidios puede agruparse en dos grupos, la que presenta un descenso de su tasa como ser Venezuela, Bolivia, Perú, Paraguay, Chile, Argentina y Colombia; y los países que presentan un incremento de la tasa de suicidios como son Uruguay (6,6%), Brasil (16%), Guyana (29,3%) y Ecuador (34,1%) siendo el que presenta el mayor incremento relativo, de su tasa.

La región de América del Sur está por encima del valor de la tasa media mundial que es para 2015-2016 de 9,3 cada 100.000 habitantes y sobrepasa la media de las Américas (7,5 cada 100.000 habitantes) con un valor de 12,0 en su tasa de suicidios.

Al analizar y comprar las tasas de cada país, es importante tener presente que el dato que es constituido por los registros de muertes externas y en especial la de suicidios puede tener problemas de subregistro o bien de subnotificación o mala califica-

2. Ex colonias, Suriname holandesa y Guyana ex colonia británica considerado el Caribe no Hispano.

ción constituyendo una u otra una subestimación en las cifras de suicidio. En el año 2009 el porcentaje estimado de subregistro de mortalidad en América era de 7,1%³, apareciendo Uruguay, Chile y Argentina como los países con menor subregistro (OMS, 2014b).

Es importante tener en cuenta esta cifra de subregistro para cuando se realizan comparaciones entre países de una misma región o entre otras regiones y con el mismo país como ha evolucionado la misma en el tiempo. Para Uruguay en 1990-1992 esta cifra de subregistro era de 3,9% pasando el mismo en 2009 a 1,4% produciéndose una mejora en el registro al disminuir este porcentaje (ROBERTT, 1997; OMS, 2014b; GONZALEZ y HEIN. 2017).

En el año 2000 seis países aparecen con valores medios de la tasa de suicidios entre 5 y 9,9 cada 100.000 habitantes (Brasil; Perú; Ecuador; Colombia; Venezuela; Argentina); dos con valores altos (Paraguay y Chile) y una tasa muy alta: Uruguay; Bolivia; Guyana y Suriname. En 2015-2016 es Venezuela quien pasa a tener el valor más bajo de la tasa de suicidios, con valores medios le siguen Perú, Brasil, Colombia, Ecuador, Argentina, Paraguay y Chile, Bolivia con una tasa alta deja el grupo de la de muy alta, y por último tasas muy altas se mantienen Uruguay, Suriname y Guyana según la agrupación propuesta por la OMS⁴.

Si se hipotetiza sobre el tema de subregistro, podemos identificar diversos factores que inciden, como ser aquellos determi-

nados por las condicionantes religiosas, las sociales y las relacionadas con aquellas más culturales como ser el estigma que se les imponen a las familias determinando un comportamiento de negación y llevando a muchas familias a ocultar que un ser querido ha muerto por mano propia. Este último hecho, se debe en parte a que, a comienzo del siglo XIX, en muchos países, existían leyes que llegaban a contemplar el castigo, e incluso largas condenas con prisión a los que tuvieran intentos de suicidio (IAE). No fue hasta décadas recientes que algunos países comenzaron a despenalizar el suicidio, así como el intento. De 192 países y estados investigados, 25 tenían aún en el presente leyes y castigos específicos para los IAE (OMS, 2014a).

A modo de hipótesis para poder interpretar la evolución del suicidio en Uruguay y la región se puede encontrar los datos de la sexta Encuesta Mundial de Valores (EMV, 2010-2014). En la misma, Uruguay presentaba en los indicadores sobre si se justifica el suicidio⁵ o no, un porcentaje de aceptación de esta acción de un 6,6% seguido de Argentina en un 4,9% con un alto grado de justificación (Valores 8, 9 y 10). Si se considera que el significado cultural es la interpretación del acontecimiento evocado en las personas como resultado de sus experiencias de vida similares. Esto implica que el significado del suicidio no reside en el individuo que se suicida, sino más bien en aquellos que experimentan los suicidios de los demás; o sea, en las actitudes de la cul-

3. Porcentaje estimado de subregistro de mortalidad: Venezuela 11,1%; Perú 42,3%; Paraguay 33,1%; Chile 1,3%; Argentina 4,7%; Colombia 21,9%; Suriname 10,0%; Uruguay 1,4%; Brasil 6,4%; Guyana 20,3% y Ecuador 17,4% (OMS, 2014b).

4. Baja: Menor a 5 cada 100.000 habitantes; Media: Entre 5 y 9,9 cada 100.000 habitantes; Alta: Entre 10 y 14,9 cada 100.000 habitantes y Muy alta: Mayor a 15 cada 100.000 habitantes.

5. Si cree que siempre puede justificarse, nunca justificarse o algo intermedio en donde 1 es nunca se justifica y 10 es siempre se justifica. Agrupando los valores 8, 9 y 10 de mayor aceptabilidad del suicidio.

tura hacia el suicidio y en las teorías sobre el suicidio presentes en esa cultura. El significado cultural del suicidio puede variar con el tiempo y pueden existir diferentes significados culturales para los diferentes tipos de comportamientos suicidas (LESTER, 2011). Por lo tanto, hay sociedades que aceptan en forma diferencial la acción del suicidio y esto puede ser un factor determinante en el modo de accionar de los individuos. Entendiendo que los eventos suicidas individuales pueden entenderse mejor por la relación cambiante que los individuos tienen como percepción de su situación, esta percepción que tienen de sí mismos y de la percepción que tienen de lo que otros individuos como ellos – en su situación – podrían hacer. La elección de un repertorio de acción está determinada por factores estructurales y las condiciones socio – políticas. Esta elección se determina por las creencias, actitudes y la comprensión de los diversos individuos de una sociedad específica, en donde los mismos se involucran en un proceso de construcción de sentido que conduce al desarrollo de interpretaciones subjetivas de la realidad. (SCOURFIELD, *et al.*, 2011)

Años antes Halbwachs (1930) retoma y le da una nueva mirada a la lectura durkheimiana del fenómeno del suicidio, afirmando que en el origen del acto suicida juegan en gran importancia los significados y motivos situacionales de los individuos. En donde la relación entre la residencia urbana – rural y las tasas de suicidio se explicaba por la diferencia en los modos de vida de los grupos urbanos y los grupos rurales, considerando clave el cambio de la vida rural al urbano dado que significa un rompimiento de las formas de concebir y entender los aspectos como la religión, el trabajo, las relaciones interpersonales y las costumbres. Este cambio de vida provocaba el aumento de

las tasas de suicidio debido a que los lazos sociales se debilitaban debido a la convergencia de diversas culturas, en donde faltaba una fuerte conciencia colectiva unificadora, provocando un sentimiento de aislamiento social. (RODRIGUEZ *et al.*, 1990; MUJER, 2017; VIVEROS, 2018)

La cultura proporciona un conjunto de reglas y normas que son compartidos por los miembros de una sociedad. Estas reglas y normas dan forma y determinan lo que debería ser un comportamiento apropiado (poseer una enfermedad crónica, el no cumplir con los estereotipos de género, etc.) El comportamiento suicida es diferente y tiene diversos significados según las culturas. Los mismos métodos elegidos para el suicidio difieren entre culturas y las razones para hacerlo. Es probable que los miembros de una sociedad puedan tener varias teorías sobre el suicidio, y estas teorías pueden tener diferentes significados según sexo, edad, clase social, etnia, y la subcultura dentro de una sociedad (LESTER, 2008, 2011).

Durkheim (2004) se preguntaba cuáles son los estados de los diferentes medios sociales (confesiones religiosas, familia, sociedad política, grupos profesionales, etc.) que determinan las variaciones de suicidios. Nuevamente utilizando la EMV (2011-2014) pueden aparecer posibles hipótesis que necesitarían comprobarse a futuro de como intervienen en el fenómeno del suicidio explicando o interviniendo en las relaciones. A modo de ejemplo, un porcentaje importante de la población de Uruguay, Argentina y Chile, considera no muy importante y nada importante la religión en valores de 61%, 43% y 41% respectivamente. Otra pregunta de la misma encuesta muestra que en Uruguay el 12% se considera ateo, el 34% como no religiosa y un 54% religiosa. Apa-

reciendo Uruguay en el contexto regional con la mayor proporción de ateos (17,4%) y además de que no cree en dios en el contexto regional.

Nuevos enfoques sociológicos plantean nuevas formas de conexión entre religión y suicidio. En donde plantean que la disuasión parte de aspectos específicos de la creencia religiosa como ser la creencia del cielo y el infierno hasta posturas más cercanas a Durkheim en donde la religión crea lazos o redes de amistad, donde la importancia de la religión radica en proporcionar un lugar en donde las personas se unan y formen lazos. (PESCOSOLIDO; GEORGIANNA, 1989; STACK, 1983; STACK; KPOSOWA, 2016). “Desde una perspectiva cultural DE LEO (2009) plantea que los países de habla hispana y dominados por la influencia católica muestran las tasas más bajas de suicidio a nivel mundial, después de los países islámicos” (LEVEAU, 2017: 13).

Cuando se observa la estructura poblacional de Argentina y Uruguay estos países del Cono Sur presentan los mayores porcentajes de población urbana con valores de 92% y 95%. De los 12 países ocho han perdido población rural siendo Ecuador el que presenta un descenso del 20% entre 1990 y 2016 y Uruguay el máximo descenso con un decrecimiento del 54,5%. Estos procesos se podrían pensar desde dos puntos de vista, primero desde el cambio en modos de vida a consecuencia de los procesos de desruralización planteados por Halbwachs (1930) y la pérdida de las redes de apoyo que cumplen una función reguladora en el comportamiento de los individuos siendo por lo tanto más susceptibles a los pensamientos y comportamientos suicidas (STACK, 1980).

Otro factor importante es el presentado por Durkheim (2004) en donde plantea que a mayor edad mayor será la tasa de suici-

dios. De esta forma, Argentina y Chile presentan una estructura poblacional envejecida en donde para 2017 el 11% tenía más de 65 años y Uruguay presentaba un valor del 15%. Ante una estructura poblacional con un fuerte envejecimiento y en países en donde transitan desde mitad de siglo XX un cambio de modelo epidemiológico y sanitario con un aumento significativo de las enfermedades crónicas y degenerativas vinculadas al aparato circulatorio y a neoplasmas como causas de muerte (PAREDES; TENEMBAUM, 2019) es de esperar que presenten tasas muy altas de suicidios en los adultos mayores. A pesar de esta y otras características similares la tasa de Uruguay duplica prácticamente a la chilena y argentina. Las tasas de mortalidad por suicidio en los adultos mayores suelen ser mayores en áreas rurales con respecto a las áreas urbanas, debiéndose incluir entre otros factores al momento del estudio de los factores relacionados las condiciones socioeconómicas y de aislamiento social que sufre este grupo de edad (LEVEAU, 2017).

En otra posiblemente dimensión de análisis, la región presenta una estructura productiva en donde la agricultura representa el 14,5%, la industria el 21,4% y los servicios el 64,1%. Pero al analizar entre el año 2000 y 2017 en 10 países la agricultura descendió en un 23,6% en promedio, la industria presentó un aumento en nueve países con una media de 14,8% y el sector servicios creció también en un 12%. Uruguay específicamente presenta un descenso en la agricultura del 29,3%, en la industria del -19,8% y un leve crecimiento del 1,1% del sector servicios. En este mismo periodo la tasa de suicidios crece en un 15,2% partiendo de valores muy altos de 17,1 a 19,7 cada 100.000 habitantes, alcanzando Uruguay en 2018 una tasa de 20,2.

Conjuntamente con este cambio en la matriz de producción de Uruguay se debe articular la comprensión y explicación con “zonas más suicidógenas, como: a) zonas bajamente pobladas, b) predominio de lo rural, c) reducida división del trabajo, d) falta de participación política y cultural, e) bajo nivel de desarrollo y f) escasa articulación a las dinámicas de modernización globales” (ROBERT, 1994 apud en GONZÁLEZ; HEIN, 2020, p. 318).

Si se observa, otro indicador como son los niveles de pobreza el Uruguay para la población total presenta que el 7,9% de la población total era pobre en 2017, con una pobreza urbana del 10,1% y rural del 3%. En donde Brasil presenta la mayor pobreza urbana con un 39,4% y Bolivia la mayor de la pobreza rural con un 57,6%. Para el caso argentino, Leveau, Gevel e Alazraqui (2019) encontraron que el riesgo de suicidio estuvo asociado positivamente a mayores índi-

ces de fragmentación social (población migrante y soltera), mientras no mostró relación con el índice de pobreza como se ha encontrado en estudios ecológicos en Brasil.

Considerando otro indicador como es el índice de Gini Uruguay aparece en 2017 como el país más igualitario con un valor de 39,7 y Brasil en el extremo conjuntamente con Suriname como los más desiguales con un valor de 53,7 y 57,6. Situación que complejiza las interpretaciones de una posible asociación entre desigualdad social y suicidio. Más que respuestas surgen muchas preguntas que deben motivar el intento de cuestionar hipótesis simples con poco sustento empírico y sí de buscar construir modelos parsimoniosos que expliquen los cambios sociales, económicos y de significados a la muerte por mano propia atravesados por las sociedades en cuestión, especialmente de la región que trata este texto y específicamente Uruguay.

Cuadro 1. Tasas de suicidios estandarizadas por edad para América del Sur – OMS

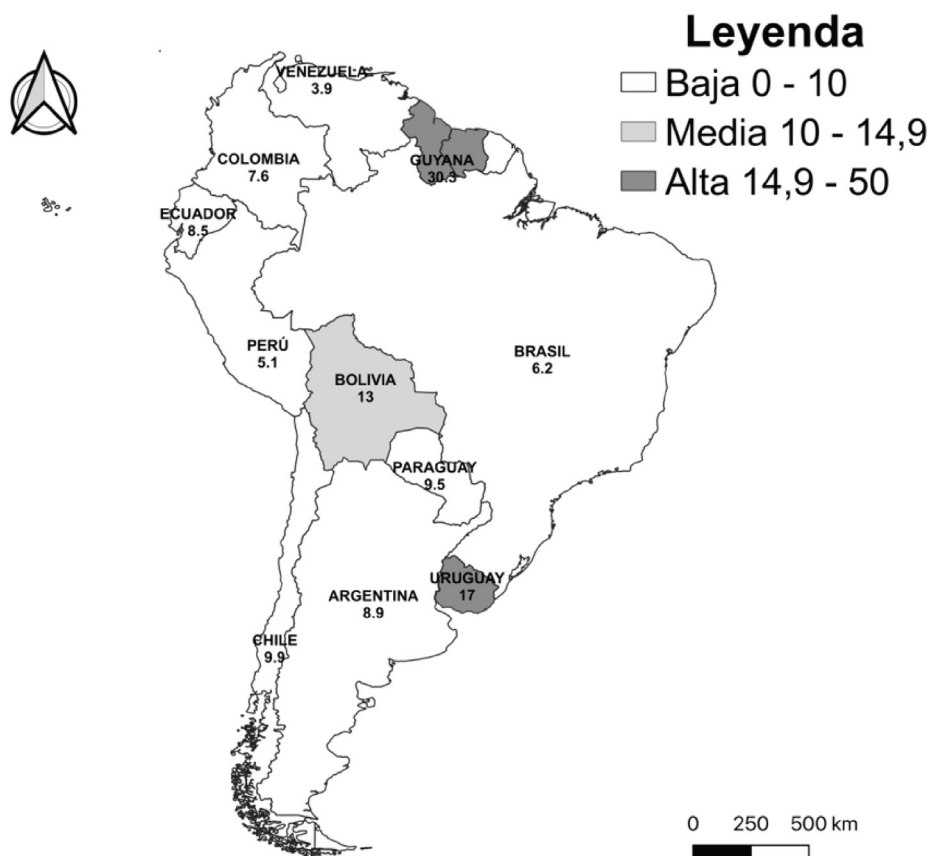
País	2000	2015-2016	Variación %
Argentina	9,5	8,9	-6,3
Bolivia	18,5	13	-29,7
Brasil	5,3	6,2	16
Chile	11,1	9,9	-11,3
Colombia	8	7,6	-5,6
Ecuador	6,3	8,5	34,1
Guyana	23,4	30,3	29,3
Paraguay	11	9,5	-13,6
Perú	6	5,1	-15
Suriname	23,5	23,8	1,3
Uruguay	15,9	17	6,6
Venezuela	9,1	3,9	-57,1

Fuente: Elaboración propia con datos recopilados por la OMS.

Cuando se desagrega la tasa de suicidios por sexo aparece que son Guyana, Suriname y Uruguay los países con la mayor tasa masculina con valores de 46,6, 37,1 y 27,9 cada 100.000 habitantes. De los doce países cinco aparecen con valores muy altos, cuatro con valores altos, tres con valores medios, siendo Venezuela que presenta la menor tasa masculina con un valor de 6,7. La tasa femenina muestra a Guyana y Suriname con valores altos de 14,3 y 11,2, tres países entre ellos Uruguay con valores medios y los restantes siete países con tasas bajas inferiores a 5,0 cada 100.000 habitantes.

En cuanto a la relación de la tasa de suicidios masculina por cada mujer se puede observar en el siguiente cuadro que Bolivia es la que presenta la menor distancia con un valor de 1,9 hombres por cada mujer y Venezuela la mayor con 5,6 hombres por cada mujer, en donde Uruguay presenta una relación de 4 hombres por cada mujer, valor cercano al contexto mundial. Para explicar estas diferencias deben tomarse entre otros aspectos las cuestiones de igualdad de género y los estereotipos correspondientes y las diversas masculinidades que se presentan entre los países correspondientes.

Mapa 1. Tasas medias de suicidios para ambos sexos, hombres, mujeres y relación hombres sobre mujeres estandarizadas por edad (2015–2016) según país – OMS



Fuente: Elaboración propia con datos recopilados por la OMS (2015 – 2016).

Otro tema a tener presente es las diferencias entre hombres y mujeres en las formas de enfrentar el estrés y el conflicto socialmente aceptable, la disponibilidad de métodos y la aceptación cultural de los mismos al momento de suicidarse, las diferencias en la búsqueda de ayuda y atención en cuanto a problemas de salud mental para comprender estas diferencias. Desde la sociología plantean diferencias en el comportamiento de género con implicaciones para las tasas de suicidio, como ser que los hombres abusan más del alcohol que las mujeres, que las mujeres son más flexibles al afrontar problemas, que estas tienden a reconocer y negar menos los signos de advertencia de suicidio y el hecho importante de solicitar ayuda

profesional ante por ejemplo la depresión, algunos aspectos del modelo dominante de masculinidad aumentan el riesgo de suicidio, como ser la competitividad, la impulsividad y el mostrar ser más fuerte. En las sociedades actuales el rol primario masculino de ser los proveedores principales del hogar está en crisis y esto aumenta las probabilidades de suicidarse (SCOURFIELD, 2005). Ante esta brecha se debe reconocer la necesidad de entender estas masculinidades dentro del contexto de un orden social de género que históricamente se ha estructurado para mantener el dominio de los hombres, pero que también puede tener consecuencias negativas para la salud mental de los hombres (SCOURFIELD, 2005).

Cuadro 2. Tasas medias de suicidios para ambos sexos, hombres, mujeres y relación hombres sobre mujeres estandarizadas por edad (2015–2016) según país – OMS

País	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Relación Hombre / Mujer
Argentina	8,9	14,7	3,5	4,3
Bolivia	13	17	9,1	1,9
Brasil	6,2	9,7	2,9	3,4
Chile	9,9	16,2	4	4,1
Colombia	7,6	12,4	3,1	4,1
Ecuador	8,5	12,8	4,4	2,9
Guyana	30,3	46,6	14,3	3,3
Paraguay	9,5	12,6	6,3	2
Perú	5,1	7,6	2,7	2,8
Suriname	23,8	37,1	11,2	3,3
Uruguay	17	27,9	7,1	4
Venezuela	3,9	6,7	1,2	5,6

Fuente: Elaboración propia con datos recopilados por la OMS (2015–2016).

De esta forma, Uruguay en los últimos años en América del Sur exceptuando a los países del Caribe no Hispano presenta la mayor tasa de suicidios de la región. En donde encontramos diversas hipótesis plausibles de explicar la evolución del fenómeno del suicidio según la literatura sociológica y de otras disciplinas sobre esta temática en el Uruguay y la región.

2. Evolución del suicidio desde 1900 a la actualidad

Tal como planteara Beltrán (1985, p. 8)

[...] el sociólogo ha de interrogarse, e interrogar a la realidad social, acerca del *cursum suum* por aquello que estudia, sobre cómo ha llegado a ser como es, e incluso por qué ha llegado a serlo. [...] de forma que la variable tiempo se tenga siempre presente en el estudio de la realidad social.

De esta forma, se buscaran en la historia factores causales, múltiples causas que rodean el fenómeno del suicidio, se explorara brevemente la variedad de instancias que pudieran haber influido, condicionado o determinado el fenómeno del suicidio en Uruguay. En donde comprensión y explicación no se oponen, en donde se

concibe el pasado como gestador del presente; 'lo que somos es, sencillamente, lo que hemos sido'. (...) La sociología trabaja con un objeto de conocimiento, la realidad social, que es esencialmente histórico: cada sociedad es única, y ha sido configurada en una trayectoria histórica específica que da razón de ella explicando su génesis, lo que no excluye, sino que impone, la abstracción y la generalización convenientes, pues esa unici-

dad de cada sociedad no las impide. (BELTRAN, 1985, p.14)

La evolución de la tasa de suicidio debe comprenderse y explicarse en su asociación a los cambios socioculturales, económicos y políticos sin los cuales no es posible interpretar el devenir del fenómeno del suicidio en el Uruguay. (GONZÁLEZ, 2012, 2015; GONZÁLEZ; HEIN, 2015, 2017). Durkheim desde su obra sobre el suicidio, y en Uruguay Pedro Robertt (1997) observaron que el suicidio encuentra sus raíces y por ende su determinación – explicación en las crisis sociales, sean estas de derivaciones económicas y políticas.

En definitiva, esta mirada de larga duración permite apreciar la dimensión estructural que el suicidio tiene en la sociedad uruguaya. Su gravitación es muy alta aún con un país demográficamente joven, y lo siguió siendo a medida que se entraba en las distintas fases del envejecimiento poblacional. La profundidad de las crisis socioeconómicas no hace más que multiplicar la cantidad de 'muertes voluntarias'. Sin embargo, el proceso ni se revierte ni se detiene cuando la sociedad entra en la fase 'positiva' de recuperación, lo que exige una mirada más aguda sobre los conflictos latentes y sobre las dimensiones de una violencia eminentemente 'implosiva'. (GONZÁLEZ, 2012, p. 233)

El suicidio desde comienzos del siglo XX se presenta como un fenómeno portavoz de problemas estructurales de la sociedad uruguaya. En este período que abarca el siglo XX hasta el año 2018 del XXI la media de la tasa de suicidios fue de 12,6, siendo la misma para los años del siglo XXI de 17,4. El valor mínimo de la tasa de suicidios fue de 6,6 en el año 1909 y el máximo históri-

co en el año 2002 con una tasa de 20,9 cada 100.000 habitantes.

Como se observa en el gráfico 1 el suicidio en el Uruguay presenta tres grandes etapas en su evolución, donde la primera comprendería de comienzos del siglo XX hasta el primer picó histórico de 1934 en donde alcanzó una tasa de 17,3 cada 100.000 habitantes.

Ya antes de 1900 se refleja en la historia del Uruguay una preocupación por el suicidio e ideas del fenómeno, en donde por ejemplo los

[...] periodistas de Montevideo firmaron a fines de 1882 un compromiso por que se obligaban a no publicar informaciones ni comentarios referentes a suicidios, (...) creyendo que para aminorar en la sociedad los impulsos que conducen al suicidio, (...) y en el concepto generalmente admitido de que la publicidad más o menos detallada de los casos de suicidio que ocurren es uno de los más poderosos auxiliares del referido agente (el contagio moral) (...) Un año antes el Consejo de Higiene se había dirigido al Gobierno pidiendo una resolución que prohibiera a la prensa dar noticias acerca de suicidios como medio 'de evitar el contagio moral o por imitación que siempre se propaga', invocando que 'aparte de las causas predisponentes o individuales que pesan sobre cada individuo, obra de una manera tan eficaz como perniciosa sobre los cerebros débiles excitados el conocimiento de haber tenido lugar hechos idénticos y muchas veces por idénticas causas a aquel que venía minando sus facultades afectivas y psíquicas'. (ACEVEDO, 1934, p. 353)

En 1891, el Jefe de Policía de Montevideo se reunió con los representantes de los medios de prensa para poder suprimir las crónicas de suicidios que tiempo atrás los

periodistas se habían comprometido y no lo estaban llevando a cabo, en donde el suicidio era visto como un delito a castigar y sancionar (ACEVEDO, 1934).

En esta primera etapa se podrían esbozar dos posibles hipótesis que expliquen la tasa de suicidios del período. La primera hipótesis referida a los cambios tecnológicos, sociales y económicos producidos en nuestro medio rural y sus consecuencias nefastas para la población. En donde

[...] los cambios económicos habían repercutido sobre la sociedad rural abriendo un ancho abismo entre la clase poseedora y las populares. (...) El 'pobrerío rural' desocupado por la incorporación de ciertos elementos técnicos (alambrados, máquinas de esquila, bretes, etc), no hallaba lugar en la nueva estancia. Ni en la ciudad, porque el desarrollo industrial era embrionario. (BARRAN; NAHUM, 1993, p.15)

El pobrerío rural fue la consecuencia de cambios que el nuevo modelo urbano industrial iba imponiendo, siendo el primer síntoma los llamados "pueblos de ratas"; "las clases populares eran la mayoría del país, tanto en el medio ganadero, 65.5% del total, como en el urbano más desarrollado, Montevideo, un 54.7% (BARRAN; NAHUM, 1993).

Estas transformaciones son claves para comprender e interpretar el suicidio de principios de siglo XX, los cambios ocurridos, los desplazamientos forzados por el desarrollo económico de una matriz productiva específicamente ganadera, el cambio de la vida rural a la urbana significando un quiebre de las formas de concebir y entender aspectos como la religión, el trabajo, las relaciones interpersonales y las costumbres. (HALBWACHS, 1930) Estos cambios interactuando con otros se puede pensar expli-

can las tasas de suicidio de esos momentos debido a que los lazos sociales se debilitaban debido a la convergencia de diversas culturas, en donde faltaba una fuerte conciencia colectiva unificadora, provocando un sentimiento de aislamiento social. Sumando a esta interpretación la composición de la población de Uruguay, en donde la clase obrera montevideana era nutrida mayormente por extranjeros que en 1908 en Montevideo representaban el 30,4% de la población y un 17,4% en el Uruguay (GONZALEZ, 2012). Como expresó Heugue-rot (2017, p. 156)

[...] no es difícil imaginar el sufrimiento que generaba la distancia del país de origen y de los efectos y la situación de precariedad en que solían encontrarse, al tratarse de una inmigración con muy bajos recursos. Algunos de estos inmigrantes son protagonistas de las noticias sobre suicidios y de los IAE.

Otra situación que puede echar luz sobre el fenómeno en este escenario de cambios fue la profundización del proceso de secularización, en donde las políticas de laicización fueron implementadas por el Estado, abarcando el retiro de los crucifijos de los hospitales públicos y de las otras dependencias a cargo de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, la supresión de la enseñanza religiosa en las escuelas públicas en 1909, las leyes de divorcio de 1907, 1910 y en 1913 autorizaba la disolución del matrimonio por la sola voluntad de la mujer y la separación oficial de la Iglesia del Estado en 1919, eliminándose en el texto constitucional el carácter confesional de este último.

La segunda tendencia evidenciada en el Gráfico 1, corresponde desde 1935 con un descenso de la tasa de suicidios con oscilaciones hasta llegar a un piso en el tri-

enio 1986-1988 con una media de 8,7 cada 100.000 habitantes.

Este descenso en la mitad del siglo XX muestra el tránsito en el contexto de la sociedad “hiperintegrada” del Uruguay del Maracaná, y una mentalidad de excepcionalidad del contexto latinoamericano, realidad que a pesar de todo encontró voces discordantes desde la llamada “generación crítica” y por diversas manifestaciones (RAMA, 1972).

En los años sesentas el Uruguay transita un período de crisis sociopolítica y económica en donde las tasas se mantienen estables. Esta etapa es de alta movilización política, estudiantil y gremial, en donde se procesa la implantación de un modelo neoliberal con el ascenso en 1973 de un gobierno cívico – militar. Esta etapa de leves ascensos y descensos y una tasa de suicidios con un comportamiento estable podría explicarse por la combinación de un retorno a lo privado y por una resistencia a la dictadura es sus diversas expresiones.

La tercera y última etapa abarcaría desde el año 1989 hasta 2018, en donde se observa una tendencia al incremento de la tasa de suicidios pasando por el mayor valor de la tasa hasta el presente en el año 2002 y culminar esta tendencia en 2018 con un valor de 20,2 cada 100.000 habitantes. En estos años todos los grupos etarios presentan un crecimiento sostenido en los valores de sus tasas de suicidios, en donde es muy posible que la falta de expectativas, la desprotección y las dificultades para imaginar futuros reales se asocien, expliquen dicha evolución del fenómeno del suicidio. Esta evolución puede ser el resultado de los cambios neoliberales de los noventa, pautados por la precarización, la flexibilización, la exclusión, la disgregación y la atomización (GONZALEZ, 2012).

Así,

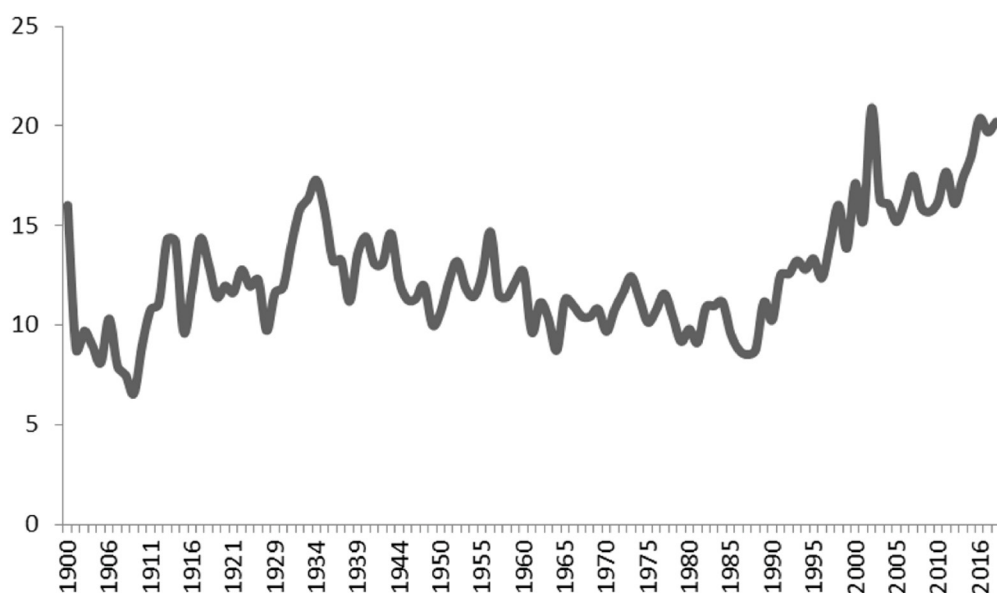
[...] tal vez lo más significativo, en el marco de las políticas neoliberales de los 90, sea la precarización, flexibilización y exclusión social, así como los cambios en los procesos y organización del trabajo que modifican la clase trabajadora y favorecen la tendencia a su disgregación y atomización.(...) Se puede destacar en este período la evolución negativa de la afiliación global a los sindicatos, atribuible en parte al descenso de la actividad industrial, a la dispersión de la fuerza de trabajo en unidades de producción pequeñas

y al aumento de sectores de ocupación difíciles de organizar sindicalmente. (FREGA, 2008, p. 300)

En este período predominaría en los individuos

[...] la experiencia combinada de inseguridad (de nuestra posición, de nuestros derechos y medios de subsistencia), de incertidumbre (de nuestra continuidad y futura estabilidad) y de desprotección (del propio cuerpo, del propio ser y de sus extensiones: posesiones, vecindario, comunidad). (BAUMAN, 2009, p. 171)

Gráfico 1. Tasas de suicidios consumados cada 100.000 habitantes. (1900–2018)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE.

En el gráfico 2 puede observarse las tasas de suicidios por sexo y total para los años en donde Uruguay realizó sus censos de población. En 1908 la tasa de suicidios total aparece con un valor de 7,5 en donde la masculina es de 8,7 y la femenina a una

corta distancia con un valor de 6,2. La relación hombre sobre mujer es de 1,4 hombres por cada mujer, siendo la más próxima para estas mediciones. Cincuenta y cinco años después esta relación adquiere valores similares a la tendencia mundial en don-

de se ubica entre 3 y 4 hombres por cada mujer. En 1963 la tasa masculina crece en un 85% y la femenina disminuye un 22% adquiriendo valores de 16,1 y 4,8. En los dos períodos siguientes (1975, 1985) la tasa masculina sube levemente y se estanca, la femenina nuevamente desciende con respecto al período próximo anterior llegando en 1985 a un valor de 3,4 cada 100.000 habitantes. En 1985 la tasa total presenta un incremento negativo con respecto a 1975 de 5,8% llegando a un valor de 9,7 cada 100.000 habitantes.

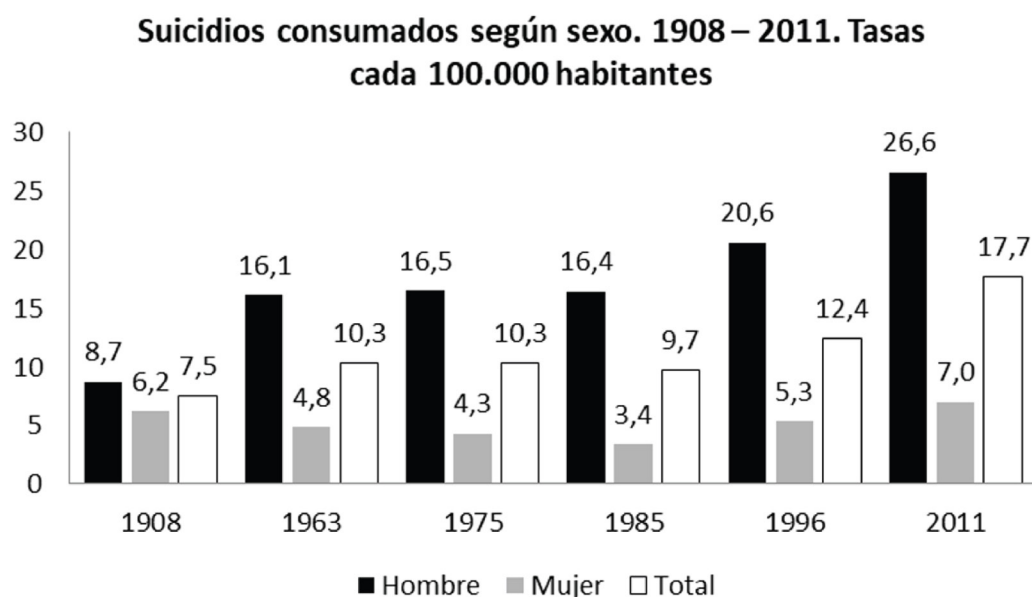
Del año 1985 a 1996 la tasa masculina, femenina y la total presentan un incremento llegando a valores de 20,6 la masculina, 5,3 la femenina y 12,4 cada 100.000 habitantes la total. Los incrementos corres-

pondientes fueron del 25,6%; 55,9% y de 27,8% la tasa total, pudiéndose observar la importante variación porcentual de la tasa femenina.

El último año 2011 nuevamente repite el comportamiento en la variación porcentual de la tasa de suicidios tanto para hombres y mujeres como la total, siendo el mismo de incremento. En este caso el incremento fue de 29,1% la tasa masculina, 32,1% la femenina y la total del 42,7%. Llegando la tasa masculina a un valor de 26,6, la femenina a 7,0 y la tasa total de suicidios cada 100.000 habitantes a un valor de 17,7.

La variación porcentual de la tasa de suicidios masculina entre 1908 y 2011 fue del 205,7%, la femenina del 12,9% y la total un incremento del 136%.

Gráfico 2. Suicidios consumados según sexo. Tasas cada 100.000 habitantes. (1908-2011))



Fuente: Elaboración propia a partir de información del MSP, INE – Uruguay

3. Suicidio en el Uruguay reciente: 2012-2017

En este apartado se utilizan tres fuentes principalmente, como son las Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública – MSP (MSP - ESTADÍSTICAS VITALES, 2020). del Uruguay, los registros de eventos de seguridad pública del Sistema de Gestión de Seguridad Pública del Ministerio del Interior (SGSP – MI) y las estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas – INE (INE – ESTIMACIONES POBLACIÓN, 2020) del Uruguay.

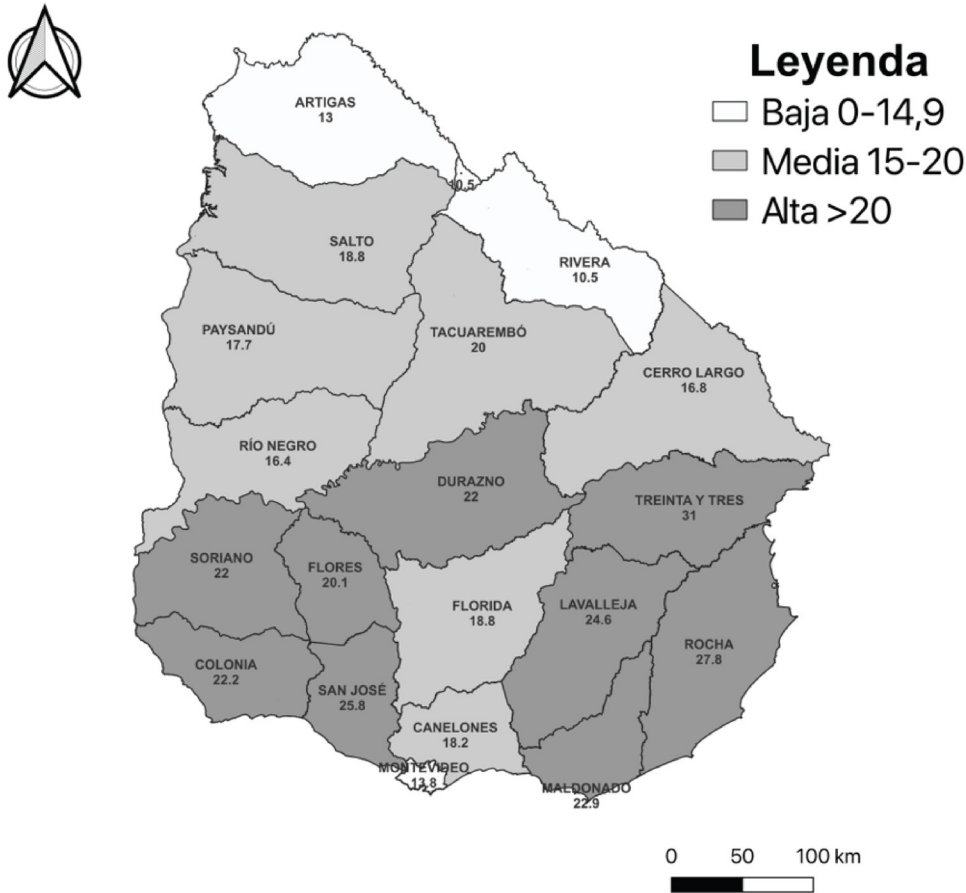
En este período de tiempo (2012-2017) utilizando las estadísticas vitales del MSP y las estimaciones y proyecciones de población del INE, el suicidio se presenta en Uruguay con una media de 18,2 en donde el departamento de Rivera presentó el valor mínimo de la tasa media de suicidios con 10,5

y Treinta y Tres el máximo de 31,0 cada 100.000 habitantes.

El Uruguay se puede agrupar en tres niveles con respecto a las tasas de suicidios departamentales. En un grupo con valores menores a 15,0 estarían Rivera con 10,5; Montevideo (13,8) y el departamento de Artigas al norte con 13,0. En un segundo grupo la tasa estaría entre 15 y 20 cada 100.000 habitantes y los departamentos comprendidos son: Río Negro; Paysandú; Salto; Tacuarembó y Cerro Largo. El último grupo comprende a los que presentan una media en su tasa de suicidios superior a 20,0 cada 100.000 habitantes. Los mismos son: Flores; Soriano; Durazno; Colonia; Maldonado; Lavalleja; San José; Rocha y con el valor máximo Treinta y Tres. De esta forma Uruguay presenta tres departamentos con tasas menores a 15; 10 departamentos con tasas entre 15 y 20; y por último nueve departamentos con tasas superiores a 20,0⁶.

6. Si bien la construcción de tasas es una herramienta importante para la comparación en el tiempo y en el espacio, en el caso de Uruguay esta puede presentar distorsiones ya que los datos en algunos departamentos del Uruguay muestran pocos casos de suicidios y pequeñas variaciones en los mismos repercuten significativamente en la tasa final.

Mapa 2. Suicidios consumados según departamento. Tasa media cada 100.000 habitantes. (2012-2017)



Fuente: Elaboración propia a partir de información del MSP, INE – Uruguay.

Los siguientes dos mapas muestran la tasa media de suicidios consumados por departamento en áreas urbanas y rurales utilizando los registros de suicidios consumados del SGSP – MI, dado que el registro en este sistema contiene las coordenadas geográficas del evento posibilitando el posterior tratamiento con un SIG⁷ y la identificación de los suicidios si fueron cometidos en áreas urbanas o rurales.

En este período de tiempo la tasa media de suicidios rural fue de 40,6 cada 100.000 habitantes y la urbana de 15,6. Representando en valores absolutos un total de 447 suicidios consumados en áreas rurales, de 3017 en urbanas en un total de 3464 registros para el período de 2012 a 2017. En porcentajes el 12,9% de los suicidios se dio en áreas rurales frente a un 87,1% de suicidio áreas urbanas. La media de suicidios rurales

7. SIG – Sistema de Información Geográfico. Se utilizó el programa QGIS para la identificación de los suicidios según departamento y ocurrencia en un área urbana o rural.

fue de 75 casos por año y en áreas urbanas de 503 casos. La media de edad total fue de 62,1 años siendo la media en el área rural de 53,9 y en el área urbana de 63,3 años, una diferencia de 9 años entre los dos espacios geográficos. Si se le distingue por sexo y espacio geográfico el hombre presenta prácticamente 5 años más que las mujeres con valores de 54,4 años los hombres rurales frente a 49,6 las mujeres rurales. En el medio urbano es la mujer la que presenta una edad en promedio mayor a la masculina de 4,5 años, siendo la edad media de las mujeres de 66,8 años frente a la media de edad de los hombres de 62,3 años.

Las edades medias tanto de hombres como de mujeres de áreas urbanas son mayores a las correspondientes en áreas rurales. Dándose una distancia en las mujeres de áreas urbanas con las de áreas rurales de 17,2 años frente a la diferencia de los hombres que es menor en forma significativa de prácticamente 8 años. El suicidio es en promedio más joven en el área rural.

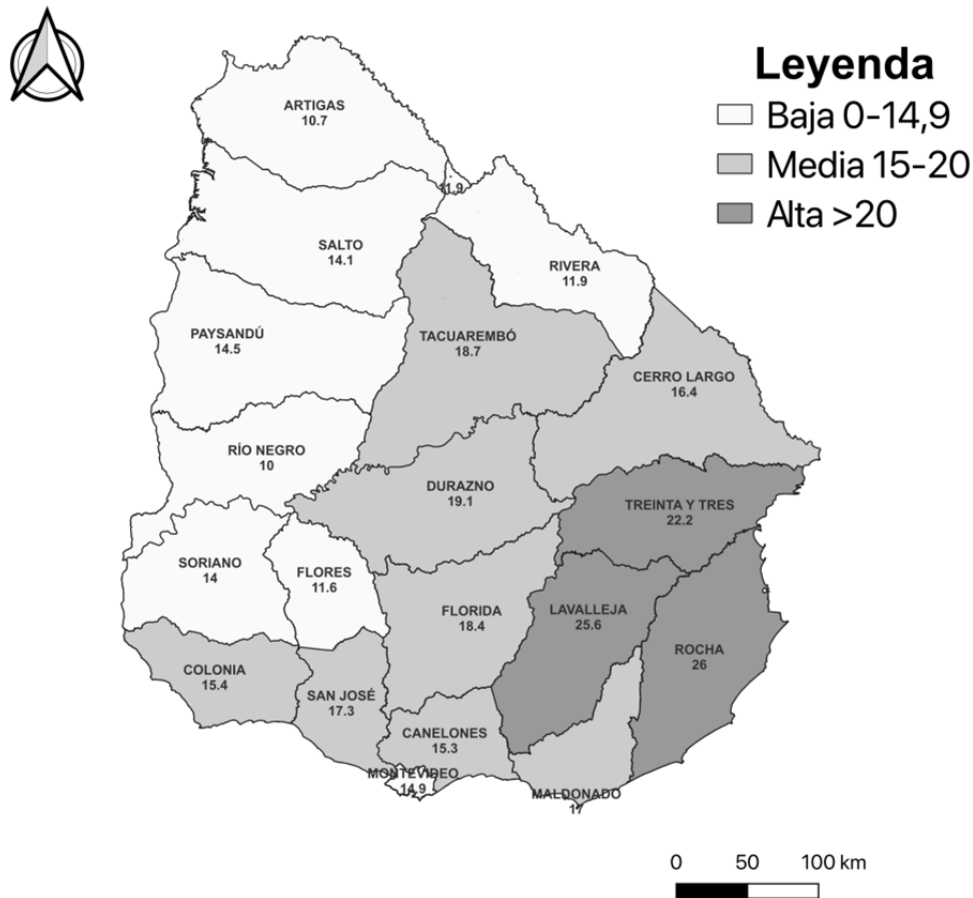
Si se observa con detenimiento el suicidio según áreas y departamentos debe des-

tacarse que el suicidio urbano presenta un valor máximo de su tasa media para 2012-2017 en el departamento de Rocha con un valor de 26,0 cada 100.000 habitantes. Pero cuando observamos el suicidio rural las tasas medias por departamentos para el mismo período de tiempo comienzan con un valor mínimo de 26,2 cada 100.000 habitantes en el departamento de Florida y alcanza su máximo valor en el departamento de Maldonado con 94,2 cada 100.000 habitantes.

Los departamentos que presentan una tasa superior a 20 cada 100.000 habitantes aparecen en el este del país siendo los mismos Treinta y Tres, Lavalleja y Rocha. En el litoral frontera con Argentina y el norte del país presenta valores inferiores a 15,0 cada 100.000 habitantes.

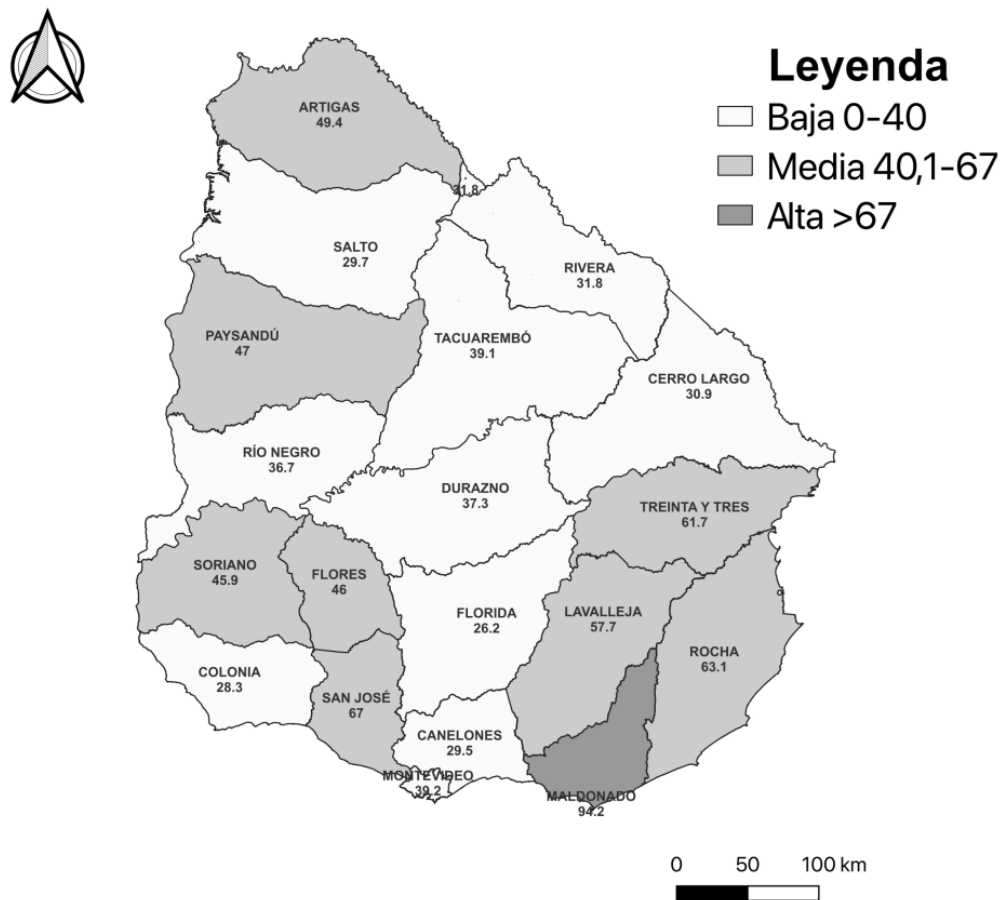
Cuando se observa el área rural, el departamento de Maldonado sobresale con una tasa de 94,2 cada 100.000 habitantes y luego aparecen con valores de 40 a 70 los departamentos de Artigas, Paysandú, Soriano, Flores, San José y el este del país con Treinta y Tres, Lavalleja y Rocha.

Mapas 3. Suicidios consumados según departamento en áreas urbanas . Tasa media cada 100.000 habitantes. (2012-2017)



Fuente: Elaboración propia a partir de información del SGSP – MI – Uruguay.

Mapas 4. Suicidios consumados según departamento en áreas rurales . Tasa media cada 100.000 habitantes. (2012-2017)



Fuente: Elaboración propia a partir de información del SGSP - MI - Uruguay.

**3.1. Suicidios consumados en Uruguay.
2012-2017**

Los datos de suicidios que se utilizan en el siguiente apartado se basan en el número de eventos caratulados por las jefaturas departamentales como “suicidios consumados” en el Sistema de Gestión de Seguridad Pública (SGSP – MI) del Ministerio del Interior, entre los años 2012 a 2017.

La metodología de trabajo estuvo centrada en construir una matriz de datos que reflejara las variables clásicas y otras denominadas de base o estructurales. El proceso de trabajo comienza con la obtención de los eventos de seguridad pública en formato PDF, para luego comenzar con la lectura y digitalización de la información en variables para los años 2012 a 2017.

En el período de tiempo 2012-2017 se registraron (SGSP – MI) 3.464 eventos caratulados como “suicidios consumados” en las jefaturas departamentales del Uruguay. De los mismos, el presente artículo no tomará en cuenta los suicidios de menores de 15 años y los que se presentaron sin dato en la variable edad (17 suicidios y 53 suicidios

respectivamente). El artículo referenciará a 3.394 suicidios consumados de 15 años y más en tres grupos de edad (15 a 35 años; 36 a 59 años y 60 años y más). Este agrupamiento responde a una necesidad tanto teórica como metodológica. Teórica, por los distintos procesos, experiencias y situaciones vitales que afectan a cada grupo. Finalmente, metodológica, permitiendo obtener resultados más robustos y completos de estos grupos de edad.

Tal como aparece en la literatura especializada, estudios y diversos informes de investigación, el suicidio consumado es un fenómeno típicamente masculino, presentándose en los hombres una proporción del 79,1% frente a un 20,9% de las mujeres en el Uruguay entre 2012 y 2017.

Cuando se desagregan los suicidios por sexo y grupos de edad se puede observar una fuerte masculinización del mismo en los tramos más jóvenes (15 a 35 años) y de adultos mayores (60 y más años) con un 80,9% y 80,0%. El grupo de los adultos la proporción de los hombres desciende a un valor de 76,5% frente a un 23,5% de las mujeres.

Cuadro 3. Suicidios consumados según sexo y grupos de edad. Uruguay. Porcentajes. (2012-2017)

	Hombre	Mujer	Total general
15 a 35 años	80,90%	19,10%	100%
36 a 59 años	76,50%	23,50%	100%
60 y más años	80,00%	20,00%	100%
Total general	79,10%	20,90%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de información del SGSP – MI – Uruguay.

Al observar otro de los indicadores clásicos, como ser el estado civil, incorporado por Durkheim en sus primeros análisis, el cuadro siguiente muestra dicho indicador por grupos de edad y sexo. En el mismo se puede observar que la situación que aparece con mayor proporción es la de casado o en unión de hecho con un 32%, seguida por la de soltero en un 31%; en tercer lugar, la de divorciado o separado de la unión en un 24%, en cuarto lugar el estado de viudo en un 6%.

En el primer grupo de edad la situación que predomina es la de soltero en un 61%, seguida de la de casado o unión de hecho en un 18% y muy cercana la de divorciado en un 17%. Las diferencias sustantivas aparecen en las mujeres jóvenes que en un 30% están en algún tipo de unión frente al 15% de los hombres y en la situación de solteros en donde los hombres muestran un porcentaje del 65% frente al 48% de las mujeres. Siendo la situación de divorciados o separados un estado similar para ambos sexos con valores del 16% y 20% correspondientemente.

Cuando se pasa al segundo grupo de edad (36 a 59 años) las situaciones que predominan en igual proporción son las de casados y de divorciados en un 36% para am-

bos sexos. Las mujeres aparecen en una proporción mayor a los hombres en la situación de casados con un 44% frente al 34% de los hombres. El estar divorciado o separado para ambos sexos presentó valores similares del entorno del 36%. La situación de estar solteros aparece para el total en una proporción del 21%, en donde los hombres presentan una diferencia con un valor de 24% frente a las mujeres del 12%. Aparece en este grupo de edad con un valor poco significativo el de estar en la situación conyugal de viudo siendo del 1% para los hombres y del 2% para las mujeres.

Al analizar la situación conyugal del grupo de edad de 60 y más años se puede observar que el 44% está en alguna forma de unión, en donde esta proporción para los hombres es de prácticamente la mitad de los mismos frente al 32% de las mujeres. El estar fuera de la situación de unión por separación o viudez representa el 36%. En donde las mujeres para el caso de la viudez presentaron un valor del 30% y los hombres en un 16%. El estar divorciado o separado para ambos sexos mostró porcentajes similares de 17% los hombres y 20% las mujeres. La situación menos común fue la de estar soltero siendo la proporción del 10% para los hombres y del 7% para las mujeres.

Cuadro 4. Suicidios consumados según situación civil, grupos de edad y sexo. Uruguay. 2012-2017. Porcentajes

	15 a 35 años			36 a 59 años			60 y más años			Total
	Hombre	Mujer	Subtotal	Hombre	Mujer	Subtotal	Hombre	Mujer	Subtotal	
Casado e unión de hecho	15%	30%	18%	34%	44%	36%	47%	32%	44%	32%
Soltero	65%	48%	61%	24%	12%	21%	10%	7%	9%	31%
Viudo o Viudo de la unión	0%	0%	0%	1%	2%	1%	16%	30%	18%	6%
Divorciada o separada de la unión	16%	20%	17%	35%	37%	36%	17%	20%	18%	24%
Sin Datos	4%	2%	3%	6%	4%	5%	11%	11%	11%	6%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de información del SGSP – MI – Uruguay.

Un tema importante es el método empleado, la literatura habla de cuando se aplican restricciones en el acceso a algunos métodos las tasas se estabilizan o llegan a descender levemente. Así, si observamos en el 63% de los suicidios se utiliza el método de ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, descendiendo el mismo a la medida que pasamos de un grupo de edad a otro, pasando del 78% en los más jóvenes al 61% en los adultos y al 49% definitivo en los adultos mayores.

La presencia de las armas de fuego crece con la edad, en el grupo de 15 a 35 años el 15% utilizó un arma de fuego, en los adultos esta proporción creció al 24% y en los adultos mayores al 35%. La proporción de los dos métodos (ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación y las armas de fuego) representa el 87% de los casos para el Uruguay entre 2012 a 2017. El resto se divide en un 3% sustancias, 3% salto desde lugar elevado, 2% ahogamiento o sumersión, otros métodos 2%, envenenamiento el 1% y arma blanca el restante 1%.

Cuadro 5. Suicidios consumados según método, grupos de edad y sexo. Uruguay. Porcentajes. (2012-2017)

	15 a 35 años			36 a 59 años			60 y más años			Total
	Hombre	Mujer	Subtotal	Hombre	Mujer	Subtotal	Hombre	Mujer	Subtotal	
Arma de fuego	14%	19%	15%	26%	15%	24%	39%	18%	35%	24%
Arma blanca	1%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	81%	66%	78%	64%	54%	61%	51%	44%	49%	63%
Envenenamiento, plaguicidas, sustancias biológicas	1%	1%	1%	1%	2%	1%	1%	3%	2%	1%
Ahogamiento y sumersión	0%	0%	0%	2%	4%	2%	3%	10%	4%	2%
Salto desde un lugar elevado	1%	4%	1%	2%	8%	3%	2%	8%	3%	3%
Sustancias (Medicamentos, Drogas, Sedantes, etc...)	1%	4%	2%	2%	12%	5%	1%	12%	3%	3%
Otros métodos	1%	4%	2%	2%	4%	3%	2%	3%	2%	2%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de información del SGSP - MI - Uruguay.

Un indicador importante para predecir el suicidio son los intentos previos de autoeliminación. También se encuentra entre los mitos a derrumbar el que los que se intentan matar y no lo logran están haciendo llamados de atención y no lo van a realizar posteriormente.

De esta forma el piso de los IAE es del 16%, esta situación se debe a que la fuente de información es el registro del evento suicidio consumado en el SGSP - MI, y no todos los registros cuentan con información de esta situación previa. En este registro se cuenta con los testimonios de testigos que pueden ser familiares, amigos o vecinos del que comete el suicidio. Por lo tanto, los ca-

sos detectados con presencia de IAE deben considerarse como un mínimo.

Así de este relevamiento surge que de 3463 suicidios consumados el 16% tuvo un IAE. Cuando se observa por grupos de edad se puede observar que las mujeres más jóvenes presentan una mayor proporción de IAE con un valor del 26% frente a un 14% de los hombres. En el grupo de los adultos las mujeres aumentan en proporción de IAE con un 40% frente a un 12% de los hombres y en los adultos mayores descende este valor en las mujeres al 22% frente al 9% de los hombres. En todos los grupos de edad son las mujeres las que presentan una mayor proporción de IAE.

Cuadro 6. Suicidios consumados con IAE según grupos de edad y sexo. Uruguay. Porcentajes. (2012-2017)

	15 a 35 años			36 a 59 años			60 y más años			Total
	Hombre	Mujer	Subtotal	Hombre	Mujer	Subtotal	Hombre	Mujer	Subtotal	
No	86%	74%	84%	88%	60%	81%	91%	78%	88%	84%
Si	14%	26%	16%	12%	40%	19%	9%	22%	12%	16%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de información del SGSP - MI - Uruguay.

En el último cuadro se puede observar como aumenta la presencia de enfermedades con una mayor edad, siendo para los más jóvenes una proporción del 3%, para los adultos de 10% y en los adultos mayores del 31%. Es de pensar en esta situación como afectara la presencia sumamente importante en el Uruguay de adultos mayores con respecto al envejecer y la presencia de enfermedades en lo que significa una vida

digna de ser vivida. En los dos primeros grupos de edad en donde es en las mujeres donde aparece una proporción levemente mayor de la presencia de enfermedades y en el grupo de adultos mayores esta proporción pasa a ser mayor entre los hombres con valores del 33% frente al 23% de las mujeres. Estos valores llevan a reflexionar lo que significa el buen vivir y como el morir dignamente es parte de ese buen vivir.

Cuadro 7. Suicidios consumados que presentan enfermedades, según grupos de edad y sexo. Uruguay. Porcentajes. (2012–2017)

	15 a 35 años			36 a 59 años			60 y más años			Total
	Hombre	Mujer	Subtotal	Hombre	Mujer	Subtotal	Hombre	Mujer	Subtotal	
No	98%	94%	97%	92%	86%	90%	67%	77%	69%	86%
Si	2%	6%	3%	8%	14%	10%	33%	23%	31%	14%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de información del SGSP – MI – Uruguay.

Breves conclusiones

A pesar de la innegable necesaria mirada interdisciplinaria para comprender el fenómeno de suicidio, es muy difícil determinar de manera específica cómo determinados factores pueden tener relación y por ende una explicación con las conductas suicidas y por ende con el comportamiento social del tema. La información y descripción que presenta este artículo puede considerarse como un aporte más a la necesaria comprensión del tema a nivel nacional y continental.

Una de las primeras observaciones que se realizan y por ende se pude sintetizar como resultados obtenidos, consiste en que las variables demográficas estudiadas en nuestro continente tienen una semejanza importante con las estadísticas que señala la literatura especializada en otras realidades y/o a nivel mundial. Uno de las conclusiones que podemos señalar es que en nuestro continente existen tres grandes grupos o conglomerados de países que implican una diferencia importante en esta materia. En segundo lugar y más allá de las diferencias específicas de cada país, en ellos del continente Americano, la distribución de la población en cuanto al género se mantie-

ne predominantemente por el sexo masculino, en comparación con el sexo femenino, al igual que el patrón de crecimiento del problema a nivel mundial. Esto a su vez, explica la alta frecuencia de suicidios en hombres. En este sentido se puede remarcar para las Américas que los hombres con independencia de las culturales locales o regionales, tienen un comportamiento diferencial al momento de resolver o enfrentar los conflictos que se generan en la vida cotidiana.

En tercer lugar, es importante destacar el comportamiento disímil en aquellas variables demográficas que podrían llegar a explicar las diferencias entre los grupos de países, como ser la estructura poblacional en torno a la población urbana y rural y la estructura de edades. Ambas variables no logran dar cuenta del fenómeno a nivel regional, dado que existen estructuras de edades similares y las tasas de suicidio nacionales son distantes, como ser el caso de Chile, Argentina y Uruguay. En el caso de la densidad urbana o rural es otro indicador que ejemplifica. Existe un grupo de países que la tasa de urbanidad creció considerablemente en los últimos 20 años y la conducta suicida (expresada en sus tasas) no presenta variaciones importantes. Es así que de los doce países analizados, ocho presentaron fuertes

descensos en su población rural y no presentaron diferencias en el evento analizado.

En cuanto a la conducta suicida analizada en Uruguay, la primera conclusión que se arriba es que la tasa de suicidio encuentra sus primeros indicios de comprensión, en la propia historia política y cultural del país. Las crisis sociales, y sus derivaciones políticas y económicas determinaron un país en donde la conducta suicida y la resolución de los conflictos por esta vía, fueron “moneda corriente” desde los orígenes mismos del Uruguay. En las condiciones sociales, políticas y económicas encuentran las raíces, altamente significativas, para comprender la conducta suicida en Uruguay.

El suicidio en Uruguay puede comenzar a comprenderse en tres momentos históricos bien diferenciados. En una primera etapa comprende desde su nacimiento como país independiente hasta los años 1930-34, caracterizado con una tasa de suicidio importante a nivel regional y continental (17,3 cada 100.000 habitantes) en su pico más alto.

La segunda etapa puede constituirse desde 1935 hasta 1985, en donde el descenso de aquella tasa es el elemento característico del mismo. Las explicaciones tentativas que intentan interpretar este período nos hablan de un contexto de alta integración social y cultural hasta aquellas que hablan de la comunión emanada de la resistencia obrera estudiantil a la última dictadura cívico militar en la década de los 70 y 80. La media de la tasa de suicidio expresa una extraña y paradigmática cifra de un dígito; 8.7 cada 100.000 habitantes.

La tercera etapa abarca desde la reconstitución democrática 1986 hasta el presente, en donde la tendencia al incremento de la tasa de suicidios es el elemento central y por ende característico.

Dado este especial período el artículo centra su mirada en la descripción y caracterización de los eventos, en especial en los últimos años.

En cuanto a los hallazgos en este apartado, los datos nos muestran una realidad heterogénea en cada región e incluso en sus mínimas unidades analizadas que son los departamentos que integran el país. Es importante señalar que, si bien la tasa de suicidio nacional es importante en el contexto latinoamericano, las cifras son escasas por año, registrando 650 casos por año, en promedio. Esto lleva a que pequeñas variaciones en los datos pueden arrojar diferencias o cambios importantes, sobre todo cuando se analizan por departamento.

Más allá de este hecho, los datos analizados muestran un comportamiento típico de los suicidios uruguayos. Son más hombres que mujeres, se dan en contextos más rurales que urbanos, los métodos empleados son el ahorcamiento y menos los saltos al vacío (esto dado la topografía o relieve del territorio, amplias llanuras). En cuanto a las edades, se presenta más en la tercera edad, y el suicidio juvenil es en principio poco relevante, más allá de que todo indica que este grupo etario son los que estarían creciendo más en estos últimos años. Se da el evento en mayor medida entre solteros y divorciados que entre los casados, aunque aquí las distancias no son tan relevantes como en otros contextos regionales. Por último, se refleja claramente como a medida que aumenta la edad, comienza a tener peso las enfermedades como factor de comprensión del evento en este grupo social importante. Para finalizar, el presente artículo presentó una mirada descriptiva del fenómeno demostrando la necesidad de la complementariedad de lecturas desde distintas disciplinas tomando en cuenta los contextos socio

culturales específicos tanto regionales como nacionales para acercarse a una comprensión más amplia.

Referencias

ACEVEDO, E. 1934. *Anales históricos del Uruguay. 1876-1894*. Tomo IV. Montevideo: Barreiro y Ramos, 1934.

BARRAN, J. P.; NAHUM, B. Nahum. *Historia rural del Uruguay Moderno*. Tomo IV. Historia social de las revoluciones de 1897 y 1904. 1993. Banda Oriental.

BAUMAN, Z. *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2009.

BELTRÁN, M. Cinco vías de acceso a la realidad social. REIS - Revista Española de Investigaciones Sociológicas, n. 29, 1985, p. 7-42, 1985.

DURKHEIM, E. *El suicidio*. Buenos Aires. Ediciones el Libertador, 2004.

EMV-Encuesta Mundial de Valores 2010 - 2014. <https://www.worldvaluessurvey.org/>. Acceso em: 10 Mar.2020.

ESTADÍSTICAS Vitales. Ministerio de la Salud Publica, 2020. Disponible em: <https://uins.msp.gub.uy/>. Acceso em: 10 Mar. 2020.

ESTIMACIONES y proyecciones de población. Instituto Nacional de Estadística, n.d. Montevideo. Disponible em: <http://www.ine.gub.uy/estimaciones-y-proyecciones>. Acceso em: 10 Mar.2020.

FREGA, A.; AYCAGUER, A. M. R.; RUIZ, E.; PORRINI, R.; ISLAS, A.; BONFANTI, D.; BROQUETAS, M.; CUADRO, I. *Historia del Uruguay en el siglo XX (1890 - 2005)*. Montevideo: Banda Oriental, 2008.

GIDDENS, A. *The Sociology of Suicide. A Selection of Readings*. London: Frank Cass. (Serie New Sociology Library, n. 3), 1971.

GONZÁLEZ, V. H. G. Suicidio y precariedad en el Uruguay. In: PATERNAIN, R.; RICO, A. (coord.) *Uruguay: Inseguridad, Delito y Estado*.

Montevideo: Trilce, 2012, p. 230-242.

GONZÁLEZ, V. H. G. Historia y suicidio en el Uruguay. *Revista Encuentros Uruguayos*, v. 5, n. 1, p. 57-73, dez. 2012.

GONZÁLEZ, V. H. G.; HEIN, P. Las grietas en el muro: Suicidio en el Uruguay. In: *Derechos Humanos en el Uruguay*. Informe 2015. Servicio de Paz y Justicia. Uruguay, 2015.

GONZÁLEZ, V. H. G.; HEIN, P. El suicidio en Uruguay. *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*, 1. ed. compilado por Pablo Hein y Cristina Larrobla, Montevideo: Universidad de la República, 2017, p. 169-194.

PÉREZ, A; GONZALEZ, V. H. G.; HEIN, P. Suicidio en Uruguay: mirada en perspectiva territorial. *Revista Mexicana de Sociología* 82, n. 2, p. 311-341, abr./jun. 2020.

HALBWACHS, M. *Les causes du suicide*. Paris: Alcan, 1930.

HEUGUEROT, C. Suicidio y poder a fines del siglo xix en Uruguay. Un aporte histórico para comprender el fenómeno actual del suicidio en el país. En *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*, compilado por Pablo Hein y Cristina Larrobla, Montevideo: Universidad de la República, 2017, p. 153-168..

LESTER, D. 2008. *Suicide and culture*. *World Cultural Psychiatry Research Review* 3(2):51-68. January 2008.

LESTER, D. 2011. The Cultural Meaning of Suicide: What Does That Mean? *OMEGA-Journal of Death and Dying*, v. 64, n. 1, p. 83-94, jan. 2011

LEVEAU, C. M. *El suicidio en Argentina: variaciones espacio - temporales y factores de área asociados*. Tesis para la obtención del título de magíster. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Depto. de Salud Comunitaria. 2017.

LEVEAU, C. M.; GUEVEL, C., ALAZRAQUI, M. Diferenciales intra-urbanos del suicidio: el rol de la

fragmentación social en Argentina. *Revista Ciencia & Saúde Coletiva*. Buenos Aires, pp. 2345 – 2354. ago. 2019.

MUJER, M. 2017. Towards a Push-Pull Theoretical Understanding in the Sociology of Suicide: Revisiting What We Know and What We Can Explore. *Silliman Journal. A Journal Devoted to Discussion and Investigation in the Humanities and Sciences*. v. 58, n. 1, 2017.

OMS-Organización Mundial de la Salud. *Prevención del suicidio un imperativo global*. Washington, DC: OMS, 2014a. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>. Acesso em: 10 Mar. 2020.

OMS-Organización Mundial de la Salud.. *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional*. Washington, DC: OPAS 2014b. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2020.

PAREDES, M.; TENEMBAUM, M. *Comprensión de la mortalidad en el Uruguay: Niveles y diferencias regionales en el período 1996-2014*. Notas de Población, n. 108, jan.-jun/2019. CEPAL.

PESCOSOLIDO, B. A.; GEORGIANNA, S. Durkheim, Suicide, and Religion: Toward a Network Theory of Suicide. *American Sociological Review*, n. 54, p. 33-48, jan.1989.

RAMA, Á. *La generación crítica (1939-1969)*. Montevideo: ARCA, 1972.

ROBERTT, P. El suicidio en el Uruguay. Un análisis histórico. *Informe de Investigación*, n. 23. Udelar. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología, Montevideo, 1997.

RODRÍGUEZ, P. F.; REVUELTA, J. L. G.; GARCÍA, M.; HERNANDEZ, D. M. O. El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Cátedras de Psiquiatría y Psicología*. Facultad de Medicina, Universidad de la Laguna, Canarias. *Psiquis*, n. 11, p. 374-380, 1990.

SCOURFIELD, J. Suicidal masculinities. *Sociological Research Online*, v. 10, n. 2, <https://doi.org/10.5153/sro.1057>, p. 35-44, jun. 2005.

SCOURFIELD, J; FINCHAM, B.; SHINNER, M.; LANGER, S. *Understanding Suicide: A Sociological Autopsy*. New York: Palgrave Macmillan, 2011.

STACK, S. The effects of interstate migration on suicide. *International Journal of Social Psychiatry*, v. 26, n. 1, p. 17-26, 1980.

STACK, S. The effect of religious commitment on suicide: A cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, n. 24, p. 362-374, 1983.

STACK, S.; KPOSOWA, A. J. *Sociological Perspectives on Suicide. A Review and Analysis of Marital and Religious Integration*. The International Handbook of Suicide Prevention, 2 ed., p. 241-257, 2016.

VIGNOLO, J. C. *Estudio del suicidio en Uruguay. Período 1887-2000 y Análisis epidemiológico del año 2000*. Biblioteca Virtual, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Udelar. 2004. Recuperado de: Biblioteca Virtual de FM. http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/biblioteca_virtual/Suicidio%20y%20comportamiento%20humano.pdf. Acesso em: 15 abr 2015.

VIVEROS V.; VERONICA, P. *Dimensiones analíticas del suicidio: hacia una aproximación de suicidio en la vejez*. Tesis de Maestría en Ciencia Social con especialidad en Sociología. Centro de Estudios Sociológicos. El Colegio de México, 2018. Recuperado de: Repositorio de Tesis Colegio de Mexico. Acesso em: 10 dic 2019.

RESUMEN

Este artículo se realiza con una impronta fuertemente descriptiva tratando de evidenciar la complejidad y singularidad del suicidio en el Uruguay en el contexto regional y nacional. Primero se aborda el suicidio en el contexto de América del Sur; en segundo lugar, una descripción histórica del fenómeno en el Uruguay (como el país con mayores registros en la región) desde comienzos del siglo XX hasta la actualidad. Por otro lado, se presenta una mirada topográfica de algunos indicadores entre los años 2012 y 2018, y por último se presentan unas breves conclusiones, en donde se esbozan los procesos sociales y culturales que determinan al país en este fenómeno, que se presenta evidentemente complejo y multifacético que reclama una mirada o abordajes complejos e interdisciplinarios para futuras aproximaciones.

PALABRAS CLAVE

Suicidio. Uruguay.

ABSTRACT

This article is written with a strong descriptive imprint, trying to show the complexity and singularity of suicide in Uruguay in a regional and national context. First, suicide is addressed in the context of South America and secondly, a historical description of the phenomenon in Uruguay (where there are the greatest records in the region) from the beginning of the XX century till now. At the same time, the article outlines a topographical look at some figures between 2012 and 2018. Lastly, some brief conclusions which describe social and cultural processes that determine the country in the subject of suicide, which appears to be unsurprisingly complex and multifaceted and that claims complex and interdisciplinary approaches for future estimations.

KEYWORDS

Suicide. Uruguay.

Recibido em: 18/05/2021

Aprovado em: 26/08/2021

