



**Universidad Abierta Interamericana**

**Sede Regional Rosario**

**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**

**Título: “Estudio epidemiológico de los suicidios en el Departamento Nogoyá, Entre Ríos, en el periodo comprendido entre el 1º de enero de 2004 y 30 de setiembre de 2010”.**

**Alumno: Mercedes A. Moreira Savino**

**Tutor: Dra. Susana Swinny**

**Fecha de presentación: Diciembre de 2010**

## Índice

Índice-----	1
Resumen -----	2
Marco teórico-----	5
Problema -----	13
Objetivos -----	13
Material y métodos -----	14
Resultados -----	16
Discusión -----	33
Conclusión -----	35
Bibliografía -----	37
Anexo -----	40

## Resumen

El suicidio es desde lejanas épocas una incógnita, que no ha sido posible desentrañar hasta la fecha. Es un desafío planteado a través de los tiempos de acuerdo a la bibliografía consultada, así como cuales serían los factores determinantes que influirían en las ideas suicidógenas.

El presente es un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo en base a 53 casos de suicidios de personas de 14 a 75 años, de ambos sexos, ocurridos en el Departamento de Nogoyá, Provincia de Entre Ríos, durante el periodo comprendido entre los años 2004 y 2010.

Con el objetivo de analizar la frecuencia de presentación y características de los suicidios ocurridos, conocer la tasa de suicidio, determinar la frecuencia de suicidios en las distintas etapas de la vida: adolescencia, adultez o tercera edad y la prevalencia por sexo, conocer la frecuencia de presentación según época del año y especificar las diferentes metodologías de suicidio empleadas.

Se arribaron a las siguientes conclusiones: la tasa de suicidio de 14 a 75 años en el Departamento Nogoyá en el periodo 2004-2010 fue 1.96 por mil habitantes, 0,88 por mil habitantes del sexo femenino y 3,03 por mil habitantes masculinos, 1,19 por mil habitantes adolescentes, 2,13 por mil habitantes adultos y 1,8 por mil habitantes de la tercera edad, el 26,4% ocurrieron en el año 2005 seguido por el 20,8% en el año 2004, el 35.8% se produjeron en verano y la metodología mayormente utilizada, el 79,2% fue el ahorcamiento. Del total de casos estudiados sólo el 15,1% presentó algún antecedente de relevancia, y de estos el 55,6% eran mujeres y el 44,4% hombres.

**Palabras clave: suicidio, etapas de la vida, metodología, época del año, hombres adultos, verano, ahorcamiento.**

## Introducción

La criminología, se construye a partir de los hechos que suceden en la vida de una sociedad.

El suicidio es un acto de violencia contra sí mismo, de manera tal, que constituye la primera causa de muerte violenta en el mundo.

Observar de cerca la tragedia humana y social que significa el suicidio, es la intencionalidad del siguiente trabajo de investigación. Me referiré así a la temática del "suicidio", teniendo en cuenta que el mismo, como ya manifesté, forma parte de una de las tres causas de muerte consideradas como violentas, siendo las otras dos, el homicidio y los accidentes.

Por otra parte, la investigación, permite observar que los pensamientos y las conductas suicidas son mucho más frecuentes de lo que podríamos imaginar, siendo las conductas de riesgo, similares a las halladas en estudios realizados en otros países.

La palabra suicidio viene del latín *sui*= de sí mismo, y *cederé*= matar, es el acto por el cual una persona se quita voluntariamente la vida. <sup>(1,2)</sup>

El mismo, es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura.

A los efectos de contribuir mínimamente, con un aporte que busque las causales de muertes por autoagresión, y contando con la información otorgada por el Juzgado de Instrucción de la ciudad de Nogoyá, se procederá a efectuar

un estudio de los suicidios que ocurrieron en el periodo comprendido entre los años 2004 y 2010 en el Departamento homónimo.

La tasa de suicidios en diez años, creció entre un 30 y un 40 por ciento en la provincia de Entre Ríos. Históricamente, el registro anual marcaba un promedio de 88 casos hasta el año 2000, con tendencia ascendente. En el año 2007 la cifra llegó a 191 casos, superando ampliamente dicha cantidad, durante el período comprendido entre los años 2008 y 2009, donde se presentó la alarmante cifra estadística de un suicidio cada dos días.

La tasa global de suicidios es de 14,5 por 100 mil habitantes (en la Argentina es de 8,5). Se considera una baja tasa de suicidios hasta 4,1 por cien mil; media, hasta 8,1, y alta de 8,2 a 18. Hasta el año 2000, según el INDEC, Entre Ríos se encontraba en la media nacional. Hoy, la ha superado ampliamente. <sup>(3)</sup>

Si bien todos conocemos que existen diferentes tipos de muerte, tales como la producida por una enfermedad, la que se manifiesta como consecuencia de un accidente, y la sucedida por la acción del ser humano contra sí mismo, en teoría, o idealmente, las personas sólo deberíamos morir por la llamada muerte natural. Pero la realidad no es esta, y en muchas ocasiones nos creemos con el derecho de decidir tanto sobre la vida del otro, como sobre la nuestra, y es en esta última situación, sobre la que debemos poner nuestro empeño, me refiero a la prevención del suicidio, y a toda forma de daño autoinfligido, a fin de que clarifiquemos el concepto fundamental del significado de la vida del ser humano y de lo que ella representa.

## Marco teórico

El suicidio consiste entonces, en el acto voluntario e intencional de quitarse a uno mismo la vida.

Debido a que se trata del homicidio directo de la propia persona, se diferencia de la muerte causada por la misma, de forma indirecta, accidental y no intencional. (4)

A lo largo de los años, ha habido múltiples definiciones y descripciones de este fenómeno.

- Edwin Shneidman definió el suicidio como "el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución".
- Stengel en 1961, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el **intento**, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la **tentativa**, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados.
- Esta proliferación de definiciones, obligó a la OMS (1976) a intentar unificar la terminología y a proponer unos términos concretos.

**Acto suicida:** hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

**Suicidio:** muerte que resulta de un acto suicida.

**Intento de suicidio:** acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases:

1) *Idea suicida* en la que el sujeto piensa en cometer suicidio.

2) *Duda o fase de ambivalencia* donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir.

3) *Decisión* en la que ya se pasa a la acción. <sup>(5)</sup>

Según la O.M.S., suicidio es todo hecho por el cual un individuo se causa a si mismo una lesión cualquiera sea el grado de intención letal y el conocimiento del verdadero móvil. <sup>(6)</sup>

Entre las numerosas causas de suicidio se enumeran factores endógenos (del propio individuo) y exógenos (del medio sociofamiliar).

Entre los primeros se describen los trastornos mentales o personalidades anormales, y los factores mórbidos como vejez, neoplasias, alcoholismo crónico, toxicomanías, etc.

Entre los exógenos, los factores económicos, familiares, político-religiosos, etc.

Se discute si en el momento del atentado contra la propia vida el sujeto se halla en condiciones psíquicas de normalidad. <sup>(1)</sup>

Existen determinados factores que intervienen en el acto de suicidio, podemos hablar así de:

*Factores de protección:*

Hay un gran número de factores protectores susceptibles de ejercer un efecto positivo como preventivos del suicidio. Entre ellos se cuentan, no

solamente los factores individuales como las capacidades sociales, una buena conciencia de la salud o una adecuada actividad física sino, también, ciertos rasgos de la personalidad como la apertura del espíritu, la confianza en sí mismo, la capacidad para buscar ayuda, los comportamientos adaptativos a cada situación, una buena integración social, la existencia de un adecuado sostén familiar y de amigos, y las expectativas personales y profesionales positivas.

*Factores de Riesgo:*

a) Factores Biológicos: la edad avanzada no protege de la muerte por suicidio: todos los datos de la literatura médica indican que hay una sobremortalidad por suicidio en los ancianos.

b) Factores estacionales: hay un aumento de los suicidios en primavera y otoño, lo cual se correlaciona con la variación estacional de la enfermedad depresiva.

c) Factores socio-familiares: como el estado civil (viudez, divorcio o separación), la pérdida del trabajo, el aislamiento social (especialmente presenta en las grandes aglomeraciones urbanas, aunque parezca paradójico), y la religión (el ser católico creyente es un factor de protección), influyen sobre el potencial suicida del paciente deprimido. Las situaciones conflictivas de pareja o familiares, la pérdida de un ser querido, la pérdida del estatus socioeconómico, son acontecimientos que aumentan el riesgo suicida.

d) Factores socio-profesionales: los habitantes de las zonas rurales tienen un punto y medio mayor que los habitantes de las zonas de mayor aglomeración demográfica. El trabajo parece “proteger contra el suicidio”: hay mas suicidas sin empleo.



Otros factores que se deben considerar son los conocimientos para llevar a cabo el suicidio y la disponibilidad de las herramientas necesarias. De ahí se deduce que ciertas profesiones, como la sanitaria o militar, tienen más facilidades para suicidarse.

e) Enfermedades médicas: en ciertos casos de enfermedades crónicas o incurables (cáncer, EPOC, enfermedades degenerativas, síndromes dolorosos) es posible que se presenten deseos de muerte y hasta tentativas de suicidio. Mientras los primeros pueden estar ligados al temor al sufrimiento causado por el dolor o deterioro excesivo y/o prolongado las ideas suicidas se presentan, frecuentemente, en pacientes con trastornos psicopatológicos previos.

f) Factores psicopatológicos: desde hace tiempo se ha verificado que el porcentaje de enfermos mentales con respecto al total de individuos que se suicidan es alrededor de un 95%, y sólo un 5% se trataría de suicidas sin patología psiquiátrica identificable. La mitad de los enfermos mentales que se suicidan corresponden a enfermos afectados de una forma u otra de depresión.

(2)

Desde el punto de vista de las formas e instrumentos de suicidio, varían de país a país, de modo que pueden anunciarse, con variables de frecuencia por modas, sugestionabilidad, etcétera:

- Envenenamiento con barbitúricos, analgésicos e hipnóticos;
- Envenenamiento con sustancias sólidas, polvos o líquidos;
- Envenenamiento con gases de uso doméstico;
- Envenenamiento con gases de motores y otros (ambientes deliberadamente cerrados);
- Ahorcamiento con lazo y suspensión variable y estrangulamiento con lazo, inmersión en líquidos y sofocación;

- Armas de fuego y explosivos;
- Instrumentos cortantes y punzantes;
- Herramientas de filo y contusión: martillo, hacha, hoz, etc.;
- Precipitación,
- Choque de vehículos, lanzamiento al vacío, pseudoaccidente de paracaídas, etc.

Desde el punto de vista de causas y motivos, figuran con variable frecuencia:

- Enfermedad mental;
- Alcoholismo;
- Dificultades financieras;
- Amor;
- Embarazo;
- Matrimonio;
- Dificultad doméstica;
- Fracaso en exámenes;
- Enfermedad incurable;
- Persecuciones de variado motivo, etc. <sup>(7)</sup>

#### **Tipicidad de las lesiones:**

Por lo general, se observan lesiones típicas en los casos habituales de suicidio.

Así, las zonas normalmente utilizadas por suicidas para el uso de armas de fuego son la sien derecha (o izquierda en los zurdos), la cavidad bucal y el precordio. Raramente el abdomen.

Las zonas de las armas blancas: el cuello (degüello), el precordio, las muñecas o antebrazo y el abdomen.

Es frecuente observar el lugar del hecho en completo orden (salvo en los casos de crisis maníacas), con notas dejadas por el occiso. Cuartos de baño o dormitorios cerrados por dentro. Ocasionalmente (en delirantes) complicados mecanismos preparados con meticulosidad para lograr su objetivo de autoeliminación.

Algunas conductas son típicas del suicida: descubrirse la zona corporal a agredir; desabrocharse la camisa si se va a realizar un disparo en el pecho o herir con arma blanca; ubicarse frente al espejo para el degüello; el acomodar el cañón del arma en la cavidad bucal, que lo distingue del disparo en la boca de origen homicida, donde generalmente se lesiona la arcada dentaria por resistencia de la víctima a abrir la boca.

Son de considerable valor diagnóstico los antecedentes personales de la víctima, generalmente psiquiátricos. <sup>(1)</sup>

*Desde una perspectiva sociológica:*

La primera gran conclusión del primer científico social que estudió el suicidio en forma empírica, Emil Durkheim, es que el suicidio es un fenómeno social no explicable en términos individuales.

Así, el suicidio, para este autor, deja de ser un hecho individual y se transforma en un reflejo de las sociedades en que se produce.

Durkheim explica que las distintas sociedades en cada momento de su historia tienen un humor colectivo, una actitud definida para el suicidio y un juicio de conjunto acerca del valor de la vida humana. Esta reflexión da cuenta que el concepto, idea o creencia que se tenga del suicidio, varía según el momento histórico en el que se produce. Esto permite establecer que cualquier intento de explicación respecto del suicidio está lejos de ser un dogma.

A partir de su observación y sobre la base de las estadísticas que tuvo acceso durante su investigación, Durkheim distingue cuatro tipos de suicidios:

- El suicidio egoísta, debido a una excesiva individualización y escasa integración al grupo social;
- El suicidio altruista, en que la individualización es insuficiente y es excesiva la integración social;
- El suicidio fatalista, como único medio de escapar de una situación de excesiva reglamentación social; y
- El suicidio anómico, resultado de situaciones de perturbación del orden colectivo en que las normas –vigentes previamente- han perdido su legitimidad y fuerza de cohesión y, las que aún no han sido reemplazadas por otras alternativas.

Durkheim señala que en las sociedades modernas la anomia sería un factor regular y específico en los suicidios: la falta de regulación social se traduce en ausencia de freno a las pasiones y creciente divorcio o alienación de los sujetos respecto a la sociedad. <sup>(8)</sup>

#### *Desde una perspectiva psicoanalítica*

Para constatar las causalidades los psicólogos realizan una distinción de género al señalar que en los hombres los intentadores y los suicidas consumados tienen conflictos similares y que en las mujeres hay una probable historia natural.

Postulan que el suicidio obedecería a muchos factores que actúan de manera recíproca y específica en cada individuo, lo que se relacionaría a:

- construcción del individuo o sujeto,
- evolución del desarrollo,
- circunstancias sociales,

-fantasías personales sobre la muerte.

Además el psicoanálisis postula que el suicidio se vincula básicamente a:

-conflictos relacionados con la explosión instintiva de la adolescencia,

-deseos sexuales edípticos,

-dependencia/independencia de los padres,

-conflictos con la sexualidad,

-conflictos con la adquisición de una identidad adulta.

El psicoanálisis sostiene que la depresión es normal dentro de los adolescentes y es incluso un sustrato depresivo en el desarrollo adolescente.

No obstante es necesario distinguir si esta es un síntoma o enfermedad.

La depresión sería normal cuando se presenta como disminución de la autoestima, desaliento y desesperación. <sup>(9)</sup>

#### *Perspectiva religiosa-cultural*

No existe ni en el Antiguo ni en el Nuevo Testamento juicios condenatorios hacia los suicidios. En ellos, aunque se encuentran episodios de actos suicidas, no se registra ningún término que etimológicamente contenga el concepto entendido como asesinato de sí mismo. <sup>(10)</sup>

## **Problema**

¿Cuál fue la frecuencia de presentación y las características de los suicidios acaecidos en el Departamento Nogoyá, durante el periodo comprendido entre el 1º de enero de 2004 y el 30 de setiembre de 2010?

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar la frecuencia de presentación y características de los suicidios ocurridos en el Departamento Nogoyá en el periodo comprendido entre los años 2004 y 2010.

### **Objetivos específicos**

- Conocer la tasa de suicidio en el Departamento Nogoyá, en las edades comprendidas entre los 14 y los 75 años, durante el período 2004 a 2010.
- Determinar la frecuencia de suicidios en las distintas etapas de la vida: adolescencia, adultez o tercera edad.
- Determinar la prevalencia por sexo.
- Conocer la frecuencia de presentación según época del año.
- Especificar las diferentes metodologías de suicidio empleadas.

## **Material y métodos**

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo en base a los casos de suicidios ocurridos en el Departamento de Nogoyá, Provincia de Entre Ríos, durante el periodo comprendido entre los años 2004 y 2010.

La información sobre los mismos fue extraída de los informes que corresponden a los hechos de suicidios y cuyas constancias figuran en los archivos del Juzgado de Instrucción de la ciudad de Nogoyá.

El departamento Nogoyá está situado en el centro de la provincia de Entre Ríos, presenta una superficie de 4.282 Km<sup>2</sup> y la población es de alrededor de 38.840 habitantes, según el último censo <sup>(11)</sup>. Está constituido por Hernández, Lucas Gonzales, Villa Aranguren y la cabecera de departamento que lleva su nombre.

La muestra quedó constituida por la totalidad de casos de suicidio, en ambos sexos y para las edades comprendidas entre los 14 y 75 años, ocurridas en el Departamento Nogoyá, durante el periodo comprendido entre el 1º de enero de 2004 y el 30 de setiembre de 2010.

Se analizaron las siguientes variables:

- Fecha: en la cual ocurrió el suicidio. Especificando día, mes y año.
- Época del año: verano, otoño, invierno o primavera.
- Sexo: femenino o masculino.
- Edad: en años cumplidos al momento del suicidio.
- Etapa de la vida: adolescencia (14 a 19 años), adultez (20 a 64 años), tercera edad (65 años o más).
- Metodología del suicidio.

- Antecedentes de relevancia.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los datos se tabularon para su presentación (ver anexo 1). Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar), técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, promedios, porcentajes) e inferenciales (prueba chi cuadrado), para un nivel de significación  $p < 0,05$ .



## Resultados

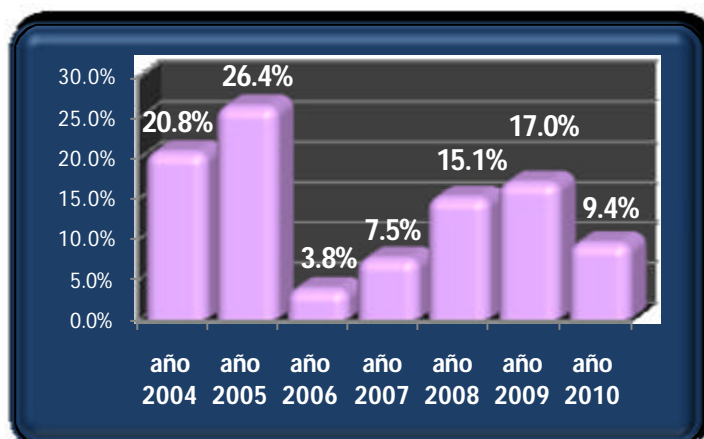
### **Año de ocurrencia**

**Tabla 1: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del año de ocurrencia de suicidios.**

Año de ocurrencia		
	<i>f</i>	%
año 2004	11	20.8%
año 2005	14	26.4%
año 2006	2	3.8%
año 2007	4	7.5%
año 2008	8	15.1%
año 2009	9	17.0%
año 2010	5	9.4%
<b>Total</b>	<b>53</b>	

Del total de suicidios ocurridos en el Departamento Nogoyá (n=53), el 26.4% ocurrió en al año 2005; el 20.8% en el año 2004; el 17% en el año 2009; el 15.1% en el año 2008; el 9.4% en el año 2010; el 7.5% en el año 2007 y el 3.8% en el año 2006.

**Gráfico 1: distribución de las frecuencias relativas del año de ocurrencia de suicidios.**



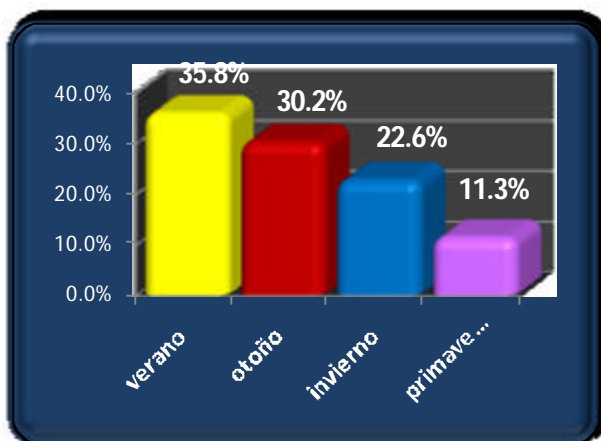
## Estación del año

**Tabla 2:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la estación del año cuando ocurrió el suicidio.

Estación del año		
	<i>f</i>	%
verano	19	35.8%
otoño	16	30.2%
invierno	12	22.6%
primavera	6	11.3%
<b>Total</b>	<b>53</b>	

El 35.8% de los suicidios ocurrieron en verano; el 30.2% en otoño; el 22.6% en invierno y el 11.3% en primavera.

**Gráfico 2:** distribución de las frecuencias relativas de la estación del año cuando ocurrió el suicidio.



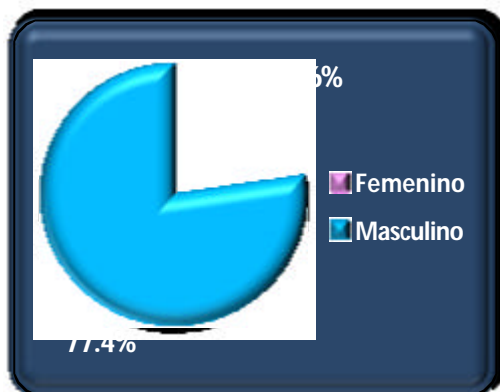
## Sexo

**Tabla 3:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del sexo de la población estudiada.

Sexo		
	<i>f</i>	%
Femenino	12	22.6%
Masculino	41	77.4%
<b>Total</b>	<b>53</b>	

El 77.4% de los suicidios corresponde al sexo masculino y el 22.6% al sexo femenino.

**Gráfico 3:** distribución de las frecuencias relativas del sexo de la población estudiada.



**Sexo y estación del año**

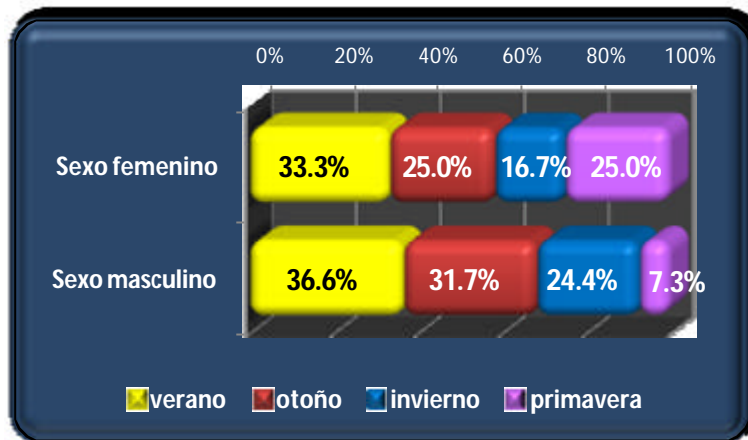
**Tabla 4:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas del sexo en relación al año de ocurrencia del suicidio en la población estudiada.

Sexo y estación del año				
	Sexo femenino		Sexo masculino	
	f	%	f	%
verano	4	33.3%	15	36.6%
otoño	3	25.0%	13	31.7%
invierno	2	16.7%	10	24.4%
primavera	3	25.0%	3	7.3%
<b>Total</b>	<b>12</b>		<b>41</b>	

Del total de la población de sexo femenino (n=12), el 33.3% ocurrió en verano; el 25% en otoño; el 25% en primavera y el 16.7% en invierno.

Del total de la población de sexo masculino (n=41), el 36.6% ocurrió en verano; el 31.7% en otoño; el 24.4% en invierno y el 7.3% en primavera.

**Gráfico 4: distribución de las frecuencias relativas del sexo en relación al año de ocurrencia del suicidio en la población estudiada.**



**Edad**

La población presenta una edad mínima de 16 años y una máxima de 75 años, con un promedio de 41 años (DS  $\pm$ 17.3), una mediana de 44 años y un modo de 20 años.

**Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad en la población estudiada.**

Edad		
	<i>f</i>	%
hasta 19 años	5	9.4%
20 a 29 años	13	24.5%
30 a 39 años	7	13.2%
40 a 49 años	10	18.9%
50 a 59 años	11	20.8%
60 a 69 años	2	3.8%
70 años o más	5	9.4%
<b>Total</b>	<b>53</b>	

El 24.5% corresponde al intervalo de 20 a 29 años; el 20.8% al intervalo de 50 a 59 años; el 18.9% al intervalo de 40 a 49 años; el 13.2% al intervalo de 30 a 39 años; el 9.4% al intervalo de hasta 19 años; el 9.4% al intervalo de 70 años o más y el 3.8% al intervalo de 60 a 69 años.

**Gráfico 5: distribución de las frecuencias relativas de la edad en la población estudiada.**



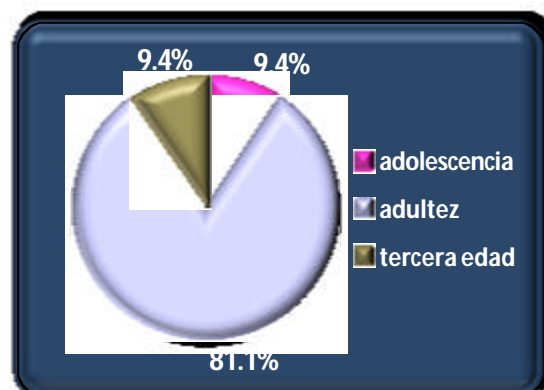
**Etapa de la vida**

**Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la etapa de la vida en la población estudiada.**

Etapa de la vida		
	<i>f</i>	%
adolescencia	5	9.4%
adulthood	43	81.1%
tercera edad	5	9.4%
<b>Total</b>	<b>53</b>	

El 81.1% corresponde a la adultez; el 9.4% a la adolescencia y el 9.4% a la tercera edad.

**Gráfico 6: distribución de las frecuencias relativas de la etapa de la vida en la población estudiada.**



**Etapa de la vida y estación del año**

**Tabla 7:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la etapa de la vida en relación a la estación del año en la población estudiada.

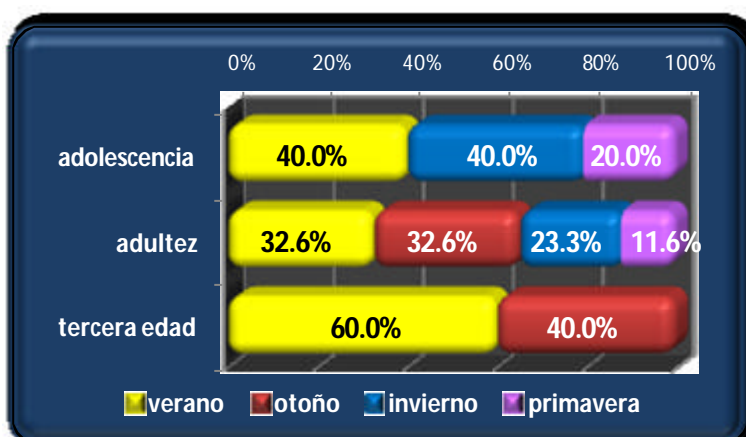
Etapa de la vida y estación del año						
	adolescencia		adultez		tercera edad	
	f	%	f	%	f	%
verano	2	40.0%	14	32.6%	3	60.0%
otoño	0	0.0%	14	32.6%	2	40.0%
invierno	2	40.0%	10	23.3%	0	0.0%
primavera	1	20.0%	5	11.6%	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>5</b>		<b>43</b>		<b>5</b>	

Del total de la población que corresponde a la adolescencia (n=5), en el 40% el suicidio ocurrió en verano; en el 40% en invierno y en el 20% en primavera.

Del total de la población que corresponde a la adultez (n=43), en el 32.6% el suicidio ocurrió en el verano; en el 32.6% en el otoño; en el 23.3% en el invierno y en el 11.6% en la primavera.

Del total de la población que corresponde a la tercera edad (n=5), en el 60% el suicidio ocurrió en verano y en el 40% en otoño.

**Gráfico 7:** distribución de las frecuencias relativas de la etapa de la vida en relación a la estación del año en la población estudiada.



· **Etapa de la vida y sexo**

**Tabla 8: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la etapa de la vida en relación al sexo en la población estudiada.**

Etapa de la vida y sexo						
	adolescencia		adultez		tercera edad	
	f	%	f	%	f	%
femenino	3	60.0%	9	20.9%	0	0.0%
masculino	2	40.0%	34	79.1%	5	100.0%
<b>Total</b>	<b>5</b>		<b>43</b>		<b>5</b>	

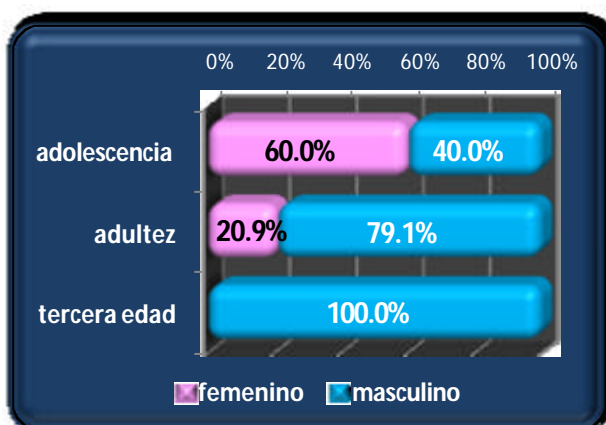
Del total de la población que corresponde a la adolescencia (n=5), el 60% es de sexo femenino y el 40% de sexo masculino.

Del total de la población que corresponde a la adultez (n=43), el 79.1% es de sexo masculino y el 20.9% de sexo femenino.

La totalidad de la población que corresponde a la tercera edad (n=5) es de sexo masculino.

La relación entre etapa de la vida y sexo es muy significativa ( $p < 0.05$ ), es decir que el suicidio en la adultez y en la tercera edad es más probable que corresponda a una persona de sexo masculino, a diferencia del suicidio en la adolescencia que es más probable que ocurra en una persona de sexo femenino (Chi cuadrado= 4.4).

**Gráfico 8: distribución de las frecuencias relativas de la etapa de la vida en relación al sexo en la población estudiada.**



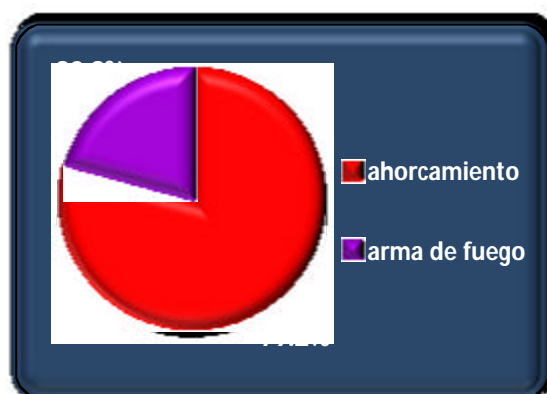
## Metodología

**Tabla 9:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la metodología de suicidio utilizada en la población estudiada.

Metodología		
	<i>f</i>	%
ahorcamiento	42	79.2%
arma de fuego	11	20.8%
<b>Total</b>	<b>53</b>	

El 79.2% corresponde a ahorcamiento y el 20.8% arma de fuego.

**Gráfico 9:** distribución de las frecuencias relativas de la metodología de suicidio utilizada en la población estudiada.



## Metodología y estación del año

**Tabla 10:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la metodología en relación a la estación del año en la población estudiada.

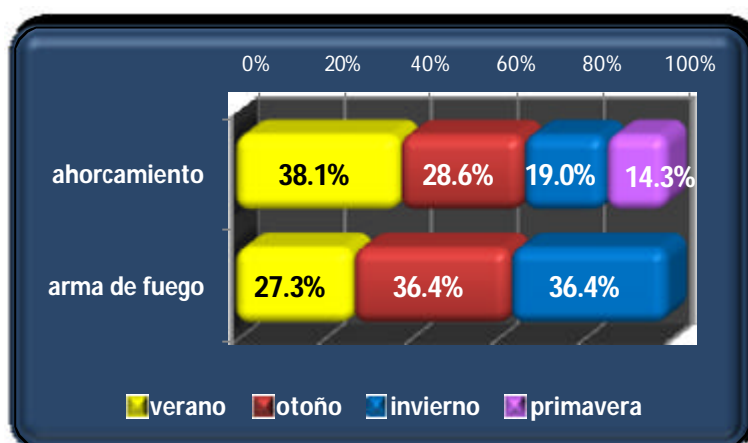
Metodología y estación del año				
	ahorcamiento		arma de fuego	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
verano	16	38.1%	3	27.3%
otoño	12	28.6%	4	36.4%
invierno	8	19.0%	4	36.4%
primavera	6	14.3%	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>42</b>		<b>11</b>	



Del total de suicidios por ahorcamientos (n=42), el 38.1% ocurrió en el verano; el 28.6% en el otoño; el 19% en el invierno y el 14.3% en la primavera.

Del total de suicidios por armas de fuego (n=11), el 36.4% ocurrió en el otoño; el 36.4% en el invierno y el 27.3% en el verano.

**Gráfico 10: distribución de las frecuencias relativas de la metodología en relación a la estación del año en la población estudiada.**



• **Metodología y sexo**

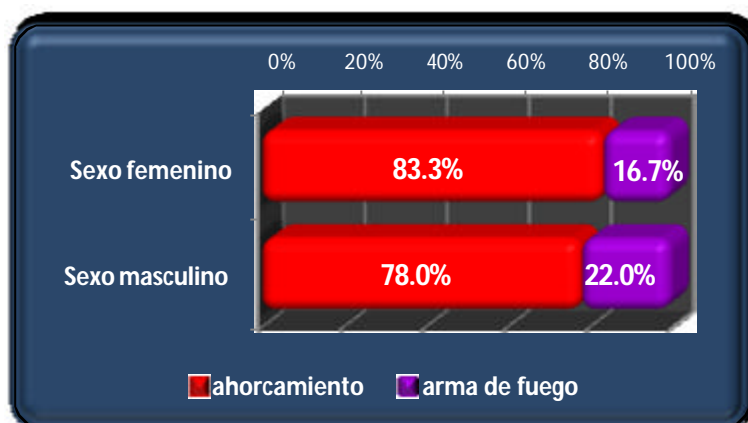
**Tabla 11: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la metodología en relación al sexo en la población estudiada.**

Metodología y sexo				
	femenino		masculino	
	f	%	f	%
ahorcamiento	10	83.3%	32	78.0%
arma de fuego	2	16.7%	9	22.0%
<b>Total</b>	<b>12</b>		<b>41</b>	

Del total de sexo femenino (n=12), el 83.3% corresponde a suicidio por ahorcamiento y el 16.7% a suicidio por armas de fuego.

Del total de sexo masculino (n=41), el 78% corresponde a suicidio por ahorcamiento y el 22% a suicidio por armas de fuego.

**Gráfico 11:** distribución de las frecuencias relativas de la metodología en relación al sexo en la población estudiada.



· **Metodología y etapa de vida**

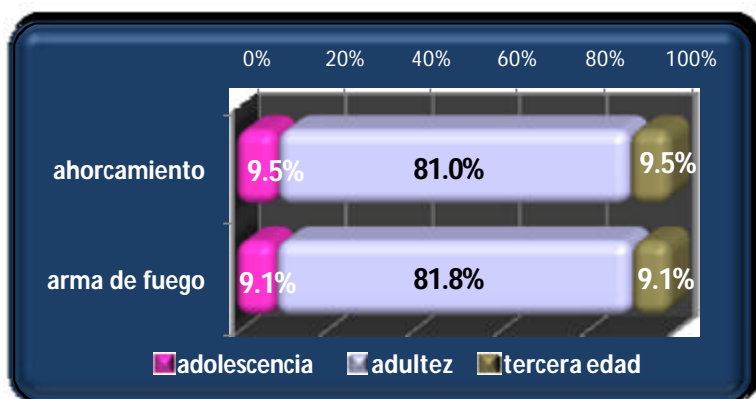
**Tabla 12:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la metodología en relación a la etapa de vida de la población estudiada.

Metodología y etapa de la vida				
	ahorcamiento		arma de fuego	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
adolescencia	4	9.5%	1	9.1%
adulthood	34	81.0%	9	81.8%
tercera edad	4	9.5%	1	9.1%
<b>Total</b>	<b>42</b>		<b>11</b>	

Del total de suicidios por ahorcamientos (n=42), el 81% ocurrió en la adultez; el 9.5% en la adolescencia y el 9.5% en la tercera edad.

Del total de suicidios por armas de fuego (n=11), el 81.8% ocurrió en la adultez; el 9.1% en la adolescencia y el 9.1% en la tercera edad.

**Gráfico 12:** distribución de las frecuencias relativas de la metodología en relación a la etapa de vida de la población estudiada.



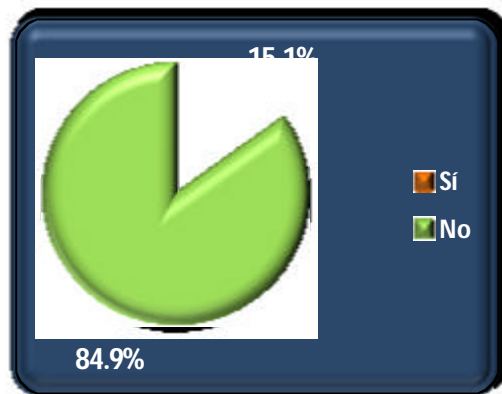
## Antecedentes

**Tabla 13:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los antecedentes de la población estudiada.

Antecedentes		
	<i>f</i>	%
Sí	8	15.1%
No	45	84.9%
<b>Total</b>	<b>53</b>	

El 84.9% de la población no presenta antecedentes de relevancia y el 15.1% presenta antecedentes de tratamiento psiquiátrico (en la mitad de los casos por depresión).

**Gráfico 13: distribución de las frecuencias relativas de los antecedentes de la población estudiada.**



· **Antecedentes y estación del año**

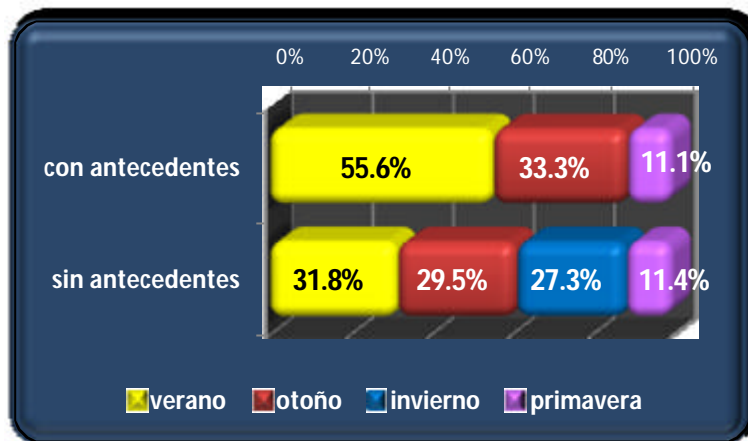
**Tabla 14: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los antecedentes en relación a la estación del año en la población estudiada.**

Antecedentes y estación del año				
	con antecedentes		sin antecedentes	
	f	%	f	%
verano	5	55.6%	14	31.8%
otoño	3	33.3%	13	29.5%
invierno	0	0.0%	12	27.3%
primavera	1	11.1%	5	11.4%
<b>Total</b>	<b>9</b>		<b>44</b>	

Del total de la población con antecedentes (n=9), el 55.6% de los suicidios ocurrieron en verano; el 33.3% en otoño y el 11.1% en primavera.

Del total de la población sin antecedentes (n=44), el 31.8% de los suicidios ocurrieron en verano; el 29.5% en otoño; el 27.3% en invierno y el 11.4% en primavera.

**Gráfico 14:** distribución de las frecuencias relativas de los antecedentes en relación a la estación del año en la población estudiada.



• **Antecedentes y sexo**

**Tabla 15:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los antecedentes en relación al sexo de la población estudiada.

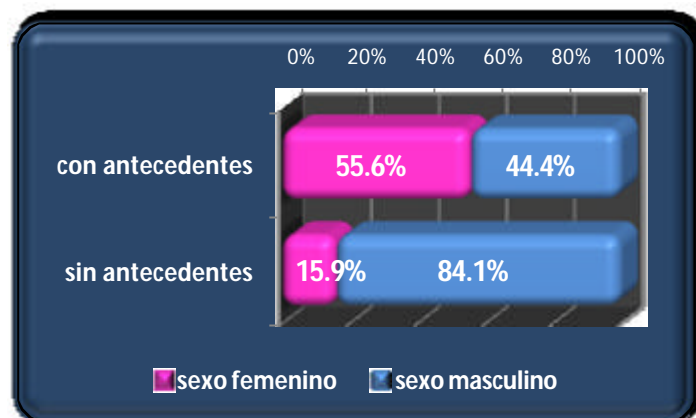
Antecedentes y sexo				
	con antecedentes		sin antecedentes	
	f	%	f	%
femenino	5	55.6%	7	15.9%
masculino	4	44.4%	37	84.1%
<b>Total</b>	<b>9</b>		<b>44</b>	

Del total de la población con antecedentes (n=9), el 55.6% corresponde al sexo femenino y el 44.4% al sexo masculino.

Del total de la población sin antecedentes (n=44), el 84.1% corresponde al sexo masculino y el 15.9% al sexo femenino.

La relación entre sexo y antecedentes de relevancia es altamente significativa ( $p < 0.001$ ), es decir que el sexo masculino tiene mayor probabilidad de no presentar antecedentes (tratamiento psiquiátrico) que el sexo femenino (Chi cuadrado=6.71)

**Gráfico 15:** distribución de las frecuencias relativas de los antecedentes en relación al sexo de la población estudiada.



**Antecedentes y etapas de la vida**

**Tabla 16:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los antecedentes en relación a las etapas de la vida en la población estudiada.

Antecedentes y etapa de la vida				
	con antecedentes		sin antecedentes	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
adolescencia	0	0.0%	5	11.4%
adulthood	9	100.0%	34	77.3%
tercera edad	0	0.0%	5	11.4%
<b>Total</b>	<b>9</b>		<b>44</b>	

La totalidad de la población con antecedentes (n=9) es adulta.

Del total de la población sin antecedentes (n=44), el 77.3% corresponde a la adultez; el 11.4% a la adolescencia y el 11.4% a la tercera edad.

**Gráfico 16:** distribución de las frecuencias relativas de los antecedentes en relación a las etapas de la vida en la población estudiada.



**Antecedentes y metodología**

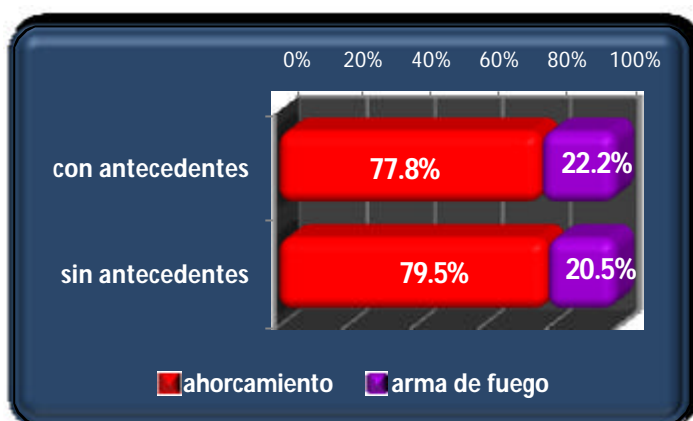
**Tabla 17:** distribución de las frecuencias absolutas y relativas de los antecedentes en relación a la metodología de suicidio en la población estudiada.

Antecedentes y metodología				
	con antecedentes		sin antecedentes	
	f	%	f	%
ahorcamiento	7	77.8%	35	79.5%
arma de fuego	2	22.2%	9	20.5%
<b>Total</b>	<b>9</b>		<b>44</b>	

Del total de la población con antecedentes (n=9), el 77.8% corresponde a suicidio por ahorcamiento y el 22.2% por armas de fuego.

Del total de la población sin antecedentes (n=44), el 79.5% corresponde a suicidio por ahorcamiento y el 20.5% por armas de fuego.

**Gráfico 17: distribución de las frecuencias relativas de los antecedentes en relación a la metodología de suicidio en la población estudiada.**



### Tasa de suicidio

- Tasa de suicidio de 14 a 75 años en el Departamento Nogoyá, periodo 2004-2010.

$$\frac{53}{27053} = 1.96 \text{ por mil habitantes}$$

- Tasa de suicidio por sexo, de 14 a 75 años en el Departamento Nogoyá, periodo 2004-2010.

#### *Sexo femenino*

$$\frac{12}{13562} = 0.88 \text{ por mil habitantes}$$

#### *Sexo masculino*

$$\frac{41}{13491} = 3.03 \text{ por mil habitantes}$$



- Tasa de suicidio de por edad en el Departamento Nogoyá, periodo 2004-2010.

***Adolescencia (14 a 19 años)***

$$\frac{5}{4188} = 1.19 \text{ por mil habitantes}$$

***Adulthood (20 a 64 años)***

$$\frac{43}{20099} = 2.13 \text{ por mil habitantes}$$

***Tercera edad (65 a 75 años)***

$$\frac{5}{2766} = 1.8 \text{ por mil habitantes}$$

## Discusión

Los hombres son más propensos a cometer el suicidio, 77,4%, contra un 22,6% en las mujeres, esto es coherente con un análisis epidemiológico realizado en Brasil entre 1980 y 2006 <sup>(12)</sup> y con otro realizado en Campinas, Brasil. <sup>(13)</sup>

El mayor porcentaje se produjo en verano (35,8%), esto coincide en parte con un estudio realizado en Chile en el cual el 39% de los casos se concentraron en los meses de octubre, noviembre, diciembre y enero, “meses calientes”. <sup>(14)</sup>

La metodología utilizada para cometer el suicidio fue en el 79,2 % el ahorcamiento, esto es coincidente con un estudio realizado en Brasil en el que también la mayoría optó por este método. <sup>(12)</sup>

El 24,5 % de las muertes se produjeron en personas de 20 a 29 años, esto en parte es coherente con un estudio realizado en Uruguay, en el que las edades eran entre 25 y 34 años. <sup>(15)</sup>

En ambos sexos la metodología más utilizada para el cometido fue el ahorcamiento, en contrapartida de lo expresado en el artículo “Retrato del suicidio” que dice que los hombres suelen elegir formas más violentas (dispararse o ahorcarse) que las mujeres que optan por métodos más “sencillos” como el envenenamiento. <sup>(16)</sup>

Del total de los casos de suicidios ocurridos solo el 15,1% presentaban algún antecedente de relevancia, como depresión o tratamiento con psicofármacos, y todos ellos eran adultos, esto no coincide con un estudio realizado en Bogotá, Colombia en el que el 90% de los adultos y el 60% de los

jóvenes presentaban al menos un trastorno psiquiátrico <sup>(17)</sup> y tampoco es coherente con un estudio epidemiológico de Sevilla en el cual un 57,1% de los sujetos tenía antecedentes psiquiátricos, siendo los trastornos más frecuentes la depresión o los síntomas depresivos (65,5 %) y la esquizofrenia (15,5%). <sup>(18)</sup>

## Conclusión

Indudablemente el suicidio constituye un importante problema dentro de la salud pública, que no puede aislarse del contexto social, puesto que provoca en el mismo un sentimiento de malestar y sufrimiento, que obligan a tomar medidas de prevención a través de la educación fundamentalmente.

El suicidio consumado, sigue siendo una de las causas primordiales de muerte en los países desarrollados, dependiendo de factores sociales, como serían la destrucción familiar, la desocupación, el aumento de la violencia social, por citar algunas; factores individuales como la edad, la presencia de enfermedades mentales, o patologías graves e incapacidades, como así también el uso abusivo de consumo de sustancias ; finalmente, también cabría mencionar las causas de origen genético y/o familiares.

Luego de analizar la frecuencia de presentación y características de los suicidios ocurridos en el Departamento Nogoyá de La Provincia de Entre Ríos, en el periodo comprendido entre los años 2004 y 2010, se arribó a los siguientes resultados:

- En lo referente a la metodología utilizada para concretar el hecho, se pudo observar que existe un amplio predominio de asfixias por ahorcamiento sobre la utilización de armas de fuego, pudiendo ello estar motivado, por la mayor accesibilidad que tienen las personas a esta forma de ejecución para lograr su cometido.
- En cuanto al sexo, se comprobó que existe una mayor frecuencia de suicidios en hombres adultos, en relación a las mujeres, no ocurriendo lo

mismo en los adolescentes, donde la prevalencia se inclinó hacia el sexo femenino.

- La tercera variable estudiada, fue si alguna época del año en particular marcaba alguna diferencia, pudiendo observarse que en la época de verano, los suicidios alcanzaban cifras superiores al resto del año, siendo el otoño la estación que seguía en frecuencia. Por otra parte, durante el transcurso del año 2005, los suicidios alcanzaron mayor connotación siguiéndole en importancia el año 2004.
- Contrariamente a lo imaginado, al comenzar el trabajo de investigación, la mayoría de los casos de suicidios producidos, no fueron concretados en personas que se encontraban en tratamientos psiquiátrico, siendo su etiología predominante la depresión, sino que se trataba de individuos que supuestamente gozaban de “buen estado” de salud psico-física.

## **Bibliografía**

1. Fraraccio, J.A. Delitos contra la vida de las personas. Medicina legal. Conceptos clásicos y modernos. Capítulo IV. Editorial Universidad 1997. p.127.
2. Suárez Richards, M. Clínica, prevención y tratamiento del proceso suicida. Introducción a la psiquiatría. Editorial Polemos 2006.
3. Verónica Toller. "Alto número de suicidios en nuestra provincia". Diario El Entre Ríos Digital. 28 de Febrero de 2010
4. Stewart G.P, Cutrer W.R, Demy T.J, O`Mathúna D.P, Cunningham P.C, Kilner J.F, et. al. Preguntas básicas sobre Suicidio y Eutanasia. Serie Bioética. Edición en castellano: Suicidio y eutanasia: ¿tendrán razón? Grand Rapids, Michigan 49051. Editorial Portavoz, 2000.
5. García de Jalón E., Peralta, V. Suicidio y riesgo de suicidio. Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona 2002.
6. Suicidio y comportamiento suicida. Medline Plus. [Revista en línea] 2010. Febrero. Disponible en: URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001554>
7. Achával, A. Delitos contra la vida de las personas. En: Alberto-Perrot. Manual de Medicina Legal. Práctica forense. Sexta edición. Editorial Lexis Nexis. 2005

8. Gómez y Núñez. Salud y cambio. Estudio de salud mental “Anomia Social y suicidio en los jóvenes”. Santiago de Chile, 1993. Año 4 nº 13-23.
9. Roosevelt y Cassoria. La depresión y el suicidio en la adolescencia. O.P.S., publicación científica 1985.
10. Pedro Eva. Conferencias “morir y el Morirse” .Facultad de medicina de la universidad de Chile, Noviembre, 1995
11. INDEC Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Base de datos censo 2001. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar/>
12. Lovisa, M.G. El análisis epidemiológico del suicidio en Brasil entre 1980 y 2006. Revista de Psiquiatría. 2009. Vol 31. Disponible en: URL:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S151644462009000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S151644462009000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
13. Bapista, N.M. y Borges A. El suicidio factores epidemiológicos en Limerick y sus alrededores durante el periodo 1998 a 2002. Estudios de Psicología (Campinas- Brasil). 2005. Vol 22. Disponible en: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103166X2005000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103166X2005000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)

14. Retamalal, C.P. y Humpherys, D. La aparición de la variación de suicidio y de temporada. *Revista Salud Publica* [en línea]. 1998. Vol 32. Disponible en: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-89101998000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89101998000500002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
15. Dra. Ps. Larrobla, C. y Dr. Pouy, A. Suicidio y adicción en Uruguay. *Revista médica de Uruguay*. 2008. Enero. Vol: 23. Disponible en: URL: <http://www.intramed.net>
16. Valerio, M. Retrato del suicidio. *El mundo.es Salud* [en línea]. 2009. Abril. Disponible en: URL: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/04/16/neurociencia/1239907644.html>
17. Pérez Olmos I, Rodríguez Sandoval E., Dussán Buitrago M. y Ayala Aguilera J.P., Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Revista de salud pública*. Abril/Junio 2007. Vol: 9. Numero 2. Disponible en: [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S012400642007000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S012400642007000200007&script=sci_arttext&tlng=pt)
18. Miguel L., Lucena J., Heredia F., Rico A., Martín R., Blanco M., Barrero E., Soriano M.T. y Giménez M.P., Estudio epidemiológico del suicidio en Sevilla en 2004. *Cuaderno de Medicina Forense*. Enero 2005. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn39/art05.pdf>



## Anexo

### Tabulación de los datos

	Fecha	Época del año	Sexo	Edad	Etapa de la vida	Metodología	Antecedentes
1	07/01/2004	verano	femenino	60	adultez	ahorcamiento	tto psiquiatrico
2	08/03/2004	verano	masculino	22	adultez	ahorcamiento	
3	15/03/2004	verano	masculino	24	adultez	ahorcamiento	
4	19/03/2004	verano	masculino	44	adultez	ahorcamiento	
5	06/04/2004	otoño	femenino	57	adultez	ahorcamiento	tto psiquiatrico
6	20/04/2004	otoño	masculino	27	adultez	ahorcamiento	
7	20/05/2004	otoño	masculino	57	adultez	ahorcamiento	
8	30/06/2004	invierno	femenino	16	adolescencia	ahorcamiento	
9	26/09/2004	primavera	masculino	30	adultez	ahorcamiento	
10	12/11/2004	primavera	masculino	31	adultez	ahorcamiento	
11	10/12/2004	primavera	masculino	46	adultez	ahorcamiento	
12	31/01/2005	verano	masculino	50	adultez	ahorcamiento	
13	11/03/2005	verano	masculino	52	adultez	ahorcamiento	
14	04/04/2005	otoño	masculino	24	adultez	ahorcamiento	
15	08/05/2005	otoño	masculino	21	adultez	ahorcamiento	
16	08/05/2005	otoño	femenino	40	adultez	ahorcamiento	tto psiquiatrico
17	27/06/2005	invierno	femenino	44	adultez	ahorcamiento	
18	10/07/2005	invierno	masculino	37	adultez	ahorcamiento	
19	27/07/2005	invierno	masculino	19	adolescencia	arma de fuego	
20	01/08/2005	invierno	masculino	54	adultez	ahorcamiento	
21	18/08/2005	invierno	masculino	23	adultez	arma de fuego	
22	09/09/2005	invierno	masculino	54	adultez	ahorcamiento	
23	27/09/2005	primavera	femenino	18	adolescencia	ahorcamiento	
24	12/10/2005	primavera	femenino	25	adultez	ahorcamiento	tto psiquiatrico
25	22/12/2005	verano	femenino	23	adultez	arma de fuego	tto psiquiatrico
26	23/01/2006	verano	masculino	75	3° edad	ahorcamiento	
27	10/04/2006	otoño	femenino	46	adultez	arma de fuego	
28	20/01/2007	verano	masculino	59	adultez	ahorcamiento	
29	03/02/2007	verano	masculino	71	3° edad	ahorcamiento	
30	04/05/2007	otoño	masculino	20	adultez	arma de fuego	
31	25/10/2007	primavera	femenino	37	adultez	ahorcamiento	
32	03/03/2008	verano	masculino	48	adultez	ahorcamiento	tto psiquiatrico
33	09/03/2008	verano	masculino	73	3° edad	ahorcamiento	
34	19/03/2008	verano	masculino	19	adolescencia	ahorcamiento	
35	09/04/2008	otoño	masculino	71	3° edad	arma de fuego	
36	19/04/2008	otoño	masculino	75	3° edad	ahorcamiento	
37	20/06/2008	otoño	masculino	48	adultez	ahorcamiento	
38	23/06/2008	invierno	masculino	34	adultez	ahorcamiento	
39	02/07/2008	invierno	masculino	20	adultez	ahorcamiento	
40	05/01/2009	verano	masculino	58	adultez	arma de fuego	tto psiquiatrico

41	30/01/2009	verano	masculino	46	aduldez	arma de fuego	
42	14/03/2009	verano	femenino	16	adolescencia	ahorcamiento	
43	25/03/2009	otoño	masculino	53	aduldez	ahorcamiento	tto psiquiatrico
44	11/04/2009	otoño	masculino	53	aduldez	ahorcamiento	
45	18/04/2009	otoño	masculino	56	aduldez	ahorcamiento	
46	12/06/2009	otoño	masculino	62	aduldez	ahorcamiento	
47	26/12/2009	verano	femenino	45	aduldez	ahorcamiento	
48	27/12/2009	verano	masculino	38	aduldez	ahorcamiento	
49	05/03/2010	verano	masculino	48	aduldez	ahorcamiento	tto psiquiatrico
50	18/06/2010	otoño	masculino	27	aduldez	arma de fuego	
51	26/08/2010	invierno	masculino	27	aduldez	ahorcamiento	
52	01/09/2010	invierno	masculino	34	aduldez	arma de fuego	
53	17/09/2010	invierno	masculino	20	aduldez	arma de fuego	